



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İstanbul Fatih İlçesindeki Lise Öğrencilerinin ve
Öğretmenlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin
Araştırılması**

Dr. Şeyma Arslan

Uzmanlık Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma Karabey**

**İSTANBUL
2020**

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İstanbul Fatih İlçesindeki Lise Öğrencilerinin ve
Öğretmenlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin
Araştırılması**

Dr. Şeyma Arslan

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma Karabey

İSTANBUL
2020

ÖNSÖZ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda eğitim ve bilgime katkı sağlayan tüm hocalarıma ve bana eşlik eden mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tıp fakültesini okurken tanıma fırsatı bulduğum, tüm eğitim hayatım boyunca ve tezimin gerçekleşmesinde her türlü desteği ve motivasyonu sağlayan, teşvik eden, tecrübe ve birikimiyle katkıda bulunan çok değerli hocam Prof. Dr. Selma Karabey'e,

Tezimin veri toplama sürecinde destekleri ile süreci kolaylaştıran, rahat bir çalışma ortamı sağlayan anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ayşe Emel Önal'a,

Tezimin istatistiksel analizlerinde değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Halim İşsever ve Dr. Öğr. Üyesi Merve Ören'e,

Asistanlık sürecimde eğitimime katkı sağlayan, bilgilerini esirgemeyen, Prof. Dr. Nuray Özgülnar, Prof. Dr. Sevgi Canbaz, Doç. Dr. Hülya Gül'e ve her daim yanımda hissettiğim emekli olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Bedia Ayhan Özyıldım, Prof. Dr. Bilge Hapçıoğlu ve Prof. Dr. Günay Güngör'e,

Tezimde Mental Health Literacy Questionnaire ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin kullanımına izin verdikleri için Prof. Dr. Anthony Jorm ve Prof. Dr. Ayşegül Bilge'ye,

Tezimin veri toplama sürecinde her türlü desteği ve kolaylığı sağlayan İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü çalışanlarına, tezimin veri toplama sürecinde beni misafir eden okullarımızın değerli yönetici ve çalışanlarına, tezime katkı sağlayan öğrencilerimiz ve kıymetli öğretmenlerimize,

Asistanlık sürecimin tüm dönüm noktalarında olduğu gibi tezimin başından sonuna kadar maddi ve manevi desteğini esirgemeyen kıymetli dostum Dr. Abdullah Uçar'a,

Her zaman en büyük fedakarlıkları gösteren, motivasyon kaynağım, gözümün ışıltısı oğlum Yavuz Enes Arslan'a,

Hayatıma girdiğinden beri yolumu aydınlatan, sıkıntılarımla paylaşan, işimi kolaylaştıran asistanlık sürecimin en büyük destekçisi sevgili eşim Uzm.Dr. Şükrü Arslan'a,

Beni büyütüp bugünlere getiren aileme,

Ve tüm dostlarıma,

İçten teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XV
KISALTMALAR.....	XVII
I. ÖZET	1
II. ABSTRACT.....	3
III. GİRİŞ	5
IV. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. RUH SAĞLIĞI VE TOPLUM RUH SAĞLIĞI.....	7
4.1.1. Dünya’da Ruh Sağlığı.....	10
4.1.2. Türkiye’de Ruh Sağlığı.....	16
4.1.3. Ergenlerde Ruh Sağlığı	17
4.1.4. Ruh Sağlığının Sosyal Belirleyicileri.....	20
4.1.5. Ruh Sağlığını Geliştirme.....	25
4.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI.....	30
4.2.1 Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Bileşenleri	31
4.2.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Tanı Bilgisi.....	31
4.2.1.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Yardım Arama Davranışı	32
4.2.1.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama.....	33
4.2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyleri Ölçüm Yöntemleri.....	35
4.2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Müdahale Çalışmaları	38
V. GEREÇ VE YÖNTEM	41
5.1. ARAŞTIRMA TİPİ.....	41
5.2. ARAŞTIRMA BÖLGESİ	41
5.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	41
5.4. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ.....	44
5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	50
5.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ.....	51
5.7. VERİ ANALİZİ	51

5.8. ARAŞTIRMA ETİĞİ VE İZİNİ	52
VI. BULGULAR	53
6.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR	53
6.1.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Bulguları	53
6.1.2. Çalışmaya Katılan Öğrencilere Ait Bazı Değişkenler	58
6.1.3. Çalışmaya Katılan Öğretmenlerin Demografik Bulguları	59
6.1.4. Çalışmaya Katılan Öğretmenlere ait Bazı Değişkenler	62
6.2. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ANKETİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	63
6.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketine Verilen Cevapların Genel Değerlendirilmesi.....	63
6.2.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi Senaryo 1'e ait Bulgular	63
6.2.1.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi Senaryo 2'ye ait Bulgular	75
6.2.1.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi Senaryo 3'e ait Bulgular	87
6.2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi.....	99
6.3. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN BULGULAR.....	106
6.3.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne Verilen Cevapların Genel Değerlendirilmesi.....	106
6.3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne Verilen Cevapların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi	115
6.4. RUHSAL HASTALIKLARI TANIMA DÜZEYİ İLE BAZI DEĞİŞKENLERİN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	125
6.4.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Ruhsal Hastalıkları Tanıma Bilgisi ile Bazı Değişkenlerin İlişkisi	125
6.4.2. Çalışmaya Katılan Öğretmenlerin Ruhsal Hastalıkları Tanıma Bilgisi ile Bazı Değişkenlerin İlişkisi	138
VII. TARTIŞMA	148
7.1. ÇALIŞMAYA KATILAN ÖĞRENCİ VE ÖĞRETMENLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	148
7.2. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ANKETİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	149
7.2.1. Ruhsal Hastalık Tanı Bilgisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....	149
7.2.2. Ruhsal Hastalık Tedavi Bilgisi.....	152

7.2.3. Katılımcıların Yardım Arama Bilgi ve İnançlarına Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....	155
7.2.4. Ruhsal Hastalıklar için Yardım Aramada Algılanan Engellerin Değerlendirilmesi.....	159
7.3. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	161
7.4. RUHSAL HASTALIKLARI TANIMA DÜZEYLERİ İLE BAZI DEĞİŞKENLERİN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	162
7.5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	165
IX. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	166
X. KAYNAKÇA.....	168
XI. EKLER	184
EK 1. EK TABLOLAR.....	184
EK 2. ETİK KURUL İZNİ	215
EK 3. İSTANBUL İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZNİ.....	216
EK 4. ANKET KULLANIMINA DAİR ALINAN İZİNLER.....	217
EK 5. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	218
EK 6. ÖĞRETMEN ANKET FORMLARI.....	219
EK 7. ÖĞRENCİ ANKET FORMLARI	223
EK 8. MENTAL HEALTH LITERACY QUESTIONNAIRE.....	228

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sık ruhsal hastalıkların DALY'lerinin sıralaması, Dünya, 2017	13
Tablo 2.Sık ruhsal hastalıkların DALY'lerinin sıralaması, 10-19 yaş grubu, Dünya, 2017	20
Tablo 3. Küresel Ruh Sağlığının Sosyal Bileşenleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri	22
Tablo 4. Devlet liselerindeki 9. ve 12. sınıf öğrencilerinin okul türüne göre dağılımı...	42
Tablo 5: Çalışmaya dahil edilecek şube sayısının okul türüne göre dağılımı	43
Tablo 6. Çalışmaya dahil edilecek öğretmen sayılarının okullara göre dağılımı	44
Tablo 7. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve yaş dağılımları	53
Tablo 8. Çalışmaya katılan öğrencilerin sınıflara göre dağılımı	54
Tablo 9. Çalışmaya katılan öğrencilerin sınıf ve okul türlerine göre dağılımı	54
Tablo 10. Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özellikleri	54
Tablo 11. Çalışmaya katılan öğrencilerin ailelerine yönelik bazı özellikleri	55
Tablo 12. Çalışmaya katılan öğrencilerin anne ve baba eğitim durumları	56
Tablo 13. Anne ve babasının çalıştığını bildiren öğrencilerin anne ve baba meslek dağılımları.....	57
Tablo 14. Çalışmaya katılan öğrencilerin internet ve televizyon erişim durumları.....	58
Tablo 15. Çalışmaya katılan öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin bazı özellikleri	59
Tablo 16. Çalışmaya katılan öğretmenlerin cinsiyet ve yaş dağılımı	59
Tablo 17. Çalışmaya katılan öğretmenlerin bazı tanımlayıcı özellikleri	60
Tablo 18. Çalışmaya katılan öğretmenlerin bazı mesleki özellikleri.....	61
Tablo 19. Çalışmaya katılan öğretmenlerin internet ve televizyon erişim durumları	62
Tablo 20. Çalışmaya katılan öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin bazı özellikleri	63
Tablo 21. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevaplarının dağılımı	67
Tablo 22. “Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğrencilerin cevaplarının dağılımı.....	68

Tablo 23. “Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğretmenlerin cevaplarının dağılımı.....	68
Tablo 24. Senaryo 1’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı.....	70
Tablo 25. Senaryo 1’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı	70
Tablo 26. Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğrenci verdikleri cevapların dağılımı	71
Tablo 27. Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı	72
Tablo 28. Öğrencilerin Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşama durumları.....	73
Tablo 29. Öğretmenlerin Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşama durumları.....	74
Tablo 30. Öğrencilerin Senaryo 1’deki kişiye benzer sorunlarını ebeveynleriyle paylaşma tutumları.....	74
Tablo 31. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevaplarının dağılımı	79
Tablo 32. “Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğrencilerin cevaplarının dağılımı.....	80
Tablo 33. “Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğretmenlerin cevaplarının dağılımı.....	80
Tablo 34. Senaryo 2’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı.....	82
Tablo 35. Senaryo 2’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı	82
Tablo 36. Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı.....	83
Tablo 37. Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı	84
Tablo 38. Öğrencilerin Senaryo 2’deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 2’deki kişiye benzer sorun yaşama durumları.....	85

Tablo 39. Öğretmenlerin Senaryo 2'deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 2'deki kişiye benzer sorun yaşama durumları.....	86
Tablo 40. Öğrencilerin Senaryo 2'deki kişiye benzer sorunlarını ebeveynleriyle paylaşma tutumları.....	86
Tablo 41. “Senaryo 3'teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen katılımcı cevaplarının dağılımı	91
Tablo 42. “Senaryo 3' deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğrencilerin cevaplarının dağılımı	92
Tablo 43. “Senaryo 3' deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğretmenlerin cevaplarının dağılımı.....	92
Tablo 44. Senaryo 3' teki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı.....	94
Tablo 45. Senaryo 3' teki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğretmenlerin cevapların dağılımı	94
Tablo 46. Senaryo 3'teki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı.....	95
Tablo 47. Senaryo 3'teki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı	96
Tablo 48. Öğrencilerin Senaryo 3'teki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 3'teki kişiye benzer sorun yaşama durumları.....	97
Tablo 49. Öğretmenlerin Senaryo 3'teki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 3'teki kişiye benzer sorun yaşama durumları.....	98
Tablo 50. Öğrencilerin Senaryo 3'teki kişiyle benzer sorunlarını ebeveynleriyle paylaşma tutumları.....	98
Tablo 51. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğrenci cevaplarının “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutunun değerlendirilmesi.....	109
Tablo 52. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğrenci cevaplarının “Tehlikeli” alt boyutunun değerlendirilmesi	110
Tablo 53. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğrenci cevaplarının “Utanma” alt boyutunun değerlendirilmesi	110
Tablo 54. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğretmen cevaplarının “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutunun değerlendirilmesi.....	113

Tablo 55. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğretmen cevaplarının “Tehlikeli” alt boyutunun değerlendirilmesi	114
Tablo 56. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğretmen cevaplarının “Utanma” alt boyutunun değerlendirilmesi	114
Tablo 57. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği' ne verilen öğrenci cevaplarının alt boyut puanları	115
Tablo 58. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğretmen cevaplarının alt boyut puanları	115
Tablo 59. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile cinsiyet ilişkisi	117
Tablo 60. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğretmen cevapları ile cinsiyet ilişkisi	118
Tablo 61. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile yaş grupları ilişkisi	119
Tablo 62. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğretmen cevapları ile yaş grupları ilişkisi.....	120
Tablo 63. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile aile gelir düzeyleri ilişkisi.....	121
Tablo 64. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğretmen cevapları ile aile gelir düzeyleri ilişkisi.....	122
Tablo 65. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile anne eğitim düzeyi ilişkisi	123
Tablo 66. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile baba eğitim düzeyi ilişkisi	124
Tablo 67. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların cinsiyet, yaş grubu ve gelir düzeyine göre ilişkisi	126
Tablo 68. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların anne ve baba eğitim düzeyleri ile ilişkisi.....	128
Tablo 69. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların aile tipi, kardeş varlığı ve ebeveyn durumu değişkenleri ile ilişkisi. 130	
Tablo 70. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevaplarının gelir algısı ve fiziksel hastalık durumu ile ilişkisi	132

Tablo 71. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların eğitim gördükleri okul türü ile ilişkisi	133
Tablo 72. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların bazı değişkenlerle ilişkisi.....	135
Tablo 73. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi	136
Tablo 74. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi	137
Tablo 75. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi	138
Tablo 76. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların cinsiyet, yaş grubu ve aile gelir düzeyi ile ilişkisi	139
Tablo 77. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların aile tipi ve medeni hal değişkenleri ile ilişkisi.....	141
Tablo 78. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların gelir algısı ve fiziksel hastalık durumu ile ilişkisi	142
Tablo 79. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların idari göreve sahip olma durumu ile ilişkisi.....	143
Tablo 80. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların çalıştıkları okul türü ile ilişkisi	144
Tablo 81. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların bazı değişkenlerle ilişkisi.....	145
Tablo 82. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi	146
Tablo 83. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi	147
Tablo 84. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi	147
Tablo 85. Senaryolardaki “Kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı	184
Tablo 86. Senaryolardaki “Kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı	184

Tablo 87. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı.....	185
Tablo 88. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı.....	186
Tablo 89. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı	187
Tablo 90. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı	188
Tablo 91. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerin öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı	189
Tablo 92. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerin öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı	189
Tablo 93. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı	190
Tablo 94. Senaryolardaki “kişilerin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı	190
Tablo 95. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı	191
Tablo 96. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı	192
Tablo 97. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı	193
Tablo 98. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı.....	194
Tablo 99. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı	195
Tablo 100. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı	195
Tablo 101. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci aile gelir düzeyine göre dağılımı	196
Tablo 102. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğretmen aile gelir düzeyine göre dağılımı	197

Tablo 103. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci aile gelir düzeylerine göre dağılımı.....	198
Tablo 104. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen aile gelir düzeylerine göre dağılımı.....	199
Tablo 105. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci aile gelir gruplarına göre dağılımı	200
Tablo 106. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen aile gelir gruplarına göre dağılımı	202
Tablo 107. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci aile gelir gruplarına göre dağılımı	204
Tablo 108. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlere yönelik öğretmen cevaplarının gelir düzeyine göre dağılımı	205
Tablo 109. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci anne eğitim düzeyine göre dağılımı.....	205
Tablo 110. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci anne eğitim düzeylerine göre dağılımı ...	206
Tablo 111. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci anne eğitim düzeylerine göre dağılımı ...	207
Tablo 112. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci anne eğitim düzeyine göre dağılımı.....	209
Tablo 113. Senaryolardaki kişilerin sorunu nedir sorularına verilen cevapların öğrenci baba eğitim düzeyine göre dağılımı.....	210
Tablo 114. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci baba eğitim düzeylerine göre dağılımı ...	211
Tablo 115. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci baba eğitim düzeylerine göre dağılımı ...	212
Tablo 116. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci baba eğitim düzeyine göre dağılımı.....	214

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ruh sağlığı ile ilgili Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri....	10
Şekil 2. Ruhsal ve madde kullanım bozukluklarının prevalansları, Dünya, 2017.....	11
Şekil 3. Ruhsal ve madde kullanım bozukluk prevalanslarının dağılımı, cinsiyete göre, Dünya, 2017.....	12
Şekil 4. Ruhsal hastalıklardan kaynaklanan DALY'lerin dağılımı, yaş gruplarına göre, Dünya, 2017.....	14
Şekil 5. Ruhsal hastalıklar sonucu YLD'lerin dağılımı, sosyodemografik indeks (SDI) seviyelerine göre, Dünya, 2017	15
Şekil 6. Ruhsal ve madde kullanım bozukluklarının prevalansları, 15-19 yaş grubu, Dünya, 2017.....	18
Şekil 7. Sağlıktaki eşitsizliklerle başa çıkmada yaşam boyu yaklaşımı	26
Şekil 8. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna öğrenci cevaplarının kelime bulutu	64
Şekil 9. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna öğretmen cevaplarının kelime bulutu	64
Şekil 10. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların ana kategorileri	65
Şekil 11. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların “Kişisel sorunlar” kategorisine ait alt kategorileri.....	66
Şekil 12. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler sorusuna öğrenci cevaplarının dağılımı	75
Şekil 13. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler sorusuna öğretmen cevaplarının dağılımı	75
Şekil 14. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen öğrenci cevaplarının kelime bulutu	76
Şekil 15. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen öğretmen cevaplarının kelime bulutu.....	76
Şekil 16. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların ana kategorileri	77

Şekil 17. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların “Kişisel sorunlar” kategorisine ait alt kategorileri.....	78
Şekil 18. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler sorusuna öğrenci cevaplarının dağılımı	87
Şekil 19. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek nedenlere yönelik öğretmen cevaplarının dağılımı	87
Şekil 20. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen öğrenci cevaplarının kelime bulutu	88
Şekil 21. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen öğretmen cevaplarının kelime bulutu	88
Şekil 22. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların ana kategorileri	89
Şekil 23. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların “Kişisel sorunlar” kategorisine ait alt kategorileri.....	90
Şekil 24. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek nedenlere yönelik öğrenci cevaplarının dağılımı	99
Şekil 25. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenlere yönelik öğretmen cevaplarının dağılımı	99
Şekil 26. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ne verilen öğrenci cevaplarının değerlendirilmesi	107
Şekil 27. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ne verilen öğretmen cevaplarının değerlendirilmesi	111

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DALY: Disability Adjusted Life Years

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GA: Güven Aralığı

İHME: Institute of Health Metrics and Evaluation

Maks: En büyük değer

MEB: Millî Eğitim Bakanlığı

MHL: Mental Health Literacy

MHLQ: Mental Health Literacy Questionnaire

MHLS: Mental Health Literacy Scale

Min: En küçük değer

RHYİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

RSOYA: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi

SKH: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Std. Sapma: Standart sapma

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

YLD: Years Life Disabled

I. ÖZET

Ruhsal hastalıklar tüm yaş gruplarında önde gelen hastalık yükü sebebidir. Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemenin, ruh sağlığını geliştirme faaliyetlerinde önemi büyüktür. Bu çalışmamızda İstanbul'un Fatih ilçesinde bulunan liselerin öğrenci ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır. Mart-Temmuz 2019 tarihleri arasında İstanbul'un Fatih İlçesi'nde toplam 1051 kişi (810 lise öğrencisi ve 241 lise öğretmeni) çalışmaya dahil edildi. Öğrenci ve öğretmenlere üç veri toplama aracı uygulandı: Sosyodemografik özellikler ve bazı değişkenler hakkında bir anket, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi ve Ruhsal hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ).

Öğrenci ve öğretmenlerin yaş ortamları sırasıyla $16,0 \pm 1,4$ ve $40,1 \pm 8,3$ 'tür. Öğrencilerin %53,7'si, öğretmenlerin ise 54,8'i kadındı. Öğrencilerin %45,8'i Anadolu lisesinde okurken; öğretmenlerin %58,5'i Anadolu lisesinde görev yapmaktaydı. Öğrencilerin depresyon, şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma oranları sırasıyla %27,5 %47,7 %6,2 olarak bulundu. Öğretmenlerin ise sırasıyla %46,5 %42,7 %26,1 olarak bulundu. Öğrencilerin, senaryolardaki ruhsal sorunu olan kişilere yardım edebilecek kişi olarak psikoloğu faydalı bulma oranları depresyon, şizofreni ve sosyal fobi senaryolarına göre sırasıyla %86,0, %82,0 ve %79,3; öğretmenlerin ise sırasıyla %90,9 %79,7 %90,9 olarak bulundu. Öğrencilerin senaryoları doğru tanıma oranları ile cinsiyet, yaş grubu, anne eğitim düzeyleri ve baba eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p < 0,005$). Ayrıca öğretmenlerin senaryoları doğru tanıma oranları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,005$).

Öğrencilerin profesyonel yardım almasına engel olabilecek en sık nedenler arasında, "Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek", "Çok mahcup/utangaç olmak", "Kişinin sizle ilgili olumsuz düşüneceği endişesi" ve "Yardım almanın ücreti" sıralanırken öğretmenlerin en sık nedenleri ise "Yardım almanın ücreti", "Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek", "Randevu almanın zor olması" ve "Kişinin söyleceğinin yanlış olabileceği endişesi" olarak belirlenmiştir.

RHYİÖ'ne göre öğrencilerin ortalama puanı “Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma” için $21,6 \pm 9,8$, “Tehlikeli” için $21,3 \pm 6,6$; “Utanma” için $1,5 \pm 2,3$, toplam puan $42,9 \pm 16,2$ ve öğretmenlerin ortama puanları sırasıyla $23,6 \pm 10,1$; $19,9 \pm 6,9$, $1,2 \pm 1,7$ $46,2 \pm 16,6$ 'dır.

Bu bulgular bize yardım arama davranışını teşvik etmek ve ruhsal hastalıkları doğru tanıma bilgisi arttırmak için öğrenci ve öğretmenlere yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bunun yanında ruh sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliğini arttırmak ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmak önemlidir. Bu amaçla ruh sağlığını geliştirmeye yönelik kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Ruh Sağlığı, Okuryazarlık, Damgalama, Yardım Arama, Lise

II. ABSTRACT

Mental disorders are the leading cause of disease burden in all age groups. Determining the levels of mental health literacy are guiding studies in activities to promote mental health. In this study, it was aimed to determine the mental health literacy levels of high school students and teachers.

Our study is a cross-sectional descriptive study. A total of 1051 people (810 high school students and 241 high school teachers) in Fatih District of Istanbul were included in our study between March 2019 and July 2019. Three data collection tools were applied to students and teachers: a questionnaire about sociodemographic and some other variables, The Mental Health Literacy Questionnaire and the Beliefs towards Mental Illness Scale.

The average age of students' and teachers' were $16,0 \pm 1,4$ and $40,1 \pm 8,3$ respectively. Also 86.2% of students and 54,8% of the teachers were women. While 45.8% of students were in Anatolian High School; %58,5 of teachers' worked in Anatolian High School. Students' recognition percentages of depression, schizophrenia and social phobia vignettes were found to be 27,5% 47,7% and 6,2% respectively; while teachers' were found to be 46.5%, 42.7% and 26.1%, respectively. The percentages of finding the "psychologist" as "helpful" for the person who described in depression, schizophrenia and social phobia vignettes by the students was 86,0% 82,0% and 79,3% respectively; the teachers were 90.9%, 79.7% and 90.9%, respectively. A statistically significant relationship was found between students' correct recognition of vignettes and gender, age group, mother education levels, and father education levels ($p < 0,005$). In addition, a statistically significant relationship was found between students' correct recognition of vignettes and gender.

While the most frequent reasons that may prevent students from getting help were the options of " Thinking that nothing can help ", "Too embarrassed / shy", "Concern that the person might feel negatively about you " and "The cost of seeing the person"; the most frequent reasons for teachers were " The cost of seeing the person", "

Concern about the side effects of treatment ", "It is too hard to get an appointment " and " Concern that the person might feel negatively about you".

According to the BMI subscales, Students' average score of was $21,6 \pm 9,8$ for "poor social and interpersonal skills and incurability", $19,9 \pm 6,9$ for "dangerousness", $1,5 \pm 2,3$ for "shame" and $42,9 \pm 16,2$ for total scale and the teachers' average scores were $23,6 \pm 10,1$, $21,3 \pm 6,6$, $1,2 \pm 1,7$ and $46,2 \pm 16,6$ in the same order.

The findings show us that studies are needed to encourage help seeking behavior and to increase the knowledge of mental illnesses towards both young people and their teachers. In addition, it is important to increase the accessibility of mental health services and to reduce stigma towards mental illnesses. For this purpose, comprehensive studies should be planned to improve mental health.

Keywords: Mental Health, Literacy, Questionnaire, Help Seeking, High School

III. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bireylerin sağlıklı olma halini, sadece sakatlık ve hastalık olmayışı şeklinde değil; tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlarken; bireylerin ruhsal açıdan sağlıklı olma halini ise bulunduğu topluma katkıda bulunabildiği, kendi yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışabileceği bir refah hali olarak tanımlamaktadır (1,2). Fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali bir bütünün parçaları olarak birbirlerini tamamlamaktadır.

Ruh sağlığı ve ruhsal iyilik hali, hastalıkların olmayışının yanında, her bireyin doğuştan sahip olduğu temel bir insan hakkıdır. Ruhsal iyilik hali çevresel, kişisel ve biyolojik birçok etmenin bir araya gelmesiyle ortaya çıkmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerindeki her durum ruh sağlığı ile direkt olarak ilişkilidir. Ruh sağlığını geliştirmek için toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımı, kabul gören ruh sağlığı hizmet modelini oluşturmaktadır. Bu bağlamda yoksulluğu ortadan kaldırmak, gezegenimizi korumak ve tüm insanların barış ve refah içinde yaşamasını sağlamak için evrensel eylem çağrısı olarak tanımlanan *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri*'nin sağlıkla ilgili maddelerinde ruh sağlığına yönelik toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının yansımalarını görmekteyiz (3).

Yaşam boyu devam eden ruhsal bozuklukların yarısının 14 yaşından, dörtte üçünün ise 24 yaşından önce başladığı ve ruhsal bozuklukların yaşamın ikinci dekadında en önemli hastalık yükünü oluşturduğu bildirilmektedir (4). Erken yaşta başlayan ruhsal bozukluklar, ilerleyen yıllarda birikerek bireylerde yaşam boyu etkili olacak ve üstesinden gelmede güçlük yaşayacakları sorunlar haline dönüşebilmektedir. Erken yaştaki müdahaleler ise sağlıkta eşitsizliklerle sonuçlanan döngünün kırılabilmesi için önemli fırsatlar doğurmaktadır.

Ruh sağlığı okuryazarlığı sağlık eşitsizliğini azaltmak için önemli bir araç olarak görülmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığının yeterli düzeylerde olmasının, bireylerde ruhsal hastalıklar konusunda farkındalık oluşmasında, ruhsal hastalıkların erken tanınmasında ve tedavi uyumunun artmasında önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın amacı, lise öğrencilerinin ve öğretmenlerinin ruhsal hastalıklara yönelik tanı bilgi düzeylerinin ve tedavi inançlarının tespit edilmesi, yardım arama davranışlarına yönelik engellerin belirlenmesi, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesidir.



IV. GENEL BİLGİLER

4.1. RUH SAĞLIĞI VE TOPLUM RUH SAĞLIĞI

DSÖ'nün sağlık tanımlamasında ruhsal iyilik hali, sağlığın bir birleşeni olarak yer almaktadır. Fiziksel ve sosyal iyilik hali ile ruhsal iyilik hali bireylerin tam iyilik halinin sağlanması için birbirlerini tamamlamaktadır. Ruhsal sağlık, bireylerin refahı ile toplumların refahı ve etkili işleyişinin temelini oluşturmaktadır (2).

Ruhsal sağlık ve iyi ruh sağlığı kavramları ile ilişkili birçok terim bulunmaktadır. Ruhsal sağlık; mutluluk duygusu gibi olumlu bir duygu, kişilik özelliği olarak benlik saygısı, sıkıntıyla başa çıkma kapasitesi olarak esneklik, kişisel memnuniyet ve kendini gerçekleştirme kavramlarını barındıran iyilik hali, kişilerin yaşamındaki konumunun algısı olarak tanımlanan, çevresel, psikolojik durumlarından memnuniyetini tanımlayan yaşam kalitesi kavramı ile ilişkilendirilmiştir. Bunlara ek olarak iyi ruh sağlığı, sorunları tanımlama, yüzleşme ve çözme yeteneğine sahip bireylerin özerkliği ile de ilişkilendirilmiştir (2,5).

Ruh sağlığının güncel tanımlamalarında üç önemli ortak husus dikkat çekmektedir (2). Bunlardan ilki, ruh sağlığının klinik olarak tanımlanmış ruhsal bozukluklara odaklanmasından öte, daha geniş bir boyut olan ruhsal iyilik hali yaklaşımına geçilmesidir. Ruhsal bir iyilik hali için herhangi bir hastalık olmaması yeterli görülmemektedir. Ruhsal iyilik hali, bireyin çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurma, günlük kararlar ve seçimler yapma becerisi dahil olmak üzere, doyurucu bir yaşam sürdürme yetisinin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (6). Bu bağlamda ruh sağlığı; bireylerin, yeteneklerini uyum içinde kullanmalarını sağlayan, kendini gerçekleştirdikleri dinamik bir iç denge durumudur (7).

İkinci husus, ruh sağlığının ve hastalıklarının değerlendirmesinde genetik, sosyal ve biyolojik belirleyicilerin ele alınmasıdır. Ruhsal iyilik hali, yalnızca kişisel özelliklerden değil, aynı zamanda kişilerin bulunduğu sosyoekonomik koşullardan ve yaşadıkları geniş çevreden etkilenir. Sosyal eşitsizlikler, ruhsal bozuklukların görülme sıklığında artış ile ilişkilidir (6).

Üçüncü husus ise ruh sağlığının evrensel ve temel bir insan hakkı olarak korunması gerekliliğinin vurgulanmış olmasıdır. İnsan Hakları Evrensel

Beyannamesi'ne dayanarak kabul edilen Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi 12. Maddesi'nde sağlık hakkı, “Herkesin ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkı” olarak tanımlanmıştır (8). Sağlığın ayrılmaz parçası olarak ruhsal sağlık, sosyal adalet perspektifiyle ruhsal bozukluğu olan kişilerin ve zayıf ruhsal sağlık riski altındakilerin refahını korumak ve herkes için ruh sağlığını destekleyen bir ortamı sağlamak için temel bir insani haktır (5,9).

Dünya genelinde ruh sağlığını geliştirmek için çeşitli modeller denenmiştir. Günümüzde ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli uygulanmakta olup bunlar; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modellerden oluşmaktadır (10). Şehrin merkezinden uzakta, büyük psikiyatri hastanelerinde hizmet vermeye dayanan hastane temelli model, 1960'lı yıllardan itibaren kötü hijyen koşulları ve yaygın insan hakları ihalleri sebebiyle yavaş yavaş terk edilmiştir. Bu model yerine DSÖ'nün tavsiye ettiği toplum temelli model daha yaygın bir şekilde uygulanmaya başlamıştır.

Toplum temelli ruh sağlığı anlayışı, insan hakları çerçevesinde bireylerin tedavilerinin her aşamasında toplumun katılımına odaklanmaktadır. Bu amaçla toplum temelli ruh sağlığı modelinde, bireylerin toplumdan soyutlanmadığı ve bu sayede işlevselliklerindeki azalmanın önüne geçildiği, kendi gündelik ortamlarında tedavi süreçlerinin takip edilerek temel yaşam ihtiyaçlarının karşılandığı, sorunlarla başa çıkma becerilerinin geliştirildiği ve desteklendiği bir sistem benimsenmiştir (11). Toplum temelli hizmet modelinde;

Bireyleri sosyoekonomik bağlamda değerlendirme,

Hem bireysel hem de nüfus temelli önleme,

Erişime açık, sistematik ve ekip temelli hizmetler,

Uzun vadeli, yaşam boyu perspektifi,

Maliyet etkinliği değerlendirme ve sosyal adeleti sağlama ilkeleri benimsenmektedir (12).

Dengeli bakım modeli, kapsamlı bir ruhsal sağlık sisteminin hem toplum hem de hastane temelli bakımı içermesi gerektiğini önermektedir. Denge modelinin diğer bir özelliği gelir kaynaklarının durumuna göre öncelikle güçlendirilmesi gereken hizmet türleri konusunda önerilerde bulunuyor olmasıdır. Düşük gelir kaynağı yatırım için

değerlendirilirken, en acil durumlarda sahada en yaygın şekilde bulunan personel aracılığıyla kanıta dayalı bakımın kapsamını artırma önerilmektedir. Bu nedenle, birinci basamak ve toplum temelli sağlık personeli ile okullar gibi diğer ilgili platformlardaki hizmet sunucularının kapasitesini arttırmaya odaklanmaktadır. Buralarda hizmet veren personelin, ruhsal bozukluğu olan kişileri tanımlamak, tedavi etmek ve onlara bakım sağlamak için gerekli becerileri edinmesi sağlanarak kaynakların verimli kullanılması amaçlanmaktadır. Gelir kaynaklarındaki iyileşme halinde, tüm toplum ve birinci basamak sağlık platformlarında ruhsal sağlık hizmet sunumunun güçlendirilmesine hastane tabanlı ikincil, üçüncül hizmetlerin ve daha özel hizmetlerin eklenmesi, modelin temel yapısını oluşturmaktadır (13).

Toplum ruh sağlığı kavramı, ruhsal hastalıkların tedavi ve bakımında bireylerin biyolojik risklerinin yanında, etkileşimde oldukları çevreyle olan ilişkilerine vurgu yaparak ruhsal hastalıkların oluşumunda rol oynayan psikolojik ve sosyal etmenlere müdahaleyi ve toplumun ruh sağlığı düzeyini yükseltmeyi hedeflemektedir (9,14). Bu bağlamda toplum ruh sağlığının geliştirilmesi, ruhsal bozuklukların tedavisi ve önlenmesi, psikiyatri kliniklerinde hekimlerce verilen tedavi sürecinden öte, toplumun her bireyinin dahil olduğu bir süreci içermesi önerilmektedir.

2015 yılında Dünya gündeminde yerini alan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH)'nde ruh sağlığına ve madde kullanımına özel atıflarda bulunulması, küresel düzeyde ruh sağlığı ve ruhsal bozuklukları önlemede değişen ve gelişen bakış açısını yansıtmaktadır. Bu sayede bulaşıcı olmayan hastalıkları oluşturan ruhsal hastalıklar ve madde kötüye kullanımı, küresel anlamda kabul görerek ruhsal hastalıkların önlenmesi ve ruhsal iyilik halinin sağlanması için 2030 hedefleri arasında somut maddeler yer almıştır (Şekil 1). Hedef 3.4, 3.5 ve 3.8'de temel olarak ruh sağlığını etkileyen gerekçeler ve göstergeler sunulmuştur (15). Bunun yanında SKH'lerinde yer alan, sağlığı etkileyen her hedefin gerçekleştirilmesi ile dolaylı olarak küresel ruh sağlığı gelişimine katkı sağlanması beklenmektedir.

•Hedef 3.4. 2030'a kadar koruma ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin üçte bir oranında azaltılması ile ruh sağlığı ve esenliğin desteklenmesi

➤ Gösterge 3.4.2: İntihar Ölüm Hızı

•Hedef 3.5. Narkotik ilaç bağımlılığı ve alkolün zararlı kullanımı dâhil olmak üzere madde bağımlılığının engellenmesi ve tedavi edilmesinin güçlendirilmesi

➤ Gösterge 3.5.1: Madde kullanım bozuklukları için tedavi müdahalelerinin kapsamı

➤ Gösterge 3.5.2: Alkolün zararlı kullanımı, ulusal bağlama göre tanımlanmış, bir takvim yılında kişi başına (15 yaş ve üzeri) tüketilen litre olarak saf alkol miktarı

•Hedef 3.8. Finansal risk koruması, kaliteli temel sağlık bakım hizmetlerine erişim ve herkes için güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı zaruri ilaç ve aşılarla erişim de içerilecek şekilde genel sağlık sigortasının (GSS) oluşturulması

➤ Gösterge 3.8.1: Temel sağlık hizmetlerinin kapsamı (genel ve en dezavantajlı grup arasında üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığını; bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve hizmet kapasitesi ve erişimini içeren izleyici müdahalelere dayalı temel hizmetlerin ortalama kapsanma oranı olarak tanımlanmış)

➤ Gösterge 3.8.2: 1000 kişi başına sağlık sigortası ya da bir kamu sağlık sisteminden yararlananların sayısı

Şekil 1.Ruh sağlığı ile ilgili Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

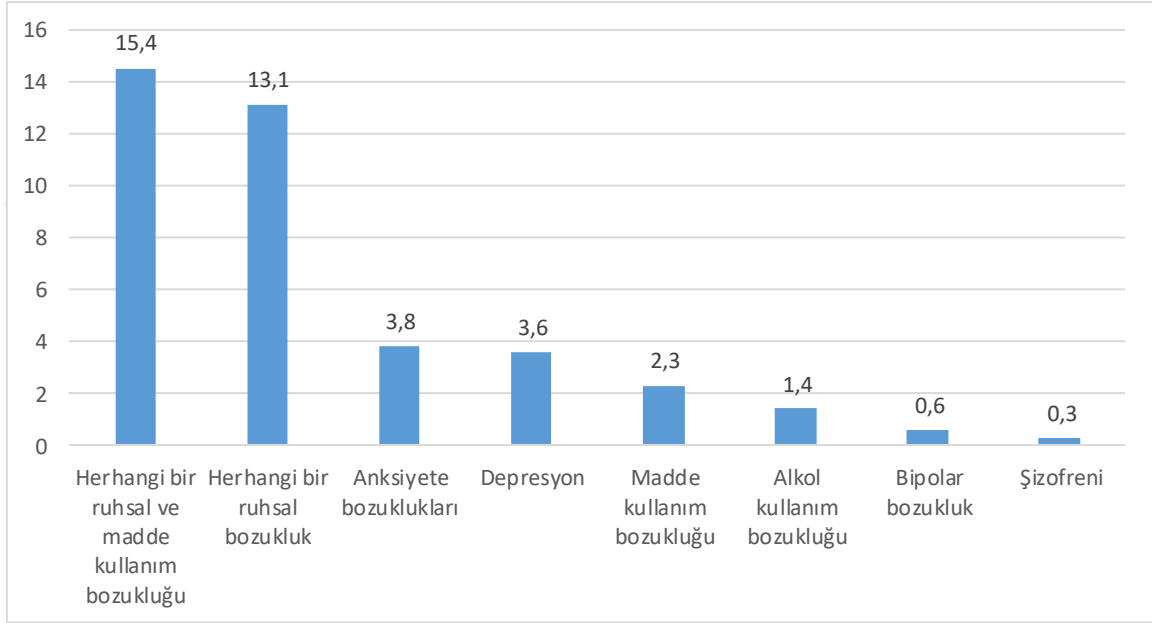
Küresel gündemde ruh sağlığının daha fazla yer almasına karşın ruh sağlığını geliştirmek için yapılacak eylemlerin daha geniş çerçevede olması gerekmektedir. Ruhsal bozuklukları olan bireylere fiziksel hastalıklarla bütünleşik bakım hizmetinin sağlanması, ruh sağlığının önündeki engellerin tespiti ve kaldırılması, ruh sağlığının geliştirilmesi için çok paydaşlı sağlık politikalarının üretimi, ruh sağlığı profesyonellerinin teknolojik gelişmelerden faydalanılarak eğitilmesi, ruh sağlığı hizmetlerine yapılan yatırımların yeniden değerlendirilmesi ile kaynakların verimli dağıtılması ve ruh sağlığına yönelik araştırmaların genetik, sinirbilim, sosyal bilim, halk sağlığı gibi alanlarla multidisipliner yaklaşımlar çerçevesinde çözümlenmesi önerilmektedir (5).

4.1.1. Dünya’da Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı alanında yapılacakların önceliklendirilebilmesi için ruhsal hastalıkların küresel hastalık yüküne olan etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Küresel hastalık yükü açısından ruhsal hastalıklar değerlendirildiğinde, depresyon yaygın görülen ruhsal bozuklukların başında gelmekte olup yaygınlığı giderek artmaktadır. 2017 yılı Institute of Health Metrics and Evaluation (İHME) verilerine göre Dünya’da herhangi bir ruhsal bozukluğu olan 970 milyon kişi, madde kullanım

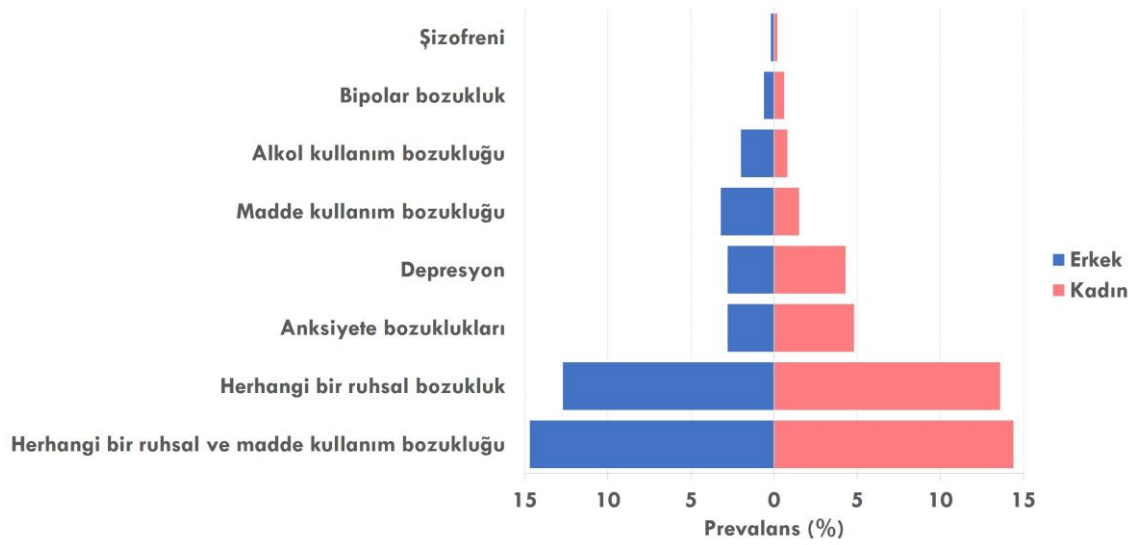
bozukluğu olan 175 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu verilere göre yaklaşık her 7 insandan birinin bir ruhsal hastalığa sahip olduğu düşünülmektedir.

İHME 2017 verilerine göre küresel hastalık yükünün %13'ünü herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma oluşturmaktadır. Bu hastalıkların %3.8'ini anksiyete bozuklukları, %3.6'sını depresyon, %0.3'ünü ise şizofreninin oluşturduğu tahmin edilmektedir (Şekil 2) (16).



Şekil 2. Ruhsal ve madde kullanım bozukluklarının prevalansları, Dünya, 2017

Ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Dünya genelinde 503 milyon kadının en az bir ruhsal hastalığa sahip olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam kardiyovasküler hastalıklara sahip kadınların yaklaşık iki katına denk gelmektedir. Kadın ve erkek cinsiyeti arasındaki fark; major depresyon ve anksiyete bozukluğunda kadın cinsiyet lehine yaklaşık olarak 1,5 kat iken, madde ve alkol kötüye kullanımında erkek cinsiyet lehine değişmektedir (Şekil 3) (16). Bununla birlikte 10 yaş altı erkeklerde davranış bozukluklarının daha fazla olduğu bilinmektedir. 10-14 yaş grubundan itibaren ise kadın cinsiyette daha fazla ruhsal bozukluk görülmeye başlamaktadır (17).



Şekil 3. Ruhsal ve madde kullanım bozukluk prevalanslarının dağılımı, cinsiyete göre, Dünya, 2017(16)

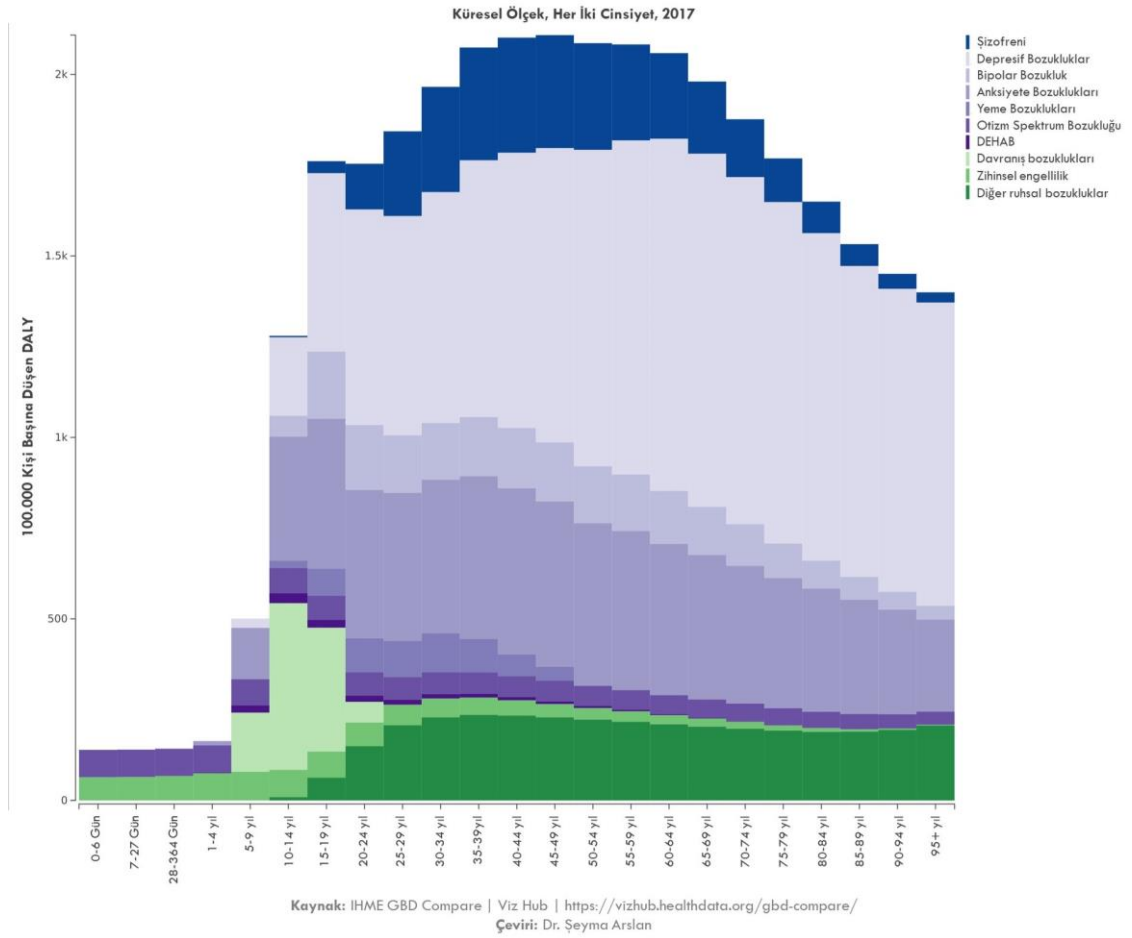
İHME Küresel Hastalık Yüğü Araştırması 2017 yılı verilerine göre ruhsal ve madde kullanım bozukluklarına atfedilen toplam Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı'nın (DALY-Disability Adjusted Life Years) 167,3 milyon olarak tahmin edilmektedir. Tüm nedenlere atfedilen toplam DALY'lerinin %6,6'sını ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları oluşturmaktadır. Hastalık grubu olarak ise tüm nedenlere atfedilen toplam DALY'nin %1,7'sini depresyon, %1'ini anksiyete bozuklukları ve %1'ini madde kullanım bozuklukları oluşturmaktadır (Tablo 1). Depresif bozukluklar, ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarından kaynaklanan toplam DALY'nin depresif bozukluklar %25,7'sini, anksiyete bozuklukları %16,2'sini oluşturmaktadır (16). Hastalık olarak tek başına depresif bozukluklar, yeti yitimine neden olan tüm hastalıkların içinde en fazla DALY'ye sebep olan ilk 20 neden arasında yer almaktadır (18).

Nöropsikiyatrik hastalıklara atfedilen küresel hastalık yükü, kardiyovasküler sistem hastalıklarının ardında yer alırken kanser hastalıklarının ise önünde olması dikkat çekicidir (19). Depresyon, hastalık olarak en fazla DALY yüküne neden olan üçüncü hastalıktır. Nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan Yeti Yitimi ile Geçirilen Yıllar (YLD- Years Life Disabled) tüm hastalık grupları içinde ilk sırada yer alırken, hastalık olarak depresyon tek başına en fazla YLD'ye neden olan ikinci hastalık olarak ön plana çıkmaktadır (20).

Tablo 1. Sık ruhsal hastalıkların DALY'lerinin sıralaması, Dünya, 2017(16)

Neden	DALY(milyon)	%
1. Depresif bozukluk	43,0	1,7
2. Anksiyet bozukluğu	27,1	1
3. Madde kullanım bozukluğu	27,1	1
4. Alkol kullanım bozukluğu	17,4	0,7
5. Şizofreni	12,6	0,5
6. Bipolar bozukluk	9,2	0,3
7. Yeme bozuklukları	3,3	0,1

Ruhsal bozukların yarısı 14 yaşından önce başlamaktadır. Ruhsal hastalıklar bu yaş grubunda engelliliğin önde gelen nedenleri arasında sayılmaktadır (21). Bununla birlikte ruhsal bozukluk ve madde kullanım bozukluklarının hastalık yükü tüm yaş gruplarına yayılmıştır. Ruhsal bozukluk ve madde kullanım bozukluklarına atfedilen DALY'lerin en yüksek oranı 20-65 yaş grubunda meydana gelmektedir (Şekil 4). Yaygın ruhsal bozukluklarla (depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları) ilişkilendirilen yük 10 yaşından itibaren aniden yükselip, ergenlik döneminden itibaren 25-29 yaş grubunda en yüksek orana ulaşmıştır. Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi daha az yaygın ancak kronik bozukluklarla ilişkili olan yük, erişkinliğin erken dönemlerinde yavaş bir şekilde artmaya başlayıp 25-50 yaş arasında artmaya devam etmektedir (17).

