



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

Fatma YURTSEVEN

Ocak 2023
DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma YURTSEVEN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ganime CAN GÜR

Denizli, 2023

Bu tezin araştırılması, tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi ve sonuçlarının analizinde bilimsel etik ve akademik kurallara uyulduğunu, çalışma bulguları, verileri ve materyallerinin yazımında bilimsel etik kuralları doğrultusunda kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan her çalışmaya atıf yapıldığını beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Fatma YURTSEVEN

İmza :

ÖZET

RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Fatma YURTSEVEN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Esasları AD

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Ganime CAN GÜR

Aralık 2022, 71 sayfa

Araştırmada, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapmaktır. Araştırmaya 342 (%80.7) kadın ve 82 (%19.3) erkek olmak üzere toplamda 424 kişi katılmıştır. Verilerin toplanmasında, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)" kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde; basıklık ve çarpıklık analizi, dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, güvenilirlik analizleri, tekrar test analizi, madde analizi, doğrulayıcı ve açımlayıcı faktör analizi, yakınsak geçerlilik ve ayrışma geçerliliği ve Hotelling's T^2 testleri kullanılmıştır. Madde elemesi analizleriyle 26 maddeye indirilen RSOÖ'nin Kaiser Mayer Olkin değeri 0.869, Bartlett Küresellik Testi değeri $p < 0.001$ 'dir. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %53.903 olan 4 faktör altında toplanmıştır. DFA sonuçları uyum indeks değerlerinin literatürde önerilen aralıklar içinde olduğunu ortaya koymuştur. Faktör 1 "Ruhsal Hastalıklara ve Uygun Yardım Arayışına Yönelik Tutumlar", Faktör 2 "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum", Faktör 3 "Ruhsal Bozuklukları Tanıma Becerisi", Faktör 4 "Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi" olarak adlandırılmıştır. Güvenirlik analizleri sonucunda, ölçeğin genel Cronbach Alfa katsayısı 0.851'dir. Bu değer ölçek alt boyutlarından "Faktör 1" için 0.872, "Faktör 2" için 0.901, "Faktör 3" için 0.815 ve "Faktör 4" için 0.663 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin faktör yüklerinin 0.5 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Ölçeğin yapı güvenilirliği (CR) değerleri Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) değerlerinden büyük ve AVE değerlerinin ise 0.5'ten büyük olduğu belirlenmiştir. Test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation Coefficient ve test-tekrar test korelasyon değerlerinin yüksek düzeyde olduğu ve ayrıca test-tekrar test korelasyon değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p < 0.05$). RSOÖ'nin Türkçeye uyarlanması amacıyla yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçları, bu ölçeğin ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) düzeyini ölçmede kullanılabilirliğini göstermiştir. Bu ölçek, RSO düzeyine ilişkin bilgi, inanç ve tutumları belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Türk Toplumunu, Ölçek, Geçerlilik-Güvenilirlik

ABSTRACT**TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF MENTAL HEALTH LITERACY**

YURTSEVEN, Fatma
M.Sc. Thesis in Nursing
Supervisor: Assoc Prof. Dr. Ganime CAN GÜR

December 2022, 71 Pages

The study aims to perform Turkish adaptation and conduct the validity and reliability analysis of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) developed to determine the level of mental health literacy. A total of 424 people, 342 (80.7%) females and 82 (19.3%) males participated in the research. "Personal Information Form" and "Mental Health Literacy Scale" were used in the data collection. In statistical analysis, kurtosis and skewness analysis, language validity, content validity, reliability analysis, retest analysis, item analysis, confirmatory and exploratory factor analysis, convergent validity and divergent validity, and Hotelling's T2 tests were used. The Kaiser Mayer Olkin value of the MHLS, which was reduced to 26 items through item removal analysis, was 0.869, and Bartlett's Sphericity Test value was $p < 0.001$. As a result of the factor analysis, the variables were grouped under 4 factors with a 53.903% total variance explained. Factor 1 was named "Attitudes toward Mental Illnesses and Seeking Appropriate Help", Factor 2 was "Attitudes toward Individuals with Mental Illness", Factor 3 was "Ability to Recognize Mental Disorders", and Factor 4 was "Knowledge on How to Access Information". As a result of the reliability analysis, the overall Cronbach's Alpha coefficient of the scale was 0.851. This value was 0.872 for "Factor 1", 0.901 for "Factor 2", 0.815 for "Factor 3", and 0.663 for "Factor 4". The factor loadings of the scale were found to be 0.5 and above. CR values of the scale were greater than AVE values, and AVE values were greater than 0.5. Intraclass Correlation Coefficient and test-retest correlation values regarding the agreement between test-retest measurements were found to be at a high level, and there was no difference between test-retest correlation values ($p < 0.05$). This scale can be used as a valid and reliable tool in determining knowledge, beliefs, and attitudes about the level of MHL.

Keywords: Mental Health Literacy, Turkish Society, Scale, Validity-Reliability

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim boyunca deneyim ve tecrübelerini benimle paylaşan saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Ganime Can GÜR'e,

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen ve kritik yorumlarını paylaşan hocalarım Doç. Dr. Emine YILMAZ'a ve Dr. Öğretim Üyesi Elif ULUDAĞ'a,

Yaşamım boyunca manevi desteğini esirgemeyen ve her anlamda yanımda olan annem Ümmü Gülsüm YURTSEVEN'e, babam İsmail YURTSEVEN'e, ve abim Ali YURTSEVEN'e,

Bu süreçte yanımda olan dostlarıma ve meslektaşlarıma sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	5
2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	5
2.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Tarihçesi	5
2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	6
2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	6
2.5. Sağlık Okuryazarlığının Düşük Olmasında Karşılaşılan Sorunlar.....	7
2.6. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek için Yapılması Gerekenler	8
2.7. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi	9
2.8. Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı.....	11
2.8.1. Ruh sağlığı	11
2.8.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı	14
2.8.3. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve tanı bilgisi.....	16
2.8.4. Ruh sağlığı okuryazarlığının ölçülmesi	17
2.8.5. Ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yaklaşımlar.....	20
2.8.6. Ruh sağlığı okuryazarlığı mücadele çalışmaları.....	21
2.8.7. Ruh sağlığı okuryazarlığının toplumsal sağlık sonuçları.....	22
2.8.8. Ruh sağlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili yurtiçinde yapılmış araştırmalar ..	23
2.8.9. Ruh sağlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili yurtdışında yapılmış araştırmalar	25
2.8.10. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve hemşirelik	26

2.9. Araştırmanın Hipotezleri	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	28
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.4.1. Kişisel bilgi formu.....	29
3.4.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)	29
3.5. Verilerin Toplanması.....	30
3.6. İstatistiksel Analiz	30
3.6.1. Geçerlilik analizi.....	31
3.6.1.1. Dil geçerliği.....	31
3.6.1.2. İçerik/kapsam geçerliği.....	32
3.6.1.3. Pilot çalışma	32
3.6.1.4. Yapı geçerliliği.....	33
3.6.1.5. Ayrışma geçerliliği ve yakınsak geçerliliği	34
3.6.2. Güvenirlik analizleri	34
3.6.2.1. Madde analizi	35
3.6.2.2. Cronbach alfa katsayısı	36
3.6.2.3. Yarıya bölme yöntemi.....	36
3.6.2.4. Test-Tekrar test	36
3.6.2.5. Hotelling's T^2 testi	37
3.7. Araştırma Etiği	37
4. BULGULAR	38
4.1. Tanımlayıcı Özellikler	38
4.2. Normal Dağılım.....	39
4.3. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi	40
4.3.1. İçerik/kapsam geçerliği	40
4.3.2. Güvenirlik ve madde analizi	40
4.3.3. Doğrulayıcı faktör analizi	43
4.3.4. Açıklayıcı faktör analizi	44
4.3.5. Doğrulayıcı faktör analizi	49
4.3.6. Yakınsak geçerliliği ve ayrışma geçerliliği	51
4.3.7. Test-Tekrar Test	51
4.3.8. Ayırt edicilik	52

4.3.9. Hotelling's T^2 testi	52
4.3.10. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları ve faktörlerin adlandırılması	52
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Sonuçlar	60
6.2. Öneriler.....	61
7. KAYNAKLAR	63
8. ÖZGEÇMİŞ	71
9. EKLER	
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	
Ek 2. Mental Health Literacy Scale	
Ek 3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	
Ek 4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Dil Geçerliliği ve İçerik Kapsamı Açısından Uzman Görüş Listesi.....	
Ek 5. Etik Kurul İzni.....	
Ek 6. Mental Health Literacy Scale İzni	
Ek 7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (26 maddeden oluşan son hali).....	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1 Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram	43
Şekil 4.2 Saçılım grafiği.....	46
Şekil 4.3 Saçılım grafiği (Tekrar)	48
Şekil 4.4 Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram (Tekrar).....	49

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1 Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik yöntemleri	31
Tablo 4.1 Bireylerin tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı	38
Tablo 4.2 Ölçek maddelerine ilişkin basıklık ve çarpıklık değerleri	39
Tablo 4.3 Madde analizi	41
Tablo 4.4 Madde analizi (Tekrar).....	42
Tablo 4.5 Doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri	44
Tablo 4.6 Faktör yükleri.....	45
Tablo 4.7 Faktör yapısı.....	47
Tablo 4.8 Doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri (Tekrar).....	49
Tablo 4.9 Faktör yükleri (Tekrar)	50
Tablo 4.10 CR ve AVE değerleri	51
Tablo 4.11 Test-tekrar test	51
Tablo 4.12 Ruh sağlığı okuryazarlığı puanlarının Alt %27-Üst %27 gruplarına göre ortalamaları.....	52
Tablo 4.13 Ruh sağlığı okuryazarlığı puan ortalamaları.....	53
Tablo 4.14 RSOÖ'nün faktör analizinden sonra alt boyutların adlandırılması	53

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGFI.....	Adjusted Goodness Of Fit İndeks (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)
AFA.....	Açımlayıcı Faktör Analizi
ASOY-TR...	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması
AVE.....	Average Variance Extracted (Ortama Açıklanan Varyans)
CDC.....	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol Ve Önleme Merkezleri)
CFI.....	Comparative Fit İndeks (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CR.....	Composite Reliability (Yapı Güvenirliği)
DALY.....	Disability Adjusted Life Years (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları)
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
DFA.....	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI.....	Goodness Fit İndeks (Uyum İyiliği İndeksi)
GSH.....	Guttman Split- Half Coefficient
HLS-EU....	Health Literacy Europe (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)
HLS-EU 47	European Health Literacy Survey Questionnaire 47 (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-47)
ICC.....	Interclass Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
IFI.....	Incremental Fit İndeks (Artan uyum İndeksi)
IOM.....	International Organization for Migration (Uluslararası Göç Örgütü)
KMO.....	Kaiser-Meyer Olkin Testi
MART....	Tıbbi Terminoloji Başarı Okuma Testi
M-İGİ.....	Madde İçerik Geçerliliği
MHL.....	Mental Health Literacy (Ruh sağlığı Okuryazarlığı)
MHLS.....	Mental Health Literacy Scale (Ruh sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği)
NFI.....	Normed Fit İndeks (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
NNFI.....	Non-Normed Fit İndeks (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)
NVS.....	En Yeni Yaşamsal Bulgu
OKB.....	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ö-İGİ.....	Ölçek İçerik Geçerlilik İndeksi
ÖRSO-ÖA	Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
REALM....	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Ölçeği)
REALM-S....	Shortened REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Kısa Formu)
REALM-R....	REALM-Revised (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının 19 Hızlı Tahmini Düzeltilmiş Formu)
RFI.....	Relative Fit İndeks
RMR.....	Root Mean Square Residuals (Hata Kareler Ortalamasının Karekökü)
RMSEA.....	Root Means Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
RSO.....	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
RSOÖ.....	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
SOY.....	Sağlık Okuryazarlığı
SOÖ.....	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
SRMR.....	Standardized Root Means Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Kareler Ortalamasının Ortalamasının Karekökü)
TSOY-32....	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
TOFHLA.....	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
YLD....	Years Life Disabled (Sakatlıkla Geçirilen Yaşam Yılları)
WHO...	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar, Türkiye'de ve dünyada bireyi, aileyi ve toplumu olumsuz etkileyen, işlevsellik kaybı ve yeti yitimi ile sonuçlanan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Göktaş ve Buldukoğlu 2022). Günümüzde ruhsal hastalıklar, dünya genelinde gün geçtikçe artış gösteren bir hastalık yüküne neden olmaktadır (Wei vd 2015). Ruhsal bozuklukların dünya çapındaki dağılımına göz atıldığında; Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY)'nın %13'ünü ve Sakatlıkla Geçirilen Yaşam Yılları (Years Life Disabled-YLD)'nin ise %32.4'ünü oluşturduğu belirtilmektedir (Vigo et al. 2016). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün Global Ruh Sağlığı Araştırması raporuna göre dünya genelinde psikolojik bozukluğun sıklığı %18-36 aralığında değişmektedir. DSÖ 2019 yılı istatistiklerine göre, dünya genelinde 280 milyon kişinin depresyon, 40 milyon kişinin iki uçlu bozukluk ve 301 milyon kişinin anksiyete bozukluklarından etkilendiği bildirilmektedir (Göktaş vd 2018). 2020 yılında, COVID-19 salgını nedeniyle anksiyete ve depresif bozukluklarla yaşayan insanların sayısı önemli ölçüde artmış bulunmaktadır. Ülkemizde ruh sağlığı rahatsızlığının görülme durumu ise, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması raporuna göre, erişkin bireylerde %18, çocuk ve ergen bireylerde ise %11 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2013).

Ruh sağlığı ile ilgili sorunların yaygınlığı, ekonomik kayıplara neden olması ve yeti kaybı ile sonuçlanması sebebiyle toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir (Sarıkoc vd 2015). Son dönemlerde elde edilen çalışma bulguları, ruhsal hastalıkların, insanların mesleki ve toplumsal işlevlerinde düşmeye ve bilhassa yaşlılarda çok daha olmakla birlikte bilişsel yetersizliğe yol açtığını vurgulamaktadır (Ayrancı ve Yenilmez 2002). Etkili önleme ve tedavi seçenekleri mevcut olsa da, ruhsal bozukluğu olan çoğu kişi yeterli bakım hizmeti alamamaktadır. Ruhsal hastalıkların sebepleri ve tedavileri hakkındaki tutum ve anlayışlar, damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma korkusu, toplumun hastalığa attığı anlam, sosyal ilişkiler gibi etkenler yardım arama davranışının önünde engel olabilmektedir (Sarıkoc vd 2015). Dolayısıyla tüm bu

etmenler, toplumun ruhsal hastalık ve tedavisine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının daha da önem kazanmasına neden olmaktadır.

Ruh sağlığı okuryazarlığı son yıllarda sağlık okuryazarlığı alanında ortaya çıkan yeni bir kavramdır. Ruh sağlığı okuryazarlığı, hem bireysel hem de toplumsal ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesinde önemli bir belirleyicidir (Kutcher vd 2016, Reavley ve Jorm 2011). Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı ilk defa Jorm tarafınca 1997’de “Ruhsal hastalıkları önleme, tanıma ve yönetmeye yönelik bilgi ve inanç” olarak tanımlanmıştır (Cancığer 2020). Literatürde, güçlü bir ruh sağlığı için, toplumun ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Kelly vd 2007, Tay vd 2018). Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin artırılması ile, bireylerin ruhsal sorunları erken dönemde fark edebilmesi, profesyonel desteğe başvurması, uygun tedavi ve bakımın alınması ile bireylerin sağlığına kavuşturulması amaçlanmaktadır (Kelly vd 2007, Kutcher vd 2016). Aynı zamanda yapılan çalışmalar ruh sağlığı hakkındaki bilgi düzeyinin artırılmasının, yardım arama davranışlarını olumlu etkilediğini, tedavi ve bakım konusunda farkındalığı geliştirdiğini, damgalama davranışını azalttığını, ruhsal sorunların erken dönemde fark edilmesini sağladığını ve ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma oranlarının arttığını göstermektedir (Gabriel ve Violato 2010, Reavley ve Jorm 2011, Henderson vd 2013, Kutcher vd 2016). Düşük ruh sağlığı okuryazarlığının ise, kötü sağlık sonuçlarına, erken teşhis ve yardım arama davranışının gecikmesine, tedavinin erken sonlandırılmasına, uygunsuz başa çıkma stratejilerinin kullanılmasına, yüksek intihar oranlarına ve geleneksel tedavi yöntemlerinin yaygınlaşmasına (şifacı, medyum vb.) neden olduğu bildirilmektedir (Wright vd 2007, Beşiroğlu vd 2010, Kutcher vd 2016, Özer ve Altun 2022).

Ülkemizde yürütülen sağlık okuryazarlığı araştırma sonuçları, nüfusun %64.6’sının sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olduğu gösterilirken, toplumumuzun ruh sağlığı okuryazarlığını ortaya koyan bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Uluslararası araştırmalar incelendiğinde, toplumların ruhsal sorunları tanıma yeteneğinin zaman içinde geliştiği ve toplumun depresyonu tanımada çoğunlukla iyi olduğu, ancak şizofreni gibi diğer ruhsal bozukluklarla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir (Loo vd 2012, Özer ve Altun 2022). Ülkemizde ise yalnızca genel toplumun obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) hakkındaki bilgi ve tutumunun değerlendirildiği bir araştırmaya rastlanmış olup, çalışmaya katılanların hastalığa ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve yanlış inançlara sahip oldukları belirtilmiştir (Beşiroğlu vd 2010, Özer ve Altun 2022).

Bireylerin ruh sağlığını daha etkin bir şekilde yönetebilmeleri için toplumda ruh sağlığı okuryazarlık seviyesini artırmak gerekmektedir. Bunun için ruh sağlığı

okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmelidir. Kişilerin, kendisinin ve diğer bireylerin ruh sağlığı bozukluğu riskini değiştirebilmek ve ruhsal bozukluklarda acil durumlarda karşılaşıldığında uygulanacak ilk yardım ilkeleri hakkında bilgi sahibi olmak, hastalık yükünün azalmasına sebep olacaktır. Kronik hastalıklarda risk faktörlerini azaltmak ve erken teşhis artırmak için çok fazla eğitim programı planlanmıştır ama ruh sağlığı hakkında eğitim planı az sayıdadır. Toplumda ruh sağlığı eğitimi programları sayesinde ruh sağlığı bozukluklarında erken dönemde yardım arama davranışının arttığını ve gençler arasında damgalanmanın azaldığı gözlemlenmiştir (Francis vd 2003).

Bu doğrultuda, birey, aile ve toplumun ruh sağlığı bozuklukları hakkındaki bilgi düzeyinin artırılarak farkındalığın oluşturulması ve ruhsal sorunlara ilişkin yanlış inanç ve tutumların değiştirilmesi son derece önemlidir. Ancak öncelikle toplumun ruh sağlığı düzeyini belirlemek ve bu doğrultuda ruhsal sağlık bilgisini artırma üzerine gerekli planlamaların yapılması gerekmektedir. Bu nedenle toplumun ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini belirlemede ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Literatürde, ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığını belirlemek üzere kullanılan iki farklı ölçeğe rastlanmıştır (Akdoğan 2018, Göktaş vd 2019, Keskin vd 2020). Bu çalışmada ise, O'Connor ve diğerlerinin 2015'de geliştirmiş olduğu Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türk toplumunda psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ölçek uyarlama süreci sadece zorlu bir süreç değil aynı zamanda gelecekte ilgili alanlarda yapılacak çalışmalara genellenebilir ve hatasız sonuçlar verebilmek için titizlikle takip edilmesi gereken çok önemli bir süreçtir. Bu çalışmayı diğer çalışmalardan ayıran fark, geniş örneklem grubuna sahip olması ve ölçeğin temel amacı doğrultusunda toplumda her eğitim düzeyini temsil eden bireylere ulaşmayı hedeflemiş olmasıdır. Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının uyarlanmasına ilişkin yapılan bu çalışmanın, toplumun ruh sağlığı bozuklukları hakkındaki inanç, bilgi ve tutumunun ne düzeyde olduğunun tespit edilmesi ve takibinin yapılması için ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik yapılacak çalışmalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.1. Amaç

Araştırmanın amacı, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla O'Connor vd (2015) tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Mental

Health Literacy Scale)'ni Türkçe'ye uyarlamak ve ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik analizlerini yapmaktır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 yılında sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramını; “kişilerin iyi sağlık durumunun devam ettirilmesi ve geliştirilmesi için sağlık ile alakalı bilgiye erişmesi, bilgileri anlamlandırması ve kullanması için gereken bilişsel ve sosyal yetenek durumu” şeklinde ifade etmiştir. Tanıma göre bireyin sağlıklı olma durumunun devamlılığı için gerekli bilgi ve beceriye sahip olması yanında bunları kullanabilmesinin gerekliliği öne çıkmaktadır. 2013 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından daha kapsamlı bir tanımı yapılmıştır. Buna göre sağlık okuryazarlığı “Sağlık okuryazarlık durumu, okuryazarlıkla alakalıdır ve kişilerin hayatları süresince yaşam standardını düzeltmek için gündelik hayat içinde sağlık hizmetleri, hastalıkların engellenmesi ve sağlığın geliştirilmesiyle ilgili amaçlar belirlerken ve kararlar alırken sağlık bilgilerine erişme, anlama, ele alma ve uygulamaya ilişkin bilgilerini, isteklendirmelerini ve ehliyetlerini tanımlamaktadır”. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını korumalarına, geliştirmelerine ve gerekli sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerine olanak sağlayan yeterlilik düzeyini ifade etmektedir (Kickbusch vd 2013).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Tarihçesi

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 tarihli “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi” başlıklı bir bilimsel çalışmada kullanıldığı görülmektedir. Yazar, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve kitle iletişimi etki eden bir uygulama konusu olarak sağlık eğitimini tartışırken, tüm okul sınıf seviyeleri için “sağlık okuryazarlığı” için asgari standartlar talep etmektedir. Terimin bu erken kullanımı, sağlık okuryazarlığı ile sağlık eğitimi arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Ratzan ve Parker 2000).

Gelişim sürecindeki sağlık okuryazarlığı kavramı Don Nutbeam (2000) tarafından alt gruplarda incelenmiştir (Paakkari 2012, Rudd 2015). Sağlık okuryazarlığı

ile ilgili farklı görüşler öne atılmıştır. Bazı görüşlere göre sağlık okuryazarlığı becerileri tamamen kişisel beceri ve yeteneklere bağlıdır. Son dönemlerde ise sağlık okuryazarlık durumunun onarım veya muayene gören bireylerin becerileriyle bakım ve muayeneyi veren uzman veya sistemler arasındaki ilişkiyle alakalı olduğu düşüncesine yönelik bir yönelme olmuştur. Buna göre sağlık okuryazarlığı güvenilir ve nitelikli sağlık hizmeti vermesinde ön koşul olarak düşünülen ve gelişme gösteren bir terim olmaktadır (Parnell 2015). Sağlıklı iletişimi ve sağlık bilgi teknolojilerini geliştirmeyi temel amaç edinen 'Sağlıklı İnsanlar 2020' raporundaki iyileştirme gayelerinden birisi sağlık hizmeti veren kişilerin sağlık okuryazarlığı yeteneğini geliştirmektir. Bu amaca göre hemşirelerin daha öğrenciyken sağlık okuryazarlığı programına dahil olmaları önemli görülmektedir (McCleary-Jones 2012).

2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Kişiler her yaşta, karşı karşıya geldikleri sağlık ve hastalık vaziyetlerinde doğru kararlar alabilmek ve bilgi elde etme noktasında sorumluluk sahibi olmaktadır (Sezer 2012).

