



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

**“SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİN
ÖNÜNDEKİ ENGELLER”
(BARRIERS TO ACCESS TO CARE
EVALUATION; BACE)
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİNİN
PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. TOLGA EKREN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN-2018

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

**“SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİN
ÖNÜNDEKİ ENGELLER”
(BARRIERS TO ACCESS TO CARE
EVALUATION; BACE)
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİNİN
PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. TOLGA EKREN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince gösterdiği destek, anlayış ve yardımlarından dolayı değerli tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Okay BAŞAK'a; bölümümüzün değerli hocaları Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e, Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ'a ve Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a; polikliniğimizin 'meleği' sevgili hemşiremiz Günnur AKSOY'a; 3 yıl boyunca çok şey paylaştığımız tüm asistan arkadaşlarıma; iyi bir hekim ve sağlam bir dost olarak, tez çalışmamda ve zor anlarımda yanımda olan Dr. Yahya UTLU'ya ve tabii ki hayatımın her anında yanımda olduklarını hissettiğim, cesaret ve mutluluk veren anneme, babama ve eşim 'biricik' Ayşegül'üme teşekkür ederim.

Dr. Tolga EKREN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
EKLER DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Mental sağlık hizmetleri	5
2.2. Adolesanlara ve Genç Erişkinlere Yönelik Mental Sağlık Hizmetleri.....	5
2.3. Üniversite Gençlerinin Mental Sağlık Sorunları ve İlgili Araştırmalar	6
2.4. Mental Sağlık Arama Davranışı ve Etkileyen Faktörler	8
2.4.1. Problemin Tanımlanması ve Değerlendirilmesi İle İlgili Etmenler	10
2.4.2. Psikolojik Etmenler	11
2.4.3. Demografik Etmenler	17
2.4.4. Sosyal Etmenler.....	18
2.4.5. Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Veren Birimlerle İlişkili Etmenler	20
2.5. Üniversitelerimizdeki Mental Sağlık Hizmeti Sunumları	21
2.6. Mental Sağlık Hizmetlerine Erişimin Önündeki Engellerin Aşılması Açısından Aile Hekiminin Görevleri	24
2.7. Mental Sağlık Hizmetlerine Erişimin Önündeki Engelleri Ölçmek İçin Kullanılan Ölçekler	26
2.8. BACE Ölçeği.....	27
2.8.1. BACE Ölçeğinin Özellikleri.....	27
2.8.2. BACE Ölçeğinin Geliştirilmesi	29
2.8.3. BACE Ölçeğini Türkçeleştirmenin Önemi.....	35

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Tasarım	37
3.2. Katılımcıların Belirlenmesi	38
3.3. Veri Toplama Araçları.....	38
3.4. Verilerin Analizi	38
4. BULGULAR	39
4.1. Ölçeğin Güvenirliliği	41
4.2. Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi).....	42
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
ÖZET	48
SUMMARY	50
KAYNAKLAR.....	54
EKLER	65

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri, s=615.....	39
Tablo II. Katılımcıların bölüm ve sınıflara göre dağılımı	40
Tablo III. 19 maddeli ölçeğin madde puanları ve madde toplam puan korelasyonları, s=601.....	41
Tablo IV. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenirlik verileri.....	42
Tablo V. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonuçları*	43



SİMGELER VE KISALTMALAR

AUDIT	: Alkol Kullanım Bozukluğunun Tanımlanması Testi
BACE	: Barriers to Access to Care Evaluation Scale
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IACS	: International Association of Counseling Services
ISMI	: The Internalised Stigma of Mental Illness Scale
MIRIAD	: Mental Illness-Related Investigations on Discrimination
PDR	: Psikolojik Danışma ve Rehberlik
PHQ-9	: Patient Health Questionnaire
PRIME	: Programme for Improving Mental Health Care
QUAD	: Questionnaire on Anticipated Discrimination
SAPPHIRE	: Research Programme on stigma and discrimination in mental health
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSRPH	: The Stigma Scale for Receiving Psychological Help
TDK	: Türk Dil Kurumu
WHO	: World Health Organisation

EKLER DİZİNİ

Ek-1. BACE Ölçeğinin Türkçeleştirilmiş Hali.....	65
Ek-2. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (<i>Kişisel Bilgi Formu</i>).....	66
Ek-3. Orjinal BACE Ölçeği.....	67
Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	69
Ek 5. Dekanlık Onayı.....	70
Ek 6. Ölçeğin Geliştiricisinden İzin İstemi.....	71
Ek 7. Ölçeğin Geliştiricisinin İzin Maili.....	72
Ek 8. Özgeçmiş.....	73

1. GİRİŞ

Üniversiteye başlayan gençler yeni bir ortama girme, bu yeni ortamın getirdiği görev ve zorunluluklar, gelişim dönemlerine ait sorunlar, sosyal ilişkilerle ilgili sorunlar ve maddi sıkıntılar gibi nedenlerle bu yeni ortama uyum sağlamakta güçlük çekebilmektedirler. Gençleri bu yeni yaşam alanında, yaşayacakları yer, eğitim uygulamaları ve sosyal ortam açısından birçok değişiklik beklemektedir. Bazı öğrenciler açısından bu değişiklikler kolay ve uyum sağlanabilir olarak algılanırken, bazı öğrenciler tarafından kaygı verici olarak algılanabilmektedir. Bununla birlikte, bu ortama hazırlık durumları ne seviyede olursa olsun, yaşayacakları bir uyum süreci ve bu sürecin atlatılması konusunda zorlanmalar olacağı da açıktır. Bu noktadan yola çıkılarak, gençlerin bu süreçte kimi sıkıntılar yaşamaları da kaçınılmaz olacaktır.

Günlük yaşam ortamı, neredeyse herkes için stres yaratıcı uyarıcılarla doludur. Bireyler, stres yaratan durumların getirdiği psikolojik baskıdan rahatsızlık duyup, yaşadıkları rahatsızlığı azaltabilmek ya da tümüyle ortadan kaldırabilmek için çabalarlar. Bireyin stresle yaptığı bu mücadele, *baş etme* olarak tanımlanır (1,2). Birey, stres yaratan durumlarla yaptığı bu mücadele sürecinde zaman zaman kendine yetebilirken, bazen de başkalarından yardım alma ihtiyacı duyar (3). Gençlerin yardım alma süreci çoğu kez, kendi çevresinde ve kendine yakın hissettiği kaynaklardan yardım alma şeklinde başlar. Bu yardım kaynakları ile çözümlenemeyen sorunlar için ise, kaygı düzeyi artar ve daha profesyonel kaynaklardan yardım alma ihtiyacı doğar.

Psikolojik sorunları için yardım aramaya karar veren bireyin yaşadığı süreç, genel olarak dört aşamalı bir şekilde sunulur; a) *probleminin farkına varır*, b) *yaşadığı sorunun belirtilerini ve destek ihtiyacı olduğunu anlar*, c) *ulaşılabilir ve uygun yardım arama kaynaklarını bulmaya, kimden ve nereden yardım alınacağına karar vermeye çalışır*, d) *ulaştığı kaynaktan yardım almayı ve sorununu anlatmayı kabullenir* (4). Bu 4 aşamanın tümüne birden; yaşanan sıkıntının sağlık sorunu olduğunun farkedilmesinden, profesyonel mental sağlık desteği almaya karar verilmesine kadar geçen süreye, “*yardım alma süreci*” denmektedir (5).

Mental sağlık yardımı alma kararını veren kişiler, yaşadıkları zorlukların üstesinden gelebilmek için farklı destek kaynaklarından yararlanabilmektedir. Bu kaynaklar anne, baba, ailenin diğer üyeleri, yakın arkadaşlar gibi *informal* destek kaynakları şeklinde tanımlanan şekilde olabileceği gibi; psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman veya diğer mental sağlık profesyonelleri gibi *formal* destek kaynakları olabilmektedir (6, 7).