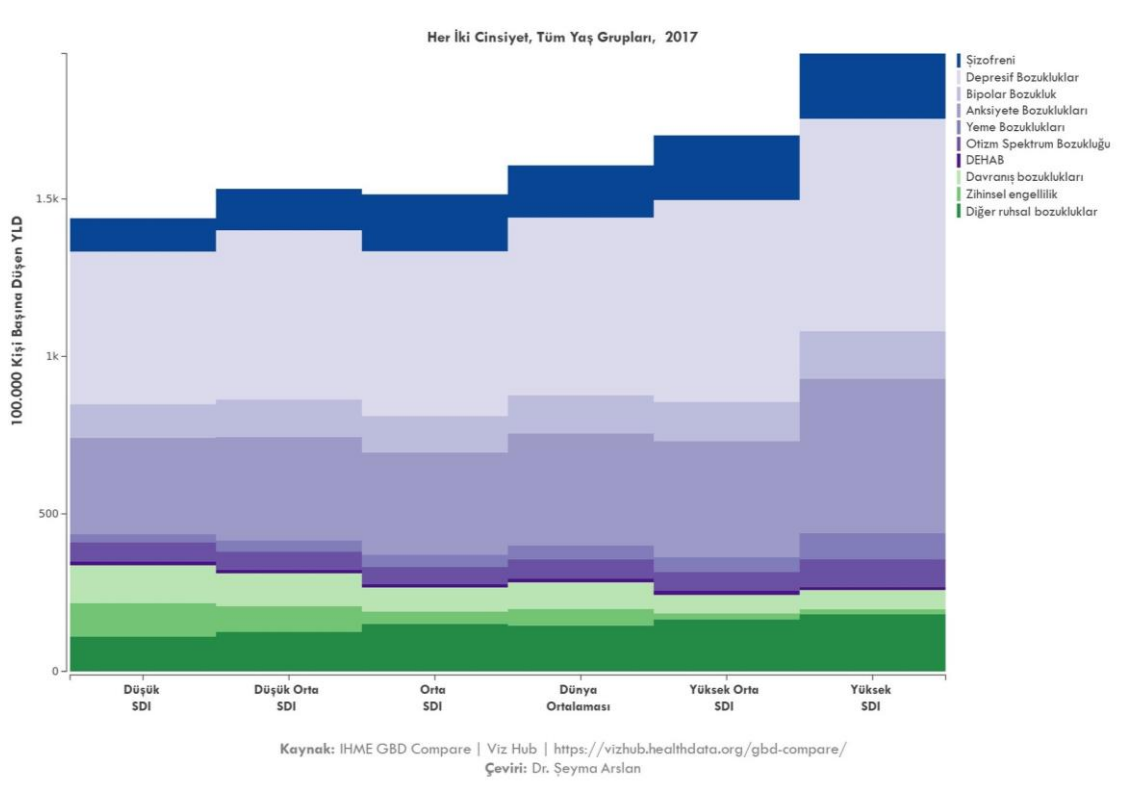


Şekil 4. Ruhsal hastalıklardan kaynaklanan DALY'lerin dağılımı, yaş gruplarına göre, Dünya, 2017

Ruhsal bozukluk ve madde kullanım bozukluklarından kaynaklanan yeti yitimi ile geçirilen yıllar (YLD) ruhsal bozukluk ve madde kullanım bozukluklarından kaynaklanan DALY'nin önemli kısmını oluşturmaktadır. Küresel hastalık yükü araştırmasında ruhsal bozukluk ve madde kullanım bozukluklarından kaynaklanan toplam YLD 153,7 milyon olarak hesaplanmıştır (16). Ruhsal bozukluklardan ve madde kullanım bozukluklarından kaynaklanan YLD, tüm hastalık nedenlerinden kaynaklanan toplam YLD'nin %31,6'sını oluşturarak toplam YLD'nin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır (17,22). Tüm hastalık nedenlerinden kaynaklanan toplam YLD'ye en fazla katkı sağlayan ilk 10 hastalıktan ikisi ruhsal bozukluklardır. Bunlar sırasıyla majör depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (23).

Ruh sağlığı konusunda tüm ülkeler gelişmekte olan ülke olarak düşünülebilir (24) (Şekil 5). Depresif bozukluk, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelere YLD'ye önemli katkıda bulunmuştur ve dünya genelinde 56 ülkede YLD'lerin birinci,

56 ülkede ikinci, 34 ülkede ise üçüncü nedeni olarak yer almaktadır (23). Ayrıca ruhsal hastalıklara atfedilen hastalık yükleri, düşük ve orta gelişmişlik seviyesine sahip ülkelerde maliyet etkin ruh sağlığı müdahalelerine olan ihtiyacı gösterirken yüksek gelişmişlik seviyesine sahip ülkelerde ise eşitsizliklere bağlı olarak ruhsal bozukluklara atfedilen hastalık yükünün artmış olabileceğine dair kanıtlara dikkat çekmektedir (25).



Şekil 5. Ruhsal hastalıklar sonucu YLD'lerin dağılımı, sosyodemografik indeks (SDI) seviyelerine göre, Dünya, 2017

Ruhsal hastalıkların ve diğer sağlık koşulları arasındaki bağlantının yetersiz değerlendirilmesinden dolayı ruhsal bozuklukların yükünün sağlık verilerine yansıyandan çok daha fazlası olduğu tahmin edilmektedir (24). Ruhsal hastalıklar basit, sınırlı bir durum olarak ortaya çıkıp tedavi gecikmesi ile kronik ilerleyici, engelleyici hale dönüşebilmekte ve bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için riski arttırmaktadır (4). Bununla birlikte birçok sağlık koşulu; ruhsal bozukluk riskini arttırıp yardım aramayı, tanıyı, hastalığın tedavisini zorlaştırmaktadır. Bu durumun ruhsal bozuklukların prognozunu etkilediği bilinmektedir.

4.1.2. Türkiye’de Ruh Sağlığı

Ülkemizde 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı yayımlanmıştır. Bu planla toplum ruh sağlığı anlayışını benimseyerek toplum temelli hizmet modeline geçiş için oluşturulan ruh sağlığı politikası belirlenmiştir (10). Daha sonra toplum temelli hizmet modelini gerçekleştirmek için toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) açılmıştır. Ancak hedef olarak “100.000-300.000 arası nüfusa bir tane TRSM” şeklinde bir planlama yapılmış olsa da halen hedeflenen sayıya ulaşamamıştır. Toplum temelli hizmet modeline geçiş döneminde toplum ruh sağlığı hizmetleri bazı olumlu sonuçlarının yanında hizmetin kalitesi, planlanması, örgütlenmesi, finansmanı ve insan gücü açısından yeterli değildir (26).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması, Türkiye’de ruhsal hastalıkların sıklığı hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmada, Türkiye’de 0-2 yaş grubunun klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %10,2, 5-18 yaş grubunda %11,6, erişkin nüfusun son 12 ayda herhangi bir ruhsal bozukluğu olan kişi sayısı nüfusun %17,2 olduğu bulunmuştur. Kadınlarda ruhsal bozukluk görülme oranı erkeklere göre iki kat daha fazladır (27).

Hıfzısıhha Mektebi’nin yaptığı Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması da ruhsal bozukluklar nöropsikiyatrik hastalıklar başlığı altında değerlendirilmiştir. Hastalık grubu olarak nöropsikiyatrik hastalıklara atfedilen DALY, 1.437.956 olarak hesaplanmıştır. Bu da toplam hastalık yükünün %13,3’ünü oluşturmaktadır. Nöropsikiyatrik hastalıklara atfedilen DALY, kardiyovasküler hastalıklara atfedilen DALY’dan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Nöropsikiyatrik hastalıklara atfedilen DALY’nin büyük kısmını YLD oluşturmakta olup, 1.353.045 olarak hesaplanmıştır. Bu da toplam hastalık yükünün %27,8’ine denk gelerek en çok YLD’ye neden olan hastalık grubu olmuştur. Tüm yaş gruplarında hastalıkların neden oldukları DALY dağılımlarında unipolar depresif bozukluk, tüm hastalık yükünün %3,9’unu oluşturarak dördüncü sırada yer almaktadır. 15-49 yaş grubunda DALY’e neden olan ilk 10 hastalık grubunda ikinci sırada %7,0 oranıyla unipolar depresif bozukluk, onuncu sırada ise %1,9 oranıyla şizofreni yer almaktadır. Aynı yaş grubunda erkek cinsiyette DALY’ye neden olan ilk 10 hastalıkta unipolar depresif bozukluk ve alkol kullanım bozukluğu yer almaktadır (sırasıyla %4,5 ve %3,1). Kadın cinsiyette ise unipolar bozukluk, DALY’ye neden olan ilk 10 hastalıkta %9,8’lik oran ile ilk sırada yer almaktadır (28).

Ulusak hastalık yükü çalışmasına göre 15-59 yaş grubunda YLD'ye neden olan birinci hastalık %11,8'lik oran ile unipolar depresif bozukluk, altıncı hastalık %3,2'lik oran ile şizofreni ve yedinci hastalık %3,1'lik oran ile alkol kullanım bozukluğu olmuştur. 60 yaş üstü en çok YLD'ye neden olan hastalıklardan unipolar depresif bozukluk %3,2 oranı ile dokuzuncu sırada yer almaktadır (28).

Hacettepe Üniversitesi tarafından yapılan Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013 raporuna göre DALY'ye neden olan ilk 25 hastalık içinde depresif bozukluk sekizinci sırada, madde kullanım bozukluğu on altıncı sırada ve anksiyete bozukluğu yirmi birinci sırada yer almaktadır(29).

İHME, 2017 yılında SKH indikatörlerini 0-100 değeri alacak şekilde indekslemiştir. Ruh sağlığı ile ilişkili üç indikatörün Türkiye için değeri şöyledir:

3.4.2 Yaşa Standardize İntihar Ölüm Hızı : 95,1

3.5.2 Bir takvim yılında 15 yaş üzeri kişi başına alkol tüketim miktarı: 85,2

3.8.1 Temel Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı: 74,7

Ruh sağlığı ile ilişkili indikatör puanlarına rağmen sağlıkla ilişkili SHK'lerinin tüm maddelerinin dahil edildiği indeks puanı ise 66 olarak hesaplanmıştır. Bu, toplum ruh sağlığını ve sorunların nedenlerini değerlendirirken, sosyal belirleyicilerin sağlığa olan etkisini göz önünde bulundurmanın önemini göstermektedir(30).

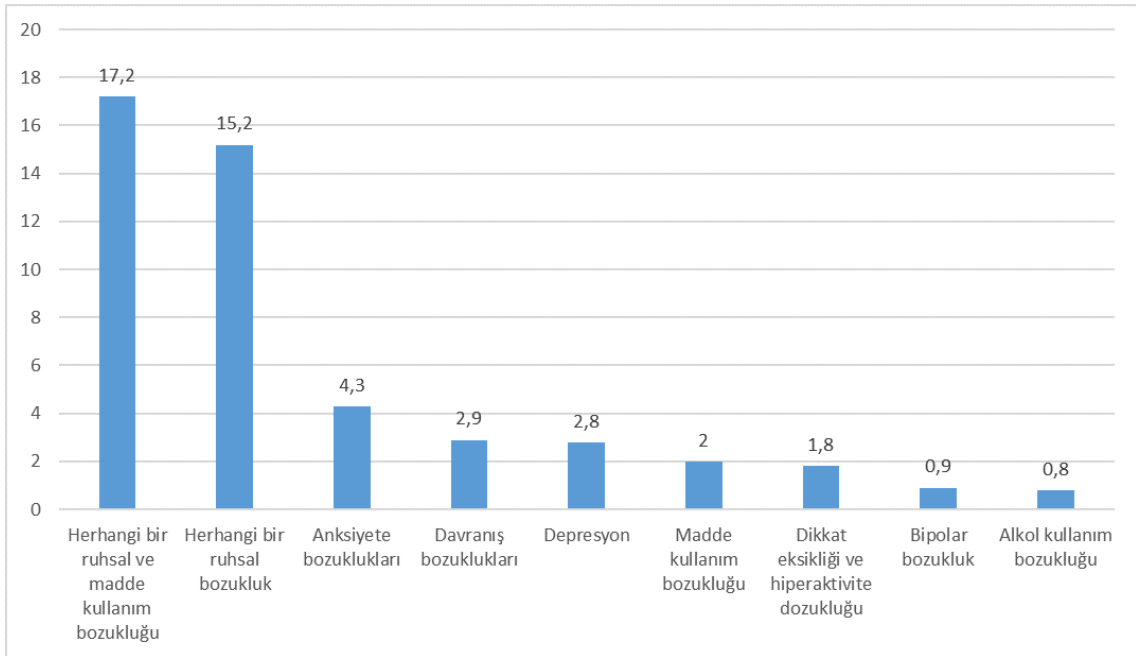
4.1.3. Ergenlerde Ruh Sağlığı

Dünya nüfusunun %15'ten fazlasını 10-19 yaş grubu oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, ergenlerin karşılaştığı en önemli sağlık sorunu olarak ruh sağlığı sorunlarını görmektedir (21). Ergenlerin %17'sinin en az bir ruhsal bozuklukla karşılaştığı bildirilmektedir. Ruhsal bozukluklar ve madde bağımlılığına atfedilen DALY, toplam hastalık yükünün yaklaşık altıda birini oluşturmaktadır(16). En fazla DALY'ye neden olan hastalıklar depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları olarak ortaya çıkmaktadır.

Dünya genelinde yaklaşık 182 milyon 10-19 yaş grubu birey, ruhsal bozukluklar veya madde ve alkol kullanım bozuklukları ile karşılaşmaktadır. Ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarının prevalansının %16 civarında olduğu tahmin edilmektedir. 15-19 yaş grubunda herhangi bir ruhsal hastalığa veya madde kullanım

bozukluğuna sahip olma oranı % 17,2 iken bu oran 10-14 yaş grubunda % 13,7 olarak hesaplanmıştır. 15-19 yaş grubunda anksiyete bozukluğu sıklığı % 4,3 iken 10-14 yaş grubunda %3,7, 15-19 yaş grubundan depresif bozukluğun sıklığı 2,8 iken 10-14 yaş grubunda 0,9 olarak bulunmuştur (Şekil 6).

10-19 yaş grubunda erkeklerde kadınlara göre daha fazla ruhsal bozukluk görülmektedir. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla ruhsal hastalık bulunma nedeni bu yaş grubunda dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve davranış bozukluklarının yaklaşık 3 kat daha fazla görülmesidir(16). Majör depresyon ve anksiyete bozukluğu ise kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (14).



Şekil 6. Ruhsal ve madde kullanım bozukluklarının prevalansları, 15-19 yaş grubu, Dünya, 2017

10-19 yaş grubunda ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozukluklarına atfedilen toplam 21,226,845 DALY hesaplanmıştır (16). Küresel hastalık yükünün toplam DALY'lerinin %16'sını ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları oluşturmaktadır. Bunlardan ilk üç sırayı %3,7 ile depresif bozukluklar, %3,1 ile anksiyete bozuklukları, %1,9 ile madde kullanım bozuklukları oluşturmaktadır (

Tablo 2).

Ergenlerin ruh sağlığını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlere birey, aile, okul, mahalle veya toplum düzeyinde yoksulluk, sosyal dışlanma, şiddet, akran reddi, tecrit ve aile desteği eksikliği sayılabilir. Ergenlik döneminde yaşanan duygusal dalgalanmaların, spontan şekilde özölmesinden ötürü yetişkin dönemde ruhsal bozukluklara neden olabildiği öne sürölmektedir. 25 yaşından önce, genellikle 11 ile 18 yaşları arasında başlamak üzere ortaya çıkan sorunların, genç yetişkinlerde yüksek oranda öncü ergen depresif ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (31).

Ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesi için, özellikle gelişimsel olarak hassas dönemler olan çocukluk ve ergenlik dönemlerinde gençlerin ruhsal sağlıkları üzerinde önemli bir etkiye sahip olan, sosyal ve çevresel belirleyicilerin düzeltilmesi hedeflenmelidir (5).

Tablo 2.Sık ruhsal hastalıkların DALY’lerinin sıralaması, 10-19 yaş grubu, Dünya, 2017

Neden	10-14 Yaş Grubu		15-19 Yaş Grubu	
	DALY(milyon)	%	DALY(milyon)	%
1. Depresif bozukluk	1,2	1,9	3,0	3,7
2. Anksiyete bozukluğu	2,1	3,5	2,5	3,1
3. Davranış bozuklukları	2,9	4,7	2,1	2,5
4. Madde kullanım bozukluğu	0,1*	0,1	1,5	1,9
5. Alkol kullanım bozukluğu	0,1*	0,1	0,5	0,6
6. Otizm spektrumu	0,4	0,7	0,4	0,5
7. Şizofreni	0,1**	0,1**	0,2	0,2
8. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	0,1	0,2	0,1	0,1

*Alkol ve madde kullanım bozukluğu 100 bin DALY’den daha az hesaplanmıştır.

** Şizofreni için 50 binden az DALY hesaplanmıştır.

4.1.4. Ruh Sağlığının Sosyal Belirleyicileri

Ruhsal sağlık, özellikle erken yaşam dönemi boyunca genetik, nörogelişimsel ve psikolojik süreçlerle etkileşime giren sosyal ve çevresel etkiler sonucu ortaya çıkmaktadır (24). Bu bağlamda ruh sağlığını belirleyen etmenleri sadece hastalıkların patofizyolojisinden yola çıkarak biyolojik faktörlerle sınırlandırmak yeterli bulunmamaktadır. Bireylerin ruh sağlığı düzeyini biyolojik faktörler ile birlikte birçok sosyal ve psikolojik faktörlerin belirlediğini savunan bu yaklaşım, biyopsikososyal model olarak tanımlanmıştır (5,32). Ancak son yıllara kadar yapılan çalışmalarda ruhsal bozuklukların daha çok biyolojik ve psikolojik yönleri üzerine yoğunlaşmıştır.

DSÖ'ye göre sađlđđın sosyal belirleyicileri, insanların doğdukları, büyüdükları, çalıştıkları, yaşadıkları ve yaşlandıkları koşullardır. Bu koşullar; küresel, ulusal ve yerel düzeylerde para, güç ve kaynakların dağılımı ile şekillenir (33). Ruhsal iyilik hali, kişilerin bulunduğu sosyoekonomik koşullardan ve içinde yaşadıkları geniş çevreden etkilenir (6). Olumsuz sosyoekonomik koşullara ve yaşam koşullarına maruz kalan bireyler daha savunmasız hale gelmektedir. Cinsiyetle ilişkili olumsuz türdeki sosyal, ekonomik ve çevresel koşullara daha fazla maruz kalma ve savunmasızlık, ruhsal bozukluklar açısından daha yüksek riske neden olmaktadır (34).

Patel ve arkadaşları, ruh sađlđđının sosyal belirleyicilerini beş temel alanda toparlamıştır. Ruh sađlđđının sosyal belirleyicilerini barındıran beş temel alan; demografik, ekonomik, mahalle, çevresel, sosyal ve kültürel olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 3). Ruh sađlđđını etkileyen bu alanlar toplumsal ve bireysel düzeyde etki göstermektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri direkt olarak bu belirleyicilerle ilişkili durumdadır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH), ruh sađlđđı gibi birçok kronik sağlık problemini önlemeyi sađlđđın sosyal belirleyicileri üzerinden küresel düzeyde ele alan bir plan olması sebebiyle büyük bir öneme sahiptir. Bu alanlardaki kazanımlar, ruhsal bozuklukların prevanslarında ve toplam hastalık yükü içerisinde ruhsal hastalıklara atfedilen yüklerde iyileşme potansiyeli taşımaktadır (5).

Ruh sađlđđının sosyal belirleyicilerini etkileyen olumsuz koşullar, düşük ruh sađlđđına ve ruhsal hastalıklar ortaya çıktığında kötü seyir ve sonuçlarına neden olmaktadır. Dezavantaj doğumdan önce başlar ve yaşam boyunca birikir. Birçok düzeyde sosyal belirleyicilerden etkilenme olumsuz sağlık davranışlarına neden olmaktadır (5,30).

Ruh sađlđđını etkileyen demografik değişkenlerden biri cinsiyettir. Cinsiyet eşitsizliği ruh sađlđđı için risk olarak kabul edilmektedir. Ergenlikten itibaren çeşitli yaş dönemlerinde kadın cinsiyet majör depresif bozukluk, anksiyete ve yeme bozuklukları bakımından risk altındadır (36). Erkek cinsiyet madde ve kullanım bozuklukları bakımından daha riskli grubu oluşturmaktadır (37). Erkek çocuklar ise davranış bozuklukları, otizm spektrumu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları ile erken başlangıçlı şizofreni bakımından risk altındadır (38).

Tablo 3. Küresel Ruh Sağlığının Sosyal Bileşenleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Değişken Türü	SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi	Bireysel Etkiler	Toplumsal Etkiler
Demografik	5	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Yaş Cinsiyet Etnik	Topluluk çeşitliliği Cinsiyet eşitliği
Ekonomik	1,2,8,9,10	Yoksulluğa SonAçlığa Son İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme Sanayi, Yenilikçilik ve Altyapı Eşitsizliklerin Azaltılması	Gıda güvencesizliği İstihdam Finansal baskı Borç Varlıklar	Ekonomik durgunluklar Gelir eşitsizliği
Mahalle	6,7,11,12	Temiz Su ve Sıhhi Koşullar Erişilebilir ve Temiz Enerji Sürdürülebilir Şehir ve Yaşam Alanları Sorumlu Tüketim ve Üretim	Emniyet ve güvenlik Konut yapısı Aşırı kalabalık Yeniden yaratma	Altyapı Mahalle yoksunluğu Yapılı çevre
Çevresel Olaylar	13,16	İklim Eylemi Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar	Travma Şiddet	Doğal afetler Endüstriyel felaketler Savaş ve çatışma İklim değişikliği Zorunlu göç
Sosyal ve Kültürel	4	Kaliteli Eğitim	Bireysel sosyal sermaye Sosyal Destek ve Katılım Eğitim	Toplumsal sosyal sermaye Sosyal istikrar Kültür

Kötü ekonomik koşullar kötü ruh sağlığı ile ilişkilidir (5). Fırsat eşitsizliğine maruz kalan gruplar yaygın ruhsal bozukluklar açısından artmış risk altındadır. Eşitsizlik ne kadar yüksekse ruhsal hastalığın oluşum riskindeki eşitsizlik de o kadar yüksek olmaktadır (34). Yoksulluğun, yetişkinlerde düşük gelirli, orta gelirli ve yüksek

gelirli ülkelerde depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal bozuklukların prevalanslarındaki artışla ilişkili olduğu bildirilmektedir (39). Özellikle kadınlarda, ergenlerde ve kronik hastalıkları olanlarda bu ilişki daha kuvvetlenmektedir. Kötü ekonomik koşullar nörogelişimsel süreci etkilemektedir. Buna bağlı olarak sosyal statü, doğumdan itibaren çocukluk dönemi ve tüm yaşam süresi boyunca dışlanma ve özgüveni etkilediğinden yetişkinlik dönemlerinde bireylerin ruh sağlığını da etkilemektedir (40). Yoksulluk, şiddet, taciz ve gıda güvensizliği gibi birçok değişken yaygın ruhsal bozuklukların artması ile ilişkilendirilmektedir (5,35,41). Sosyoekonomik düzey ve ailelerin gelir düzeyi ile çocuklardaki sosyo-duygusal sorunların ters orantılı olduğu gösterilmiştir (42).

Etnisite, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında deomgrafik değişken olarak kabul edilmektedir. Etnisiteye bağlı olarak birçok farklı ruhsal bozukluk ortaya çıkabilmektedir. Özellikle ergenlerde etnik durum ve ayrımcılık deneyimi depresyon ile ilişkilendirilmiştir (43).

Ruh sağlığı bakımından olumsuz çevre koşulları önemli bir risk faktörüdür. Çevre değerlendirilirken konut güvenliği, kalabalık ve bina koşulları yönünden bireylerin yakın çevresini oluşturan semt ve bölgesi, temiz su, sanitasyon ve bireylerin yaşadıkları çevresel olaylar (doğal afetler, endüstriyel felaketler, savaş, iklim değişiklikleri, zorunlu göçler) ele alınmaktadır (5,44). Savaş ya da çatışmaya maruz kalan insanlar yaşadıkları olumsuz şiddet olayları nedeniyle risk altındadırlar. Bununla birlikte yerinden edilenler göç sonrası hızlı sosyal değişim sebebiyle kötü ruh sağlığı açısından risk altındadırlar. Özellikle savaş ve zorunlu göç sırasında yaşanan ruhsal bozuklukların kuşaklar arası aktarımı söz konusu olabilmektedir (5). Çalışmalarda, savaş gibi olumsuz çevresel olaylara maruz kalmanın başta posttravmatik stres bozukluğu ve depresyon olmak üzere birçok olumsuz sağlık sonuçları doğurduğu bildirilmiştir (45).

Bireylerin yakın çevresi ruh sağlığını, bireysel düzeydeki sosyoekonomik sıkıntı belirteçlerinden bağımsız olarak etkilemektedir. Gıda güvensizliğinin, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (39). Kentsel yoksulluk, şiddete ve uyuşturucuya maruz kalma ve kalabalık şehirlerin kenar mahallelerinde yaşanan aşağılayıcı deneyim, anksiyete, duygudurum bozuklukları

prevalansını arttırdığı bildirilmiştir (46). Stresli çalışma koşulları, sağlıksız yaşam tarzı, fiziksel sağlık ve insan hakları ihlalleriyle de kötü ruh sağlığı ilişkilidir (43).

Sosyal ve kültürel alan; sosyal sermaye, kültür, sosyal destek ve eğitimden oluşmaktadır. Sosyal dışlanma ruhsal hastalıklarla ilişkilidir (47). Bunun yanında bireysel ve bilişsel ekolojik sosyal sermaye, yaygın ruhsal bozuklukların prevalansının azalması ile ilişkilendirilmiştir (48). Göç eden bireylerde, kültürel normların ve sosyal destek sistemlerinin kaybı, yeni bir kültüre uyum süreci, kimlik ve benlik kavramındaki değişikliklerin neden olduğu stres olumsuz ruh sağlığı sonuçlarını ortaya çıkarabilmektedir (49).

Yaşamın erken dönemlerinde maruz kalınan kötü ebeveyn muamelesi, çocuk istismarı ve ihmal kötü ruh sağlığıyla ilişkilendirilmektedir (50). Paylaşılan aile ortamının; çocuk davranış sorunları, anksiyete, depresyon ve madde kullanım bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların gelişimi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (51). Kaliteli eğitime erişimin iyileştirilmesi ruh sağlığının birçok sosyal belirleyicisini etkilemektedir. Bu; hem istihdamda artma, gelir eşitsizliği ve cinsiyet eşitsizliğinde azalma yoluyla hem de anne eğitiminin artırılması yoluyla gerçekleşmektedir (5). Bunun yanında ergenlik döneminde ortaya çıkan ruhsal hastalıklar ve eğitimsel başarısızlık, okuldan erken ayrılma ile sonuçlanan bir etkileşime girmektedir (52). Ebeveynlerdeki depresyon ve anksiyete çocuklarda ruhsal bozukluk riskini arttırırken ebeveyn boşanmalarında, özellikle ayrılık süreçlerinde ebeveynler arasında çatışma olup olmaması ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır. Çocuklardaki istismar deneyimi ise çocuklukta yaşanıp erişkinlikte ruhsal bozukluklara neden olan en ciddi sebep olarak gösterilmektedir (53).

Ruhsal bir bozukluğu olan kişilerin; engellilik ve erken ölüm ihtimalinin artması, damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma, sosyal dışlanma ve yoksullaşma dahil olmak üzere riskleri ve savunmasızlıkları vardır (6). Buna karşılık ruh sağlığının sosyal belirleyicileri arasında kronik hastalıklarla ilişkili olduğu bilinen faktörlere yer verilmektedir (54). Yoksulluk içinde yaşayan hane halkı ve kronik sağlık koşullarına sahip insanlar ruhsal sağlık sorunları yaşamaya özellikle hassas olabilmektedir ve bu kısır bir döngü halini alabilmektedir (6,34).

Sosyal ve çevresel faktörler, bağımsız ve birleşik etkilerinin yanı sıra, gen-çevre etkileşimleri ve epigenetik mekanizmalar yoluyla sağlık ve hastalığın genetik

belirleyicilerini etkileyebilmektedir. Bu faktörler aynı zamanda epigenetik mekanizmaları etkileyerek psikososyal, fizyolojik, davranışsal sorunlara ve sosyal ilişki sorunlarına neden olmaktadır (55). Bunların bileşimi ruhsal bozukluk meydana gelme riskinin ve ölüm oranının artmasına yol açmaktadır (56). Biyopsikososyal model bireysel hasta anlayışını şekillendirirken, sosyal belirleyiciler modeli toplum ve popülasyon düzeyinde risk anlayışı hakkında bilgi oluşturmaktadır (49).

Sağlığın sosyal belirleyicileri sağlık eşitsizliklerinin çoğunluğundan sorumludur. (29). Ruh sağlığını etkileyen bir çok belirleyici, ruhsal bozukluklara neden olan risk faktörlerinin ve ruhsal bozuklukların artışından sorumludur. Bir kişinin ruhsal sağlığı ve birçok yaygın ruhsal bozukluk, yaşamın farklı aşamalarında faaliyet gösteren sosyal, ekonomik ve fiziksel ortam tarafından şekillendirilebilir. Ruhsal bozuklukları önleyen ve ruhsal sağlığı geliştiren eylemler, dünya nüfusunun ruh sağlığını geliştirme ve sağlık eşitsizliklerini azaltma çabalarının önemli bir parçasıdır. Yalnızca yüksek gelir seviyeli ülkelerde değil, düşük ve orta gelir seviyeli ülkelerde de kalkınmanın her aşamasında etkili eylemlerin başarıyla uygulanabileceğini gösteren kanıtlar mevcuttur (34).

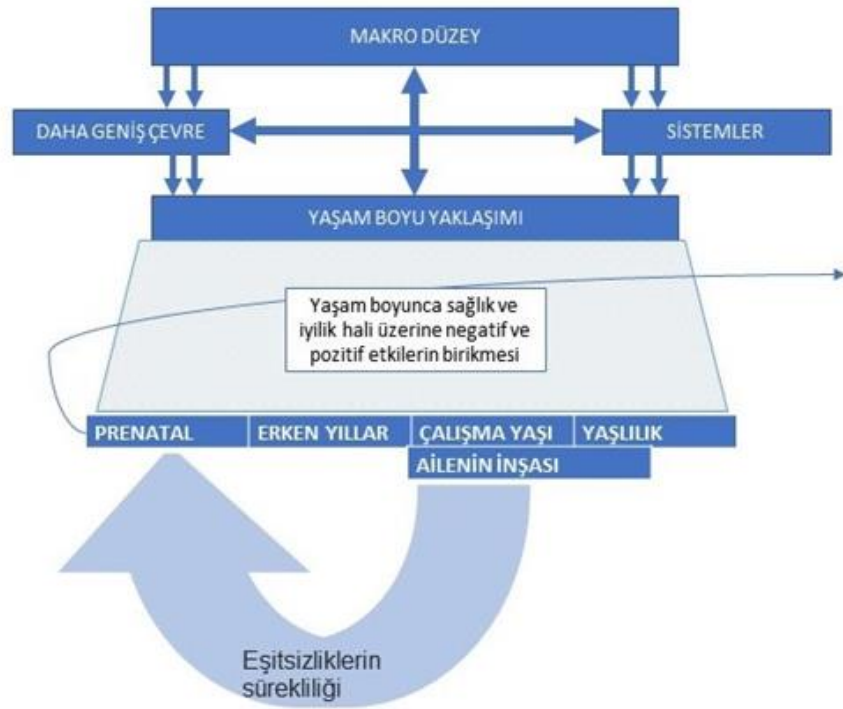
4.1.5. Ruh Sağlığını Geliştirme

Sağlığı şekillendiren sosyoekonomik, politik, çevresel ve kültürel faktörler sağlığın sosyal belirleyicileri olarak bilinmektedir. Toplumsal düzeyde bu faktörlerdeki olumsuzluklar, bireylerin sağlıklarına zarar veren koşullara maruz kalmalarına neden olmaktadır. Maruziyet miktarı toplumda sosyoekonomik durum, etnik köken, cinsiyet gibi diğer faktörlere göre eşit olmayan bir şekilde dağılmaktadır. Bu maruziyetin etkileri hamilelikte, erken yaştaki gelişimde, eğitim deneyiminde, üreme çağında, sosyal ilişki kurmada, çalışma çağında, işgücü piyasası ile üretime katkıda ve daha sonraki yıllarda kümülatif olarak birikmektedir. Bunların bütünü ise fiziksel ve ruhsal sağlık eşitsizlikleri ile sonuçlanmaktadır. Eşitsizliklerle sonuçlanan bu durumların düzeltilmesi, ruhsal sağlığı geliştirmek için mücadeleyi gerektirmektedir. DSÖ, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması stratejileri için dört ana tema belirlemiştir. Bunlar, yaşam boyu yaklaşımı, daha geniş çevre, makro düzey bağlamı ve sistemlerdir (Şekil 7).

Sosyal belirleyiciler farklı yaş, cinsiyet ve yaşam evrelerindeki bireyleri belirli şekillerde etkilemektedir. Etkilerin birçoğu nesiller boyunca ebeveynlerden çocuklara geçmektedir. Yaşam boyu yaklaşımında bu eşitsizliklerin azaltılması için farklı dönemdeki müdahalelerin önemi vurgulanmaktadır. Bu yaklaşım, sosyal belirleyicilerin

yaşam boyunca farklı deneyimlerini ve etkilerini dikkate almakta ve bu kritik dönemlere yönelik eylem önerileri sunmaktadır (50).

En yüksek öncelik, her çocuğun iyi bir başlangıç yapmasını sağlamaktır. Bu durum kadınlar, anneler ve genç aileler için asgari olarak yeterli sosyal ve sağlık korumasını, evrensel, yüksek kaliteli, uygun fiyatlı erken eğitimi ve çocuk bakım sistemlerine yönelik iyileştirmeleri gerektirmektedir. Erken çocukluk döneminde iyi bir başlangıçtan faydalanamayan yetişkin bireyler arasında sağlık eşitliği elde etmek için yetişkin dönemdeki müdahaleler önemli hale gelmektedir. Müdahaleler özellikle işyeri stresini azaltmaya, aktif işgücü piyasası programları yoluyla uzun vadeli işsizliği azaltmaya ve yaşlılarda sosyal izolasyonun nedenlerini ele almaya odaklanmalıdır (57).



Kaynak: Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report | Çeviri: Dr. Şeyma Arslan

Şekil 7. Sağlıkta eşitsizliklerle başa çıkmada yaşam boyu yaklaşımı

Sosyal koruma, sağlıklı nüfusun ve sağlıkta hakkaniyetin kilit belirleyicisidir(58). Toplumsal düzeyde daha fazla sağlık hakkaniyeti elde etmek için etkili eylemler, toplumsal uyum ve sorumluluk bilinci taşıyan ve sosyal korumanın ihtiyaca göre uygun şekilde dağıtımını sağlayan müdahalelerdir. Halihazırda bulunan

kaynakların, sosyal dışlanmaya maruz kalanların sosyal belirleyicilerine yönelik, ihtiyaç orantılı dağıtımı önerilmektedir (57).

Sağlığı geliştirme uygulamalarında yerel düzeyde uyumu arttırmak için paydaşların destekleri önem taşımaktadır (58). Eşitsizlik ve dışlayıcı süreçlerden etkilenenler ile sivil toplum kuruluşları ve diğer ortaklar arasında yerel düzeydeki etkileşimi teşvik eden bir bütün toplum yaklaşımı gerekmektedir (57). Bu yaklaşımın merkezinde eşitsizliğe maruz kalan savunmasız grupların yaşamlarını etkileyen kararlarda söz veren ve sağlık hakkı da dahil olmak üzere temel insan haklarını tanıyarak güçlendirenler yer almaktadır (59).

Sağlık ve sosyal belirleyicilerindeki iyileştirmeler için, dağıtım sistemlerinde bir bütün devlet ve bütün toplum yaklaşımı benimsenmesi tavsiye edilmektedir (57). Sağlık sisteminin ne yaptığı, daha iyi sağlık ve daha fazla eşitlik elde etmek için diğerlerini nasıl etkilediği anlaşılması için hükümetlerin sürece liderlik etmesi önem taşımaktadır. Hükümetlerin, sağlık hizmetlerine evrensel erişim, daha sağlıklı toplum, daha az savunmasız grup gibi öncelikli hedefleri olmalıdır (58).

Makro düzey bağlam, ekonomik ve sosyal güçler, çevresel faktörler, insanların yaşamlarının yaşandığı, sistemlerin ve kurumların faaliyet gösterdiği daha geniş bir çerçevede değerlendirmeyi sağlar. Özellikle ülkelerin içinde bulundukları ekonomik durgunluk ve göç baskıları, devam eden küresel mali krizler sağlık eşitsizliklerini arttıran politikaların uygulanmasına neden olmaktadır. Bu politikalar oluşturulurken sağlık eşitsizliklerinin ekonomik etkisi, sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltmanın potansiyel faydaları ve sağlıkta eşitsizlik bağlamında sürdürülebilir kalkınma planları yeniden değerlendirilmelidir (57).

DSÖ Mental Health Action Plan’da ruh sağlığını geliştirmek ve ruh sağlığını korumak için, damgalamayı ve insan hakları ihallerini azaltıcı, multisektörel ve evrensel müdahaleleri önermektedir (60). DSÖ ruhsal sağlığını geliştirmek için sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik bireysel, toplumsal, yerel ve ulusal düzeyde müdahaleleri önermiştir. Bu kapsamda ruhsal bozukluk riskini azaltmak için müdahale etme fırsatları sunan, ruhsal sağlığın belirleyicilerini içeren beş alan belirlenmiştir. Bunlar (34);

Yaşam boyu yaklaşımı,

Ebeveynler, aileler ve haneler

Toplum

Yerel hizmetler

Ülke düzeyinde faktörlerdir.

Bunlardan ilki sağıktaki eşitsizlere yönelik ortaya çıkan temalar ile ortak bir tema olan yaşam boyu yaklaşımıdır. Yaşam boyu yaklaşımı tıpkı sağıkta eşitsizlikler gibi ruh sağığının sosyal belirleyicilerine yönelik her yaşa özgü müdahalelerin gerekliliğı ve önemini tanımlamaktadır. Yaşam boyu sürececek bir yaklaşım benimsemek; hamilelikte madde kullanımından, bebeklik dönemindeki güvensiz bağlanmaya veya çocuklukta aile içi şiddete kadar, yaşamın biçimlendirici aşamalarında riskin nasıl ortaya çıktığına dair yol gösterici olmaktadır (34).

Prenatal dönemden itibaren erken çocukluk, ergenlik dönemleri, iş yaşamı, aile inşası ve yaşlılık dönemlerinde yaşanan deneyimlerin farklı etkileri vardır. Bu etkilere maruz kalmak bağışıklık sistemi, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi gibi sistemlerle ilgili fiziksel hastalıkların yanında ruhsal işlev bozukluklarına da neden olmaktadır. Hayatın ilk yıllarına odaklanılırsa, çoğı önleyici stratejilerin başarı olasılıklarını artıracığına dair kanıtlar mevcuttur (35,56).

Ebeveynlik davranışları ve tutumları, ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal sağığı, hamilelik ve anne bakımı, maddi koşullar, kaynaklara erişim, gıda ve beslenme, su, sanitasyon, barınma, istihdam koşulları ve işsizlik ve sosyal destek bireylerin ruh sağığını yakından etkileyen sosyal belirleyicileri oluşturmaktadır (42). Ebeveyn ruh sağığı çocuklar için önemli bir rol oynamaktadır. Yaşamın ilk yıllarındaki eşitsizlikler, aile-ebeveyn desteğı ve eğitimi yoluyla düzeltilebilmektedir (57). Kısa bir davranışsal ebeveyn eğitimi müdahalesinin sağık hizmetlerine entegrasyonu, ebeveynlerin bildirdiğı uygulamalarda iyileşme ve çocuk istismarını azaltmayı başarabilmiştir (56).

Ergen sağığına çok düşük düzeyde yatırım yapmanın sonucu olarak, ruhsal bozukluklarla erken yaşta karşılaşmanın ve yaşam boyunca üretkenliğıin kaybının 2010-2030 yılları arasında küresel ekonomide 16 trilyon dolarlık maddi kayba neden olacağı beklenmektedir (5). Çocuk ruh sağığına yapılan erken müdahaleler eğitim ve başarılı bireylerin, sağıklı yetişkinlerin oluşması sebebiyle, getirileri yüksek yatırımlar olduğu düşünülmektedir (61). Erken yaşlardaki düşük tedavi oranı; tedavi edilmeyen bireylerin eğitiminin erken sonlanmasına, kişilerarası ve aile ilişkilerinde kötü deneyim edinme

olasılıklarının daha yüksek olmasına ve yaşam beklentilerinin daha düşük olmasına dolayısıyla hastalık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (62).

Yüksek gelirli ülkeler ruhsal hastalıklara kişi başına yılda 80 dolar harcarken, bu harcamaların yaklaşık yarısı hastanelerde gerçekleşmektedir (63). Düşük gelirli ülkelerde ise ruhsal hastalıkları önlemeye yönelik kişi başına yapılan harcama yılda 2 dolar civarındadır. Ruhsal hastalıkların toplam maliyeti Avrupa'da yıllık 240 milyar euro, ABD'de ise 2002-2003 yılları arasında 300 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Ruh sağlığı hizmetleri için önerilen ruhsal sağlık müdahale paketlerinin ise düşük gelir seviyeli ülkelerde kişi başına 3-4 dolar; Sahra Altı Afrika ve Güney Asya gibi düşük gelir seviyeli bölgeler ve orta gelir seviyeli bölgelerde 7-9 dolar maliyetle uygulanabileceği tahmin edilmektedir (64,65).

Toplumsal ruh sağlığına yapılan sınırlı yatırımlar sadece ruhsal bozukluğu olan kişilerin sağlığını ve refahını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda işyerinde azalan üretkenlik, işgücüne katılım oranlarının azalması gibi sonuçları doğurur. Ruhsal hastalıkların tedavi paketlerinin genişletilmesinin yatırım getirilerinin, bire üç ile bire beş arasında olduğu tahmin edilmektedir (66). Bu oran ruhsal hastalıkları önlemeye yönelik yatırımlarda ise bire on beşe kadar yükselebilmektedir (67). Bu bağlamda kanıta dayalı, maliyet etkin ruh sağlığı müdahaleleri ile toplum ruh sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi ülkeler için aynı zamanda ekonomik getirileri açısından da gereklidir. Bu amaçla yapılması gerekenler; müdahale edilecek öncelikli ihtiyaçları belirlemek, sağlık risk faktörlerine toplum tarafından kabul edilebilir, sürdürülebilir müdahaleler planlamak ve uygulamak, müdahale programlarını mevcut sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere entegre ederek müdahalelerin teşvik, izlem ve tabikini sağlamaktır (56).

Ruh sağlığı geliştirme, ruhsal iyilik halini iyileştiren eylemleri içermektedir. Ruh sağlığını destekleyen, sosyoekonomik ve kültürel temel haklara saygı duyan ve koruyan bir çevre, iyi ruh sağlığının elde edilmesi için esas teşkil etmektedir. Ruh sağlığının teşviki, hükümet ve hükümet dışı politikalara ve programlara yayılmalı; sağlık sektörüne ek olarak eğitim, iş gücü, adalet, ulaştırma, çevre, konut ve refah konuları ile ilişkili diğer sektörler ruh sağlığını geliştirme sürecine dahil edilmelidir (47). Sağlıkta eşitsizliklerin nedenlerine yönelik stratejiler geliştirilirken, bu eşitsizliklere yol açacak nedenleri ele alma ve kanıta dayalı stratejiler geliştirme bu konuda temel ilkeleri oluşturmalıdır. Bu amaçla kanıtların sürekli izlemi, politikaların bunlara göre

adaptasyonu, uygulanan politikaların etkilerinin değerlendirilmesi ve uygulanabilirliğinin denetlenmesi gerekmektedir (60).

4.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı “bireylerin, uygun sağlık kararları almak için gerekli temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etmek, işlemek ve anlamak için gerekli olan kapasitesini” anlatmaktadır (68). DSÖ’ye göre sağlık okuryazarlığı kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişi ve toplum sağlığını iyileştirmek için ulaşılmaması gereken bilgi, kişisel beceri ve güven seviyesidir. İnsanların sağlık bilgilerine erişimini ve bunları etkin bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirerek, sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık düzeylerine bağlıdır. Kötü okuryazarlık; kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlandırarak ve sağlık okuryazarlığının gelişimini engelleyerek insanların sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir (69).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması; yüksek mortalite oranları, artmış hastane yatışı, acil hizmetlerin kullanım artışı, artmış sağlık maliyetleri gibi sonuçlar doğurmaktadır (70,71). Bunun yanında sağlık okuryazarlığı müdahaleleri sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında mühim bir araçtır (72).

Ruh sağlığı okuryazarlığı 1997 yılında Jorm ve arkadaşları tarafından literatüre katılmış bir terim olup “ruhsal bozuklukların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar” olarak tanımlanmıştır (73). Bu tanımlamadaki ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı zamanla geliştirilip ,

- ✓ Ruhsal bozuklukları ve psikolojik stres durumlarını doğru tanımayı,
- ✓ Ruhsal bozuklukların nasıl önleneceği ve iyi ruh sağlığı kavramı hakkında bilgiyi,
- ✓ Ruhsal bozuklukların nedenleri ve risk faktörleri hakkında bilgi ve inancı,
- ✓ Profesyonel yardım ile ilgili bilgi ve inancı,
- ✓ Uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumu,
- ✓ Ruhsal hastalıklara karşı damgalamanın azaltılmasını kapsadığı belirtilmiştir (74,77).

Sağlık okuryazarlığı gibi ruh sağlığı okuryazarlığı da ruh sağlığının belirleyicisidir. Ruh sağlığı okur yazarlığının düşük olması ruhsal stres durumları ile başa çıkma bilgisi olan iyi ruh sağlığı bilgisinin yetersizliğine, ruhsal bozukluk durumlarında tanı gecikmesine, ruhsal hastalıklara yönelik uygun yardım arama davranışının ertelenmesine ve dolayısıyla tedavinin gecikmesine, tedavi sürecindeki hastalar için ise tedavide uyumsuzluklara yol açmaktadır. Ancak ruhsal hastalıklarla ilgili tanı ve hastalıkların tedavisi konusunda yapılması gerekenlerin bilgisi, fiziksel hastalık bilgileri kadar net değildir (75). Özellikle ergen ruh sağlığı okuryazarlığı, yetişkinlikte tanı konulan ruhsal bozuklukların büyük çoğunluğunun ergenlik çağına başlaması, bu dönemde yapılacak müdahalelerinin sağlık çıktılarının yetişkinlik döneminde ortaya çıkması nedeniyle önem teşkil etmektedir (5,77).

4.2.1 Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Bileşenleri

Günümüzde ruh sağlığı okuryazarlığı tanımı, ruhsal hastalıkları tanıma ve hastalıkların tedavi bilgisinden daha geniş anlamda ruh sağlığına faydalı olabilecek bilgileri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı bileşenleri, ruh sağlığı okuryazarlığını değerlendirmede, ruh sağlığı okuryazarlığı çalışmalarını belirlemede ihtiyaçları belirleme noktasında yol gösterici olmaktadır.

Bu çerçevede ruh sağlığı okuryazarlığının bileşenleri;

İyi ruh sağlığının nasıl elde edileceği, ruhsal bozukluklara yönelik tutumlar, ruhsal bozuklukları tanıma ve bozuklukların tedavi bilgisi,

Yardım arama etkinliğinin artırılması,

Ruhsal bozukluklara yönelik damgalamanın azaltılması olarak sıralanmaktadır (77,78).

4.2.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Tanı Bilgisi

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 (79–81). 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 (82). 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 (83).

Sosyoekonomik düzeyin düşüşü ile ruhsal hastalıkların tanınmasının olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir (84). 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 (85). 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 okur yazarlığı düzeylerinde ve yardım arama seçeneklerinin bilgisine sahip olmada daha başarılı bulunmuş, ayrıca tedavi alma konusunda da daha istekli bulunmuştur (86,87). 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 hastalık olarak tanımlandığı tespit edilmiştir (88).

4.2.1.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Yardım Arama Davranışı

Ruh sağlığı okuryazarlığının ilişkili alan bileşenlerinin bir diğer parametresi ise yardım arama davranışlarıdır. Yardım arama süreci bireyin stres faktörü veya ruhsal bozukluk için risk oluşturabilecek durumla ilk karşılaşma anından itibaren başlamaktadır. Sorunla ilk karşılaşan birey için sorunla başa çıkma ve üstesinden gelme aşamasındadır (89). Bu aşamada birey sorunu kendi kendine çözmeyi deneyebilmekte ya da başkalarından yardım aramayı tercih edebilmektedir (90). Ruhsal bozuklukların tanısının konulabilmesi için ilk adım bireyin yardım aramayı kabul etmesidir. Bireylerin yardım arama süreci ise dört aşamada gerçekleşmektedir (87): İlk aşamada birey, sorun yaşadığı durumla ilgili belirtilerin farkına varır ve yardıma ihtiyacı olduğunu fark

etmektedir. İkinci aşamada birey yardıma ihtiyacı olduğunu ifade etmektedir. Üçüncü aşama uygun yardım kaynaklarını bulup, alacağı yardıma karar verme aşamasıdır. Son aşama ise yardım alacağı kaynağa durumunu nasıl ifade edeceğine karar verdiği aşamadır. Bu aşamaların her biri bireylerin yardım arama davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Kendi kendine sorununu çözemeyeceğine karar veren bireyin profesyonel birinden yardım almayı tercih etmesi bu süreçlerin her birinden etkilenebilmektedir (91).

Psikolojik yardım arama davranışını etkileyen tutumlar, olumlu ve olumsuz tutum olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Psikolojik yardım aramaya yönelik olumsuz tutumların nedenleri; sorunu kendi başına çözmeye çalışmak, yardım almaya ve tedavi ihtiyacına olan düşük ihtiyaç algısı, düşük ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı hizmetlerinin mali yükü gibi finansal faktörler, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım zorluğu, tedavi etkililiğinin yetersiz olduğuna dair inançlar, ruhsal hastalıklarına karşı olumsuz tutumlar ve damgalama ile kültürel faktörler olarak belirtilmiştir (92,93). Bunun yanında erkek cinsiyetin düşük yardım arama davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (87). Gençlerde psikolojik yardım aramayla ilgili olumsuz tutumların temel nedenleri damgalama ve utanma, düşük ruh sağlığı okuryazarlığı ve sıkıntılarla başa çıkabileceğine dair kişilerin kendilerine duydukları güven eksikliği olarak ortaya konulmuştur. Gençlerde psikolojik yardım almayı kolaylaştıracı faktörler ise sosyal destek, başkalarından yardım arama ile olumlu geçmiş deneyimler, yardım sunucuya olan güven ve gizlilik olarak sıralanmaktadır (94). Ruhsal hastalıklara ve tedavi inançlarına dair çalışmaların derlemesine göre; yardım arama davranışlarının ülkeden ülkeye, değişen sağlık sistemine göre farklılık göstermesine rağmen, uygun profesyonel yardım olarak depresyon durumunda genel pratisyen hekimler, şizofreni durumunda psikiyatri hekimleri tercih edilmektedir (88).

4.2.1.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama

Ruh sağlığı okuryazarlığını etkileyen önemli bileşenlerden biri damgalamadır. Damgalama hem bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve yardım arama tutumlarını etkileyerek tanı ve tedavi gecikmelerine neden olmakta hem de toplumsal düzeydeki etkileriyle toplumun ruh sağlığı düzeyine etkide bulunmaktadır. Damgalama kavram olarak bir kişinin ya da grubun, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi, diğer bireylerden farklılık gösteren özelliklerine dayanarak uçlayıcı,

kurban edici yaklaşım ve tutum ile değerlendirilmesi olarak tanımlanmıştır (84,95). Damgalama kavramına ait birçok sınıflama bulunmaktadır. Sağlık durumları ile ilişkili olan birçok damgalama tipi sıralanmaktadır. Bunların başında; algılanan damgalama, içselleştirilmiş damgalama, kişisel damgalama, kurumsal damgalama tipleri sayılabilmektedir (93,96). Algılanan damgalama; kişilerin algıladığı damgalamadır. Kişi diğer insanların kendisine olumsuz ve damgalayıcı baktığına inanmaktadır (97). Katılımcıların genel olarak ruhsal hastalığı olan kişilerin toplumda damgalandığına dair inançları vardır (98). Kişisel damgalama, farklı özellikler ile ilgili kişiler tarafından yapılan damgalamadır. Toplum damgası veya sosyal damgalama, toplumun belirli bir gruba karşı, belirli bir özellik nedeniyle varsayımlar temelindeki önyargılarını kapsamaktadır (99). Algılanan damgalama ve kişisel damgalama sosyal damgalamanın iki tipini oluşturmaktadır (93).

Kendini damgalama diğer adıyla içselleştirilmiş damgalama; kişilerin kendileri ile ilgili damgalayıcı tutumlarını belirtir. Diğer insanların yönelttiği fikirlerin, kişinin kendi dünyasındaki duygu ve düşüncelerini etkileyerek bir kabul oluşturmaktır (95). Kurumsal damgalama ise kamusal alanda yaşanan damgalama türüdür. Bireylerin özelliklerinden dolayı gündelik işlerde, hastanede, kamu kurumlarında damgalamaya maruz bırakılmasını ifade etmektedir (96).