Bir Kohort araştırmasında; sağlık okuryazarlığı seviyesi az olan bireylerde olumsuz sağlık neticelerinden dolayı mortalite tehlikesinin %50-%80 arasında değişiklik gösteren değerlerde yükseldiği tespit edilmiştir (Baker 2007). Bütün bu durumlara baş edebilmek ve etkili bir sağlık bakım yeteneği ve bu prosesi yönetebilmek için esas seviyede sağlık okuryazarlığı bilgisine gereksinim görülmektedir (Sezer 2012). Ottawa 1. Sağlık Geliştirme Konferansı'nda, sağlık durumlarının iyileştirilmesi araştırmalarının muvaffakiyetli olması için yalnızca sağlık alanı olarak değil, multi-disipliner bir çabayla mümkün olabileceği ifade edilmektedir. Sağlık durumunun iyileştirilmesi durumunda ehemmiyetli bir hissedar olan eğitim alanının başkahramanı öğretmenlerin, ilköğretim ve ortaöğretim seviyesinde sağlık okuryazarlığı seviyelerinin maksimum düzeye çıkartılması, toplum bakımından oldukça önemlidir (Dost ve Üner 2020).

2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, kişilerde yaşam şekli ve koşullarını ele alarak, gerek hem kendi sağlık durumunu hem de toplumun sağlığını geliştirebilmek için girişimde olması,

bunu sağlayabilmek içinde bilgiye erişmesi, bireysel yeteneği geliştirmesi ve güvenini arttırması olarak ifade edilmektedir (Çiftçi 2017). Sağlık okuryazarlığı tespit edilirken, gerek sağlık hizmeti sisteminin gerekse de bu hizmetten yararlanan kişilerin nitelikleri baz alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kişide yeni bilgilere sahip olma ve bu bilgileri anlaması, ayrıca davranış değiştirebilmek ve geliştirebilmek için bir aracı etmen statüsündedir. Bu değişikliğin önünde oluşturulacak etmenlerden de etkilenmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş 2014).

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık durumunu etki eden eğitim seviyesi, bir işte iş yapma durumu, getiri ve ırk veya etnik kategoriden daha iyi bir faktördür. Sağlık okuryazarlığı sağlık durumun toplumsal faktörlerinden biri olup, ötekilerinden ayrı olarak; etkileşimi arttıran müdahaleler vasıtasıyla değişmekte veya okuryazarlık durumunu alt seviyede olan bireylerin yeteneklerini arttırmaktadır (Aksakal 2019, Baran ve Piyal 2019). Kişilerin okuryazarlık durumunun yeteri kadar olmaması toplumsal, kültürel ve bireysel gelişim bakımından problemlere neden olmakta ve sağlık okuryazarlığına engel oluşturmaktadır (Demirli 2018).

Sağlık okuryazarlığı kişiyi, aile platformunu, yaşamını sürdürdüğü kültürü baz alarak; sağlık ile alakalı bakım, eğitim sistemleri, yaşanılan yerdeki sağlık ile alakalı konularda ve sosyal çevredeki sosyo-kültürel etmenlerle devamlı etkileşim içindedir. "Hizmetlere erişim", muteber sağlık çalışanı ve sağlık kuruluşlarında iletişime geçme becerilerini kapsamaktadır. "Sağlık bilgilerini anlayabilme, yetenekler", sağlık ile alakalı bilgilere ulaşım ve kişinin kendi sağlığı ile alakalı hayat tarzı eylemlerinde değişiklikler yapma, ayrıca kişinin kendi sağlık problemlerini uygun şekilde ifade etme konularını kapsamaktadır (Sezer 2012)."

2.5. Sağlık Okuryazarlığının Düşük Olmasında Karşılaşılan Sorunlar

Bulduğumuz çağda bireyler, her daim sağlıklı yaşam biçimlerini kazanmayı isterken sağlık sistemleri ve karışık duruma gelen çevrede bireysel ve ailesel yolculuklarını yönlendirmekte zorluk çekmekte ve yeteri kadar yardım alamamaktadır. yetenekleri sunamamaktadır. (Kickbush vd 2013).

Sağlık okuryazarlığında sağlık problemleri 3 ciddi hususta etkilediği bilinmektedir bunlar ;

- 1) Sağlık hizmetlerine erişme
- 2) Hasta ve sağlık hizmet sağlayıcıları arasındaki etkileşimler
- 3) Kişisel bakım (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Sağlık okuryazarlık durumunun az ya da eksik olması yetersiz iletişim problemleri devamlı gündem olmaktadır. Doktor ve hasta iletişimlerinde yeteri kadar sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin çekindikleri, kendilerini yeterince anlatamadıklarını, sağlık hizmeti sunucuları tarafınca arz edilen bilgileri öğrenemediklerini ifade ederek bu çeşit hastalık durumlarının kontrolünün ve sağlık problemlerinin kötüye gitmesine yol açmaktadır (Liang vd 2013).

Sağlık Okuryazarlık seviyesi eksik olan kişilerin sağlık okuryazarlık seviyesi maksimum olan kişilere göre hastanede kalma sürelerinin arttığı, lüzumsuz hastane ücretlerinin arttığı, lüzumsuz istenen tetkik ve tahlil sayılarında yükselme olduğu görülmüştür (Healty People 2010). İlave olarak koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, hasta bireylerin kronik hastalıklarıyla alakalı muayenelerini idare etmede eksik oldukları, boş yere acil servis kullanmanın çoğaldığı bu hastalarda tıpsal yanılgılar ve mortalite değerlerinin de çok olduğu görülmektedir (Çiler Erdağ 2015). Genellikle sağlık okuryazarlık durumu kişilerde direkt ilaç kullanılmasında yanılgılar, muayenelere uygun olmayışı gibi birden çok etki oluştururken, vasıtalı yollarla ise sağlık sigortası ve prim konuları, sağlık eylemlerini iyileştirmede yetersiz gibi daha güçlük meydana getirilen etki durumları çıkmaktadır (Sur 2019).

2.6. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek için Yapılması Gerekenler

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlık durumu sağlığın iyileşmesini etki eden en önemli belirleyiciler içerisinde yer almasına rağmen halk sağlığı hizmetleri bakımından ihmal edilmektedir (Sorensen vd 2012). Bir sağlık ya da rahatsızlık sorunlarının halk sağlığıyla ilgili sorun olarak kabul edilmesinde kullanılan ölçütler bu süreci etkilememektedir (Schoolwert vd 2006).

Uluslararası Göç Örgütü'nün (IOM) raporunda ABD'deki genç nüfus oranının hemen hemen yarısının sağlık bilgisi hususunda güçlük çekeceği vurgulanmaktadır. Bu sonuç ise "sağlık okuryazarlığı salgını" şeklinde nitelendirilmiştir. Bu problemin karşısında sağlık okuryazarlıkla ilgili klavuzları geliştirilerek daha sağlıklı ilişkinin sağlanabilmesi, sağlık algısının iyileştirilmesi, refah düzeyinin artması için birtakım tedbirler alınmış ve sağlık okuryazarlık durumunu geliştirmek için disiplinler arası bir eğilim özendirilmiştir (Sorensen vd 2012).

Etkili bir müdahale yapabilmek için 3 konuya odaklanması gerekmektedir:

- Yetersiz sağlık okuryazarlık durumuna hakim insanlara destek verilmesi,
- Sağlık okuryazarlık oranının maksimum düzeye çıkarılması ve

- Kurumsal, resmi, politik, sistematik uygulamaların geliştirilmesi şeklinde olmalıdır (Kickbusch vd 2013).

Düşük düzeyli sağlık okuryazarlığına sahip hastalarla sağlık personellerinin iletişimde neye dikkat edilmesine yönelik rapor yazan Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention- CDC) maddelerinde sağlık okuryazarlığının konuları dikkat çekmektedir (Yılmaz 2015).

2.7. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlık düzeyine belirlenmesinde pek çok materyalin kullanıldığı görülmektedir. Bu materyaller, sağlık okuryazarlık durumunun değişik taraflarını farklı yöntemlerle ele almayı hedeflemektedir. Bu ölçüm materyallerinin ilk çıkışı, kelime okuma ve söyleme becerisini ele alma şeklinde olmaktadır. Akabinde istatistiki bilgileri kullanma ve anlama ilave edilmiş; hizmet süresi boyunca daha bütün niteliğinde yaklaşılmaktadır. Son zaman ölçme materyalleri ise, sağlık okuryazarlık durumunun daha iyi öğrenilmesi, bileşenlerinin kavram niteliğinde olan bir yere oturtulmasından sonra her bileşenin ve tamamının ele alınması kapsamında geliştirilmiştir (Okuy ve Bacıgil 2019). "Medikal kavramların okunmasıyla alakalı incelemenin yapıldığı ilk örnek, Davis ve ark. (1991)'nin geliştirdiği "Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)" ölçüğüdür. REALM baz alınarak oluşturulmuş testler, aynı muhteva ve uygulama şekline göre gerçekleştirilmektedir. Bu ölçeklerden ikisi sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ölçekler: "REALM-S: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Kısa Formu (Shortened REALM) ve REALM-R: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının 19 Hızlı Tahmini Düzeltilmiş Formu (REALM-Revised)."

Sağlık okuryazarlık durumunun ölçümü ile alakalı farklı düşünceler bulunmasına karşın sağlık okuryazarlık bileşenlerinin tamamı için bir ölçme materyalinin olmadığı görülmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş 2014). Oluşturulan ölçeklerin sağlık okuryazarlığını tamamiyle test etmede yetersiz olduğu belirtilmektedir (Al Sayah vd 2012). Yeteri kadar olmayan sağlık okuryazarlığı seviyesini ele almak için oluşturulan araçlar; geliştirme, yapı, ölçüm çerçevesi ve ölçüm vasıflarına göre değişiklik göstermektedir (Al Sayah vd 2012). Genellikle kullanılan ölçme araçlarına bakıldığında; temel okuryazarlık, sözcük söyleyişi, okuduklarını anlayabilme gibi fonksiyonel yeteneklerin ele alındığı görülmektedir (Al Sayah vd 2012, Taşkaya ve Şahin 2014, Peiravian vd 2014). Bu araçlar aşağıda gösterildiği sınıflandırılmıştır:

- Sözcük tanıma testleri:
- Okuduklarını anlayabilme testleri
- Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı testleri
- İnformel testler

Sağlık okuryazarlığın ele alınmasında sağlık okuryazarlık durumunun bir geniş kapsamlı tanımıyla ele alınması önemli görülmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyunu bu sürecin başlamasına neden olmuştur. “HLS-EUQ47: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 47 (European Health Literacy Survey Questionnaire 47), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyunu tarafından, 15 yaş üstü okuma yazma bile bilen bireylerde sağlık okuryazarlık durumunu ele almak için oluşturulmuştur (Bükecik 2019).” Literatür araştırmalarının sonucunda “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU)”, Türkçe diliyle uyumlu olup, geçerlilik ve güvenilirliği, metodolojik çalışma yöntemiyle ele alınarak, ilk araştırmanın temel sonucu “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması (ASOY-TR)” olduğu görülmektedir. Abacıgil vd (2016) ‘nın geliştirdiği ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği uyarlanmıştır. (ASOY-TR) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; salgınlardan arınma, hastalığın geçmesi ve sağlık hizmet sunumu olarak üç boyutlu ve bilgilere erişme zaman diliminde ulaşım, anlama, değerlendirme ve uygulama olarak dört boyutta sağlık okuryazarlık durumunu incelenmektedir. Akabinde, sözü edilen ölçeğin yetersiz ve yeterli görüldüğü dalların üzerinde durularak, Türkiye’ye göre olan bir ölçüm aracının oluşturulması araştırmaları başladığı bilinmektedir. İkinci araştırmada ise “TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32)” ölçek olarak geliştirilmiştir. Ayrıca bu ölçek Okyay ve ark. tarafından 2016’da oluşturulmuştur. Gerçek ölçekten ayrı olarak iki tür ve dört süreç olmakla birlikte 8 bileşenden meydana gelmektedir (Okyay ve Abacıgil 2016).

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) Sağlık ile alakalı gerçek araçları öğrenme, okuma, metindeki sayıları ve kelimeleri anlama yeteneklerini ölçmeye yaramaktadır. İki başlıca bölümden meydana gelen ölçeğin birinci faslında, kişilere bilgi verilecek bu bilgiye ilişkin sorular arz ederken, ikinci faslında, kişilere medikal konularda ele alınan metinlere uygun sözcükleri tercih etmeyi istenmektedir (Avcı ve Özkan 2020, Çopurlar ve Kartal 2015).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü (REALM) REALM ölçekte gösterilen kolay sözcüklerden zor sözcüklere doğru sıralanan 66 medikal sözcüğün bilinmesi ve ifade edilmesi istenmektedir. REALM ölçeği tanıma ve numerik yeteneği ölçmek için kullanılmamaktadır. En Yeni Yaşamsal Bulgu (NVS) 6 sorudan meydana gelen ölçek kişilerin gıda etiketini okuma, bilme ve numerik yetenekleri üzerine

oluşturulmuştur. NVS, sağlık okuryazarlığı seviyesini iyi ya da sınırlı olarak ele alınamamaktadır (Çopurlar ve Kartal 2015).

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Sezer ve Kadioğlu'nun 2014 yılında gerçekleştirdiği ölçek maddelerini olgun kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyi hakkındaki yeterliliğini belirli kılmaya ilişkin; sağlık bilgileri ve ilaç kullanımıyla alakalı 22 adet soru, bedendeki organların yerlerini bilmeye alakalı 1 adet şekil bulunmaktadır. Ölçek sonucunda ortaya çıkan puan yükseldikçe sağlık okuryazarlık seviyesi de yükselmektedir. 18-65 yaş aralığındaki kişiler için uygulanması ve iç geçerliliği ispatlanmıştır (Sezer ve Kadioğlu 2014).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Sorensen'in 47 madde olarak oluşturduğu HLS-EU (Health Literacy Survey in Europe) formun akanbinde Toçi, Bruzari ve Sorenson'ın tarafından sadeleştirilmesi ile (Health Literacy Index) gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde uygulanma durumu ve iç geçerliliği araştırması Aras ve Temel'in 2017 yılında oluşturduğu 25 soruluk ve bilgiye ulaşma, bilgileri anlayabilme, değerlendirme ve uygulama olarak 4 alt ölçekten meydana gelmektedir. Bütün ölçek için en düşük puan 25 ve en yüksek puan 125 olduğu belirtilmiştir. Minimum puanlar sağlık okuryazarlığının yetersiz ve kötü olduğunu, maksimum puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu ifade etmektedir (Aras ve Temel 2017).

2.8. Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

2.8.1. Ruh sağlığı

Ruh sağlığı, kişinin kendisi ve etrafındakilerle sürekli bir şekilde bir uyum ve denge içinde olmasıyla ifade edilebilir (Yörükoğlu 1996). Ruh sağlığı, kişinin sadece bir psikolojik bozukluğunun olmaması değil, kişinin toplumsal ve ruhsal boyutlara dikkat edildiğinde bir iyi olma kapsamında olabilme durumuna denilmektedir (Yılmaz 2019). Ruh sağlığını sadece psikolojik bozukluk durumunun olmaması olarak gören tutumlar, psikolojik sağlık dalında, krizi önleme anlayışının ön planda olmasına ve işin koruma ve müdahale etme boyutunun yeteri kadar gelişmemesine neden olmuştur. Çocukluk ve erginlik çağında, ruh sağlığı durumunun kontrol edilmesi ve psikolojik bozuklukların önlenmesi bakımından çok önemli olmaktadır. Bu sebeple müdahale etme ve korumada atılacak en iyi adım, şüphesiz bu önlemlerin erken zamanlarda yapılmasıdır (Yıldız 2019).

Ruh sağlığını tanımlamada kullanılan ölçütlerin elde edilmesinde başvurulan anlayış; hastalıklı olan bireyi temel alarak bunun karşı kelimesi olan sağlıklılık olarak ifade eder. Başka bir anlayış sosyal kuralları temel alarak, bu kurallara uyumu sağlıklılık, bu kurallara uymamayı ise sağlıksızlık olarak betimler. Yine bazıları kişinin kendi içindeki rahatlık ve huzuru ruh sağlığının temeli olarak alırken, bir kısım ruh sağlığı uzmanları bazı ölçütleri ideal olarak ifade edildikten sonra bu kriterlerin tamamının varlığı ve tümünün yokluğu arasında yer alan orta noktayı ruh sağlığı için yeterli bulmaktadır. Bu yaklaşımların hepsinde de kendi içinde bazı yetersizliklerin olduğu görülmektedir (Kılıççı 2006).

Ruh sağlığı kavramı son yıllarda sağlıklı olma halinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kısa ve öz olarak bilinen "sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik durumu" tanımını sağlıklı olma haline "ruhsal" ve "sosyal" boyutlarını da dâhil ederek tıbbi tanımını geride bırakmıştır. DSÖ' ye göre ruh sağlığı bireyin kendi potansiyelinin farkında olduğu, hayatın normal stresiyle başa çıkabildiği, topluma verimli bir şekilde katkıda bulunabildiği iyi olma halidir. Ruh sağlığı, sadece ruhsal bozukluğun olmaması durumu olarak değil, ruhsal olarak iyi olma hali olarak ele alınmalıdır (Ghebreyesus 2019).

Ruh sağlığını koruma ve önlemeyle alakalı literatüre bakıldığında, 5 boyut görülmektedir. Bu boyutlar; biyolojik ritim, esas duygusal gereksinimler, ruhsal iyi oluş, ruhsal sağlamlık ve yaşam durumlarıdır. Kişinin sağlıklı bir psikolojik yapıyı kazanması için ilk başta dengeli bir biyolojik ritmi elde etmesi gerekmektedir. Biyolojik ritimlerinde bozukluğun olması, psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır (Selvi vd 2011). Kişinin psikolojik bağlamda sağlıklı bir gelişim göstermesi için ikinci boyut, esas duygusal gereksinimlerin sağlıklı bir şekilde karşılanabilmesidir (Young vd 2003). Bu gereksinimlerin karşılanmasında ciddi dönemde, çocukluk ve erginlik çağıdır. Kişinin psikolojik bağışıklık sistemi olarak nitelendirdiğimiz ruhsal sağlamlık ve ruhsal iyi oluş sözcüğü ise, çocukların ileriki zamanda karşılaşacağı zorluklarla sağlıklı bir şekilde üstesinden gelmesi için gereken ruhsal altyapıyı ifade etmektedir. Ruhsal sağlamlık, zorlukların karşısında kişinin bu güçlüklerle üstesinden gelebilme ve uyum sağlama becerisidir (Öz ve Bahadır 2009). Ruhsal iyi oluş terimi ise, kişinin pozitif duygularının negatif duygularına olan üstün olma durumu olarak belirtilmektedir (Bradburn 1969). Son boyuttan olan yaşam yetenekleri ise, kişinin hayatının her boyutunda bir beceri ve bilgiye sahip olması, hayatın başlıca hususlarını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi için gereken yetenek seviyesini belirtmektedir. Yaşam yetenekleri, kişinin günlük hayatta karşı karşıya geldiği zorluklarla baş etmesi için gereken yetenekleridir (WHO 1999).

Freud'un psikoanalitik kuramına göre doğuştan "id" in doyuma ulaşmasına bağlı bir istek duyulur. Temel ihtiyaçlarımızın gelişim süreçlerinde yeterli bir şekilde giderilmesi gerekir. Bu ihtiyaçların giderilip doyuma erişilmesi neticesinde "id, ego, süper ego" olarak isimlendirilen benliğimizin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri arasında denge sağlanır. İyi ruh haline sahip olan insanın egosu, "id" in ihtiyaçlarını gidererek ve toplumsal faktörleri göz ardı etmeden denge kurmaya çalışır. Uygun koşullarda ego gerçeklerden uzaklaşmadan, kişinin biyolojik benliği "id" ile sosyal benliği "süper ego" arasında bir uzlaşma sağlayarak sebepsiz endişeler hissetmeden mutlu olma, topluma faydalı olma ve diğer insanlarla iyi iletişim kurma yeteneğine sahip olma olarak belirtilmiştir (Freud 1989).

Davranışçı yaklaşıma göre doğduğumuzda sahip olduğumuz bazı reflekslerimiz vardır. Bu refleksler çevresel faktörlerden etkilenebilir. Kişinin uyumlu tepkiler verebilmesi için bu tür uyumlu davranışların benzerlerini görüp pekiştirmesi, sergilemiş olduğu uygun davranışlarına karşı ödül, doğru olmayan davranışlara karşı da ceza gibi tepkilerle karşılaşması gerekir. Ruhsal bozukluklar çoğunlukla uyumlu davranışların az olması ile ilgili olsa da bazı durumlarda bu tepkilerin olması gerekenden fazla bulunması ile ilgili olabilmektedir (Roberts 1975).

İnsancı ve varoluşçu yaklaşıma göre birey iletişim ve potansiyel olarak olumlu bir içgüdü ile doğar. Öz sevgi, hayatın zorlukları ile baş edebilme gücü, yapabileceğinin en iyisini yapma isteği, iyi bir iletişim ve yaşama sevinci iyi bir ruh halinin gereklilikleridir. Bireyin biyolojik ihtiyaçlarının doyumu, özgür iradesini kullanabilmesi ruh sağlığının sağlanabilmesi için temel şartlar olurken, kişinin kendi potansiyelini gerçekleştirememesi ve sorumlu bir şekilde davranmaması ruhsal iyi olma halini engeller (Mahrer 1978).

Rogers, insanın olumlu bir doğa ile dünyaya geldiğini savunan insancı yaklaşımın temsilcisidir. Her ne kadar tarihten bu yana çeşitli savaşlar, şiddetli yıkımlar yaşansa da insanın asıl doğasında yapıcı ve iyi duygular vardır. Rogers, olumsuz davranışların sebebi olarak insanların çeşitli çevresel faktörlere maruz kalması ve bunun sonucunda savunma mekanizmaları geliştirmesi olarak görür. İnsanın içgüdüsel iyi doğasını sürdürmesi için doğru öğrenmenin gerçekleşmesi gerekir (Rogers 2013). Maslow "kendini gerçekleştirme" kavramını ilk kez kullanan insancı yaklaşımın temsilcilerinden biridir. Maslow'a göre, insanın kendini bağımsız ve iyi bir ruh halinde hissedebilmesi için temel ihtiyaçlarının giderilmesi gerekir. Bunun sonucunda ise kendi potansiyelini gerçekleştirme safhasına geçebilecektir. Kendi potansiyelini gerçekleştirebilmiş insanların diğer kişilerden daha olumlu bir ruh haline sahip oldukları bilinmektedir (Maslow 1970).

2.8.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSO) 1997'de Avusturulya'da dñnyaya gelen psikiyatri Tony Jorm ve arkadaşı Betty Kitchener tarafından "ruhsal bozuklukları öğrenme, yönetme ve korunmayla alakalı bilgi ve tutumlar" olarak tanımlanmıştır (Jorm vd 1997). RSO, sağlık okuryazarlık durumundan gelen bir terimdir ve sağlık okuryazarlığıyla aynı bir altyapıya sahip olduğu görñlmektedir (Kutcher vd 2016). Fiziki sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlık durumu ne ölçñde ciddi anlamda bir öneme hakimse, RSO'da ruh sağlığının geliştirilmesinde o ölçñde ciddi anlamda bir öneme sahiptir (Wei vd 2015).

Ruh sağlığı okuryazarlığı; sağlık okuryazarlığı kavramından doğan, sürekli gelişmeye devam eden geçmişı çok eskiye dayanmayan bir kavramdır (Bjørnsen 2017). RSO, sağlık okuryazarlığı ile paralel seyreden bir kavram olarak görñlmektedir (Kutcher vd 2016). RSO düzeyinin artmasıyla birlikte toplumun ruh sağlığı göstergelerinde olumlu etkiler görñlmüştür (Bjørnsen 2017). Jorm ilk defa 1997'de ruh sağlığı okuryazarlığını "Ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, yönetme ve önlemeye yönelik bilgi ve inanç" olarak tanımlamıştır. Jorm'un tanımına göre RSO; "ruh sağlığı rahatsızlıklarını bilme yeteneği, ruh sağlığı rahatsızlıklarının risk unsurları ve nedenleriyle alakalı bilgi ve tutumlar, kendi kendine yardım alma yardım önlemleri hakkında bilgi, uzman yardımıyla alakalı bilgi ve tutumlar, ruh sağlığı rahatsızlıklarını doğru öğrenme ve olası yardımı arama durumunu kolaylaştıran davranışlar ve ruh sağlığıyla alakalı doğru bilgiye ne şekilde erişileceğiyle ilgili bilgi" şeklinde altı bileşenden meydana gelmiştir (Jorm vd 1997).