Bireyler, yardım alma ya da yardım kaynağının seçimi konusunda da kararsızlıklar yaşarlar. Çünkü psikolojik danışma ve psikoterapi birçok insan açısından utandırıcı, zor ve riskli bir girişim olarak nitelendirilmektedir. Bazı bireyler için ise psikolojik danışman ya da başka bir ruh sağlığı uzmanına başvurmak, başarısızlığa uğradığını kabul etmek anlamına gelebilmektedir (3, 8). Nedenler ya da engeller kişiden kişiye değişmekle birlikte, psikolojik danışma çoğu kez son çare olarak görülme eğilimindedir (9). Freidson'un tanımlamasına göre yardım arama süreci, yakın aile üyelerine danışmakla başlamakta, konu ile ilgili uzmanlığı olmayan biri ile devam etmekte ve profesyonel birine ulaşılmıncaya kadar devam etmektedir. İnfomal destek kaynaklarından başlayarak, formal destek kaynaklarına doğru ilerleyen bu arayış, sorunun çözülmesine kadar sürmektedir (10,11). Başka bir deyişle, bireysel çabaları sonucunda sorunu çözme konusunda başarısız kaldığını anlayabilen bireyler, psikolojik danışma gibi profesyonel bir yardım arayışına başlamaktadırlar ve bu arayış sürecini de “son seçenekleri” olarak görebilmektedirler (12, 13).

Kültürün, davranış ve tutumlar için önemli bir belirleyici olduğu ve bireylerin nasıl davranacaklarını, sorunlarını nasıl çözeceklerini belirlediği göz önüne alındığında (14); Türk toplumunda, bireysellikten çok aile üyelerinden ve arkadaşlardan oluşan sosyal çevrenin daha önemli olması, kişisel ve duygusal problemlerin yalnızca aile içinde paylaşılmaya cesaretlendirilmesi, toplum tarafından etiketlenme korkusunun yaşanması gibi nedenler infomal kaynakların kullanımının artmasına ve formal kaynakların tercih edilme ihtimalinin azalmasına neden olabilmektedir şeklinde bir öngörü de yapılabilir (13). Ancak, sorunun erken dönemde çözümü açısından, ilgili kaynaklara ulaşılması ve formal kaynaklardan yardım alınması oldukça kritiktir. Erken fark edilerek başlatılan bir yardım sürecinin, daha sonra gelişebilecek birçok olumsuz durumu önleyebileceği ve iyilik halinin yaratılmasına katkıda bulunarak, bireylerin stresle baş etmelerini olumlu yönde

etkileyeceği unutulmamalıdır (4). Yurt içi ve yurt dışı literatürde, mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller ve psikolojik yardım arama konusunda yapılmış çok sayıda araştırma bulunmaktadır.

Bu çalışmaların önemli bir kısmı da üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, psikolojik yardım arama tutumları konusunda yapılan araştırma sayısının giderek artmakta olduğu ve üniversite öğrencilerinin mental sağlık hizmeti arama konusundaki tutum ve davranışlarının üzerine giderek daha fazla odaklanıldığı görülmektedir.

Psikolojik yardım arama konusundaki tutumun, büyük oranda gönüllülük ilkesine dayanan psikolojik yardım alma sürecinde çok önemli bir yeri vardır. Psikolojik yardım alma süreci konusunda zorlanmalar yaşanan toplumumuzda, üniversite öğrencileri özelinde, tüm toplum açısından da bir dereceye kadar genellenebilecek şekilde, psikolojik yardım aramaya ilişkin tutumlarını olumlu ve olumsuz yönde etkileyen faktörlerin tanımlanmasının, psikolojik danışma hizmetlerini yeniden düzenleme, geliştirme ve toplumu bu hizmetler konusunda bilinçlendirme sürecinde önemli bir katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Bu amaçla, mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri ve bu engellerin yaşanma sıklıklarını belirlemeye yönelik çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler ve kullanım kısıtlılıkları konusunda hem yurtdışında hem de ülkemizde çeşitli tartışmalar mevcuttur. Tartışmalar; engellerin belirlenmesinde eksiklikler, uygulama aşamasındaki zorluklar, uygulanacak toplum kesimi ile ilişkili kısıtlılıklar, psikolojik yardım arama ya da alma sürecinin her aşamasında kullanılabilir olmama (hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrasında uygulayabilme) gibi eksiklikler etrafında yoğunlaşmaktadır. Tek bir ölçekle bu sıkıntıların tümünün dışlanması zor olsa da yurtdışı literatürde bu konuya odaklanan yoğun çalışmalar dikkat çekmektedir.

BACE (Barriers to Access to Care Evaluation; Sağlık Hizmetlerine Erişimin Önündeki Engeller) ölçeği de bu arayışlardan birinin ürünü olarak; Birleşik Krallık'ta, Kings College of London, Psikiyatri bölümü tarafından, ulusal bir program dahilindeki bir alt çalışma olarak geliştirilmiş, 30 maddelik (sürüm-III), 4'lü Likert tipinde bir ölçektir (15). BACE ölçeği, farklı dillere çevrilmiş ve kullanılmış bir ölçektir. Ülkemizde çevirisi

yapılmamış ve kullanılmamıştır. Bu araştırma sonucunda elde edilecek bulguların, mental sağlık hizmeti konusundaki araştırmalara veri sağlayacağını ve psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin tanıtım, sunum ve iyileştirilmesine yönelik uygulama ve müdahalelere de katkı yapacağını düşündük.

Çalışmamızda, mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri belirlemeye yönelik destek sağlayabileceğini düşündüğümüz BACE ölçeğinin Türkçeleştirilmiş halinin psikometrik özelliklerini belirlemeye çalıştık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mental sağlık hizmetleri

DSÖ'nün tanımına göre ‘‘Mental sağlık’’, bireylerin kendi potansiyelleri ölçüsünde yaşamın stresleriyle baş edebilecekleri, üretken ve verimli çalışabilecekleri, kendilerine ve topluma katkıda bulunabilecekleri bir iyilik hali içinde bulunmalarıdır. Ryff, olumlu psikolojik işlevsellikte mental iyilik halinin önemini vurgulamakta; bu kapsamda kendini kabullenme, başkalarıyla olumlu ilişkiler, özerklik, kendine uygun çevre oluşturabilme becerisi, yaşam amacını belirleyebilme ve kişisel gelişme üzerinde durmaktadır (16)

Günümüzün ‘‘bütüncül’’ sağlık anlayışı çerçevesinden ve hastalık öncesi korumayı da içeren bir açıdan bakıldığında sağlık, göreceli olarak hastalık ve iç çatışmalardan kurtulmuş etkili bir yaşam için ruh ve bedenin uyumlu çalışmasıdır. Bireyin kendini sağlıklı hissedebilmesi için, sadece hastalık ve ölümün geciktirilmesi ya da ertelenmesi değil, yaşamdan keyif almayı bilebilmek de önemlidir. Bu anlamda iyilik hali, yaşıyor olmaktan gerçek bir zevk alma halidir. Bu iyilik hali ile amaçlanan, hastalığa olan direnci arttırmak, yaşam kalitesini artırmak ve ömrü uzatmaktır.

2.2. Adolesanlara ve Genç Erişkinlere Yönelik Mental Sağlık Hizmetleri

Adolesan dönem (ergenlik), bireylerin gelişim sürecinde, toplumsal etkilerin en fazla önem taşıdığı bir evre olarak kabul edilir; fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş süreci olarak tanımlanabilecek çok özellikli bir dönemdir. Puberte ile başlayan ergenlik, yaşam sürecindeki en etkileyici biyolojik ve sosyal geçişlerin yaşandığı dönem olarak düşünülebilir. Bu dönemde beyin, nöro-endokrin sistem ve hormon konsantrasyonlarında değişim, fiziksel büyüme ile üreme sisteminde farklılaşma gibi çok çeşitli değişiklikler meydana gelir (17).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş grubu ‘‘Adolesan’’ yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubu ise ‘‘Genç’’ grubu olarak nitelendirilmektedir. Adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle, 10-24 yaş grubuna ‘‘Genç İnsanlar’’ da denilmektedir. Dünya nüfusu altı milyarın üzerindedir ve beşte birini 10-19 yaş grubu

adolesanlar oluşturmaktadır; bu açıdan bakıldığında da önemli bir toplum kesimini ilgilendiren bir süreçtir (17,18).