Algılanan damgalama ve kendini damgalama, tanı ve tedavi için yardım arama tutumunu ve kişilerin özgüvenini olumsuz etkileyebilmekte, yardım arama davranışının ertelenmesine yol açarak tedavi uyumunu bozabilmektedir (98,100). Ülkemizde ruhsal hastalıklar hakkında toplum tutumlarına yönelik yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyin düşük olması, kırsal kesimde yaşıyor olmak; üniversite öğrencilerinin tutumlarına yönelik yapılan araştırmada ise ruhsal hastalıkları olan bireylerle karşılaşmamış olmak, daha önce ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi almamış olmak olumsuz tutum ile ilişkili bulunmuştur (101,102). Ruhsal hastalıkları olan bireylerin kendi kendini damgalamalarına yönelik yapılan ülkemizdeki çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin yaklaşık olarak yarısı kendini yetersiz hissetmektedir. Çalışmalarda ruhsal hastalıkların şiddeti arttıkça ve kontrole düzenli gelmeyen, ilaçlarını düzenli içmeyen, eğitim ve gelir seviyesi düşük, kadın hastalarda kendini damgalamanın daha fazla olduğu tespit edilmiştir (103).

Artmış ruh sağlığı okuryazarlığı bilgisi ile azalan damgalama, ruhsal bozukluklara erken tanı konabilmesinin bir bileşeni olarak gösterilmektedir (94). Ruh sağlığı okuryazarlığı özellikle genç yaş grubu başta olmak üzere halk sağlığı müdahalelerine uygun bir alandır. Bu bağlamda ruh sağlığını geliştirme çabalarında ilk adım olarak değerlendirilmelidir.

4.2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyleri Ölçüm Yöntemleri

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini ölçmek için çeşitli ölçüm yöntemleri bulunmaktadır. Bunların bir kısmı ruh sağlığı okuryazarlığının bileşenlerini ayrı ayrı değerlendirmektedir. Daha çok tanı ve tedavi bilgisinin sorulduğu bazı ölçekler, depresyon, şizofreni, anksiyete bozukluğu gibi toplumda ruhsal bozuklukların neden olduğu hastalık yüklerine yönelik olup, sadece bu hastalıklara yönelik katılımcıların bilgileri sorgulanmaktadır (104–106). Bazı ölçekler ise hastalıklara özel olacak şekilde çeşitli damgalama tiplerini değerlendiren çalışmalar referans alınarak oluşturulmuştur (107,108). Yardım arama davranışını sorgulayan çalışmalarda ise daha çok genel yardım arama bilgisi sorulmuştur (78).

Genel ruh sağlığı okuryazarlığı bilgilerini sorgulayan çalışmalarda en fazla kullanılan yöntem Jorm ve arkadaşları tarafından geliştirilen, daha sonra çeşitli versiyonlarının uygulandığı Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ) olmuştur. Bu anket çalışmasının ilk versiyonunda çeşitli senaryolara yönelik katılımcıların tanı ve tedavi bilgileri sorgulanmıştır (73). Daha sonraki çeşitli çalışmalarda ise ergenlikten itibaren çeşitli yaş gruplarında uygulanabilen ankette, sağlık çalışanları dahil olmak üzere çeşitli meslek çalışanlarına yardım arama bilgisi, ruhsal hastalıkları olan bireylerle karşılaşma durumları, ruhsal hastalık yaşama durumları, ilk yardım arama strajeleri, yardım aramaya ilişkin algılanan engeller ve damgalama eğilimlerine yönelik sorular yer almıştır (109–113). Bu anketi uygulayan çeşitli çalışmalarda skorum sistemi geliştirilmeye çalışılsa da, bireylere yönelik puanlamalarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapıldığı bir skorumanın olmayışı bu anketin dezavantajı olarak görülmektedir (111,114).

Ruh sağlığı okuryazarlığını ölçmek için ölçek geliştirme çalışmaları son yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. Bunların sonucunda genel ruh sağlığı okuryazarlığını ölçen, 18 ve üstü yaş grubuna yönelik bazı ölçekler geliştirilmiştir. Son yıllarda geliştirilen ölçeklerden bazıları şunlardır: Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test,

Mental Health Literacy ölçeği, Mental Health Literacy Scale. (114–116). Bunlardan Mental Health Literacy Scale ile Mental Health Literacy ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Bunun dışında Positive Mental Health Literacy 14-18 yaş grubuna uygulanan bir ölçektir (76).

Compton ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilen Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test şizofreni/psikoz, depresyon, bipolar bozukluk/mani, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları, gelişimsel yetersizlikler, intihar, çocuk/ergen psikiyatrik bozukluklar, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ve alzheimer hastalığı/demans alanlarına ilişkin bilgi sorularını yoğun bir şekilde barındıran bir testtir. Bu test ruh sağlığı eğitimi alan polis memurlarının aldıkları eğitimleri değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Ruhsal hastalıkların tedavisi, prognozu ile ilgili yoğun bilgi ihtiyacı olan bakım sağlayıcılara yönelik müdahalelerde kullanımı önerilmiştir. 33 maddeden oluşan ölçekte hastalık, neden, risk, semptom, tedavi ve ruh sağlığı hizmetleri bilgilerini sorgulayan sorular çoktan seçmeli test sorusu olarak yer almaktadır. İç tutarlılık cronbach α değerleri 0,68-0,75 arasında bulunmuş olup, tekrar test güvenirliği 0,79 hesaplanmıştır (115).

Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini belirlemek için kullanılan Mental Health Literacy (MHL) ölçeği, 2016 yılında Jung ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 26 sorudan oluşan ölçeğin bilgi odaklı, inanç odaklı, kaynak odaklı olmak üzer üç alt boyutu bulunmaktadır. Bilgi odaklı alt boyutunda 12 soru, inanç odaklı alt boyutunda 10 soru, kaynak odaklı alt boyutunda ise 4 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-26 arasındadır. Ölçek puanının ruh sağlığı okuryazarlığı ile paralel olarak arttığı kabul edilmiştir. Ölçekte bulunan 22 soru altılı Likert tipinde olup, cevapları “Kesinlikle katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle katılmıyorum”, “Bilmiyorum” şeklinde iken, kaynak odaklı alt boyutunda bulunan 4 sorunun cevabı ise “Evet” ve “Hayır” şeklindedir. Ölçeğin 13-22’nci maddeleri arasındaki maddeler ters kodlanmaktadır. İç tutarlılık katsayısı 0,83 hesaplanmıştır. Yapı geçerlilik analizlerinin ölçeğin geçerliliğini desteklediği; kendisinde veya aile üyelerinde ruhsal bozukluklara yönelik tedavi öyküsü olan katılımcılarda benzerlerinden daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında benzer ölçek geçerliliği için uygulanan damgalama ölçeği ile;

ilişkisinde yüksek MHL ölçek puanı ve ruhsal hastalığı olan kişilerle daha düşük sosyal mesafe olması arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur($r=0.37$; $p < 0.001$) (116).

Göktaş ve arkadaşları tarafından 2018 tarihinde MHL ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada bilgi odaklı ve inanç odaklı alt boyutlardan ikişer sorunun faktör analizi sonucu çıkartılmasına karar verilmiştir. MHL ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasında 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 (117).

O'Connor ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilen Mental Health Literacy Scale (MHLS) ruh sağlığı okuryazarlığını altı alt boyutlu bir ölçek modeli geliştirerek değerlendirmiştir. Ruhsal bozuklukları tanıma becerisi alt boyutunda 8 madde, risk faktörleri bilgisi alt boyutunda 2 madde kendi kendine tedavi bilgisinde 2 madde, mevcut profesyonel yardım bilgisinde 3 madde, ruhsal hastalıklar ile ilgili bilginin nereden elde edileceğine yönelik bilgi alt boyutunda 4 madde, ruhsal hastalıkları tanımayı ve uygun yardım aramayı destekleyen tutumlarda 16 madde yer almaktadır. Toplam 35 maddeden oluşan ölçek değişmezlik güvenilirliğinde $r/69=0.79$, cronbach α katsayısı=0,87 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerlilik testinin ise, Genel Yardım Arama Ölçeği ile anlamlı bir pozitif korelasyon yakaladığı tespit edilmiştir. MHLS puanı ruh sağlığı profesyonellerinde, genel popülasyona göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. MHLS'de 5'li ve 4'lü likert tipi sorular yer almıştır. 4'lü likert dereceli cevaplar "Hiç mümkün değil", "Mümkün değil", "Mümkün", "Kesinlikle mümkün"; 5'li likert dereceli cevaplar ise "Kesinlikle katılmıyorum/kesinlikle isteksizim", "Katılmıyorum/isteksizim", "Kararsızım", "Katılıyorum/istekliyim", "Kesinlikle katılıyorum/kesinlikle istekliyim" olarak belirlenmiştir. Ölçeğin maddelerinden 12'si tersten puanlanmıştır. Ölçekten 35-160 arasında puan alınabilirken ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyindeki iyileşme ölçek puanında artışı olarak sonuçlanmaktadır (118).

Akdoğan ve arkadaşları tarafından 2018 yılında MHLS'in Türkçe'ye uyarlanması çalışması yapılmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bu çalışmada 4 alt boyutlu, 22 maddeli bir yapı ortaya çıkmıştır. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,76$; yarıya bölme medotu ile yapılan rastgele iki yarısının puanlarının korelasyon katsayısı $r=0,87$ olarak hesaplanmıştır (119).

Björnsen ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilen "Positive Mental Health Literacy" tek boyutlu ve iyi ruh sağlığı bilgisini ölçen bir ölçektir. 15-21 yaş grubundaki lise öğrencilerine uygulanan ölçekte 10 soru yer almaktadır. Pozitif ruh sağlığı için önemli faktörlerin ifadelerini temsil eden 10 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılara her bir maddeyi değerlendirmek için “Bilmiyorum”, “Tamamen yanlış”, “Kısmen yanlış”, “Ne doğru ne yanlış”, “Kısmen doğru”, “Tamamen doğru” seçenekleri sunulmuştur. Geçerlilik analizlerinde tek faktörlü modelin McDonald's omega değeri 0,84, cronbach $\alpha=0,86$, test-tekrar test katsayısı $r=0,74$ olarak hesaplanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir (76).

Ruh sağlığı okuryazarlığı tanımı genişledikçe, ruh sağlığı okuryazarlığının doğru değerlendirilebilmesi için sorgulanması gereken alan sayısı artmakta, bununla birlikte birbiri ile ilişkili olan bilgi, inanç ve tutumların ayrımları önem kazanmaktadır. Bu anlamda ölçek çalışmalarında yapılmaya çalışılan, ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik alt boyutların doğru tespiti ve bu tespitler üzerinden müdahalelerin planlanması şeklindedir. Bahsedilen ölçeklerin birbirlerine göre avantaj ve dezavantajları bulunmakta olup seçilecek ölçekte araştırmak istenilen grubun özellikleri ve öncelikle bakılmak istenilen konu dikkate alınmalıdır.

4.2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Müdahale Çalışmaları

Ruh sağlığı müdahale çalışmaları yaşam boyu yaklaşımına uygun şekilde okul öncesi dönemine yönelik müdahale çalışmaları, okul temelli müdahale çalışmaları ve toplum temelli müdahale çalışmaları olarak gruplandırılabilir. Ruh sağlığı okuryazarlığı eğitim müdahaleleri müdahalede bulunacak gruba göre yaygın seviyede önleme ve seçici düzeyde önleme çalışmaları olarak ayrılmaktadır. Yaygın seviyede müdahaleler, okullar, mahalleler, topluluklar, şehirler vb. belirli bir yerdeki tüm bireylere yönelik temel bilgileri içeren kapsayıcılıkta programlar iken, seçici seviyede müdahaleler ise çeşitli açılardan risk faktörleri veya subklinik semptomlar nedeniyle belirli bireylere odaklanan programlardır (120).

Yaygın seviyede etkili olan erken dönem yaş grubuna yönelik müdahalelere örnek olarak erken stimülasyon müdahaleleri, bakıcı duyarlılığını ve yanıt verebilirliğini geliştirmek için müdahaleler, entegre beslenme, sağlık ve stimülasyon programları, yüksek kaliteli okul öncesi eğitime katılım, ailelere şartlı nakit transferleri olarak

sıralanmaktadır (56). Okul öncesinde en etkili olan, çocukların gelişimlerini etkileyen müdahalelerdir (2). Erken dönemde beslenme yetersizliği, yoksulluk ile karşılaşan çocukların uzun vadede ruhsal bozukluklara daha yatkın olduğu belirtilmektedir (121). Bunun yanında düşük sosyoekonomik koşullardaki bakım vericilere verilen eğitim sonrasında çocukların akademik başarılarının daha iyi olduğu gözlenmiştir (122).

Genç-ergen dönemine yönelik yaygın düzeyde müdahalelerin ruh sağlığını geliştirdiğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır(56). Pozitif ruh sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını teşvik etmek için "tüm okul yaklaşımı", okul temelli ruh sağlığı müdahalelerinin güncel modellerindendir. Bu modelde sorumlulukların tüm paydaşlara dağıtılarak okul personelinin, öğrencilerin ve ailelerin dahil olduğu daha geniş topluma yayılan, daha fazla kurumun paydaş olduğu bir süreç söz konusudur (123). Bu yaklaşım çerçevesinde okulların davranış politikaları, müfredat tasarımı, bir bütün halinde pozitif ruh sağlığı mücadelesi olarak benimsenmiştir. Uygulamalar sonucunda sadece pozitif ruh sağlığı değil, akademik başarıda da artış gözlemlenmiştir (124). Öğretmen, çocuk ve ebeveyn eğitimini içeren çocuklar için okul temelli önleyici müdahaleler, sınıf çapında sosyo-duygusal müfredat uygulamaları ya da her ikisinin bir arada olmasının problemli çocuk davranışlarında iyileşmelere neden olduğu gözlemlenmiştir (125).

Okul temelli müdahalelerde psikolog, fizyoterapist, sosyal çalışmacı gibi uzmanlar ya da öncesinde eğitim verilmiş öğretmenler talimat kılavuzu eşliğinde müdahaleyi gerçekleştirebilmektedir (126). Personel tarafından gerçekleştirilen müdahalelerdeki temel zorluklar ise personelin beceri, bilgi ve farkındalık eksiliği, zayıf iletişim ve organizasyon ile ilgili zorluklar olarak sıralanmaktadır (127). Müdahale çalışmalarındaki, müdahale yapanların ve eğitimlerinin niteliklerindeki farklılık çalışmaların sonuçlarını etkilemektedir (126).

Okul temelli ruh sağlığı müdahalelerinin, ruh sağlığında ve iyilik halinde artışa yol açarak başarılı olduğu düşünülmeye rağmen müdahalelerin çoğu kısa sürelidir ve müdahale sonrası bu başarılarının uzun vadede sürdürülebilirliği ve etkinlikleri konusunda daha az çalışma bulunmaktadır (126).

Toplum temelli uyuşturucu kullanımını önlemeyi hedefleyen bir programın, 15-19 yaş arasındaki genç erkeklerde uyuşturucu kullanımına başlamayı azalttığı gösterilmiştir. Yapılandırılmış faaliyetleri içeren müdahaleler, savaştan etkilenen topluluklarda 7-14 yaş arası çocuklar için faydalar gösterirken, okul temelli fiziksel

aktivite müdahalesi kaygı durumu ve benlik saygısının iyileştirilmesinde etkili olmuştur (128,129). 12-16 yaş arası ergenlerde depresyonu önlemek için yapılan psikososyal bir müdahale, depresyon, umutsuzluk, baş etme becerileri ve benlik saygısının geliştirmesine yönelik faydalar göstermiştir. (130). Madde kullanımı ile ilişkili olarak ergenin sosyal beceri geliştirmesine ve sorumluluk almasına odaklı, aktif aile katılımlarının sağlandığı programlar en başarılı program türü olarak belirlenmiştir (120).

Seçici seviyedeki müdahalelerin en büyük zorluklarından biri, müdahale gereken bireylerin belirlenmesidir. Ancak seçici seviyedeki müdahalelerin etkisi yaygın düzeye göre daha fazla olabilmektedir (131). Davranış bozuklukları olan 7-14 yaş grubundaki bireylerde yapılan eğitim çalışmalarında, sosyal becerilerde ve dışsallaştırma sorunlarında iyileştirmeler görülmüştür. Okul temelli ve kamp temelli psikososyal grup müdahaleleri genellikle içselleştirme sorunları, davranışsal bozukluklar dahil olmak üzere çocuk ve ergen ruh sağlığına faydalar sağlamıştır. Savaşla yerinden edilmiş 5-6 yaş grubu çocuklar ve annelere yönelik psikososyal müdahaleler ve ev ziyaretlerinin kombinasyonunun anne ve çocuk ruh sağlığını iyileştirdiği gözlenmiştir (128).

Ruhsal hastalıklara yönelik toplum müdahaleleri, özellikle tanı konulan gruplarda çok farklı şekilde ilerlemektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı müdahaleleri ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığın artırılması, damgalamanın azaltılması, yardım aramaya ilişkin engellerin azaltılması, erken tanı, tedavi sürecinin devamı konularında iyileştirmeler sağlayarak ruh sağlığını geliştirme çalışmalarının her aşamasını etkilemektedir.

Ruh sağlığı okuryazarlığı Dünya’da son 20 yılda tartışılan, ülkemizde ise son birkaç yılda gündeme gelmiş bir kavramdır. Bunun yanında ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve ruh sağlığı okuryazarlığının bileşenlerinin değerlendirildiği çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmamızın amacı İstanbul ili Fatih ilçesindeki resmi lise öğrencileri ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini araştırmaktır.

V. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMA TİPİ

Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

5.2. ARAŞTIRMA BÖLGESİ

Araştırma İstanbul ili Fatih ilçesi sınırlarında 8 Mart 2019-5 Temmuz 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Kırsal kesimi ve tarım arazi bulunmayan Fatih ilçesinin alanı 15,6 km²'dir. Merkezi konumda ve köklü geçmişe saip olan Fatih'in nüfusu 2019 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre 443.090'dır (132). Nüfusun %50,8'i erkek, %49,1'i kadındır. Bu haliyle İstanbul nüfusunun %2,8'sini oluşturmakta ve 39 ilçe arasında 15.sırada yer almaktadır.

Fatih'in mahalleleri sosyoekonomik olarak farklı tabakaları barındırmaktadır. Mahallelerin "Sosyo Ekonomik Gelişmişlik İndeks" puanları değerlendirildiğinde çalışmada 100 üzerinden 6,6-47,3 arasında yer aldığı gözlenmektedir(133). Bu bağlamda Fatih'te alt- orta ve orta düzeyde mahallerin yer aldığı görülmektedir. Buna ek olarak Fatih farklı etnik gruplara da ev sahipliği yapmaktadır.

5.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni İstanbul ili Fatih ilçesinde yer alan resmi liselerde eğitim öğretim gören 9. ve 12. sınıf öğrencileri ve aynı okullarda ders veren öğretmenlerdir.

Fatih ilçesinde toplam 30 adet resmi lise yer almaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı resmi liseleri; Anadolu lisesi, Anadolu meslek programı, imam-hatip lisesi, fen lisesi ve özel eğitim meslek okulları olarak gruplandırmıştır. Çalışmamıza özel eğitim meslek okulları dahil edilmemiştir. 2018-2019 eğitim öğretim yılında Anadolu lisesi, Anadolu meslek programı, imam-hatip lisesi ve fen liselerinin 9. ve 12. sınıflarında okuyan toplam öğrenci sayısı 9.564'tür. Bu öğrencilerin 5.348'i (%55,9) 9. sınıfta, 4216'sı (%44,1) 12. sınıfta eğitim görmektedir. Resmi okullarda okuyan 9 ve 12. sınıf öğrenci sayıları şöyle dağılmaktadır (Tablo 4):

Tablo 4. Devlet liselerindeki 9. ve 12. sınıf öğrencilerinin okul türüne göre dağılımı

Okul türü	9.Sınıf Sayı(Yüzde)	12.Sınıf Sayı(Yüzde)
Anadolu Lisesi	2.564(47,9)	1.882(44,6)
Anadolu Meslek Programı	1.845(34,4)	1.736(41,1)
İmam- Hatip Lisesi	792(14,8)	435(10,3)
Fen Lisesi	147(2,7)	163(3,8)

Çalışmamıza dahil edilecek öğrenciler için örnekleme yöntemi olarak çok aşamalı tabakalı, küme örnekleme seçilmiştir. Çalışmanın evrenini oluşturan toplam öğrenci sayısı; küme örnekleme için tasarım etkisi (design effect) 2, daha önce ülkemizde benzer çalışma yapılmadığı için beklenen prevalans değeri %50, güven düzeyi %95 ve hata payı %5 kabul edilerek OpenEpi programıyla kesitsel çalışmalar için örnekleme hesabı formülü kullanılarak 743 olarak hesaplanmıştır(134).

Küme örnekleme yapılırken ilgili okullardaki her bir şube (Örn. 9 Fen A Şubesi, 12 Sözel C Şubesi) bir birim olarak kabul edilmiştir. Şubelerdeki öğrenci sayısı ortalaması Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) verilerine göre 30 olarak hesaplanmış ve böylece araştırma evreninde 318 şube yer almıştır. 318 şubeden 9 ve 12. sınıflardaki öğrenci sayılarına ve okul türüne göre ağırlıklandırma yapılarak randomizasyon yöntemiyle 9. sınıflardan 15 şube, 12.sınıflardan ise 12 şube olmak üzere toplamda 27 şube seçilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Seçilen şubelerdeki öğrencilerin tamamı çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen şubede aydınlatılmış onamı onaylamama oranı %50 ve fazlası gerçekleşmesi durumunda aynı okul ve aynı sınıf seviyesinden randomizasyon yöntemiyle seçilen bir şube daha çalışmaya dahil edilmiştir. Böylelikle her bir okuldan, 30 kişiden oluşan bir birim çalışmaya dahil edilmeye çalışılmıştır.

9. ve 12. sınıf öğrenci sayısına ve okul türüne göre ağırlıklandırma yapılmasıyla çalışmaya dahil edilecek şubelerin okul türüne göre dağılımı şöyle gerçekleşmiştir (Tablo 5):

Tablo 5: Çalışmaya dahil edilecek şube sayısının okul türüne göre dağılımı

	9.Sınıf	12.Sınıf
Anadolu lisesi	7	5
Anadolu meslek programı	5	4
İmam- hatip lisesi	2	2
Fen lisesi	1	1
Toplam	15	12

Çalışmaya katılacak okullarda ders veren öğretmenler de çalışmaya dahil edilmiştir. 2018-2019 eğitim öğretim yılında çalışmaya dahil edilen okullardaki öğretmen sayısı 735'tir. Çalışmaya dahil edilecek öğretmenlerin sayısı; beklenen prevalans değeri %50, güven düzeyi %95 ve hata payı %5 kabul edilerek OpenEpi programıyla kesitsel çalışmalar için örneklem hesabı formülü kullanılarak 253 olarak hesaplanmıştır. Örnekleme girecek öğretmenler, seçilen okullardaki mevcut öğretmen sayılarına göre ağırlıklandırılarak, çalışmanın yapılacağı gün okulda bulunan öğretmenler arasından randomizasyon yöntemiyle seçilmiştir. Okullardaki mevcut öğretmen sayılarına göre ağırlıklandırılma yapılması sonucunda örnekleme alınacak öğretmen sayılarının okullara göre dağılımı şöyle gerçekleşmiştir (Tablo 6):

Tablo 6. Çalışmaya dahil edilecek öğretmen sayılarının okullara göre dağılımı

	Mevcut öğretmen Sayısı	Çalışmaya dahil edilecek öğretmen sayısı
1.Okul	52	18
2.Okul	44	15
3.Okul	49	17
4.Okul	52	18
5.Okul	44	15
6.Okul	38	13
7.Okul	46	16
8.Okul	93	32
9.Okul	29	10
10.Okul	32	11
11.Okul	44	15
12.Okul	98	34
13.Okul	35	12
14.Okul	38	13
15.Okul	41	14
Toplam	735	253

5.4. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

Araştırma kapsamında öğrenci ve öğretmenlere 3 adet form uygulanmıştır.

- Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik ve bazı değişkenlere ait form
- Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi (Mental Health Literacy Questionnaire)

- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

1.kısımda araştırmacı tarafından hazırlanan form uygulanmıştır. Sosyodemografik ve ekonomik durumlarını tanımlama amacıyla öğrencilere yönelik hazırlanan formda 18 adet soru, öğretmenler yönelik hazırlanan formda ise 16 adet soru yer almaktadır. Bu kısımda çalışmaya katılanların,

Sosyodemografik özellikleri,

Ekonomik durumları,

Ebeveynlerin eğitim durumları (Bu sorular öğretmen formunda yer almamaktadır.),

Ebeveynlerin meslekleri (Bu sorular öğretmen formunda yer almamaktadır.),

Mesleki branşları ve idari görevleri (Bu sorular öğrenci formunda yer almamaktadır.),

Daha önce ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi alıp almadıkları (Bu sorular öğrenci formunda yer almamaktadır.),

İnternette ve televizyon başında geçirilen süre,

Kendi ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerine yönelik algıları,

Ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi isteme durumları sorulmuştur.

2. kısımda katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini ölçmek amacıyla “Ruh sağlığı okuryazarlığı anketi” (Mental Health Literacy Questionnaire-MHLQ) uygulanmıştır. “Mental Health Literacy Questionnaire” ilk olarak 1997 yılında Anthony F. Jorm ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Anket, Avustralya Nüfus Araştırmasının bir parçası olarak 18 ve üstü yaş grubuna yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır(73). Anket formunda ruhsal sorunlar yaşayan iki kişiye ilişkin senaryolar yer almaktadır. Bu senaryolardan biri DSM-IV kriterlerini karşılayan depresyonu, diğeri ise DSM-IV kriterlerini karşılayan şizofreniyi anlatmaktadır. Çalışmada bu senaryolara yönelik açık uçlu sorularla;

Senaryodaki kişinin sorunu varsa sorun/sorunlarının ne olduğu,

Senaryodaki kişiye en fazla yardımcı olabilecek tedavi yöntemi sorulmuştur.

Daha sonraki çalışmalarda ankete sosyal fobi, suisit düşüncesi olan depresyon, alkol kullanım bozukluğu olan depresyon gibi senaryolar eklenmiştir. Bu senaryolardan

sonra katılımcılara yanıt olarak “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneklerinden birini seçebilecekleri iletilmiş;

Yardımcı olabilecek kişiler,

Olası tedavi bilgisi,

Muhtemel prognoz bilgisi,

Risk faktörleri bilgisi,

Damgalanma ve ayrımcılıkla ilgili inançlarına yönelik sorular sorulmuştur.

Böylelikle genç ve erişkinlere uygulanabilecek MHLQ’nin farklı formatları geliştirilmiştir. Bu çalışmalar 15 ve üstü yaş ile çeşitli meslek gruplarında uygulanmıştır (110,135–138).

Çalışmamızda uygulanan MHLQ’ye ait senaryoların tamamı 2006 yılındaki çalışmada geliştirilmiştir (135). MHLQ’deki depresyon, şizofreni ve sosyal fobi senaryolarının genç formatı öğrenci formunda ve erişkin formatı öğretmen formunda yer almıştır. Çalışmamızda yer alan senaryolar şu şekildedir:

Senaryo 1: Depresyon senaryosu genç formatı:

“İbrahim 15 yaşındadır ve son birkaç haftadır alışılmadık şekilde üzgün ve mutsuz hissetmektedir. Devamlı yorgundur ve gece uyumakta zorluk çekmektedir. İbrahim yemek yemeye isteksizdir ve kilo kaybetmiştir. Çalışmalarına odaklanmakta zorlanmaktadır ve notları düşmektedir. En basit kararları vermeyi dahi ertelemekte ve günlük işler bile gözüne fazla gözükmektedir. Ebeveynleri ve arkadaşları onun hakkında çok endişelenmektedir.”

Senaryo 1: Depresyon senaryosu erişkin formatı

“İbrahim 30 yaşındadır ve son birkaç haftadır alışılmadık şekilde üzgün ve mutsuz hissetmektedir. Devamlı yorgundur ve gece uyumakta zorluk çekmektedir. İbrahim yemek yemeye isteksizdir ve kilo kaybetmiştir. Aklını işine odaklamakta zorlanmaktadır ve karar vermeyi ertelemektedir. Bu işverenin dikkatini çekmiştir, çünkü üretkenliğinin düşmesinden endişe etmektedir.”

Senaryo 2: Şizofreni senaryosu genç formatı

“Ahmet 15 yaşındadır ve ebeveynleriyle beraber yaşamaktadır. Geçen yıl okula devamsızlıklar yapmış ve yakın zamanda okula gitmeyi tamamen bırakmıştır. Geçtiğimiz altı ayda arkadaşlarıyla görüşmeyi kesmiş ve kendisini odaya kilitlemeye, banyo yapmamaya ve ailesiyle yemek yemeyi reddetmeye başlamıştır. Ebeveynleri uyku saatlerinde Ahmet'in odasında yürüdüğünü fark etmişlerdir. Onun yalnız olduğunu bildikleri halde, sanki orada biri varmış gibi bağırıp tartışırken duymuşlardır. Ahmet 'le dışarıda vakit geçirmek istediklerinde, evden dışarı çıkmayacağını, çünkü komşularının onu gözetlediğini fısıldamıştır.”

Senaryo 2 : Şizofreni senaryosu erişkin formatı

“Mehmet 24 yaşındadır ve ebeveynleriyle beraber yaşamaktadır. Okulunu bitirdiğinden beri birkaç geçici işte çalışmıştır, fakat şimdi işsizdir. Son altı ayda arkadaşlarıyla görüşmeyi kesmiştir. Kendisini odaya kilitlemeye ve banyo yapmamaya ve ailesiyle yemek yemeyi reddetmeye başlamıştır. Ebeveynleri uyku saatlerinde Mehmet'in odasında yürüdüğünü duymuşlardır. Onun yalnız olduğunu bildikleri halde, sanki orada biri varmış gibi bağırıp tartışırken duymuşlardır. Onunla dışarıda vakit geçirmek istediklerinde, evden dışarı çıkmayacağını, çünkü komşularının onu gözetlediğini fısıldamıştır.”

Senaryo 3: Sosyal fobi senaryosu genç formatı

“Mehmet 15 yaşındadır ve ebeveynleriyle beraber yaşamaktadır. Geçen sene, yeni okuluna başladığından beri olduğundan daha fazla utangaç olmuştur. Sadece tek bir arkadaş edinmiştir, ancak gerçekte daha fazla arkadaş edinmek istemektedir, fakat diğer çocukların etrafındayken utanılacak bir şeyler yapacağı veya söyleyeceğinden korkmaktadır. Mehmet'in çalışması yeterli olduğu halde, sınıfta nadiren söz alır ve sınıfın önünde konuşurken veya bir soruyu cevaplaması gerektiğinde inanılmaz derecede gergin olur, titrer, kızarır ve kusacak gibi gözüktür. Mehmet evdeyken ailesiyle oldukça konuşkandır, fakat iyi tanımadığı biri gelince sessizleşir. Telefona gelen çağrılarını yanıtlamaz ve sosyal etkinliklere katılmayı reddeder. Korkularının mantıksız olduğunu bilir, fakat onları kontrol edemez ve bu onun gerçekten keyfini kaçırmaktadır.”

Senaryo 3: Sosyal fobi senaryosu erişkin formatı

“Ahmet, 30 yaşındadır ve ebeveynleriyle beraber yaşamaktadır. Geçen sene şehre yeni taşındığından beri olduğundan daha fazla utangaç olmuştur. Sadece tek bir arkadaş edinmiştir. Gerçekte daha fazla arkadaş edinmek istemektedir, fakat diğerlerinin etrafındayken utanılacak bir şeyler yapacağı veya söyleyeceğinden korkmaktadır. Ahmet’in çalışması yeterli olduğu halde, toplantılarda nadiren söz alır ve iş arkadaşlarının önünde konuşurken veya bir soruyu cevaplaması gerektiğinde inanılmaz derecede gergin olur, titrer, kızarır ve kusacak gibi gözüktür. Evde Ahmet yakın akrabalarıyla oldukça konuşkandır, fakat bilmediği bir ortamda sessizleşir. Telefona gelen çağrılarını yanıtlayamaz ve sosyal toplanmalara katılmayı reddeder. Korkularının mantıksız olduğunu bilir, fakat onları kontrol edemez ve bu onun gerçekten keyfini kaçırmaktadır.”

Çalışmaya katılacak kadın katılımcılar için ankette yer alan senaryolardaki kişilerin isimleri “Ayşe”, “Özlem”, “Zeynep” olarak değiştirilmiştir. Her bir senaryonun ardından sorulan sorular iki farklı çalışmadan alınmıştır. Senaryolardan sonra yer alan ilk soru açık uçlu soru tipindedir ve katılımcıların senaryodaki kişinin sorununun ne olduğuna dair görüşlerini sormaktadır. Bu soru Jorm ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmadan alınmıştır (73). Daha sonraki sorular ise Reavley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmadan alınmıştır (139). Soruların kapsamı şöyledir:

Senaryodaki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar,

Senaryodaki kişiye yardımcı olabilecek kişiler,

Senaryo ile ilgili olası tedavi bilgisi,

Çalışmaya katılanların senaryodakine benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşmış olma durumları,

Çalışmaya katılanların senaryodakine benzer sorun yaşamış olma durumları,

Çalışmaya katılan öğrencilerin senaryodakine benzer sorun yaşamaması halinde ebeveynleriyle konuşma durumları (öğretmen anketlerinde bu soru yer almamaktadır.),

Çalışmaya katılanların senaryodakine benzer sorun yaşaması durumunda profesyonel yardım aramalarına engel olabilecek nedenler.

3.kısımda ise katılımcıların ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını değerlendirmek amacıyla “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” uygulanmıştır. Bu ölçek “Beliefs Toward Mental Illness Scale” adıyla Hirai ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir (140). Bilge ve arkadaşları tarafından 2006 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (141). “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma”, “Tehlikeli”, “Utanma” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için madde analizi, iki yarım test güvenirlik analizi ve Cronbach alfa değerlerine bakılmıştır. Madde analizi sonucu 21 maddelik yapı uygun görülmüştür. İki yarım test güvenirlik analizinde ise ölçeğin ve alt boyutlarının beklendik düzeyde olduğu saptanmıştır. Ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0,82 olarak hesaplanırken “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutu için 0,80, “Tehlikeli” alt boyutu için 0,71, “Utanma” alt boyutu için 0,69 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin ölçümü için tekrar test uygulaması yapılmıştır ve ölçümlerin korelasyonu $r=0,55$ olarak hesaplanmıştır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği 6’lı likert tipi bir ölçektir. “Tamamen katılmıyorum”:0, “Çoğunlukla katılmıyorum”:1, “Kısmen katılmıyorum”:2, “Kısmen katılıyorum”:3, “Çoğunlukla katılıyorum”:4, “Tamamen katılıyorum”:5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten minimum 0, maksimum 105 puan alınabilmektedir. Toplam puanın ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesinde yüksek puan olumsuz inanç olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen öğrencilerin büyük çoğunluğunun 18 yaş altında olması sebebiyle öğrencilerin velilerinden onam alınmasına gerek duyulmuştur. Velilere ulaştırılmak üzere aydınlatılmış onam formları araştırma için seçilen şubelere dağıtılmıştır. Veli ve öğrenci onayı alındıktan sonra anketler öğrencilere uygun derslerinde dağıtılmıştır. Anketin uygulanması yaklaşık bir ders saati sürmüştür. Aydınlatılmış onamları onaylayan öğretmenlere anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Öğrencilerle ilgili değişkenler şunlardır:

Cinsiyet

Yaş

Sınıf

Kaçıncı çocuk olduğu

Fiziksel hastalığı olup olmadığı

Aile tipi

Ailenin gelir düzeyi

Algıladıkları gelir durumu

Ebeveyn varlığı/durumu

Anne eğitim düzeyi

Baba eğitim düzeyi

Eğitim gördükleri okul türü

Ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşmış olma durumu

Ruhsal hastalık yaşamış olma durumu

Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar

Öğretmenlerle ilgili değişiklikler şunlardır:

Cinsiyet

Yaş

Fiziksel hastalığı olup olmadığı

Aile tipi

Medeni hali

Gelir düzeyi

Algıladıkları gelir durumu

Mesleki branşları

İdari göreve sahip olma durumu

Çalıştıkları okul türü

Ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşmış olma durumu

Ruhsal hastalık yaşamış olma durumu

Ruhsal hastalıklara yönelik inançları

5.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ

Ruhsal hastalıkları tanıma bilgisi düzeyleri

“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” ile belirlenen damgalama düzeyleri

5.7. VERİ ANALİZİ

Mental Health Literacy Questionnaire’nin daha önce geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılmamıştır. Anketi ortaya koyanlara ve bu konuyla ilgili uzmanlara danışıldığında anketin ölçek formatına uygun olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle çalışmamıza anket çalışması olarak devam edilmiştir.

Mental Health Literacy Questionnaire, iyi derecede İngilizce bilen ve tıp alanında iki uzman tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir ve ankete “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi-RSOYA” ismi verilmiştir. Jorm ve arkadaşları geliştirmiş oldukları senaryoların geçerliliğini ölçmek için, MHLQ’yi sağlık profesyonellerine uygulanmıştır (142). Bu amaçla biz de çalışmamızda “RSOYA”yı psikiyatri alanında 32 uzmana uyguladık. Bu uygulama sonunda senaryoların geçerli olduğu belirlendi (Depresyon senaryosu doğru tanı oranı %93,8; şizofreni senaryosu doğru tanı oranı %93,8; sosyal fobi senaryosu doğru tanı oranı %96,9). Ardından soruların anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek amacıyla anket 10 yetişkin ve 29 öğrenciye uygulandı. Bu uygulama sonrasında çoktan seçmeli sorularda yer alan “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneklerine “Bilmiyorum” seçeneğinin eklenmesi ve senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek ilaçlara yönelik soruların çoktan seçmeli soru formatından açık uçlu soru formatına dönüştürülmesi uygun görüldü.

Anket forumunda yer alan açık uçlu sorulara verilerin cevapların değerlendirilmesi amacıyla basit tanımlayıcı analiz yapıldı. Açık uçlu sorulara verilen cevapların kategorilendirilmesi için NVİVO programı kullanıldı.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değerleri ile; kategorik veriler ise sayı ve yüzdelerle birlikte sunulmuştur. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği” puanları ile diğer bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ikili gruplarda normal dağılıma uyan değişkenlerde parametrik

testlerden bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, ikiden fazla gruplamalar için normal dağılıma uyan değişkenlerde parametrik testlerden tek yönlü varyans analizi (one way- ANOVA), normal dağılıma uymayan değişkenlerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ruhsal hastalık tanıma bilgisi düzeyi ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit etmek için Ki-Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında (GA) 0,05'in altında bulunan p değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Niceliksel verilerin istatistiksel analizleri için İstanbul Üniversitesi tarafından lisanslı olan Statistical Package for the Social Sciences programı, 21.0 sürümü kullanılmıştır.

5.8. ARAŞTIRMA ETİĞİ VE İZNİ

Araştırmanın etik kurul izni 08.02.2019 tarih ve 03 sayı ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

Etik kurul izninin alınmasını takiben İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğüne Fatih ilçesindeki liselerde araştırma yapmak üzere başvurulmuş, 06.03.2019 tarih 59090411-20-E.4785723 sayı ile protokol imzalanmış ve araştırma izni alınmıştır.

VI. BULGULAR

6.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmamızda Fatih ilçesindeki devlet liselerinde eğitim gören 743 öğrenci ve bu liselerde görev yapan 253 öğretmene ulaşmak hedeflenmiştir. Bu amaçla toplam 1025 veli ve öğrenciye onam formu dağıtılmıştır. Velilerinin de onayı alınan 835 öğrenci ve onam formunu imzalayan 253 öğretmene anket uygulanmıştır. “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi”nde yer alan “Kişinin sorunu nedir?” (öğrenci formunda 1,12 ve 23.soru; öğretmen formunda 1,10 ve 19.soru) açık uçlu sorularından en az birini yanıtlayanlar analizlere dahil edilmiştir. Bu nedenle 25 öğrenci ve 12 öğretmen analiz dışında bırakılmıştır. Araştırma süresi boyunca öğrencilere ulaşma oranı %79,0; öğretmenlere ulaşma oranı %95,5 olarak hesaplanmıştır.

6.1.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Demografik Bulguları

Öğrencilerin yaş ortalamaları 16,0 (ss=1,4) ortanca yaş 16 (en küçük 14- en büyük 19) olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin %53,7’si (n=435) kadın, %46,3’ü (n=375) erkektir (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve yaş dağılımları

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	375	46,3
Kadın	435	53,7
Yaş		
14-16	449	55,4
17-19	361	44,5
Toplam	810	100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin %55,4’ü (n=449) 9.sınıfta, bu öğrencilerin %52,6’sı (n=236) Anadolu lisesinde; 12.sınıf öğrencilerinin ise %37,4’ü (n=135) Anadolu lisesinde okumaktadır (Tablo 8 ve Tablo 9).

Tablo 8. Çalışmaya katılan öğrencilerin sınıflara göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Sınıf		
9.sınıf	449	55,4
12.sınıf	361	44,6
Toplam	810	100,0

Tablo 9. Çalışmaya katılan öğrencilerin sınıf ve okul türlerine göre dağılımı

	9.Sınıf		12.Sınıf	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okul türü				
Anadolu lisesi	236	52,6	135	37,4
Anadolu meslek grupları	144	32,1	138	38,2
İmam hatip lisesi	40	8,9	61	16,9
Fen lisesi	29	6,5	27	7,5
Toplam	449	100,0	361	100,0

Öğrencilerin %46,2'si (n=374) ailenin ilk çocuğu iken, %12,6'sı (n=102) ailedeki tek çocuk olduğunu, %84,1'i (n=681) herhangi bir fiziksel hastalığı olmadığını belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	Yüzde
Kaçıncı çocuk		
Birinci çocuk	374	46,2
İkinci çocuk	267	33,0
Üçüncü çocuk	103	12,7
Dördüncü çocuk ve sonrası	61	7,5
Ailedeki çocuk sayısı		
Bir çocuk	102	12,6
İki ve daha fazla çocuk	702	86,7
Cevapsız	6	0,7
Fiziksel hastalık durumu		
Yok	681	84,1
Var	125	15,4
Cevapsız	4	0,5
Toplam	810	100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin %83,7'si (n=678) aile tiplerini çekirdek aile olarak tanımlarken, %89,1'i ebeveynlerinin bir arada olduğunu, %37,4'ü (n=303) ailenin toplam gelirin 2001-4000 TL arasında olduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin %71,4'ü (n=578) aile gelir durumunu “Orta” olarak nitelemiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Çalışmaya katılan öğrencilerin ailelerine yönelik bazı özellikleri

	Sayı	Yüzde
Aile tipi		
Çekirdek aile	678	83,7
Geniş aile	128	15,8
Cevapsız	4	0,5
Ebeveyn durumu		
Bir arada	722	89,1
Ayrı	60	7,4
Baba vefat	13	1,6
Anne vefat	11	1,4
Cevapsız	4	0,5
Ailenin toplam geliri		
0-2000 TL	149	18,4
2001-4000TL	303	37,4
4001-6000 TL	167	20,6
6001 TL ve üstü	97	11,9
Cevapsız	94	11,6
Gelir algısı		
Kötü	38	4,7
Orta	578	71,4
İyi	178	22
Cevapsız	16	2
Toplam	810	100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin %0,2'sinin (n=24) annelerinin, %0,2'sinin (n=10) ise babalarının okuryazar olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışmaya katılan öğrencilerin anne ve baba eğitim durumları

	Sayı	Yüzde
Anne eğitimi		
Okuryazar değil	24	0,2
Sadece okuryazar	21	0,2
İlkokul mezunu	259	32,0
Ortaokul mezunu	172	21,2
Lise mezunu	191	23,6
Üniversite mezunu	132	16,3
Cevapsız	10	0,1
Baba eğitim		
Okuryazar değil	10	0,2
Sadece okuryazar	11	0,2
İlkokul mezunu	165	20,4
Ortaokul mezunu	212	26,2
Lise mezunu	216	26,7
Üniversite mezunu	177	21,9
Cevapsız	18	0,1
Toplam	810	100,0

Öğrencilerin anne ve baba meslekleri açık uçlu soru ile sorulmuştur. Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması ISCO-08’de yer alan on ana meslek grubuna göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamaya göre anne ve babasının çalıştığını bildiren öğrencilerin annelerinin %47,5’i (n=94) profesyonel meslek mensubu iken, babalarının %31,3’ünün (n=182) hizmet ve satış elemanları sınıfına dahil olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13) Bunun dışında anne mesleğine “çalışmıyor” veya “ev hanımı” diyen 517 katılımcı olurken, serbest meslek diyen 4 katılımcı olmuştur. Baba mesleğine “serbest meslek” diyen 78, “emekli” diyen 44, “çalışmıyor” diyen 8, “bilmiyorum” diyen 2 kişi olmuştur.

Tablo 13. Anne ve babasının çalıştığını bildiren öğrencilerin anne ve baba meslek dağılımları*

	Sayı	Yüzde
Anne Mesleği		
Profesyonel meslek mensupları	94	47,5
Hizmet ve satış elemanları	45	22,7
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	15	7,6
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	14	7,1
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	11	5,6
Yöneticiler	8	4,0
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	6	3,0
Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar	5	2,5
Toplam	198	100,0
Baba mesleği		
Hizmet ve satış elemanları	182	31,3
Profesyonel meslek mensupları	115	19,8
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	105	18,1
Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar	66	11,4
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	53	9,1
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	35	6,0
Yöneticiler	15	2,6
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	7	1,2
Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler	2	0,3
Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	1	0,2
Toplam	581	100,0

*Anne mesleğine verilen “ev hanımı”, “çalışmıyor” diyenler ve baba mesleğine “serbest meslek”, “emekli”, “çalışmıyor”, “bilmiyorum” cevapları bu tabloda yer almamaktadır.

Öğrencilerin internet erişim durumları ve kullanım sürelerine yönelik sorulara verdikleri cevaplarında %72,3’ünün (n=586) hem evde hem de telefonda internet erişiminin olduğu, %49,3’ünün (n=399) internette günde 1-3 saat vakit geçirdiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %33,7’sinin (n=273) televizyon başında günde 1 saatten az vakit geçirdiği bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışmaya katılan öğrencilerin internet ve televizyon erişim durumları

	Sayı	Yüzde
İnternet erişim yeri		
Yok	11	1,4
Evde var	139	17,2
Telefonda var	65	8
Her ikisinde var	586	72,3
Cevapsız	9	1,1
İnternette geçirilen süre		
Hiç	36	4,4
1-3 saat	399	49,3
4-6 saat	258	31,8
7-9 saat	72	8,9
10 saat ve üzeri	37	4,6
Cevapsız	8	1
Televizyon başında geçirilen süre		
Hiç	247	30,5
1 saatten az	273	33,7
1-2 saat	185	22,8
3-4 saat	77	9,5
4 saatten fazla	22	2,8
Cevapsız	6	0,7
Toplam	810	100,0

6.1.2. Çalışmaya Katılan Öğrencilere Ait Bazı Değişkenler

Bu bölümde öğrencilerin kendi ruh sağlığı okuryazarlıklarına ilişkin algıları ile ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim isteme durumlarına ait bulgular yer almaktadır.

Öğrencilerin kendi ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerine 1-10 puan arasında verdikleri puanların ortalaması $6,2 \pm 2,3$, ortanca 6 (en küçük=1, en büyük=10) olarak

hesaplanmıştır. Öğrencilerin %47,4'ü (n=384) ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim almak istedikleri belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışmaya katılan öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin bazı özellikleri

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	Toplam		
Algıladıkları Ruh Sağlığı Okuryazarlık Puanları	6,2	2,3	6	1	10,0	810		
	Evet		Hayır		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Eğitimi İsteme Durumları	384	47,4	414	51,1	12	1,5	810	100,0

6.1.3. Çalışmaya Katılan Öğretmenlerin Demografik Bulguları

Çalışmaya katılan öğretmenlerin yaş ortalamaları $40,1 \pm 8,3$, ortanca yaş 40 (en küçük 21-en büyük 63) olarak hesaplanmıştır. Öğretmenlerin %54,8'i (n=132) kadın, %41,5'i (n=400) 31-40 yaş grubundadır (Tablo 16).

Tablo 16. Çalışmaya katılan öğretmenlerin cinsiyet ve yaş dağılımı

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	109	45,2
Kadın	132	54,8
Yaş		
20-30	33	13,7
31-40	100	41,5
41-50	82	34,0
51-60	23	9,5
61 ve üstü	3	1,2
Toplam	241	100,0

Çalışmamızda öğretmenlerin %65,1'inin (n=157) evli, %89,2'sinin (n=215) aile tipinin çekirdek aile, %57,3'ünün (n=138) çocuk sahibi, %50,2'sinin (n=121) aile gelir düzeyinin 6001TL ve üzeri olduğu ve %61,8'inin (n=149) gelir durumlarını orta olarak nitelediği, %83,4'ünün (n=201) bir fiziksel hastalığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 17. Çalışmaya katılan öğretmenlerin bazı tanımlayıcı özellikleri).

Tablo 17. Çalışmaya katılan öğretmenlerin bazı tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	Yüzde
Medeni Hal		
Evli	157	65,1
Bekar	75	31,1
Boşanmış	7	2,9
Birlikte yaşıyor	1	0,4
Dul	1	0,4
Aile tipi		
Çekirdek aile	215	89,2
Geniş aile	26	10,8
Çocuk sahibi durumu		
Evet	138	57,3
Hayır	101	41,9
Cevapsız	2	0,8
Ailenin toplam geliri		
0-2000 TL	0	0,0
2001-4000TL	33	13,7
4001-6000 TL	85	35,3
6001 TL ve üstü	121	50,2
Cevapsız	2	0,8
Gelir algısı		
Kötü	11	4,6
Orta	149	61,8
İyi	77	32,0
Cevapsız	4	1,7
Fiziksel hastalık durumu		
Evet	40	16,6
Hayır	201	83,4
Toplam	241	100,0

Öğretmenlerin %34,0'ının (n=82) fen bilimlerine ait branş öğretmeni olduğu, %89,6'sının (n=216) idari görevinin olmadığı (Tablo 18).

Tablo 18. Çalışmaya katılan öğretmenlerin bazı mesleki özellikleri

	Sayı	Yüzde
Branş		
Fen bilimleri	82	34,0
Dil bilimleri	63	26,1
Sosyal bilimler	40	16,6
Teknik meslek branşları	30	12,4
İHL* meslek branşları	19	7,9
Rehberlik	7	2,9
İdari görev durumu		
Evet	25	10,4
Hayır	216	89,6
Okul türü		
Fen lisesi	12	5,0
İmam hatip lisesi	27	11,2
Anadolu meslek programı	61	25,3
Anadolu lisesi	141	58,5
Toplam	241	100,0

*İHL=İmam Hatip Lisesi

Öğretmenlerin internet erişim durumları ve kullanım sürelerine yönelik sorulara verdikleri cevaplarında %87,6'sının (n=211) hem evde hem de telefonda internet erişiminin olduğu, %79,7'sinin (n=192) internette günde 1-3 saat vakit geçirdiği belirlenmiştir. Öğretmenlerin %44,8'inin (n=108) televizyon başında günde 1-2 saat vakit geçirdiği bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışmaya katılan öğretmenlerin internet ve televizyon erişim durumları

	Sayı	Yüzde
İnternet erişim yeri		
Her ikisinde var	211	87,6
Telefonda var	17	7,1
Evde var	13	5,4
İnternette geçirilen süre		
Hiç	10	4,1
1-3 saat	192	79,7
4-6 saat	37	15,4
7-9 saat	1	0,4
10 saat ve üzeri	1	0,4
Televizyon başında geçirilen süre		
Hiç	37	15,4
1 saatten az	59	24,5
1-2 saat	108	44,8
3-4 saat	34	14,1
4 saatten fazla	3	1,2
Toplam	241	100,0

6.1.4. Çalışmaya Katılan Öğretmenlere ait Bazı Değişkenler

Bu bölümde çalışmaya katılan öğretmenlerin kendi ruh sağlığı okuryazarlıklarına ilişkin algıları, ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim almış olma durumları ve isteme durumlarına ait bulgular yer almaktadır.