RSO sağlık okuryazarlığıyla karşılaştırıldığında pek fazla üzerinde durulmayan ve üstelik önem verilmeyen bir kavram olduğu görñlmektedir. Halbuki; mevcut zamanda bireyler artık fiziki rahatsızlıklar hakkında bilgilere sahiptir; fiziki rahatsızlıkların ne tür bir belirti verdiği, nelerin faydalı, nelerin zararlı olduğu, tedavi sürecinin ne şekilde yürütñldñđü veya rahatsızlığın nasıl giderileceği hususunda pek fazla bilgiye sahip değillerdir fakat; psikolojik rahatsızlıklarla ilgili hala birçok kişı bir fikri yoktur. Aynı zamanda günümüz yaşam koşulları en çok da psikolojik sağlığını etkilemektedir. Toplum arasında bireyler çoğunlukla ya rahatsızlığının ne olduğunu bilmemekte veya bilen kişilerin ise rahatsızlığının önemiyetini farkına varmayarak bir çözüm arayışına girememektedir (Jorm vd 2000).

RSO terimi, ruh sağlığıyla ilgili bütün toplumların bilgi ve yeteneklerinin çoğaltılmasına ve psikolojik rahatsızlığa sahip kişilerin güçlendirilmesine ilişkin bir vurgudur (Jorm vd 2006). Neredeyse herkesin bir psikolojik bunalıma sahip olduğu veya birbir ilişkilere olduğu bireylerden psikolojik bir bozukluğa neden olacağı

vurgulanmaktadır (Kessler vd 1995). Bu anlayıştan hareketle Jorm zamanla bu ifadeyi genişletmiştir. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını bireyin kendisinin ve etrafındakilerinin psikolojik sağlığını idare etmede yardımcı olacak;

- Psikolojik rahatsızlıkların özellikli ve değişik belirtilerin tanımlama yeteneği;
- Risk unsurları ve nedenleriyle ilgili bilgi ve tutumlar;
- Kendisine yardım müdahaleleriyle ilgili bilgi ve tutumlar;
- Günümüz uzman yardımıyla ilgili bilgi ve tutumlar;
- Mutabık yardım arama ve tanımlamaya özendirilecek davranışlar;
- Ruh sağlığı bilgisine nereden ulaşabileceğine ilişkin bilgi olarak ifade edilmiştir. Kişinin psikolojik rahatsızlık semptomlarını idare etme yetenekleri kişilerin ruh sağlığı okuryazarlıkları ile direkt etkili olmaktadır (Jorm 2006 2012).

Bireylerin yaşam boyu herhangi bir ruhsal sorunla karşılaşma oranları oldukça yüksektir. Ancak ruh sağlığı bilgisi, diğer kronik hastalıklar (kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon vb.) kadar bilinmemektedir (Jorm vd 2006). Yapılan son zamandaki araştırmalara göre ruh sağlığı okuryazarlık durumunun, ruh sağlığı hizmetleriyle alakalı destek alma, ruh sağlığı bozukluğu yaşayan kişiye yardımcı olma ve damgalamayla çok yönlü bir bağ içinde olduğunu göstermektedir. Asya'da yaşayan bireylerde daha çok görülmekle birlikte, kimi ülkelerde kültürel nitelikler sebebiyle ruh sağlığı bozukluğu olduğunda yardım başvurusunda ertelenmeler görülmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı bozukluğunda ilerleme görülmekte, bireyler genellikle rahatsızlığın ileri düzey evrelerine ulaştığında yardım talebinde bulunmakta, bu durum ruh sağlığı bozukluklarıyla alakalı acil servis müracaatlarını ve hastaneye yatış sayısını arttırdığı görülmektedir (Li 2012, Bjorsen 2017).

Kutcher, RSO'nı dört bileşenle tanımlamıştır. Bunlar; pozitif zihinsel sağlığın nasıl elde edileceğini ve sürdürüleceğini anlamak, ruh sağlığı bozukluklarını ve tedavilerini anlamak, ruh sağlığı bozukluklarıyla ilgili damgalanmayı azaltmak, ruh sağlığı bozukluklarıyla ilgili yardım arama etkinliğinin artırılması ve kişinin ruh sağlığı hizmetlerini, özyönetim yeteneklerini geliştirmek için ne zaman ve nerede yardım alınacağını bilmek olarak belirtilmiştir (Jorm 2000). RSO'nın bu tanımı daha önceki tanımların geliştirilmiş bir uzantısıdır. Jorm'un tanımına ek olarak damgalama kavramını içerdiği gibi yardım arama kavramı daha geniş stratejiler şeklinde açıklanmıştır (Jorm vd 1997). Kanada Ruh Hastalıkları ve Ruh Sağlığı Birliği, RSO'nı "ruh sağlığını destekleyen bilişsel, sosyal beceri ve kapasiteler yelpazesi" olarak vurgulamıştır (Mental Health Literacy in Canada 2007).

2.8.3. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve tanı bilgisi

Ruh sağlığı okuryazarlığı kelimesinin gündem olma gayesi ihmalkârlık yapılan bir konuya yönelmektir. Ruh sağlığı hastalıkları çok fazla görüldüğünden, kişilerin kendileri ya da çevrelerinde bu bozuklukla alakalı normal ya da acil bir vakayla karşı karşıya gelme olasılığı yüksek olmaktadır. Fakat ruh sağlığıyla alakalı bilgi düzeyi hala kanser, kalp rahatsızlıkları ve diyabet gibi konularla ilgili bilgi düzeyi kadar yetersizdir (Bjørnsen 2017). Jorm ve Bjørnsen'in düşüncesine göre, toplumların ruh sağlığı bozukluklarıyla alakalı bilgi seviyesi yeteri kadar olmamaktadır ve toplumların ehemmiyetli bir kesimi bu rahatsızlıkları uygun bir biçimde ifade edememektedir (Jorm 2006). Kişilerin ruh sağlığı okuryazarlığı durumunun yeteri kadar olmaması kendisinde ve çevresindeki kişilerde ruh sağlığı bozukluğu semptomlarından bilgi sahibi olmamasına, yardım talebinde gecikmeler olmasına veya uygunsuz yardım taleplerine yol açabilmektedir (Jorm 2006).

Ruhsal bozukluklar hakkındaki tutum ve inançlar, ruhsal bozukluk yaşayan birisini tanıma, onlarla etkileşime girme, ruhsal bozukluklar hakkında kültürel görüşler, kurumsal uygulamalar ve kısıtlamalarla şekillenerek farklılık göstermektedir. Ruhsal hastalıklar hakkındaki tutum ve inanışlara dair niteliksel çalışmaların metasentezini yapan bir araştırmada ruhsal hastalıkların nedenine ilişkin bilimsel bilgilerin yanında kültürlerle ilişkili olarak Pasifik Asya ülkelerinde kişiler arası ilişkilerle ilgili ve çatışmaların sonucu, fiziksel hastalıktan kaynaklı somatizasyon; Musevilerde ilahi mesaj, Asya'nın güneydoğusundaki ülkelerde doğaüstü güçlerden kaynaklandığı gibi nedenler tanımlanmıştır (Douglas ve Fujimoto 1995, Khan 2011).

Ruhsal hastalıkların belirtileri olarak üzüntü, öfke, dikkat eksikliği ve konsantrasyon eksikliği gibi "Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-5" kriterleriyle uyumlu semptomlar ortaya çıkmıştır (Laidlaw vd 2016). Yine aynı çalışmada ruhsal hastalıkların tedavilerinde, nedenlere uyumlu şekilde diyet, egzersiz gibi fiziksel tedavi yöntemlerinin yanında din bilginleri veya geleneksel şifacılarla danışma gibi yöntemleri uygulayan kültürlerin varlığı ortaya konmuştur (Adebowale ve Ogunlesi 1999). Sosyoekonomik düzeyin düşüşü ile ruhsal hastalıkların tanınmasının olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir. Ergenlerin depresyon hakkındaki bilgi, yardım arama ve damgalama tutumlarını inceleyen bir sistematik derlemede ise, özellikle gelişmekte olan ülkelerde depresyonu tanıma olasılıklarının ve profesyonel yardım alma eğilimlerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Singh vd 2019).

Ergen çalışmalarının incelendiği bir başka derlemede ise yaş arttıkça tanı ve yardım arama davranışlarının olumlu yönde artmış olduğu belirtilmiş; kadın cinsiyet, depresyonu tanımada, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinde ve yardım arama

seçeneklerinin bilgisine sahip olmada daha başarılı bulunmuş, ayrıca tedavi alma konusunda da daha istekli bulunmuştur (Georgakakou-Koutsonikou ve Williams 2017). Ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgi ve inanç çalışmalarını derleyen bir araştırmada katılımcıların, depresyonu şizofreniye göre daha fazla psikolojik stres olarak, şizofreniyi ise biyolojik nedenlere bağlı beyin hastalığı olarak tanımladığı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada şizofreni semptomlarının, depresyon ve alkol kullanım bozukluk semptomlarına nazaran daha fazla ruhsal hastalıklı olarak tanımlandığı tespit edilmiştir (Angermeyer ve Dietrich 2006).

2.8.4. Ruh sağlığı okuryazarlığının ölçülmesi

RSO'nun geçerli ve güvenilir ölçümü, bireysel ve toplum düzeyinde ruh sağlığının geliştirilmesinde önemli bir adımdır. Ruh sağlığı eğitimi girişimlerinin etkilerine ve bireyler arasında anlamlı ve kolayca yorumlanabilen karşılaştırmalara dair doğru ölçümler sağlar.

Kişilerin RSO seviyelerini belirlemeye ilişkin ilk girişim 1997 yılında Jorm tarafınca yapılmıştır. Jorm, belirli bir psikolojik bozukluğu tanımlayan vaka örneklerinden yararlanarak kişilerin RSO seviyelerini belirlemiştir. Katılımcı bireylere bir vaka misali sunulmuş ve vaka örneğinde bulunan kişinin yanlış davranışlarının ne olduğuyla ilgili sorular sorulmuştur. Katılımcı bireylerin, görüşlerini belirten yanıtları RSO seviyelerini belirlemiştir (Jorm 1997). Fakat bu metot rastgele bir puanlamaya sahip olmamakta ve RSO'nun bütün özelliklerini ele alan alt boyutları ve puanlarını içermemektedir. Puanlama sistemini bilmeyen Jorm'un bu vaka örneği yöntemiyle; sadece kişilerin yanıtladıkları doğru cevapların oranıyla kişiler veya değişik örneklemeler arası RSO seviyeleri karşılaştırılabiliyor, kişisel olarak belli belirli bir RSO seviyesi belirlenmemektedir. Alt boyutlarının olmayışı ile de; kişinin RSO 'nın hangi alt boyutunda yardıma ihtiyaç duyduğu saptanamıyordu. Hatta toplumların zamanla beraber gelişen/geliştirilen RSO seviyelerini gösterememektedir. Bu nedenle Jorm 'un vaka örneği metodunun RSO 'nı belirlemede kısıtlı fayda sağladığı görülmüştür (O'Connor 2014).

Akabindeki RSO ölçme metodu geliştirme çalışmalarında, RSO toplam puanına ve alt ölçeklere sahip bir ölçek geliştirmek için Jorm'un vaka örneği metodu seçenekli bir yaklaşım olarak kullanılmış ve vaka örneği metodu düzenlenerek puan verme sistemini barındıran bir ölçek haline haline getirilmiştir. Fakat bu defa da vaka misali metodundaki soruların tanımı; inanç, davranış veya düşüncelerin dışında, bilgi seviyesinin hatasız bir şekilde ölçülmesine izin vermemiştir. Bu yüzden RSO'nun değerlendirilmesinde, RSO

'nun bütün bileşenlerinin ölçümünün yapıldığı bir değerlendirmeyle düzey belirlenmesi yapmak bir zorunluluk olmuştur (O'Connor and Casey 2015).

Jorm'un bu vaka örneği yöntemi RSO'nun değerlendirilmesinde uzun yıllar yaygın olarak kullanılmıştır. Bu skeçler, ruhsal sağlık sorunu olan bir kişiyi tanımlayan ve katılımcıların vakadaki bireyde "neyin yanlış" olduğunu anlamalarına ilişkin bir dizi soru soran bir skeçtir. Bu ölçek en yaygın kullanılan RSO ölçeği olmuştur. Bireyler arasında öğelerin karşılaştırılmasına izin vermekte, ancak bir bireyin RSO seviyesini değerlendirme kapasitesini sağlayacak toplam veya alt puanın oluşturulmasına izin vermemektedir. Birtakım nitelikleri değerlendirmek için tasarlanmış bu ölçütte, alt ölçeklerin eksikliği, RSO'yu iyileştirmeyi hedeflemek için bu niteliklerden hangisinin en önemli olabileceği konusunda karşılaştırmalar yapılamayacağı anlamına gelmektedir. Zamanla toplumun hangi RSO komponentinin gelişim gösterdiği, hangi komponentinin gelişim göstermediği bu yöntem ile anlaşılammaktadır (O'Connor vd 2014).

Çin Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında halkın RSO'nı değerlendirmek için geliştirilen 20 maddelik ölçek "doğru", "yanlış" veya "bilmiyorum" şeklinde seçim yapılan bir ölçüm aracıdır. Doğru cevap 1 puan, yanlış veya bilmiyorum cevapları ise 0 puan olarak puanlandırılır (Yu 2015). Ölçeğin yapılan psikometrik testlerinde Cronbach Alfa katsayılarının 0,57-0,73 değerleri arasında değiştiği bildirilmiştir. Bununla birlikte alt ölçekleri dört veya beş faktör olarak bildirilmiştir. Faktörler ruh sağlığı ve ruhsal bozuklukların özellikleri, ruhsal bozuklukların epidemiyolojisine ve ruhsal sağlığı geliştirme faaliyetlerinin farkındalığına inanmak şeklinde belirtilmiştir (Wang 2013).

O'Connor ve Casey 2015 yılında RSO kavramının 6 alt boyutunu ele alan 35 maddelik bir ölçüm aracı geliştirmiştir. Bu alt boyutlar ruhsal bozuklukların risk unsurları ve nedenleri bilgisi, kendisine muayene bilgisi, günümüz uzman destek bilgisi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgiyi nereden edinileceğine yönelik bilgi olarak belirtilmiştir. Ölçeğin puanlanması ise, tüm soruların toplanması neticesinde oluşturulur ve tersten puan verilen sorularda da bulunmaktadır. Ölçek puanlaması yükseldikçe RSO seviyesi yükselmektedir. Toplam 35 maddelik ölçek için 5'li ve 4'lü likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Yapılan analizlerde Cronbach Alfa katsayısı 0,873 olarak, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,797 şeklinde belirtilmiştir (O'Connor and Casey 2015). Jung ve arkadaşlarının 2016 yılında Teksas'ta yetişkinler için geliştirmiş olduğu 5'li likert tipinde bir ölçekte RSO bilgi, inanç, kaynak odaklı başlıkları altında 26 madde oluşturularak incelenmiş. Yapılan analizlerde bu üç faktörün %62 ortak faktör varyansının olduğu, 0,83 iç tutarlılık katsayısına sahip olduğu gösterilmiştir (Jung vd 2016).

Moll ve arkadaşları 2017 yılında işyerinde RSO'nı ölçmek amaçlı Jorm'un vaka örneklerine benzer şekilde skeç tarzında bir ölçek geliştirmiştir. Ölçeğin kapsamı iş

yerinde olabilecek belirli sorunları veya psikolojik sıkıntıları tanıma yeteneği, risk faktörleri hakkında bilgi ve inançlar, resmi ve gayri resmi müdahalelere ilişkin bilgi ve inançlar ve yardım aramayı kolaylaştıran bilgi ve tutumlar şeklinde 4 başlık altında toplanmıştır. Doğru bir cevap tanımlamak yerine, katılımcılardan önermelerle ilgili bilgi seviyelerini değerlendirmeleri istenir. Skeçteki kişiye ne olabileceği, durumun daha kötüye gitmesini nasıl önleyebilecekleri, ne söylemeleri ya da yapmaları gerektiği ve yardımcı olabilecek kaynaklar veya hizmetler hakkındaki bilgi düzeyleri 5'li likert tipinde çok düşükten çok yükseğe doğru derecelendirmeleri istenir. Yapılan analizlerde ölçeğin 0,95 iç tutarlılık katsayısına sahip olduğu ve ek olarak uygulanan başka bir ölçekle korele olduğu görülmüştür (Moll 2017). Dias ve arkadaşları 2018 yılında orijinal formu Portekizce olan 5'li likert tipinde bir RSO ölçeği geliştirmiştir (Dias 2018). Bu ölçek ruh sağlığı bozukluklarının bilgisi, hatalı inançlar, ilkyardım ve yardım arama yetenekleri ve kendi kendine yardım stratejileri başlıklarıyla 4 faktör altında toplanmış 29 maddeden oluşmaktadır. Yapılan analizler doğrultusunda iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak, toplam varyansı ise %36,99 olarak bulunmuştur.

Bjørnsen ve arkadaşları Norveçli ergenlerin iyi ruh sağlığını nasıl elde edileceği ve sürdürüleceği hakkındaki bilgileri ölçen ve psikometrik özelliklerini değerlendiren 6'lı likert tipinde bir ölçek geliştirmiştir. On maddelik %41 faktör varyansı olan tek faktörlü bir yapı olarak ortaya koyulmuştur. Test-tekrar test güvenirliliği katsayısı ise 0,70 şeklinde belirtilmiştir. Diğer ölçeklerden farklı olarak bu ölçekte daha çok pozitif ruh sağlığını sağlama ve sürdürme başlıkları altında maddeler sıralanmıştır. Sonuç olarak bu ölçek özellikle ruhsal sağlık eğitimi girişimlerinin geliştirilmesi, hedeflenmesi ve değerlendirilmesinde kullanılabilir bir ölçüm aracı olarak sunulmuştur. Gençler için iyi ruh sağlığı, refahı ve üretken gelecek için bir temel oluşturma amacı ile uygulanabilir (Bjørnsen 2017).

Campos ve arkadaşları ise 2015 yılında 12-15 yaş arasındaki öğrenciler için 5'li likert tipinde 33 maddelik bir RSO ölçeği geliştirmiştir. Bu ölçek ilkyardım ve yardım arama yetenekleri, bilgi ve inanış ve kendi kendine yardım stratejileri başlıklarıyla 3 faktör altında toplanmıştır. Analizlerde toplam varyansın %31,8 ve iç tutarlılık katsayısının 0,84 olduğu görülmüştür (Campos 2016).

Riebschleger ve arkadaşları 2019 yılında ruhsal bir hastalığa sahip ebeveynlere sahip gençlere yönelik bir RSO ölçeği geliştirmişlerdir. Ölçeğin temel amacı 10-16 yaş arası çocukların RSO'nı değerlendirmektir. Bu ölçek 18'i 4'lü likert tipinde olan 18'i ise doğru yanlış şeklinde seçim yapılan 36 maddeden oluşmaktadır. Ruhsal hastalıklar, damgalanma ve iyileşme şeklinde 3 faktör altında toplanan ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,87 şeklinde bulunmuştur (Riebschleger 2019).

2.8.5. Ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yaklaşımlar

Alan yazısında RSO' nın gelişmesine yardımcı olan bazı eğilimler vardır. Birey kendi psikolojik durumunda oluşabilecek bir sorunu bilirse, bu problem için yardım arama arayışına girmektedir, fakat bunun için bireyin uzman destek ve ispata yönelik muayeneler hakkında bilgiler vermesi gerekmektedir. Ruh sağlığı sektöründe iş gören uzmanların, ruh sağlığına etki eden unsurlar, psikolojik problemlerin semptomları, muayeneleri ve hangi vaziyetlerde destek alınması gerektiği konularda verecekleri eğitim, psikolojik hastalıklardan etkilenen bireylerin daha iyi tedavi görmesini sağlayarak nitelikli hayat sürmelerine imkan sağlamaktadır (Jorm 2012). Yapılmış çalışmalara bakıldığında, ruh sağlığı ve psikolojik bozukluklarla ilgili elde bilginin, destek ve muayene için ne şekilde daha iyi farkındalık meydana getirdiğini, kişisel, sosyal ve kurumsal seviyelerde psikolojik rahatsızlığına karşı damgalamanın düşürülmesinin psikolojik hastalıkların vaktinden önce tanısını oluşturduğunu, ruh sağlığı neticelerinin iyileştirileceğini ve sağlık hizmetlerinin etkin yararlanmasını artırdığını belirtmektedir (Corrigan ve Watson 2003, Rusch 2011, Henderson 2013). Bunun yanında, bireyin psikolojik bozuklukların üstesinden gelmek için yararlandığı tekniklerde, ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye ilişkin anlayışlardan birisidir (Jorm 2012).

Kimi araştırmalar, yararlanılan etkin üstesinden gelme metotlarının, uzman psikolojik rahatsızlık tedavi süreçlerinden daha etkin olduğunu göstermektedir (Jorm 2005, Jorm 2012). Örnek verilirse, klinik ruhsal bozukluklarda yararlanılan fiziki faaliyet, yoga, meditasyon, stres yönetimi vb. üstesinden gelme metotları bireyler üzerinde pozitif etki oluşturularak depresyon semptomlarının düşürülmesine yol açmaktadır (Jorm 2005). Ruh sağlığı sorunlarıyla kişisel üstesinden gelmenin yanında, toplumun içinden biri olarak bireylerin başka kişilere ne şekilde destek vereceğini farkında olması gerekmektedir.

Mevcut zamanda birçok kişi psikolojik sıkıntılar yaşamakta ve kendilerinin başına ne geldiğini doğru bir biçimde bilmemekte ve bunu hastalık olarak ciddiye almadığından dolayı profesyonellerden destek almayı erteleyebilirler. Bu tür vaziyetlerde, bireye yön verecek öneriler, sorunu ciddiye almasına ve destek talep etmesine imkan sağlayacaktır. Psikolojik bir problem yaşayan bireylerin, başkalarının yönlendirmesinden sonra uzman desteğini alma ihtimallerinin daha çok olmasına ilişkin araştırmalar bulunmaktadır (Cusack 2004, Jorm 2012). Bu duruma hatta "ruh sağlığı ilk yardımı" davranışı olarak da denilmektedir. Avustralya'da ilk defa 2001'de "Ruh sağlığı ilk yardım eğitimi" kursu açılmıştır. Bu kursun nedeni, halka psikolojik bir rahatsızlığın veya psikolojik bir krizin ortaya çıkması durumunda bireye ne şekilde yardım edeceği,

uzmandan yardım isteyene ya da krizin meydana gelmesi durumunda ne şekilde idare edeceklerini kapsamaktadır (Kitchener ve Jorm 2000, Jorm 2012).

Ruh sağlığı okuryazarlığı geliştirmeye ilişkin yapılacak bir başka yaklaşım ise, üniversite ve okullarda eğitim alan bireylerin ruh sağlığıyla alakalı riskli grupta yer almasından dolayı, bu kuruluş/kurumlarda, ruh sağlığı okuryazarlığıyla alakalı öğrenimlerin verilmesi, okuryazarlık seviyesinin yükselmesine sebep olmaktadır (Jorm, 2012). Gençlerin yanında ailelerin de, psikolojik rahatsızlıklar sebebiyle meydana gelen erken semptomları tanınması, en iyi destek seçeneği bulabilmesi ve bu desteğe ne şekilde ulaşacağı hususunda bilgi sahibi olması için eğitimler görmesi gerekmektedir (Burns ve Rapee 2005, Wright 2006, Kelly 2006, Jorm 2012).