Adolesan döneminde, bilişsel ve kimlik gelişimi gibi önemli psikolojik değişimler yaşanır. Genç erişkinlik rolüne mental hazırlık süreci ile biyolojik değişimler yan yana gider. Bu nedenle adolesan dönemi, bireyin dikkatle izlenmesi gereken bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle, erken çocuklukta başlayan ve adolesan dönemde tamamlanan cinsel kimlik ve rol anlayışı, bu dönemi psikososyal açıdan önemli kılmaktadır (17).

Adolesan dönemi genellikle iyi sağlık ile karakterize olduğundan, bireyler düzenli sağlık kontrollerine gerek duymamaktadır. Bunun sonucu olarak da başlangıcı bu adolesan döneme dayanan birçok sağlık davranış bozuklukları da gelişebilir. Bu yaşlarda başlayan sorunların tanınmasında gecikme ya da tedavisizlik durumları, erişkin yaşlarda daha yüksek mortalite veya morbiditeye neden olabilmektedir; bu durum özellikle psikolojik sorunlar açısından değerlendirildiğinde, önemli bir sorun kaynağı olması olasıdır. Adolesanlardaki sağlık problemlerinin çoğunun önlenabilir nitelikte olması nedeniyle, sağlık sisteminin ilk temas noktası olması açısından Aile Hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Bu açıdan adolesanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin; kolay erişilebilen, yaş ve gelişim düzeyine uygun ve bireyin içinde bulunduğu döneme ve ortama özel bir yaklaşım çerçevesinde olması gerektiğinden bahsedilebilir (18).

2.3. Üniversite Gençlerinin Mental Sağlık Sorunları ve İlgili Araştırmalar

Yurtdışında ve Türkiye’de üniversite öğrencilerinin yaşadıkları sorunlarını belirlemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Yurtdışı çalışmalarda psikolojik danışma merkezine gelen öğrencilerin problem alanları, gelişimsel problemler, durumsal problemler, depresyon, akademik beceriler, tıbbi tedavi süreci, ilişkiler, stres ve kaygı, ailevi sorunlar, fiziksel problemler, kişilik bozuklukları, intihar düşünceleri, cinsel taciz, sigara/madde kullanımı, yeme bozuklukları, yasal problemler, kronik ruhsal sorunlar olarak sınıflanmıştır.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada psikolojik danışma servisine başvuran öğrencilerde; çok sıkılma, iç daralması, karamsarlık, hiçbir şey yapmak istememe, hiçbir

şeyden zevk almama, mutsuzluk, çökkünlük ve isteksizlik gibi sorunlar olduğu görülmüştür. Yine başka bir araştırmada öğrenci sorunları; ekonomik sorunlar, ulaşım sorunları, gelecek endişesi, akranlarıyla iletişim sorunu ve diğer sorunlar olmak üzere beş ana başlıkta toplanmıştır. Türk Üniversite Gençliği Araştırması verilerine göre; üniversite öğrencilerinin %15'i kendi geleceğinden umutsuzdur, %5'i annesiyle, %10'u babasıyla, %8'i kardeşiyle, %10'u öğretim elemanlarıyla, %10'u karşı cinsiyetten arkadaşlarıyla, %8'i ise kendi cinsiyetinden arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır (19). 2005 yılında yapılan bir araştırmada, gençlerin ekonomik sıkıntılar, aile özlemi, gelecek kaygısı, ders çalışamama, yanlış yeme alışkanlıkları gibi güçlükler yaşadıkları görülmüştür (20). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, öğrencilerin en önemli sorunlarının sırasıyla; ailevi sorunlar (%65), ekonomik sorunlar (%50), düşüncelerini anlatamama (%46,6), mesleki gelecek endişesi (%40), istemediği bir bölümde okumak (%33), akademik başarısızlık (%26), arkadaş sorunları (%25) olduğu belirlenmiştir (21).

Bu çalışmalar da göstermektedir ki öğrenciler sadece akademik sorunlar değil, arkadaşlık ilişkileri, ailevi ilişkiler gibi kişisel olarak nitelendirilebilecek çok çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Öğrencilerin yaşadıkları bu problemler, onların yardım arayışı sürecine girmelerine neden olmaktadır. Öğrenciler yaşadıkları sorunları çözme sürecinde bazen kendi kendilerine yeterli olabilirlerken, bazen de ebeveyn, arkadaş, öğretmen ya da uzman yardımına ihtiyaç duyabilmektedirler. Yaşanan sorunların neden olduğu psikolojik sıkıntılarla baş etmek için, informal ve formal yardım kaynakları kullanılabilir. Gençlerin, yardım almak için formal kaynakları nadiren kullandıkları ve aile ve arkadaşlar gibi informal yardım kaynaklarını tercih ettikleri görülmüştür. Çalışmalarda, gençlerin yardım ve destek için öncelikle arkadaşlarını ve annelerini tercih ettikleri görülmektedir.

Bireyin mental sağlığının kötü olması, yaşamda stres veren ve istenmeyen olayların yüksek düzeyde olması, fiziksel sağlık problemlerini yoğun olarak yaşanması ve ihtiyaç duyulduğunda gerekli sosyal desteği alamamak gibi nedenler, öncelikle formal yardım arama ihtiyacının doğmasına sebep olmaktadır. Yapılan bir araştırmada, bireylerin kişisel ve duygusal problemler ile suicidal (intihar) düşünceleri için yardım aramaya daha fazla gönüllü oldukları görülmüştür. Öğrencilerin yardım aramada acil olarak nitelendirdikleri problemler, sırasıyla; cinsel/fiziksel istismar, intiharla ilgili düşünceler, akademik problemler, madde bağımlılığı, cinsel taciz, depresyon ve yeme bozuklukları

olarak belirlenmiştir. İlişkiler ve ailevi konular ise yardım arama açısından en az acil olarak görülen sorunlar olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada belirgin şekilde, sorunlarını acil olarak gören öğrencilerin, psikolojik yardım aramaya daha fazla gönüllü oldukları görülmüştür (22).

Yardım arama davranışının problem alanlarına göre farklılık gösterip göstermediğini araştıran Türkiye’den bir çalışmada, öğrencilerin kişisel problemleri için daha çok informal yollara; mesleki ve ailevi sorunları için ise formal seçeneklere başvurdıkları; ayrıca sosyal açıdan kabullenilir sayılan sorunlar için daha kolay yardım arama davranışı içine girdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Genel olarak öğrencilerin arkadaş ve anne-babalarından yardım alma aldıkları ve profesyonel yardımı mesleki ve akademik sorunları için tercih ettikleri saptanmıştır (23, 24).

2.4. Mental Sağlık Arama Davranışı ve Etkileyen Faktörler

Bireylerin yaşamı boyunca ve bazı dönemlerde, birtakım güçlüklerle karşılaşmaları kaçınılmazdır. Karşılaşılan sorunların çözülmesi konusunda bazen kendi kendilerine yeterli olunabilirken, bazen de dış yardıma ihtiyaç duyulmaktadır. Çoğu birey açısından bir profesyonelden (psikolojik danışman, psikiyatrist, psikolog vb. gibi formal kaynaklardan) yardım almak, başarısızlığı ya da yenilgiyi kabullenmek olarak görülmektedir. Sorunların üstesinden tek başına gelemeyeceğinin farkına varan bireyler ise yakın aile üyeleri, arkadaşlar ve öğretmen gibi yakın çevresinde bulunan kaynaklardan ya da uzmanlardan yardım almaktadırlar. Yardım arama konusunda ortaya çıkan tercih, büyük ölçüde bireyin psikolojik yardım arama ve alma konusundaki görüş ve tutumu ile yönlendirilmektedir (25-27).