Çalışmaya katılan öğretmenlerin kendi ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerine verdikleri puan ortalaması $6,0 \pm 2,0$, ortanca 6 (1-10) olarak hesaplanmıştır. Öğretmenlerin %90,5'i (n=233) daha önce ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi almadığını, %63,1'i ise (n=152) ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi almak istediğini belirtmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışmaya katılan öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin bazı özellikleri

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	Toplam		
Algıladıkları Ruh Sağlığı Okuryazarlık Puanları	6,0	2,0	6,0	1	10	241		
	Evet		Hayır		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Daha önce ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi alma durumları	15	6,2	218	90,5	8	3,3	241	100,0
Ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi alma istekleri	152	63,1	79	32,8	10	4,1	241	100,0

6.2. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ANKETİNE İLİŞKİN BULGULAR

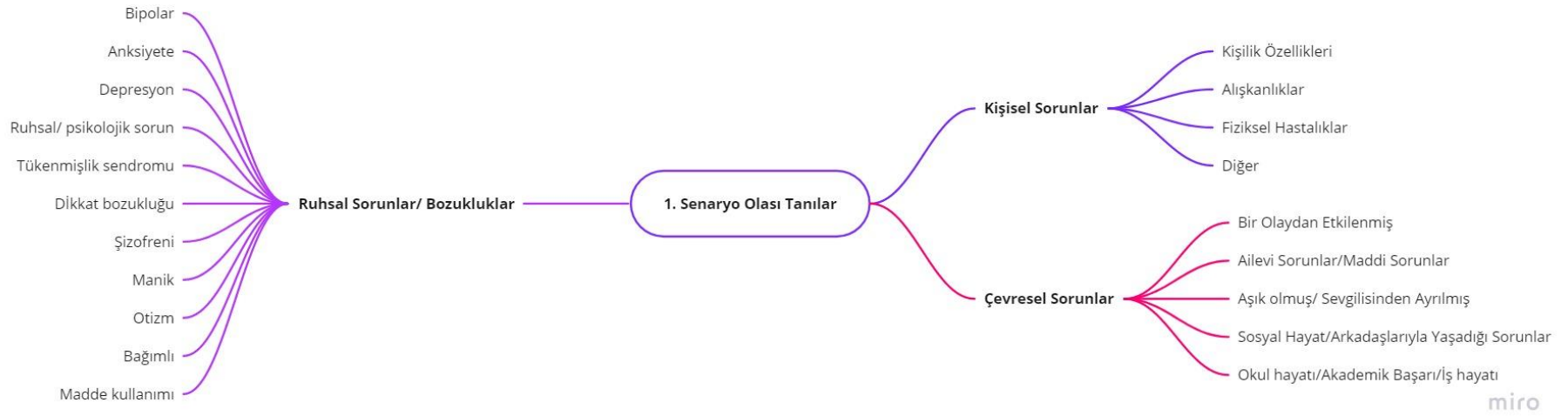
6.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketine Verilen Cevapların Genel Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrenci ve öğretmenlerin “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi”ne vermiş oldukları cevaplar değerlendirilmiştir. Bulgular, soruların “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi”nde yer aldığı sırayla verilmiştir. Senaryo 1 depresyonu, Senaryo 2 şizofreniyi ve Senaryo 3 sosyal fobiyi anlatmaktadır.

Katılımcılara senaryodaki kişinin sorununun ne olduğu ve bu kişiye faydalı olabilecek ilaçların neler olabileceği soruları açık uçlu soru tipinde sorulmuştur. Senaryodaki kişiye yardımcı olabilecek kişiler, faydalı olabilecek tedavi yöntemleri, katılımcıların senaryodakine benzer sorun yaşamış olma durumları, senaryodakine benzer sorunla karşılaşmış olma durumları, algıladıkları engellere yönelik sorular çoktan seçmeli soru formatında sorulmuştur.

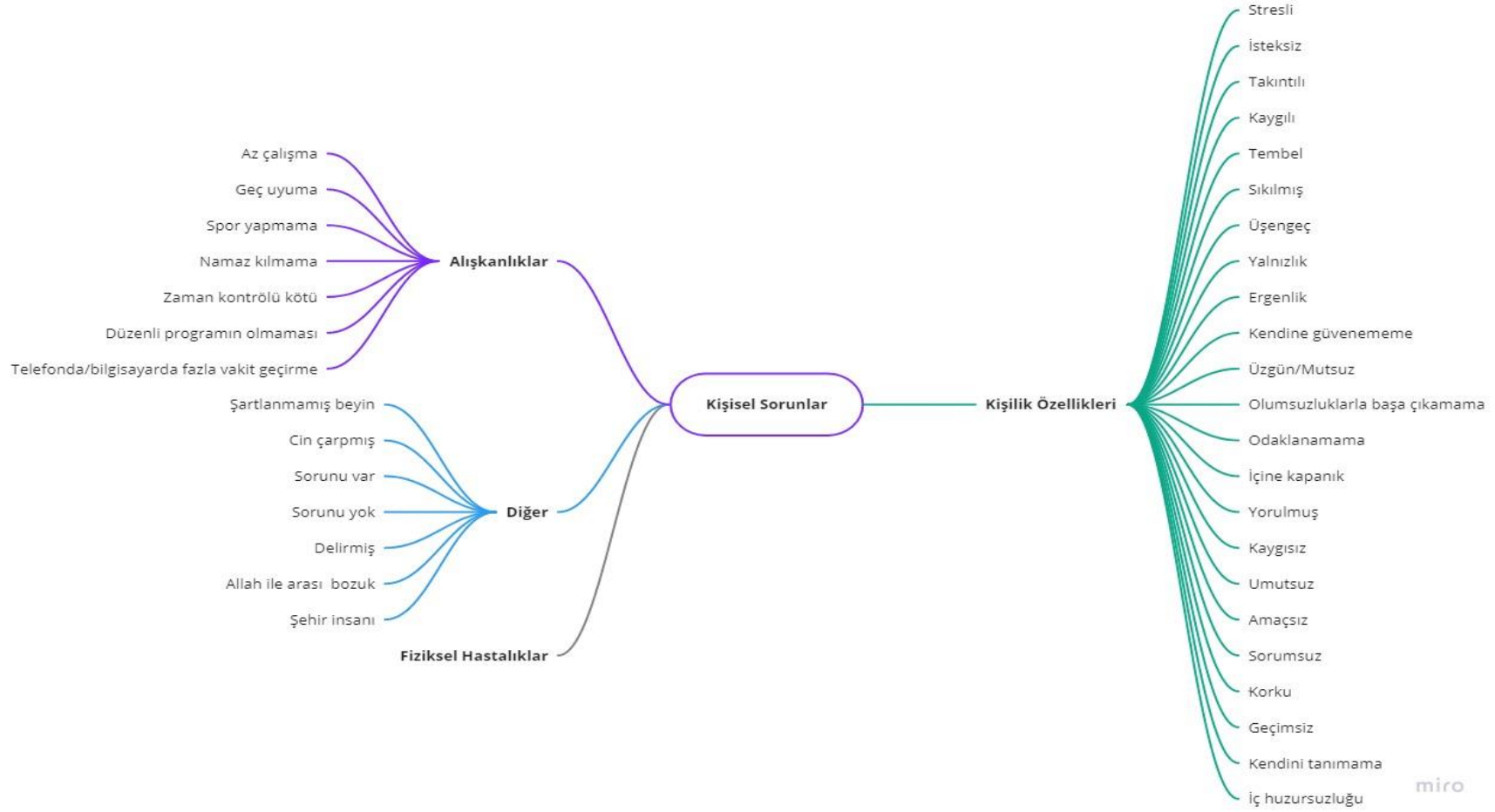
6.2.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi Senaryo 1’e ait Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna en sık verdikleri cevaplar “depresyon” ve “ergenlik” ifadeleri olmuştur (Şekil 8). Öğretmenlerin “Senaryo 1’deki “kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna en sık verdikleri cevap “depresyon” ifadesi olmuştur (Şekil 9).



Şekil 10. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların ana kategorileri

(1. Senaryo: Depresyon senaryosu)



Şekil 11. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların “Kişisel sorunlar” kategorisine ait alt kategorileri

Katılımcılar “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna birden çok cevap vermiştir. Bu cevaplar arasında yer alan “depresif”, “majör depresyon” ifadeleri araştırmacı tarafından “depresyon” olarak kategorize edilmiştir. Buna göre katılımcı cevaplarının %32,2’si (n=335) “depresyon” olmuştur. Öğrenci cevaplarının %28,1’i (n=223), öğretmen cevaplarının %45,5’i (n=112) “depresyon” olmuştur (Tablo 21). Tüm öğrencilerin “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna doğru cevap verme oranı %27,5 , öğretmenlerin ise %46,5 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 21. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevaplarının dağılımı

	Öğrenci		Öğretmen		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sorun Tanımı						
Depresyon	223	28,1	112	45,5	335	32,2
Ruhsal sorunu/bozukluğu var	114	14,4	36	14,6	150	14,4
Ergenlik	108	13,6	0	0	108	10,4
Üzgün/mutsuz	34	4,3	17	6,9	51	4,9
Stresli	33	4,2	9	3,7	42	4,0
Diğer	281	35,4	72	29,3	353	34,0
Toplam	793	100,0	246	100,0	1039	100,0

Öğrenci ve öğretmenlerin “Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” açık uçlu sorusuna verdiği cevaplar değerlendirilmiştir. Öğrenciler toplam 716 cevap vermiştir. Öğrencilerin verdikleri cevapların içinde “gerek yok” cevabı 240, “bilmiyorum” cevabı ise 228 kez verilmiştir. Bu soruda bir ilacı faydalı olarak gören öğrencilerin cevaplarının %54,4’ü (n=135) “antidepresan” olmuştur (Tablo 22). Tüm öğrencilerin depresyon tedavisi olarak “antidepresan” cevabını verme oranı %16,6 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 22. “Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğrencilerin cevaplarının dağılımı*

	Sayı	Yüzde
Antidepresan	135	54,4
Vitamin	30	12,1
Sakinleştirici	19	7,7
Ağrı kesici	14	5,6
Diğer	50	20,1
Toplam	248	100,0

*Bu tabloda 240 adet “gerek yok” ve 220 adet “bilmiyorum” cevabına yer verilmemiştir.

Öğretmenlerden “Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna 245 kişi cevap vermiştir. 120 kişi “bilmiyorum”, 15 kişi “gerek yok” demiştir. Bu soruda bir ilacı faydalı olarak gören öğretmenlerin cevaplarının %25,5’i (n=28) “antidepresan” olmuştur (Tablo 23). Tüm öğretmenlerin depresyon tedavisi olarak “antidepresan” cevabını verme oranı %11,6 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 23. “Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğretmenlerin cevaplarının dağılımı*

	Sayı	Yüzde
Antidepresan	28	25,5
Vitamin	11	10,0
Bitkisel ilaç	8	7,3
Anksiyete ilacı/ anksiyolitik	5	4,5
İştah arttırıcı	3	2,7
Diğer	55	50,0
Toplam	110	100,0

*Bu tabloda 120 adet “Bilmiyorum” ve 15 adet “Gerek yok” cevabına yer verilmemiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilere Senaryo 1’deki kişiye yardım edebilecek kişilerin listesi verilip, öğrencilerden her bir kişiye yönelik “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Psikolog” için (n=697, %86,0), “Zararlı” seçeneği en sık “Yakın bir

aile üyesi” için (n=76, %9,4), “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneği en sık “Aile hekimi” (n=418, %51,6) için verilmiştir (Tablo 24).

Öğretmenler ise aynı soru için “Faydalı” seçeneğini en sık “Psikolog” (n=219, %90,9) için, “Zararlı” seçeneğini en sık “Yakın bir aile üyesi” (n=8, %3,3) için, “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneğini en sık “Aile hekimi” (n=77, %32,0) için vermişlerdir (Tablo 25).

Öğrencilere Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerinin listesi verilip, öğrencilerden her bir tedavi yöntemine yönelik “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. “Faydalı” cevabı en sık “Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek” (n=723, %89,3), “Zararlı” cevabı en sık “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” (n=374, %46,2), “Hiçbir etkisi olmaz” cevabı en sık “Düzenli masaj yaptırmak” (n=299 %36,9) ifadesi için verilmiştir (Tablo 26).

Öğretmenler ise aynı soruda “Faydalı” cevabını en sık “Danışmanlık almak” (n=213, %88,4), “Zararlı” cevabını en sık “Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak” (n=46, %19,1), “Hiçbir etkisi olmaz” cevabını ise en sık “Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak” (n=79, %32,8) ifadesi için vermişlerdir (Tablo 27).

Tablo 24. Senaryo 1’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	231	28,5	22	2,7	418	51,6	128	15,8	11	1,4	810	100,0
Sınıf öğretmeni	304	37,5	40	4,9	283	34,9	170	21,0	13	1,6	810	100,0
Rehberlik öğretmeni	533	65,8	21	2,6	137	16,9	104	12,8	15	1,9	810	100,0
Psikolog	697	86,0	21	2,6	30	3,7	51	6,3	11	1,4	810	100,0
Psikiyatrist	631	77,9	57	7,0	45	5,6	58	7,2	19	2,3	810	100,0
Yakın bir aile üyesi	400	49,4	76	9,4	158	19,5	166	20,5	10	1,2	810	100,0
Yakın bir arkadaş	471	58,1	68	8,4	113	14	144	17,8	14	1,7	810	100,0

Tablo 25. Senaryo 1’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	104	43,2	5	2,1	77	32,0	40	16,6	15	6,2	241	100,0
Psikolog	219	90,9	1	0,4	2	0,8	12	5,0	7	2,9	241	100,0
Psikiyatrist	195	80,9	6	2,5	5	2,1	21	8,7	14	5,8	241	100,0
Yakın bir aile üyesi	149	61,8	8	3,3	29	12,0	43	17,8	12	5,0	241	100,0
Yakın bir arkadaş	171	71,0	4	1,7	20	8,3	35	14,5	11	4,6	241	100,0

Tablo 26. Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğrenci verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	723	89,3	14	1,7	38	4,7	25	3,1	10	1,2	810	100,0
Gevşeme egzersizi	490	60,5	51	6,3	135	16,7	124	15,3	10	1,2	810	100,0
Meditasyon yapmak	508	62,7	28	3,5	153	18,9	101	12,5	20	2,5	810	100,0
Düzenli masaj yaptırmak	329	40,6	24	3	299	36,9	144	17,8	14	1,7	810	100,0
Akupunktur yaptırmak	178	22	65	8	205	25,3	347	42,8	15	1,9	810	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	538	66,4	37	4,6	127	15,7	99	12,2	9	1,1	810	100,0
Danışmanlık almak	584	72,1	28	3,5	105	13	83	10,2	10	1,2	810	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	462	57	38	4,7	120	14,8	174	21,5	16	2,0	810	100,0
Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak	245	30,2	233	28,8	208	25,7	111	13,7	13	1,6	810	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	501		67	8,3	125	15,4	108	13,3	9	1,1	810	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	426	52,6	113	14	128	15,8	131	16,2	12	1,5	810	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek	435	53,7	104	12,8	114	14,1	147	18,1	10	1,2	810	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	195	24,1	374	46,2	88	10,9	139	17,2	14	1,7	810	100,0
Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak	217	26,8	317	39,1	155	19,1	101	12,5	20	2,5	810	100,0

Tablo 27. Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	204	84,6	4	1,7	9	3,7	19	7,9	5	2,1	241	100,0
Gevşeme egzersizi	187	77,6	2	0,8	14	5,8	31	12,9	7	2,9	241	100,0
Meditasyon yapmak	161	66,9	3	1,2	25	10,4	47	19,5	5	2,1	241	100,0
Düzenli masaj yaptırmak	120	49,8	1	0,4	38	15,8	75	31,1	7	2,9	241	100,0
Akupunktur yaptırmak	75	31,1	3	1,2	43	17,9	117	48,5	3	1,2	241	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	191	79,3	1	0,4	8	3,3	37	15,4	4	1,7	241	100,0
Danışmanlık almak	213	88,4		0,0	4	1,7	18	7,5	6	2,5	241	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	155	64,3	4	1,7	11	4,6	62	25,7	9	3,7	241	100,0
Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak	74	30,7	44	18,3	52	21,6	63	26,1	8	3,3	241	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	119	49,4	10	19,1	46	4,1	58	24,1	8	3,3	241	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	169	70,1	8	3,3	10	4,1	45	18,7	9	3,7	241	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek	176	73,0	4	1,7	16	6,7	35	14,5	10	4,1	241	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılma	67	27,9	45	18,7	23	9,5	95	39,4	11	4,6	241	100,0
Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak	52	21,6	46	19,1	79	32,8	62	25,7	2	0,8	241	100,0

“Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde benzer sorunu olan oldu mu?” sorusuna öğrencilerin %42,5’i (n=344) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %32,3’ü (n=111) bu sorunlar için profesyonel yardım gördüklerini belirtmiştir.

“Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?” sorusuna öğrencilerin %46,3’ü (n=375) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %21,6’sı (n=81) bu sorunlar için profesyonel yardım aldıklarını belirtmiştir (Tablo 28).

Tablo 28. Öğrencilerin Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşama durumları

	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Ailenizde/çevrenizde hiç kimsenin benzer durum oldu mu?	344(42,5)	298(36,8)	162(20,0)	6(0,7)	810(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?	111(32,3)	174(50,6)	45(13,1)	14(4,1)	344(100,0)
Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?	375(46,3)	358(44,2)	71(8,8)	6(0,7)	810(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?	81(21,6)	287(76,5)	2(0,5)	5(1,3)	375(100,0)

“Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde benzer sorunu olan oldu mu?” sorusuna öğretmenlerin %56,8’i (n=137) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %63,5’i (n=87) bu sorunlar için profesyonel yardım gördüklerini belirtmiştir.

“Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?” sorusuna öğretmenlerin %41,1’i (n=99) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %42,4’ü (n=42) bu sorunlar için profesyonel yardım aldıklarını belirtmiştir (Tablo 29).

Tablo 29. Öğretmenlerin Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşama durumları

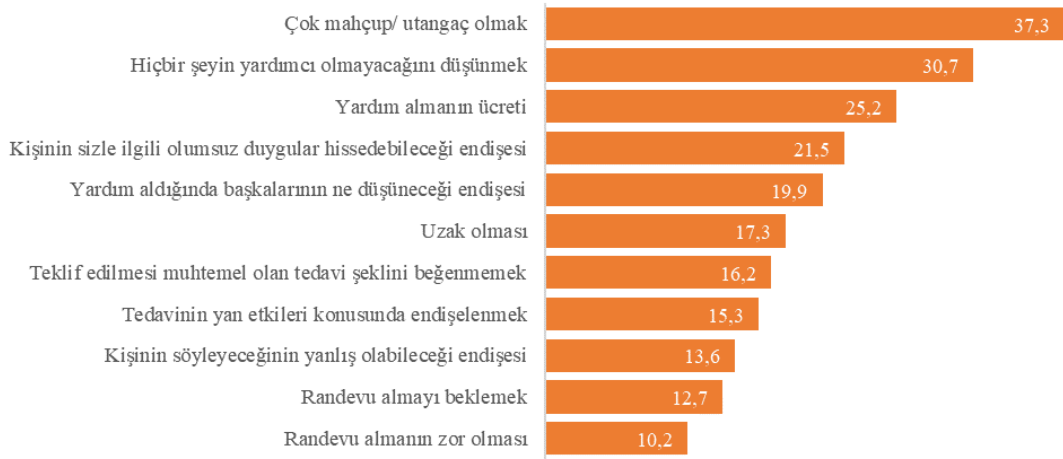
	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Ailenizde/çevrenizde benzer durum oldu mu?	137(56,8)	71(29,5)	30(12,4)	3(1,2)	241(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?	87(63,5)	33(24,1)	10(7,3)	7(5,1)	137(100,0)
Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?	99(41,1)	127(52,7)	9(3,7)	6(2,5)	241(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?	42(42,4)	56(56,6)	0(0)	1((1,0)	99(100,0)

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 1’de tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?” sorusuna %55,7’si (n=451) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %57,9’u (n=261) bu sorunları için her iki ebeveniyle konuşabileceğini belirtmiştir (Tablo 30).

Tablo 30. Öğrencilerin Senaryo 1’deki kişiye benzer sorunlarını ebeveynleriyle paylaşma tutumları

		Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
		Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Senaryo 1’de tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?		451 (55,7)	227 (28,0)	113 (14,0)	19 (2,3)	810 (100,0)
	Her ikisi	Sadece annem	Sadece babam	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Hangi ebeveyninizle konuşabilirsiniz?	261(57,9)	139(30,8)	11 (2,4)	18 (4,0)	22 (4,9)	451(100,0)

Katılımcılar “Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler nelerdir?” sorusuna birden çok cevap verebilmiştir. Öğrencilerin %37,3’ü (n=302) “Çok mahcup/ utangaç olmak” ifadesini seçmiştir (Şekil 12). Öğretmenlerin %45,2’si (n=109) ise “Yardım almanın ücreti” ifadesini seçmiştir (Şekil 13).



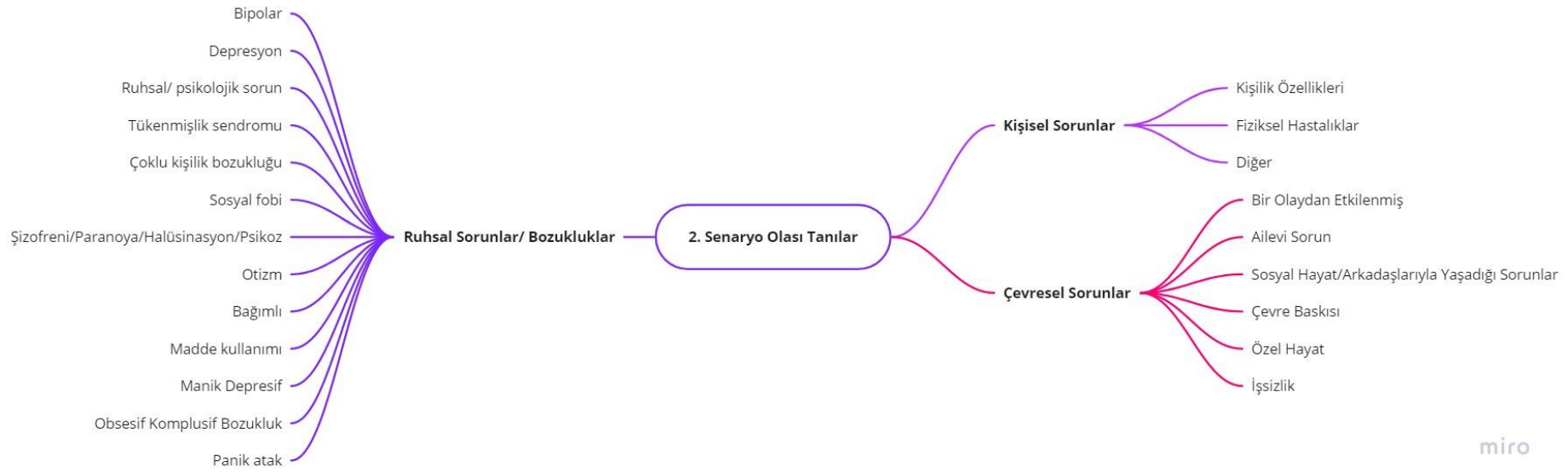
Şekil 12. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler sorusuna öğrenci cevaplarının dağılımı (n=810)



Şekil 13. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler sorusuna öğretmen cevaplarının dağılımı (n=241)

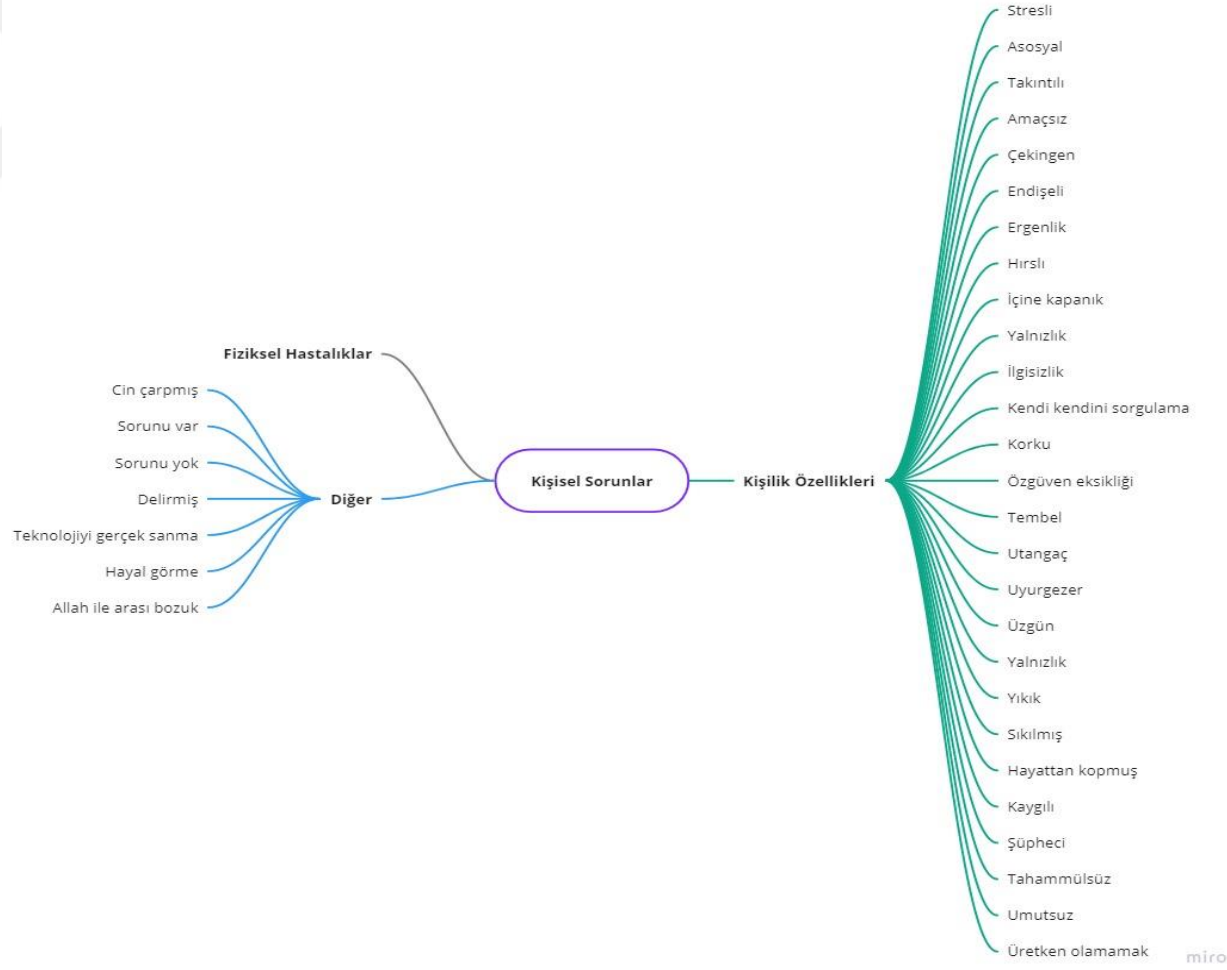
6.2.1.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi Senaryo 2'ye ait Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna en sık verdikleri cevaplar “şizofreni”, “şizofren” ile “bilmiyorum” ifadeleri olmuştur. (Şekil 14) Öğretmenlerin “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna en sık verdikleri cevaplar “şizofreni” ile “depresyon” ifadesi olmuştur (Şekil 15).



Şekil 16. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların ana kategorileri

(2.Senaryo: Şizofreni senaryosu)



Şekil 17. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların “Kişisel sorunlar” kategorisine ait alt kategorileri

Katılımcılar “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna birden fazla cevap vermiştir. Bu cevaplar arasında yer alan “şizofren”, “psikoz”, “halüsinasyon”, “paranoyak” ifadeleri araştırmacı tarafından “şizofreni” olarak kategorize edilmiştir. Buna göre katılımcıların verdikleri cevapların %46,8’i (n=482) “şizofreni” olmuştur. Öğrenci cevaplarının %46,5’i (n=370), öğretmen cevaplarının %47,9’u (n=112) “şizofreni” olmuştur (Tablo 31). Tüm öğrencilerin “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna doğru cevap verme oranı %45,7, öğretmenlerin ise %42,7 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 31. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevaplarının dağılımı

	Öğrenci		Öğretmen		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sorun Tanımı						
Şizofreni	370	46,5	112	47,9	482	46,8
Ruhsal Sorun	125	15,7	30	12,8	155	15,1
Depresyon	32	4,0	27	11,5	59	5,7
Delirmiş	28	3,5	0	0,0	28	2,7
Cin Çarpmış	26	3,3	0	0,0	26	2,5
Diğer	214	26,9	65	27,8	279	27,1
Toplam	795	100,0	234	100,0	1029	100,0

Çalışmamızdaki öğrencilerin “Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” açık uçlu sorusuna verilen cevaplar değerlendirilmiştir. Öğrenciler toplam 713 cevap vermiştir. Öğrencilerin verdikleri cevapların içinde “bilmiyorum” diyen 354 kişi, “gerek yok” diyen 92 kişi olmuştur. Bu soruda bir ilacı faydalı gören öğrencilerin cevaplarının %30,0’ı (n=80) “şizofreni tedavi ilacı”, %2,2’si (n=5) “antipsikotik” olmuştur (Tablo 32). Tüm öğrencilerin şizofreni tedavisi olarak “antipsikotik” cevabını verme oranı ise %1’den küçük bulunmuştur.

Tablo 32. “Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğrencilerin cevaplarının dağılımı*

	Sayı	Yüzde
Şizofren tedavi ilacı	80	30,0
Antidepresan	63	23,6
Sakinleştirici	44	16,5
Uyku hapi	11	4,1
Antipsikotik	5	2,2
Diğer	69	25,9
Toplam	267	100,0

* 354 adet “Bilmiyorum” ve 92 adet “Gerek yok” cevabına bu tabloda yer verilmemiştir.

Çalışmaya katılan öğretmenler “Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna toplam 201 cevap vermiştir. Öğretmenlerin verdikleri cevapların içinde “bilmiyorum” diyen 136 kişi , “gerek yok” diyen 18 kişi olmuştur. Bu soruda bir ilacı faydalı gören öğretmenlerin cevaplarının %31,9’u (n=80) “antidepresan”, %14,9’u (n=7) “antipsikotik” olmuştur (Tablo 33). Tüm öğretmenlerin şizofreni tedavisi olarak “antipsikotik” cevabını verme oranının %1’den küçük olduğu bulunmuştur

Tablo 33. “Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğretmenlerin cevaplarının dağılımı*

	Sayı	Yüzde
Antidepresan	15	31,9
Antipsikotik	7	14,9
Şizofren tedavi ilacı	7	14,9
Anksiyete ilacı	4	8,5
Diğer	14	29,8
Toplam	47	100,0

** 136 adet “Bilmiyorum” ve adet “Gerek yok” cevabına bu tabloda yer verilmemiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilere Senaryo 2’deki kişiye yardım edebilecek kişilerin listesi verilip, öğrencilerden her bir kişiye yönelik “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Psikiyatrist” (n=722 %89,1), “Zararlı” seçeneği en sık “Yakın bir

arkadaş” (n=119 %14,7), “Hiçbir etkisini olmaz” seçeneği en sık “Sınıf öğretmeni” (n=492 %60,7) için verilmiştir (Tablo 34).

Öğretmenler aynı soruda “Faydalı” seçeneğini en sık “Psikiyatrist” (n=219 %90,9), “Zararlı” seçeneğini en sık “Yakın bir aile üyesi” (n=10 %4,1), “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneğini en sık “Aile hekimi” (n=117 %48,5) için seçmiştir (Tablo 35).

Öğrencilere Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerinin listesi verilip, öğrencilerden her bir tedavi yöntemine yönelik “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Danışmanlık almak” (n=572 %70,6), “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak” (n=397 %49,0), “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneği en sık “Düzenli masaj yaptırmak” (n=382 %47,2) ifadesi için verilmiştir (Tablo 36).

Öğretmenler aynı soruda “Faydalı” seçeneğini en sık “Danışmanlık almak” (n=195 %80,9), “Zararlı” seçeneğini en sık “Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak” (n=56 %23,2), “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneğini en sık “Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak” (n=104 %43,2) ifadesi için seçmişti (Tablo 37).

Tablo 34. Senaryo 2’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	209	25,8	60	7,4	457	56,4	76	9,4	8	1,0	810	100,0
Sınıf öğretmeni	158	19,5	80	9,9	492	60,7	66	8,1	14	1,7	810	100,0
Rehberlik öğretmeni	295	36,4	52	6,4	361	44,6	91	11,2	11	1,4	810	100,0
Psikolog	664	82,0	21	2,6	73	9,0	44	5,4	8	1,0	810	100,0
Psikiyatrist	722	89,1	24	3,0	33	4,1	25	3,1	6	0,7	810	100,0
Yakın bir aile üyesi	247	30,5	109	13,5	335	41,4	110	13,6	9	1,1	810	100,0
Yakın bir arkadaş	226	27,9	119	14,7	318	39,3	134	16,5	13	1,6	810	100,0

Tablo 35. Senaryo 2’deki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	70	29,0	4	1,7	117	48,5	42	17,4	8	3,3	241	100,0
Psikolog	192	79,7	0	0,0	19	7,9	19	7,9	11	4,6	241	100,0
Psikiyatrist	219	90,9	1	0,4	4	1,7	10	4,1	7	2,9	241	100,0
Yakın bir aile üyesi	91	37,8	10	4,1	94	39,0	43	17,8	3	1,2	241	100,0
Yakın bir arkadaş	91	37,8	9	3,7	94	39,0	40	16,6	7	2,9	241	100,0

Tablo 36. Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	483	59,6	33	4,1	194	24	85	10,5	15	1,9	810	100,0
Gevşeme egzersizi	402	49,6	36	4,4	262	32,3	94	11,6	16	2,0	810	100,0
Meditasyon yapmak	419	51,7	38	4,6	228	28,1	103	12,7	22	2,7	810	100,0
Düzenli masaj yaptırmak	244	30,1	34	4,2	382	47,2	142	17,5	8	1,0	810	100,0
Akupunktur yaptırmak	158	19,5	59	7,3	316	39	254	31,4	23	2,8	810	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	461	56,9	27	3,3	211	26	102	12,6	9	1,1	810	100,0
Danışmanlık almak	572	70,6	26	3,2	127	15,7	66	8,1	19	2,3	810	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	534	65,9	33	4,1	114	14,1	109	13,5	20	2,5	810	100,0
Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak	202	24,9	221	27,3	269	33,2	109	13,5	9	1,1	810	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	383	47,3	72	8,9	249	30,7	97	12,0	9	1,1	810	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	412	50,9	108	13,3	171	21,1	106	13,1	13	1,6	810	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek	575	71	62	7,7	85	10,5	79	9,8	9	1,1	810	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	494	61	145	17,9	68	8,4	92	11,4	11	1,4	810	100,0
Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak	145	17,9	397	49,0	181	22,3	65	8,0	22	2,7	810	100,0

Tablo 37. Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	145	60,2	3	1,2	43	17,8	35	14,5	15	6,2	241	100,0
Gevşeme egzersizi	139	57,7	3	1,2	47	19,5	39	16,2	13	5,4	241	100,0
Meditasyon yapmak	118	49,0	0	0,0	48	19,9	59	24,5	16	6,6	241	100,0
Düzenli masaj yaptırmak	83	34,4	1	0,4	76	31,5	74	30,7	7	2,9	241	100,0
Akupunktur yaptırmak	58	24,1	2	0,8	79	32,8	91	37,8	11	4,6	241	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	144	59,8	1	0,4	36	14,9	44	18,3	16	6,6	241	100,0
Danışmanlık almak	195	80,9	0	0,0	9	3,7	21	8,7	16	6,6	241	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	146	60,6	1	0,4	19	7,9	58	24,1	17	7,1	241	100,0
Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak	62	25,7	40	16,6	80	33,2	52	21,6	7	2,9	241	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	88	36,5	14	5,8	76	31,5	48	19,9	15	6,2	241	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	153	63,5	6	2,5	25	10,4	41	17,0	16	6,6	241	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek	194	80,5	1	0,4	12	5,0	23	9,5	11	4,6	241	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	154	63,9	10	4,1	9	3,7	56	23,2	12	5,0	241	100,0
Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak	31	12,9	56	23,2	104	43,2	38	15,8	12	5,0	241	100,0

“Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde benzer sorunu olan oldu mu?” sorusuna öğrencilerin %10,2’si (n=83) “Evet” cevabını seçmiştir. “Evet” diyenlerin %47,0’ı (n=49) bu sorunlar için profesyonel yardım gördüklerini belirtmiştir. “Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?” sorusuna öğrencilerin %5,8’i (n=47) “Evet” cevabını seçmiştir. “Evet” diyenlerin %17,0’ı (n=8) bu sorunlar için profesyonel yardım aldıklarını belirtmiştir (Tablo 38).

Tablo 38. Öğrencilerin Senaryo 2’deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 2’deki kişiye benzer sorun yaşama durumları

	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Ailenizde/çevrenizde hiç kimsenin benzer durum oldu mu?	83(10,2)	631(77,9)	89(11,0)	7(0,9)	810(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?	39(47,0)	30(36,1)	10(12,0)	4(4,8)	83(100,0)
Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?	47(5,8)	696(85,9)	58(7,2)	9(1,1)	810(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?	8(17,0)	35(74,5)	3(6,4)	1(2,1)	47(100,0)

“Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde benzer sorunu olan oldu mu?” sorusuna öğretmenlerin %20,3’ü (n=49) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin içinde %57,1’i (n=28) bu sorunlar için profesyonel yardım gördüklerini belirtmiştir. “Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?” sorusuna öğretmenlerin %1,7’si (n=4) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %50,0’ı (n=2) bu sorunlar için profesyonel yardım aldıklarını belirtmiştir (Tablo 39).

Tablo 39. Öğretmenlerin Senaryo 2’deki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 2’deki kişiye benzer sorun yaşama durumları

	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Ailenizde/çevrenizde hiç kimsenin benzer durumu oldu mu?	49(20,3)	179(74,3)	11(4,6)	2(0,8)	241(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?	28(57,1)	13(26,5)	5(10,2)	3(6,1)	49(100,0)
Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?	4(1,7)	230(95,4)	3(1,2)	4(1,7)	241(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?	2(50,0)	2(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(100,0)

“Senaryo 2’de tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?” sorusuna öğrencilerin %52,3’ü (n=424) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin içinde %68,2’u (n=289) bu sorunlar için her iki ebeveyniyle konuşabileceğini belirtmiştir (Tablo 40).

Tablo 40. Öğrencilerin Senaryo 2’deki kişiye benzer sorunlarını ebeveynleriyle paylaşma tutumları

	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Senaryo 2’de tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?	424(52,3)	223(27,5)	151(18,6)	12(1,5)	810(100,0)
	Her ikisi	Sadece annem	Sadece babam	Bilmiyorum	Cevapsız
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Hangi ebeveyninizle konuşabilirsiniz?	289 (68,2)	91 (21,5)	7 (1,7)	17 (4,0)	20 (4,7)
					424(100,0)

Katılımcılar “Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler nelerdir?” sorusuna birden çok cevap verebilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %27,3’ü (n=221) “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek” ifadesini seçmiştir (Şekil 18). Öğretmenlerin ise %45,2’si (n=109) “Yardım almanın ücreti” ifadesini seçmiştir (Şekil 19).



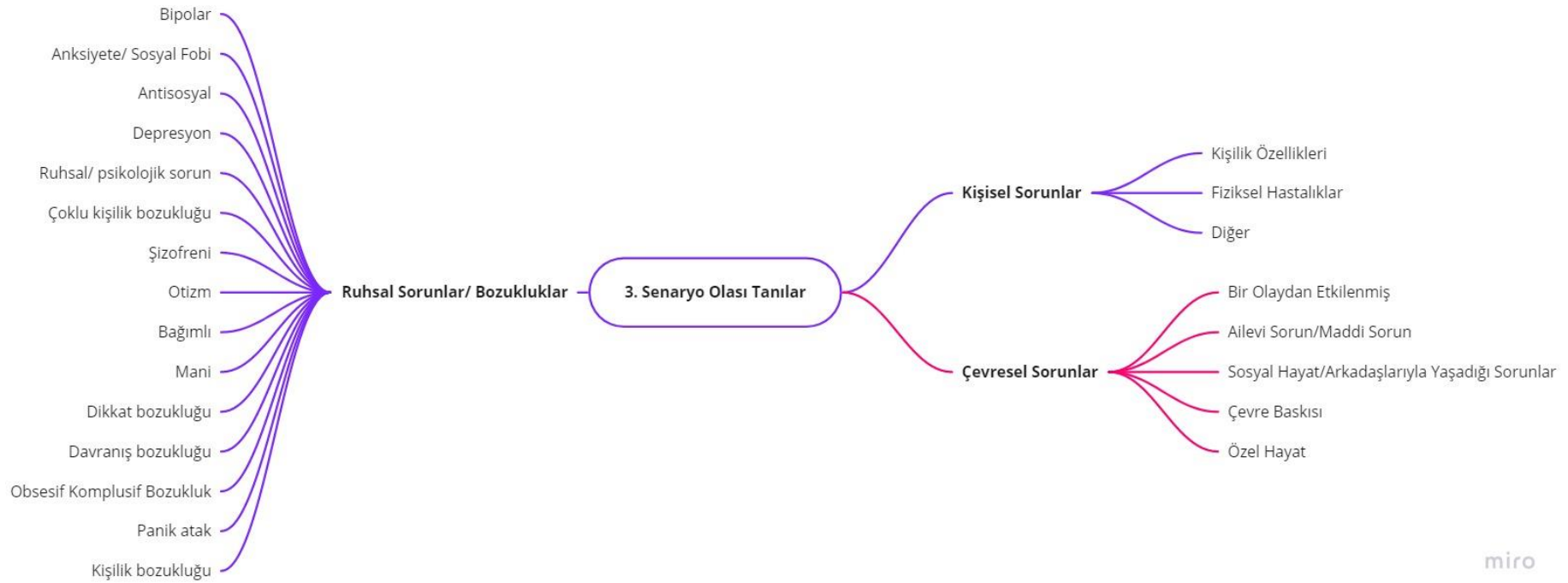
Şekil 18. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler sorusuna öğrenci cevaplarının dağılımı (n=810)



Şekil 19. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek nedenlere yönelik öğretmen cevaplarının dağılımı (n=241)

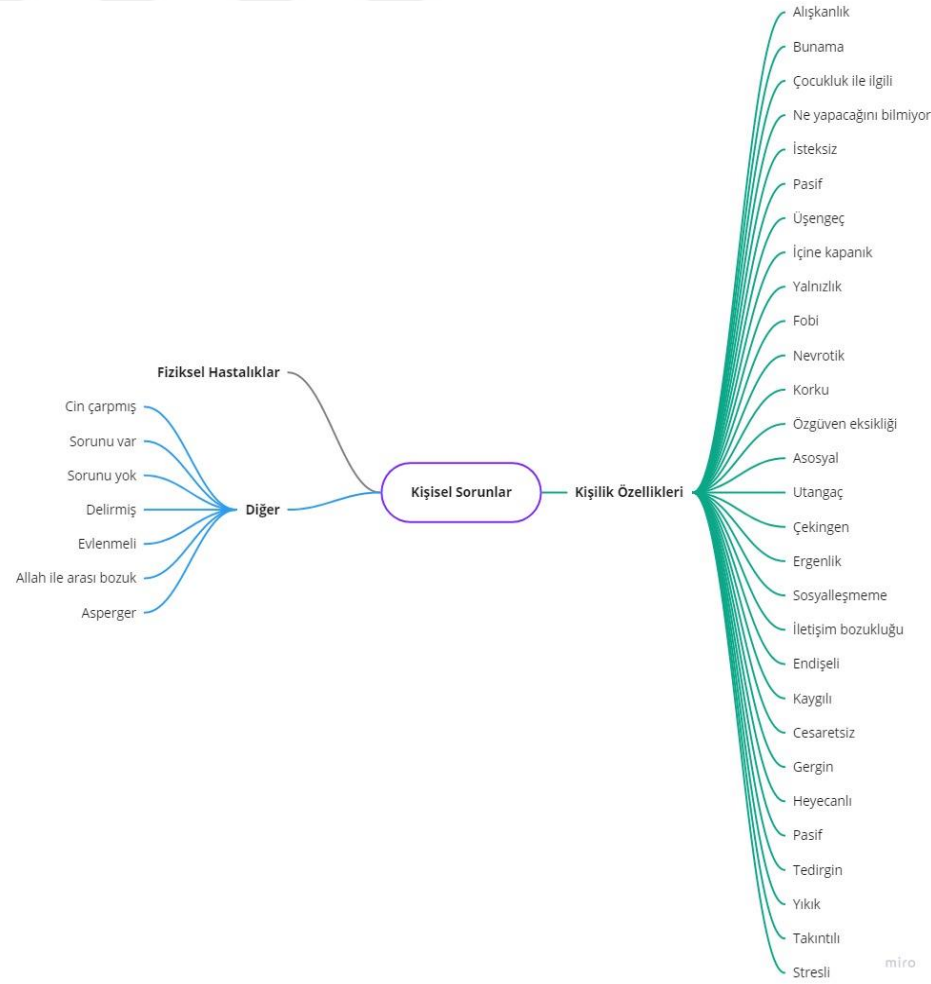
6.2.1.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi Senaryo 3’e ait Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna en sık verdikleri cevaplar “utangaç/utangaçlık” ile “özgüven eksikliği” ifadeleri olmuştur (Şekil 20). Öğretmenlerin “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna en sık verdikleri cevaplar “özgüven eksikliği” ile “sosyal fobi” ifadesi olmuştur (Şekil 21).



Şekil 22. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların ana kategorileri

(3.Senaryo:Sosyal fobi senaryosu)



Şekil 23. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen cevapların “Kişisel sorunlar” kategorisine ait alt kategorileri

Çalışmaya katılan öğretmen ve öğrenciler “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” açık uçlu sorusuna birden çok cevap verebilmiştir. Bu cevaplar arasında “kaygı bozukluğu” ifadesi araştırmacı tarafından “sosyal fobi/anksiyete bozukluğu” kategorisine dahil edilmiştir. Buna göre katılımcı cevaplarının %24,1’i (n=257) “utangaç” olmuştur. Öğrenci cevaplarının %29,1’i (n=245) “utangaç” olmuştur. Öğretmen cevaplarının %27,9’u (n=63) “sosyal fobi” olmuştur (Tablo 41). Tüm öğrencilerin “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna doğru cevap verme oranı %6,2, öğretmenlerin ise %26,1 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 41. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verilen katılımcı cevaplarının dağılımı

	Öğrenci		Öğretmen		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sorun Tanımı						
Utangaç	245	29,1	12	5,3	257	24,1
Özgüven eksikliği	177	21,0	55	24,3	232	21,7
Sosyal Fobi	50	5,9	63	27,9	113	10,6
Asosyal	54	6,4	13	5,8	67	6,3
Çekingen	62	7,4	2	0,9	64	6,0
Diğer	254	30,2	81	35,8	335	31,4
Toplam	842	100,0	226	100,0	1068	100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin ve öğretmenlerin “Senaryo 3’teki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Öğrenciler toplam 699 cevap vermiştir. Öğrencilerin verdikleri cevapların içinde 399 “gerek yok”, 190 “bilmiyorum” cevabı olmuştur. Bu soruda bir ilacı faydalı olarak gören öğrencilerin cevaplarının %21,8’i (n=24) “sakinleştirici” olmuştur (Tablo 42). Tüm öğrencilerin sosyal fobi tedavisi olarak “antidepresan” cevabını verme oranının %1’den küçük olduğu bulunmuştur.

Tablo 42. “Senaryo 3’ deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğrencilerin cevaplarının dağılımı*

	Sayı	Yüzde
Sakinleştirici	24	21,8
Antidepresan	22	20,0
Bitkisel ilaç	13	11,8
Ağrı kesici	7	6,4
Diğer	44	40,0
Toplam	110	100,0

*399 “gerek yok” ve 190 “bilmiyorum” cevapları bu tabloda yer almamaktadır.

Öğretmenler “Senaryo 3’teki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna toplam 202 cevap vermiştir. Öğretmenlerin verdikleri cevaplar içinde “bilmiyorum” diyen 137 kişi , “gerek yok” diyen 35 kişi olmuştur. Bu soruda bir ilacı faydalı olarak gören öğretmen cevaplarının %26,7’si (n=8) “antidepresan” olmuştur (Tablo 43). Tüm öğretmenlerin sosyal fobi tedavisi olarak “antidepresan” cevabını verme oranının %1’den küçük olduğu bulunmuştur.

Tablo 43. “Senaryo 3’ deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar” sorusuna bir ilacı faydalı gören öğretmenlerin cevaplarının dağılımı*

	Sayı	Yüzde
Antidepresan	8	26,7
Sakinleştirici	5	16,7
Anksiyolitik	4	13,3
Antipsikotik	2	6,7
Diğer	13	36,6
Toplam	30	100,0

* 137 “bilmiyorum” ve 35 “gerek yok” cevabına bu tabloda yer verilmemiştir.

Öğrencilere Senaryo 3’teki kişiye yardım edebilecek kişilerin listesi verilip, öğrencilerden her bir kişiye yönelik “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık

“Psikolog” (n=642 %79,3), “Zararlı” seçeneği en sık “Psikiyatrist” (n=86 %10,6), “Hiçbir etkisini olmaz” seçeneği en sık “Aile hekimi” (n=456 %56,3) için verilmiştir (Tablo 44).

Öğretmenler aynı soruda “Faydalı” seçeneğini en sık “Psikolog” (n=217 %90,0), “Zararlı” seçeneğini en sık “Psikiyatrist” (n=5 %2,1), “Hiçbir etkisi olmaz” seçeneğini en sık “Aile hekimi” (n=108 %44,8) için seçmiştir (Tablo 45).

Çalışmaya katılan öğrencilere Senaryo 3’teki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerinin listesi verilip, öğrencilerden tedavi yöntemlerine yönelik “Faydalı” “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek” (n=693 %85,6), “Zararlı” seçeneği en sık “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” (n=304 %37,5), “Hiçbir etkisini olmaz” seçeneği en sık “Düzenli masaj yaptırmak” (n=361 %44,6) ifadesi için verilmiştir (Tablo 46).

Öğretmenler aynı soruda “Faydalı” seçeneğini en sık “Danışmanlık almak” (n=209 %86,7), “Zararlı” seçeneğini en sık “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” (n=53 %22,0), “Hiçbir etkisini olmaz” seçeneğini en sık “Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak” (n=74 %30,7) ifadesi için seçmiştir (Tablo 47).