2.8.6. Ruh sağlığı okuryazarlığı mücadele çalışmaları

Ruh sağlığında önleme çalışmaları hayat boyu eğilimine göre okul öncesi zamanına ilişkin önleme çalışmaları, okul bazlı önleme çalışmaları ve toplum baz önleme çalışmaları şeklinde gruplandırılmaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığında okul temelli müdahaleleri müdahale edilecek gruba göre yaygın düzeyde müdahale etme ve seçici seviyede müdahale çalışmaları olarak gruplanmaktadır. Çok fazla önlemler, okul, mahalle, topluluk, şehir vb. belli bir alandaki bütün insanlara dair başlıca bilgileri barındıran kapsayıcılık özelliğinde olan programlarken, seçici düzeyde önlemler ise farklı perspektiflerden risk unsurları ya da subklinik belirtiler sebebiyle belli kişilere yönelik olan programlardır (Gazioğlu ve Canel 2018). Çok fazla düzeyde etkin olan erken zaman yaş kategorisine ilişkin önlemlere örnek olarak erkenuyarıma önlemleri, bakıcı hassasiyetliğini ve yanıt verebilirliğini geliştirebilmek için önlemler, entegre beslenme, sağlık ve uyarılma programları, nitelikli okul öncesi eğitim ve öğretime katılma, ailelere koşullu nakit aktarımları olarak sınırlanabilir (Kieling vd 2011).

Okul öncesi dönemde en etki olan, küçük bireylerin gelişimine etki eden önlemlerdir (World Health Organization Promoting Mental Health, 2004). Okul öncesinde beslenme eksikliği, yoksulluk yaşayan küçüklerin uzun dönemli psikolojik rahatsızlıklara daha eğilimli olduğu vurgulanmaktadır (O'Neil vd 2014). Bunun yanı sıra yetersiz sosyo-ekonomik şartlardaki bakım sağlayıcılarına sunulan eğitimden sonra küçüklerin okuldaki başarıları daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Prevention and Promotion in Mental Health 2002). Ergenlik çağına ilişkin yaygın seviyede önlemlerin ruh sağlık durumunu geliştirdiğini ifade eden ispatlar vardır (Kieling 2011). Olumlu ruh sağlık durumunun iyileştirilme araştırmalarına yönlendirmek için "tüm okul yaklaşımı", okul bazlı ruh sağlığı önlemlerin yeni modellerinden sayılmaktadır. Bu tarzda

yükümlülüklerin bütün paydaşlara paylaştırılarak okul çalışanının, öğrencilerin ve ailelerin de içinde olduğu her yere yayılan, daha çok kurum/kuruluşun olduğu bir süreç mevzubahistir (Graetz vd 2008). Bu anlayış kapsamında okulların davranış uygulamaları, öğretim programının hazırlanması, bir bütün olarak olumlu ruh sağlığı önlemesi olarak benimsenmektedir. Politikalar neticesinde yalnızca olumlu ruh sağlığı olmayıp, eğitim başarısında da artmalar görülmektedir (England 2015). Okul bazlı ruh sağlığı önlemlerinin, ruh sağlığı durumunda ve iyi oluş halinde artmaya neden olarak muvaffakiyetli olduğu görülmesine karşın önlemlerin geneli kısa vadeli ve önleme sonrasında bu muvaffakiyetlerin uzun süreli olabilmesi ve etkililikleri hususunda daha az çalışma vardır (O'Reilly vd 2018).

Toplum bazlı yasak madde kullanımını müdahale etmeyi amaçlayan bir programın, 15-19 yaş aralığındaki gençlerde yasak madde kullanmayı azalttığını belirtmektedir. Düzenlenmiş çalışmaları içeren önlemler, savaşın etkisi altında kalan toplumlarda 7-14 yaşlarında olan çocuk bireyler için olumlu sonuç verirken, okul bazlı fiziki etkinlik önlemesi kaygılanma ve benlik durumunun arttırılmasında etkili olduğu görülmektedir (Bonhauser vd 2005, Loughry vd 2006). 12-16 yaş aralığında ergen bireylerde depresyonu müdahale etmek için uygulanan psikososyal bir önleme, depresyon, ümitsizlik, üstesinden gelme yetenekleri ve benlik durumunun iyileşmesine ilişkin yararlar göstermektedir (Rivet-Duval vd 2011). Madde kullanımıyla alakalı olarak ergen bireylerin sosyal yetenek geliştirmesine ve yükümlülük olmasına yönelik, etkin ailelerin katılım gösterdiği programlar en muvaffakiyetli program çeşidi olarak gösterilmiştir (Gazioğlu 2018).

Psikolojik rahatsızlıklara ilişkin toplum önlemleri, bilhassa teşhisi konulan hastalarda çok değişik bir biçimde ilerlemektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı önlemleri psikolojik rahatsızlıklara ilişkin farkındalık durumunun arttırılması, damgalamanın düşürülmesi, destek aramaya ilişkin engellerin düşürülmesi, erken teşhis, muayene sürecinin sürdürülmesi hususunda gelişmeler sağlayarak ruh sağlığını iyileştirme faaliyetlerinin her basamağını etkilemektedir.

2.8.7. Ruh sağlığı okuryazarlığının toplumsal sağlık sonuçları

Jorm'un 2005 yılında ruh sağlığı okuryazarlık seviyelerine ilişkin yaptığı çalışmada, ruh hastalıklarının pek çoğunda teşhis edilme ve hekimden yardım alma ve tedavi metotlarıyla ilgili hatalı ya da eksik bilgilerin olduğunu tespit etmiştir (Jorm vd 2006). Sağlık personellerinin RSO seviyelerine ilişkin ele aldığı çalışmaların neticelerinde, okuma-yazma seviyesi daha fazla tespit edilmiş ve var olan bilgi düzeyiyle

RSO arasındaki anlamlı ve olumlu bir ilişki tespit edilmiştir (Caldwell ve Jorm 2000). Avustralya'da açılan RSİYM kursları, başka ülkelere de örnek olmuş; genel ülkelerde RSİYM kursları faaliyete geçirilerek toplumların ruh sağlığı eğitim müfredatları yürütülmüştür. Amerika'da yapılmış milli çalışmalara göre, kişilerin kendinde bulunan psikolojik bir hastalığın farkında olamaması sebebiyle uzmandan yardım almayı istemediği ya da ertelediği saptanmıştır (Wang vd 2007, Thompson vd 2008).

Anksiyete rahatsızlıkları veya duygu durum rahatsızlıkları gibi toplumlarda yaygınlıkla görülen ve toplum nezdinde de daha çok bilinen rahatsızlıklarda bile hastalığı ifade edememe sebebiyle muayene görmedeki gecikmişliğin aşağı yukarı 8.2 yıl olduğu ifade edilmiştir (Gulliver vd 2010). Smith ve Shochet'un (2011) yapmış olduğu bir araştırmada; RSO seviyesinin destek arama niyetiyle direkt ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu düşüncenin artmasının yeterli seviyede ruh sağlığı bilgisine hakim olmakla birlikte yani RSO düzeyiyle mümkün olabileceği belirtilmiştir (Smith ve Shochet 2011).

Eksiz olan RSO seviyesinin; muayenenin erken bitirilmesi ve hatta üstesinden gelme stratejilerinin kullanımıyla alakalı olduğu ve RSO seviyesi yükseldikçe kişilerin damgalanma davranışlarının ve profesyonelden yardım talep etmeye karşı kötü davranışlarının azaldığı ifade edilmiştir. Yüksek RSO düzeyine sahip olmak, psikolojik rahatsızlıkların erken önlenmesini kolay hale getirmektedir (Wright 2007, Jorm 2012). Aynı zamanda yüksek RSO düzeyi, psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerin kendi bireysel bakımlarını giderilmesini sağlamak ve ruh sağlığı düzeyini iyileştiren tutumları teşvik etmektedir (Noroozi vd 2018). Bununla birlikte psikolojik açıdan sağlıklı kişilerin yüksek RSO düzeylerini taşıması; tedavi görmemiş psikolojik bir rahatsızlığı olan kişilere karşı yardımcı olmaktadır; onların hayatlarına son verme ya da can alma gibi önemli kriz durumlarında ilerleme olmadan erken önlemlerini teşvik ettirebilmektedir (Jorm 2000, Jorm 2011).

2.8.8. Ruh sağlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili yurtiçinde yapılmış araştırmalar

Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili Uluslararası literatürde birçok çalışmaya rastlanırken ülkemizde çalışma sayısı çok azdır. Yapılan bir sistematik derleme araştırmasında, bilgi ölçüsü, damgalama ölçüsü ve yardım arama ile ilgili ölçüt içeren 401 çalışma bulunmuştur. Araştırma konuları temel olarak hastalık tanımlama yeteneğini ve terminoloji, etiyoloji, tanı, prognoz ve sonuçlar gibi zihinsel bozuklukların olgusal bilgileri içermektedir (Wei 2015).

Göktaş vd tarafından 2018 tarihinde Ruh Sağlığı ve Okuryazarlığı (Mental Health Literacy – MHL) Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada bilgi

odaklı ve inanç odaklı alt boyutlardan ikişer maddenin faktör analizi sonucu çıkartılmasına karar verilmiştir. Ölçek, üniversite öğrencilerine uygulanmış olup cronbach α 0,71, tekrar test korelasyon katsayısı da 0,71 olarak hesaplanmıştır. Ölçek Türkçe haliyle 18 yaş üstü bireyler için uygulanabilir olarak değerlendirilmiştir.

Akdoğan (2018) çalışmasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ölçeğini Türkçeye uyarlamayı amaçlamıştır. Çalışma sonucunda Türk toplumunun ruh sağlığı okuryazarlığının değerlendirilmesinde ve konuya ilişkin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde bu ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Mayuncur (2018) çalışmasında, ruh sağlığı sektöründe verilen klinik hizmetler kapsamında hizmet alanların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%87.1) sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada psikotik hastalıklar haricindeki psikiyatri hastalarının sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir.

Akca (2019) çalışmasında hemşirelik öğrencilerine verilen sağlık okuryazarlığı eğitiminin sağlık okuryazarlığı düzeylerine etkisini incelemiştir. 206 hemşirelik öğrencisi müdahale ve kontrol grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Müdahale grubundaki öğrencilere dört oturumluk sağlık okuryazarlık eğitimi verilmiştir. Ön değerlendirmede her iki grubun sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, son değerlendirmede eğitim verilmiş olan müdahale grubunun sağlık okuryazarlık düzeylerinin kontrol grubundakilere oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Arslan (2020) çalışmasında lise öğrencilerinin ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemeyi amaçlamıştır. Öğrencilerin senaryoları doğru tanımları ile cinsiyet, yaş grubu, anne eğitim düzeyleri ve baba eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuşken öğretmenlerin senaryoları doğru tanımları ile sadece cinsiyet değişkeni arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Eltaş Canciğer (2020) çalışmasında “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (ÖRSO-ÖA)” geliştirmeyi amaçlamıştır. Çalışma sonucunda geliştirilen ölçeğin öğretmen adaylarının öğrenci ruh sağlığı okuryazarlıklarını değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Tatar (2020) çalışmasında tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisini ve sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışma sonucunda öğrencilerin yarısından fazlasının (59.8) SOY düzeylerinin yeterli-mükemmel olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin sınıf düzeyi yükseldikçe, sağlık okuryazarlıklarının da arttığı görülmüştür.

Aktaş (2021) çalışmasında, kronik hastalığa sahip bireylerde sağlık okuryazarlığını ve sağlık algısını değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlıklarına verdikleri önem arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Kendilci (2022) çalışmasında akademik personelin sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelemiştir. Akademisyenlerin yarısından biraz fazlasının (%59.2) sağlık okuryazarlıklarının yeterli veya mükemmel düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Akademisyenlerin SOY düzeylerinin cinsiyete, yaşa meslekte çalışma yılı, öğrenim durumuna ve medeni hal değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Mert (2022) sağlık ve güvenlik biriminin iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunan sanayi iş yerinde çalışanların, sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeyi amaçlamıştır. 60 yaş ve üstü olan çalışanların SOY puanları diğerlerine oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Dul/boşanmış olanların SOY puanları evli ve bekar olanlara oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kendi beyanlarında ekonomik durumu yüksek olanların, sağlıkla ilgili bilgileri internetten edinenlerin SOY puanları daha yüksek bulunmuştur.

2.8.9. Ruh sağlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili yurtdışında yapılmış araştırmalar

Kutner vd (2006) tarafından ABD'deki yetişkin bireylerin RSO seviyelerini ölçmek için yapılan çalışmada yetişkin bireylerin genelinin (%53) orta seviyede, %22 oranlık kısmının esas seviyede ve %14 oranlık kısmının esas seviyesinin altında RSO 'ya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tokuda vd (2009) tarafından Japonyada RSO ile fiziki ve zihni refah arasındaki bağlantıyı belirlemek amacıyla yapılan çalışmada RSO yetersiz olan kişilerin yeterli RSO olan kişilere göre daha az fiziki ve zihni iyi oluş vaziyetinde oldukları belirtilmiştir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (2012) tarafınca Avrupa bölgesinde RSO seviyesini tespit etmek için 8 Avrupa devletinden 7795 katılımcıyla ele edilen araştırmada çalışmaya katılanların %12 oranının düşük genel RSO düzeylerine ve %35 oranında ise kritik RSO düzeylerine sahip olduğu bulgusuna ulaşıldığı tespit edilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, bütün katılan devletlerden sağlanan değişkenlerle RSO'nın daha iyi oluş bireylerde daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

O'Connor ve Casey (2015) çalışmalarında, ruh sağlığı okuryazarlığının tüm özelliklerini değerlendiren Mental Health Literacy Scale (MHLS) (Ruh Sağlığı

Okuryazarlığı Ölçeği) adlı ölçeği geliştirmeyi amaçlamışlardır. Çalışmalar sonucunda, 35 maddelik, tek değişkenli bir ölçek ortaya koymuşlardır.

Almaleh vd (2017) tarafından Mısır'da yapılmış olan RSO' ya ilişkin araştırmada katılımcı bireylerin genelinde sağlık okuryazarlığı sınırlı düzeyde tespit edilmiştir.

Hurley vd (2020) yapmış oldukları çalışmada, ebeveyn ve bakıcı ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine mevcut araştırmaları sistematik olarak gözden geçirmişlerdir. Bu amaçla konu ile ilgili 21 çalışma incelenmiştir. Nicel ve nitel çalışmaların anlatsal bir sentezi yapılmıştır. Çalışma sonucunda ebeveynlerin ve bakıcıların zihinsel sağlık bilgilerinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin zihinsel sağlık konusunda yardım almalarına; kültürel ve dini inançlar, finansal ve bilgi engelleri, tedavi hizmetlerine yönelik korku ve güvensizlik ve damgalanma gibi faktörlerin engel oluşturduğu belirlenmiştir.

Mahmoodi vd (2022) İran'daki lisans öğrencileri arasında ruh sağlığı bilgi arama davranışını araştırmışlardır. Çalışma sonucunda öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlık durumlarının yetersiz olduğu belirlenmiştir.

2.8.10. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve hemşirelik

Ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik müdahaleler her yaş grubunda etkili olmaktadır. Örneğin çocukların gelişim sürecinde, gençlerin ergenliğe ilk adımında, kadına yönelik şiddet durumlarında, yaşlılık döneminde olan risk gruplarını belirleyerek birincil korumaya ilişkin girişimlerde bulunmak erken tanı ve tedavi ve rehabilitasyonu ön plana çıkarmaktadır. Bunun içinde ruh sağlığı hizmetlerinde kolay uygulanabilir ölçek ve rehberlere ihtiyaç duyulmaktadır (Akdoğan 2018).

Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında planladığı ulusal ruh sağlığı politika metni temel alınarak hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) ile bireylerin ihtiyaçlarının göz önünde bulunduğu, hizmetin uygun yöntemle yeterli bir biçimde verilmesini sağlayan bir ruh sağlığı hizmet örgütünün kurulması hedeflenmiştir. Ruh sağlığında hizmetlerdeki nihai amaç; bütünlük toplum temelli ruh sağlığı hizmet örneğini hayata geçirmek, bireylerin ruh sağlığını düzenli bir şekilde takip etmek, korumak ve iyileştirmektir. Bununla birlikte koruyucu ve birinci basamak hizmetlerin ruh sağlığı ve ruhsal iyilik durumunun geliştirilmesinin önemi konusunda farkındalık sağlamaktır (TC Sağlık Bakanlığı 2011).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler; kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin takip ve tedavilerinin düzenli yapılmasından sorumlu olup topluma tekrardan bağımsız bir birey olarak kazanılmasında, uygun bakımın verilerek hastaların

hastaneye yatış oranının azalması, hastalık belirti ve bulgularının azalarak sosyal becerilerinin geliştiği ve bakım memnuniyet düzeyinin artmasında rol almaktadır. Aynı zamanda sağlıklı davranışların geliştirilmesi için olumlu etki oluşturmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı 2011). Kliniklerde hasta ve ailesi ile terapötik iletişimi olan psikiyatri hemşirelerinin toplumun ruh sağlığını geliştirmek için kilit rolündedir. Ruhsal hastalıklar hakkında hastayı ve ailesini bilgilendirerek yaşam kalitesinin artmasına, damgalanma davranışının azalmasına neden olmuştur (Özer ve Altun 2022). Psikiyatri hemşirelerinin hastane içindeki sağlık profesyonellerine hizmet içi program ile ruhsal hastalıklar ve damgalanma hakkında ile sağlık personelinin ruh sağlığı okuryazarlığı oranının artması için gerekli eğitim programları düzenlemelidir. Bunun sonucunda hasta bakımı ve müdahalelerinde toplumun ruh sağlığını olumlu yönde katkı sağlayacaktır.

2.9. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada cevap aranan sorular şunlardır;

- 1) Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini belirlemek için hazırlanan RSOÖ' nin Türkçe uyarlaması geçerli midir?
- 2) Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini belirlemek için hazırlanan RSOÖ' nin Türkçe uyarlaması güvenilir midir?

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)” [Mental Health Literacy (MHLS)]’nin Türkçe formunun dil uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmış metodolojik tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu araştırma, 05.02.2021- 02.12.2022 tarihleri arasında, çevrimiçi ortamda Google Forms uygulaması ile anket linki gönderilerek çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kişiler ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

“Ölçek çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğünün madde sayısının 5-10 katından az olmaması beklenmektedir” (Alpar 2010). Comrey ve Lee’ye (2013) 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 belirtilmektedir. Bu bilgiler ışığında, mevcut ölçekte yer alan madde sayısının (35 madde) en az 10 katı kadar olacak şekilde ($35 \times 10 = 350$) örneklem sayısının faktör analizi için yeterli olması ve faktörler arasındaki ilişkinin net olarak gösterilebilmesi amacıyla araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 424 kişi örnekleme oluşturmuştur.

Araştırma örnekleme, ulaşılabilirlik ve elverişlilik ilkesi doğrultusunda popülasyondaki her bireyin eşit seçilme şansına ve olasılığına bağlı olarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olmak,

- Türkçe okuma yazma biliyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- Türkiye'nin herhangi bir il ve ilçesinde yaşıyor olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form; katılımcıların cinsiyetini, yaşını, eğitim durumunu, mesleğini, ruhsal ve kronik bir hastalığının olup olmadığını, ailesinde ruhsal hastalığı olup olmadığını ve daha önce ruhsal hastalıkları tanıma ve önlemeye yönelik bir eğitim programına katılıp katılmadığını sorgulayan 8 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.4.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)

RSOÖ, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla O'Connor and Casey (2015) tarafından geliştirilmiştir (Ek 2). Ölçek, 6 bileşenden oluşan bir model oluşturularak geliştirilmiştir. Bu bileşenler; ruhsal bozuklukları tanıma becerisi (1-8. maddeler), risk faktörleri ve nedenleri bilgisi (9 ve 10. maddeler), kendi kendine tedavi bilgisi (11 ve 12. maddeler), mevcut profesyonel destek bilgisi (13-15. maddeler), ruhsal bozukluklar hakkında bilgiye nasıl ulaşabileceği bilgisi (16-19. maddeler) ve ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruhsal bozukluklara yönelik tutumlar (20-35. maddeler) şeklindedir. Ancak, O'Connor and Casey (2015), ölçekten elde edilen faktör yüklerinin düşük olması nedeni ile yapının tek faktör altında toplanmasına karar vermiştir. Toplam 35 soruluk ölçek için, 1'den 15'e kadar olan maddeler 4'lü likert (çok olası değil, olası değil, olası, çok olası), 16'dan 35'e kadar olan maddeler ise 5'li likert (kesinlikle katılmıyorum veya kesinlikle istemem, katılmıyorum veya istemem, kararsızım, katılıyorum veya isterim, kesinlikle katılıyorum veya kesinlikle isterim) tipi derecelendirilmiştir. Ölçekte yer alan 10, 12, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten toplam puan alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 160 ve en düşük puan 35'dir. Ölçekten yüksek puan alınması ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.873'dür. Ölçeğin 9. ve 10. maddelerinde Türkiye'yi referans alarak değişiklik yapılmıştır. Aynı

zamanda 5. ve 8. maddeler de Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci baskısındaki değişen sınıflandırılmasındaki tanımlara göre düzenlenmiştir (APA 2013).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, 05.10.2021-02.12.2022 tarihleri arasında, Google Formlar aracılığı ile sosyal medya web siteleri (WhatsApp, Facebook ve Instagram) üzerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Google Formlar üzerinde çevrimiçi ölçekler hazırlanarak oluşturulan link, araştırmacının çevresindeki kişilere gönderildi ve onların da kendi çevrelerine göndermeleri istendi. Katılımcılardan araştırma için gönüllü onam alınmış ve bunu araştırma soru formunun başına "araştırmaya katılmayı onaylıyorum" ifadesini işaretleyerek beyan etmişlerdir. Araştırma soru formunun giriş bölümünde araştırmacının amacı, katılımcının rolü ve araştırma sürecinin gizliliğini içeren açıklamalara yer verilmiştir. Ayrıca, test-tekrar test çalışması nedeniyle bireylerden kendilerini tanımlayan bir takma ad belirtmeleri ve 2 hafta sonra link tekrar katılımcılara gönderildiğinde aynı takma ad ile katılmaları istenmiştir. Araştırma verileri "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Ölçeklerin ortalama uygulama süresi 15-20 dakikadır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) sürüm 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) ve AMOS programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde; bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler için tanımlayıcı istatistikler (frekans değerleri, ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) yapılmıştır.

RSOÖ'nin uyarlama çalışmasında kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.1'de belirtilmiştir

Tablo 3.1 Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik yöntemleri

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	<ul style="list-style-type: none"> -Basıklık ve Çarpıklık Analizi -Dil geçerliliği <ul style="list-style-type: none"> • Geri çeviri yöntemi -Kapsam Geçerliliği <ul style="list-style-type: none"> • M-İGİ • Ö-İGİ -Güvenirlik analizi <ul style="list-style-type: none"> • Cronbach's Alpha • Spearman-Brown Coefficient • GuttmanSplit-Half Coefficient -Tekrar Test Analizi <ul style="list-style-type: none"> • Pearson Korelasyon Analizi • Sınıfıçı Korelasyon Katsayısı • Bağımlı Örneklem t Testi -Madde Analizi <ul style="list-style-type: none"> • Ayırt Edicilik Analizi (%27'li alt-üst grup ortalama farkı) • Madde-Toplam Korelasyon Katsayısı -Doğrulayıcı Faktör analizi <ul style="list-style-type: none"> • Uyum İyiliği (χ^2/sd, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, RMR) -Açıklayıcı Faktör Analizi <ul style="list-style-type: none"> • KMO • Barlett • Temel Bileşenler Analizi • Varimax Döndürme Yöntemi • Screen Plot • Varyans ve Özdeğer -Yakınsak Geçerlilik ve Ayrışma Geçerliliği <ul style="list-style-type: none"> • Composite Reliability (CR) • AVE -Hotelling's T² Testi

3.6.1. Geçerlilik analizi

Bu araştırmada RSOÖ'nin geçerlik çalışması için dil geçerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt-bağıntı geçerliği analizleri yapılmıştır.