Yardım arayışındaki birey, destek aldığı kişilerin kendisini anlamasını, kendisine öneri, bilgi ve destek vermesini ya da tedavi etmesini beklemektedir (27). Bireylerin profesyonel yardım arama sürecinde zorlanma hissetmeleri durumunda, profesyonel yardım almaya ilişkin eğilimleri olumsuz etkilenebilmektedir (25). Profesyonel psikolojik yardım almaya ilişkin tutum, inanç, eğitim düzeyi ve otorite ile ilişkilidir. Konuyla ilgili çalışmalarda, korku, stres, kendini gizleme eğilimi, toplum baskısı, duygusal açıklık, psikolojik semptomların düzeyi, kaçınma faktörleri, yakın ilişkilerde içedönük olma, problemin ciddiyeti, problemin tipi, cinsiyet, yaş, sosyal destek, anne ve baba eğitimi,

utanç/sıkıntı/duygusal yeterlilik ve güven gibi faktörler, hizmet ile ilgili bilgi durumu ve servislere ulaşılabilirlik ile ilgili faktörler, daha önceden psikolojik yardım almış olmak ya da psikolojik yardım almış olan birini tanıyarak olmak gibi faktörler incelenmiş ve bunların profesyonel psikolojik yardım arama tutumunu ve davranışını etkilediği belirlenmiştir (28-34). Utanma, ayıplanma ve geçmiş yaşantıların gündeme yeniden gelmesinden kaygı, tedaviden duyulan kaygı gibi nedenlere de birçok çalışmada vurgu yapılmıştır (8,9,35)

Rogler'e göre yardım alma süreci; *yaşanan sıkıntının sağlık sorunu olduğunun fark edilmesinden, profesyonel yardım almaya karar verilmesine kadar geçen süre* olarak ifade edilmiş ve yardım alma sürecinin, yakın aile üyelerine danışmakla başladığı ve profesyonel yardım kaynağına ulaşıncaya kadar sürdüğü belirtilmiştir (5, 11). Yardım alma sürecinin 4 aşamadan oluştuğu belirtilmektedir;

1. *Problemin Fark Edilmesi*: Yardım alma süreci, bir problem olduğunun fark edilmesi, semptomların belirlenmesi ve dışarıdan bir desteğe gereksinim duyulması ile başlar.

2. *Belirtileri ve Bu Durum İçin Destek Gereksinimini İfade Etme*: Bu aşamada birey, düşünce ya da davranışlarında var olan değişikliklerin farkındadır. Bu değişikliklerden rahatsız olduğunu ve bunlardan kurtulmak için desteğe gereksinimi olduğunu belirtmektedir.

3. *Kimden ve Nereden Yardım Alınacağına Karar Verme*: Desteğe ihtiyacı olduğunu anlayan ve kabul eden birey, bu desteği alabileceği kaynakları araştırır ve hangi kaynaktan yardım alacağına karar verir.

4. *Yardım Almayı ve Yardım Alınacak Kaynaklara Sorununu İfade Etmeyi Kabul etme*: Bu aşamada birey ulaştığı kaynaktan yardım almayı ve sorununu anlatmayı kabul eder (4).

Yardım alma sürecinin erken tamamlanması, sorunun çözülmesi için uygun kaynaklara ve zamanında ulaşılması açısından en önemli konulardan biridir. Sorunun erken dönemde fark edilip, yardım alma sürecinin erken dönemde başlatılması ile hastalıkların önlenebileceği ya da hastalıkların kronik semptomlarının hafifletilebileceği ve yardım almanın, bireylerin mental sağlığı, iyilik hallerini ve stresle baş etme gücünü etkilediği

belirtilmekte; erken dönemde ruhsal hastalıkların fark edilmesine rağmen yardım almanın ertelenmesinin ise semptomlarda artmaya ve kronikleşmeye, hastaneye yatış oranlarında artışa ve hastanede kalma süresinde artışa neden olabildiği ileri sürülmüştür. Bu açıdan bakıldığında, yardım almayı etkileyen faktörlerin bilinmesi ya da belirlenmesinin, toplumun ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından çok önemli olduğu belirtilmektedir. (4, 36).

Bazı bireyler yardım alma konusunda oldukça rahat bir tutuma sahipken, bazıları yardım almayı duygusal ya da bireysel yetersizlik olarak görmektedirler. Bu bireylere göre yardım alma başarısızlığın bir göstergesidir. Bireylerin yardım almalarını etkileyen etmenler;

1. *Problemin tanımlanması ve değerlendirilmesi ile ilgili etmenler,*
2. *Psikolojik etmenler,*
3. *Demografik etmenler,*
4. *Sosyal etmenler,*
5. *Hizmet veren birimlerle ilgili etmenler,* şeklinde sınıflanmaktadır (37).

2.4.1. Problemin Tanımlanması ve Değerlendirilmesi İle İlgili Etmenler

Bireyin yaşadığı sorunu nasıl tanımladığı ya da değerlendirdiği konusu, yardım alma davranışını ve kimden yardım alınacağını belirleyen önemli bir faktördür. Psikolojik sorunlar, profesyoneller ve toplum olarak farklı şekillerde tanımlanmakta ve yorumlanmaktadır (37). Örneğin bir davranış profesyonel tarafından psikolojik bir hastalık belirtisi olarak tanımlanırken, anne-baba ya da yakın çevre tarafından normal bir davranış olarak kabul edilebilmektedir (33). Böyle bir durumda sorun birey tarafından bir mental sağlık problemi olarak tanımlanmamakta; tanımlansa bile önemsememe, reddetme ve çevre tarafından bilinmesini istememe gibi nedenlerle, farklı kaynaklardan yardım alınmakta ve doğru kaynağa ulaşmakta geç kalınmaktadır.

Sorunun ciddiyeti; problemin fark edilmesini, değerlendirilmesini ve bu doğrultuda yardım almayı etkileyen önemli bir etkidir. Rickwood'un adolesanlarda

yaptığı çalışmalarda, semptom ciddiyetinin yardım almada etkili bir faktör olduğu; yaşanan problemin fonksiyonel yetersizliğe ya da günlük yaşamda zorlanmalara neden olmasının, bireyi yardıma yönlendirdiği ileri sürülmüştür. Gençlere yönelik bir başka çalışmada, gençlerin her problemin yardım almayı gerektirmeyeceğini düşündükleri; problemin cinsine ve ciddiyetine göre yardım aradıkları belirtilmiştir (29).

2.4.2. Psikolojik Etmenler

Psikolojik yardım arama konusundaki çalışmalar, özellikle psikolojik etmenler üzerinde yoğunlaşma; psikolojik yardım alma tutumu ve bunu belirleyen etmenlere vurgu yapılmaktadır. Psikolojik etmenlerden ise sosyal damgalama (*social stigma*) ve kendini damgalama, birçok çalışmada odaklanılan konular olarak öne çıkmaktadır. Literatürde bireyin psikolojik yardım alma kararını etkileyen, birbiriyle örtüşen iki farklı damgalama türünden söz edilmektedir: *Sosyal damgalama* ve *kendini damgalama* (72). *Sosyal damgalama*; ruhsal hastalıklar hakkında toplumun sahip olduğu, mental sağlık sorunu ya da hastalığı olan kişiye karşı önyargı ve ayrımcılığa neden olan olumsuz inanç, tutum ve davranışsal sonuçları ifade etmektedir (60). Psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma ise, psikolojik yardım alan bireyin, toplumda istenmeyen ve sosyal olarak kabul görmeyen biri olduğuna ilişkin toplumsal algı olarak tanımlanır (58). *Kendini damgalama* da sosyal damgalama gibi ruhsal hastalıkla ilgili olumsuz stereotipleri (davranış kalıplarını), ön yargıyı ve ayrımcılığı içermektedir. *Kendini damgalamada* birey; stereotip, önyargı ve ayrımcılığa neden olan olumsuz inanç ve tutumları kendine yöneltir ve bireyin benlik saygısı ve kendi kendine yeterlik algısı zarar görür. Psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalama ise psikolojik yardım alınması durumunda bireyin benlik saygısının veya benlik değerinin azalmasına neden olabilecek, toplumda istenmeyen ve sosyal olarak kabul görmeyen biri olacağına ilişkin bireyin algısıdır (58, 73).