Tablo 44. Senaryo 3’ teki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	196	24,2	49	6	456	56,3	96	11,9	13	1,6	810	100,0
Sınıf öğretmeni	470	58	33	4,1	216	26,7	74	9,1	17	2,1	810	100,0
Rehberlik öğretmeni	606	74,8	23	2,8	118	14,6	55	6,8	8	1,0	810	100,0
Psikolog	642	79,3	26	3,2	79	9,8	47	5,8	16	2,0	810	100,0
Psikiyatrist	406	50,1	86	10,6	180	22,2	127	15,7	11	1,4	810	100,0
Yakın bir aile üyesi	504	62,2	43	5,3	155	19,1	96	11,9	12	1,5	810	100,0
Yakın bir arkadaş	558	68,9	37	4,6	100	12,3	91	11,2	24	3,0	810	100,0

Tablo 45. Senaryo 3’ teki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik soruya öğretmenlerin cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile hekimi	69	28,6	0	0,0	108	44,8	51	21,2	13	5,4	241	100,0
Psikolog	217	90,0	1	0,4	7	2,9	9	3,7	7	2,9	241	100,0
Psikiyatrist	173	71,8	5	2,1	16	6,6	36	14,9	11	4,6	241	100,0
Yakın bir aile üyesi	138	57,3	1	0,4	46	19,1	44	18,3	12	5,0	241	100,0
Yakın bir arkadaş	158	65,6	3	1,2	34	14,1	39	16,2	7	2,9	241	100,0

Tablo 46. Senaryo 3'teki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	693	85,6	10	1,2	63	7,8	36	4,4	8	1	810	100,0
Gevşeme egzersizi	468	57,8	26	3,2	210	25,9	82	10,1	24	3,0	810	100,0
Meditasyon yapmak	448	55,3	29	3,6	222	27,4	89	11,0	22	2,7	810	100,0
Düzenli masaj yaptırmak	291	35,9	33	4,1	361	44,6	114	14,1	11	1,4	810	100,0
Akupunktur yaptırmak	185	22,8	55	6,8	315	38,9	245	30,2	10	1,2	810	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	469	57,9	22	2,7	218	26,9	87	10,7	14	1,7	810	100,0
Danışmanlık almak	635	78,4	15	1,9	78	9,6	69	8,5	13	1,6	810	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	539	66,5	22	2,7	111	13,7	117	14,4	21	2,6	810	100,0
Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak	316	39	146	18	238	29,4	99	12,2	11	1,4	810	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	560	69,1	48	5,9	122	15,1	68	8,4	12	1,5	810	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	466	57,5	76	9,4	134	16,5	110	13,6	24	3,0	810	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek	294	36,3	119	14,7	237	29,3	135	16,7	25	3,1	810	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	161	19,9	304	37,5	204	25,2	112	13,8	29	3,6	810	100,0
Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak	261	32,2	213	26,3	173	21,4	127	15,7	36	4,4	810	100,0

Tablo 47. Senaryo 3'teki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik soruya öğretmenlerin verdikleri cevapların dağılımı

	Faydalı		Zararlı		Hiçbir etkisi olmaz		Bilmiyorum		Cevapsız		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	190	78,8	2	0,8	21	8,7	23	9,5	5	2,1	241	100,0
Gevşeme egzersizi	183	75,9	2	0,8	21	8,7	27	11,2	8	3,3	241	100,0
Meditasyon yapmak	143	59,3	1	0,4	35	14,5	48	19,9	14	5,8	241	100,0
Düzenli masaj yaptırmak	102	42,3	2	0,8	55	22,8	73	30,3	9	3,7	241	100,0
Akupunktur yaptırmak	65	27,0	2	0,8	62	25,7	97	40,2	15	6,2	241	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	159	66,0	1	0,4	29	12,0	37	15,4	15	6,2	241	100,0
Danışmanlık almak	209	86,7	1	0,4	9	3,7	10	4,1	12	5,0	241	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	181	75,1	2	0,8	10	4,1	39	16,2	9	3,7	241	100,0
Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak	102	42,3	31	12,9	53	22,0	46	19,1	9	3,7	241	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	147	61,0	7	2,9	39	16,2	32	13,3	16	6,6	241	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	196	81,3	2	0,8	9	3,7	23	9,5	11	4,6	241	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek	174	72,2	5	2,1	17	7,1	32	13,3	13	5,4	241	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	60	24,9	53	22,0	49	20,3	66	27,4	13	5,4	241	100,0
Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak	69	28,6	37	15,4	74	30,7	46	19,1	15	6,2	241	100,0

“Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde benzer sorunu olan oldu mu?” sorusuna öğrencilerin %34,6’si(n=280) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %15,7’si (n=44) bu sorunlar için profesyonel yardım gördüklerini belirtmiştir. “Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?” sorusuna öğrencilerin %29,8’i (n=241) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %10,8’i (n=26) bu sorunlar için profesyonel yardım aldıklarını belirtmiştir (Tablo 48).

Tablo 48. Öğrencilerin Senaryo 3’teki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 3’teki kişiye benzer sorun yaşama durumları

	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Ailenizde/çevrenizde hiç kimsenin benzer durumu oldu mu?	280(34,6)	402(49,6)	113(14,0)	15(1,9)	810(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?	44(15,7)	171(61,1)	57(20,4)	8(2,9)	280(100,0)
Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?	241(29,8)	498(61,5)	52(6,4)	19(2,3)	810(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?	26(10,8)	208(86,3)	3(1,2)	4(1,7)	241(100,0)

“Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde benzer sorunu olan oldu mu?” sorusuna öğretmenlerin %25,7’si (n=62) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %32,3’ı (n=20) bu sorunlar için profesyonel yardım gördüklerini belirtmiştir. “Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?” sorusuna öğretmenlerin %15,3’ü (n=37) “Evet” ifadesini seçmiştir. “Evet” ifadesini seçenlerin %18,9’u (n=7) bu sorunlar için profesyonel yardım aldıklarını belirtmiştir (Tablo 49).

Tablo 49. Öğretmenlerin Senaryo 3'teki kişiye benzer sorun yaşamış olanlarla karşılaşma durumları ve Senaryo 3'teki kişiye benzer sorun yaşama durumları

	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Ailenizde/çevrenizde hiç kimsenin benzer durumu oldu mu?	62(25,7)	146(60,5)	26(10,7)	7(2,9)	241(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?	20(32,3)	30(48,4)	12(19,4)	0(0,0)	62(100,0)
Hiç benzer bir problem yaşadınız mı?	37(15,3)	181(75,1)	7(2,9)	16(6,6)	241(100,0)
Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?	7(18,9)	28(75,7)	0(0,0)	2(5,4)	37(100,0)

“Senaryo 3'te tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?” sorusuna öğrencilerin %61,7'si (n=500) “Evet” seçeneğini seçmiştir. “Evet” diyenlerin %67,8'i (n=339) bu sorunlar için her iki ebeveyniyle konuşabileceğini belirtmiştir (Tablo 50).

Tablo 50. Öğrencilerin Senaryo 3'teki kişiyle benzer sorunlarını ebeveynleriyle paylaşma tutumları

		Evet	Hayır	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
		Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Senaryo 3’te tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?		500(61,7)	197(24,3)	93(11,5)	20(2,5)	810(100,0)
	Her ikisi	Sadece annem	Sadece babam	Bilmiyorum	Cevapsız	Toplam
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Hangi ebeveyninizle konuşabilirsiniz?	339(67,8)	120(24,0)	9(1,8)	13(2,6)	19(3,8)	500(100,0)

Katılımcılar “Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenler” sorusuna birden çok cevap verebilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %37,9'ü (n=307) “Çok mahcup/utangaç olmak” ifadesini seçmiştir (Şekil 24). Öğretmenlerin %34,0'ı (n=109) ise “Yardım almanın ücreti” ifadesini seçmiştir (Şekil 25).



Şekil 24. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek nedenlere yönelik öğrenci cevaplarının dağılımı (n=810)



Şekil 25. Profesyonel bir kişiden yardım almayı engelleyebilecek nedenlere yönelik öğretmen cevaplarının dağılımı (n=241)

6.2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Öğrenci ve öğretmenlerin “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi”ne vermiş oldukları cevaplar, sosyodemografik değişkenlere göre değerlendirilmiştir. İncelenen değişkenler öğrenci ve öğretmenler için cinsiyet, yaş grubu, gelir düzeyidir. Ayrıca öğrenci cevapları anne ve baba eğitim düzeylerine göre değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler üç senaryo için yapılmıştır ve üç senaryoya ait bulguları tablolarda bir arada verilmiştir. Katılımcıların senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik “Faydalı” seçeneğini seçtikleri cevaplar bu bölümde ele alınmıştır. Senaryodaki

kişiyeye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerine yönelik sorularda katılımcıların “Faydalı” seçeneğini işaretdikleri en sık 5 yönteme burada yer verilmiştir. “Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek nedenler nedir?” sorusuna katılımcıların belirledikleri en sık 3 neden bu bölümde değerlendirilmiştir. Bu bölümde bahsi geçen tablolar EK TABLOLAR başlığında yer almaktadır (Bkz 1.EK 1).

Öğrencilerin senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verdikleri cevaplar “cinsiyet” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’e “depresyon” diyenlerin %68,2’sinin (n=152) kadın, Senaryo 2’ye “şizofreni” diyenlerin %58,6’sının (n=217) kadın, Senaryo 3’e “sosyal fobi” diyenlerin %90,0’nın (n=45) kadın olduğu tespit edilmiştir (Tablo 85).

Öğretmenlerin aynı soruya verdiği cevaplar “cinsiyet” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’e “depresyon” diyenlerin %69,6’sının (n=78) kadın, Senaryo 2’ye “şizofreni” diyenlerin %67,0’ının (n=69) kadın, Senaryo 3’e “sosyal fobi” diyenlerin %71,4’ünün (n=45) kadın olduğu tespit edilmiştir (Tablo 86).

Öğrencilerin senaryodaki kişiyeye yardımcı olabilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” seçeneğini seçtikleri cevaplar “cinsiyet” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’de “Psikolog” seçeneğinin %55,4’ünün (n=386) kadın, Senaryo 2’de “Sınıf öğretmeni” seçeneğinin %60,1’inin (n=95) erkek, Senaryo 3’te “Psikolog” seçeneğinin %57,5’inin (n=369) kadın cinsiyet tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 87).

Öğretmenlerin aynı soruya verdiği cevaplar “cinsiyet” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’de “Aile hekimi” seçeneğinin %56,7’sinin (n=59) kadın, Senaryo 2’de “Psikiyatrist” seçeneğinin %54,8’inin (n=120) kadın, Senaryo 3’te “Psikiyatrist” seçeneğinin %54,8’inin (n=120) kadın cinsiyet tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 88).

Çalışmaya katılan öğrenciler tarafından senaryolardaki kişilere “Faydalı” bulunan ilk 5 tedavi yöntemi “cinsiyet” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %58,3’ünün (n=296) kadın, Senaryo 2’de “Danışmanlık almak” seçeneğinin %58,0’inin (n=332) kadın, Senaryo 3’te “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %58,3’ünün (n=261) kadın cinsiyet tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 89).

Öğretmenler tarafından “Faydalı” bulunan ilk 5 tedavi yöntemi “cinsiyet” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” seçeneğinin %67,2’sinin (n=45) erkek, Senaryo 2’de “Danışmanlık almak” seçeneğinin %58,5’inin (n=114) kadın, Senaryo 3’te “Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak” seçeneğinin %61,0’ının (n=97) kadın cinsiyet tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 90).

Öğrenciler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “cinsiyet” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek” seçeneğinin %57,8’inin (n=144) kadın, Senaryo 2’de “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek” seçeneğinin %57,0’ının (n=126) kadın, Senaryo 3’te “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek” seçeneğinin %57,1’inin (n=113) kadın cinsiyet tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 91).

Öğretmenler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “cinsiyet” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” seçeneğinin %61,8’inin (n=34) kadın, Senaryo 2’de “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” seçeneğinin %60,7’sinin (n=34) kadın, Senaryo 3’te “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” seçeneğinin %64,3’ünün (n=27) kadın cinsiyet tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 92).

Çalışmaya katılan öğrencilerin senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verdikleri cevaplar “yaş grubu” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’e “depresyon” diyenlerin %55,6’sının (n=124) 17-19 yaş, Senaryo 2’ye “şizofreni” diyenlerin %50,0’ının (n=185) 17-19 yaş, Senaryo 3’e “sosyal fobi” diyenlerin %72,0’ının (n=50) 17-19 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 93).

Öğretmenlerin aynı soruya verdiği cevaplar “yaş grubu” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’e “depresyon” diyenlerin %55,4’ünün (n=62) 20-40 yaş, Senaryo 2’ye “şizofreni” diyenlerin %62,1’inin (n=64) 20-40 yaş, Senaryo 3’e “sosyal fobi” diyenlerin %50,8’inin (n=32) 20-40 yaş olduğu tespit edilmiştir (Tablo 94).

Öğrencilerin senaryolardaki kişiye yardımcı olabilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” seçeneğini seçtikleri cevaplar “yaş grubu” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’de “Aile hekimi” seçeneğinin %65,4’ünün (n=151) 14-16 yaş, Senaryo 2’de

“Sınıf Öğretmeni” seçeneğinin %66,5’inin (n=105) 14-16 yaş, Senaryo 3’te “Aile hekimi” seçeneğinin %63,8’inin (n=125) 14-16 yaş grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 95).

Öğretmenlerin aynı soruya verdiği cevaplar “yaş grubu” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’de “Psikolog” seçeneğinin %55,7’sinin (n=122) 20-40 yaş, Senaryo 2’de “Psikiyatrist” seçeneğinin %56,2’sinin (n=123) 20-40 yaş, Senaryo 3’te “Yakın bir arkadaş” seçeneğinin %55,7’sinin (n=88) 20-40 yaş grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 96).

Öğrenciler tarafından senaryolardaki kişiye “Faydalı” bulunan ilk 5 tedavi yöntemi “yaş grubu” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek” seçeneğinin %59,8’inin (n=260) 14-16 yaş, Senaryo 2’de “Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak” seçeneğinin %59,5’inin (n=228) 14-16 yaş, Senaryo 3’te “Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek” seçeneğinin %57,5’inin (n=169) 14-16 yaş grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 97).

Öğretmenler tarafından senaryolardaki kişiye “Faydalı” bulunan ilk 5 tedavi yöntemi “yaş grubu” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek” seçeneğinin %57,8’inin (n=118) 20-40 yaş, Senaryo 2’de “Bilişsel davranış terapisi almak” seçeneğinin %58,2’sinin (n=85) 20-40 yaş, Senaryo 3’te “Gevşeme egzersizi” seçeneğinin %56,3’ünün (n=103) 20-40 yaş grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 98).

Öğrenciler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “yaş grubu” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi” seçeneğinin %65,5’inin (n=114) 14-16 yaş, Senaryo 2’de “Çok mahcup/utangaç olmak” seçeneğinin %60,0’ının (n=123) 14-16 yaş, Senaryo 3’te “Çok mahcup/utangaç olmak” seçeneğinin %58,3’ünün (n=179) 14-16 yaş grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 99).

Çalışmaya katılan öğretmenler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “yaş grubu” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” seçeneğinin %54,5’inin (n=30) 41 ve üstü, Senaryo 2’de “Yardım almanın ücreti” seçeneğinin %56,1’inin

(n=46) 20-40 yaş, Senaryo 3'te "Yardım almanın ücreti" seçeneğinin %53,7'sinin (n=44) 20-40 yaş grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 100).

Öğrencilerin senaryolardaki "kişinin sorunu nedir?" sorularına verdikleri cevaplar "aile gelir düzeyi" değişkenine göre incelendiğinde, Senaryo 1'e "depresyon" diyenlerin %36,0 'ının (n=71) 2001-4000TL, Senaryo 2'ye "şizofreni" diyenlerin %42,7'sinin (n=144) 2001-4000TL, Senaryo 3'e "sosyal fobi" diyenlerin %36,2'sinin (n=17) 2001-4000TL gelir grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 101).

Öğretmenlerin aynı soruya verdiği cevaplar "aile gelir düzeyi" değişkenine göre incelendiğinde Senaryo 1'e depresyon diyenlerin %52,3'ünün (n=58) 6001 TL ve üstü, Senaryo 2'ye "şizofreni" diyenlerin %53,4'ünün (n=66) 6001 TL ve üstü, Senaryo 3'e "sosyal fobi" diyenlerin %50,8'inin (n=32) 6001 TL ve üstü gelir grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo102).

Öğrencilerin senaryolardaki kişiye yardımcı olabilecek kişilere yönelik sorularda "Faydalı" seçeneğini seçtikleri cevaplar "aile gelir düzeyi" değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1'de "Yakın bir arkadaş" seçeneğinin %45,1'inin (n=189) 2001-4000TL, Senaryo 2'de "Yakın bir arkadaş" seçeneğinin %45,2'sinin (n=90) 2001-4000TL, Senaryo 3'te "Aile hekimi" seçeneğinin %46,3'ünün (n=74) 2001-4000TL gelir grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 103).

Öğretmenlerin aynı soruya verdiği cevaplar "aile gelir düzeyi" değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1'de "Aile hekimi" seçeneğinin %55,8'inin (n=58) "6001 TL ve üstü", Senaryo 2'de "Psikolog" seçeneğinin %53,8'inin (n=99) "6001 TL ve üstü", Senaryo 3'te "Aile hekimi" seçeneğinin %53,6'sının (n=37) "6001 TL ve üstü" gelir grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 104).

Çalışmaya katılan öğrenciler tarafından senaryolardaki kişilere "Faydalı" bulunan ilk 5 tedavi yöntemi "aile gelir düzeyi" değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1'de "Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak" seçeneğinin %44,4'ünün (n=195) 2001-4000TL, Senaryo 2'de "Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak" seçeneğinin %45,5'inin (n=155) 2001-4000TL, Senaryo 3'te "Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek" seçeneğinin %43,7'inin (n=114) 2001-4000TL gelir grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 105).

Çalışmaya katılan öğretmenler tarafından senaryolardaki kişilere “Faydalı” bulunan ilk 5 tedavi yöntemi “aile gelir düzeyi” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak” seçeneğinin %54,2’sini (n=194) 6001 TL ve üstü, Senaryo 2’de “Gevşeme egzersizi” seçeneğinin %55,1’inin (n=76) 6001 TL ve üstü, Senaryo 3’te “Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gitmek” seçeneğinin %53,2’sinin (n=92) 6001 TL ve üstü gelir grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 106).

Çalışmaya katılan öğrenciler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “aile gelir düzeyi” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Çok mahcup/utangaç olmak” seçeneğinin %44,8’inin (n=124) 2001-4000TL, Senaryo 2’de “Yardım almanın ücreti” seçeneğinin %48,7’sinin (n=73) 2001-4000TL, Senaryo 3’te “Yardım almanın ücreti” seçeneğinin %44,4’ünün (n=68) 2001-4000TL gelir grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 107).

Öğretmenler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “cinsiyet” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” seçeneğinin %70,4’ünün (n=38) 6001 TL ve üstü,, Senaryo 2’de “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” seçeneğinin %69,1’inin (n=38) 6001 TL ve üstü, Senaryo 3’te “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” seçeneğinin %70,0’ının (n=28) 6001 TL ve üstü gelir grubu tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 108).

Öğrencilerin senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar “anne eğitim düzeyi” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’e “depresyon” diyenlerin %59,7 ’sinin (n=105) “Lise ve üzeri”, Senaryo 2’ye “şizofreni” diyenlerin %58,8’inin (n=173) “Lise ve üzeri”, Senaryo 3’e “sosyal fobi” diyenlerin %67,5’inin (n=27) “Lise ve üzeri” eğitim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 109).

Öğrencilerin senaryolardaki kişiye yardımcı olabilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” seçeneğini seçtikleri cevaplar “anne eğitim düzeyi” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’de “Yakın aile üyesi” seçeneğinin %55,8’inin (n=58) “Lise ve üzeri”, Senaryo 2’de “Psikiyatrist” seçeneğinin %53,8’inin (n=99) “Lise ve üzeri”, Senaryo 3’te “Yakın aile üyesi” seçeneğinin %53,6’sının (n=37) “Lise ve üzeri” eğitim düzeyi tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 110).

Çalışmaya katılan öğrenciler tarafından senaryolardaki kişilere “Faydalı” bulunan ilk 5 tedavi yöntemi “anne eğitim düzeyi” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %55,5’inin (n=217) “Lise ve üzeri”, Senaryo 2’de “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %51,9’unun (n=168) “Lise ve üzeri”, Senaryo 3’te “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %54,1’inin (n=190) “Lise ve üzeri” eğitim düzeyinde olan tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 111).

Öğrenciler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “anne eğitim düzeyi” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi” seçeneğinin %57,1’inin (n=80) “Lise ve üzeri”, Senaryo 2’de “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi” seçeneğinin %58,2’sinin (n=85) “Lise ve üzeri”, Senaryo 3’te “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi” seçeneğinin %56,2’sinin (n=59) “Lise ve üzeri” eğitim düzeyinde olanlar tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 112).

Öğrencilerin senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar “baba eğitim düzeyi” değişkenine göre incelendiğinde; Senaryo 1’e “depresyon” diyenlerin %77,8’inin (n=123) “Lise ve üzeri”, Senaryo 2’ye “şizofreni” diyenlerin %77,8’inin (n=217) “Lise ve üzeri”, Senaryo 3’e sosyal fobi diyenlerin %83,3’ünün (n=30) “Lise ve üzeri” eğitim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 113).

Öğrencilerin senaryolardaki kişiye yardımcı olabilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” seçeneğini seçtikleri cevaplar “baba eğitim düzeyi” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Yakın aile üyesi” seçeneğinin %72,5’inin (n=211) “Lise ve üzeri”, Senaryo 2’de “Psikiyatrist” seçeneğinin %68,4’ünün (n=353) “Lise ve üzeri”, Senaryo 3’te “Psikolog” seçeneğinin %70,7’sinin (n=323) “Lise ve üzeri” eğitim düzeyi tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 114).

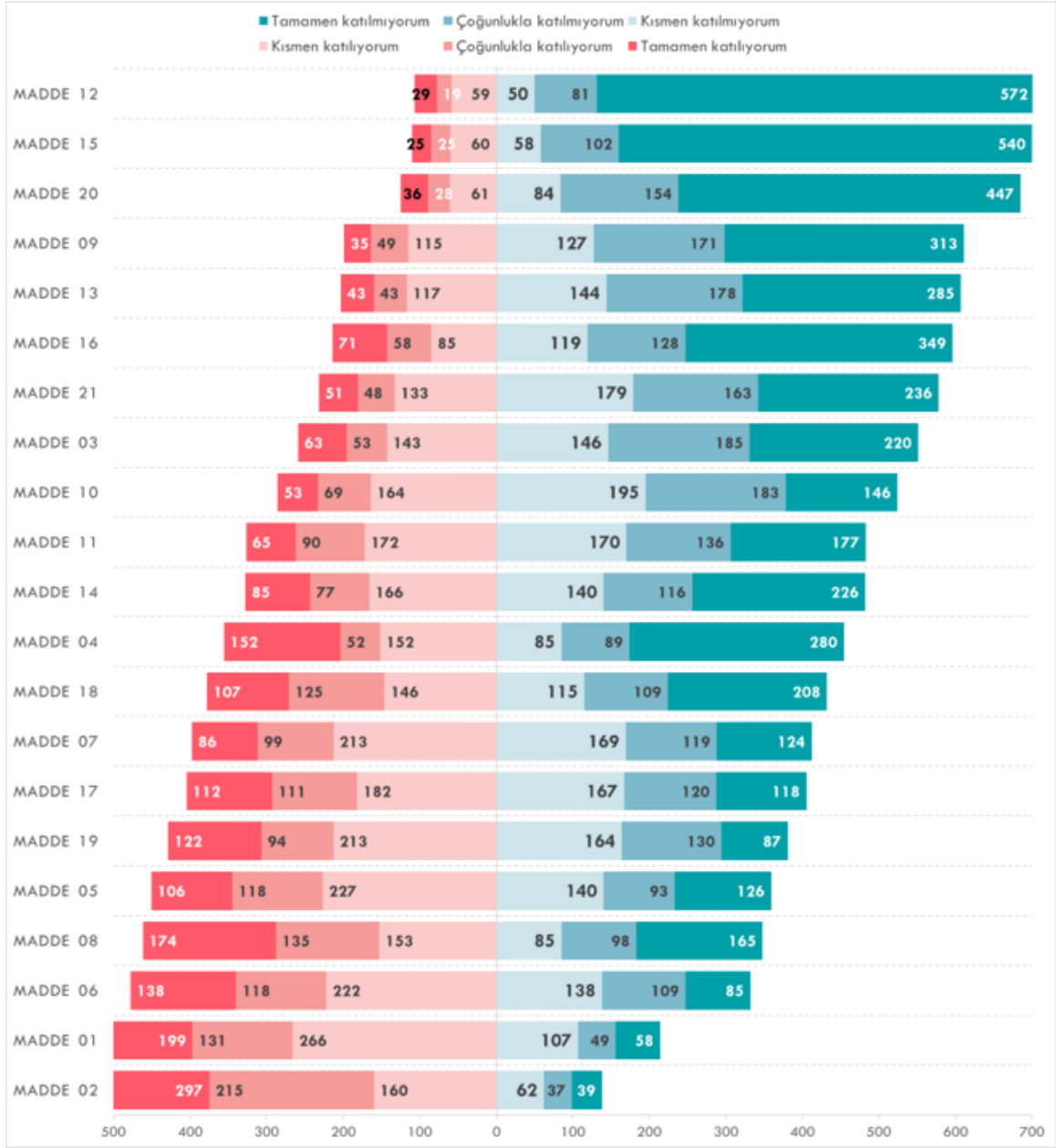
Çalışmaya katılan öğrenciler tarafından “Faydalı” bulunan ilk 5 tedavi yöntemi “baba eğitim düzeyi” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %71,2’sinin (n=265) “Lise ve üzeri”, Senaryo 2’de “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %68,9’unun (n=204) “Lise ve üzeri”, Senaryo 3’te “Meditasyon yapmak” seçeneğinin %71,2’sinin (n=227) “Lise ve üzeri” eğitim düzeyi tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 115).

Öğrenciler tarafından belirlenen profesyonel yardım aramaya engel olabilecek ilk 3 neden “baba eğitim düzeyi” değişkenine göre değerlendirildiğinde; Senaryo 1’de “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek” parametresinin %71,6’sının (n=131) ”Lise ve üzeri”, Senaryo 2’de “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi” parametresinin %70,6’sının (n=96) ”Lise ve üzeri”, Senaryo 3’te “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek” parametresinin %70,2’sinin (n=99) ”Lise ve üzeri” eğitim düzeyinde olanlar tarafından tercih edildiği bulunmuştur (Tablo 116).

6.3. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ’NE İLİŞKİN BULGULAR

6.3.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’ne Verilen Cevapların Genel Değerlendirilmesi

Bu bölümde RHYİÖ 3 alt boyutundaki (“Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma”, “Tehlikeli”, “Utanma”) maddelere katılma derecelerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Katılımcılar RHYİÖ’de yer alan 21 ifade ile ilgili “Tamamen katılıyorum”, “Çoğunlukla katılıyorum”, “Kısmen katılıyorum” ,”Kısmen katılmıyorum”, “Çoğunlukla katılmıyorum” ve “Tamamen katılmıyorum” seçeneklerinden birini seçmiştir. Öğrencilerin RHYİÖ’nde “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ifadeler “Utanma” alt boyutunda yer almaktadır (Şekil 26).



Şekil 26. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ne verilen öğrenci cevaplarının değerlendirilmesi

“Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutuna ilişkin sorularda öğrencilerin “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri “Madde 20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.” ifadesi olmuştur (n=447 %55,2) Buna karşılık “Tamamen katılıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ise %21,5 (n=174) ile “ Madde 8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun,

arkadaşlarının ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir” ifadesidir (Tablo 51).

“Tehlikeli” alt boyutuna ilişkin sorularda öğrencilerin “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri %35,2 (n=385) ile “Madde 13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.” ifadesi olmuştur. Buna karşılık “Tamamen katılıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ise %36,7 (n=297) ile “Madde 2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.” ifadesidir (Tablo 52).

“Utanma” alt boyutuna ilişkin sorularında öğrencilerin “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri %70,6 (n=572) ile “Madde 12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım” ifadesi olmuştur. Buna karşılık “Tamamen katılıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ise %3,6 (n=29) ile “ Madde 12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.” ifadesidir (Tablo 53).

Tablo 51. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğrenci cevaplarının “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutunun değerlendirilmesi

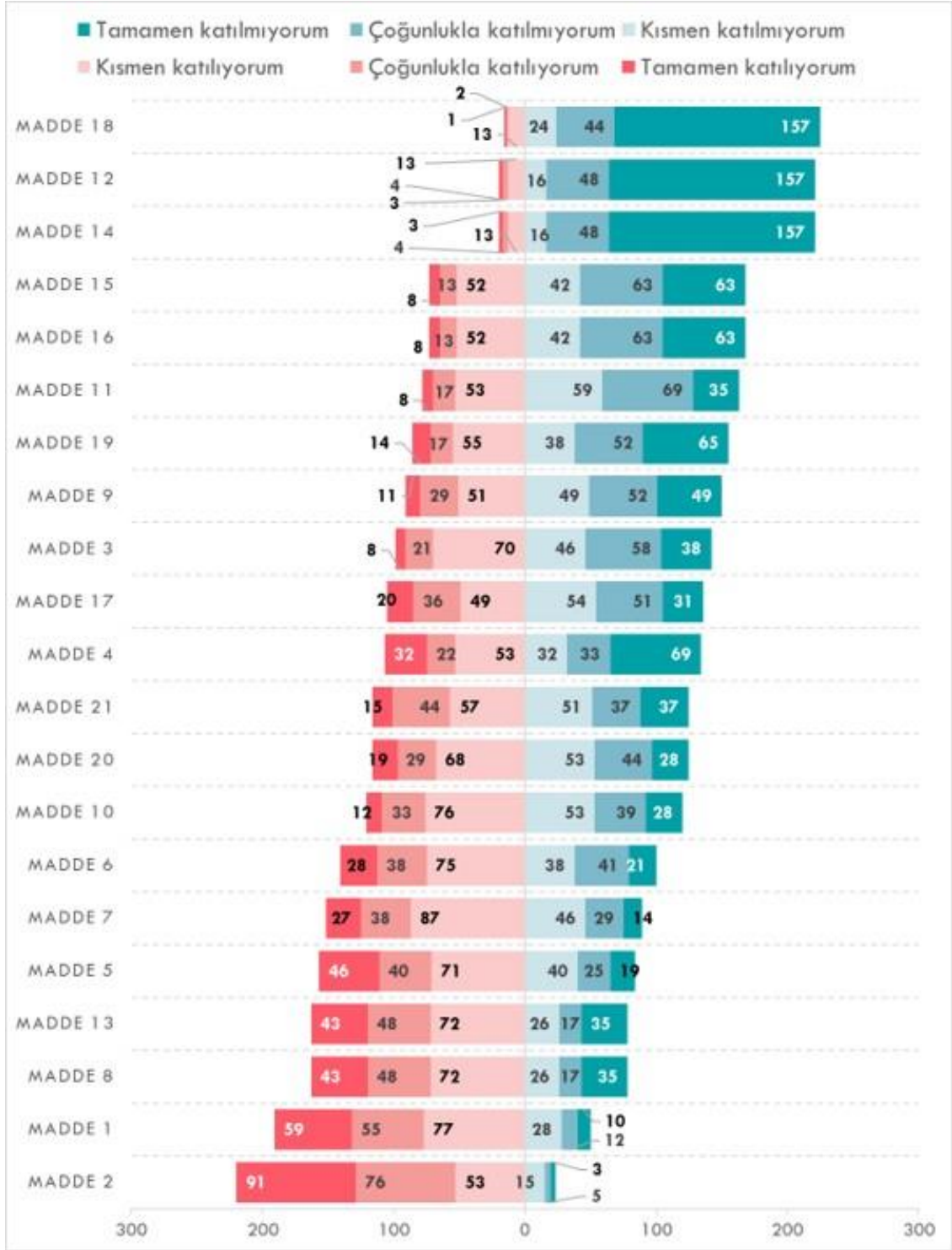
	Tamamen katılmıyorum		Çoğunlukla katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Toplam	
Madde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
8	165	20,4	98	12,1	85	10,5	153	18,9	135	16,7	174	21,5	810	100,0
9	313	38,6	171	21,1	127	15,7	115	14,2	49	6,0	35	4,3	810	100,0
10	146	18,0	183	22,6	195	24,1	164	20,2	69	8,5	53	6,5	810	100,0
11	177	21,9	136	16,8	170	21,0	172	21,2	90	11,1	65	8,0	810	100,0
14	226	35,2	116	22,0	140	17,8	166	14,4	77	5,3	85	5,3	810	100,0
16	349	43,1	128	15,8	119	14,7	85	10,5	58	7,2	71	8,8	810	100,0
17	118	14,6	120	14,8	167	20,6	182	22,5	111	13,7	112	13,8	810	100,0
18	208	25,7	109	13,5	115	14,2	146	18,0	125	15,4	107	13,2	810	100,0
19	87	10,7	130	16,0	164	20,2	213	26,3	94	11,6	122	15,1	810	100,0
20	447	55,2	154	19,0	84	10,4	61	7,5	28	3,5	36	4,4	810	100,0
21	236	29,1	163	20,1	179	22,1	133	16,4	48	5,9	51	6,3	810	100,0

Tablo 52. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ ne verilen öğrenci cevaplarının “Tehlikeli” alt boyutunun değerlendirilmesi

	Tamamen katılmıyorum		Çoğunlukla katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Madde														
1	58	7,2	49	6,0	107	13,2	266	32,8	131	16,2	199	24,6	810	100,0
2	39	4,8	37	4,6	62	7,7	160	19,8	215	26,5	297	36,7	810	100,0
3	220	27,2	185	22,8	146	18	143	17,7	53	6,5	63	7,8	810	100,0
4	280	34,6	89	11,0	85	10,5	152	18,8	52	6,4	152	18,8	810	100,0
5	126	15,6	93	11,5	140	17,3	227	28,0	118	14,6	106	13,1	810	100,0
6	85	10,5	109	13,5	138	17,0	222	27,4	118	14,6	138	17,0	810	100,0
7	124	15,3	119	14,7	169	20,9	213	26,3	99	12,2	86	10,6	810	100,0
13	285	35,2	178	22,0	144	17,8	117	14,4	43	5,3	43	5,3	810	100,0

Tablo 53. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ ne verilen öğrenci cevaplarının “Utanma” alt boyutunun değerlendirilmesi

	Tamamen katılmıyorum		Çoğunlukla katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Madde														
12	572	70,6	81	10,0	50	6,2	59	7,3	19	2,3	29	3,6	810	100,0
15	540	66,7	102	12,6	58	7,2	60	7,4	25	3,1	25	3,1	810	100,0



Şekil 27. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ne verilen öğretmen cevaplarının değerlendirilmesi

Öğretmenlerin RHYİÖ’ ye verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Öğretmenlerin RHYİÖ’ de “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ifadeler “Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma” ve “Utanma” alt boyutlarında yer almaktadır (Şekil 27). “Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutuna ilişkin

sorularda öğretmenlerin “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri %65,1 (n=157) ile “Madde 14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür.” ifadesi olmuştur. Buna karşılık “Tamamen katılıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ise %17,8 (n=43) ile “Madde 8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.” ifadesidir (Tablo 54).

“Tehlikeli” alt boyutuna ilişkin sorularda öğretmenlerin “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri %28,6 (n=69) ile “Madde 4. ‘Ruhsal hastalık’ ifadesi beni rahatsız eder.” ifadesi olmuştur. Buna karşılık “Tamamen katılıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ise %37,8 (n=91) ile “Madde 2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.” ifadesidir (Tablo 55).

“Utanma” alt boyutuna ilişkin sorularda öğrencilerin “Tamamen katılmıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri %65,1 (n=157) ile “Madde 12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.” ifadesi olmuştur. Buna karşılık “Tamamen katılıyorum” seçeneğini en sık seçtikleri ise %3,3 (n=8) ile “Madde 15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım” ifadesidir (Tablo 56).

Tablo 54. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği' ne verilen öğretmen cevaplarının “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutunun değerlendirilmesi

	Tamamen katılmıyorum		Çoğunlukla katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Toplam	
Madde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
8	35	14,5	17	7,1	26	10,8	72	29,9	48	19,9	43	17,8	241	100,0
9	49	20,3	52	21,6	49	20,3	51	21,2	29	12,0	11	4,6	241	100,0
10	28	11,6	39	16,2	53	22,0	76	31,5	33	13,7	12	5,0	241	100,0
11	35	14,5	69	28,6	59	25,4	53	22,0	17	7,1	8	3,3	241	100,0
14	157	65,1	48	19,9	16	6,6	13	5,4	4	1,7	3	1,2	241	100,0
16	63	26,1	63	26,1	42	17,4	52	21,6	13	5,4	8	3,3	241	100,0
17	31	12,9	51	21,2	54	22,4	49	20,3	36	14,9	20	8,3	241	100,0
18	157	61,8	44	21,6	24	10,0	13	5,4	1	0,4	2	0,8	241	100,0
19	65	27,0	52	21,6	38	15,7	55	22,8	17	7,1	14	5,8	241	100,0
20	28	11,6	44	18,3	53	21,9	68	28,2	29	12,0	19	7,9	241	100,0
21	37	15,4	37	15,4	51	21,1	57	23,7	44	18,3	15	6,2	241	100,0

Tablo 55. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ ne verilen öğretmen cevaplarının “Tehlikeli” alt boyutunun değerlendirilmesi

Madde	Tamamen katılmıyorum		Çoğunlukla katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1	10	4,1	12	5,0	28	11,6	77	31,9	55	22,8	59	24,5	241	100,0
2	3	1,2	5	2,1	15	6,2	53	25,7	76	27,0	91	37,8	241	100,0
3	38	15,8	58	24,1	46	19,1	70	29,0	21	8,7	8	3,3	241	100,0
4	69	28,6	33	13,7	32	13,2	53	22,0	22	9,1	32	13,3	241	100,0
5	19	7,9	25	10,4	40	16,6	71	29,4	40	16,6	46	19,1	241	100,0
6	21	8,7	41	17,0	38	15,8	75	31,1	38	15,8	28	11,6	241	100,0
7	14	5,8	29	12,0	46	19,1	87	36,1	38	15,8	27	11,2	241	100,0
13	35	14,5	17	7,1	26	10,8	72	29,9	48	19,9	43	17,8	241	100,0

Tablo 56. Ruhsal Hastalığa İnançlar Ölçeği’ ne verilen öğretmen cevaplarının “Utanma” alt boyutunun değerlendirilmesi

Madde	Tamamen katılmıyorum		Çoğunlukla katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
12	157	65,1	48	19,9	16	6,6	13	5,4	4	1,7	3	1,2	241	100,0
15	63	26,1	63	26,1	42	17,4	52	21,6	13	5,4	8	3,3	241	100,0

Çalışmaya katılan öğrenci ve öğretmenlerin RHYİÖ'ye göre “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma”, “Tehlikeli”, “Utanma” ve toplam puan düzeyleri Tablo 57 ve Tablo 58’de verilmiştir.

Tablo 57. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’ ne verilen öğrenci cevaplarının alt boyut puanları

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca(min-maks)
Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma	21,6	9,8	21,8(0-55)
Tehlikeli	19,9	6,9	20,0(0-40)
Utanma	1,5	2,3	0,0(0-10)
RHYİÖ Toplam Puanı	42,9	16,2	43,0(0-105)

Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 58. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’ne verilen öğretmen cevaplarının alt boyut puanları

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca(min-maks)
Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma	23,6	10,1	23,7 (0-50)
Tehlikeli	21,3	6,9	21,3 (0-37)
Utanma	1,2	1,7	0 (0-10)
RHYİÖ Toplam Puanı	46,2	16,6	46,3(0-89)

Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

6.3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’ne Verilen Cevapların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrenci cevaplarına göre RHYİÖ üç alt boyut ve toplam puanı ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Erkek cinsiyetin RHYİÖ “Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma”, “Utanma” alt boyutu ve toplam puanlarının kadın cinsiyetten anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Erkek cinsiyetin RHYİÖ “Tehlikeli” alt boyut puanı kadın cinsiyetten anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,016$) (Tablo 59).

Çalışmaya katılan öğretmen cevaplarına göre RHYİÖ “Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma”, “Utanma” alt boyutu ve toplam alt boyut ve toplam puanı ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yalnızca erkek cinsiyetin RHYİÖ “Tehlikeli” alt boyut puanı kadın cinsiyetten anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,015$) (Tablo 60).

Çalışmaya katılan öğrenci cevaplarına göre RHYİÖ “Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma”, “Tehlikeli” alt boyutu ve toplam puan ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. 14-16 yaş grubunun RHYİÖ “Utanma” alt boyutu puanlarının 17-19 yaş grubu puanına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 61).

Çalışmaya katılan öğretmen cevaplarına göre RHYİÖ üç alt boyut ve toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 62).

Çalışmaya katılan öğrenci ve öğretmen cevaplarına göre RHYİÖ üç alt boyut ve toplam puanı ile aile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 63) (Tablo 64).

Çalışmaya katılan öğrenci cevaplarına göre RHYİÖ üç alt boyut ve toplam puanı ile anne eğitim ve baba eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 65) (Tablo 66).

Tablo 59.Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile cinsiyet ilişkisi

	Kadın (n=435)			Erkek (n=375)			t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	20,4	9,3	20,0 (0-55)	22,9	10,1	23,0 (0-55)	68838,0*	<0,001
Tehlikeli alt boyutu	19,3	6,5	19,0 (0-39)	20,4	7,3	21,0 (0-40)	73536,5*	0,016
Utanma alt boyutu	1,1	2,0	0,0 (0-10)	1,9	2,5	1,0 (0-10)	65677,0*	<0,001
RHYİO Toplam Puanı	40,9	14,9	40,5 (2-98)	45,2	17,2	47,0 (0-105)	-3,764	<0,001

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 60. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğretmen cevapları ile cinsiyet ilişkisi

	Kadın (n=132)			Erkek (n=109)				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	t	p
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	22,6	10,0	23,0 (0-47)	24,8	10,1	25,0 (0-50)	-1,724	0,086
Tehlikeli alt boyutu	20,3	6,9	20,0 (0-37)	22,5	6,9	22,0 (6-37)	-2,441	0,015
Utanma alt boyutu	1,1	1,7	0,0 (0-10)	1,3	1,6	1,0 (0-6)	6713,0*	0,335
RHYİO Toplam Puanı	44,1	16,5	44,5 (0-89)	48,7	16,4	48,0 (9-86)	-2,143	0,033

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma min: en küçük değer maks: en büyük değer

Tablo 61. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile yaş grupları ilişkisi

	14-16 (n=449)			17-19 (n=361)				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	t	p
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	21,5	9,2	22,0 (0-55)	21,6	10,3	20,0 (0-55)	79862,0*	0,721
Tehlikeli alt boyutu	19,6	6,9	20,0 (0-40)	20,1	6,9	20,0 (0-36)	76113,5*	0,291
Utanma alt boyutu	1,7	2,3	0,5 (0-10)	1,2	2,1	0,0(0-10)	70107,5*	<0,001
RHYİO Toplam Puanı	42,9	15,7	44,0 (0-105)	42,9	16,7	43,0 (0-98)	-0,064	0,949

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 62. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğretmen cevapları ile yaş grupları ilişkisi

	20-40 (n=133)			41- 63 (n=108)			t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	23,4	10,9	23,0 (0-50)	23,9	9,1	24,0 (0-50)	6898,0*	0,598
Tehlikeli alt boyutu	21,7	7,5	21,3 (6-37)	20,9	6,1	21,0 (0-35)	0,763	0,446
Utanma alt boyutu	1,2	1,6	0,0 (0-10)	1,2	1,7	0,0 (0-6)	7153,5*	0,954
RHYİO Toplam Puanı	46,3	17,8	45 (8-89)	46,1	15,0	46,6 (0-84)	0,064	0,949

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 63. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile aile gelir düzeyleri ilişkisi

	0-2000 TL (n=149)			2001-4000 TL (n=303)			4001- 6000 TL (n=167)			6001 ve üstü (n=97)			F	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	20,0	9,6	21,0 (0-52)	21,5	9,7	21,0 (0-55)	22,2	9,6	22,0 (0-55)	21,9	10,2	22,0 (0-55)	1,522	0,207
Tehlikeli alt boyutu	18,9	7,0	19,8 (0-36)	19,5	7,0	19,0 (0-40)	20,9	6,9	20,0 (3-39)	19,7	6,559	19,0 (6-40)	4,581*	0,205
Utanma alt boyutu	1,2	2,1	0,0 (0-10)	1,6	2,3	0,0 (0-10)	1,4	2,3	0,0 (0-10)	1,6	2,439	0,0 (0-10)	4,766*	0,190
RHYİÖ Toplam Puanı	40,1	15,5	42,9 (0-95)	42,6	16,0	42,0 (0-105)	44,5	15,9	44,0 (6-98)	43,1	16,610	43,0 (6-105)	3,857*	0,277

* Kruskal Wallis ki kare değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 64. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğretmen cevapları ile aile gelir düzeyleri ilişkisi

	2001-4000 TL			4001-6000 TL			6001 TL ve üstü				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	F	p
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	22,0	9,5	20,0 (0-46)	22,9	10,9	23,7 (0-50)	24,7	9,6	24,0 (0-47)	1,360	0,259
Tehlikeli alt boyutu	21,6	5,6	21 (13-36)	20,7	7,1	21,0 (0-37)	21,6	7,1	21,3 (6-36)	0,481	0,618
Utanma alt boyutu	1,1	1,6	0,0 (0-6)	1,2	1,8	0,0 (0-10)	1,2	1,7	0,0 (0-6)	0,175*	0,916
RHYİO Toplam Puanı	44,7	14,2	44,0(19-86)	44,8	17,4	46,3 (0-84)	47,6	16,5	46,3 (8-89)	2,010*	0,366

* Kruskal Wallis ki kare değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 65. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile anne eğitim düzeyi ilişkisi

	Okuryazar değil(n=44)			İlkokul ve ortaokul mezunu(n=259)			Lise ve üzeri(n=323)			F	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	21,6	11,7	20,0(0-47)	21,6	9,7	22,0(0-55)	21,4	9,1	21,0(0-55)	0,060	0,942
Tehlikeli alt boyutu	19,6	8,4	20,50(0-36)	20,1	7,2	20,00(0-36)	19,5	6,4	19,00(2-39)	2,006*	0,367
Ütanma alt boyutu	1,75	2,2	1,0(0-10)	1,4	2,1	,00(0-10)	1,3	2,1	0,00(0-10)	2,322*	0,313
RHYİO Toplam Puanı	42,99	19,5	46,82(0-94)	43,1	16,0	45,00(0-85)	42,17	15,0	42,00(6-98)	1,531*	0,465

* Kruskal Wallis ki kare değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 66. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne verilen öğrenci cevapları ile baba eğitim düzeyi ilişkisi

	Okuryazar değil(n=21)			İlkokul ve ortaokul mezunu(n=165)			Lise ve üzeri(n=393)			F	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	21,7	11,2	19,0 (0-52)	22,1	9,4	22,0 (0-47)	21,5	9,6	22,0 (0-55)	1,160*	0,560
Tehlikeli alt boyutu	18,5	9,0	19,0 (0-33)	20,2	6,8	20,0 (0-39)	20,0	6,8	20,0 (0-39)	0,476*	0,788
Ütanma alt boyutu	2,5	3,4	0,0 (0-10)	1,6	2,2	0,0(0-10)	1,49	2,3	0,0 (0-10)	1,893*	0,388
RHYİÖ Toplam Puanı	42,8	20,6	41,5 (0-95)	44,1	15,7	45,0 (0-91)	42,9	16,1	43,0 (0-105)	0,285	0,752

* Kruskal Wallis ki kare değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

6.4. RUHSAL HASTALIKLARI TANIMA DÜZEYİ İLE BAZI DEĞİŞKENLERİN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.4.1 Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Ruhsal Hastalıkları Tanıma Bilgisi ile Bazı Değişkenlerin İlişkisi

Çalışmaya katılan öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri ile sosyodemografik ve bazı özelliklerin ilişkisi değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kadın cinsiyetinde depresyon, şizofreni ve sosyal fobiyi tanıma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$ $p=0,010$ $p<0,001$) (Tablo 67). Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri ile yaş grubu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. 17-19 yaş grubunda depresyon, şizofreni ve sosyal fobiyi tanıma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$ $p=0,004$ $p<0,001$) (Tablo 67).

Öğrencilerin depresyon ve sosyal fobi senaryosunu tanıma düzeyleri ile gelir grubu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun yanında şizofreni senaryosunu tanıma düzeylerinin aile geliri “2001 TL ve üstü” olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 67).

Tablo 67. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların cinsiyet, yaş grubu ve gelir düzeyine göre ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Cinsiyet															
Kadın (n=435)	152	68,2	25,870	1	0,000	217	58,6	6,699	1	0,010	45	90,0	28,237	1	0,000
Erkek (n=375)	71	31,8				153	41,4				5	10,0			
Toplam (n=810)	223	100,0				370	100,0				50	100,0			
Yaş grubu															
14-16 yaş (n=449)	99	44,4	15,174	1	0,000	185	50,0	8,136	1	0,004	14	28,0	16,232	1	0,000
17-19 yaş (n=361)	124	55,6				185	50,0				36	72,0			
Toplam (n=810)	223	100,0				370	100,0				50	100,0			
Gelir düzeyi															
0-2000 TL (n=149)	43	19,3	0,161	1	0,688	48	13,0	13,340	1	0,000	9	18,0	0,006	1	0,941
2001 TL ve üstü (n=567)	180	80,7				322	87,0				41	82,0			
Toplam (n=716)	223	100,0				370	100,0				50	100,0			

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri ile anne eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Anne eğitim seviyesi “Lise ve üstü” olanlarda depresyon, şizofreni ve sosyal fobiyi tanıma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,012$ $p<0,001$ $p=0,031$) (Tablo 68).

Öğrencilerin depresyon ve şizofreni senaryosunu tanıma düzeyleri ile baba eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Baba eğitim seviyesi “Lise ve üstü” olanlarda, depresyon ve şizofreni senaryosunu tanıma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,031$ $p<0,001$). Ancak baba eğitim seviyesi ile sosyal fobi senaryosunu tanıma düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 68).

Tablo 68. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların anne ve baba eğitim düzeyleri ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Anne eğitim															
Okuryazar- ilkokul-ortaokul mezunu (n=475)	116	52,5	6,279	1	0,012	192	52,6	13,374	1	0,000	22	44,9	4,635	1	0,031
Lise ve üstü (n=323)	105	47,5				173	47,4				27	55,1			
Toplam (n=798)	221	100,0				365	100,0				49	100,0			
Baba eğitim															
Okuryazar- ilkokul-ortaokul mezunu (n=397)	97	44,1	4,632	1	0,031	145	40,1	27,796	1	0,000	18	37,5	3,325	1	0,068
Lise ve üstü (n=393)	123	55,9				217	59,9				30	62,5			
Toplam (n=790)	220	100,0				362	100,0				48	100,0			

Öğrencilerin depresyon ve sosyal fobi senaryolarını tanıma düzeyleri ile aile tipi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun yanında şizofreni senaryosunu tanıma düzeylerinin çekirdek aileye sahip olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 69).

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri, kardeş sahibi olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; en az bir kardeşe sahip olanlarda depresyon senaryosunu tanıma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,001$). Bununla birlikte kardeş sahibi olma durumları ile şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 69).

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri, ebeveynlerin birarada olma durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 69).

Tablo 69. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların aile tipi, kardeş varlığı ve ebeveyn durumu değişkenleri ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Aile tipi															
Çekirdek aile (n=678)	191	86,0	0,843	1	0,359	327	88,6	10,311	1	0,001	41	82,0	0,179	1	0,672
Geniş aile (n=128)	31	14,0				42	11,4				9	18,0			
Toplam (n=806)	222	100,0				369	100,0				50	100,0			
Kardeşi var mı?															
Evet (n=702)	180	81,1	11,28	1	0,001	321	87,2	0,027	1	0,869	43	86,0	0,100	1	0,751
Hayır (n=102)	42	18,9				47	12,8				7	14,0			
Toplam (n=804)	222	100,0				368	100,0				50	100,0			
Ebeveyn durumu															
Tek ebeveynle birlikte (n=84)	199	89,2	0,003	1	0,954	337	91,1	2,662	1	0,103	44	88,0%	,071	1	0,790
İki ebeveynle birlikte (n=722)	24	10,8				33	8,9				6	12,0			
Toplam (n=806)	223	100,0				370	100,0				50	100,0			

Öğrencilerin depresyon, şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma durumları ile algıladıkları aile gelirleri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 70).

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri, fiziksel hastalığa sahip olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; fiziksel hastalığa sahip olmayanlarda depresyon senaryosunu tanıma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,021$). Fiziksel hastalığa sahip olma durumları ile şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 70).

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri, eğitim gördükleri okul türüne göre değerlendirildiğinde, Fen lisesinde eğitim gören öğrencilerin depresyon senaryosunu tanıma düzeyleri, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Bunun yanında Anadolu liselerinde eğitim gören öğrencilerin şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 71).