3.6.1.1. Dil geçerliği

RSOÖ'nin dil geçerliği çalışması için, hem orijinal dile hem de Türkçe'ye hakim iki dil ve çeviri uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrili yapılmıştır. Farklı dil uzmanları

tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçekleri derleyerek hem dil hem de alan uzmanlarının incelemesine sunmak üzere bir grup oluşturulmuştur. Bu ekipte yer alan iki yabancı dil uzmanı tarafından (daha önceki dil uzmanlarından farklı) önceki çevirilerin dilbilimsel değerlendirmesi yapılmıştır. Ölçekteki her bir madde dilbilimsel, kültürel ve kuramsal uygunluk açısından iki Türk dilbilimci ve üç alan uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Bu incelemelerin ardından en iyi ifadeler seçilmiş ve çok dilli çevirmenler tarafından ölçek geri İngilizce'ye çevirilmiştir. Ölçeğin orijinali ile Türkçe'den orijinal diline çevrilmiş formu arasındaki uyum değerlendirildikten sonra ölçeğin Türkçe'ye çevirisi tamamlanmıştır (Ek 3) (Seçer 2015, DeVellis 2016, Johnson ve Christensen 2019).

3.6.1.2. İçerik/kapsam geçerliği

Bir ölçek başka bir kültüre çevrilirken orijinal formda ve çeviri versiyonunda yer alan maddelerin dilsel karşılıklarının belirlenmesi amacıyla en az üç uzmana danışılması önerilmektedir. Bu amaçla, RSOÖ'nin hem İngilizce hem de Türkçe formu 7 kişiden (2 Psikiyatri Profesörü, 1 Psikiyatri Hemşireliği Doçenti, 2 Psikiyatri Doçenti ve 2 Psikolojik, Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü Doçenti) oluşan bir uzman grubuna sunulmuştur (Ek 4). Ölçeğin kapsam geçerliği Davis Tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir (Davis1992). Uzmanlara bir form sunularak ölçek maddelerinin konuyla ilgisini, gerekliliğini, açık olmasını ve özgüllüğünü değerlendirmeleri istenmiştir. Bu teknikte uzmanlar maddeleri şu şekilde değerlendirir;

- “1- Uygun değil”
- “2- Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerekiyor”
- “3- Uygun, ancak ufak değişiklik gerektiriyor”
- “4- Çok uygun”

Uzmanların değerlendirmeleri sonucunda, madde içerik geçerliliği (M-İGİ) değeri, toplam uzman sayısının ölçekteki her bir madde için 3 ve 4 puan veren uzman sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Ölçek içerik geçerlik indeksi (Ö-İGİ), tüm ölçek maddeleri için M-İGİ değerlerinin ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Ö-İGİ ve M-İGİ uyum oranlarının 0.80'den büyük olması kapsam geçerliğinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Polit vd 2007, Alpar 2018).

3.6.1.3. Pilot çalışma

Literatürde yeni bir ölçeğin veri toplamaya hazır olduğu iddia edilmeden önce bir pilot çalışma yapılması önerilmektedir (WHO 2016). Bu nedenle, değerlendirilecek

örnekleme aynı özellikleri paylaşan 50 katılımcı ile bir pilot araştırma yapılmıştır. Pilot çalışma sonucunda, RSOÖ'nin Cronbach alfa korelasyon katsayısı 0.820 olarak bulunmuştur. Pilot çalışma aşamasında ölçeğin iç tutarlılık düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, maddelerin anlaşılır bulunması nedeniyle ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmamış ve analizler için yeterli örnekleme uygulanmasına karar verilmiştir. Pilot uygulamaya dahil edilen örneklem grubu asıl analizlere dahil edilmemiştir.

3.6.1.4. Yapı geçerliliği

Ölçeklerin psikometrik özelliklerini değerlendirmek için en yaygın kullanılan yöntem, bir korelasyon veya kovaryans matrisi kullanarak karmaşık verileri ayrıştırmak için bir dizi istatistiksel tekniği birleştiren faktör analizidir (Brown 2015). Bu nedenle, yapı geçerliliğini değerlendirmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır.

AFA'da öncelikle örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını tespit etmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve değişkenlerin birbirleriyle korelasyon gösterip göstermediklerini tespit etmek için Barlett testi uygulanmıştır. Eğer KMO değeri 0.60'tan büyük ve 1'e yakın ve Barlett testi anlamlı ise veriler faktör analizi için uygundur şeklinde yorumlanmaktadır (Seçer 2015, Terwee vd 2007). RSOÖ faktör özelliklerini görmek ve madde çıkarmak amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ile Direkt Oblimin döndürme yöntemi uygulanmıştır. Ölçeğin faktör yapısı belirlenirken şu kriterler göz önünde bulundurulmuştur. Birincisi; maddelerin yüklendikleri faktörlerde yük değerlerinin arasındaki farkın 0.20'dan fazla olmasıdır. İkincisi ise faktör yük değerinin en az 0.50 olmasıdır (DeVellis 2016, Can 2019). Eğer maddenin yüklendiği faktörlerde yük değerlerinin arasındaki fark 0.20'den az ise "binişik madde" olarak adlandırılır ve çıkarılması gerekir (Tavşancıl 2014, Seçer 2015, Gürbüz ve Şahin 2018). Thurstone'a göre bir faktör altında en az üç madde bulunmalıdır (Erkuş 2014). Bütün bunlar göz önünde bulundurularak 0.20'den daha az bir farkla 1'den fazla faktörde yük değeri taşıyan, faktör yük değeri 0.50'den daha düşük faktör yük değerine sahip olan maddeler ve en az 3 maddeden oluşmayan faktörler ölçekten çıkarılmıştır.

Faktörleri oluşturma aşamasında Eigenvalue (özdeğer), faktör analizinde ortaya çıkan faktörlerin ne ölçüde ölçülmek istenen özelliği temsil ettiğini ortaya koymakta ve özdeğeri daha yüksek olan bir faktör ölçülmek istenen özelliğin daha büyük bir kısmını açıklamaktadır (Abell vd 2009). Özdeğer faktör yüklerinin kareleri toplamı ile hesaplanır ve bir faktörün açıkladığı varyansın oranının belirlenmesinde ve kaç faktör kabul

edileceğini belirlemede bakılan bir değerdir (Tabachnick ve Fidell 2001). Bu çalışmada, yapı ve faktör sayısını belirlemede özdeğer 1 ve daha yüksek kabul edilmiştir (DeVellis 2016, Johnson ve Christensen 2019).

DFA, gözlenen (observed) değişkenler ile gizli (latent) değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçebilen yapısal eşitlik modelinin (YEM) bir türüdür (Brown 2006). DFA, AFA ile tespit edilen yapının alt boyutları arasındaki ilişkinin ne kadar etkili seviyede olduğunu, hangi maddelerin hangi alt boyutlar ile alakalı olduğunu ve alt boyutların yöntemi ifade etmede ne seviyede yeterli olduğunu belirlemektedir (Özdamar 2004).

DFA aracılığıyla, modelin veri ile uyumu, ki-kare uyum testi (Chi-Square Goodness), SRMR (Standardized Root Means Square Residual), RMSEA (Root Means Square Error of Approximation), NFI (Normed Fit Index), IFI (Incremental Fit Index), NNFI (Non-Normed Fit Index), RFI (Relative Fit Index), GFI (Goodness Fit Index) ve CFI (Comparative Fit Index) dahil olmak üzere belirli uyum indeksleri kullanılarak incelenmiştir. Kabul edilebilir uyum indeks seviyeleri ki-kare değeri için üç ve altı, RMSEA, SRMR ve RMR için 0.08 ve altı, CFI, NNFI, RFI ve IFI değerleri için ise 0.9 ve üstü olarak belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011, Erkorkmaz vd 2013, Çapık 2014, Esin 2014, Teke ve Arabacı 2018).

3.6.1.5. Ayırışma geçerliliği ve yakınsak geçerliliği

Ayırım geçerliliği, değişkenlerin kendi faktörleri dışındaki faktör yapılarıyla daha düşük düzeyde ilişkili olmasını ifade ederken, yakınsak geçerlilik ölçme aracındaki değişkenlerin birbiriyle ve oluşturdukları faktörlerle ilişkili olduğu anlamına gelir. Ölçüm modelinde yer alan değişkenlerin yapı geçerliliğini test edebilmek için yapı güvenilirliği (CR -composite reliability) ve ortalama açıklanan varyans (AVE – average variance extracted) değerleri incelenmiştir. AVE standardize edilmiş faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilmekte ve değerinin 0.5'ten büyük olması beklenmektedir. Bu koşul sağlanmışsa yakınsak geçerliliği sağlanmış demektir (FornellveLarckers1981). Aynı zamanda, CR değerinin ise 0.7'den yüksek olması yakınsak geçerliliğin diğer göstergesidir (Hair vd 2014) olup, ölçüğe ilişkin CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olması beklenmektedir (Fornell ve Larcker 1981).

3.6.2. Güvenirlilik analizleri

Güvenirlilik bir ölçüğün ölçmek istediği özelliği ne derecede doğru ölçtüğünü, ölçüğün tekrarlanabilir olduğunu ve devamlılığını göstermektedir. Güvenilir bir ölçme

aracı soruların birbirleriyle uyumlu olduğunu ve yeterliliğini ortaya koymaktadır (Çakmur 2012). Bu çalışmada RSOÖ için güvenilirlik analizi çerçevesinde, iç tutarlılık, iki yarı güvenilirlik ve test-tekrar test analizleri kullanılmıştır.

İç tutarlılık analizine ilişkin olarak maddelerin birbiri ile uyumlu olup olmadığını tespit etmek için Cronbach α iç tutarlılık katsayısı, testi yarılama metodu ve madde-toplam puan korelasyonu katsayıları hesaplanmıştır. Aynı zamanda Hotelling's T^2 testi yapılmıştır. Tutarlılık ve gerçeğe yakınlık durumunun bir ölçüsü olan güvenilirliğin yüksek olması için ölçeği ortaya çıkaran tüm maddelerin güvenilirliği artırıcı bir etkiye sahip olması önemlidir (Koçak vd 2014).

3.6.2.1. Madde analizi

Madde analizi için, %27'lik alt-üst grup ortalama farkına dayalı teknik ve madde-toplam korelasyon değeri esas alındı. %27'lik alt ile üst grup ortalamaları farkına yönelik yöntemde ölçek puanları hesaplanır ve düşükten yükseğe doğru sıralanır. Örneklemin %27'liği kadar bir kısmı üst uçtan alınır ve üst grup olarak belirlenir, örneklem sayısının %27'si kadar en düşük puan alanların alt ucundakiler seçilir ve alt grup olarak belirlenir. Ölçeğin ölçmek istediği özelliği üst grup olarak belirlediğimiz kişilerin sahip olduğunu, alt gruptakilerin ise daha az sahip olduğunu kabul edebiliriz. Bu gruplarda kalan kişilerin ortalama puanlarını karşılaştırmak için bağımsız örneklem t-testi kullanılır. Gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark, testin iç tutarlılığının kanıtı olarak görülmektedir (Can 2016, Tezbaşaran 2008).

Test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişki madde-toplam korelasyonu ile açıklanmaktadır. Pozitif ve yüksek madde-toplam korelasyonu, maddelerin benzer davranışlar sergilediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir. Maddelerin negatif bir korelasyona sahip olması, bunların ters bir ilişkiye sahip olduğunu gösterir. Negatif bir korelasyon olduğunda madde(ler) diğer maddelerle ilişkisi doğrultusunda ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Büyüköztürk 2019). Madde-toplam korelasyonu, Pearson çarpım moment korelasyon analizi ile hesaplanmaktadır. Madde analizinde Pearson korelasyon katsayısı değerleri 0.26-0.49: zayıf, 0.50-0.69: orta, 0.70-0.89: yüksek, 0.90-1.00: çok yüksek olarak değişmektedir (Akgül 2005, Büyüköztürk 2019). Literatürde, madde-toplam korelasyonu 0.30 ve üzeri olan maddelerin kişileri oldukça iyi ayırt ettiği, 0.20-0.30 arası puan alan maddelerin gerekli görüldüğü durumlarda tutulabileceği ve 0.20 puanın altındaki maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Büyüköztürk 2019).

3.6.2.2. Cronbach alfa katsayısı

RSOÖ'nin güvenilirlik analizleri için iç tutarlılık kat sayısı değerlendirilmiştir. Cronbach Alfa katsayısının büyük olması geçerlilik için ehemmiyetli bir indeks olmasının yanında örneklemin kendi içinde bağdaşık olduğunun ve ölçek maddelerinin birbirleri ile uyumlu olduğunu ifade etmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer aralığına sahiptir. Negatif bir Cronbach alfa değeri ölçme aracının homojen bir yapıyı ölçmediğini gösterir (Seçer 2015, Tavşancıl 2014).

Cronbach alfa (α) katsayısının değerlendirilmesinde;

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ → ölçek güvenilir değil,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ → ölçek düşük güvenilirlikte,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ → ölçek oldukça güvenilir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$ → ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Özdamar 2016).

3.6.2.3. Yarıya bölme yöntemi

İki yarı test güvenilirlik yöntemi, ölçeğin iç tutarlılık katsayısının hesaplanmasında kullanılan diğer bir yöntemdir. Ölçek uyarılma sürecinde testin iki eşit parçaya bölünmesi gerektiği fikrine dayanan bu güvenilirlik değerlendirme tekniğinde, Spearman Brown Korelasyon Katsayısı iki eşit kısım arasındaki ilişkiyi belirlemek için kullanılır. İki yarı güvenilirlik tekniğinde iki eşit yarı arasındaki ilişkinin genel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde olması beklenir. Bölme işlemi, tek ve çift numaralı soruları ayırma, yarıya bölme veya rastgele bölme şeklinde olabilir (Büyüköztürk 2019). Bu doğrultuda, 424 kişilik veriler üzerinde ölçek maddeleri yarıya bölme şeklinde gruplara ayrılmıştır. Ölçeğin tamamına ait iç tutarlılık katsayısını belirlemek amacıyla Spearman-Brown formülü kullanılmıştır. Bu doğrultuda, Spearman-Brown Katsayısı ve Guttman Split-Half Katsayısı hesaplanmıştır. Yarıya bölme güvenilirlik katsayısının en az 0.70 olması beklenmektedir (Şencan 2005, Seçer 2015).

3.6.2.4. Test-Tekrar test

Bu yaklaşım, ölçüm aracının kararlılığının kontrol edilmesini sağlayan bir tekniktir. Testin aynı gruba belirli bir süre arayla iki kez uygulanması ve iki uygulamadan elde edilen sonuçlar arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi fikrine dayanmaktadır. Bulunan yüksek korelasyon değeri test-tekrar test güvenilirliğinin sağlandığına işaret

etmektedir. Test-tekrar test prosedürünün optimal zaman aralığının 15 ila 30 gün olduğu belirtilmektedir. Genel olarak ölçek geliştirme ve uyarlama işlemlerinde test-tekrar test uygulamasından elde edilen korelasyon değerinin 0.70 veya üzerinde olması gerekmektedir (Seçer 2015). Bu doğrultuda, 70 bireye RSOÖ'nin iki hafta aralıklarla (15 gün ara ile) tekrar uygulaması yapılmıştır. Bu uygulamadan elde edilen değerler Pearson çarpım momentleri korelasyon analizi ve Sınıf içi Korelasyon Katsayısı [Intraclass Correlation Coefficient (ICC)] ile değerlendirilmiştir (Pearson Korelasyon katsayı değerleri için bakınız 3.6.2.1. Madde analizi). Aynı zamanda, test ve tekrar testten alınan ortalama puanlar arasındaki farkı değerlendirmek için Bağımlı Gruplarda t-Testi yapılmıştır.

3.6.2.5. Hotelling's T² testi

Hotelling's T² analizi ölçülmek istenen özelliğin geliştirilen ölçüm aracı ile iyi bir şekilde ölçülüp ölçülemeyeceğini tespit etmek amacıyla yapılır. Ölçüm aracının etkili bir şekilde ölçtüğünü, özgün ve homojen olduğunu belirtmek için $p < 0.05$ olması gerekmektedir (Özdamar2016). Bu araştırmada da, ölçekte yer alan tüm maddelerin madde puan ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığını belirlemek için Hotelling T² analizi yapılmıştır.

3.7. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanması için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.02.2021 tarih ve 03 sayılı etik kurulu onayı alınmıştır (Ek 5). O'Connor vd (2015) tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Okuryazarlığı İçeceği (Mental Health Literacy Scale) kullanım izni alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Bireylerin tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı

Gruplar	Sayı(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	342	80.7
Erkek	82	19.3
Eğitim durumu		
İlköğretim	55	13.0
Lise	56	13.2
Üniversite	313	73.8
Meslek		
Diğer	76	17.9
Ev Hanımı	4	0.9
İşçi	8	1.9
Memur	18	4.2
Öğrenci	305	71.9
Sağlık Personeli	13	3.1
Ruhsal hastalık varlığı		
Evet	93	21.9
Hayır	331	78.1
Kronik hastalık varlığı		
Evet	51	12.0
Hayır	373	88.0
Ailede ruhsal hastalık varlığı		
Evet	62	14.6
Hayır	362	85.4
Daha önce ruhsal hastalıkları tanıma ve önlemeye yönelik bir eğitim programına katılma durumu		
Evet	61	14.4
Hayır	363	85.6
Yaş	Ort 24.260	Ss 7.595

Araştırmaya katılan bireylerin %80.7’sinin kadın olduğu, %73.8’inin lisans eğitim düzeyine sahip olduğu, %71.9’unun öğrenci olduğu, %78.1’inin daha önce ruhsal bir

hastalık tanısı almadığı, %88'inin kronik bir hastalığının olmadığı, %85.4'ünün ailesinde ruhsal bir hastalık olmadığı ve %85.4'ünün daha önce ruhsal hastalıkları tanıma ve önlemeye yönelik bir eğitim programına katılmadıkları belirlenmiştir. Bireylerin "yaş" ortalaması 24.260 ± 7.595 (Min.=17; Maks.=61) olarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

4.2. Normal Dağılım

Ölçekte yer alan maddelere ilişkin Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri Tablo 4.2' de gösterilmiştir.

Tablo 4.2 Ölçek maddelerine ilişkin basıklık ve çarpıklık değerleri

	Kurtosis	Skewness
RS1	0.594	-0.994
RS2	0.529	-0.882
RS3	0.405	-0.814
RS4	0.516	-0.931
RS5	0.332	-0.765
RS6	0.460	-0.782
RS7	0.333	-0.961
RS8	0.652	-1.004
RS9	0.018	-0.866
RS10	-0.745	0.292
RS11	-0.277	-0.604
RS12	-1.037	-0.047
RS13	1.020	-1.067
RS14	0.141	-0.952
RS15	-0.911	0.358
RS16	-0.108	-0.456
RS17	-0.445	-0.494
RS18	0.420	-0.747
RS19	0.295	-0.804
RS20	0.620	0.935
RS21	-0.724	-0.723
RS22	-0.214	-0.931

"Devamı Arkada"

Tablo 4.2 Ölçek maddelerine ilişkin basıklık ve çarpıklık değerleri

	Kurtosis	Skewness
RS23	-0,844	-0.131
RS24	-0.890	-0.463
RS25	-0.588	-0.149
RS26	-0.686	-0.703
RS27	-0.064	-0.971
RS33	-0.266	0.253
RS34	0.012	0.833
RS35	-0.573	0.001

Güvenirlilik ve geçerlilik öncesi ölçek maddelerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell 2013), +2.0 ile-2.0 (Georgeve Mallery2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Bu doğrultuda, ölçek maddelerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.2).

4.3. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlilik Analizlerinin İncelenmesi

4.3.1. İçerik/kapsam geçerliği

Uzman görüşlerinden alınan puanlara göre ölçeğin M-İGİ'nin 0.8 ile 1.0 arasında, Ö-İGİ'nin 0.95 olduğu belirlenmiştir.

4.3.2. Güvenirlilik ve madde analizi

Güvenirlilik çalışması için 35 maddelik RSOÖ madde-toplam puan korelasyonları Tablo 4.3' de görülmektedir.

Tablo 4.3 Madde analizi

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha
RS1	0.338	0.816
RS2	0.392	0.815
RS3	0.270	0.818
RS4	0.340	0.816
RS5	0.371	0.815
RS6	0.336	0.816
RS7	0.427	0.813
RS8	0.408	0.814
RS9	0.230	0.819
RS10	-0.173	0.831
RS11	0.185	0.821
RS12	0.050	0.825
RS13	0.330	0.816
RS14	0.335	0.816
RS15	0.031	0.826
RS16	0.211	0.820
RS17	0.159	0.822
RS18	0.279	0.818
RS19	0.291	0.818
RS20	-.119	0.831
RS21	0.422	0.813
RS22	0.413	0.813
RS23	0.386	0.814
RS24	0.541	0.808
RS25	0.292	0.818
RS26	0.428	0.812
RS27	0.417	0.813
RS28	0.416	0.813
RS29	0.442	0.813
RS30	0.564	0.809
RS31	0.575	0.809
RS32	0.517	0.811
RS33	0.373	0.815
RS34	0.097	0.824
RS35	0.352	0.816

Ölçekte bulunan 35 maddenin genel güvenilirliğine ilişkin Cronbach's Alpha Katsayı değeri 0.821 olarak belirlenmiştir. Ölçek ifadelerine yönelik madde analizine göre ise, madde- toplam korelasyon katsayısı 0.2'nin altında kalan 10, 11, 12, 15, 17, 20 ve 34 numaralı maddeler iç tutarlılığı olumsuz etkilediğinden ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra ölçeğin güvenilirlik ve madde analizi tekrar edilmiştir. Ölçekte kalan 28 maddenin genel güvenilirliğine ilişkin Cronbach's Alpha Katsayı değeri 0.856 olup, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir. 28 maddeden oluşan ölçeğe yönelik madde analizi ise Tablo 4.4 'de gösterilmiştir.