Yurt dışında psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ile psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalamayı ve sosyal damgalanma algısını ele alan birçok araştırma gerçekleştirilmiştir ve halen de önemini yitirmemiştir. Psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalamanın, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumun anlamlı bir belirleyicisi olduğu ve bu iki değişkenin olumsuz yönde ilişkili oldukları vurgulanmaktadır (58, 72).

“Damgalanma”, mental sorunu olan bireylerin yaşadığı önemli sorunlardan biri olup, sosyal izolasyona ve yardıma başvurma oranında azalmaya yol açmaktadır (38). Mental sağlığa yönelik damgalayıcı tutumlar, yardım almayı ve sosyal iyilik halini büyük ölçüde etkilemektedir (39). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada damgalama ve utanç, yardım almaya en büyük engel olarak belirtilmiştir (23). Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrenciler psikolojik sorunları için yardım almama nedenleri arasında, damgalanmanın önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir (33).

Damgalanma algısı ruhsal hastalıkların tedavisiyle veya diğer bir ifadeyle, psikolojik yardım almayla ilgili olumsuz tutumlara neden olmaktadır. Türkiye’de psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ile cinsiyet, psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalama ve sosyal damgalanma algısı değişkenlerinin hepsinin birlikte araştırmacılar tarafından doğrudan ele alınmadığı görülmektedir. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutumun özellikle, psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalama ve psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma algısı tarafından yordanıp yordanmadığının anlaşılması, söz konusu faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik atılacak adımların belirlenmesi ve uygulanması açısından da önem taşımaktadır (73).

Psikolojik yardım almaya ilişkin tutumu etkileyen faktörlerin belirlenmesine ilişkin araştırmalarda; problem alanları, problem çözme becerileri ve problem alanları, kendini açma, stresle başa çıkma, iyimserlik ve bilişsel çarpıtma, empatik eğilim, cinsiyet ve cinsiyet rolü, psikolojik ihtiyaçlar, uyum düzeyleri, sınıf düzeyi, algılanan sosyo-ekonomik düzey, anne-babanın eğitim düzeyi, PDR servislerinden yararlanma durumu ve bu servislerin etkinliği, yakın çevre ya da aile bireylerinin psikolojik yardım alma deneyimi, kendini saklama eğilimi, algılanan sosyal destek konuları araştırılmıştır (13, 57, 74-82).

Tedavinin etkili olacağına yönelik inanç da yardım almayı etkileyen psikolojik bir faktördür. Bireyin, psikolojik yardım veren birimlerin faydalı olduğu şeklindeki kanaatinin, psikolojik yardım almaya karar vermede olumlu bir etkiye sahip olduğunu belirlenmiştir (40). Ayrıca, yardım sunan birimlerin etkililiğinin, yardım almayı kolaylaştıran bir etken olduğunu belirtmişlerdir (29). Başka bir ifadeyle birey, yardım birimlerinin problemini çözmede kendisine yardım edebileceğine inanıyorsa, psikolojik yardım almaya ilişkin daha olumlu tutumlar sergilemektedir.

Önceden yardım almış olmak ya da *yardım alan birini tanıyor olmak* da yardıma başvurmayı etkileyen psikolojik bir faktördür. Özellikle bireyin daha önceden yaşadığı bir sorun için yardım alma sürecindeki olumlu deneyimleri, daha sonra da yardım almayı olumlu yönde etkilediği; önceden sorun deneyimi olan ve bunun için yardım almış olan kişilerin, tekrar yardım almaya daha eğilimli oldukları bildirilmektedir (28, 29).

Kendini ifade etme isteği, yardım almayı etkileyen diğer bir faktördür. Kendini ifade etme, kişinin problemini başkalarıyla paylaşma isteğini belirtir. Deane ve arkadaşlarının çalışmasında, gençlerin sorunlarını başkalarına anlatmada kendini ifade etme isteğinin önemli olduğu bildirilmiştir (29). Literatürde, kişilerin kendileri hakkındaki bilgileri diğer insanlarla paylaşma eğiliminden söz edilirken, *kendini saklama* ve *kendini açma* olmak üzere iki kavrama değinilmektedir. Kendini saklama kavramı; rahatsız edici ya da olumsuz olarak algılanan kişisel bilgilerin, kendi isteğiyle diğer insanlardan saklanması eğilimi olarak; kendini açma ise, bireyin duygu ve gereksinimleriyle ilgili bildiklerini, başka bir bireye aktardığı bir iletişim süreci olarak ifade edilmektedir. Bazı sırların kimseye söylenemeyeceği durumlar doğal olabilse de kendini saklama eğilimindeki aşırılık, bazı araştırmalarda çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerle (cinsel istismar, tecavüz ve çeşitli felaketler vb. acı verici durumlar) ilişkilendirilmiştir (41). Kişilerin kendilerini açma eğilimlerinin düşük olması, gereksinim duyduklarında sosyal çevrelerinden veya uzmanlardan yardım almalarını engelleyici olması açısından, konumuzla ilgili olmaktadır.

Duygusal yeterliliğin az olması da psikolojik yardım almayı etkileyen bir faktördür. Duygusal yeterlilik; duygularını fark etme, tanımlama ve yönetme becerisidir. Duygularını tanımlama, açıklama ve kontrol etmede zorluk yaşayan gençlerin; yardım almada daha az istekli olduğu ve duygusal zorlanmaları için profesyonel yardım almayı tercih etmedikleri belirtilmektedir (4).

Güven, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar üzerinde önemli etkisi olan bir diğer faktördür. Yardım alınacak kişiye, anlatılacakları saklayacağı konusunda inanmak ve güvenmek yardım alma gönüllülüğünü arttırmaktadır. Gençler bir sıkıntıları olduğunda, bunu sadece güvendikleri kişilerle konuşabileceklerini belirtmişlerdir. Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrenciler güvensizliği yardım almayı engelleyen önemli bir faktör olarak tanımlamışlardır (29, 33).

Kişinin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumunu etkileyen faktörlerden biri de *kaygı düzeyi*dir. Günümüzde kaygı kavramı için pek çok tanımlama yapılabilmektedir. TDK'ya göre kaygı, “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” şeklinde tanımlanırken; Hançerlioğlu, “nedeni açık olmayan korku ya da giderilemeyen isteklerden doğan sıkıntıdır”. Bu noktada, sürekli ve durumluk kaygı tanımlarına değinmek gerekecektir. Üniversite yaşantısının stres ve kaygı arttırıcı bir dönem olduğu bilinmektedir. Bu noktada kaygının düzeyi önem taşımaktadır. Bireyin içinde bulunduğu durumdan dolayı (anlık) yaşadığı kaygı, -ki bu subjektif bir kaygıdır- ‘*durumluk kaygı*’ olarak tanımlanmaktadır. Objektif olarak kaygı verici olmadığı düşünülen durumların, birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucunda oluşan genel gerginlik durumuna ise ‘*sürekli kaygı*’ denir. Sürekli kaygı halindeki birey, içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ve yorumlama eğilimi içindedir (42, 43).

Kaygı, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi, kişinin ruhsal gelişimi açısından itici bir işlev görebilir. Kaygı uyum sağlamayı geliştiren ve ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevinin yanında; engelleyici ve ketleyici bir işlev de görebilir. Sınavlar üzerinden örneklemeye çalışırsak; sınav kişide kaygı yaratır, sınavı başarmak bir engeli aşmak olarak düşünülürse, olumlu bir işlevdir; ancak sınavda donakalmak ve bildiğini unutmak gibi durumlar, yine kaygının engeleyici işlevi sonucudur (44). Lise öğrencilerinin üniversite giriş sınavına hazırlandıkları dönemde farklı kaygı düzeylerinde oldukları ve sınavla ilgili sorunlarını hafifletmek için; öncelikle birey olarak kendilerinin çözüm aradıkları, arkadaşlarına sorunlarını anlattıkları, aileleriyle konuştukları ve en son olarak da konuyla ilgili bir uzmana danıştıkları yapılan araştırmalar tarafından ortaya konmuştur (36).

Bireylerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, psikolojik yardım almaya yönelik tutumlar önemli olup, ruhsal sorunların gençler arasında yaygın olmasına rağmen bu kişilerin gereksinimlerine göre daha az ruh sağlığı hizmeti aldıkları ve yardım almaya dirençli oldukları belirtilmektedir. Bu nedenle, literatürde gençlerin yardım alma tutumlarına yönelik çalışmaların genişletilmesi ve yaygınlaştırılmasının önemine vurgu yapılmaktadır (2, 7, 56).

Profesyonel psikolojik yardım arayışı birey açısından bir tehdit olarak algılandığında, yaşanan psikolojik zorlanmalara rağmen, yardım alma durumu zayıflık

işareti ve başarısızlığı kabul etmek olarak algılanabilmektedir. Bu noktada birey, yardım aramayı erteleme kararı verebilmektedir (58). Psikolojik yardım aramaktan kaçınmaya neden olan etmenlerin doğru anlaşılması, bu konuda yapılacak önleme ve müdahale çalışmalarının en etkin şekilde planlanmasını sağlayacaktır. Üniversiteler, bünyelerindeki mediko-sosyal birimleri ve PDRM'ler yoluyla öğrencilerine en kaliteli ve etkili hizmeti sunmak ve öğrencilere ulaşmak sorumluluğunu taşımaktadır. Hizmet kalitesini artırmanın bir yolu da öğrencilerin psikolojik yardım arama tutumlarının nelerden etkilendiğini doğru anlamaktır. İlgili çalışmalarda, üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım arama gönüllülük düzeylerinin en güçlü yordayıcısının, yardım aramaya ilişkin olumlu tutuma sahip olmaları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (54).

Dış kontrol odaklı, düşük özsaygılı ve yüksek anksiyetesi olan bireyler, daha dışlayıcı, daha ayrıştırıcı olmaktadır (59). Psikoterapi alanlara yönelik aşağılama ve ayrımcılık, iyi ve etkin bir tedavi sürecinden sonra bile, olumsuz etkisini sürdürmeye devam etmektedir. Toplumsal damgalama süreci; bireylerin yaygın toplumsal görüşe uygun kategorilere ayrıştırılmasına ve bireylerin de toplumdaki bu yaygın görüşü içselleştirmelerine, yani kendi kendini damgalamaya yönelmelerine neden olmaktadır (60). Kendini damgalamanın toplumsal damgalamanın bir sonucu olduğu düşünüldüğünde, sadece öğrencilerin değil, onların yakın çevresini oluşturan ebeveyn ve öğretmenlerinin de psikolojik yardım aramaya ilişkin kalıp yargılarının kırılması önemli görünmektedir. PDR servislerinin öğrencilere yönelik çalışmalar dışında, bu konuda da çalışmalar planlanması, engellerin aşılması konusunda daha hızlı yol alınmasını sağlayacaktır. Yurt dışında bu konularda son yıllarda koruyucu, önleyici ve geliştirici müdahale programlarına yer veren çalışmalar gözlenmektedir (61). Profesyonel psikolojik almaya yönelik farkındalığı artırma çalışmaları, Millî Eğitim Bakanlığı, üniversiteler, toplum sağlığı merkezleri gibi kurumlar düzeyinde ve medyada kamu spotları ve programlar aracılığıyla ya da bütün bunları dikkate alan kapsamlı projelerle ele alınmalı ve tartışılmalıdır. Ayrıca üniversite öğrencilerinde psikolojik yardım hizmetlerine yönelik olumlu bir tutum oluşturmak, üniversitelerin PDR merkezlerinin ya da birimlerinin öncelikli çalışmaları arasında yer almalıdır.

Kendini açma davranışı, erken yaşlarda ailede ve okulda desteklenmelidir. Problem çözme becerileri yüksek olan öğrencilerin, psikolojik yardım arama becerilerinin

yüksek olduğu gösterilmiştir (62). Bu durumda okullarda psikolojik yardım hizmetlerine ilişkin pozitif tutumları destekleyecek çalışmalar olarak, öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirecek öğretim yöntemlerinin kullanımı önemlidir. Ruh sağlığı çalışanlarının, psikolojik yardım arayan öğrencilere ulaşmaya çalışırken, bireylerin toplumsal cinsiyet rolleri konusundaki farklılıkları dikkate alması da önemlidir.

Psikolojik yardım arama konusundaki toplumsal ve kalıplaşmış yargılar çocuklukta içselleştirilmeden, daha ilköğretimin ilk yıllarından başlayarak, psikolojik yardım hizmetlerinin tanıtımı önemli görünmektedir. Bireylerin farklı psikolojik destek kaynaklarını tanıması ve toplumsal yargılardan bağımsız olarak psikolojik yardım aramaya açık olması desteklenmelidir. Daha önce değinildiği gibi kendini açma davranışı ile psikolojik yardım arama davranışı arasında da anlamlı bir ilişki vardır (62)

Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanması gereken insanların sadece çok az bir kısmının, bir ruh sağlığı uzmanından yardım aldığı görülmektedir (63). Çoğunlukla insanlar diğer bütün destek seçeneklerini eledikten sonra, başvurulacak son çare olarak psikolojik yardım almak üzere bir uzmana gitmektedirler (9). Birçok insanın psikolojik yardım almak konusunda niçin isteksiz olduğu, araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. Ruh sağlığı uzmanından yardım alınmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik birçok araştırma gerçekleştirilmiştir (40, 65).

Araştırma sonuçları, psikolojik yardım alma kararının en önemli yordayıcılarından birinin, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumun olduğunu göstermektedir (55). Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmaların sonuçları, psikolojik yardım almaya ilişkin olumsuz tutumlar ile psikolojik yardım sunan servislerin kullanılmaması arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (65, 66). Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum, psikolojik yardım almanın değeri hakkında bireyin olumlu veya olumsuz görüşlerini yansıtmaktadır (25). Bugüne kadar, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumun, psikolojik yardım sunan servislerin kullanılmasındaki başlıca faktör olduğunu ortaya koyan araştırmaların yanı sıra, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumu etkileyen faktörlerin neler olduğunu anlamaya dönük araştırmalar da yürütülmüştür. Yapılan araştırmalarda, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumun kendini saklama, sosyal norm, sosyal destek, daha önceki psikolojik danışma deneyimi, bağlanma tarzları, duygusal açıklık, benlik saygısı ve denetim odağı, kişilik özellikleri gibi birçok faktörden etkilendiği görülmektedir.

Araştırmalar sonucunda, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ile psikolojik yardım alma nedeniyle damgalanma arasındaki ilişkinin, psikolojik yardım sunan servislerin kullanılmasının önündeki en önemli engel olduğu açığa çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle araştırmacılar, psikolojik yardım alma nedeniyle damgalanma algısının psikolojik yardım almaya ilişkin tutumla olumsuz yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (35, 65, 66, 68-71).

Kadın ve erkeklerin psikolojik sorunları veya semptomlarını açıklamaktan dolayı, farklı sosyal sonuçlar yaşayabildikleri belirtilmektedir (81). Daha önce yürütülen araştırmaların sonuçları, erkeklerin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarının daha olumsuz olduğunu (35, 57), psikolojik yardım alma nedeniyle hem sosyal damgalanmayı hem de kendini damgalamayı daha yüksek düzeyde yaşayabileceklerine inandıklarını göstermektedir (83). Büyük bir araştırmada, psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalamanın, kadınlara göre erkekler arasında daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (84). Eisenberg ve bazı diğer araştırmacılar da erkeklere oranla kadınların daha az damgalanma korkusu yaşadığını bulmuştur (85).

2.4.3. Demografik Etmenler

Bireyin demografik özelliklerinden *yaş*, psikolojik yardım almada belirleyici faktörlerden biridir. Özellikle gençler arasında ruhsal bozuklukların yaygın olarak görülmesine rağmen, gençlerin bu konuda yardım almaya dirençli bir grup olduğu ve çok az ruhsal destek hizmeti aldıkları belirtilmektedir. Bunun nedeni, gençlerin bağımsızlıklarını kaybetme korkusunu daha yoğun yaşadıkları şeklinde açıklanmaktadır. Yaş ilerledikçe, psikolojik destek arama ve başvuru oranları artış göstermektedir (2).