Tablo 70. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevaplarının gelir algısı ve fiziksel hastalık durumu ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Gelir algısı															
Kötü (n=38)	8	3,7				11	3,0				0	0			
Orta (n=578)	163	74,4	0,956	2	0,620	270	73,8	4,783	2	0,092	38	77,6	5,000*	2	0,082
İyi (n=178)	48	21,9				85	23,2				11	22,4			
Toplam (n=774)	219	100,0				366	100,0				49	100,0			
Fiziksel hastalığı var mı?															
Evet (n=125)	45	20,3				65	17,7				11	22,0			
Hayır (n=681)	177	79,7	5,314	1	0,021	303	82,3	2,380	1	0,123	39	78,0	1,761	1	0,184
Toplam (n=806)	222	100,0				368	100,0				50	100,0			

*Likelihood ratio değeri

Tablo 71. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların eğitim gördükleri okul türü ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Okul türü															
Anadolu Lisesi (n=371)	127	57,0				221	59,7				29	58,0			
Anadolu Meslek Programı (n=282)	77	34,5	31,733	3	0,000	98	26,5	56,019	3	0,000	12	24,0	14,569	3	0,002
İmam Hatip Lisesi (n=101)	18	8,1				28	7,6				1	2,0			
Fen Lisesi (n=56)	1	0,4				23	6,2				8	16,0			
Toplam (n=810)	223	100,0				370	100,0				50	100,0			

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri, senaryolardakine benzer sorunu olan bireylerle karşılaşmış olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; depresyon senaryosundakine benzer sorunu olan bireylerle karşılaşmış olanlarda, depresyonu tanıma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Senaryolardakine benzer sorunu olan bireylerle karşılaşmış olma durumları ile şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 72).

Öğrencilerin senaryoları tanıma düzeyleri, senaryolardakine benzer sorun yaşamış olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; depresyon senaryosundakine benzer sorun yaşamış olanlarda depresyonu tanıma düzeylerinin, sosyal fobi senaryosundakine benzer sorun yaşamış olanlarda da sosyal fobiyi tanıma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$ $p=0,001$). Ayrıca şizofreni senaryosundakine benzer sorun yaşamış olanlarda şizofreniyi tanıma düzeylerinin istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 72).

Tablo 72. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların bazı değişkenlerle ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Benzer sorunu olan bireyle karşılaşmış olma durumu															
Evet	115	51,6	10,430	1	0,001	36	9,7	0,198	1	0,656	36	72,0	3,079	1	0,079
Hayır	108	48,4				334	90,3				14	28,0			
Toplam	223	100,0				370	100,0				50	100,0			
Benzer sorun yaşamış olma durumu															
Evet	126	56,5	12,892	1	0,000	11	3,0	9,977	1	0,002	35	70,0	10,452	1	0,001
Hayır	97	43,5				359	97,0				15	30,0			
Toplam	223	100,0				370	100,0				50	100,0			

Depresyon senaryosunu tanıyan öğrencilerin “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutu ve “toplam RHYİÖ” puanları ile tanımayan öğrencilerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun yanında depresyon senaryosunu tanıyan öğrencilerin “Tehlikeli” ve “Utanma” alt boyut puanlarının, tanımayanların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,005$) (Tablo 73).

Tablo 73. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi

	Depresyon			Diğer			t	p
	Ortalama	Std Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	20,7	9,3	21,0 (0-50)	21,9	9,9	22,0 (0-55)	61161,0*	0,149
Tehlikeli alt boyutu	19,2	6,4	19,0 (0-36)	20,1	7,1	20,0 (0-40)	2,126	0,034
Utanma alt boyutu	1,0	1,8	0,0 (0-10)	1,7	2,4	0,0 (0-10)	54962,5*	0,000
RHYİÖ Toplam Puanı	41,0	14,8	40,0 (0-93)	43,64	16,6	44,0 (0-105)	1,638	0,102

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Şizofreni senaryosunu tanıyan öğrencilerin “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutu, “Tehlikeli” alt boyutu ve “toplam RHYİÖ” puanları ile tanımayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun yanında şizofreni senaryosunu tanıyan öğrencilerin “Utanma” alt boyutu puanlarının, tanımayanların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,012$) (Tablo 74).

Tablo 74. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi

	Şizofreni			Diğer			t	p
	Ortalama	Std Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	21,5	9,4	21,0 (0-55)	21,6	10,1	22,0 (0-55)	78983,0*	0,466
Tehlikeli alt boyutu	19,6	6,0	19,0 (3-39)	20,0	7,6	20,0 (0-40)	76721,0*	0,158
Utanma alt boyutu	1,2	2,1	0,0 (0-109)	1,7	2,4	0,0 (0-10)	73911,0*	0,012
RHYİÖ Toplam Puanı	42,4	15,1	41,0 (3-98)	43,3	17,0	45,0 (0-105)	76163,5*	0,114

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Sosyal fobi senaryosunu tanıyan öğrencilerin RHYİÖ puanlarının, tanımayanların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla p=0,012 p=0,005 p=0,007 p=0,006) (Tablo 75).

Tablo 75. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğrencilerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi

	Sosyal Fobi			Diğer			t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std Sapma	Ortanca (min-maks)		
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	18,5	8,3	17,0 (6-38)	21,8	9,8	22,0(0-55)	14990,0*	0,012
Tehlikeli alt boyutu	17,6	5,4	17,0(7-32)	20,0	7,0	20,0(0-40)	14466,0*	0,005
Utanma alt boyutu	0,6	1,4	0,0(0-7)	1,5	2,3	0,0(0-10)	15142,0*	0,007
RHYİÖ Toplam Puanı	36,8	13,2	35,0 (17-66)	43,3	16,3	43,5(0-105)	2,744	0,006

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

6.4.2 Çalışmaya Katılan Öğretmenlerin Ruhsal Hastalıkları Tanıma Bilgisi ile Bazı Değişkenlerin İlişkisi

Çalışmaya katılan öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri ile sosyodemografik ve bazı değişkenlerin ilişkisi değerlendirilmiştir.

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kadın cinsiyetinde depresyon, şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$ $p=0,001$ $p=0,002$) (Tablo 76).

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, yaş gruplarına göre değerlendirilmiştir. Senaryolarını tanıma düzeyleri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 76).

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, aile gelir gruplarına göre değerlendirilmiştir. Senaryoları tanıma düzeyleri ile aile gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 76).

Tablo 76. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların cinsiyet, yaş grubu ve aile gelir düzeyi ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Cinsiyet															
Kadın(n=132)	78	69,6	18,679	1	0,000	69	67,0	10,840	1	0,001	45	71,4	9,553	1	0,002
Erkek(n=109)	34	30,4				34	33,0				18	28,6			
Toplam(n=241)	112	100,0				103	100,0				63	100,0			
Yaş grubu															
20-40 yaş(n=133)	62	55,4	0,002	1	0,960	64	62,1	3,512	1	0,061	32	50,8	0,666	1	0,415
41 yaş ve üstü(n=108)	50	44,6				39	37,9				31	49,2			
Toplam(n=241)	112	100,0				103	100,0				63	100,0			
Gelir düzeyi															
2001-4000 TL ve 4001-6000 TL(n=118)	53	47,7	0,219	1	0,640	48	46,6	0,556	1	0,456	31	49,2	0,001	1	0,975
6001 TL ve üstü(n=121)	58	52,3				55	53,4				32	50,8			
Toplam(n=239)	111	100,0				103	100,0				63	100,0			

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, aile tipi değişkenine göre değerlendirilmiştir. Senaryolarını tanıma düzeyleri ile aile tipi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 77).

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, medeni hal değişkenine göre değerlendirilmiştir. “Evliyim” ile “Birlikte yaşıyorum” diyenlerin depresyon senaryosunu tanıma düzeylerinin, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,037$). Bunun yanında medeni hal değişkeni ile şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 77).

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, algıladıkları aile gelir gruplarına göre değerlendirilmiştir. Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri ile algıladıkları gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 78).

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, fiziksel hastalığa sahip olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; fiziksel hastalığa sahip olmayanlarda depresyon senaryosunu tanıma düzeylerinin, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,009$). Bunun yanında fiziksel hastalığa sahip olma durumu ile şizofreni senaryosunu tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca fiziksel hastalığı sahip olanlarda sosyal fobi senaryosunu tanıma düzeylerinin, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$) (Tablo 78).

Tablo 77. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların aile tipi ve medeni hal değişkenleri ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Aile tipi															
Çekirdek aile(n=215)	101	90,2	0,203	1	0,652	92	89,3	0,002	1	0,962	59	93,7	1,746	1	0,186
Geniş aile(n=26)	11	9,8				11	10,7				4	6,3			
Toplam(n=241)	112	100,0				103	100,0				63	100,0			
Medeni hal															
Evli ve Birlikte yaşıyorum(n=82)	51	45,9	12,739	1	0,000	40	39,2	2,010	1	0,156	27	43,5	3,271	1	0,071
Bekar ve Dul ve Boşandım(n=158)	60	54,1				62	60,8				35	56,5			
Toplam(n=240)	111	100,0				102	100,0				62	100,0			

Tablo 78. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların gelir algısı ve fiziksel hastalık durumu ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Gelir algısı															
Kötü (n=11)	5	4,6				3	3,0				5	8,3			
Orta (n=149)	70	64,8				61	61,0				37	61,7			
İyi (n=77)	33	30,6	0,348	2	0,840	36	36,0	1,756	2	0,416	18	30,0	2,531	2	0,282
Toplam (n=237)	108	100,0				100	100,0				60	100,0			
Fiziksel hastalığı var mı?															
Evet (n=40)	26	23,6				21	20,8				19	30,6			
			6,823	1	0,009			1,993	1	0,158			11,483	1	0,001
Hayır (n=198)	84	76,4				80	79,2				43	69,4			
Toplam (n=238)	110	100,0				101	100,0				62	100,0			

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, idari göreve sahip olma durumuna göre değerlendirilmiştir. İdari görevi bulunmayanlarda depresyon ve şizofreniyi tanıma düzeylerinin, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,018$ $p=0,020$). Bununla birlikte idari göreve sahip olma durumları ile sosyal fobi senaryosunu tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 79).

Tablo 79. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların idari göreve sahip olma durumu ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
İdari görevi															
Evet (n=25)	6	5,5				5	5,1				6	9,7			
			5,645	1	0,018			5,447	1	0,020			0,068	1	0,795
Hayır (n=212)	104	94,5				94	94,9				56	90,3			
Toplam (n=237)	112	100,0				99	100,0				62	100,0			

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri ile çalıştıkları okul türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 80).

Tablo 80. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların çalıştıkları okul türü ile ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Okul türü															
Fen lisesi (n=12)	3	2,7				4	3,9				2	3,2			
İmam hatip lisesi (n=27)	11	9,8				9	8,7				7	11,1			
Anadolu meslek programı (n=61)	29	25,9	2,953	3	0,399	21	20,4	5,345	3	0,148	16	25,4	0,607	3	0,895
Anadolu lisesi (n=141)	69	61,6				69	67,0				38	60,3			
Toplam (n=241)	112	100,0				103	100,0				63	100,0			

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, senaryolardakine benzer sorunu olan bireylerle karşılaşmış olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; depresyon senaryosuna benzer sorunu olan bireylerle karşılaşmış olanlarda, depresyonu tanıma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Bunun yanında şizofreni senaryosundakine benzer sorunu olan bireylerle karşılaşmış olma durumu ile şizofreniyi tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca sosyal fobi senaryosundakine benzer sorunu olan bireylerle karşılaşanlarda da sosyal fobiyi tanıma düzeylerinin, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,009$) (Tablo 81).

Öğretmenlerin senaryoları tanıma düzeyleri, senaryolardakine benzer sorun yaşamış olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; depresyon senaryosuna benzer sorun yaşamış olanlarda depresyon senaryosunu tanıma düzeylerinin, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Sosyal fobi senaryosuna benzer sorun yaşamış olma durumları ile sosyal fobi senaryosunu tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 81).

Tablo 81. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların bazı değişkenlerle ilişkisi

	Depresyon					Şizofreni					Sosyal Fobi				
	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p	Sayı	Yüzde	χ^2	df	p
Benzer sorunu olan bireyle karşılaşmış olma durumu															
Evet	80	71,4				15	14,6				24	38,1			
Hayır	32	28,6	18,137	1	0,000	88	85,4	3,696	1	0,055	39	61,9	6,830	1	0,009
Toplam	112	100,0				103	100,0				63	100,0			
Benzer yaşamış olma durumu															
Evet	60	53,6				0	0,0				9	14,3			
Hayır	52	46,4	13,492	1	0,000	103	100,0				54	85,7	0,075	1	0,785
Toplam	112	100,0				103	100,0				63	100,0			

Depresyon senaryosunu tanıyan öğretmenlerin RHYİÖ puanları ile tanımayan öğretmenlerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 82).

Tablo 82. “Senaryo 1’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi

	Depresyon			Diğer				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	t	p
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	22,9	10,1	23,3 (0-47)	24,2	10,2	24,0 (0-50)	,992	0,322
Tehlikeli alt boyutu	20,4	6,6	20,5 (0-33)	22,1	7,2	22,0 (6-37)	1,839	0,067
Utanma alt boyutu	1,2	1,8	0,0 (0-10)	1,3	1,6	0,0 (0-6)	7001,5*	0,656
RHYİÖ Toplam Puanı	44,6	16,3	44,5 (0-80)	47,6	16,7	47,0 (8-89)	1,397	0,164

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Şizofreni senaryosunu tanıyan öğretmenlerin RHYİÖ puanları ile tanımayan öğretmenlerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 83).

Sosyal fobi senaryosunu tanıyan öğretmenlerin “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutu, “Tehlikeli” alt boyutu ve “toplam RHYİÖ” puanlarının, tanımayanların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,009$ $p=0,02$ $p=0,009$) (Tablo 84).

Tablo 83. “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi

	Şizofreni			Diğer				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std Sapma	Ortanca (min-maks)	t	p
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	23,8	9,5	23,7 (0-44)	23,5	10,6	23,9 (0-50)	-0,271	0,786
Tehlikeli alt boyutu	20,8	6,5	21,0 (0-33)	21,7	7,3	21,4 (6-37)	0,98	0,328
Utanma alt boyutu	1,1	1,7	0,0 (0-10)	1,3	1,7	1,0 (0-6)	6552,0*	0,263
RHYİÖ Toplam Puanı	45,8	15,5	45,0 (0-77)	46,5	17,4	46,7 (8-89)	0,336	0,737

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

Tablo 84. “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorularına öğretmenlerin verdikleri doğru cevapların RHYİÖ puanları ile ilişkisi

	Sosyal Fobi			Diğer				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-maks)	Ortalama	Std Sapma	Ortanca (min-maks)	t	p
Çaresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma alt boyutu	20,8	10,0	21,0 (0-43)	24,6	10,0	24,5 (0-50)	2,621	0,009
Tehlikeli alt boyutu	19,6	6,8	20,0 (0-34)	22,0	6,9	21,4 (6-37)	2,336	0,020
Utanma alt boyutu	1,1	1,5	1,0 (0-6)	1,3	1,8	0,0 (0-10)	5536,5*	0,873
RHYİÖ Toplam Puanı	41,5	16,5	43,0 (0-80)	47,9	16,3	47,0 (8-89)	2,636	0,009

* Mann Whitney U değeridir. Std sapma: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en büyük değer

VII. TARTIŞMA

Lise öğrenci ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada İstanbul İli Fatih İlçesi resmi liselerinde eğitim gören öğrenci ve bu liselerde görev yapan öğretmenlerin ruhsal hastalıkları doğru tanıma düzeyleri, ruhsal hastalıklara yönelik yardım arama bilgileri, ruhsal sorunları olan bireylerle karşılaşmış olma durumları, ruhsal sorun yaşamış durumları, profesyonel yardım aramaya engel olabilecek nedenler ve ruhsal hastalıklara yönelik inanç düzeyleri değerlendirilmiştir.

7.1. ÇALIŞMAYA KATILAN ÖĞRENCİ VE ÖĞRETMENLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan öğrencilerin %53,7'sinin, öğretmenlerin %54,8 'inin kadın olduğu saptanmıştır. Öğretmenlerin ise %89,3'ü 20-50 yaş grubundadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2019 verilerine göre Türkiye genelinde nüfusun %49,8'i kadın, 15- 20 yaş grubunun %48,5'i kadın ve 20-50 yaş grubunun %49,3' ü kadındır (132). Psikolojik yardım arama bilgi ve tutumları ilgili liselerde yapılan çalışmalarda, katılımcılar %28 ile %78 arasında değişen oranlarda kadın cinsiyet olmuştur (143–145). Çalışmamıza kadın ile erkek cinsiyetin dengeli olarak katıldığı söylenilebilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin anne eğitim düzeyleri incelendiğinde %0,4 okuryazar olmayan ve sadece okuryazar; baba eğitim düzeyi incelendiğinde %0,4 okuryazar olmayan ve sadece okuryazar olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Nüfus Araştırması 2018'e göre erkeklerin %86'sı ilköğretim veya üzerini tamamlamışken, bu oran kadınlarda %75 olmuştur(146). Türkiye İstatistik Kurumu 2018 verilerine göre altı yaş üstü okuryazar olmayanların oranı Türkiye genelinde %2,3 olarak hesaplanmıştır(132). Psikolojik yardım arama ile ilgili liselerde yapılan son zamanlı çalışmalarda anne eğitim düzeyi %5,7 ile %12; baba eğitim düzeyi %1,9 ile %2,8 arasında okuryazar olmayan ve sadece okur yazar olan olarak tanımlanmıştır (143,144,147). Çalışma bölgemizde yapılan bir çalışmada ise anne baba ayırmaksızın velilerin eğitim düzeyi %49 oranında ortaokul ve altı olarak tespit edilmiştir(148). Bizim çalışmamızda baba eğitim düzeyinin %47,0 ortaokul ve altı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada anne ve baba eğitim düzeyleri velilerin kendi

beyanlarına göre hesaplanmıştır. Buna rağmen anne ve baba eğitim düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %71,4'ünün , öğretmenlerin %61,8'nin aile gelir düzeylerini “orta” olarak algıladığı tespit edilmiştir. Lise öğrencilerinde yapılan çalışmalarda öğrencilerin gelir düzeyini “orta” olarak algılama oranları %86,9 ve %92,9 olarak bulunmuştur (144,149). Çalışmamıza katılan öğrencilerin %18,4'ünün aile gelir düzeyleri 0-2000 TL arasında olduğu tespit edilmiştir. 2019 yılı asgari net ücret rakamı 2020 TL'dir. SGK 2016 yılı verilerine göre 14 milyon çalışanın 5,6 milyonu asgari ücretle çalışmaktadır(150). İstanbul'un Fatih ilçesinde 2017 yılında yapılan bir araştırmada ise aile gelir düzeyini 0-1500 TL olarak seçenlerin oranı %37,4 olarak tespit edilmiştir(148). 1500 TL yaklaşık olarak 2017 yılı net asgari ücretine denk gelmektedir. Ancak bu çalışma çalışmamızdan farklı olarak devlet ilkokullarında yapılmış ve gelir düzeyi beyanlarını öğrencilerin velileri yapmıştır. Bunun yanında bilindiği gibi ülkemizde eğitim görülecek ilkokul ikamet adresine göre belirlenmektedir. Çalışmamızda ise örnekleme yer alan liselerin yaklaşık olarak yarısı “nitekli okul” türü adı verilen, sınav sonucu eğitim görme hakkı kazanılan okullardır. Bu nedenle çevre ilçelerde ikamet eden öğrenciler de bu okullarda eğitim görebilmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde liselerde okuyan öğrencilerin sosyodemografik yapısı Fatih ilçesinin sosyodemografik yapısından farklılık gösterebilmektedir. Bunun yanında öğrencilerin %11,6'lık bir bölümü bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Çalışmamızda tespit edilen aile gelir düzeylerinin Fatih'te yapılmış çalışmaya göre daha yüksek olmasının bu durumlarla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

7.2. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ANKETİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

7.2.1. Ruhsal Hastalık Tanı Bilgisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 1'deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar en sık “depresyon”; “ruhsal sorun/bozukluğu var” ve “ergenlik” kategorileri olmuştur. Öğrencilerin depresyonu tanıma oranı ise %27,5 olarak tespit edilmiştir. İsveç'te MHLQ kullanılarak ergenlerle yapılan bir çalışmada depresyonu tanıma oranı %42,7 olarak hesaplanmıştır (151). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin araştırıldığı çalışmada Burns ve ark. tarafından

geliştirilen depresyon senaryosu kullanılmıştır (152). ABD’deki bu çalışmada öğrencilerin depresyon senaryosunu doğru tanıma oranı %40 olarak bulunmuştur(153) . Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada depresyonu tanıma oranı %14,3, Çin’de yapılan bir başka çalışmada %23,4 olarak bulunurken Sri Lanka’da üniversite öğrencilerine yapılan uygulamada ise depresyonu tanıma oranı %17,4 olarak hesaplanmıştır (110,138,154). Portekiz’de 14-24 yaş grubunda yapılan çalışmada depresyonu tanıma oranı %67,1 olarak bulunmuştur (155). Avustralya’da yapılan ve MHLQ’nin kullanıldığı 15-25 yaş grubundan 3021 gencin yer aldığı çalışmada depresyonu tanıma oranları %73,5 olarak bulunmuştur (139).

Öğretmenlerin depresyonu tanıma oranı %46,5 olarak tespit edilmiştir. Japonya’da ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik MHLQ kullanılarak bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre Japonya’da 20-69 yaş grubunda depresyon tanıma oranı %22,6 bulunmuştur (156). Benzer yöntemle Hong Kong’da 18- 74 yaş grubuna yapılan çalışmada depresyon tanıma oranı %65,7 iken Malezya’daki çalışmada %39,3 olarak tespit edilmiştir(157,158). Avuturalya’da MHLQ kullanılarak yapılan çalışmada ise depresyonu tanıma oranı %73,9 olarak tespit edilmiştir(159).

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 2’deki kişinin sorunu nedir?” sorusuna verdikleri en sık cevap “şizofreni” cevabı olmuştur. Öğrencilerin şizofreniyi tanıma oranı %45,7 olduğu tespit edilmiştir. İsveç’te MHLQ ile ergenlerde yapılan bir çalışmada şizofreni doğru tanıma oranı %34,7 olarak hesaplanmıştır (151). Japonya’da lise öğrencilerinde MHLQ kullanılarak yapılan bir çalışmada şizofreni doğru tanıma oranı %5,6 Çin’de yapılan bir başka çalışmada %2,0 olarak bulunmuştur (138). Avustralya’da yapılan MHLQ’nin kullanıldığı 15-25 yaş grubundaki çalışmada şizofreni doğru tanıma oranları %35,9 olarak bulunmuştur (139).

Öğretmenlerin şizofreniyi tanıma oranı %42,7 olarak tespit edilmiştir. Japonya’da 20-69 yaş grubunda şizofreni doğru tanıma oranı %17,2 olmuştur (156). Hong Kong’da 18- 74 yaş grubuna yapılan çalışmada şizofreni tanıma oranı %10,0 olarak bulunmuştur(160). Avuturalya’da erişkinelerde MHLQ kullanılarak yapılan çalışmada şizofreni senaryosunu tanıma oranı %37,9 olarak tespit edilmiştir (159).

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 3’teki kişinin sorunu nedir?” sorusuna en sık verdikleri cevap “utangaçlık” olmuştur. Öğrencilerin sosyal fobiyi tanıma oranı %6,9 olarak tespit edilmiştir. ABD’deki gençlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini

araştırıldığı çalışmada öğrencilerin sosyal fobi senaryosunu doğru tanıma oranı %1 olarak bulunmuştur (153). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sosyal fobiyi tanıma oranı %26,8 olarak hesaplanmıştır (110). Avustralya’da genç bireylerde yapılan çalışmada sosyal fobiyi tanıma oranları %3,0 olarak bulunmuştur (139).

Öğretmenlerin sosyal fobiyi tanıma oranları %26,1 olarak tespit edilmiştir. Avustralya’da 15 yaş üstü bireylerde yapılan çalışmada sosyal fobiyi tanıma oranı %9,2 olarak bulunmuştur (161) .

Çalışmamızdaki katılımcıların ruhsal hastalıkları tanıma oranları literatürdeki çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında çalışmamızdaki depresyonu tanıma oranlarının Avrupa ve Avustralya’da yapılan çalışmalara göre daha düşük, şizofreni ve sosyal fobiyi tanıma oranlarının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda senaryolardaki kişilerin sorunlarının ne olduğuna dair sorular çoktan seçmeli soru tipinde sorulmuştur, çalışmamızda ise bu sorular açık uçlu soru tipinde sorulmuştur. Bu durum çalışmamızda depresyon senaryosunun daha düşük oranda tanınmış olması ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte depresyon senaryosuna öğrencilerin yüksek oranda “ergenlik” cevabını vermiş oldukları gözlenmiştir. Literatürde ise böyle bir ifadeye rastlanmamıştır. Bunun yanında ülkemizde şizofreninin depresyona göre daha sık “akıl hastalığı” olarak nitelendirilmesi şizofreni senaryosunun diğer ülkelerdeki çalışmalara göre daha yüksek oranda tanınmış olması ile ilgili olabilir. Çalışmamızda, sosyal fobi senaryosunda yer alan kişinin sorununun ne olduğuna dair açık uçlu sorunun cevapları değerlendirilirken katılımcı cevapları arasında yer alan “kaygı bozukluğu” ifadesi “sosyal fobi” olarak kategorize edilmiştir. Diğer çalışmalarda ise “kaygı bozukluğu” ile “sosyal fobi” ifadeleri ayrı seçenekler olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda sosyal fobi senaryosunun tanınma oranının, diğer çalışmalara göre daha yüksek olması değerlendirmelerdeki bu farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Bunlarla birlikte genel olarak ruhsal hastalıkları tanıma oranlarının yüksek olduğu Avustralya’da 1995 yılından itibaren ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik tarama çalışmaları yapılmaktadır. Buna ek olarak okullarda ve genel toplumda yaygın seviyede müdahale çalışmalarının periyodik olarak yapıldığı bilinmektedir (162,163). Ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılmış olan herhangi bir müdahale çalışması bulunmamaktadır. Özellikle senaryolardaki tanıma oranlarının düşüklüğünün bu nedenle ortaya çıkmış olabileceğini düşünmekteyiz.

7.2.2. Ruhsal Hastalık Tedavi Bilgisi

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna “antidepresan” cevabını verme oranı %16,6 iken, öğretmenlerde bu oran %11,6 olarak bulunmuştur. Avustralya’da 18-25 yaş grubunda yapılan bir araştırmada ise “antidepresan”ı “Faydalı” bulanların oranı %47,2 olarak belirlenmiştir (139). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada ise %15,4 oranında “antidepresan” “Faydalı” bulunmuştur (110). Japonya ve Avustralya’da 20- 69 yaş grubunda ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada Avustralya’daki ankette antidepresanın faydalı olacağını düşünenlerin oranı %46,7 olurken Japonya’da ise bu oran %34,8 olarak tespit edilmiştir(156).

“Senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna öğrencilerin ve öğretmenlerin “antipsikotik” cevabını verme oranları %1’in altında bulunmuştur. Avustralya’da 18-25 yaş grubunda yapılan bir araştırmada ise “antipsikotik”i “Faydalı” bulanların oranı %37,0 olarak belirlenmiştir (139). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada ise “antipsikotik” %27,4 oranında “Faydalı” bulunmuştur(110). Japonya ve Avustralya’da 20- 69 yaş grubunda ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada Japonya’da “antipsikotik”in “Faydalı” bulma oranı %48,3 olarak tespit edilmiştir (156).

Öğrencilerin ve öğretmenlerin “Senaryo 3’teki kişiye faydalı olabilecek ilaçlar nedir?” sorusuna “antidepresan” cevabını verme oranları %1’in altında bulunmuştur. Avustralya’da 18-25 yaş grubunda yapılan bir araştırmada “antidepresan”ı “Faydalı” bulanların oranı %34,0 olarak belirlenmiştir (139). Avustralya’da 15 yaş ve üstü bireylerde yapılan araştırmada ise “antidepresan”ı “Faydalı” bulanların oranı %43,4 olarak belirlenmiştir (161). Avustralya’da ebeveynlerle yapılan bir çalışmada “antidepresan”ı “Faydalı” bulma oranının %19-29 arasında olduğu tespit edilmiştir (112).

Çalışmaya katılan öğrencilere senaryo 1’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerinin listesi verilip “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz”, “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel olarak aktif olmak”, “Her sabah erken kalkmak” ve “Güneş ışığına çıkmak” için seçilmiştir (%89,3 %72,1 %66,4). “Zararlı” seçeneği en sık “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” için seçilmiştir (%46,2). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Gevşeme egzersizi”, “Danışmanlık almak” ve “Düzenli

masaj” için seçilmiştir (%61,6 %53,5 %45,5). “Zararlı” seçeneği en sık “Psikiyatri hastesine kabul edilmek” için seçilmiştir (%33,3) (110). Avustralya’da ergenlerle yapılan çalışmada ise “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel olarak aktif olmak”, “Danışmanlık almak” ve “Gevşeme egzersizi” için seçilmiştir (%93,6 %91,2 %87,5) “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%62,3) (139). Sri Lanka’da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Keyifli aktiviteler yapmak”, “Meditasyon/yoga/gevşeme egzersizleri” ve “Daha aktif olmak” için seçilmiştir (%97,0 %93,5 %92,0) (154).

Öğretmenler ise aynı soruda “ “Danışmanlık almak”, “Fiziksel olarak aktif hale gelmek” ve “Güneş ışığına çıkmak” seçeneklerini “Faydalı” bulmuşlardır (%88,4 %84,6 %79,3). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak” için seçilmiştir (%19,1). Avustralya’da 18-75 yaş grubunda yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel aktivite” , “Daha fazla dışarı çıkmak” ve “Gevşemeyi öğrenmek” için seçilmiştir (%95,7 %93,0 %87,7) “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%64,0) (159). Avustralya’da ebeveynlere yönelik başka bir çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Danışmanlık almak” için seçilmiştir (112). Japonya’da erişkinlerde yapılan çalışmada ise “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel olarak aktif olmak”, “Daha fazla dışarı çıkmak” ve “Problemi hakkında kitap okumak” için seçilmiştir (%69,4 %67,0 %60,0). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%41,4) (156).

Çalışmaya katılan öğrencilere senaryo 2’deki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerinin listesi verilip öğrencilerden “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz”, “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Danışmanlık almak”, “Bilişsel davranış terapisi almak” ve “Fiziksel olarak aktif hale gelmek” için seçilmiştir (%70,6 %65,9 %59,6). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için seçilmiştir (%49,0). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Gevşeme egzersizi”, “Danışmanlık almak” ve “Benzer sorunları olan gruplara katılmak” için seçilmiştir (%59,8 %57,3 %48,7). “Zararlı” seçeneği en sık “Psikiyatri hastesine kabul edilmek” için seçilmiştir (%33,3) (110). Avustralya’da ergenlerle yapılan çalışmada ise “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel olarak aktif olmak”, “Danışmanlık almak” ve “Gevşeme

egzersizi” için seçilmiştir (%92,4, %91,7 %85,0). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%61,9) (139).

Öğretmenler ise aynı soruda “Danışmanlık almak”, “Yakındaki toplum ruh sağlığı merkezine gitmek” ve “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” seçeneklerini “Faydalı” bulmuşlardır (%80,9 %80,5 %69,9). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için seçilmiştir (%23,2). Avustralya’da 18-75 yaş grubunda yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel aktivite”, “Daha fazla dışarı çıkmak” ve “Sorunu hakkında kitap okumak” için seçilmiştir (%92,8 %90,1 %85,6) “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%77,5) (159). Japonya’da erişkinlerde yapılan çalışmada ise “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel olarak aktif olmak”, “Daha fazla dışarı çıkmak” ve “Problemi hakkında kitap okumak” için seçilmiştir (%73,4 %67,2 %57,6). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%38,8) (156).

Çalışmaya katılan öğrencilere senaryo 3’teki kişiye faydalı olabilecek tedavi yöntemlerinin listesi verilip “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz”, “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel olarak aktif hale gelmek”, “Danışmanlık almak” ve “Problemi hakkında kişisel gelişim kitapları okuma” için seçilmiştir (%85,6 %78,4 %69,1). “Zararlı” seçeneği en sık “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” için seçilmiştir (%37,5). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Gevşeme egzersizi”, “Danışmanlık almak” ve “Fiziksel aktivite” için seçilmiştir (%70,5 %52,6 %51,6). “Zararlı” seçeneği en sık “Psikiyatri hastesine kabul edilmek” için seçilmiştir (%51,6) (110). Avustralya’da ergenlerle yapılan çalışmada ise “Faydalı” seçeneği en sık “Danışmanlık almak” ve “Gevşeme egzersizi” ve “Benzer sorunları olan gruplara katılmak” için seçilmiştir (%91,6 %91,5 %91,5). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%59,1) (139).

Öğretmenler ise aynı soruda “Danışmanlık almak”, “Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak” ve “Fiziksel olarak aktif hale gelmek” seçeneklerini “Faydalı” bulmuşlardır (%86,7 %81,3 %78,8). “Zararlı” seçeneği en sık “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” için seçilmiştir (%22,0). Avustralya’da 18-75 yaş grubunda yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Fiziksel aktivite”, “Daha fazla dışarı

çıkma” ve “Gevşeme egzersizi” için seçilmiştir (%97,0 %93,5 %91,6). “Zararlı” seçeneği en sık “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” için tercih edilmiştir (%62,0) (161).

Literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde senaryolara yönelik faydalı olabilecek tedavi yöntemleri olarak sıklıkla “Danışmanlık almak”, “Gevşeme egzersizi”, “Fiziksel olarak aktif hale gelmek” seçenekleri seçilmiştir. Zararlı olabilecek tedavi yöntemi olarak ise “Kendi kendine sorunları çözmeye çalışmak” seçeneği tercih edilmiştir. Çalışmamızda da bu seçenekler benzer sırayla seçilmiştir. Bunun yanında literatürde senaryolara yönelik faydalı olabilecek tedavi yöntemi olarak “Benzer sorunları olan gruplara katılmak” seçeneğini de sık tercih edilmiştir. Ancak çalışmamızda bu seçeneğin daha az sıklıkla tercih edilmiş olması dikkat çekicidir. Ülkemizde grup terapisi kültürünün yeterince bulunmayışı bu durumun nedeni olabilir. Bununla birlikte literatürde depresyon ve sosyal fobi senaryolarına yönelik faydalı olabilecek tedavi yöntemleri olarak sıklıkla “Meditasyon/yoga/gevşeme egzersizleri” tercih edilmiştir. Çalışmamızda bu seçeneklerin de daha az sıklıkla tercih edildiği görülmektedir. Ülkemizde meditasyon vb. yöntemlerinin maliyeti fazla olması ve bu yöntemlere duyulan önyargı bu sonuçlara neden olmuş olabilir. Bunun yanında çalışmamızda depresyon ve sosyal fobi senaryolarına yönelik zararlı olabilecek tedavi yöntemi olarak “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” seçeneği seçilmiştir. Bu durum ruhsal hastalıklara yönelik tedavi yöntemleri bilgisinin yetersizliğine ve psikiyatri servislerine duyulan ön yargıya işaret etmektedir. Çalışmamızda şizofreni senaryosuna yönelik öğretmenlerin faydalı buldukları tedavi yöntemleri arasında “Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak” ve “Yakındaki toplum ruh sağlığı merkezine gitmek” gibi seçeneklerinin seçilmiş olması hala ruhsal hastalıklara yönelik “Hastanede tedavi edilmeli” algısının toplum yer aldığını göstermektedir.

7.2.3. Katılımcıların Yardım Arama Bilgi ve İnançlarına Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin senaryo 1’deki kişiye yardım edebilecek kişilerin listesi verilip öğrencilerden “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz”, “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Psikolog” (%86,0) ve “Psikiyatrist” (%77,9) için seçilmiştir. Avustralya’da ergenlerde çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Yakın arkadaş” (%92,8); “Danışman” (%89,3) ve “Genel

pratisyen/aile hekimi” (%89,2) için seçilmiştir (139). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Danışman” (%61,2) ve “Yakın arkadaş” (%58,6) için seçilmiştir (110). Sri Lanka’da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışma “Faydalı” seçeneği en sık “Ebeveynler” ve “Üniversiteden arkadaş” için seçilmiştir (%93,0 %91,6) (154).

Öğretmenler ise aynı soruda “Psikolog” ve “Psikiyatrist” seçeneklerini “Faydalı” bulmuşlardır (%90,9 %80,9). “Faydalı” seçeneğinin “Aile hekimi” için “Yakın arkadaş” dan daha az sıklıkta seçildiği görülmüştür (%71,0 %43,2). Japonya’daki erişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerine yönelik çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Yakın aile üyesi” için seçilmiştir (%85,0) (156). Avustralya’daki çalışma sonuçlarına göre “Faydalı” seçeneği en sık “Genel pratisyen” için seçilmiştir (%90,2) (159).

Çalışmaya katılan öğrencilerin senaryo 2’deki kişiye yardım edebilecek kişilerin listesi verilip öğrencilerden “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz”, “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Psikiyatrist” ve “Psikolog” için seçilmiştir (%89,1 %82,0). Avustralya’da ergenlerde çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Danışman”(%89,3), “Psikolog” (%88,0) ve “Genel pratisyen/aile hekimi” (%87,2) için seçilmiştir (139). Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Danışman” (%54,7) ve “Psikiyatrist” için (%47,0) seçilmiştir (110).

Öğretmenler ise aynı soruda “Faydalı” seçeneğini en sık “Psikiyatrist” (%90,9) için seçmiştir. Japonya’daki erişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin belirlendiği çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Danışman” ,“Yakın arkadaş” ve “Psikiyatrist” için seçilmiştir (%87,0 %76,8 %73,0) (156). Avustralya’daki çalışma sonuçlarına göre “Faydalı” seçeneği en sık “Genel pratisyen”, “Psikiyatrist” ve “Danışman” için seçilmiştir (%88,8 %88,8 %86,8) (159).

Çalışmaya katılan öğrencilere senaryo 3’teki kişiye yardım edebilecek kişilerin listesi verilip öğrencilerden “Faydalı”, “Zararlı”, “Hiçbir etkisi olmaz”, “Bilmiyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. “Faydalı” seçeneği en sık “Psikolog” ve “Rehberlik öğretmeni” için seçilmiştir (%79,3 %74,8). Avustralya’da ergenlerle yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Yakın arkadaş ”(%94,8), “ Danışman” (%92,5) ve “Yakın aile üyesi” (%91,0) için seçilmiştir (139). Japonya’da lise

öğrencilerinde yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Yakın arkadaş” (%70,5) ve “Yakın aile üyesi”(%56,8) için seçilmiştir (110). ABD’de yapılan bir çalışmada “Arkadaş” senaryodaki kişiye yardım edebilecek seçenek olarak çalışmaya katılan gençler tarafından en sık önerilen olmuştur (153).

Öğretmenler ise aynı soruda “Psikolog” ve “Psikiyatrist” seçeneklerini “Faydalı” bulmuşlardır (%90,0 %71,8). Avustralya’daki 15 yaş ve üstü bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Danışman” (%91,9), “Yakın arkadaş”(%85,5) ve “Psikolog” (%79,2) için seçilmiştir (161). Avustralya’da ebeveynlerin ruh sağlığı okuryazarlığı bilgi düzeylerini inceleyen çalışmada “Faydalı” seçeneği en sık “Danışman” için seçilmiştir (%94-%95) (112).

Çalışmaya katılan öğrencilere senaryo 1’deki kişiye benzer sorun yaşama durumunda ebeveynleri ile paylaşma tutumları sorulmuştur. Sorununu ebeveynleriyle paylaşabileceğini belirten öğrencilerin oranı %55,7 olmuştur. Bu öğrencilerin %55,7’si sorununu “Her iki ebeveyn”i ile, %30,8’i sorununu “Sadece anne”siyle konuşabileceğini belirtmiştir. Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin yarısı ebeveynleriyle durumunu paylaşabileceğini belirtmiştir. Bu öğrencilerin yarısı “Her iki ebeveyn” ile, üçte biri “Sadece anne”si ile sorununu konuşabileceğini söylemiştir (110). Çin’deki ergenlere yönelik çalışmada katılımcıların %67,8’inin ebeveynleriyle durumunu paylaşacağı tespit edilmiştir(138). Avustralya’da çalışmaya katılan ergenlere aynı soru sorulmuştur. Katılanların %23,6 ‘sı “Her iki ebeveyn” seçeneğini, %10,8 ‘ü ise “Anne” seçeneğini seçmiştir (139).

Çalışmaya katılan öğrencilere senaryo 2’deki kişiye benzer sorun yaşama durumunda ebeveynleri ile paylaşma tutumları sorulmuştur. Sorununu ebeveynleriyle paylaşabileceğini belirten öğrencilerin oranı %52,3 olmuştur. Bu öğrencilerin % 68,2’si sorununu “Her iki ebeveyn”i ile, %21,5’i ise sorununu “Sadece anne”siyle konuşabileceğini belirtmiştir. Japonya’da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %45,3’ü ebeveynleriyle durumunu paylaşabilceğini belirtmiştir. Bu öğrencilerin yarısı “Sadece anne”si, üçte biri “Her iki ebeveyn” ile sorunu konuşabileceğini söylemiştir (110). Avustralya’da çalışmaya katılan ergenlere aynı soru sorulmuştur. Ergenlerin %23,0’ı “Her iki ebeveyn” seçeneğini, %8,3’ü ise “Anne” seçeneğini seçmiştir (139).

Çalışmaya katılan öğrencilere senaryo 3'teki kişiye benzer sorun yaşama durumunda ebeveynlerinle paylaşma tutumları sorulmuştur. Öğrencilerin %61,7'sinin sorununu ebeveynleriyle paylaşabileceği tespit edilmiştir. Bu öğrencilerin %67,8'i "Her iki ebeveyn"i ile, %24,0'ı "Sadece anne"siyle sorununu konuşabileceğini belirtmiştir. Japonya'da lise öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %40,0'ı ebeveynleriyle durumunu paylaşabileceğini belirtmiştir. Bu öğrencilerin %50,0'ının "Sadece anne"si, %44,7'sinin "Her iki ebeveyn" ile sorununu konuşabileceği bulunmuştur (110) Avustralya'da ergenlere aynı soru sorulmuştur. Çalışmaya katılan ergenlerden %25,6 'sı "Her iki ebeveyn" seçeneğini, %6,9 'u ise "Anne" seçeneğini seçmiştir(139). ABD'de yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan gençler tarafından senaryodaki kişiye yardım edebilecek en sık önerilen ikinci seçenek "Aile" olmuştur (%16,4) (153).

Daha önce yapılan çalışmalarda genç bireylerin ve yetişkinlerin yardım aramada daha fazla aile ve arkadaşı seçtikleri, profesyonel seçeneklerin arasında ise genel pratisyenler ve danışmanları daha fazla tercih ettikleri görülmüştür(164). Bizim çalışmamızda öğrenci ve öğretmenlerin yardım arama konusunda daha çok profesyonel yardım sağlayıcıları tercih ettiği gözlenmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin ruhsal sorun yaşama durumunda, durumunu ebeveynleriyle paylaşabileceğini söyleyenlerin sayısı oldukça yüksektir. Bu konuda öğrencilerin annelerini babalarına göre daha fazla tercih etmiş oldukları görülmüştür. Bu durum literatürde de benzer şekilde gerçekleşmiştir. Çalışmamızda yardım arama tercihlerinde öğrenci ve öğretmen arasında ciddi farklılıklar gözlenmemiştir. Bununla birlikte katılımcılar tarafından aile hekimlerinin dikkat çekici bir şekilde daha az tercih edildiği görülmektedir. Avustralya'daki çalışmalarda genel pratisyenlerin daha fazla sıklıkta faydalı seçilmiş olmasında yapılan ruh sağlığı okuryazarlığı çalışmalarının etkisinin olduğu düşünülmektedir(159). Ülkemizde ise bu sonuç yardım arama konusundaki bilgi yetersizliği ve ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa yeterince entegre olmaması ile ilgili olabilir. Bununla "Danışman" olarak ifade edilen meslek grubunun ülkemizde bulunmayışından dolayı bu seçeneğe çalışmamızda yer verilmemiştir.

7.2.4. Ruhsal Hastalıklar için Yardım Aramada Algılanan Engellerin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğrenciler ve öğretmenlerin senaryolardakine benzer sorun yaşamaları durumunda profesyonel yardım almalarına yönelik algıladıkları engeller bu bölümde değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Senaryo 1’e benzer bir sorun yaşamanız durumunda profesyonel yardım aramanıza engel olabilecek nedenler nelerdir?” sorusuna en sık verdikleri cevaplar “Çok mahcup/utangaç olmak”, “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek”, “Yardım almanın ücreti” olarak sıralanmıştır (%37,3 %30,7 %25,2). Japonya’da yapılan çalışmada lise öğrencileri en sık “Yardım aldığında başkalarının ne düşüneceği endişesi”, “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi” ve “Çok mahcup/utangaç olmak” seçeneklerini seçmiştir (%40,3 %34,7 %29,2) (110). Çin’deki ergen çalışmasında katılımcılar en sık “Çok mahcup/utangaç olmak” , “Kişinin sizle ilgili olumsuz düşüneceği endişesi” ve “Kişinin söyleceğinin yanlış olabileceği endişesi” seçeneklerini tercih etmiştir (%29,6 %29,4 %23,8) (138). Öğrencilerin “Senaryo 2’ye benzer bir sorun yaşamanız durumunda profesyonel yardım aramanıza engel olabilecek nedenler nelerdir” sorusuna en sık verdikleri cevaplar “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek”, “Çok mahcup/utangaç olmak” ve “Kişinin sizle ilgili olumsuz düşüneceği endişesi” olarak sıralanmıştır (%27,3 %25,3 %21,7). Japonya’da yapılan çalışmada lise öğrencileri en sık “Yardım aldığında başkalarının ne düşüneceği endişesi”, “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği düşüneceği endişesi” ve “Kişinin söyleyeceğinin yanlış olabileceği endişesi” seçeneklerini seçmiştir (%47,6 %42,9 %25,0) (110). Öğrencilerin “Senaryo 3’e benzer bir sorun yaşamanız durumunda profesyonel yardım aramanıza engel olabilecek nedenler nelerdir” sorusuna en sık verdikleri cevaplar “Çok mahcup/utangaç olmak”, “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek” ve “Yardım aldığında başkalarının ne düşüneceği endişesi” olarak sıralanmıştır (%37,9 %24,4 %22,3). Japonya’da yapılan çalışmada lise öğrencileri en sık “Yardım aldığında başkalarının ne düşüneceği endişesi”, “Çok mahcup/utangaç olmak” ve “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi” seçeneklerini seçmiştir (%57,1 %50,8 %41,3) (110). Avustralya’da yaşayan gençlerde MHLQ kullanılarak yapılan çalışmada senaryodaki kişiye benzer sorun yaşaması durumunda en sık “Çok mahcup/utangaç olmak” ve “Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi”

seçeneklerini yardım aramaya engel olarak gördüklerini belirtmişlerdir (%27, %11) (165).

Çalışmaya katılan ğretmenlerin “Senaryo 1’e benzer bir sorun yaşamanız durumunda profesyonel yardım aramanıza engel olabilecek nedenler nelerdir?” sorusuna en sık verdikleri cevaplar “Yardım almanın creti”, “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” ve “Randevu almanın zor olması” olarak sıralanmıştır (%45,2 %22,8 %19,5). Çalışmaya katılan ğretmenlerin “Senaryo 2’ye benzer bir sorun yaşamanız durumunda profesyonel yardım aramanıza engel olabilecek nedenler nelerdir” sorusuna en sık verdikleri cevaplar “Yardım almanın creti”, “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” ve “Kişinin söyleceğinin yanlış olabileceği endişesi” olarak sıralanmıştır (%45,2 %23,2 %14,5). Çalışmaya katılan ğretmenlerin “Senaryo 3’ye benzer bir sorun yaşamanız durumunda profesyonel yardım aramanıza engel olabilecek nedenler nelerdir” sorusuna en sık verdikleri cevaplar “Yardım almanın creti”, “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek” ve “Randevu almanın zor olması” olarak sıralanmıştır (%34,0 %17,4 %11,6).

Çalışmamızın sonuçlarına göre senaryolarda öğrencilerin en sık “Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek”, “ok mahçup/utangaç olmak” ve “Kişinin sizle ilgili olumsuz düşüneceği endişesi” seçeneklerini engel olabilecek neden olarak tercih ettikleri görülmüştür. Öğretmenler ise “Yardım almanın creti”, “Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek”, “Randevu almanın zor olması” seçeneklerini tercih etmişlerdir. Literatürdeki alışmalar da “ok mahçup/utangaç olmak”, “Kişinin sizle ilgili olumsuz düşüneceği endişesi” ve “Yardım aldığında başkalarının ne düşüneceği endişesi” seçenekleri ön plana çıkmaktadır. Jorm ve ark.’nın yaptığı çalışmada gençlerin algıladıkları engellerin daha fazla kişisel sorunlarla ilişkili olduğu, erişkinlerin ise maliyeti engel olarak gördükleri belirtilmiştir (164). Prins ve ark. tarafından yapılan çalışmada en sık “Kendim çözmeyi tercih ederim”, “Yardımcı olmayacağını düşünürüm” ve “Başkalarının ne diyeceğini düşünürüm” seçenekleri yardım aramaya engel olarak seçilmiştir(165). Bir başka çalışmada ise tedavi almayan ve ruhsal hastalıkları olan bireylerde en önemli engel düşük ihtiyaç algısı olarak belirlenmiştir. Tedavi alan bireylerde en sık engel bireylerin kendi kendine sorunu çözme çabası olmuştur. Aynı çalışmada kişisel faktörler ve tutumlar, maliyet gibi sağlık sistemiyle ilgili yapısal sorunlardan daha fazla engel olarak algılanmıştır(166). Literatür

alışmalarına göre değerlendirildiğinde çalışmamızda öğretmenlerin yardım aramaya engel olarak tedavi maliyeti ve randevu almanın zorluğu tercihleri daha yapısal sorunları işaret etmektedir. Bunun yanında ğrenci tercihlerinin daha fazla kişisel sebeplerden olduğu gözlenmektedir.

7.3. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde çalışmamızdaki ğrenci ve öğretmenlerin ruhsal Hastalığa yönelik inançların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda kullanılan ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz inancı ölçen RHYİÖ'nin bir kestirim değeri yoktur. Çalışmamızda ğretmenlerin öğrencilere göre RHYİÖ alt boyut puanları ve toplam puanının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Öğretmen ve öğrencilerin aldıkları puanlar ölçekten alınabilecek en yüksek puan ile kıyaslandığında, ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli ve onlarla ilişkinin zor olduğuna dair inançların ön planda olduğu söylenebilir. Bununla birlikte öğrencilerin “aresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutunda 4, “Tehlikeli” alt boyutunda 2 madde ve “Utanma” alt boyutunun tüm maddelerinde %50'den fazla “Tamamen katılmıyorum” veya “Kısmen katılmıyorum” seçeneklerini tercih ettiikleri tespit edilmiştir. Öğretmenlerin “aresizlik ve Kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyutunda 3 ve “Utanma” alt boyutunun tüm maddelerinde %50'den fazla “Tamamen katılmıyorum” veya “Kısmen katılmıyorum” seçeneklerini tercih ettikleri bulunmuştur. Bu sonuçlar ruhsal hastalıkları olan bireylere karşı duyulan bireylerin tehlikeli olduğuna ve sosyal ilişkilerinde bozulma olacağına dair önyargıları göstermektedir. Buna karşı ruhsal hastalıkları olan bireylerden utanmama bir bakıma bu bireylere sahip çıkma olarak kabul edilmiş olabilir.

Çalışmamızda ruhsal Hastalığa yönelik inançların cinsiyetten etkilendiğine dair bulgular mevcuttur. Öğrenci sonuçlarında tüm alt boyut puanı ve toplam RHYİÖ puanının erkek cinsiyette daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğretmen sonuçlarında ise “Tehlikeli” alt boyutunda erkek cinsiyet daha yüksek puan almıştır. Ülkemizdeki daha önceki uygulamalarda cinsiyet değişkeni ile RHYİÖ ilişkisine ait farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ünal ve ark. tarafından üniversite ğrencilerinde yapılan çalışmada, Oban ve ark. tarafından ergenlerde yapılan çalışmada, am ve ark. tarafından genel popülasyonda yapılan çalışmada ve Patıkula tarafından genel popülasyonda yapılan araştırmada ölçek puanı cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (102,166–168).