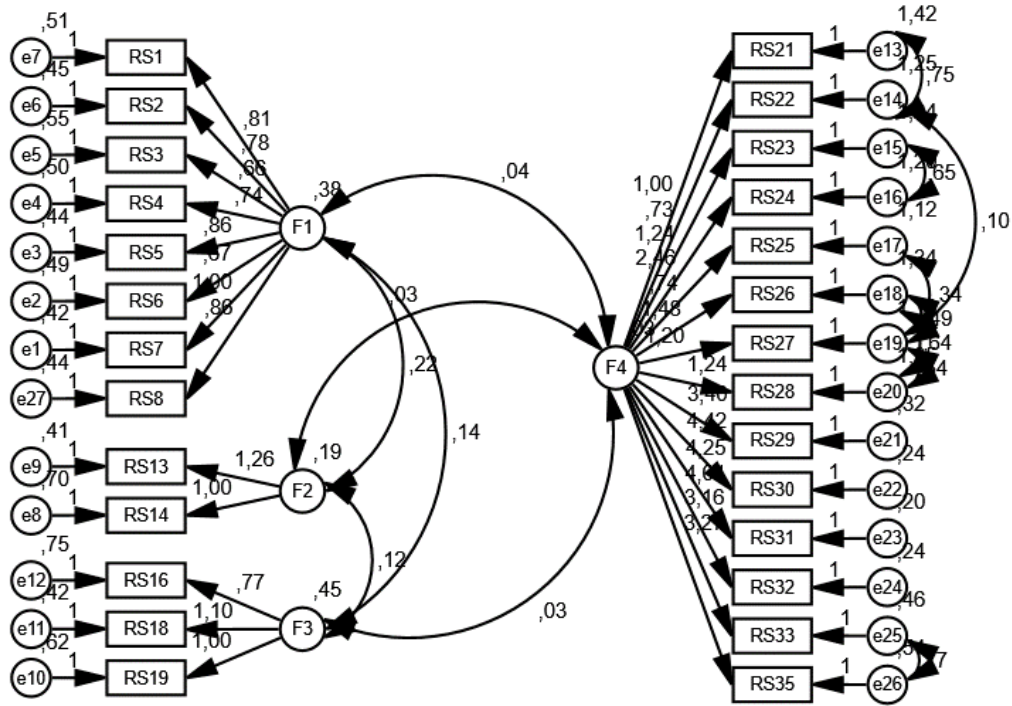
Tablo 4.4 Madde analizi (Tekrar)

	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde cronbach alpha
RS1	0.357	0.853
RS2	0.410	0.851
RS3	0.290	0.854
RS4	0.349	0.853
RS5	0.377	0.852
RS6	0.348	0.853
RS7	0.432	0.851
RS8	0.422	0.851
RS9	0.244	0.856
RS13	0.337	0.853
RS14	0.347	0.853
RS16	0.210	0.857
RS18	0.301	0.854
RS19	0.298	0.855
RS21	0.418	0.851
RS22	0.427	0.851
RS23	0.395	0.852
RS24	0.551	0.846
RS25	0.320	0.854
RS26	0.436	0.850
RS27	0.449	0.850
RS28	0.446	0.850
RS29	0.423	0.851
RS30	0.567	0.847
RS31	0.563	0.847
RS32	0.498	0.849
RS33	0.353	0.853
RS35	0.319	0.854

Yapılan analiz sonucunda 28 maddelik RSOÖ'nde bulunan maddelerin korelasyon katsayılarının 0.210 ile 0.567 arasında değer aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0.001$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

4.3.3. Doğrulayıcı faktör analizi

Ölçeğin önceden belirlenen faktör yapısının yeni örneklem üzerinden toplanan verilerle örtüşüp örtüşmediğini belirlemek üzere yapılan DFA'ya ilişkin diyagram Şekil 1'de verilmektedir.



Şekil 4.1 Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram

Madde analizi sonrası iç tutarlılığı olan 28 madde kalmıştır. Orijinal formda "Kendi kendine tedavi bilgisi" faktöründeki 11 ve 12 numaralı maddeler madde analizi sonrası çıkarıldığından ilgili faktör çıkartılmıştır. Orijinal formda "Risk faktörleri sebepleri bilgisi" faktöründe bulunan 9 ve 10 numaralı maddelerden 10 numaralı madde madde analizi sonrası çıkarılmış ve tek maddeden faktör olmayacağından "Risk faktörleri sebepleri bilgisi" faktör ve 9 numaralı madde çıkartılmıştır. Çalışmada literatürde bulunan araştırmalarda en sık kullanılan uyum iyiliği indeksleri kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği kriterleri ve elde edilen değerler aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 4.5 Doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Değer
χ^2/sd	<2	<5	4.34
GFI	>0.95	>0.90	0.77
AGFI	>0.95	>0.90	0.73
CFI	>0.95	>0.90	0.76
RMSEA	<0.05	<0.08	0.09
RMR	<0.05	<0.08	0.15

***Kaynaklar: (Sümer 2000, Tabachnick ve Fidel 2007, Şimşek 2007, Hooper ve Mullan 2008, Schumacker ve Lomax 2010, Waltz vd 2010, Wang ve Wang 2012).

Analiz sonuçları, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistikleri incelendiğinde χ^2/sd haricinde diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyin altında kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.5).

4.3.4. Açıklayıcı faktör analizi

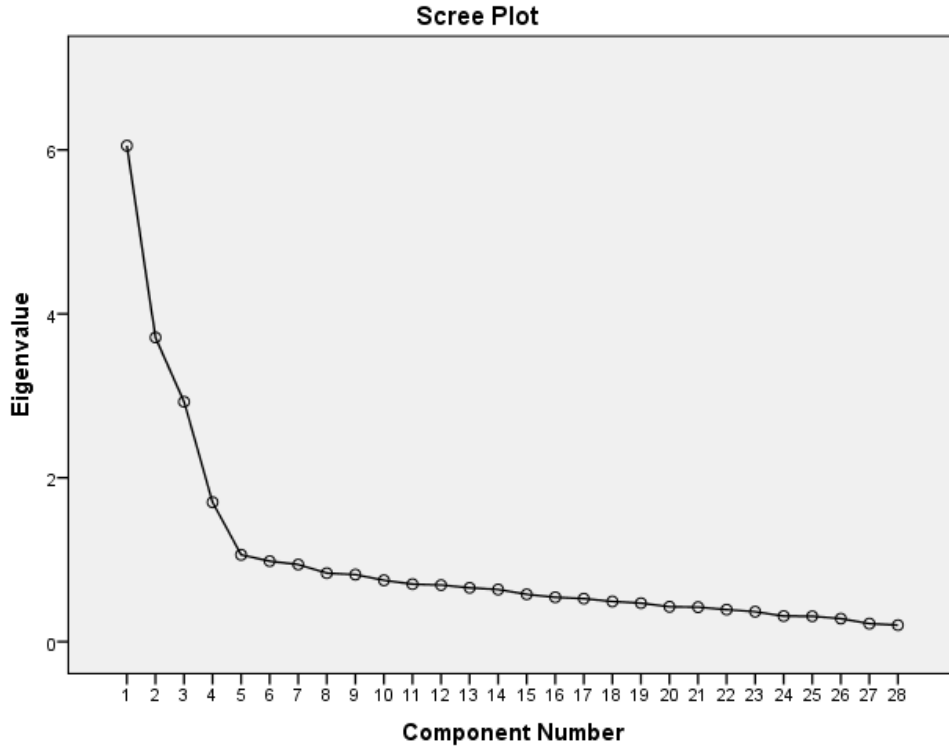
Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı-keşfedici) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ($KMO=0.867>0.60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında Direkt Oblimin yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %55.184 olan 5 faktör altında toplanmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı Tablo 4.6' da yer almaktadır.

Tablo 4.6 Faktör yükleri

	1	2	3	4	5
RS21	0.773				
RS22	0.765				
RS26	0.730				
RS28	0.729				
RS27	0.728				
RS24	0.725				
RS23	0.681				
RS25	0.621				
RS7		0.706			
RS5		0.677			
RS8		0.656			
RS2		0.639			
RS1		0.603			
RS4		0.592			
RS13		0.584			
RS6		0.555			
RS3		0.531			
RS32			0.846		
RS31			0.824		
RS30			0.813		
RS29			0.799		
RS33			0.779		
RS35			0.768		
RS18				0.790	
RS19				0.756	
RS16				0.660	
RS9		0.499			0.513
RS14		0.415			0.452

*0.3 ve altı faktör yükleri gösterilmemektedir.

Faktör yükleri incelendiğinde 9 ve 14 numaralı maddelerin eş yükleme olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Faktör sayısının belirlenmesi ile ilgili Şekil 2’de yer alan saçılım grafiği incelenmiştir.



Şekil 4.2 Saçılım grafiği

Saçılım grafiği incelendiğinde yüksek düşüşlerden sonra kırılımın dördüncü faktörden sonra gerçekleştiği görülmektedir (Şekil 2). Aynı zamanda 9 ve 14 numaralı maddeler eş yükleme olduğundan çıkartılmış ve faktör analizi tekrar edilmiştir.

26 maddelik RSOÖ'nin (Ek 7) yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ($KMO=0.869>0.60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında Direkt Oblimin yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %53.903 olan 4 faktör altında toplanmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı Tablo 4.7' de görülmektedir.

Tablo 4.7 Faktör yapısı

Boyut	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Faktör Yüğü
F1 (Özdeğer=5.831; Açıklanan Varyans=16.516; Cronbach Alpha=0.872; SB=0.855; GSHC=0.854)		
RS21	0.435	0.769
RS22	0.439	0.764
RS27	0.462	0.734
RS26	0.456	0.731
RS28	0.454	0.727
RS24	0.560	0.720
RS23	0.406	0.671
RS25	0.330	0,639
F2 (Özdeğer=3.668; Açıklanan Varyans=15.602; Cronbach Alpha=0.901; SB=0.899; GSHC=0.899)		
RS32	0.504	0.847
RS31	0.565	0.823
RS30	0.571	0.807
RS29	0.424	0.794
RS33	0.358	0.778
RS35	0.320	0.776
F3 (Özdeğer=2.836; Açıklanan Varyans=14.504; Cronbach Alpha=0.815; SB=0.812; GSHC=0,811)		
RS7	0.409	0.716
RS5	0.359	0.689
RS8	0.403	0.663
RS2	0.390	0.645
RS1	0.345	0.626
RS4	0.329	0.596
RS13	0.315	0.589
RS6	0.326	0.552
RS3	0.273	0.539
F4 (Özdeğer=1.679; Açıklanan Varyans=7.281; Cronbach Alpha=0.663; SB=0.661; GSHC=0.661)		
RS18	0.301	0.794
RS19	0.298	0.756
RS16	0.209	0.657
Toplam Varyans=%53.903; Cronbach Alpha=0.853; SB=0.851; GSHC=0.851		

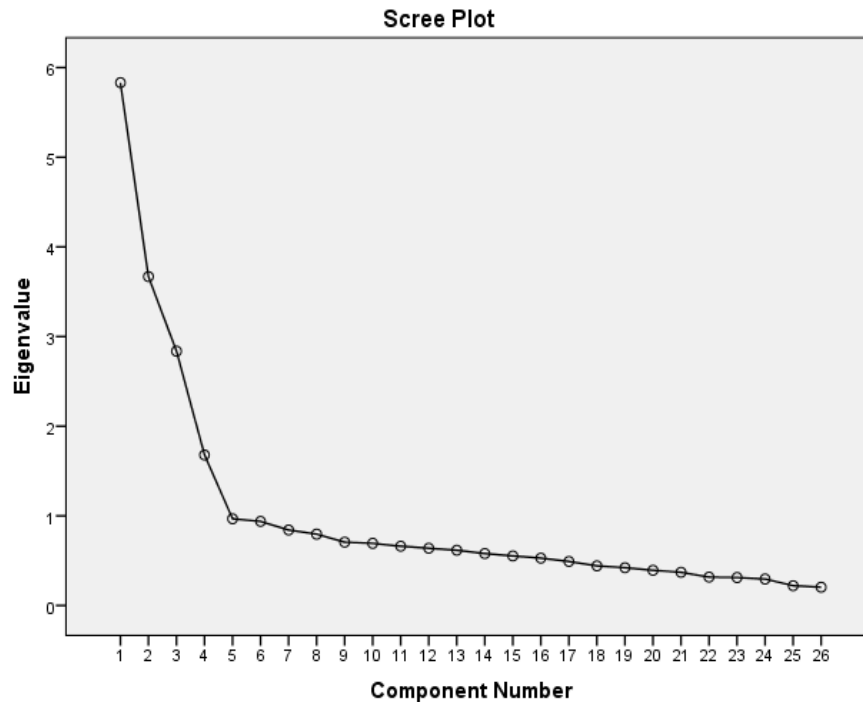
Alpha: Cronbach Alpha; SB: Spearman-Brown Coefficient; GSH: Guttman Split-Half Coefficient

AFA sonucunda, ölçek maddelerinin öz değeri 1'den büyük 4 faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Bu 4 faktörün açıkladığı toplam varyans %53.903'dür. Her bir faktörün açıkladığı toplam varyansın, sırasıyla %16.516, %15.602, %14.504 ve %7.281

olduğu belirlenmiştir. Birinci faktör için öz değer 5.831, 2. faktör için öz değer 3.668, 3. faktör için öz değer ise 2.836 ve 4. faktör için 1.676 olarak bulunmuştur. Maddelerinin faktör yük değerleri 0.552 ile 0.847 arasında değişen bir dağılım göstermiştir (Tablo 4.7).

RSOÖ'nin genel güvenilirlik Cronbach alpha değerinin 0.851 olduğu bulunmuştur. Bu değer için ölçek alt boyutlarından "Faktör 1" için 0.872, "Faktör 2" için 0.901, "Faktör 3" için ise 0.815 ve "Faktör 4" için 0.663 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin iki yarı test güvenilirlik analizi sonucunda, ölçeğin toplam Spearman-Brown korelasyon katsayısının 0.851, Guttman Split-half katsayısının 0.851 olduğu görülmüştür. Bu değerlerin ölçek alt boyutlarından "Faktör 1" için sırasıyla 0.855 ve 0.854 olduğu, "Faktör 2" için 0.899 ve 0.899; "Faktör 3" için 0.812 ve 0.811, "Faktör 4" için 0.661 ve 0.661 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ise 0.209-0.571 arasında değiştiği saptanmıştır.

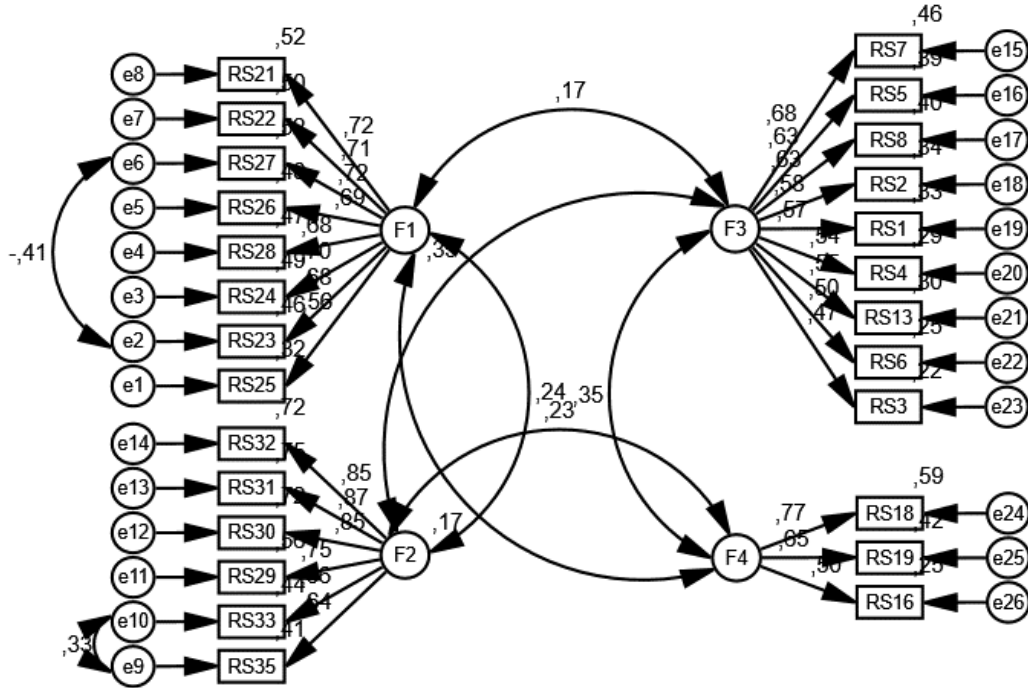
Ölçeği oluşturan faktörlerin güvenilirlik katsayıları ve açıklanan varyans oranlarının yüksek olması ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin faktör yüklerinin 0.5 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Tekrar edilen faktör analizine ilişkin saçılım grafiği Şekil 3'de verilmiştir.



Şekil 4.3 Saçılım grafiği (Tekrar)

4.3.5. Doğrulayıcı faktör analizi

Keşfedici faktör analizi sonrası yeni faktörlere ilişkin doğrulayıcı faktör analizi tekrar yapılmıştır.



Şekil 4.4 Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram (Tekrar)

Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği kriterleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 4.8 Doğrulayıcı faktör analizi indeks değerleri (Tekrar)

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Değer
χ^2/sd	<2	<5	2.08
GFI	>0.95	>0.90	0.90
AGFI	>0.95	>0.90	0.90
CFI	>0.95	>0.90	0.93
RMSEA	<0.05	<0.08	0.05
RMR	<0.05	<0.08	0.05

*** Kaynaklar: (Sümer 2000, Tabachnick ve Fidel 2007, Şimşek 2007, Hooper and Mullen 2008, Schumacker and Lomax 2010, Waltz vd 2010, Wang and Wang 2012).

Analiz sonuçları, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri aşağıda verilmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Faktör yükleri (Tekrar)

Maddeler ve Faktörler			β	Std. β	S.Hata	t	p
RS25	<---	F1	1.000	0.564			
RS23	<---	F1	1.281	0.676	0.123	10.444	p<0.001
RS24	<---	F1	1.386	0.703	0.128	10.845	p<0.001
RS28	<---	F1	1.345	0.682	0.126	10.642	p<0.001
RS26	<---	F1	1.365	0.690	0.127	10.725	p<0.001
RS27	<---	F1	1.393	0.724	0.128	10.913	p<0.001
RS22	<---	F1	1.332	0.706	0.122	10.880	p<0.001
RS21	<---	F1	1,446	0.720	0.131	11.010	p<0.001
RS35	<---	F2	1.000	0.643			
RS33	<---	F2	0.974	0.664	0.067	14.563	p<0.001
RS29	<---	F2	1.028	0.747	0.079	13.084	p<0.001
RS30	<---	F2	1.321	0.847	0.092	14.386	p<0.001
RS31	<---	F2	1.281	0.868	0.088	14.630	p<0.001
RS32	<---	F2	1.232	0.846	0.086	14.377	p<0.001
RS7	<---	F3	1.000	0.681			
RS5	<---	F3	0.878	0.627	0.080	10.984	p<0.001
RS8	<---	F3	0.880	0.631	0.080	11.041	p<0.001
RS2	<---	F3	0.793	0.584	0.077	10.332	p<0.001
RS1	<---	F3	0.820	0.572	0.081	10.144	p<0.001
RS4	<---	F3	0.753	0.543	0.078	9.678	p<0.001
RS13	<---	F3	0.762	0.547	0.078	9.738	p<0.001
RS6	<---	F3	0.665	0.499	0.074	8.965	p<0.001
RS3	<---	F3	0.662	0.474	0.077	8.555	p<0.001
RS18	<---	F4	1.000	0.766			
RS19	<---	F4	0.892	0.648	0.109	8.161	p<0.001
RS16	<---	F4	0.672	0.503	0.089	7.506	p<0.001

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, **t** değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğrulamaktadır (Tablo 4.9).

4.3.6. Yakınsak geçerliliği ve ayırışma geçerliliği

Ölçüm modelinde yer alan değişkenlerin yapı geçerliliğini test edebilmek için yapı güvenilirliği (CR) ve Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) değerleri incelenmiştir. Bu değerlere ilişkin veriler Tablo 4.10'da gösterilmektedir.

Tablo 4.10 CR ve AVE değerleri

	CR	AVE
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	0.803	0.613
F1	0.818	0.604
F2	0.806	0.607
F3	0.808	0.583
F4	0.821	0.573

CR: composite reliability; AVE – average variance extracted

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi CR değerleri AVE değerlerinden büyük ve AVE değerleri 0.5'ten büyüktür (Tablo 4.10).

4.3.7. Test-Tekrar Test

Test-tekrar test sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.11 'da gösterilmektedir.

Tablo 4.11 Test-Tekrar test

Ölçümler	Test		Tekrar		N	t	p ^a	ICC ^b	r ^c
	Ort	Ss	Ort	Ss					
RSO Toplam	71.157	12.398	69.943	12.479	70	1.505	0.137	0.894	0.853
F1	18.943	7.731	18.200	7.350	70	1.705	0.093	0.886	0.884
F2	15.829	5.582	15.543	5.505	70	1.089	0.280	0.905	0.922
F3	26.800	5.815	26.514	6.133	70	0.779	0.439	0.865	0.869
F4	9.586	3.697	9.686	3.658	70	-0.491	0.625	0.883	0.893

^aBağımlı Grup T-Testi, ^bIntraclass Correlation Coefficient, ^cPearson Korelasyon

Test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation Coefficient ve test-tekrar test korelasyon değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test korelasyon değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p < 0.05$; Tablo 4.11). Bu bulguya göre ölçeğin kısa zamana bağlı olarak güvenilir ölçüm yaptığı söylenebilir.

4.3.8. Ayırt edicilik

Araştırmada bireylerin güven puanlarında alt %27 ile üst %27 gruplarında anlamlı farklılığa ilişkin t-testi sonuçları Tablo 4.12’de gösterilmektedir.

Tablo 4.12 Ruh sağlığı okuryazarlığı puanlarının Alt %27-Üst %27 gruplarına göre ortalamaları

Gruplar	Alt %27 (n=114)		Üst %27 (n=114)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
RSO Toplam	70.991	5.255	100.474	4.786	-44.285	226	0.000
F1	24.333	6.915	36.605	2.653	-17.691	226	0.000
F2	12.684	4.168	19.614	3.136	-14.187	226	0.000
F3	24.360	4.496	32.123	2.479	-16.145	226	0.000
F4	9.614	2.795	12.132	2.015	-7.800	226	0.000

Bağımsız Gruplar T-Testi

Ölçeğinin Alt %27 ile Üst %27 grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$; Tablo 4.12). Bu sonuçlara göre ölçeğin ayırt edici hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır.

4.3.9. Hotelling's T^2 testi

Ölçekte yer alan tüm maddelerin madde puan ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığını belirlemek amacıyla Hotelling T^2 analizi yapılmıştır. Madde ortalamalarının farklı olduğu belirlenmiştir (Hotelling $T^2 = 1097.042$, $p = .000$).

4.3.10. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları ve faktörlerin adlandırılması

Hastaların RSOÖ'ne yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri ve faktör analizleri sonucunda kalan 26 maddenin yığılım gösterdiği F1, F2, F3 ve F4 alt boyutlarının adlandırılması Tablo 4.13 ve Tablo 4.14’de yer almaktadır.

Tablo 4.13 Ruh sağlığı okuryazarlığı puan ortalamaları

	N	Ort	Ss	Ölçekten Alınan Puanlar	Ölçekten Alınabilecek Puanlar
RSO Toplam	424	85.361	11.843	41-113	35-160
F1	424	30.403	6.737	8-40	8-40
F2	424	16.038	4.461	6-30	6-30
F3	424	28.017	4.847	11-36	9-36
F4	424	10.903	2.344	3-15	3-15

Hastaların RSOÖ toplam puan ortalaması 85.361 ± 11.843 (Min.=41; Maks.=113), “F1” alt boyut puan ortalaması 30.403 ± 6.737 (Min.=8; Maks.=40), “F2” alt boyut puan ortalaması 16.038 ± 4.461 (Min.=6; Maks.=30), “F3” alt boyut puan ortalaması 28.017 ± 4.847 (Min.=11; Maks.=36), “F4” alt boyut puan ortalaması 10.903 ± 2.344 (Min.=3; Maks.=15) olarak saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14 RSOÖ’nün faktör analizinden sonra alt boyutların adlandırılması

	Orijinal Ölçekteki Madde Numaraları	Türkçe RSOÖ’ne Karşılık Gelen Madde Numaraları	Faktörlerin Adlandırılması
F1*	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 28	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8	Ruhsal Hastalıklara ve Uygun Yardım Arayışına Yönelik Tutumlar
F2	29, 30, 31, 32, 33 ve 35	9, 10, 11, 12, 13 ve 14	Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum
F3	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 13	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ve 23	Ruhsal Bozuklukları Tanıma Becerisi
F4	16, 18 ve 19	24, 25 ve 26	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi

* Maddeleri tersten puanlanmaktadır.