İlgili literatürde, cinsiyet farklılıkları üzerinde de durulmakta ve kadınların erkeklere göre daha fazla yardım aldıkları belirtilmektedir. Kadınların profesyonel yardıma gereksinimleri olduğunu erkeklere göre daha kolay kabul edebildikleri, erkeklerin ise yardım almayı zayıflık ve çaresizlik olarak gördükleri ve bu nedenle yardım almayı mümkün olduğunca erteledikleri ileri sürülmektedir. Araştırma sonuçları, erkeklerin kadınlara oranla psikolojik yardım alma konusunda daha çok olumsuz tutumlar sergilediklerini ve psikolojik danışma yardımı almaya karşı bile daha dirençli olduklarını ortaya koymaktadır. Adolesan, erişkinler ve öğrencilerde yapılan çalışmalarda da kadınların, erkeklere göre daha kolay yardım aldıkları gözlenmiştir (25, 30).

Bireyin ya da aile üyelerinden birinin daha önce psikolojik yardım deneyimi olması durumunda, yardım arama tutumunun olumlu yönde etkilendiği belirtilmektedir (30, 32, 34). Anne-baba eğitim düzeyi arttıkça, psikolojik yardıma başvurma oranında da artış olduğu belirlenmiş ve önemli bir sosyal faktör olarak öne çıkmaktadır. Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, anne-baba eğitim düzeyi yükseldikçe yardım alma davranışının arttığı ve anne-babanın eğitim düzeyinin, hangi davranışın problem olarak tanımlanacağını ve problemi çözme yöntemini de etkilediği görülmüştür (34). Başka bir çalışmada, anne ve babanın eğitim düzeyinin düşük olmasının, adölesanların gereksinimleri olduğunda profesyonel ruh sağlığı yardımı alma olasılığını azalttığı belirlenmiştir (49).

Araştırmalar, sosyo-ekonomik durum, ırk, yaş ve cinsiyetin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarda güçlü bir etkisi olduğunu gösterirken, genel olarak ruh sağlığıyla ilişkili olduğu düşünülen *cinsiyet rollerinin* de etkisini vurgulamaktadır. Bu araştırmalarda, profesyonel psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarda *kadınsılık* (femininity) rolünün, *erkeksilik* (masculinity) rolüne göre daha olumlu yönde etkili olduğu görülmektedir (50).

2.4.4. Sosyal Etmenler

Bu noktada, *sosyal destek* kavramı öne çıkmaktadır. Sosyal destek; stres yaşayan bireye ailesi, arkadaşları ve akrabaları tarafından verilen desteği ifade etmektedir ve bireylerin sorunları ile baş etmesinde önemli bir etken olarak belirtilmektedir. Sosyal destek, bireyin aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde sorunlarını aşabilmesi, çevreye uyum sağlaması ve psikolojik sağlığını sürdürülebilmesinde, birey için vazgeçilmez ve temel bir ihtiyaç özelliği olmaktadır. Sosyal destek bireyin sorunlarını dinleme, duygularını paylaşma, sevgi, şefkat ya da saygı gösterme şeklinde olabilir. Bireye, yaşadığı sorun ile ilgili tavsiyeler ve rehberlik şeklinde sunulabilir. Sosyal destek kaynaklarıyla etkileşim, psikolojik yardım alma sürecinin bir parçasıdır ve bu etkileşimler problemin fark edilmesini, yardım alma karar sürecini ve alınacak yardımın şeklini etkilemektedir. Sosyal etkileşimler, yardım almayı kolaylaştırabilir ya da azaltabilir; bunu belirleyen ise büyük oranda sosyal ağın nitelikleridir. Sosyal ağdaki bireylerin profesyonel yardım veren birimlere ilişkin tutumları, eğitim düzeyleri, bu konudaki bilgileri ve bu hizmetleri almak ile ilgili önceki deneyimleri, profesyonel psikolojik yardım alma tutum ve davranışını belirgin olarak etkilemektedir (49).

Yapılan araştırmalarda, sosyal destek sisteminin bilinirliğinin, bireylerin yardım arama tutumları ve yardım verme süreci açısından büyük önem taşıdığı belirlenmiştir. Sosyal destek sisteminin çözümlenebilmesi, bireyin mental sorunlarının çözümünde, önlenmesinde ve tedavisinde, kısacası onların mental sağlıklarının korunmasında ve ayrıca öğrencilerin akademik başarılarının yükseltilmesinde güçlü bir öz-kaynak olarak rol oynamaktadır (51).

Arkadaş ve akraba önerilerinin, profesyonel yardım alma kararının verilmesi sürecinde önemli etkisi olduğu belirtilmektedir (31). Çok sıkı ve yakın sosyal bağların olduğu çevrelerde, yardım alma davranışının engellenebildiği de gözlemlenmiştir. Sosyal ağla etkileşimlerin iyi olması, mental sağlık sorunlarının çözülmesinde etkili olabilmekte ve bireyler uzman yardımına başvurmaya gerek duymayabilmektedirler. Bireyin sorunlarının ve gereksinimlerinin sosyal ađ içinde çözümlenebildiği bu durumlarda, profesyonel birimlere erişim ertelenebilmektedir (52).

Sosyo-kültürel değerler ve inançlar da yardım almayı etkileyen sosyal etmenlere dahil edilebilir. Sosyo-kültürel değerler (dini inançlar, hastalığın nedenine dair inançlar, kadercilik, by, sihir vb. inançlar); problemin algılanması ve tanımlanması, ruhsal hastalık semptomları hakkındaki inanışlar, bunlarla başa çıkma, yardım alıp almama tutumu ve kimden yardım alınacağı konularında önemli etkenlerdir. Eğer semptomlar sosyo-kültürel olarak kabul edilemeyecek düzeyde ise, yardım alma kabul edilebilmektedir (5). Aile çevresindeki bireylerin probleminden haberdar olmasının aileyi utandıracadı düşüncesi ve kişisel bir probleme sahip olma, yardım almak için başvurularda isteksizliğe neden olmaktadır (52). Kaderciliğe, sihir ya da dini inanışlara göre, ağdaş bilime inancın belirgin olarak yüksek olduğu çevrelerde, yardım alma davranışının olumlu yönde etkilendiği belirtilmektedir (66).

Toplumda ruhsal hastalıklara ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaya yönelik bakış, damgalayıcı tutumlar ve davranışlar da bireyin yardım alma kararını vermesinde etkili bir faktördür (11, 38). Psikolojik sorunlara ilişkin damgalayıcı tutumların, yardım alma davranışında; bu tutumların da yardım alma sürecinde oldukça belirgin engeller olarak karşımıza çıktığı gösterilmiştir (23, 33).

Daha önce psikolojik yardım almış olma deneyimi, psikolojik yardım arama tutumunu belirleyen önemli bir diğer faktördür ve farklı çalışmalarda psikolojik yardım arama tutumunu belirleyici etkisi araştırılmıştır. Aileden ya da yakın çevreden birinin daha önce psikolojik yardım alma deneyimine sahip olması durumunun da bireylerin psikolojik yardım alma tutumlarına olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (54).

Yurtdışı ve ülkemizde yapılan birçok araştırmada, kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre psikolojik yardım alma niyetlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyetin de yardım alma konusunda önemli bir etken olduğu, çeşitli yayınlarda bildirilmiştir. (13, 55-57)

2.4.5. Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Veren Birimlerle İlişkili Etmenler

Ruhsal sorunlar konusunda hizmet veren birimler ile ilgili faktörler de psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları etkilemektedir. Yapılan çalışmalar uzun bekleme listelerinin, birimlere uzaklığın, ulaşım zorluğunun ve ücretin yardım almaya ilişkin tutumları olumsuz etkilediğini göstermektedir (56, 86). Hizmet verilen birimlerle ilgili bilgi sahibi olma da yardım almayı etkileyen bir faktördür. Adölesanlarla yapılan bir çalışmada, adölesanların psikolojik yardım almak için nereye başvuracaklarını bilmediklerini ve yardım veren birimlerin sunduğu yardım hakkında bilgi sahibi olmadıkları bulunmuştur. Bunun da adölesanların psikolojik yardım almalarını engellediğini belirtmişlerdir (56). Görüldüğü gibi, psikolojik yardım almak ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde ve hastalıkların erken dönemde saptanıp tedavi edilmesinde son derece önemli bir yere sahiptir.