Bunun yanında Güngörmüş ve ark. tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada “Tehlikeli” alt boyutunda, Günay ve ark. tarafından yapılan çalışmada “Çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma” alt boyunda cinsiyet puanları bakımından farklılık gözlenmiştir ve erkek cinsiyette bu puanların daha yüksek olduğu görülmüştür (169,170). Bu sonuçlar ruhsal hastalıklara yönelik inançlarda erkek cinsiyetin daha olumsuz fikre sahip olduğunu düşündürmektedir. Yaş gruplarına bakıldığında 14-16 yaş grubundaki öğrenciler “Utanma” alt boyutunda daha yüksek puan almıştır. Patıkula tarafından yapılan araştırmada yaş grupları arasından farklılık gözlenmemiştir (168). Ancak çalışmamızda 15-19 yaş grubunun ve öğretmenlerin, alt boyut ve toplam RHYİÖ puanlarında daha yüksek puanlara sahip oldukları gözlenmiştir. Bu bakımdan genç bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik daha az damgalama eğilimi olduğunu düşünmekteyiz. Öğrenci ve öğretmenlerin gelir düzeyleri, öğrencilerin anne ve baba eğitim düzeyleri ile alt boyut ve toplam RHYİÖ puanları arasında farklılık gözlenmemiştir. Bu bakımdan çalışmamız literatüre paralellik göstermektedir (166).

7.4. RUHSAL HASTALIKLARI TANIMA DÜZEYLERİ İLE BAZI DEĞİŞKENLERİN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda yer alan senaryoları doğru tanıma düzeyleri ile bu düzeylerle ilişkisi olabilecek bazı değişkenler değerlendirilmiştir. Öğrencilere ilişkin verilere göre ruhsal hastalıkları doğru tanıma düzeylerinin; cinsiyet, yaş, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, öğrencilerin eğitim gördükleri okul türleri ve senaryolardakine benzer sorun yaşamış olma durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Senaryoları kadın cinsiyetin, 17-19 yaş grubunda olanların, anne ve baba eğitim düzeyi “lise ve üzerinde” olanların daha yüksek oranda doğru tanıdığı saptanmıştır. Senaryolardakine benzer sorun yaşamış olanların depresyonu ve sosyal fobiyi tanıma oranlarının daha yüksek, şizofreniyi tanıma oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bunların yanında toplam aile geliri “2001 TL ve üstü”nde olanların ve çekirdek aile tipine sahip olanların şizofreni senaryosunu; kardeşi olanların ve depresyon senaryosundakine benzer sorun yaşayan bireyle karşılaşmış olanların depresyon senaryosunu daha yüksek oranda tanıdığı tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak öğrencilerin eğitim gördükleri okul türlerinin senaryoları tanıma düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları değerlendirildiğinde depresyon senaryosunu tanıyanların “Utanma” ve “Tehlikeli” alt boyut puanlarının, şizofreni senaryosunu

tanıyanların “Tehlikeli” alt boyut puanlarının, sosyal fobi senaryosunu tanıyanların tüm alt boyut puanları ve toplam RHYİÖ puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğretmenlere ilişkin çalışmamızdaki bulgulara göre ruhsal hastalıkları doğru tanıma düzeyinin cinsiyet, fiziksel hastalığa sahip olma durumu, okulda idari göreve sahip olma ve senaryodakine benzer sorun yaşayan bireyle karşılaşmış olma durumları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kadın cinsiyetin, okulda idari görevi bulunmayanların, fiziksel hastalığı olmayanların ve senaryolardakine benzer sorun yaşayan bireyle karşılaşmış olanların senaryoları daha yüksek oranda doğru tanıdığı saptanmıştır. Bunların yanında evli veya birlikte yaşayanların, depresyon senaryosundakine benzer sorun yaşamış olanların depresyon senaryosunu daha yüksek oranda tanıdığı tespit edilmiştir. Öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları değerlendirildiğinde sosyal fobi senaryosunu tanıyanların tüm alt boyut puanları ve toplam RHYİÖ puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Litaratürde ruhsal hastalıkları tanıma düzeylerini etkilebilecek değişkenleri inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Cotton ve ark. tarafından 12-25 yaş grubundaki bireylerle depresyon ve şizofreniyi tanıma düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada kadınların ruhsal hastalıkları tanıma düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (171). Coles ve ark. tarafından lise öğrencilerinde depresyon ve sosyal fobiyi tanıma düzeylerine yönelik yapılan araştırmada kadınların erkeklere daha yüksek oranda senaryoları tanıdıkları bulunmuştur (153). Dalhberg ve ark. tarafından 20 yaş üstü bireylerle yaptıkları depresyonu tanıma düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan araştırmalarda da kadınların ruhsal hastalıkları tanıma düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada 20-34 yaş grubunda olanların diğer yaş gruplarına göre ruhsal hastalıkları tanıma düzeylerinin daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (172). Wright ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise 12-17 ve 18-25 yaş grubu bireylerin depresyon ve şizofreniyi tanıma düzeyleri karşılaştırıldığında 18-25 yaş grubunun senaryoları daha yüksek oranda tanıdıkları belirlenmiştir (173). Dahlberg ve ark. tarafından yapılan araştırmada depresyonu tanıma düzeyleri ile eğitim seviyeleri ilişkili bulunmuştur ve yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin depresyon senaryosunu daha yüksek oranda tanıdığı tespit edilmiştir (172). Attygalle ve ark. tarafından yapılan çalışmada MHLQ lise öğrencilerine uygulanmış ve baba eğitimi

seviyesi yüksek olan öğrencilerin senaryoları tanıma düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada aile gelir düzeyi 20.000 Sri Lanka Rupisi üzerinde olanların ruhsal hastalık düzeylerini daha yüksek oranda tanıdığı gözlenmiştir (1 Sri Lanka Rupisi=0.007\$ iken çalışmanın yapılmış olduğu belirtilmiştir.) (174). Reavley ve ark. tarafından yapılan çalışmada depresyon, şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma ile benzer sorunları olan bireylerle karşılaşmış olma durumları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer sorunları olan bireylerle karşılaşmış olanların ilgili senaryoları daha yüksek oranda tanıdıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada şizofreni senarosuna benzer sorunları yaşamış olan bireylerin şizofreni senaryosunu tanıma düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmektedir (111). Zhuang ve ark'nın yaptığı çalışmada şizofreni senaryosunu tanıma ile damgalama düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır (175).

Literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde çalışmamızda benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Kişilerin sosyodemografik özellikleri ruhsal hastalıkları tanıma düzeylerini direkt olarak etkilemektedir. Özellikle erkek cinsiyete sahip olan, ergenlik döneminin başlangıcında olan ve düşük eğitim düzeyine sahip ebeveyni olanlar ruhsal hastalıkları tanımama konusunda risk altındadır. Bunun yanında ruhsal sorun yaşamış olma ya da ruhsal sorunları olan bireylerle karşılaşmış olma durumlarının ruhsal hastalıkları tanıma düzeyini dolaylı yoldan etkilediğini düşünmekteyiz. Çünkü ruhsal sorun yaşamak veya ruhsal sorunları olan bireylerle karşılaşmış olmak ruhsal hastalıklara yönelik bireylerin inançlarını etkileyemekte bu sayede bireyler ruhsal hastalıklara yönelik doğru bilgi edinme arayışına girebilmektedir. Damgalama ve ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumların yardım arama davranışını etkilediği bilinmektedir (93,94). Ancak damgalama düzeylerinin, ruhsal hastalıkları tanıma düzeylerine olan doğrudan etkilerine dair sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu bağlamda bizim çalışmamızda ise sosyal fobi senaryosunu tanıma düzeyleri ile damgalama düzeyinin ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir. Fakat çalışmamızda ruhsal hastalıklara yönelik inançların genel bir ölçekle değerlendirilmiş olmasından dolayı bu konuyla ilgili hastalık bazında yapılacak değerlendirmelerle daha farklı sonuçların ortaya çıkabileceğini düşünmekteyiz.

7.5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamız tek bir ilçe özelinde yürütülmüş olup, İstanbul genelini yansıtmakta yeterli değildir. Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirleme çalışmaları uzun süredir yapılmasına rağmen ülkemizde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda ayrıntılı ve geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durum çalışmamızın ülke düzeyinde değerlendirilmesinde sınırlılıklar doğurmuştur.

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı birçok bileşeni içermektedir. Çalışmamız tanımlayıcı düzeyde olduğu ve ruh sağlığı okuryazarlığı bileşenlerini ele alan ülkemizde henüz bir çalışma olmadığı için sık ruhsal hastalıklara yönelik temel ruh sağlığı okuryazarlığı bileşenlerini ele almaya odaklanmıştır. Bu konuda daha az sıklıkta olan ve yaş gruplarına göre risk faktörünü oluşturan birçok hastalığın değerlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bunun yanında ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ruhsal hastalıklara göre farklılık göstermektedir. Biz çalışmamızda genel ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ölçeği ile değerlendirmede bulunduk. Her ruhsal hastalığa özgü damgalama ölçeği kullanılarak damgalama ile ruh sağlığı okuryazarlığı ilişkisinin değerlendirilmesinin farklı sonuçlar doğurabileceği kanaatindeyiz.

Çalışma kapsamında ruh sağlığı okuryazarlığı bilgi düzeylerinde ölçüm yöntemi olarak 15-19 yaş grubuna uygulanabilirliği açısından senaryo temelli anket kullanılmıştır. Ancak anket çalışmaları bireysel düzeyde değerlendirmede sınırlı kalmaktadır. Ruh sağlığı okur yazarlığını bireysel olarak değerlendirmesinde kullanılmak üzere tüm bileşenleri yeterli düzeyde ele alan, kültürel farklılıklara uygun ölçüm yöntemlerinin oluşturulması gerekmektedir.

IX. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de ruhsal hastalıklardan kaynaklanan hastalık yükleri giderek artmaktadır. Özellikle ergenlik döneminde ruhsal hastalıkların tanınması ve bu hastalıklara müdahale kritik önem taşımaktadır. Bu yaş grubunda ruhsal hastalıkların erken tanınması ve ruhsal hastalıklara yönelik erken tedavi hastalığın prognozunu ve kişilerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Ruhsal hastalıklarının tanınması, yardım aramanın geciktirilmemesi ve tedavi sürecinin uygun bir şekilde ilerleyebilmesi ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin yeterli olması ile ilgilidir. Bu bağlamda planlanacak ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yaygın seviyede müdahaleler sosyodemografik (cinsiyet, yaş grubu, aile gelir düzeyi, ebeveyn eğitim düzeyi, okul türü gibi) farklılıklara uygun olmalıdır. Bu müdahaleler erken yaş grupları için ebeveyn eğitimleri ile başlayıp yaygın seviyede müdahaleler periyodik olarak ve yaşam boyunca devam etmelidir.

Ruh sağlığı okuryazarlığının ilk ve en önemli bileşeni hastalığı doğru tanıma becerisidir. Çalışmamızda genç bireylerin ergenlik gibi fizyolojik bir durumu ruhsal hastalıklarla karıştırabildikleri bulunmuştur. Bu durumun gençlerde yardım aramaya yönelik engellerden olan bireylerin kendi kendine sorunla baş etmeye çalışma davranışını pekiştirebileceğini düşünmekteyiz. Bunun yanında öğretmenlerin de ruhsal hastalıkları tanıma düzeyleri yeterli seviye bulunmamaktadır. Ayrıca katılımcıların senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek ilaçlar ve senaryolara yönelik tedavi yöntemleri konularında doğru, güncel bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Bu bakımdan ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin geliştirmesine yönelik müdahalelerde ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalıkların tedavi yöntemlerine dair bilgiler temel olarak verilmelidir.

Katılımcıların senaryolardaki kişilere faydalı buldukları kişilerin çoğunlukla psikolog ve psikiyatristten oluştuğu; aile hekimlerinin faydalı olabilecek kişi olarak daha az tercih edildiği görülmektedir. Ancak ülkemizde kamuda yer alan ve ruh sağlığı sağlık hizmetlerini sunan insangücü değerlendirildiğinde bu talebin karşılanamayacağı aşıkardır. Bununla birlikte faydalı olabilecek kişiler arasından aile hekimi seçeneğinin diğer seçeneklere göre daha az tercih edilmiş olması diğer profesyonel meslek gruplarına olan yükün daha fazla artmasına neden olacaktır. Bu nedenle ruh sağlığı

hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonuna, ruh sağlığı hizmetlerinde birinci basamağa duyulan güvenin ve ülkemizde danışmanlık hizmetlerinin arttırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Genç bireylerde yardım arama davranışlarının kişisel faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun yanında gençlerin yakın arkadaş seçeneğini yardım arama konusunda sık tercih ettikleri gözlenmiştir. Bu bağlamda ergenlere yapılması planan müdahalelerde akran eğitimleri yararlanılabilecek bir yöntem olabilir. Öğretmenlerin yardım arama davranışlarının daha çok yapısal faktörlerden etkilendiği gözlenmektedir. Bu durum ise ruh sağlığı hizmetlerine ulaşma ve bu hizmetlerin sunumuna yönelik sorunları göstermektedir. Bu anlamda toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması gerekmektedir.

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların öğrencilere göre öğretmenlerde daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığının temel bileşenlerinden olan damgalamanın azaltılmasına yönelik müdahaleler bir başka gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre genç yaş gurubunun ruh sağlığı okuryazarlığının temel bileşenlerini geliştirmeye yönelik okul temelli müdahalelere, erişkin bireylere yönelik toplum temelli yaygın seviyede müdahalelere ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Okul temelli müdahaleler öğretmenlerin, okul çalışanlarının, öğrencilerin ve ebeveynlerin dahil olduğu tüm okul yaklaşımını içermelidir. Okul temelli ve toplum temelli müdahalelerde ruhsal hastalıkların ve tedavilerinin doğru anlatılması ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın azaltılması müdahalelerin temelini oluşturmaktadır.

Sonuç olarak ülkemizde toplum ruh sağlığının geliştirilmesi için kısa vadede yapılması gerekenler ruh sağlığı okuryazarlığı seviyelerinin arttırılmasına yönelik müdahale çalışmalarının planması, aile hekimlerinin ruh sağlığı hizmetine entegrasyonu ve online hizmet veren danışmanlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmet modelinde yer alması olarak sıralanabilir. Uzun vadede ise ruhsal hastalıkları olan bireylerin tedavisinin hastanelerle sınırlı kalmayarak kendi doğal ortamlarında gerçekleştirilebilmesini sağlamak ve ruh sağlığının sosyal belirleyicilerini iyileştirmek için müdahaleler planlamak olmalıdır.

X. KAYNAKÇA

1. World Health Organization. Basic Documents. 2014.
2. World Health Organization. Promoting Mental Health. 2004.
3. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Ma R, Jin MA, Merikangas KR, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593–602.
5. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet 2018 Oct;392(10157):1553–98.
6. World Health Organization. Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors. 2012
7. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 2015 Jun 1;14(2):231–3.
8. Birleşmiş Milletler. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi. 1966.
9. Bilge A, Mermer G, Çam MO, Çetinkaya A, Erdoğan E, Amaç NÜ. Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2012;2(2):1–5.
10. TC Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). 2011.
11. Çiçekoğlu P, Duran S. Dünyada ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Türkiye Klin Psikiyatr Nurs - Spec Top. 2018;4(3):8–14.
12. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. 2016 Oct 1;15(3):276–86.
13. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: The case for both hospital-

- and community-based mental healthcare. Vol. 202, British Journal of Psychiatry. 2013. p. 246–8.
14. Saruç S, Kaya Kiliç A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sos Hizmet*. 2015;26(2):53–71.
 15. Goal 3: Sustainable Development Knowledge Platform.. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
 16. GBD Results Tool | GHDx [cited 2019 Jul 1]. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
 17. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86.
 18. Hay SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep 16;390(10100):1260–344.
 19. Correction Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. Vol. 475, *Nature*. Nature Publishing Group; 2011. p. 27–30.
 20. Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... & Abraham, J. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2163-2196.
 21. Adolescents’ health-related behaviours - Mental-health-issues [Internet]. [cited 2019 Dec 18]. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section4/page1/Mental-health-issues.html>.
 22. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and

- national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* (London, England) . 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
23. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):743–800.
 24. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859–77.
 25. Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019 Feb 7 [cited 2019 Jun 28];21(2):10.
 26. Artukoğlu P, Kılıç B. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Kalitatif Bir Çalışma. 3.International 21.National Public Health Congress. 2019.
 27. Neşe. E, Kılıç. C, Ulusoy. M, Keçeci. M, Şimşek. Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998.
 28. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Final Rapor. 2004.
 29. Cavlin A. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013. 2016.
 30. Health-related SDGs | IHME Viz Hub. [cited 2019 Dec 27]: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.
 31. Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study. *Lancet*. 2014;383(9926):1404–11.
 32. Babalola, Noel P, White R. The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian J Soc Psychiatry*. 2017 [cited 2019 Jun 24];33(4):291.
 33. WHO | About social determinants of health. WHO. 2017

34. World Health Organization. Social Determinants of Mental Health. 2014
35. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The lancet Psychiatry*. 2018 Apr 1 [cited 2019 Jun 26];5(4):357–69.
36. Belhadj Kouider E, Petermann F. [Common Risk Factors of Depressive and Anxiety Symptomatology in Childhood and Adolescence: A Systematic Review from Transdiagnostic Perspectives]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2015 Jun [cited 2019 Dec 29];83(6):321–33.
37. Cheng HG, Deng F, Xiong W, Phillips MR. Prevalence of alcohol use disorders in mainland China: a systematic review. *Addiction*. 2015 May;110(5):761–74.
38. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Vol. 11, *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009. p. 7–20.
39. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2010 Aug;71(3):517–28.
40. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science* (80-). 1992;255(5047):946–52.
41. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. Vol. 30, *Eur. J. Psychiat*. 2016
42. Kelly Y, Sacker A, Del Bono E, Francesconi M, Marmot M. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child*. 2011 Sep;96(9):832–7.
43. Anderson ER, Mayes LC. Race/ethnicity and internalizing disorders in youth: A review. Vol. 30, *Clinical Psychology Review*. 2010. p. 338–48.
44. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri | UNDP Türkiye.
45. Goldmann E, Galea S. Mental Health Consequences of Disasters. *Annu Rev*

- Public Health. 2014 Mar 18 ;35(1):169–83.
46. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Feb [cited 2019 Dec 29];121(2):84–93.
 47. World Health Organization. Mental health: strengthening our response.
 48. Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Oct;69(10):1021–8.
 49. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*. 2005 Feb;4(1):18–24.
 50. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010 Nov 2;197(5):378–85.
 51. Cerdá M, Sagdeo A, Johnson J, Galea S. Genetic and environmental influences on psychiatric comorbidity: A systematic review. Vol. 126, *Journal of Affective Disorders*. 2010. p. 14–38.
 52. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014 Dec 27;14(1):237.
 53. Fryers T, Brugha T. Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2013 Mar 5;9(1):1–50.
 54. Compton MT, Shim RS. The Social Determinants of Mental Health Clinical Synthesis. *Focus (Madison)*. 2015;13(4):419.
 55. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1).
 56. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. Vol. 378, *The Lancet*. 2011. p. 1515–25.
 57. World Health Organization. Office for Europe R. Review of social determinants

and the health divide in the WHO European Region: final report

58. World Health Organization. Social Determinants of Health Sectoral Briefing Series 4. 2012.
59. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data. 2013
60. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. 2013
61. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: A foundation for future health. Vol. 379, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2012. p. 1630–40.
62. Center for Health Statistics N. Healthy People 2010 Final Review. 2010.
63. World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. 2018.
64. Leka S, Jain A. EU Compass for Action on Mental Health and Well-being. 2014.
65. Chisholm D. Dollars, DALYs and decisions : Economic Aspects of the Mental Health System. 2006.
66. Mei C, Fitzsimons J, Allen N, Alvarez-Jimenez M, Amminger GP, Browne V, et al. Global research priorities for youth mental health. *Early Interv Psychiatry*. 2020 Feb 20 [cited 2020 Feb 8];14(1):3–13.
67. Nystrand C, Hultkrantz L, Vimefall E, Feldman I. Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2019;1–16.
68. Ratzan SC. Health literacy: Communication for the public good. Vol. 16, *Health Promotion International*. 2001. p. 207–14.
69. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. 1998.
70. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012 Apr 14;344(7852).
71. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health

- literacy and health outcomes: An updated systematic review. Vol. 155, *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2011. p. 97–107.
72. Ellermann C. Promoting health literacy to reduce health inequalities in societies. *Eur J Public Health*. 2017 Nov 1;27.
 73. 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 Feb;166(4):182–6.
 74. Jorm AF. Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231–43.
 75. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. Vol. 177, *British Journal of Psychiatry*. 2000. p. 396–401.
 76. Bjørnsen HN, Eilertsen MB, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*. 2017 Dec 18;17(1):717.
 77. Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A. Enhancing mental health literacy in young people. Vol. 25, *European Child and Adolescent Psychiatry*. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2016. p. 567–9.
 78. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. Vol. 15, *BMC Psychiatry*. BioMed Central Ltd.; 2015.
 79. Douglas KC, Fujimoto D. Asian Pacific Elders: Implications for health care providers. Vol. 11, *Clinics in Geriatric Medicine*. 1995. p. 69–82.
 80. Khan TM, Hassali MA, Tahir H, Khan A. A pilot study evaluating the stigma and public perception about the causes of depression and schizophrenia. *Iran J Public Health*. 2011;40(1):50–6.
 81. Purnell Larry. Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. In 1998 [cited 2019 Dec 28]. p. 338–56.
 82. Laidlaw A, McLellan J, Ozakinci G. Understanding undergraduate student perceptions of mental health, mental well-being and help-seeking behaviour. *Stud*

High Educ. 2016 Dec 1;41(12):2156–68.

83. Adebawale TO, Ogunlesi AO. Beliefs and knowledge about aetiology of mental illness among Nigerian psychiatric patients and their relatives. *Afr J Med Med Sci.*;28(1–2):35–41.
84. Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama Psychiatric Disease and Stigmatization..
85. Singh S, Zaki RA, Farid NDN. A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. Vol. 74, *Journal of Adolescence*. Academic Press; 2019. p. 154–72.
86. Georgakakou-Koutsonikou N, Williams JM. Children and young people’s conceptualizations of depression: a systematic review and narrative meta-synthesis. *Child Care Health Dev.* 2017 Mar;43(2):161–81.
87. Rickwood DJ, Braithwaite VA. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med.* 1994;39(4):563–72.
88. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Mar;113(3):163–79.
89. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a Mediator of Emotion. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54(3):466–75.
90. Füsün S, Cihangir- Çankaya Z. Yetişkinlerin Psikolojik Yardım Arama Tutumlarının Yordanması. *Ege Eğitim Derg.* 2015;16(1):178–98.
91. Türküm S. Stresle Başa çıkma Biçimi, iyimserlik, Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkiler: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Sos Bilim Derg.*
92. 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 Jun 13
93. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-

- analysis. Vol. 210, British Journal of Psychiatry. Royal College of Psychiatrists; 2017. p. 261–8.
94. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry. 2010 Dec 30;10(1):113.
 95. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama Stigma Process and Internalized Stigma among Individuals with Mental Illness. 2011;2(3):136–40.
 96. Özmen S, Erdem R. Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. Suleyman Demirel Univ J Fac Econ Adm Sci Y. 2018;23(1):185–208.
 97. Makalesi A, Kemiş GZ, Özlem Ş, Aki E, Yıldız Mİ, Doğan Varan H, et al. Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği: Türkçe Formu, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması 2. Türk Psikiyatr Derg. 2018
 98. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. BMC Psychiatry. 2011 Dec 31;11(1):52.
 99. Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama Psychiatric Disease and Stigmatization. Üsküdar Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2016;2(2):175–201.
 100. Sharp ML, Fear NT, Rona RJ, Wessely S, Greenberg N, Jones N, et al. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. Epidemiol Rev. 2015;37(1):144–62.
 101. Bipolar bozukluga yönelik tutumlar ve damgalama. 3P Dergisi. 2004. p. 61–4.
 102. Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. Düşünen Adam J Psychiatry Neurol Sci. 2010;23(3):145–50.
 103. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatr Derg. 2007;18(2):163–71.
 104. Gabriel A, Violato C. The development of a knowledge test of depression and its treatment for patients suffering from non-psychotic depression: a psychometric

- assessment. BMC Psychiatry. 2009 Dec 15 ;9(1):56.
105. Compton MT, Quintero L, Esterberg ML. Assessing knowledge of schizophrenia: Development and psychometric properties of a brief, multiple-choice knowledge test for use across various samples. Psychiatry Res. 2007 May 30;151(1–2):87–95.
 106. Göktaş S, Işikli B, Yenilmez Ç, Metintaş S, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı E, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı E. Anksiyete Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. DEÜ Tıp Fakültesi Derg. 2019;33(2):167–74.
 107. Griffiths KM, Batterham PJ, Barney L, Parsons A. The generalised anxiety stigma scale (GASS): psychometric properties in a community sample. BMC Psychiatry. 2011 Dec 22;11(1):184.
 108. Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression self-stigma: A new measure and preliminary findings. J Nerv Ment Dis. 2008 Sep;196(9):663–70.
 109. Yoshioka K, Reavley NJ, MacKinnon AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Results from a survey of Japanese high school students. Psychiatry Res. 2014 Jan 30;215(1):229–36.
 110. Yoshioka K, Reavley NJ, Hart LM, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment: results from a mental health literacy survey of Japanese high school students. Int J Cult Ment Health [Internet]. 2015 Apr 3;8(2):207–22.
- th literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. Aust N Z J Psychiatry. 2014 Jan;48(1):61–9.
112. Jorm AF, Wright A. Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2007 Aug;41(8):656–66.
 113. Jorm AF, Morgan AJ, Wright A. First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: Beliefs of health professionals compared to young people and parents. BMC Psychiatry. 2008;8(42).

114. O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy-a review of scale-based measures. Vol. 23, Journal of Mental Health. Informa Healthcare; 2014. p. 197–204.
115. Compton MT, Hankerson-Dyson D, Broussard B. Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. Psychiatry Res. 2011 Aug 30;189(1):141–8.
116. Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. Psychiatry Res. 2016 Sep 30;243:278–86.
117. Göktaş S, Işıklı B, Fatih Önsüz M, Yenilmez Ç, Metintaş S, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi E, et al. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Derg. 2019;11(3):424–31.
118. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. Psychiatry Res. 2015 Sep 30;229(1–2):511–6.
119. Akdoğan E. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması / Turkish adaptation of mental health literacy scale, validity and reliability study. 2018
120. Gazioğlu Esra; Canel Azize. UNODC “Madde Bağımlılığını Önlemede Aile Beceri Eğitimi Programları Uygulama Rehberi”nin Türkiye'nin İhtiyaçları Açısından İncelenmesi. 2018;365–403.
121. O'Neil A, Quirk SE, Housden S, Brennan SL, Williams LJ, Pasco JA, et al. Relationship between diet and mental health in children and adolescents: A systematic review. Vol. 104, American Journal of Public Health. American Public Health Association Inc.; 2014. p. e31–42.
122. Prevention and Promotion in Mental Health. 2002.
123. Graetz B, Littlefield L, Trinder M, Dobia B, Souter M, Champion C, et al. KidsMatter: A Population Health Model to Support Student Mental Health and Well-being in Primary Schools. Int J Ment Health Promot. 2008 Nov;10(4):13–

- 20.
124. England PH. Promoting children and young people's emotional health and wellbeing. 2015
125. Baker-Henningham H, Walker S, Powell C, Gardner JM. A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child Care Health Dev.* 2009;35(5):624–31.
126. O'Reilly M, Svirydzienka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. Vol. 53, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2018. p. 647–62.
127. Lendrum A, Humphrey N, Wigelsworth M. Social and emotional aspects of learning for secondary schools: implementation difficulties and their implications for school-based mental health promotion. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 2013 Sep 11;18(3):158–64.
128. Loughry M, Ager A, Flouri E, Khamis V, Afana AH, Qouta S. The impact of structured activities among Palestinian children in a time of conflict. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2006 Dec;47(12):1211–8.
129. Bonhauser M, Fernandez G, Püschel K, Yañez F, Montero J, Thompson B, et al. Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: Results of a school-based controlled trial. *Health Promot Int.* 2005 Jun;20(2):113–22.
130. Rivet-Duval E, Heriot S, Hunt C. Preventing Adolescent Depression in Mauritius: A Universal School-Based Program. *Child Adolesc Ment Health.* 2011 May;16(2):86–91.
131. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int* [Internet]. 2011 Dec 1;26(suppl 1):i29–69.
132. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim tarihi:10.02.2020
133. Mahallem Istanbul <https://www.mahallemistanbul.com/> Erişim tarihi:10.02.2020

134. OpenEpi Menu. https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm.
135. Jorm AF, Wright A, Morgan AJ. Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Interv Psychiatry*. 2007;1(1):61–70.
136. Reavley N, Too T, Zhao M. National Surveys of Mental Health Literacy and Stigma and National Survey of Discrimination and Positive Treatment A report for Prepared by Dr. 2015.
137. Nakamura-Taira N, Izawa S, Yamada KC. Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese workers: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2018 Apr;262:221–8.
138. Lam LT. Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]*. 2014;8(1):26.
139. Reavley NJ, Jorm AF. Young people’s recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(10):890–8.
140. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. Vol. 22, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2000. p. 221–36.
141. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği’nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2008;9(2):91–4.
142. Morgan AJ, Jorm AF, Reavley NJ. Beliefs of Australian health professionals about the helpfulness of interventions for mental disorders: Differences between professions and change over time. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013 Sep;47(9):840–8.
143. Turhan FS. Lise Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Alma Tutumunun Yordanması. Ege Üniversitesi; 2019.
144. Alp Özdemir B. Lise Öğrencilerinde Benlik Saygısı ile Psikolojik Yardım Alma ve Problem Çözme Davranış Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsükdar Üniversitesi; 2016.
145. Yıldırım T, Atlı A, Çitil C. Lise Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Aramaya

- Gönüllülükleri ile Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişki. e-International J Educ Res. 2014;5(2):89–104.
146. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
 147. Metin A. Lise Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Alma Tutumlarının Kendini Damgalama ve Sosyal Damgalama Algısına Göre İncelenmesi. Okan Üniversitesi; 2017.
 148. Duman A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamlarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. İstanbul Üniversitesi; 2017.
 149. Kırımlı F. Lise Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Arama Tutumlarını Etkileyen Etmenler. Hacettepe Üniversitesi; 2007.
 150. Aslan G. An Analysis on the Effectiveness of Mediation System in Collective Labour Disputes in Turkey İlknur KILKIŞ Hanehalkı İşgücü Anketleri Veri Analizi). Nisan [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 3];8(1):33–66. Available from: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/sgd/tr>
 151. Melas PA, Tartani E, Forsner T, Edhborg M, Forsell Y. Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. Eur Psychiatry [Internet]. 2013 Sep 1;28(7):404–11.
 152. Burns JR, Rapee RM. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. J Adolesc. 2006 Apr;29(2):225–39.
 153. Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR, McLeod S. Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. J Adolesc Heal [Internet]. 2016 Jan 1;58(1):57–62.
 154. Amarasuriya SD, Jorm AF, Reavley NJ. Depression literacy of undergraduates in a non-western developing context: the case of Sri Lanka. BMC Res Notes 2015 Dec 22;8(1):593.
 155. Loureiro LM, Jorm AF, Mendes AC, Santos JC, Ferreira RO, Pedreiro AT.

- Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*. 2013 Dec 7;13(1):129.
156. Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Griffiths KM, Wata Y. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Med* [Internet]. 2005 Dec 9;3(1):12.
 157. Swami V, Loo P-W, Furnham A. Public knowledge and beliefs about depression among urban and rural Malays in Malaysia. *Int J Soc Psychiatry*. 2010 Sep [cited 2020 Feb 6];56(5):480–96.
 158. Loo P-W, Wong S, Furnham A. Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2012 Jun;4(2):113–25.
 159. Reavley NJ, Jorm AF. Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: Changes in Australia over 16 years. *Br J Psychiatry*. 2012 May;200(5):419–25.
 160. Lui C, Wong C, Furnham A. Mental health literacy in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2016 Sep;62(6):505–11.
 161. Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Nov;45(11):947–56.
 162. Slee PT, Lawson MJ, Russell A, Askill-Williams H, Dix KL, Owens L, et al. KidsMatter Primary Evaluation Final Report. [Internet]. 2009 [cited 2020 Jan 24]. Available from: www.kidsmatter.edu.au.
 163. Beyond Blue. Beyond Blue Annual Highlight 2017-2018. 2018 .
 164. Jorm AF, Wright A, Morgan AJ. Where to seek help for a mental disorder? *Med J Aust* [Internet]. 2007 Nov 19;187(10):556–60.
 165. Yap MBH, Reavley N, Jorm AF. Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey. *J Affect Disord*. 2013 May 1;147(1–3):255–61.
 166. Oban G, Küçük L. Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler . *Psikiyatr Hemşireliği Derg*. 2011;2(1):31–9.

167. Çam O, Bilge A. Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumların Belirlenmesi. *New/Yeni Symp J* [Internet]. 2011;49(3):131–40.
168. Patıkula M. Kişilik İnançlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Üzerine Etkisi. *Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2017.
169. Güngörmüş K, Ekinci M, Daş M. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg.* 11(2):45–51.
170. Günay S, Bekitkol T, Beycan Ekitli G, Yildirim S. Bir Hemşirelik Fakültesindeki Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Psikiyatr Hemşireliği Derg.* 2016;7(3):129–34.
171. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, McGorry PD. Influence of gender on mental health literacy in young Australians\rdoi:10.1111/j.1440-1614.2006.01885.x. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2006;40(9):790–6.
172. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample - Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health.* 2008 Jan 9;8:8.
173. Wright A, Harris MG, Wiggers JH, Jorm AF, Cotton SM, Harrigan SM, et al. Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *Med J Aust.* 2005 Jul 4;183(1):18–23.
174. Attygalle UR, Perera H, Jayamanne BDW. Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2017 Dec 15 [cited 2020 Feb 13];11(1):38.
175. Zhuang XY, Wong DFK, Cheng C-W, Pan S-M. Mental health literacy, stigma and perception of causation of mental illness among Chinese people in Taiwan. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2017 Sep 14;63(6):498–507.

XI. EKLER

EK 1. EK TABLOLAR

Tablo 85. Senaryolardaki “Kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı

		Depresyon		Diğer	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 1	Erkek	71	31,8	304	51,8
	Kadın	152	68,2	283	48,2
	Toplam	223	100,0	587	100,0
		Şizofreni		Diğer	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 2	Erkek	153	41,4	222	50,5
	Kadın	217	58,6	218	49,5
	Toplam	370	100,0	440	100
		Sosyal Fobi		Diğer	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 3	Erkek	5	10,0	370	48,7
	Kadın	45	90,0	390	51,3
	Toplam	50	100,0	760	100,0

Tablo 86. Senaryolardaki “Kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı

		Depresyon		Diğer	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 1	Erkek	34	30,4	75	58,1
	Kadın	78	69,6	54	41,9
	Toplam	112	100,0	129	100,0
		Şizofreni		Diğer	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 2	Erkek	34	33,0	75	54,3
	Kadın	69	67,0	63	45,7
	Toplam	103	100,0	138	100,0
		Sosyal Fobi		Diğer	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 3	Erkek	18	28,6	91	51,1
	Kadın	45	71,4	87	48,9
	Toplam	63	100,0	178	100,0

Tablo 87. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	Erkek	117	50,6	113	54,1	112	57,1
	Kadın	114	49,4	96	45,9	84	42,9
	Toplam	231	100,0	209	100,0	196	100,0
Sınıf Öğretmeni	Erkek	163	53,6	95	60,1	225	47,9
	Kadın	141	46,4	63	39,9	245	52,1
	Toplam	304	100,0	158	100,0	470	100,0
Rehber Öğretmen	Erkek	247	46,3	154	52,2	274	45,2
	Kadın	286	53,7	141	47,8	332	54,8
	Toplam	533	100,0	295	100,0	606	100,0
Psikolog	Erkek	311	44,6	297	44,7	273	42,5
	Kadın	386	55,4	367	55,3	369	57,5
	Toplam	697	100,0	664	100,0	642	100,0
Psikiyatrist	Erkek	286	45,3	321	44,5	200	49,3
	Kadın	345	54,7	401	55,5	206	50,7
	Toplam	631	100,0	722	100,0	406	100,0
Yakın aile üyesi	Erkek	186	46,5	131	53,0	229	45,4
	Kadın	214	53,5	116	47,0	275	54,6
	Toplam	400	100,0	247	100,0	504	100,0
Yakın arkadaş	Erkek	225	47,8	124	54,9	267	47,8
	Kadın	246	52,2	102	45,1	291	52,2
	Toplam	471	100,0	226	100,0	558	100,0

Tablo 88. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	Erkek	45	43,3	33	50,0	33	50,0
	Kadın	59	56,7	33	50,0	33	50,0
	Toplam	104	100,0	66	100,0	66	100,0
Psikolog	Erkek	97	44,3	87	46,8	87	46,8
	Kadın	122	55,7	99	53,2	99	53,2
	Toplam	219	100,0	186	100,0	186	100,0
Psikiyatrist	Erkek	85	43,6	99	45,2	99	45,2
	Kadın	110	56,4	120	54,8	120	54,8
	Toplam	195	100,0	219	100,0	219	100,0
Yakın aile üyesi	Erkek	68	45,6	47	51,6	47	51,6
	Kadın	81	54,4	44	48,4	44	48,4
	Toplam	149	100,0	91	100,0	91	100,0
Yakın arkadaş	Erkek	78	45,6	48	52,7	48	52,7
	Kadın	93	54,4	43	47,3	43	47,3
	Toplam	171	100,0	91	100,0	91	100,0

Tablo 89. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
Cinsiyet		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	Erkek	325	45,0	225	46,6	306	44,2
	Kadın	398	55,0	258	53,4	387	55,8
	Toplam	723	100,0	483	100,0	693	100,0
Meditasyon yapmak	Erkek	212	41,7	185	44,2	187	41,7
	Kadın	296	58,3	234	55,8	261	58,3
	Toplam	508	100,0	419	100,0	448	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	Erkek	233	43,3	207	44,9	217	46,3
	Kadın	305	56,7	254	55,1	252	53,7
	Toplam	538	100,0	461	100,0	469	100,0
Danışmanlık almak	Erkek	249	42,6	240	42,0	273	43,0
	Kadın	335	57,4	332	58,0	362	57,0
	Toplam	584	100,0	572	100,0	635	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	Erkek	210	45,5	235	44,0	240	44,5
	Kadın	252	54,5	299	56,0	299	55,5
	Toplam	462	100,0	534	100,0	539	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	Erkek	223	44,5	184	48,0	238	42,5
	Kadın	278	55,5	199	52,0	322	57,5
	Toplam	501	100,0	383	100,0	560	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	Erkek	208	47,8	252	43,8	152	51,7
	Kadın	227	52,2	323	56,2	142	48,3
	Toplam	435	100,0	575	100,0	294	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 90. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	Erkek	87	42,6	66	45,5	77	40,5
	Kadın	117	57,4	79	54,5	113	59,5
	Toplam	204	100,0	145	100,0	190	100,0
Gevşeme egzersizi	Erkek	74	39,6	58	41,7	74	40,4
	Kadın	113	60,4	81	58,3	109	59,6
	Toplam	187	100,0	139	100,0	183	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	Erkek	78	40,8	64	44,4	62	39,0
	Kadın	113	59,2	80	55,6	97	61,0
	Toplam	191	100,0	144	100,0	159	100,0
Danışmanlık almak	Erkek	90	43,7	81	41,5	92	44,0
	Kadın	120	56,3	114	58,5	117	56,0
	Toplam	210	100,0	195	100,0	209	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	Erkek	72	46,5	67	45,9	83	45,9
	Kadın	83	53,5	79	54,1	98	54,1
	Toplam	155	100,0	146	100,0	181	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	Erkek	77	45,6	65	42,5	87	44,4
	Kadın	92	54,4	88	57,5	109	55,6
	Toplam	169	100,0	153	100,0	196	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	Erkek	82	46,6	93	47,9	75	43,1
	Kadın	94	53,4	101	52,1	99	56,9
	Toplam	176	100,0	194	100,0	174	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	Erkek	45	67,2	67	43,5	32	53,3
	Kadın	22	32,8	87	56,5	28	46,7
	Toplam	67	100,0	154	100,0	60	100,0

*Öğretmenlerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 91. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerin öğrenci cinsiyetlerine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok mahcup/ utangaç olmak	Erkek	132	43,7	89	43,4	144	46,9
	Kadın	170	56,3	116	56,6	163	53,1
	Toplam	302	100,0	205	100,0	307	100,0
Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek	Erkek	105	42,2	95	43,0	85	42,9
	Kadın	144	57,8	126	57,0	113	57,1
	Toplam	249	100,0	221	100,0	198	100,0
Yardım almanın ücreti	Erkek	104	51,0	85	51,5	80	46,8
	Kadın	100	49,0	80	48,5	91	53,2
	Toplam	204	100,0	165	100,0	171	100,0
Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi	Erkek	82	47,1	80	45,5	83	45,9
	Kadın	92	52,9	96	54,5	98	54,1
	Toplam	174	100,0	176	100,0	181	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır.

Tablo 92. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerin öğretmen cinsiyetlerine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yardım almanın ücreti	Erkek	47	43,1	48	44,0	36	43,9
	Kadın	62	56,9	61	56,0	46	56,1
	Toplam	109	100,0	109	100,0	82	100,0
Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek	Erkek	21	38,2	22	39,3	15	35,7
	Kadın	34	61,8	34	60,7	27	64,3
	Toplam	55	100,0	56	100,0	42	100,0
Randevu almanın zor olması	Erkek	23	48,9	23	48,9	13	46,4
	Kadın	24	51,1	24	51,1	15	53,6
	Toplam	47	100,0	47	100,0	28	100,0

*Öğretmenlerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır.

Tablo 93. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı

		Depresyon		Diğer	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 1	14-16 yaş	99	44,4	350	59,6
	17-19 yaş	124	55,6	237	40,4
	Toplam	223	100,0	587	100,0
		Şizofreni		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 2	14-16 yaş	185	50,0	264	60
	17-19 yaş	185	50,0	176	40
	Toplam	370	100,0	440	100,0
		Sosyal Fobi		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 3	14-16 yaş	14	28,0	435	57,2
	17-19 yaş	36	72,0	325	42,8
	Toplam	50	100,0	760	100,0

Tablo 94. Senaryolardaki “kişilerin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı

		Depresyon		Diğer	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 1	20-40 yaş	62	55,4	71	55,0
	41 ve üstü yaş	50	44,6	58	45,0
	Toplam	112	100	129	100,0
		Şizofreni		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 2	20-40 yaş	64	62,1	69	50,0
	41 ve üstü yaş	39	37,9	69	50,0
	Toplam	103	100,0	138	100,0
		Sosyal Fobi		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 3	20-40 yaş	32	50,8	101	56,7
	41 ve üstü yaş	31	49,2	77	43,3
	Toplam	63	100,0	178	100,0

Tablo 95. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	14-16 yaş	151	65,4	134	64,1	125	63,8
	17-19 yaş	80	34,6	75	35,9	71	36,2
	Toplam	231	100,0	209	100,0	196	100,0
Sınıf Öğretmeni	14-16 yaş	198	65,1	105	66,5	273	58,1
	17-19 yaş	106	34,9	53	33,5	197	41,9
	Toplam	304	100,0	158	100,0	470	100,0
Rehber Öğretmen	14-16 yaş	317	59,5	190	64,4	342	56,4
	17-19 yaş	216	40,5	105	35,6	264	43,6
	Toplam	533	100,0	295	100,0	606	100,0
Psikolog	14-16 yaş	390	56,0	368	55,4	346	53,9
	17-19 yaş	307	44,0	296	44,6	296	46,1
	Toplam	697	100,0	664	100,0	642	100,0
Psikiyatrist	14-16 yaş	357	56,6	394	54,6	225	55,4
	17-19 yaş	274	43,4	328	45,4	181	44,6
	Toplam	631	100,0	722	100,0	406	100,0
Yakın aile üyesi	14-16 yaş	218	54,5	137	55,5	283	56,2
	17-19 yaş	182	45,5	110	44,5	221	43,8
	Toplam	400	100,0	247	100,0	504	100,0
Yakın arkadaş	14-16 yaş	246	52,2	125	55,3	296	53,0
	17-19 yaş	225	47,8	101	44,7	262	47,0
	Toplam	471	100,0	226	100,0	558	100,0

Tablo 96. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	20-40 yaş	54	51,9	31	47,0	31	44,9
	41 ve üstü yaş	50	48,1	35	53,0	38	55,1
	Toplam	104	100,0	66	100,0	69	100,0
Psikolog	20-40 yaş	122	55,7	100	53,8	119	54,8
	41 ve üstü yaş	97	44,3	86	46,2	98	45,2
	Toplam	219	100,0	186	100,0	217	100,0
Psikiyatrist	20-40 yaş	106	54,4	123	56,2	96	55,5
	41 ve üstü yaş	89	45,6	96	43,8	77	44,5
	Toplam	195	100,0	219	100,0	173	100,0
Yakın aile üyesi	20-40 yaş	81	54,4	45	49,5	73	52,9
	41 ve üstü yaş	68	45,6	46	50,5	65	47,1
	Toplam	149	100,0	91	100,0	138	100,0
Yakın arkadaş	20-40 yaş	94	55,0	45	49,5	88	55,7
	41 ve üstü yaş	77	45,0	46	50,5	70	44,3
	Toplam	171	100,0	91	100,0	158	100,0

Tablo 97. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	14-16 yaş	407	56,3	278	57,6	379	54,7
	17-19 yaş	316	43,7	205	42,4	314	45,3
	Toplam	723	100,0	483	100,0	693	100,0
Meditasyon yapmak	14-16 yaş	275	54,1	231	55,1	235	52,5
	17-19 yaş	233	45,9	188	44,9	213	47,5
	Toplam	508	100,0	419	100,0	448	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	14-16 yaş	289	53,7	261	56,6	259	55,2
	17-19 yaş	249	46,3	200	43,4	210	44,8
	Toplam	538	100,0	461	100,0	469	100,0
Danışmanlık almak	14-16 yaş	315	53,9	314	54,9	356	56,1
	17-19 yaş	269	46,1	258	45,1	279	43,9
	Toplam	584	100,0	572	100,0	635	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	14-16 yaş	252	54,5	296	55,4	296	54,9
	17-19 yaş	210	45,5	238	44,6	243	45,1
	Toplam	462	100,0	534	100,0	539	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	14-16 yaş	293	58,5	228	59,5	312	55,7
	17-19 yaş	208	41,5	155	40,5	248	44,3
	Toplam	501	100,0	383	100,0	560	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	14-16 yaş	260	59,8	316	55,0	169	57,5
	17-19 yaş	175	40,2	259	45,0	125	42,5
	Toplam	435	100,0	575	100,0	294	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır

Tablo 98. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	20-40 yaş	118	57,8	78	53,8	103	54,2
	41 ve üstü yaş	86	42,2	67	46,2	87	45,8
	Toplam	204	100,0	145	100,0	190	100,0
Gevşeme egzersizi	20-40 yaş	105	56,1	79	56,8	103	56,3
	41 ve üstü yaş	82	43,9	60	43,2	80	43,7
	Toplam	187	100,0	139	100,0	183	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	20-40 yaş	110	57,6	79	54,9	89	56,0
	41 ve üstü yaş	81	42,4	65	45,1	70	44,0
	Toplam	191	100,0	144	100,0	159	100,0
Danışmanlık almak	20-40 yaş	118	55,4	112	57,4	117	56,0
	41 ve üstü yaş	95	44,6	83	42,6	92	44,0
	Toplam	213	100,0	195	100,0	209	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	20-40 yaş	89	57,4	85	58,2	98	54,1
	41 ve üstü yaş	66	42,6	61	41,8	83	45,9
	Toplam	155	100,0	146	100,0	181	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	20-40 yaş	92	54,4	86	56,2	105	53,6
	41 ve üstü yaş	77	45,6	67	43,8	91	46,4
	Toplam	169	100,0	153	100,0	196	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	20-40 yaş	96	54,5	108	55,7	92	52,9
	41 ve üstü yaş	80	45,5	86	44,3	82	47,1
	Toplam	176	100,0	194	100,0	174	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	20-40 yaş	37	53,7	88	57,1	29	48,3
	41 ve üstü yaş	30	46,3	66	42,9	31	51,7
	Toplam	67	100,0	154	100,0	60	100,0

*Öğretmenlerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 99. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci yaş gruplarına göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok mahcup/ utangaç olmak	14-16 yaş	176	58,3	123	60,0	179	58,3
	17-19 yaş	126	41,7	82	40,0	128	41,7
	Toplam	302	100,0	205	100,0	307	100,0
Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek	14-16 yaş	138	55,4	130	58,8	107	54,0
	17-19 yaş	111	44,6	91	41,2	91	46,0
	Toplam	249	100,0	221	100,0	198	100,0
Yardım almanın ücreti	14-16 yaş	111	54,4	87	52,7	87	50,9
	17-19 yaş	93	45,6	78	47,3	84	49,1
	Toplam	204	100,0	165	100,0	171	100,0
Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi	14-16 yaş	114	65,5	103	58,5	94	51,9
	17-19 yaş	60	34,5	73	41,5	87	48,1
	Toplam	174	100,0	176	100,0	181	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır

Tablo 100. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğretmen yaş gruplarına göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
	Yaş Grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yardım almanın ücreti	20-40 yaş	59	54,1	46	56,1	44	53,7
	41 ve üstü yaş	50	45,9	36	43,9	38	46,3
	Toplam	109	100,0	82	100,0	82	100,0
Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek	20-40 yaş	25	45,5	19	48,7	22	52,4
	41 ve üstü yaş	30	54,5	20	51,3	20	47,6
	Toplam	55	100,0	39	100,0	42	100,0
Randevu almanın zor olması	20-40 yaş	24	51,1	14	53,8	13	46,4
	41 ve üstü yaş	23	48,9	12	46,2	15	53,6
	Toplam	47	100,0	26	100,0	28	100,0

*Öğretmenlerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır

Tablo 101. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci aile gelir düzeyine göre dağılımı

		Depresyon		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 1	0-2000 TL	43	21,8	106	20,4
	2001-4000TL	71	36,0	232	44,7
	4001-6000 TL	56	28,4	111	21,4
	6001 TL ve üstü	27	13,7	70	13,5
	Toplam	197	100,0	519	100,0
		Şizofreni		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 2	0-2000 TL	48	14,2	101	26,1
	2001-4000TL	144	42,7	159	42,0
	4001-6000 TL	83	24,6	84	22,2
	6001 TL ve üstü	62	18,4	35	9,2
	Toplam	337	100,0	379	100,0
		Sosyal Fobi		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 3	0-2000 TL	9	19,1	140	20,9
	2001-4000TL	17	36,2	286	42,8
	4001-6000 TL	13	27,7	154	23,0
	6001 TL ve üstü	8	17,0	89	13,3
	Toplam	47	100,0	669	100,0

Tablo 102. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğretmen aile gelir düzeyine göre dağılımı

		Depresyon		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 1	2001-4000TL	20	18,0	13	10,2
	4001-6000 TL	33	29,7	52	40,6
	6001 TL ve üstü	58	52,3	63	49,2
	Toplam	112	100,0	129	100,0
		Şizofreni		Diğer	
		Sayı		Sayı	Yüzde
Senaryo 2	2001-4000TL	22	10,7	11	16,2
	4001-6000 TL	48	35,9	37	35,3
	6001 TL ve üstü	66	53,4	55	48,5
	Toplam	138	100,0	103	100,0
		Sosyal Fobi		Diğer	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Senaryo 3	2001-4000TL	12	19,0	21	11,9
	4001-6000 TL	19	30,2	66	37,5
	6001 TL ve üstü	32	50,8	89	50,6
	Toplam	63	100,0	178	100,0