RSOÖ Türkçe uyarlaması sonucu ortaya çıkan bu dört alt boyut; F1-“Ruhsal Hastalıklara ve Uygun Yardım Arayışına Yönelik Tutumlar (8 madde)” alt boyutu, F2-“Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum (6 madde)” alt boyutu, F3-“Ruhsal Bozuklukları Tanıma Becerisi (9 madde)” alt boyutu ve F4- “Bilgiye Nasıl

Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi (3 madde)” alt boyutu olarak adlandırılmıştır. Ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları üzerinden değerlendirilmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, toplumun ruh sağlığı bozuklukları hakkındaki inanç, bilgi ve tutumunun ne düzeyde olduğunun tespit edilmesi amacıyla tasarlanan RSOÖ'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada RSOÖ'nin geçerliliğini belirlemek amacıyla dil geçerliliği, içerik/kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği incelenmiştir. Kültürel uyum açısından RSOÖ'nin geçerliğini test etmek için öncelikle ölçeğin dilsel geçerliğine yönelik adımlar izlenmiştir. Türkçe'ye çevrilen ve geri çevirisi yapılan ölçek maddelerinin dilsel, içerik ve kültürel uygunluğunun değerlendirilmesi için alan uzmanlarından görüş alınmıştır. Uzman görüşü uyumunu değerlendirmek için M-İGİ ve Ö-İGİ değerleri hesaplanmıştır. Çalışmanın İGİ puanları, uzmanlar arasında güçlü bir görüş birliği olduğunu ve kapsam geçerliği kriterlerini karşıladığını göstermektedir (Polit vd 2007, Alpar 2018).

Ölçeğin iç tutarlılığı ile ilgili bilgi veren yöntemlerde biri olan madde-toplam puan korelasyonu, ölçek maddelerinden elde edilen puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir (Büyüköztürk 2019). Bu çalışmada madde analizi sonucu madde-toplam korelasyon değeri 0.2'den küçük olan Madde 10 "Sizce Türkiye'de genel olarak kıyaslandığında erkeklerin kadınlara göre bir anksiyete (kaygı) bozukluğunu daha fazla deneyimleme olasılığı nedir?", Madde 11 "Sizce uyku kalitesini artırmak; duygularını yönetmede güçlük çeken (örneğin çok kaygılı veya depresyonda olan) bir kişiye ne derece yararlı olur?", Madde 12 "Sizce endişe hissettiren tüm durum ve faaliyetlerden kaçınmak; duygularını yönetmede güçlük çeken bir kişiye ne derece yararlı olur?", Madde 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?", Madde 17 "Ruhsal hastalıklar hakkında bilgisayar veya telefon kullanarak bilgi edineceğimden eminim", Madde 20 "Ruhsal hastalığı olan insanlar, eğer isterlerse iyileşebilir", Madde 34 "Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir politikacıya oy vermeyi ne kadar isterdiniz?" maddeler iç tutarlılığı olumsuz etkilediğinden ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekten çıkarılan bu maddelerin sonucunda kalan 28 maddenin DFA

sonuçlarına göre, ki-kare uyum değeri hariç diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum iyiliği sınırları altında olduğu belirlenmiştir (Çapık 2014). Bu yeni 28 maddeden oluşan ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için açımlayıcı faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Faktör analizi, birbiri ile ilişkili olan birçok değişkeni bir araya getirerek daha az sayıda kavramsal olarak yeni yapılar elde etmeyi amaçlamaktadır (Seçer 2015, Alpar 2018). Açımlayıcı faktör analizinde öncelikle; elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirebilmek adına KMO testi ve Barlett testleri uygulanmıştır. KMO değeri 0.60'tan büyük ve 1'e yakın ve Barlett testi anlamlı ise veriler faktör analizi için uygundur şeklinde yorumlanmaktadır (Terwee vd 2007, Seçer 2015). Şimdiki çalışmada KMO değerinin 0.867 ve Barlett's testi sonucunun ise $p < 0.001$ olduğu belirlenmiştir. KMO ve Barlett testi sonuçlarına göre; örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve değişkenler arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. AFA sonucunda, ölçek maddelerinin öz değeri 1'den büyük 5 faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Bu 5 faktörün açıkladığı toplam varyans %55.184 olduğu tespit edilmiştir. Ancak, her bir maddenin faktör yük değerleri incelendiğinde, 9 ve 14 numaralı maddelerin binişik madde olduğu belirlenmiştir. Maddelerin yüklendiği faktörlerde yük değerlerinin arasındaki farkın 0.20'den daha az bir farkla 1'den fazla faktörde yük değerine ve faktör yük değerlerinin 0.50'den daha düşük faktör yük değerine sahip olması nedeniyle ölçekten çıkartılmıştır (Tavşancıl 2014, Seçer 2015, Gürbüz ve Şahin 2018). Bunu takiben faktör analizi yeniden yapılmış ve 26 maddelik RSOÖ'nin yapılan test sonucunda örneklem büyüklüğünün ve veri yapısının faktör analizine uygun olduğunu belirlenmiştir (Terwee vd 2007, Seçer 2015). Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %53.903 olan 4 faktör altında toplanmıştır. Öteyandan Akdoğan (2018) çalışmasında toplam varyansın %50.3'ünü açıklayan 4 faktörlü bir yapı belirlerken, Keskin vd (2020) ölçeğin altı faktörlü bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir. Orijinal ölçek ise 6 bileşenli bir model doğrultusunda geliştirilmiş olup, en uygun yapının dört faktörlü bir yapı olduğu ancak, ortalama faktör yük değerlerinin düşük olması nedeniyle yapının tek faktör altında toplanmasının en uygun olduğu kanaatine varılmıştır (O'Connor ve Casey 2015). Literatürde bir ölçüm aracında açıklanan varyans değerinin % 40 ve üstü olması gerektiği belirtilmektedir (Johnson ve Christensen 2019). Buna göre, ölçekten elde edilen toplam varyansın yeterli bir düzeyde olduğu söylenebilir. Aynı zamanda, verinin faktör yapısını belirlemek için kullanılan faktör yük değerlerinin ise 0.626-0.847 arasında olduğu ve ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğu görülmüştür.

Doğrulayıcı faktör analizi, önceden belirlenmiş bir modeli doğrulamayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada AFA'dan elde edilen faktör yapısının model uyumu DFA kullanılarak incelenmiş ve model uyumluluğunu değerlendirmek için ise bir dizi uyum indeksleri kullanılmıştır. Şimdiki çalışmada ki-kare uyum testi, RMSEA, RMR, CFI, AGFI ve GFI uyum indeksleri incelenmiştir. DFA sonuçları uyum indeks değerlerinin literatürde önerilen aralıklar içinde olduğunu ortaya koymuştur (Marcoulides ve Schumacker 2001, Seçer 2015). Standardize edilmiş korelasyon değerlerinin yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. RSOÖ'nin DFA sonuçları, ölçeğin dört faktörlü yapıyı doğruladığını, maddelerin ölçülmek istenen kavramı yeterince tanımladığını ve ölçtüğünü göstermektedir (Marcoulides ve Schumacker 2001, DeVellis 2016, Johnson ve Christensen 2019). Aynı zamanda her alt boyuttaki maddelerin açıklandığı faktörü yeterli düzeyde tanımladığı ve ölçekteki madde ve yer aldıkları alt boyutlarının ölçekle ilişkili olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, AFA ve DFA'dan elde edilen veriler, ölçeğin dört boyutlu faktör yapısının Türkiye örnekleme için uygun olduğunu, Türk örnekleme için ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu göstermektedir.

İç tutarlılığı gösteren Cronbach alfa değerine bakılarak her bir maddenin aynı niteliği ne kadar ölçtüğü görülebilir. Bir ölçeğin Cronbach alfa puanının 1'e olabildiğince yakın olması, ölçeğin tüm öğelerinin aynı kuramsal yapıyı temsil ettiği ve aralarındaki ilişkilerde tutarlılık olduğu anlamına gelir (DeVellis 2016, Johnson ve Christensen 2019). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.853 olup, ölçeğin "yüksek derecede güvenilir" bir ölçek olduğu saptanmıştır. RSOÖ'nün her bir alt boyutunun Cronbach alfa değerleri ise en düşük 0.663 ve en yüksek 0.901 arasında ve her bir alt boyutun "oldukça güvenilir" ve "yüksek derecede güvenilir" bir Cronbach alfa değerine sahip olduğu görülmüştür (Özdamar 2016). Benzer şekilde Akdoğan'ın (2018) çalışmasında, genel ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0.767 ve alt boyutlarının ise, 0.690 ile 0.854 arasında olduğu belirlenmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.873 (O'Connor ve Casey 2015), Keskin vd (2020) ise 0.89 olduğu görülmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar arasındaki tutarlılığı gösteren iki yarım test güvenilirliği, ölçeğin iki yarısı arasındaki ilişkiyi dikkate alarak testin tümüne ait güvenilirliği bulmayı amaçlamaktadır. Bu çalışmada, ölçeğin iki yarım test güvenilirlik değerini belirlemek için incelenen, Spearman-Brown ve Guttman Split-Half katsayılarının genel ölçek için her iki değer de 0.851 olduğu ve yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir (Seçer 2015, Özdamar 2016). Dört alt boyut için ise, bu değerlerin 0.899 ile 0.661 arasında değiştiği görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, ölçek ve ölçeğe ait alt boyutların iç tutarlılığının yeterli düzeyde sağlandığı görülmektedir. Ölçek

maddelerinin birbiriyle tutarlı olacak şekilde ilişki gösterdiği ve aynı niteliği ölçtüğü belirlenmiştir.

Maddelerinin ayırt edicilik düzeylerini ve toplam puanı yordama gücünü belirlemek amacıyla madde analizi yapılmıştır. Bu kapsamda ölçek maddelerinden elde edilen puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek için madde-toplam korelasyonu hesaplanmış ve %27'lik alt-üst grup karşılaştırmaları incelenmiştir. Analiz sonucunda, madde-toplam korelasyonlarının 0.209 ve 0.571 arasında sıralandığı ve %27'lik alt ve üst grup arasındaki farklara ilişkin t değerlerin ölçekte yer alan tüm maddeler için anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu anlamlılık ise, RSOÖ'nin belirlenen örneklem grubu için ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini ayırt edebilecek niteliğe sahip olduğu şeklinde ifade edilebilir (Tezbaşaran 2008, Can 2016). Aynı zamanda, ölçeğin madde-toplam puan korelasyonunun pozitif yönde olduğu ve ölçekte yer alan maddelerin ait oldukları alt boyutunun toplam puanıyla yeterli düzeyde ilişkili olduğunu görülmektedir (DeVellis 2016, Büyüköztürk 2019, Johnson ve Christensen 2019). Bu analizler sonucunda ölçekte bulunan tüm maddelerin ölçülmek istenilen niteliği ölçtüğü düşünülmektedir.

İyi bir yakınsama geçerliliği için değerlendirme kriteri olarak, her bir faktörün AVE değerinin 0.5'ten, CR değerinin ise 0.7'den büyük olması beklenmektedir (Fornell ve Larcker 1981). Sonuçlar, her faktörün AVE ve CR değerlerinin, belirtilen değerlerden yüksek olduğunu ve bu durumun iyi yakınsak geçerliliği için yeterli olduğunu göstermiştir.

Araştırma grubundaki bireylere iki hafta sonra zamana göre değişmezliği değerlendirmek için 70 bireye tekrar test uygulanmıştır (Seçer 2015). Test-tekrar test güvenilirliğinin sağlanmasında korelasyon katsayısının 0.70'den büyük olması beklenir (Bjørnsen vd 2017). Test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin ICC (genel ölçek için 0.894) ve test-tekrar test korelasyon (genel ölçek için 0.853) değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test korelasyon değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulguya göre ölçeğin kısa zamana bağlı olarak güvenilir ölçüm yaptığı sonucuna varılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarında güvenilirlik katsayısı ICC değerleri 0.865 ile 0.905 ve korelasyon değerlerinin ise 0.869 ile 0.922 arasında ve yüksek düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. ICC analizi sonucu ölçüm aracındaki maddelerin sıralanma şekli, yapı özelliklerinin uygun olduğu görülmüştür. O'Connor ve Casey (2015) zamana göre değişmezlik korelasyon katsayısını 0.797 ve istatistiksel açıdan anlamlı bulmuşlardır. Keskin vd (2020) ise test-tekrar test korelasyon katsayısının 0.95, ICC değerinin ise 0.99 olduğunu belirlemişlerdir.

Ölçekte yer alan tüm maddelerin madde puan ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığını belirlemek amacıyla Hotelling T^2 analizi yapılmıştır. Madde ortalamalarının farklı olduğu belirlenmiştir (Hotelling $T^2 = 1097.042$, $p=.000$). Ölçmek istediğimiz özelliği güçlü bir şekilde ölçtüğü, özgün ve homojen olduğu görülmüştür.

Hastaların RSOÖ toplam puan ortalaması 85.361 ± 11.843 (Min.=41; Maks.=113), “F1” alt boyut puan ortalaması 30.403 ± 6.737 (Min.=8; Maks.=40), “F2” alt boyut puan ortalaması 16.038 ± 4.461 (Min.=6; Maks.=30), “F3” alt boyut puan ortalaması 28.017 ± 4.847 (Min.=11; Maks.=36), “F4” alt boyut puan ortalaması 10.903 ± 2.344 (Min.=3; Maks.=15) olarak saptandığı görülmüştür (Tablo 14). Orijinal ölçekte RSOÖ toplam puan ortalamasının 127.38 ± 12.63 , Keskin vd'nin (2020) çalışmasında 107.37 ± 15.94 ve Akdoğan'ın (2018) çalışmasında ise 62.9 ± 7.8 olduğu görülmektedir. RSOÖ-Türkçe versiyonunun toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları için bir kesme noktası bulunmamakla beraber toplam puan arttıkça RSO düzeyi artmakta, toplam puan düştükçe RSO düzeyi azalmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda RSO düzeyinin diğer çalışmalardan kısmen daha düşük olduğu yorumu yapılabilir.

RSOÖ Türkçe uyarlaması sonucu ortaya çıkan bu dört alt boyut; F1-“Ruhsal Hastalıklara ve Uygun Yardım Arayışına Yönelik Tutumlar (8 madde)” alt boyutu, F2-“Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum (6 madde)” alt boyutu, F3-“Ruhsal Bozuklukları Tanıma Becerisi (9 madde)” alt boyutu ve F4- “Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi (3 madde)” alt boyutu olarak adlandırılmıştır. Buna göre RSOÖ'nün orijinal formuna uygulanan faktör analizleri sonrasında Türk kültüründe 26 maddesinin geçerlilik aldığı ve bu 26 maddenin de dört alt boyutta (F1, F2, F3 ve F4) yığılım gösterdiği görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında;

- Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin dil ve içerik kapsamı yönünden yedi uzmandan yeterlilik görüşü alınarak yapılmıştır. (Ö-İGİ=0.95)
- RSOÖ'nün KMO değerinin 0.869 ve Bartlett's Testi'nin ise $p<0.001$ olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve değişkenlerin birbirleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.
- Faktör analizi sonucunda faktör yükü 0.50'den küçük 9 madde (9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 20 ve 34) çıkarılmıştır.
- AFA sonucunda, ölçek maddelerinin öz değeri 1'den büyük 4 faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Bu 4 faktörün açıkladığı toplam varyans %53.903'dür. Her bir faktörün açıkladığı toplam varyansın, sırasıyla %16.516, %15.602, %14.504 ve %7.281 olduğu belirlenmiştir. Birinci faktör için öz değer 5.831, 2. faktör için öz değer 3.668, 3. faktör için öz değer ise 2.836 ve 4. faktör için 1.676 olarak bulunmuştur. Maddelerinin faktör yük değerleri 0.552 ile 0.847 arasında değişen bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.
- Dört faktörlü yapıya ilişkin DFA sonuçları, uyum indeks değerlerinin literatürde önerilen aralıklar içinde olduğunu ortaya koymuştur. Standardize edilmiş korelasyon değerlerinin yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- 26 maddelik ölçeğin madde toplam korelasyon değerlerinin 0.209 ve 0.571 arasında sıralandığı ve %27'lik alt ve üst grup arasındaki farklara ilişkin t değerlerin ölçekte yer alan tüm maddeler için anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.853 olup, ölçeğin "yüksek derecede güvenilir" bir ölçek olduğu saptanmıştır. RSOÖ'nün her bir alt boyutunun Cronbach alfa değerleri ise en düşük 0.663 ve en yüksek 0.901 arasında ve her bir alt boyutun "oldukça güvenilir" ve "yüksek derecede güvenilir" bir Cronbach alfa değerine sahip olduğu görülmüştür.

- Ölçeğin Spearman-Brown ve Guttman Split-Half katsayılarının genel ölçek için her iki değer de 0.851 olduğu ve yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir.
- Ölçeğin, CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük ve AVE değerlerinin 0.5'ten büyük olduğu, bu doğrultuda iyi yakınsak geçerliliği için yeterli olduğunu görülmüştür.
- Test-tekrar test ölçümleri arasındaki uyuma ilişkin Intraclass Correlation Coefficient ve test-tekrar test korelasyon değerlerinin yüksek bulunduğu, test-tekrar test korelasyon değerleri arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Hotelling T² analizinde madde ortalamalarının farklı olduğu belirlenmiştir (Hotelling T² =1097.042, $p=0.000$).
- Hastaların RSOÖ toplam puan ortalaması 85.361±11.843, "Ruhsal Hastalıklara ve Uygun Yardım Arayışına Yönelik Tutumlar" alt boyut puan ortalaması 30.403±6.737, "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum" alt boyut puan ortalaması 16.038±4.461, "Ruhsal Bozuklukları Tanıma Becerisi" alt boyut puan ortalaması 28.017±4.847, "Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi" alt boyut puan ortalaması 10.903±2.344 olarak saptanmıştır. Bu bulguya göre en yüksek Ruhsal Hastalıklara ve Uygun Yardım Arayışına Yönelik Tutumlar alt boyut puan ortalaması en az boyut olarak da Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi alt boyut puan ortalaması olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu bağlamda tüm sonuçlara göre RSOY Ölçeği, Türk toplumunda 18 yaş üstü erişkin bireylerde, ruh sağlığı okuryazarlığı konusundaki araştırma ve uygulama alanları için güvenilir ve geçerli bir ölçek olmasını sağlayan güçlü ölçüm özelliklerine sahip olduğunu göstermektedir.

6.2. Öneriler

Toplumun ruhsal bozukluklar konusundaki bilgi, inanç ve tutumun ne seviyede ve hangi yönde olduğunun belirlenmesi ve izlenmesi için Türk toplumuna RSOÖ uyarlama çalışması yapılmıştır. RSOÖ'nün geniş ve farklı özelliklerde gruplarda çalışılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

RSOÖ kullanılarak yapılacak çalışmaların toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının belirlenmesi açısından faydalı olacağı, Türk toplumunda RSO'ya yönelik programların geliştirilmesi ve daha çok katılım sağlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Al Sayah F, Majumdar S, Williams B, Johson J. Health literacy and health outcomes in diabetes. **J Gen Intern Med** 2013; 28(3): 444-452.

Aras Z, Temel Bayık A. Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. **F N Hem Derg** 2017; 25(2): 85-94.

Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. **TAF Prev Med Bull** 2014; 13(4): 327-334.

Baran Deniz E, Piyal B. Sağlık okuryazarlığı ve sağlığın sosyal kullanımları-sağlık etkileşimi, Özkan S (editör). **Türkiye Klinikleri**, Ankara, 2019; s.22-6

Besiroğlu L, Akman N, Selvi Y, Aydın A, Boysan M, Ozbebit O. Obsesif kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sağlığı bilgisi. **Noro Psikiyatr Ars** 2010; 47: 133-139

Can A. SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi. **Pegem A Yayıncılık, Ankara**, 2013.

Çakmur H. Araştırmalarda ölçme, güvenilirlik ve geçerlilik. **TAF Prev Med Bull** 2012; 11(3): s.339-344

Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2014; 17(3): 196-205.

Çiftçi F. Bir Eğitim Aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş bireylerin sağlık okuryazarlığı durumunun belirlenmesi. Uzmanlık tezi, **Bursa Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Bursa, 2017.

Çiler Erdağ G. "Sağlığın temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı". Sağlık Okuryazarlığı. **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi**, Ankara, 2015, s.6.

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik. **PEGEM Yayınları**. Ankara, 2010; 265

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli SPSS ve LISREL uygulamaları. 5. Baskı. **Pegem Akademi Yayıncılık**, Ankara, 2012

Çopurlar CK, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? **TJFM & PC** 2016; 10(1): 40-45.

Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. **Appl Nurs Res** 1992; 5(4): 194-7.

Değerli H, Tüfekçi N. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. **Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi** 2018; 6(15): 467-488.

Demirli P. Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: Edirne ili örneği, Yüksek lisans tezi, **Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Edirne, 2018.

Department of Health, Human Services, Washington, DC, Healthy People 2010 (Group) & United States Government Printing Office. Healthy people 2010: Understanding and improving health. **Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics** 2010. US Department of Health and Human Services.

DeVellis RF. Scale Development: Theory and applications. 4th Edition. **SAGE Publications**, California, 2016.

Dias P, Campos L, Almeida H, Palha OF. Mental health literacy in young adults: adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. **Int J Environ Res Public Health** 2018; 15(7): 1318.

Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. **Nat hum behav** 2018; 2 (4): 253-260.

Dost A, Üner E. Öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi neden önemlidir? **IGUSABDER** 2020; (12): 475-483 .

Douglas KC, Fujimoto D. Asian Pacific Elders: Implications for health care providers. Vol. 11, **Clin in Geriatr Med** 1995; 11(1): 69-82.

Dünya Sağlık Örgütü, DSÖ. Expanded programme on immunization safe vaccine handling, cold chain And immunizations: **A manual for the newly independent states**, 1998.

England PH. Promoting children and young people's emotional health and wellbeing. A whole school and college approach. **Children and young people's mental health coalition**, London, 2015.

Eltaş Canciğer M. Öğretmen adaylarında öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği geliştirme çalışması. Uzmanlık Tezi. **Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi**, Hatay, 2020.

Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2004; 30(3): 211-6.

Erkorkmaz Ü, Etikan G, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences** 2013; 33(1): 210-223.

Erkuş A. Psikolojide Ölçme Ve Ölçek Geliştirme I: Temel Kavramlar ve İşlemler. 2.Baskı. **Pegem Akademi Yayıncılık**, Ankara, 2014.

Esin M.N. Veri Toplama Yöntem Ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M.N. (editörler) **Nobel Tıp Kitapevi**, 2014, İstanbul, 193-232.

- Fettahlioğlu, P. Algılanan çevresel sorunların çevre okuryazarlık düzeyine göre analizi. **Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi** 2018; 14(1): 404-425.
- Field, A. Discovering statistics using SPSS. 2nd edition. **Sage Publication**, London, 2005.
- Filiz E. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. Doktora Tezi, **Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Konya, 2015.
- Francis C, Pirlis J, Dunt D, Blood RW, Davis C. Improving mental health literacy. Centre for health program evaluation, **University Melbourne** 2003.
- Freud S. The Ego And The Id **TACD derg.** 1989; 17(1): 5–22.
- Fornell C& Larcker DF. “Structural equation modelswith unobservable variablesand measurement errors”. **Journal of Marketing Research** 1981; 18(2): p. 39–50.
- Fusun S, Cihangir- Çankaya Z. Yetişkinlerin psikolojik yardım arama tutumlarının yordanması. **Ege Eğitim Dergisi** 2015; 16(1): 178–98.
- Gabriel A, Violato C. Knowlwdge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: The Antidepressant adharence scale. **Journal Of Affective Disorders** 2010; 126(3) p. 388-394
- Gazioğlu E, Canel A. UNODC madde bağımlılığını önlemede aile beceri eğitimi programları uygulama rehberi'nin Türkiye'nin ihtiyaçları açısından incelenmesi. **The Turkish Journal on addictions** 2018; 5(3): 365–403.
- George D & Mallery M. SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update. 10th edition. Boston, 2010.
- Georgakakou-Koutsonikou N, Williams JM. Children and young people's conceptualizations of depression: a systematic review and narrative metasynthesis. **Child Care Health Dev** 2017; 43(2): 161–81.
- Ghebreyesus TA. The WHO Special Initiative for mental health: **Universal Health Coverage for Mental Health** 2019-2023, 4.
- Göktaş S, Işıklı B, Önsüz M, Yenilmez Ç, Metintaş S. Ruh Sağlığı okuryazarlığı ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. **Konuralp Medical Journal** 2019; 11(3): 424-431.
- Göktaş A, Buldukoğlu K. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yardım arama davranışları. **SBÜ Hemşirelik Dergisi**, 2022; 4(3): 159- 164.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived Barriers And Facilitators To mental health help-seeking in young People. **BMC Psychiatry** 2010; 10(1): 113.
- Gürbüz S, Şahin F. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. 5. Baskı. **Seçkin Yayıncılık**, Ankara, 2018.
- Hair J, F Black, WC, Babin, BJ & Anderson, RE. Multivariate data analysis: A global perspective. 7th edition. **Pearson Education**, New york, 2010.