Tablo 103. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci aile gelir düzeylerine göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	0-2000 TL	50	24,9	48	27,0	36	22,5
	2001-4000TL	78	38,8	76	42,7	74	46,3
	4001-6000 TL	52	25,9	30	16,9	35	21,9
	6001 TL ve üstü	21	10,4	24	13,5	15	9,4
	Toplam	201	100,0	178	100,0	160	100,0
Sınıf Öğretmeni	0-2000 TL	52	20,1	34	26,2	80	19,4
	2001-4000TL	111	42,9	53	40,8	184	44,6
	4001-6000 TL	66	25,5	24	18,5	98	23,7
	6001 TL ve üstü	30	11,6	19	14,6	51	12,3
	Toplam	259	100,0	130	100,0	413	100,0
Rehber Öğretmen	0-2000 TL	89	19,1	63	24,8	101	18,9
	2001-4000TL	206	44,3	110	43,3	236	44,2
	4001-6000 TL	109	23,4	48	18,9	128	24,0
	6001 TL ve üstü	61	13,1	33	13,0	69	12,9
	Toplam	465	100,0	254	100,0	534	100,0
Psikolog	0-2000 TL	124	20,2	125	21,3	106	18,6
	2001-4000TL	264	43,0	252	43,0	245	43,1
	4001-6000 TL	149	24,3	133	22,7	138	24,3
	6001 TL ve üstü	77	12,5	76	13,0	80	14,1
	Toplam	614	100,0	586	100,0	569	100,0
Psikiyatrist	0-2000 TL	118	21,2	127	19,8	64	18,0
	2001-4000TL	238	42,8	273	42,7	155	43,5
	4001-6000 TL	125	22,5	153	23,9	80	22,5
	6001 TL ve üstü	75	13,5	87	13,6	57	16,0
	Toplam	556	100,0	640	100,0	356	100,0
Yakın aile üyesi	0-2000 TL	69	20,1	52	24,8	90	20,3
	2001-4000TL	148	43,0	91	43,3	182	41,0
	4001-6000 TL	83	24,1	38	18,1	108	24,3
	6001 TL ve üstü	44	12,8	29	13,8	64	14,4
	Toplam	344	100,0	210	100,0	444	100,0
Yakın arkadaş	0-2000 TL	76	18,1	48	24,1	100	20,1
	2001-4000TL	189	45,1	90	45,2	204	41,0
	4001-6000 TL	102	24,3	40	20,1	126	25,4
	6001 TL ve üstü	52	12,4	21	10,6	67	13,5
	Toplam	419	100,0	199	100,0	497	100,0

Tablo 104. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen aile gelir düzeylerine göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	2001-4000TL	14	13,5	9	13,6	6	8,7
	4001-6000 TL	32	30,8	24	36,4	26	37,7
	6001 TL ve üstü	58	55,8	33	50,0	37	53,6
	Toplam	104	100,0	66	100,0	69	100,0
Psikolog	2001-4000TL	30	13,8	20	10,9	30	14,0
	4001-6000 TL	77	35,5	65	35,3	76	35,3
	6001 TL ve üstü	110	50,7	99	53,8	109	50,7
	Toplam	219	100,0	186	100,0	217	100,0
Psikiyatrist	2001-4000TL	30	15,5	28	12,9	23	13,5
	4001-6000 TL	65	33,5	78	35,9	61	35,7
	6001 TL ve üstü	99	51,0	111	51,2	87	50,9
	Toplam	195	100,0	219	100,0	173	100,0
Yakın aile üyesi	2001-4000TL	20	13,5	15	16,7	19	14,0
	4001-6000 TL	55	37,2	38	42,2	49	36,0
	6001 TL ve üstü	73	49,3	37	41,1	68	50,0
	Toplam	149	100,0	91	100,0	138	100,0
Yakın arkadaş	2001-4000TL	23	13,6	14	15,7	21	13,5
	4001-6000 TL	60	35,5	35	39,3	59	37,8
	6001 TL ve üstü	86	50,9	40	44,9	76	48,7
	Toplam	171	100,0	91	100,0	158	100,0

Tablo 105. Senaryolardaki kişiye faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci aile gelir gruplarına göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	0-2000 TL	136	21,1	102	24,1	131	21,2
	2001-4000TL	278	43,2	180	42,6	257	41,6
	4001-6000 TL	145	22,5	85	20,1	148	23,9
	6001 TL ve üstü	85	13,2	56	13,2	82	13,3
	Toplam	644	100,0	423	100,0	618	100,0
Meditasyon yapmak	0-2000 TL	86	18,8	82	21,4	84	20,4
	2001-4000TL	184	40,3	167	43,6	168	40,9
	4001-6000 TL	115	25,2	85	22,2	97	23,6
	6001 TL ve üstü	72	15,5	49	12,8	62	15,1
	Toplam	457	100,0	383	100,0	411	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	0-2000 TL	98	20,5	94	22,8	83	19,9
	2001-4000TL	199	41,6	175	42,4	177	42,3
	4001-6000 TL	111	23,2	87	21,1	98	23,4
	6001 TL ve üstü	70	14,6	57	13,8	60	14,4
	Toplam	478	100,0	413	100,0	418	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 105 Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci aile gelir gruplarına göre dağılımı-devamı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Danışmanlık almak	0-2000 TL	103	20,1	108	21,3	115	20,4
	2001-4000TL	223	43,6	219	43,1	244	43,2
	4001-6000 TL	118	23,0	113	22,2	129	22,8
	6001 TL ve üstü	68	13,3	68	13,4	77	13,6
	Toplam	512	100,0	508	100,0	565	100,0
Bilişsel davranış terapisi almak	0-2000 TL	79	19,1	102	21,3	103	21,1
	2001-4000TL	173	41,9	202	42,3	206	42,3
	4001-6000 TL	98	23,7	105	22,0	106	21,8
	6001 TL ve üstü	63	15,3	69	14,4	72	14,8
	Toplam	413	100,0	478	100,0	487	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	0-2000 TL	96	21,9	85	24,9	106	21,3
	2001-4000TL	195	44,4	155	45,5	212	42,6
	4001-6000 TL	96	21,9	58	17,0	116	23,3
	6001 TL ve üstü	52	11,8	43	12,6	64	12,9
	Toplam	439	100,0	341	100,0	498	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	0-2000 TL	77	20,0	102	20,0	49	18,8
	2001-4000TL	169	43,9	216	42,4	114	43,7
	4001-6000 TL	90	23,4	119	23,3	59	22,6
	6001 TL ve üstü	49	12,7	73	14,3	39	14,9
	Toplam	385	100,0	510	100,0	261	100,0

Tablo 106. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen aile gelir gruplarına göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	2001-4000TL	29	14,4	23	16,1	27	14,3
	4001-6000 TL	66	32,7	42	29,4	63	33,3
	6001 TL ve üstü	107	53,0	78	54,5	99	52,4
	Toplam	202	100,0	143	100,0	189	100,0
Gevşeme egzersizi	2001-4000TL	27	14,5	24	17,4	27	14,8
	4001-6000 TL	59	31,7	38	27,5	62	34,1
	6001 TL ve üstü	100	53,8	76	55,1	93	51,1
	Toplam	186	100,0	138	100,0	182	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	2001-4000TL	29	15,3	22	15,5	20	12,7
	4001-6000 TL	65	34,4	45	31,7	57	36,1
	6001 TL ve üstü	95	50,3	75	52,8	81	51,3
	Toplam	189	100,0	142	100,0	158	100,0
Danışmanlık almak	2001-4000TL	29	13,7	25	13,0	29	14,0
	4001-6000 TL	71	33,6	69	35,8	70	33,8
	6001 TL ve üstü	111	52,6	99	51,3	108	52,2
	Toplam	211	100,0	193	100,0	207	100,0

*Öğretmenlerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 106. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğretmen aile gelir gruplarına göre dağılımı-devamı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilişsel davranış terapisi almak	2001-4000TL	21	13,7	23	16,0	25	14,0
	4001-6000 TL	53	34,6	48	33,3	60	33,5
	6001 TL ve üstü	79	51,6	73	50,7	94	52,5
	Toplam	153	100,0	144	100,0	179	100,0
Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak	2001-4000TL	24	14,3	19	12,5	25	12,8
	4001-6000 TL	53	31,5	50	32,9	69	35,4
	6001 TL ve üstü	91	54,2	83	54,6	101	51,8
	Toplam	168	100,0	152	100,0	195	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	2001-4000TL	27	15,4	23	11,9	22	12,7
	4001-6000 TL	57	32,6	71	36,8	59	34,1
	6001 TL ve üstü	91	52,0	99	51,3	92	53,2
	Toplam	175	100,0	193	100,0	173	100,0
Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak	2001-4000TL	8	12,1	20	11,9	5	8,5
	4001-6000 TL	24	36,4	50	36,8	25	42,4
	6001 TL ve üstü	34	51,5	83	51,3	29	49,2
	Toplam	66	100,0	153	100,0	59	100,0

*Öğretmenlerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 107. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci aile gelir gruplarına göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok mahcup/ utangaç olmak	0-2000 TL	54	19,5	32	17,2	48	17,7
	2001-4000TL	124	44,8	83	44,6	120	44,3
	4001-6000 TL	60	21,7	45	24,2	62	22,9
	6001 TL ve üstü	39	14,1	26	14,0	41	15,1
	Toplam	277	100,0	186	100,0	271	100,0
Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek	0-2000 TL	42	19,3	42	21,8	40	22,7
	2001-4000TL	74	33,9	73	37,8	63	35,8
	4001-6000 TL	69	31,7	45	23,3	46	26,1
	6001 TL ve üstü	33	15,1	33	17,1	27	15,3
	Toplam	218	100,0	193	100,0	176	100,0
Yardım almanın ücreti	0-2000 TL	43	23,8	32	21,3	37	24,2
	2001-4000TL	76	42,0	73	48,7	68	44,4
	4001-6000 TL	44	24,3	29	19,3	31	20,3
	6001 TL ve üstü	18	9,9	16	10,7	17	11,1
	Toplam	181	100,0	150	100,0	153	100,0
Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi	0-2000 TL	33	20,1	36	22,5	22	19,1
	2001-4000TL	65	39,6	67	41,9	45	39,1
	4001-6000 TL	47	28,7	40	25,0	27	23,5
	6001 TL ve üstü	19	11,6	17	10,6	21	18,3
	Toplam	164	100,0	160	100,0	115	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır

Tablo 108. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlere yönelik öğretmen cevaplarının gelir düzeyine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yardım almanın ücreti	2001-4000TL	19	17,8	19	17,8	12	15,0
	4001-6000 TL	33	30,8	32	29,9	24	30,0
	6001 TL ve üstü	55	51,4	56	52,3	44	55,0
	Toplam	107	100,0	107	100,0	80	100,0
Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek	2001-4000TL	5	9,3	5	9,1	5	12,5
	4001-6000 TL	11	20,4	12	21,8	7	17,5
	6001 TL ve üstü	38	70,4	38	69,1	28	70,0
	Toplam	100,0		100,0		100,0	
Randevu almanın zor olması	2001-4000TL	8	17,4	8	17,4	3	11,1
	4001-6000 TL	13	28,3	14	30,4	7	25,9
	6001 TL ve üstü	25	54,3	24	52,2	17	63,0
	Toplam	46	100,0	46	100,0	27	100,0

*Öğretmenlerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır

Tablo 109. Senaryolardaki “kişinin sorunu nedir?” sorularına verilen cevapların öğrenci anne eğitim düzeyine göre dağılımı

	Depresyon		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	14	8,0	30	6,7
İlkokul ve ortaokul	57	32,4	202	44,9
Lise ve üzeri	105	59,7	218	48,4
Toplam	176	100,0	450	100,0
	Şizofreni		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	18	6,1	26	7,8
İlkokul ve ortaokul	103	35,0	156	47,0
Lise ve üzeri	173	58,8	150	45,2
Toplam	294	100,0	332	100,0
	Sosyal Fobi		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	1	2,5	43	7,3
İlkokul ve ortaokul	12	30,0	247	42,2
Lise ve üzeri	27	67,5	296	50,5
Toplam	40	100,0	586	100,0

Tablo 110. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci anne eğitim düzeylerine göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	Okuryazar değil	15	8,7	13	8,4	9	6,3
	İlkokul ve ortaokul	74	42,8	72	46,8	70	49,0
	Lise ve üzeri	84	48,6	69	44,8	64	44,8
	Toplam	173	100,0	154	100,0	143	100,0
Sınıf Öğretmeni	Okuryazar değil	18	7,7	14	11,9	23	6,3
	İlkokul ve ortaokul	99	42,1	58	49,2	157	42,8
	Lise ve üzeri	118	50,2	46	39,0	187	51,0
	Toplam	235	100,0	118	100,0	367	100,0
Rehber Öğretmen	Okuryazar değil	31	7,5	23	10,0	31	6,5
	İlkokul ve ortaokul	169	40,6	105	45,9	202	42,3
	Lise ve üzeri	216	51,9	101	44,1	245	51,3
	Toplam	416	100,0	229	100,0	478	100,0
Psikolog	Okuryazar değil	38	7,1	35	6,9	34	6,9
	İlkokul ve ortaokul	222	41,5	216	42,6	205	41,3
	Lise ve üzeri	275	51,4	256	50,5	257	51,8
	Toplam	535	100,0	507	100,0	496	100,0
Psikiyatrist	Okuryazar değil	33	6,9	36	6,5	19	6,0
	İlkokul ve ortaokul	197	41,0	227	41,0	136	43,0
	Lise ve üzeri	251	52,2	290	52,4	161	50,9
	Toplam	481	100,0	553	100,0	316	100,0
Yakın aile üyesi	Okuryazar değil	18	5,9	17	9,1	23	5,9
	İlkokul ve ortaokul	127	41,4	81	43,5	158	40,3
	Lise ve üzeri	162	52,8	88	47,3	211	53,8
	Toplam	307	100,0	186	100,0	392	100,0
Yakın arkadaş	Okuryazar değil	23	6,3	12	7,0	29	6,7
	İlkokul ve ortaokul	162	44,1	82	48,0	177	40,6
	Lise ve üzeri	182	49,6	77	45,0	230	52,8
	Toplam	367	100,0	171	100,0	436	100,0

Tablo 111. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci anne eğitim düzeylerine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	Okuryazar değil	40	7,2	31	8,5	37	6,9
	İlkokul ve ortaokul	230	41,2	168	46,0	221	41,1
	Lise ve üzeri	288	51,6	166	45,5	280	52,0
	Toplam	558	100,0	365	100,0	538	100,0
Meditasyon yapmak	Okuryazar değil	25	6,4	19	5,9	25	7,1
	İlkokul ve ortaokul	149	38,1	137	42,3	136	38,7
	Lise ve üzeri	217	55,5	168	51,9	190	54,1
	Toplam	391	100,0	324	100,0	351	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	Okuryazar değil	32	7,5	30	8,3	30	7,9
	İlkokul ve ortaokul	174	40,9	163	45,0	149	39,2
	Lise ve üzeri	219	51,5	169	46,7	201	52,9
	Toplam	425	100,0	362	100,0	380	100,0
Danışmanlık almak	Okuryazar değil	32	7,0	33	7,4	34	6,8
	İlkokul ve ortaokul	186	40,9	183	41,3	202	40,2
	Lise ve üzeri	237	52,1	227	51,2	267	53,1
	Toplam	455	100,0	443	100,0	503	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 111. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci anne eğitim düzeylerine göre dağılımı -devamı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilişsel davranış terapisi almak	Okuryazar değil	26	7,4	30	7,3	27	6,5
	İlkokul ve ortaokul	137	39,1	171	41,5	179	43,2
	Lise ve üzeri	187	53,4	211	51,2	208	50,2
	Toplam	350	100,0	412	100,0	414	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	Okuryazar değil	28	7,2	24	8,1	31	7,0
	İlkokul ve ortaokul	165	42,6	133	44,9	180	40,8
	Lise ve üzeri	194	50,1	139	47,0	230	52,2
	Toplam	387	100,0	296	100,0	441	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	Okuryazar değil	22	6,7	32	7,2	13	5,4
	İlkokul ve ortaokul	140	42,4	184	41,3	106	44,4
	Lise ve üzeri	168	50,9	230	51,6	120	50,2
	Toplam	330	100,0	446	100,0	239	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 112. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci anne eğitim düzeyine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok mahcup/ utangaç olmak	Okuryazar değil	17	7,3	11	7,0	15	6,3
	İlkokul ve ortaokul	103	44,2	67	42,7	99	41,6
	Lise ve üzeri	113	48,5	79	50,3	124	52,1
	Toplam	233	100,0	157	100,0	238	100,0
Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek	Okuryazar değil	16	8,2	13	7,2		7,0
	İlkokul ve ortaokul	69	35,2	73	40,6	11	37,3
	Lise ve üzeri	111	56,6	94	52,2	59	55,7
	Toplam	196	100,0	180	100,0	88	100,0
Yardım almanın ücreti	Okuryazar değil	11	7,1	7	5,6	7	5,4
	İlkokul ve ortaokul	63	40,6	56	44,4	51	39,2
	Lise ve üzeri	81	52,3	63	50,0	72	55,4
	Toplam	155	100,0	126	100,0	130	100,0
Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi	Okuryazar değil	5	3,6	3	2,1	4	3,8
	İlkokul ve ortaokul	55	39,3	58	39,7	42	40,0
	Lise ve üzeri	80	57,1	85	58,2	59	56,2
	Toplam	140	100,0	146	100,0	105	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır.

Tablo 113. Senaryolardaki kişilerin sorunu nedir sorularına verilen cevapların öğrenci baba eğitim düzeyine göre dağılımı

	Depresyon		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	4	2,5	17	4,0
İlkokul ve ortaokul	31	19,6	134	31,8
Lise ve üzeri	123	77,8	270	64,1
Toplam	158	100,0	421	100,0
	Şizofreni		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	8	2,9	13	4,3
İlkokul ve ortaokul	54	19,4	111	37,0
Lise ve üzeri	217	77,8	176	58,7
Toplam	279	100,0	300	100,0
	Sosyal Fobi		Diğer	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	1	2,8	20	3,7
İlkokul ve ortaokul	5	13,9	160	29,5
Lise ve üzeri	30	83,3	363	66,9
Toplam	36	100,0	543	100,0

Tablo 114. Senaryolardaki kişiye yardım edebilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci baba eğitim düzeylerine göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile Hekimi	Okuryazar değil	7	4,5	10	6,6	8	5,8
	İlkokul ve ortaokul	48	30,8	47	31,1	40	29,0
	Lise ve üzeri	101	64,7	94	62,3	90	65,2
	Toplam	156	100,0	151	100,0	138	100,0
Sınıf Öğretmeni	Okuryazar değil	10	4,5	8	7,0	11	3,2
	İlkokul ve ortaokul	61	27,7	40	35,1	91	26,8
	Lise ve üzeri	149	67,7	66	57,9	238	70,0
	Toplam	220	100,0	114	100,0	340	100,0
Rehber Öğretmen	Okuryazar değil	15	4,0	10	4,7	12	2,7
	İlkokul ve ortaokul	104	27,7	69	32,5	122	27,6
	Lise ve üzeri	257	68,4	133	62,7	308	69,7
	Toplam	376	100,0	212	100,0	442	100,0
Psikolog	Okuryazar değil	16	3,2	13	2,7	13	2,8
	İlkokul ve ortaokul	140	28,2	148	30,9	121	26,5
	Lise ve üzeri	341	68,6	318	66,4	323	70,7
	Toplam	497	100,0	479	100,0	457	100,0
Psikiyatrist	Okuryazar değil	15	3,4	16	3,1	6	2,1
	İlkokul ve ortaokul	125	28,3	147	28,5	80	27,6
	Lise ve üzeri	302	68,3	353	68,4	204	70,3
	Toplam	442	100,0	516	100,0	290	100,0
Yakın aile üyesi	Okuryazar değil	7	2,4	9	5,2	10	2,8
	İlkokul ve ortaokul	73	25,1	48	27,6	102	28,2
	Lise ve üzeri	211	72,5	117	67,2	250	69,1
	Toplam	291	100,0	174	100,0	362	100,0
Yakın arkadaş	Okuryazar değil	10	2,9	3	1,9	15	3,8
	İlkokul ve ortaokul	93	27,4	48	30,6	106	26,6
	Lise ve üzeri	237	69,7	106	67,5	278	69,7
	Toplam	340	100,0	157	100,0	399	100,0

Tablo 115. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek yöntemlere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci baba eğitim düzeylerine göre dağılımı*

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek	Okuryazar değil	17	3,3	15	4,4	18	3,6
	İlkokul ve ortaokul	149	28,8	99	29,1	139	27,6
	Lise ve üzeri	351	67,9	226	66,5	346	68,8
	Toplam	517	100,0	340	100,0	503	100,0
Meditasyon yapmak	Okuryazar değil	13	3,5	10	3,4	10	3,1
	İlkokul ve ortaokul	94	25,3	82	27,7	82	25,7
	Lise ve üzeri	265	71,2	204	68,9	227	71,2
	Toplam	372	100,0	296	100,0	319	100,0
Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak	Okuryazar değil	10	2,6	8	2,5	14	4,1
	İlkokul ve ortaokul	107	27,5	95	29,1	85	25,1
	Lise ve üzeri	272	69,9	223	68,4	240	70,8
	Toplam	389	100,0	326	100,0	339	100,0
Danışmanlık almak	Okuryazar değil	12	2,9	12	2,9	14	3,1
	İlkokul ve ortaokul	112	26,7	121	29,7	119	26,3
	Lise ve üzeri	296	70,5	274	67,3	319	70,6
	Toplam	420	100,0	407	100,0	452	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 115. Senaryolardaki kişilere faydalı olabilecek kişilere yönelik sorularda “Faydalı” olarak seçilen cevapların öğrenci baba eğitim düzeylerine göre dağılımı-devamı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilişsel davranış terapisi almak	Okuryazar değil	10	3,0	11	2,9	10	2,6
	İlkokul ve ortaokul	95	28,5	109	28,6	108	28,3
	Lise ve üzeri	228	68,5	261	68,5	264	69,1
	Toplam	333	100,0	381	100,0	382	100,0
Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak	Okuryazar değil	13	3,7	10	3,7	10	2,5
	İlkokul ve ortaokul	95	27,0	78	29,2	104	26,3
	Lise ve üzeri	244	69,3	179	67,0	281	71,1
	Toplam	352	100,0	267	100,0	395	100,0
Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek	Okuryazar değil	9	3,0	11	2,7	4	1,9
	İlkokul ve ortaokul	81	26,7	117	28,5	67	31,5
	Lise ve üzeri	213	70,3	283	68,9	142	66,7
	Toplam	303	100,0	411	100,0	213	100,0

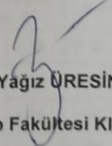
*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık beş tedavi yöntemi tabloda yer almaktadır.

Tablo 116. Profesyonel bir kişiden yardım almaya engel olabilecek en sık nedenlerinin öğrenci baba eğitim düzeyine göre dağılımı

		Senaryo 1		Senaryo 2		Senaryo 3	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok mahcup/ utangaç olmak	Okuryazar değil	9	4,2	7	4,6	7	3,1
	İlkokul ve ortaokul	61	28,4	42	27,8	67	29,9
	Lise ve üzeri	145	67,4	102	67,5	150	67,0
	Toplam	215	100,0	151	100,0	224	100,0
Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek	Okuryazar değil	1	0,5	3	1,8	1	0,7
	İlkokul ve ortaokul	51	27,9	50	30,5	41	29,1
	Lise ve üzeri	131	71,6	111	67,7	99	70,2
	Toplam	183	100,0	164	100,0	141	100,0
Yardım almanın ücreti	Okuryazar değil	4	3,0	1	0,9	3	3,6
	İlkokul ve ortaokul	40	29,6	34	30,6	29	28,5
	Lise ve üzeri	91	67,4	76	68,5	83	67,9
	Toplam	135	100,0	111	100,0	115	100,0
Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi	Okuryazar değil	1	0,8	3	2,2	0	0,0
	İlkokul ve ortaokul	35	28,2	37	27,2	30	32,3
	Lise ve üzeri	88	71,0	96	70,6	63	67,7
	Toplam	124	100,0	136	100,0	93	100,0

*Öğrencilerin belirlediği üç senaryodaki en sık üç engel tabloda yer almaktadır.

EK 2. ETİK KURUL İZNİ

	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Sayı : 187 Konu: Prof. Dr. Selma KARABEY hk.		Tarih : 12.02.2019
Sayın Prof. Dr. Selma KARABEY Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
İlgi: Halk Sağlığı Anabilim Dalının 06/02/2019 gün ve 27090 sayılı yazısı		
Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Şeyma ARSLAN' ın yürüteceği 2019/169 dosya numaralı "İstanbul Fatih İlçesindeki Lise Öğrencilerinin ve Öğretmenlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin Araştırılması" başlıklı çalışma kurulumuzun 08/02/2019 tarih ve 03 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.		
Bilgilerinizi rica ederim.		
 Prof. Dr. A. Yagiz ÜRESİN İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı		
Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu		

EK 3. İSTANBUL İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZNI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.4785723
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi

06/03/2019

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: a) 05.02.2019 tarihli ve 2423490 Gelen Evrak No'lu dilekçe.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/ 2017/25 No'lu Gen.
c) Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 04.03.2019 tarihli tutanağı.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık programı öğrencisi Şeyma ARSLAN'ın "Lise Öğrencilerinin ve Öğretmenlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin Araştırılması" konulu tezi kapsamında, ilimiz Fatih ilçesinde bulunan liselerde görev yapan öğretmen ve öğrenim gören öğrencilere; ruh hastalığına yönelik inanışlar ölçeği ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği öğrenci formu, ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği öğretmen formu ve anket uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek:
1- Genelge.
2- Komisyon Tutanağı.

OLUR
06/03/2019

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK 4. ANKET KULLANIMINA DAİR ALINAN İZİNLER



Anthony Jorm <ajorm@unimelb.edu.au>

Alıcı: ben

İngilizce

Türkçe

İletiyi çevir

Dear Şeyma Arslan

You have permission to use these vignettes.

Best wishes for your project.

Anthony Jorm



Nicola Reavley <nreavley@unimelb.edu.au>

Alıcı: ben

İngilizce

Türkçe

İletiyi çevir

Hi Seyma

That is no problem.

Just in case you are not aware, there has been a more recent survey

Good luck with your research.

Nicki

EK 5. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği



ŞEYMA ARSLAN

Sayın Hocam, Ben İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ha



ayşegül bilge <a.bilge73@yahoo.com>

Alıcı: ben

Sevgili Şeyma,

Ölçeği kullanabilirsin.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Sevgiler

Ayşegül Bilge



EK 6. ÖĞRETMEN ANKET FORMLARI

Değerli Öğretmenimiz,

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülüp Fatih ilçesindeki lise öğrencilerinin ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin araştırılmasını amaçlamaktadır. Bu amaçla sizden aşağıdaki sorulara yanıt vermenizi bekliyoruz. Katılımınız için teşekkür ederim. Dr. Şeyma Arslan

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz: ☐Kadın ☐ Erkek

3.Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

☐Hayır ☐Evet.....(Lütfen belirtiniz)

4.Yaşadığınız aile tipini nasıl tanımlarsınız?

☐Çekirdek aile ☐Geniş aile

5. Medeni haliniz nedir?

☐ Evliyim ☐ Bekârım ☐ Birlikte yaşıyorum

☐Dulum ☐ Boşandım

6. Çocuğunuz var mı?

☐Hayır ☐Evet.....(Lütfen belirtiniz)

7.Ailenizin toplam geliri nedir?

☐ 0-2000TL ☐ 2001-4000 ☐ 4001-6000

☐ 6001'den fazla

8.Ailenizin gelir durumunu nasıl nitelersiniz?

☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi

9.Branşınız nedir?

.....

10. Okulda idari göreviniz bulunuyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet

11.İnternet erişiminiz var mı?

☐ Yok ☐ Evde var

☐ Telefonumda var ☐ Her ikisinde var

12.İnternette bir günde geçirdiğiniz süre ne kadardır?

☐ Hiç ☐ 1-3 saat ☐ 4-6saat

☐ 7-9 saat ☐ 10 saat ve üzeri

13.Televizyon başında bir günde geçirdiğiniz süre ne kadardır?

☐ Hiç ☐ 1 saatten az ☐ 1-2 saat

☐ 2- 4 saat ☐ 4 saatten fazla

14. Daha önce ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim/seminer aldınız mı?

☐Hayır ☐Evet.....(İsmini yazınız)

15. Ruh sağlığı okuryazarlığı ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, yönetme ve önlemeye yönelik bilgi ve inanç olarak tanımlanmaktadır. Buna göre kendi ruh sağlığı okuryazarlığınızı 1-10 puan arasında puanlarsanız kaç puan verirsiniz?.....(Lütfen yazınız)

16.Ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim almak ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

Bu bölüm bitmiştir. Diğer forma geçebilirsiniz

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi-ÖĞRETMEN

Senaryo 1

İbrahim 30 yaşındadır ve son birkaç haftadır alışılmadık şekilde üzgün ve mutsuz hissetmektedir. Devamlı yorgundur ve gece uyumakta zorluk çekmektedir. İbrahim yemek yemeye isteksizdir ve kilo kaybetmiştir. Aklını işine odaklamakta zorlanmaktadır ve karar vermeyi ertelemektedir. Bu işverenin dikkatini çekmiştir, çünkü üretkenliğinin düşmesinden endişe etmektedir.

1. Sizce eğer varsa İbrahim'in sorunu nedir? Lütfen yazınız.

2. İbrahim'e muhtemelen yardım edebilecek birkaç kişi vardır. Aşağıda onların bir listesi bulunmaktadır. Sizce bu kişilerin İbrahim'e yararı mı olur zararı mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Hiçbir etkisi olmaz	Bilmiyorum
a- Bir aile hekimi				
b- Bir psikolog				
c- Bir psikiyatrist(Ruh Sağlığı Doktoru)				
d- Yakın bir aile üyesi				
e- Yakın bir arkadaş				

3. İbrahim'e faydalı olabilecek ilaç veya ilaçlar var mıdır? (Varsa lütfen yazınız)

4. Aşağıdakilerin İbrahim için faydası mı olur zarar mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Etkisi Olmaz	Bilmiyorum
a. Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek				
b. Gevşeme eğitimi almak				
c. Meditasyon yapmak				
d. Düzenli masaj yaptırmak				
e. Akupunktur yaptırmak				
f. Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak				
g. Danışmanlık almak				
h. Bilişsel davranış terapisi almak				
i. Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak				
j. Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak				
k. Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak				
l. Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek				
m. Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak				
n. Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak				

5. Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde hiç kimsenin İbrahim'e benzer sorunu oldu mu?

☐Evet ☐Hayır(7.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(7. Soruya geçiniz)

6. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?

☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

7. Hiç İbrahim'inkine benzer bir problem yaşadınız mı?

☐Evet ☐Hayır(9.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(9.soruya geçiniz)

8. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?

☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

9. Profesyonel bir kişiden yardım almanızı engelleyebilecek nedenler nelerdir? Lütfen işaretleyiniz(Birden fazla seçebilirsiniz)

☐Çok mahcup/ utanma olmak ☐Yardım almanın ücreti ☐Uzak olması

☐Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi

☐Kişinin söyleyeceğinin yanlış olabileceği endişesi ☐Randevu almanın zor olması

- ☐ Randevu almayı beklemek
- ☐Yardım aldığı anda başkalarının ne düşüneceği endişesi
- ☐Teklif edilmesi muhtemel olan tedavi şeklini beğenmemek
- ☐ Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek ☐Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek

Senaryo 2

Mehmet 24 yaşındadır ve ebeveynleriyle beraber yaşamaktadır. Okulunu bitirdiğinden beri birkaç geçici işte çalışmıştır fakat şimdi işsizdir. Son altı ayda arkadaşlarıyla görüşmeyi kesmiştir. Kendisini odaya kilitlemeye ve banyo yapmamaya ve ailesiyle yemek yemeyi reddetmeye başlamıştır. Ebeveynleri uyku saatlerinde Mehmet'in odasında yürüdüğünü duymuşlardır. Onun yalnız olduğunu bildikleri halde, sanki orada biri varmış gibi bağırıp ve tartışırken duymuşlardır. Onunla dışarda vakit geçirmek istediklerinde, evden dışarı çıkmayacağını, çünkü komşularının onu gözetlediğini fısıldamıştır.

10. Sizce eğer varsa Mehmet'in sorunu nedir? Lütfen yazınız.

11. Mehmet'e muhtemelen yardım edebilecek birkaç kişi vardır. Aşağıda onların bir listesi bulunmaktadır. Sizce bu kişilerin Mehmet'e yararı mı olur zararı mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Hiçbir etkisi olmaz	Bilmiyorum
a- Bir aile hekimi				
b- Bir psikolog				
c- Bir psikiyatrist(Ruh Sağlığı Doktoru)				
d- Yakın bir aile üyesi				
e- Yakın bir arkadaş				

12. Mehmet'e faydalı olabilecek ilaç veya ilaçlar var mıdır? (Varsa lütfen yazınız)

13. Aşağıdakilerin Mehmet için faydası mı olur zarar mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Etkisi Olmaz	Bilmiyorum
a. Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek				
b. Gevşeme eğitimi almak				
c. Meditasyon yapmak				
d. Düzenli masaj yaptırmak				
e. Akupunktur yaptırmak				
f. Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak				
g. Danışmanlık almak				
h. Bilişsel davranış terapisi almak				
i. Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak				
j. Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak				
k. Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak				
l. Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek				
m. Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak				
n. Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak				

14. Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde hiç kimsenin Mehmet'e benzer sorunu oldu mu?

☐Evet ☐Hayır(16.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(16. Soruya geçiniz)

15. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?

☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

16. Hiç Mehmet'inkine benzer bir problem yaşadınız mı?

☐Evet ☐Hayır(18.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(18.soruya geçiniz)

17. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?

☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

18. Profesyonel bir kişiden yardım almanızı engelleyebilecek nedenler nelerdir? Lütfen işaretleyiniz(Birden fazla seçebilirsiniz)

☐Çok mahcup/ utanma olmak ☐Yardım almanın ücreti ☐Uzak olması

☐Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

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

Ölçek Değerlendirmesi

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

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının Olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK 7. ÖĞRENCİ ANKET FORMLARI

Değerli Öğrencimiz,

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülüp Fatih ilçesindeki lise Öğrencilerinin ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin araştırılmasını amaçlamaktadır. Bu amaçla sizden aşağıdaki sorulara yanıt vermenizi bekliyoruz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Dr. Şeyma Arslan

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz:

3.Kaçıncı çocuğunuz?.....

4.Siz dahil ailenizdeki çocuk sayısı kaç?.....

5.Herhangi bir rahatsızlığınız/ hastalığınız var mı?

☐Hayır ☐Evet.....(Lütfen belirtiniz)

6.Yaşadığınız aile tipini nasıl tanımlarsınız?

☐Çekirdek aile ☐Geniş aile

7. Ebeveynlerinizin durumu nedir?

☐ Bir arada ☐ Ayrı ☐ Anne vefat ☐ Baba vefat

8.Ailenizin toplam geliri nedir?

☐ 0-2000TL ☐ 2001-4000 ☐ 4001-6000

☐ 6001'den fazla

9.Ailenizin gelir durumunu nitelersiniz?

☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi

10. Annenizin mesleği nedir?.....

11. Babanızın mesleği nedir?.....

12.Annenizin eğitim durumu nedir?

☐ Okuryazar değil ☐ Sadece okuryazar

☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu ☐ Yüksekokul- Üniversite mezunu

13.Babanızın eğitim durumu nedir?

☐ Okuryazar değil ☐ Sadece okuryazar

☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu ☐ Yüksekokul- Üniversite mezunu

14.İnternet erişiminiz var mı?

☐ Yok ☐ Evde var

☐ Telefonumda var ☐ Her ikisinde var

15.İnternette bir günde geçirdiğiniz süre ne kadardır?

☐ Hiç ☐ 1-3 saat ☐ 4-6saat

☐ 7-9 saat ☐ 10 saat ve üzeri

16.Televizyon başında bir günde geçirdiğiniz süre ne kadardır?

☐ Hiç ☐ 1 saatten az ☐ 1-2 saat

☐ 2- 4 saat ☐ 4 saatten fazla

17. Ruh sağlığı okuryazarlığı ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, yönetme ve önlemeye yönelik bilgi ve inanç olarak tanımlanmaktadır. Buna göre kendi ruh sağlığı okuryazarlığınızı 1-10 puan arasında puanlarsanız kaç puan verirsiniz?.....(Lütfen yazınız)

18.Ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eğitim almak ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

Bu bölüm bitmiştir. Diğer forma geçiniz

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Anketi-ÖĞRENCİ

Senaryo 1

İbrahim 15 yaşındadır ve son birkaç haftadır alışılmadık şekilde üzgün ve mutsuz hissetmektedir. Devamlı yorgundur ve gece uyumakta zorluk çekmektedir. İbrahim yemek yemeye isteksizdir ve kilo kaybetmiştir. Çalışmalarına odaklanmakta zorlanmaktadır ve notları düşmektedir. En basit kararları vermeyi dahi ertelemekte ve günlük işler bile gözüne fazla gözükmektedir. Ebeveynleri ve arkadaşları onun hakkında çok endişelenmektedir.

1. Sizce eğer varsa İbrahim'in sorunu nedir? Lütfen yazınız.
.....
2. İbrahim'e muhtemelen yardım edebilecek birkaç kişi vardır. Aşağıda onların bir listesi bulunmaktadır. Sizce bu kişilerin İbrahim'e yararı mı olur zararı mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Hiçbir etkisi olmaz	Bilmiyorum
a- Bir aile hekimi				
b- Bir Sınıf öğretmeni				
c- Bir rehber öğretmen				
d- Bir psikolog				
e- Bir psikiyatrist(Ruh Sağlığı Doktoru)				
f- Yakın bir aile üyesi				
g- Yakın bir arkadaş				

3. İbrahim'e faydalı olabilecek ilaç veya ilaçlar var mıdır? (Varsa lütfen yazınız)
.....

4. Aşağıdakilerin İbrahim için faydası mı olur zarar mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Etkisi Olmaz	Bilmiyorum
a. Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek				
b. Gevşeme eğitimi almak				
c. Meditasyon yapmak				
d. Düzenli masaj yaptırmak				
e. Akupunktur yaptırmak				
f. Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak				
g. Danışmanlık almak				
h. Bilişsel davranış terapisi almak				
i. Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak				
j. Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak				
k. Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak				
l. Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek				
m. Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak				
n. Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak				

5. Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde hiç kimsenin İbrahim'e benzer sorunu oldu mu?
☐Evet ☐Hayır(7.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(7. Soruya geçiniz)
6. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?
☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum
7. Hiç İbrahim'inkine benzer bir problem yaşadınız mı?
☐Evet ☐Hayır(9.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(9.soruya geçiniz)
8. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?
☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum
9. Yukarıda tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?
☐Evet ☐Hayır(11.soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(11.soruya geçiniz) ☐Ailem yok(11.soruya geçiniz)
10. Her iki ebeveyninizle konuşabilir misiniz? Sadece babanızla ya da sadece annenizle mi konuştunuz?
☐Her ikisiyle ☐Sadece babamla ☐Sadece annemle ☐Bilmiyorum
11. Profesyonel bir kişiden yardım almanızı engelleyebilecek nedenler nelerdir? Lütfen işaretleyiniz(Birden fazla seçebilirsiniz)

☐Çok mahcup/ utangaç olmak

☐Yardım almanın ücreti

☐Uzak olması

- ☐ Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi
- ☐ Kişinin söyleyeceğinin yanlış olabileceği endişesi ☐ Randevu almanın zor olması
- ☐ Randevu almayı beklemek
- ☐ Yardım aldığı anda başkalarının ne düşüneceği endişesi
- ☐ Teklif edilmesi muhtemel olan tedavi şeklini beğenmemek
- ☐ Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek ☐ Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek

Senaryo 2

Ahmet 15 yaşındadır ve ebeveynleriyle beraber yaşamaktadır. Geçen yıl okula devamsızlıklar yapmış ve yakın zamanda okula gitmeyi tamamen bırakmıştır. Geçtiğimiz altı ayda arkadaşlarıyla görüşmeyi kesmiş ve kendisini odaya kilitlemeye, banyo yapmamaya ve ailesiyle yemek yemeyi reddetmeye başlamıştır. Ebeveynleri uyku saatlerinde Ahmet'in odasında yürüdüğünü fark etmişlerdir. Onun yalnız olduğunu bildikleri halde, sanki orada biri varmış gibi bağırıp tartışırken duymuşlardır. Ahmetle dışarıda vakit geçirmek istediklerinde, evden dışarı çıkmayacağını, çünkü komşularının onu gözetlediğini fısıldamıştır.

12. Sizce eğer varsa Ahmet'in sorunu nedir? Lütfen yazınız.

.....

13. Ahmet'e muhtemelen yardım edebilecek birkaç kişi vardır. Aşağıda onların bir listesi bulunmaktadır. Sizce bu kişilerin Ahmet'e yararı mı olur zararı mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Hiçbir etkisi olmaz	Bilmiyorum
a- Bir aile hekimi				
b- Bir Sınıf öğretmeni				
c- Bir rehber öğretmen				
d- Bir psikolog				
e- Bir psikiyatrist(Ruh Sağlığı Doktoru)				
f- Yakın bir aile üyesi				
g- Yakın bir arkadaş				

14. Ahmet'e faydalı olabilecek ilaç veya ilaçlar var mıdır? (Varsa lütfen yazınız)

.....

15. Aşağıdakilerin Ahmet için faydası mı olur zarar mı dokunur yoksa hiçbir etkisi olmaz mı?

	Faydalı	Zararlı	Etkisi Olmaz	Bilmiyorum
a. Fiziksel olarak daha aktif hale gelmek				
b. Gevşeme eğitimi almak				
c. Meditasyon yapmak				
d. Düzenli masaj yaptırmak				
e. Akupunktur yaptırmak				
f. Her sabah erken kalkmak ve güneş ışığına çıkmak				
g. Danışmanlık almak				
h. Bilişsel davranış terapisi almak				
i. Problemi hakkında bilgi veren bir web sitesi aramak				
j. Problem hakkında kişisel gelişim kitabı okumak				
k. Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak				
l. Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek				
m. Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak				
n. Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak				

16. Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde hiç kimsenin Ahmet'e benzer sorunu oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır (18. Soruya geçiniz) ☐ Bilmiyorum (18. Soruya geçiniz)

17. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

18. Hiç Ahmet'in kine benzer bir problem yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır (20. Soruya geçiniz) ☐ Bilmiyorum (20. soruya geçiniz)

k.	Benzer sorunları olan bir destek grubuna katılmak				
l.	Yakındaki Toplum Ruh Sağlığı merkezine gitmek				
m.	Bir hastanenin psikiyatri servisine yatırılmak				
n.	Kendi kendine sorunlarını çözmeye çalışmak				

27. Ailenizde veya yakın arkadaş çevrenizde hiç kimsenin Mehmet'e benzer sorunu oldu mu?

☐Evet ☐Hayır(29.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(29. Soruya geçiniz)

28. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi gördüler mi?

☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

29. Hiç Mehmet'inkine benzer bir problem yaşadınız mı?

☐Evet ☐Hayır(31.Soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(31.soruya geçiniz)

30. Bu sorunlar için herhangi bir profesyonel yardım veya tedavi aldınız mı?

☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

31. Yukarıda tarif edildiği gibi bir sorununuz olduğunda ebeveynlerinizle bu konuda konuşabilir misiniz?

☐Evet ☐Hayır(33.soruya geçiniz) ☐Bilmiyorum(33.soruya geçiniz) ☐Ailem yok(33.soruya geçiniz)

32. Her iki ebeveyninizle konuşabilir misiniz? Sadece babanızla ya da sadece annenizle mi konuşturdunuz?

☐Her ikisiyle ☐Sadece babamla ☐Sadece annemle ☐Bilmiyorum

33. Profesyonel bir kişiden yardım almanızı engelleyebilecek nedenler nelerdir? Lütfen işaretleyiniz(Birden fazla seçebilirsiniz)

☐Çok mahcup/ utangaç olmak ☐Yardım almanın ücreti ☐Uzak olması

☐Kişinin sizle ilgili olumsuz duygular hissedebileceği endişesi

☐Kişinin söyleyeceğinin yanlış olabileceği endişesi ☐Randevu almanın zor olması

☐Randevu almayı beklemek

☐Yardım aldığı anda başkalarının ne düşüneceği endişesi

☐Teklif edilmesi muhtemel olan tedavi şeklini beğenmemek

☐Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek ☐Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek

BU BÖLÜM BİTMİŞTİR. LÜTFEN DİĞER FORMA GEÇİNİZ

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

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

Ölçek Değerlendirmesi

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

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının Olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM

EK 8. MENTAL HEALTH LITERACY QUESTIONNAIRE

Mental Health Literacy Questionnaire

15 YEAR OLD VIGNETTES

***Scenario 1 - Depression**

John is a 15 year old who has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. He is tired all the time and has trouble sleeping at night. John doesn't feel like eating and has lost weight. He can't keep his mind on his studies and his marks have dropped. He puts off making any decisions and even day-to-day tasks seem too much for him. His parents and friends are very concerned about him.

***Scenario 2 – Psychosis/early schizophrenia**

John is a 15 year old who lives at home with his parents. He has been attending school irregularly over the past year and has recently stopped attending altogether. Over the past six months he has stopped seeing his friends and begun locking himself in his bedroom and refusing to eat with the family or to have a bath. His parents also hear him walking about in his bedroom at night while they are in bed. Even though they know he is alone, they have heard him shouting and arguing as if someone else is there. When they try to encourage him to do more things, he whispers that he won't leave home because he is being spied upon by the neighbour. They realize he is not taking drugs because he never sees anyone or goes anywhere.

***Scenario 3 – Social phobia**

John is a 15 year old living at home with his parents. Since starting his new school last year he has become even more shy than usual and has made only one friend. He would really like to make more friends but is scared that he'll do or say something embarrassing when he's around others. Although John's work is OK he rarely says a word in class and becomes incredibly nervous, trembles, blushes and seems like he might vomit if he has to answer a question or speak in front of the class. At home, John is quite talkative with his family, but becomes quiet if anyone he doesn't know well comes over. He never answers the phone and he refuses to attend social gatherings. He knows his fears are unreasonable but he can't seem to control them and this really upsets him.

*** 24/30 YEAR OLD VIGNETTES**

***Scenario 1 - Depression**

John is 30 years old. He has been feeling unusually sad and miserable for the last few weeks. Even though he is tired all the time, he has trouble

sleeping nearly every night. John doesn't feel like eating and has lost weight. He can't keep his mind on his work and puts off making decisions.

Even day-to-day tasks seem too much for him. This has come to the attention of his boss, who is concerned about John's lowered productivity.

*Scenario 2 – Psychosis/early schizophrenia

John is 24 and lives at home with his parents. He has had a few temporary jobs since finishing school but is now unemployed. Over the last six months he has stopped seeing his friends and has begun locking himself in his bedroom and refusing to eat with the family or to have a bath. His parents also hear him walking about his bedroom at night while they are in bed. Even though they know he is alone, they have heard him shouting and arguing as if someone else is there. When they try to encourage him to do more things, he whispers that he won't leave home because he is being spied upon by the neighbour. They realize he is not taking drugs because he never sees anyone or goes anywhere.

Scenario 3 – Social phobia

John is a 30-year old who lives alone. Since moving to a new town last year he has become even more shy than usual and has made only one friend. He would really like to make more friends but is scared that he 'll do or say something embarrassing when he 's around others. Although John 's work is OK he rarely says a word in meetings and becomes incredibly nervous, trembles, blushes and seems like he might vomit if he has to answer a question or speak in front of his workmates. John is quite talkative with his close relatives, but becomes quiet if anyone he doesn 't know well is present. He never answers the phone and he refuses to attend social gatherings. He knows his fears are unreasonable but he can 't seem to control them and this really upsets him.

***Section A: Recognition of disorders**

A1 What, if anything, do you think is wrong with (John/Jenny)?

***Section B. Beliefs about interventions**

B1 There are a number of different people who could possibly help (John/Jenny).

I'm going to read out a list of them and I'd like you to tell me whether they would be helpful, harmful or neither to (John/Jenny).

(STATEMENTS)

a) A GP or family doctor

- b) A lecturer
- c) A counselor
- d) A telephone counseling service, such as (Lifeline/Kids Helpline)
- e) A psychologist
- f) A psychiatrist
- g) A close family member
- h) A close friend

...Would that be helpful, harmful, neither, or not sure

RESPONSE FRAME

- 1. Helpful
- 2. Harmful
- 3. Neither
- 4. (Depends)
- 5. Don't know
- 6. (Refused)

B2 Do you think the following medicines are likely to be helpful, harmful or neither for (John/Jenny)?

(STATEMENTS)

- a) Vitamins
- b) St John's Wort
- c) Antidepressants
- d) Tranquillizers
- e) Antipsychotics
- f) Sleeping pills

... Would that be helpful, harmful, neither, or not sure

RESPONSE FRAME

- 1. Helpful
- 2. Harmful
- 3. Neither
- 4. (Depends)
- 5. Don't know
- 6. (Refused)

B3 Do you think the following are likely to be helpful, harmful or neither for (John/Jenny)?

(STATEMENTS)

- a) Becoming more physically active
- b) Getting relaxation training
- c) Practicing meditation
- d) Having regular massages
- e) Getting acupuncture

- f) Getting up early each morning and getting out in the sunlight
- g) Receiving counseling
- h) Receiving cognitive-behavior therapy
- i) Looking up a web site giving information about (his/her) problem
- j) Reading a self-help book on (his/her) problem
- k) Joining a support group of people with similar problems
- l) Going to a local mental health service
- m) Being admitted to a psychiatric ward of a hospital
- n) Using alcohol to relax
- o) Smoking cigarettes to relax
- p) Using marijuana to relax
- q) Cutting down on use of alcohol
- r) Cutting down on smoking cigarettes
- s) Cutting down on marijuana

...Would that be helpful, harmful, neither, or not sure

RESPONSE FRAME

Helpful
Harmful
Neither
(Depends)
(Don't know)
(Refused)

***Section C: Exposure to mental disorders**

C1 Has anyone in your family or close circle of friends ever had a problem similar to (John's/Jenny's)?

- 1. Yes
- 2. No (GO TO C3)
- 3. Don't know (GO TO C3)
- 4. (Refused) (GO TO C3)

C2 Have they received any professional help or treatment for these problems?

- 1. Yes
- 2. No
- 3. Don't know
- 4. Refused to answer

C3 Have you ever had a problem similar to (John's/Jenny's)?

Yes
No

Don't know
(Refused)

C4 Have you received any professional help or treatment for these problems?

Yes
No
Don't know
(Refused)

***Section D: Intended actions to seek help and perceived barriers**

D1 If you had a problem right now like (John/Jenny), would you feel able to talk to your parents about it?

- 1.Yes
- 2.No (GO TO D3)
- 3.Don't know (GO TO D3)
- 4.Refused (GO TO D3)
- 5.Parents not available (e.g. passed away / estranged / lives overseas)

D2 Would you talk to both parents, just your mother or just your father?

- 1.Both parents
- 2.Just mother
- 3.Just father
- 4.Don't know
- 5.(Refused)

D3 What might stop you from seeking help from this (person/service)?
(MULTIPLES ACCEPTED)

- 1.The cost of seeing the person
- 2.Concern that the person might feel negatively about you
- 3.Concern that what the person might say is wrong
- 4.Concern about what other people might think of you seeing the person
- 5.The person/service is too far to travel to
- 6.It is too hard to get an appointment
- 7.Concern about the side effects of treatment
- 8.Not liking the type of treatment that is likely to be offered
- 9.Thinking that nothing can help
- 10.Having to wait for an appointment
- 11.Too embarrassed/shy
- 12.Other (Specify)
- 13.Don't know ^s
- 14.(Refused) ^s