Hambleton M, Merenda PF, Spielberger CD. Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. **Psychology Press**, Newyork, 2005.

Henderson C. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. **AJPH** 2013; 103(5): 777–80.

Hizal, Ö. COVID-19 Pandemisi sürecinde sağlık okuryazarlığının önemi. **Turkey Health Literacy Journal** 2021; 2(1): 67-74.

Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K. Comparative report of health literacy in eight eu member states. The european health literacy survey hls-eu, **HLS-EU Consortium**, Netherlands, 2012.

Hox J, Bechger T. An Introduction to structural equation modeling. **Family Science Review** 1998; 11: 354–373

Hurley D, Swann C, Allen M, Ferguson H, Vella S. A systematic review of parent and caregiver mental health literacy. **Community Ment Health J** 2020; 56(1): 2-21.

Ibrahim N, Amit N, Shahar S, Wee L-H, Ismail R, Khairuddin R, et al. Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. **BMC Public Health** 2019.

Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. **BMC family practice** 2013; 14(1): 40.

Johnson RB, Christensen L. Educational Research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches. **SAGE Publications**, 2019.

Jorm AF, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy. **BJ PSYCH** 2000; 177(5): 396-401.

Jorm AF. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. **BMC Medicine** 2005; 3(12): 1-14.

Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. **Australian New Zealand Journal of Psychiatry** 2006; 40(1): 3-5.

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. **Med J Aust** 1997; 166(4): 182–6.

Jorm AF, Kitchener BA. Noting a landmark achievement: mental health first aid training reaches 1% of Australian adults. **Australian New Zealand Journal of Psychiatry** 2011; 45(10): 808-813

Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. **APA Psycnet** 2012; 67(3): 231.

Jung H, VonSternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. ***Psychiatry Res*** 2016; 243: 278–86.

Kalaycı S. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistiksel teknikleri. ***Asil Yayın***, Ankara, 2006.

Kaneko Y, Motohashi Y. Male Gender and low education with poor mental health literacy: a population-based study. ***J Epidemiol*** 2007; 17(4): 114–9.

Kaya MF. Sürdürülebilir kalkınmaya yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. ***Marmara Coğrafya Dergisi*** 2013; 28: 175-193.

Kendilci K. Bitlis Eren Üniversitesi Akademik personellerinde sağlık okuryazarlığı, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. ***İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü***, 2022, Malatya.

Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. ***MJA*** 2007; 187(7): 26.

Kickbusch, I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. *Health literacy*. ***WHO Regional Office for Europe***, 2013.

Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. ***Guildford Press***, Newyork, 2015.

Koçak C, Albayrak SA, Duman NB. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. ***Hemşirelikte eğitim ve Araştırma Dergisi*** 2014; 11(3): 16-21.

Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: past, present and future. ***The Canadian Journal of Psychiatry*** 2016; 61(3): s.154-158.

Liang J, Qu B, Sugathan P. Problem definitions and evaluation criteria for the CEC 2013 special session on real-parameter optimization, ***SCINAPSE***, Singapore, 2012; 12(34): s281-295

Loo PW, Wong S, Furnham A. Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. ***Asia Pac Psychiatry*** 2012; 4:113–125.

Logan R, Wong W, Villaire M, Daus G, Parnell T, Willis E, Paasche-Orlow M. Health literacy: a necessary element for achieving health equity. ***NAM perspectives*** 2015.

McCleary-Jones V. Assessing nursing students' knowledge of health literacy. ***Nurse Educator*** 2012; 37(5): s.214-217

Meydan CH, Şeşen H. Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları. ***Detay Yayıncılık***, 2011.

Metsämuuronen J. Underestimation of the item discrimination power and Somers' D as an alternative for the item-total and item-rest correlations, ***Researchgate*** 2019.

McCowan RJ, McCowan SC. Item Analysis for Criterion Referenced Tests. Center for Development of Human Services, ***ERIC*** 1999.

- Nutbeam D, Kikbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. **Health Promotion International** 2000; 15(3): s183-184
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. **J Gen Intern Med.** 2005; 20(2): 175.
- Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. **Br J Psychiatry** 2005; 186(4): 297–301.
- O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. **Psychiatry research** 2015; 229(1-2): 511
- Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri, **Sağlık Bakanlığı** Ankara, 2016, s. 43-55.
- Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. 4.Baskı. Eskişehir: **Kaan Kitabevi**; 2002, s.669–675
- Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Eskişehir, **Kaan Kitabevi**; 2004
- Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 1. Baskı. Eskişehir: **Nisan Kitabevi**; 2016.
- Özer D, Şahin Ö. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile toplum ruh sağlığını güçlendirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- **Current Approaches in Psychiatry** 2022; 14(2): 284-289
- Paasche-Orlow, Michael K, Wolf M. The casual pathways linking health literacy to health outcomes. **Am J Health Behav** 2007; 31(1): 19-26
- Paakkari L, Pakkari O. Health literacy as a learning outcome in schools. **Health education** 2012; 112(2): s133-152
- Ratzan S, Parker R, "Introduction", health literacy, current bibliographies in medicine 2000-1 Eds.Selden CR, Zorn M, Ratzan S, Parker RM, **U.S Dept. Of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Library of Medicine, Reference Section**, 2010, Bethesda, s.5-7
- Reavly N, Jorma A. Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an australian national survey of mental health literacy and stigma. **Aust N Z J Psychiatry** 2011; 45(12): 1015-1099.
- Rudd R. The evolving concept of health literacy: new directions for health literacy studies. **Journal Of Communication in Healthcare** 2015; 8(1): 7-9
- Sağlık Bakanlığı. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastalıklar-engelli/hastalıklar/kronik-havayolu/raporlar/> Kronik araştırma, 2011. (son güncelleme tarihi: 04.10.2019, alındığı tarih 12.01.2023).

Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, ve Açıkel CH. Ruhsal hastalıklarda yardım arama: Hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi** 2015; 4(1): 32-38.

Seçer İ. Psikolojik test geliştirme ve uyarılama süreci (1. Baskı). **Ank Anı Yayın**, Ankara, 2015.

Sencer M, Irmak Y. Toplum Bilimlerinde Yöntem. İstanbul: **Beta Basım Yayım Dağıtım**, İstanbul, 1989.

Sezer A. Sağlıklı okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışları ile ilişkisi. Yüksek lisans Tezi. **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2012.

Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. **Taylor & Francis**, New Jersey, 2004. s1-8.

Stevens JP. Applied Multivariate Statistics For The Social Sciences. 3rd Edition. **Lawrence Erlbaum Associates**, New Jersey, 1996.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J. Health literacy and public health; a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health** 2012; 12(1): 1-13.

Sümer, N. Yapısal Eşitlik Modelleri. **Türk Psikoloji Yazıları** 2000; 3(6): 49-74.

Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1.Baskı. Ankara: **Pegem Akademi Yayıncılık**, 2005.

Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. **Ekinoks**, Ankara, 2007, s.4-22.

Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th Edition. **Allyn and Bacon**, Boston, 2001.

Tabachnick, B. G. and Fidel, L. S. Using Multivariate Statistics. **Pearson Education**, Boston, 2007.

Tabachnick and Fidell, B.G. Tabachnick, L.S. Fidell Using Multivariate Statistics **Pearson Education**, Boston, 2013.

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5.Baskı. **Nobel Akademik Yayıncılık**, Ankara, 2014.

T.C Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı 27910, **Başbakanlık Basımevi**, Ankara

Teke C, Arabacı LB. Pozitif ruh sağlığı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2018; 19: 21-28

Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der WindtD, Knol DL, Dekker J, Bouter LM de Vet H. Quality Criteria Were Proposed for Measurement Properties of Health Status Questionnaires. **J Clin Epidemiol** 2007; 60: 34-42.

- Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. **Türk Psikologlar Derneği**, Ankara, 2008.
- Tokur M, Pehlivan Ş & Uymaz P. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2020; 21: 5-13
- Van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The Relationship between health, education, and health Literacy: results from the dutch adult literacy and life skills survey. **J Health Commun** 2013; 4(18): 172–84.
- Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı, 2014; 13(4): s.321-326.
- Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 6. Basım. **Seçkin Yayıncılık**, Ankara, 2006: s.255-273.
- Yılmaz FK, Bilici R. Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Çalışanlarının Tütün Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi ve Dumansız Hastane Uygulaması Hakkındaki Görüşleri. **J Clin Explinvest** 2019; 6(4): 194-206.
- Yörükoğlu A. Gençlik Çağı. Ruh sağlığı ve Ruhsal Sorunları. 9. basım. İstanbul, **Özgür Yayınları**, İstanbul, 1996.
- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. **Springer Publishing Company**, New York, 2010; s.176-8.
- Wang J, Wang X. Structural Equation Modeling: Applications using mplus. **John Wiley & Sons**, 2019.
- Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. **BMC Psychiatry** 2015; 15: 291.
- Williams, Brett; Brown, Ted; and Onsmann, Andrys "Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices," **Australasian Journal of Paramedicine** 2010; 8(3).
- World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ (son güncelleme tarih:10.10.2017, son alındığı tarih 12.01.2023).
- Wright A, Jorm A, Harris M, McGorry P. 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**, 2007; 42(3): 244–250.

8. ÖZGEÇMİŞ

9. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırmada amaç, O'Connor, M., & Casey, L. (2015) tarafından bireylerin ruh sağlığı hastalıklarını tanıma, yönetme ve önlemeye yönelik bilgi, inanç ve tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilen Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Mental Health Literacy Scale) Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilecektir. Lütfen her soruyu cevaplayınız. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmayı;

- a) Kabul ediyorum
- b) Kabul etmiyorum

1.Yaşınız:....

2.Cinsiyetiniz:

- a) Kadın
- b) Erkek

3.Eğitim durumunuz:

- a) İlköğretim
- b) Ortaöğretim
- c) Lise
- d) Üniversite

4.Mesleğiniz:

- a) İşçi
- b) Ev hanımı
- c) Öğrenci
- d) Memur
- e) Sağlık Personeli
- f) Diğer.....

5.Ruhsal bir hastalığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

6.Kronik bir hastalığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

7. Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

8. Daha önce ruhsal hastalıkları tanıma ve önlemeye yönelik bir eğitim programına katıldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

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. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Bu soruların amacı, ruh sağlığının çeşitli yönleri hakkındaki bilginizi anlamaktır. Lütfen her soruyu cevaplayınız.

Soru	Ölçek Maddeleri	Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası	
1.	Eğer bir kişi, diğer insanlarla bir araya gelmeyi (örneğin bir partide bulunmak) yada performans sergilemeyi gerektiren (örneğin bir toplantıda sunum yapmak) durumlarda, diğer insanlar tarafından yargılanacağı ve aşağılanacağı ya da komik duruma düşeceği korkusu nedeniyle son derece gergin veya endişeli hissediyorsa, sizce bu kişide Sosyal Fobi olma olasılığı nedir?					
2.	Eğer bir kişi, endişeye gerek olmayan bir takım olaylar veya etkinlikler karşısında aşırı endişeli oluyorsa, bu endişesini kontrol etmede zorluk yaşıyorsa ve beraberinde kas gerginliği ve yorgunluk gibi fiziksel belirtiler de gösteriyorsa, sizce bu kişide Yaygın Anksiyete Bozukluğu olma olasılığı nedir?					
3.	Eğer bir kişinin, iki hafta veya daha uzun süredir çökkün bir ruh hali varsa ve bu kişi normal aktivitelerinden artık eskisi gibi zevk alamıyorsa veya bunlara karşı ilgisini kaybetmişse ve beraberinde uyku ve iştahında da değişiklikler yaşıyorsa, sizce bu kişide Majör Depresif Bozukluk olma olasılığı nedir?					
4.	Sizce Kişilik Bozukluklarının , ruhsal bozukluklar kategorisinde yer alma olasılığı nedir?					
5.	Sizce Distiminin (Süreğiden Depresyon) bir bozukluk olma olasılığı nedir?					
6.	Sizce Agorafobi (Alan korkusu) tanısının, kaçmanın zor veya utanç verici olduğu durumlardaki kaygıyı içermesi olasılığı nedir?					
7.	Sizce Bipolar Bozukluk tanısının, aşırı keyifli (yani taşkın) ve depresif (yani çökkün) duygu dönemlerini deneyimlemeyi içermesi olasılığı nedir?					
8.	Sizce Madde Kullanım Bozukluğu tanısının, bir ilaca ve/veya uyuşturucu bir maddeye karşı fiziksel ve psikolojik tolerans içermesi olasılığı nedir? (yani, aynı etkiyi elde etmek için daha fazla ilaca/maddeye gerek duyulması)					
9.	Sizce Türkiye'de genel olarak kadınların erkeklere kıyasla ruhsal hastalıkların herhangi					

	<u>bir türünü daha fazla deneyimleme olasılığı nedir?</u>					
10.	Sizce Türkiye'de genel olarak <u>erkeklerin kadınlara kıyasla bir anksiyete bozukluğunu daha fazla deneyimleme olasılığı nedir?</u>					
		Çok Yararlı olmaz	Yararlı olmaz	Yararlı olur	Çok Yararlı olur	
11.	Eğer bir kişi, duygularını kontrol etmekte zorluk çekiyorsa (örneğin, çok endişeli veya depresifse), sizce <u>uyku kalitesini artırması</u> kendisi için ne kadar yararlı olur?					
12.	Eğer birisi duygularını kontrol etmekte zorluk çekiyorsa, sizce kendisini <u>endişeli hissetmesine yol açan tüm faaliyetlerden ve durumlardan kaçınması</u> kendisi için ne kadar yararlı olur?					
		Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası	
13.	Sizce <u>Bilişsel Davranışçı Terapinin(BDT)</u> , olumsuz düşüncelerle başetme ve yararlı davranışları arttırmaya yönelik bir tedavi olma olasılığı nedir?					
14.	Ruh sağlığı uzmanları gizliliğe uymak zorundadır; ancak, bunun geçerli olmadığı bazı durumlar da söz konusudur.Sizce, aşağıdaki durumun, bir ruh sağlığı uzmanının <u>gizliliği ihlal etmesine</u> izin veren bir durum olma olasılığı nedir? "Eğer kişinin kendisine ve çevresine zarar verme riski yüksekse"					
15.	Ruh sağlığı uzmanları gizliliğe uymak zorundadır; ancak, bunun geçerli olmadığı bazı durumlar da söz konusudur.Sizce, aşağıdaki durumun, bir ruh sağlığı uzmanının <u>gizliliği ihlal etmesine</u> izin veren bir durum olma olasılığı nedir? "Eğer sorun hayati bir tehlike taşımıyorsa ve ruh sağlığı uzmanı kişiyi daha iyi desteklemek için başkalarından yardım istiyorsa"					

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
16.	Ruhsal hastalıklar hakkında nerden bilgi edineceğimi bildiğimden eminim					
17.	Ruhsal hastalıklar hakkında bilgisayar veya telefon kullanarak bilgi edineceğimden eminim					
18.	Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek için bir uzmanla yüz yüze görüşme yapabileceğimden eminim (örn: aile hekimiyle görüşmek)					
19.	Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek için kullanabileceğim kaynaklara (örneğin, aile hekimi, internet, arkadaşlar) ulaşabileceğimden eminim.					
20.	Ruhsal hastalığı olan insanlar, eğer isterlerse sağlıklarına kavuşabilirler					
21.	Ruhsal hastalıklar, kişisel zayıflık belirtisidir.					
22.	Ruhsal hastalıklar gerçek bir tıbbi hastalık değildir					
23.	Ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikelidir					
24.	Ruhsal bir problem yaşamamak için ruhsal hastalığı olan insanlardan uzak durmak en iyisidir					
25.	Eğer bir ruhsal hastalığım olsaydı kimseye söylemezdim					
26.	Bir ruh sağlığı uzmanına görünmek, kişinin kendi sorunlarını yönetmede yeterince güçlü olmadığı anlamına gelir					
27.	Eğer bir ruhsal hastalığım olsaydı, bir ruh sağlığı uzmanından yardım istemezdim					
28.	Ruhsal bir hastalık için, bir ruh sağlığı uzmanı tarafından verilen tedavinin etkili olmayacağına inanıyorum					
		Kesinlikle istemem	Muhtemelen istemem	Kararsızım	Muhtemelen isterim	Kesinlikle isterim
29.	Ruhsal hastalığı olan biriyle komşuluk yapmayı ne kadar isterdiniz?					
30.	Ruhsal hastalığı olan biriyle sosyal bir					

	etkinliğe katılmayı ne kadar isterdiniz?					
31.	Ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaş olmayı ne kadar isterdiniz?					
32.	Ruhsal hastalığı olan biriyle iş yerinizde yakın olarak çalışmayı ne kadar isterdiniz?					
33.	Ruhsal hastalığı olan birinin ailenizden biriyle evlenmesini ne kadar isterdiniz?					
34.	Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir politikacıya oy vermeyi ne kadar isterdiniz?					
35.	Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz birini işe almayı ne kadar isterdiniz?					

**Ek 4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Dil Geçerliliği ve İçerik Kapsamı Açısından
Uzman Görüş Listesi**

Adı Soyadı	Mesleği	alıştığı Kurum
1. Prof. Dr. Tülay BAŐAK	ğretim Üyesi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Esasları Hemşireliği
2. Doç. Dr. Ganime Can GÜR	ğretim Üyesi	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
3. Dr. Savaş YILMAZ	Psikolog	Denizli Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü
4. Prof. Dr. Ayşe Nur İnci KENAR	Psikiyatrist	Pamukkale Üniversite Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü
5. Dr. şehabettin ÇETİN	Psikolog	Denizli Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü
6. Prof. Dr. Kamil ORHAN	ğretim Üyesi	Pamukkale Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler- alışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri-Yönetim ve alışma Psikolojisi Bölümü
7. Öğr. Gör. Dr. Fatma ÖZGÜN ÖZTÜRK	ğretim Üyesi	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
Ölçeği İngilizce'den Türkçe'ye eviri Yapan Uzmanlar Listesi		
Adı Soyadı	Mesleği	alıştığı Kurum
1. Burcu DOğRU	İngilizce Öğretmeni	Sema Abdurrahman Karamanlıoğlu Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi
2. Fatma KURT	İngilizce Öğretmeni	Karagmruk Ortaokulu

Ek 5. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.02.2021-E.14321



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-14321
Konu : Başvurumuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gamime CAN GÜR

İlgi : 26/01/2021 tarihli dilekçeniz. *10.186.1.25*
97630

10.02.2021
İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması**" konulu çalışmanız **02.02.2021** tarih ve **03** sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek 6. Mental Health Literacy Scale İzni

Ek 7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (26 maddeden oluşan son hali)

Soru	Ölçek Maddeleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Ruhsal hastalıklar, kişisel zayıflık belirtisidir.					
2.	Ruhsal hastalıklar gerçek bir tıbbi hastalık değildir					
3.	Ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikelidir					
4.	Ruhsal bir problem yaşamamak için ruhsal hastalığı olan insanlardan uzak durmak en iyisidir					
5.	Eğer bir ruhsal hastalığım olsaydı kimseye söylemezdim					
6.	Bir ruh sağlığı uzmanına görünmek, kişinin kendi sorunlarını yönetmede yeterince güçlü olmadığı anlamına gelir					
7.	Eğer bir ruhsal hastalığım olsaydı, bir ruh sağlığı uzmanından yardım istemezdim					
8.	Ruhsal bir hastalık için, bir ruh sağlığı uzmanı tarafından verilen tedavinin etkili olmayacağına inanıyorum					
		Kesinlikle istemem	Muhtemelen istemem	Kararsızım	Muhtemelen isterim	Kesinlikle isterim
9.	Ruhsal hastalığı olan biriyle komşuluk yapmayı ne kadar isterdiniz?					
10.	Ruhsal hastalığı olan biriyle sosyal bir etkinliğe katılmayı ne kadar isterdiniz?					
11.	Ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaş olmayı ne kadar isterdiniz?					
12.	Ruhsal hastalığı olan biriyle iş yerinizde yakın olarak çalışmayı ne kadar isterdiniz?					
13.	Ruhsal hastalığı olan birinin ailenizden biriyle evlenmesini ne kadar isterdiniz?					
14.	Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz birini işe almayı ne kadar isterdiniz?					

		Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası	
15.	Eğer bir kişi, diğer insanlarla bir araya gelmeyi (örneğin bir partide bulunmak) yada performans sergilemeyi gerektiren (örneğin bir toplantıda sunum yapmak) durumlarda, diğer insanlar tarafından yargılanacağı ve aşağılanacağı ya da komik duruma düşeceği korkusu nedeniyle son derece gergin veya endişeli hissediyorsa, sizce bu kişide Sosyal Fobi olma olasılığı nedir?					
16.	Eğer bir kişi, endişeye gerek olmayan bir takım olaylar veya etkinlikler karşısında aşırı endişeli oluyorsa, bu endişesini kontrol etmede zorluk yaşıyorsa ve beraberinde kas gerginliği ve yorgunluk gibi fiziksel belirtiler de gösteriyorsa, sizce bu kişide Yaygın Anksiyete Bozukluğu olma olasılığı nedir?					
17.	Eğer bir kişinin, iki hafta veya daha uzun süredir çökkün bir ruh hali varsa ve bu kişi normal aktivitelerinden artık eskisi gibi zevk alamıyorsa veya bunlara karşı ilgisini kaybetmişse ve beraberinde uyku ve iştahında da değişiklikler yaşıyorsa, sizce bu kişide Majör Depresif Bozukluk olma olasılığı nedir?					
18.	Sizce Kişilik Bozukluklarının , ruhsal bozukluklar kategorisinde yer alma olasılığı nedir?					
19.	Sizce Distiminin (Süreğiden Depresyon) bir bozukluk olma olasılığı nedir?					
20.	Sizce Agorafobi (Alan korkusu) tanısının, kaçmanın zor veya utanç verici olduğu durumlardaki kaygıyı içermesi olasılığı nedir?					
21.	Sizce Bipolar Bozukluk tanısının, aşırı keyifli (yani taşkın) ve depresif (yani çökkün) duygu dönemlerini deneyimlemeyi içermesi olasılığı nedir?					
22.	Sizce Madde Kullanım Bozukluğu tanısının, bir ilaca ve/veya uyuşturucu bir maddeye karşı fiziksel ve psikolojik tolerans içermesi olasılığı nedir? (yani, aynı etkiyi elde etmek için daha fazla ilaca/maddeye gerek duyulması)					
		Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası	
23.	Sizce Bilişsel Davranışçı Terapinin(BDT) , olumsuz düşüncelerle başetme ve yararlı davranışları arttırmaya yönelik bir tedavi olma olasılığı nedir?					

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
24.	Ruhsal hastalıklar hakkında nerden bilgi edineceğimi bildiğimden eminim					
25.	Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek için bir uzmanla yüz yüze görüşme yapabileceğimden eminim (örn: aile hekimiyle görüşmek)					
26.	Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek için kullanabileceğim kaynaklara (örneğin, aile hekimi, internet, arkadaşlar) ulaşabileceğimden eminim.					