Üniversiteli gençler stres ve kaygı yaratan bir ortamda yaşamaktadır. Gençler üniversite yıllarında benliğini bulur, cinsel kimliğini kazanır, bağımsızlık duygusuyla tanışır, birçok konuda kişisel kararlarını verme sorumluluğu ile karşılaşır ve risk alma davranışları gösterirler. Bütün bunlar arasında optimal sağlıkla ilgili bir yaşam tarzını benimsemeyebilirler. Bu koşullar da gençlerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz biçimde etkileyebilir. Üniversite öğrencileri daha rahat bir ortamda bulunma ve eğitim düzeyinin ilerlemesiyle değişen değer yargıları nedeniyle, riskli davranışlar gibi konularda diğer gruplardan farklı tutum ve davranış örüntüleri gösterebilirler (87).

Bütün bu olumsuzluklara karşın üniversite yılları öğrencilerin bağımsız işlevde bulundukları ilk zamanlar olduğu için, bu yıllar öğrencilerin daha sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirmelerine yardımcı olmak adına koruyucu-önleyici sağlık ve psikolojik danışma programları için uygun olabilir. Bu dönem uygun kararlar alındığında sağlık açısından risk oluşturacak davranışlar yerine sağlığı güçlendirici seçimlerin yapılabileceği bir zamandır (87).

Sonuç olarak, psikolojik yardım arama ya da alma kararını etkileyen birçok etmen, bireyi yönlendirmektedir. Çalışmalarda özellikle psikolojik etmenler öne çıkmakla birlikte, birçok faktör işin içine girmektedir.

2.5. Üniversitelerimizdeki Mental Sağlık Hizmeti Sunumları

Türkiye’de üniversite öğrencileri sağlık yönünden dikkate alınması gereken geniş bir grubu oluşturmaktadır. T.C. Yükseköğretim Kurulu’nun verdiği rakamlar dikkate alınırsa; 2016–2017 öğretim yılı itibariyle, tüm yükseköğretim kurumlarına kayıtlı öğrenci sayısı 7.198.987 olup, nüfusumuzun yaklaşık %9’unu oluşturmaktadır. Üniversite öğrencileri açısından bakarak, mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin belirlenmesi, bu topluluğun büyüklüğü açısından bakıldığında da önem kazanmaktadır (88).

Günümüzdeki hızlı ekonomik, teknolojik, kültürel ve sosyal değişimlere paralel olarak bireylerin gereksinimleri de sürekli olarak ve aynı hızda değişmektedir. Bu değişimler, bulundukları gelişimsel süreç dikkate alındığında, üniversite öğrencilerinin farklılaşan akademik, mesleki, sosyal ve kişisel gereksinimlerinin de yakından ve sürekli olarak izlenmesini zorunlu kılmaktadır. Bilindiği üzere, 18–25 yaş arasındaki gençler için üniversitedeki öğrenim süreci ve yetişkinliğe geçiş dönemindeki gelişimsel süreç arasında önemli etkileşimler vardır. Başka bir deyişle, özellikle lisans düzeyindeki öğrenciler için üniversite yaşamı, gençlerin birçok yeni akademik, kişisel ve sosyal yaşantıları deneyimledikleri önemli bir gelişim süreci olarak nitelendirilmektedir. Bu süreçte öğrenciler, üniversitenin yeni akademik ve sosyal ortamına uyum gösterme, akademik beklenti ve talepleri karşılama, edindiği sosyal özgürlükler içinde bağımsız olmayı başarma, arkadaş ve karşı cinsle olan ilişkilerini sorgulama ve çeşitli kariyer olanaklarını araştırma gibi birçok konuyla baş etmek durumundadırlar (89).

Son yıllardaki hızlı sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve teknolojik değişimlere bağlı olarak üniversite öğrencilerinin kişisel ve sosyal problemlerindeki değişiklikler ve artışlar, akademik ve mesleki gelişim konusunda önemli bir işlevi olan PDR merkezlerinin rol ve işlevlerinde de önemli değişikliklerin yapılmasını gerekli kılmaktadır. Günümüzde, PDR merkezlerinin yapısı ve etkinlikleri üniversitelere göre çeşitli farklılıklar göstermekle birlikte, hemen hemen hepsi aynı temel amaç için çalışmalarını sürdürmekte ve başta öğrenciler olmak üzere üniversite bünyesindeki tüm paydaşlara çok çeşitli hizmetler sunmaktadırlar. Bu hizmetler, genel olarak önleyici, gelişimsel ve çare bulucu nitelikte olup, temel olarak bireysel ve grupla psikolojik danışma, rehberlik, müşavirlik, program geliştirme ve değerlendirme etkinliklerini kapsamaktadır (89).

Diğer yandan, günümüzdeki gelişme ve değişimlere bağlı olarak, başta üniversite PDR merkezi yöneticileri olmak üzere tüm üniversite yöneticilerinin, üniversite öğrencilerinin sürekli değişen gereksinim, istek ve beklentilerinin farkında olmaları, sınırlı kaynaklara rağmen PDR hizmetlerine yönelik taleplerdeki artışa dikkat etmeleri ve gerekli önlemleri almaları gerekmektedir (89).

PDR merkezlerinin rol ve işlevleri, tarihsel süreç içinde, ekonomik koşullar, uzmanların ilgi alanlarındaki çeşitlilik, üniversite yerleşkelerindeki sosyal ve politik iklim, danışan profili, öğrenci ilgi, ihtiyaç ve beklentilerindeki değişiklikler, psikoloji ve psikolojik danışma ve rehberlik alanlarındaki gelişmeler ile birlikte ulusal ve küresel olaylardan etkilenerek sürekli bir gelişim ve değişim yaşamıştır (90).

Bununla birlikte, üniversite öğrencilerinin günümüzde gittikçe daha karmaşık bir yapıya bürünen çeşitli sorun ve gereksinimlerle karşılaştıkları ifade edilmektedir (91). Bu tür sorunlar, gelişimsel gereksinim ya da durumlarla ilişkili olabildiği gibi çeşitli ilişki sorunları, akademik kaygılar, stres, depresyon, özkıyım düşüncesi, kişilik bozuklukları ve cinsel saldırıya maruz kalma olabilmektedir (92). Bu nedenle, öğrencilerin değişen akademik, sosyal, kişisel ve mesleki gereksinimlerini düzenli aralıklarla sürekli ve tam olarak belirlemek ve öğrenci destek birimlerinin sundukları hizmetleri de bu gereksinimler ışığında planlamak büyük önem arz etmektedir (93). Buna ek olarak, öğretim üyelerinin, akademik danışmanların, üniversite yöneticilerinin ve öğrenci destek birimlerinde görev alan uzmanların kısacası üniversitede görev yapan tüm akademik ve idari personelin de

öğrencilerin değişen gereksinimleri konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları gerektiği anlayışının benimsenmesi gerekmektedir (94).

Uluslararası Üniversite Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri Birliği (International Association of Counseling Services; IACS) akreditasyon ölçütleri ve üniversite öğrencilerinin sürekli değişen ilgi, gereksinim ve beklentileri temelinde; üniversite PDR merkezlerinin, hizmet ağını çeşitlendirerek geliştirmeleri bir zorunluluk halini almıştır. Dolayısıyla, önleyici ve gelişimsel nitelikteki destek programlarının üniversite öğrencilerine yönelik uygulanacak gereksinim analizleri temelinde oluşturulması ve hazırlanan tüm programların konu ve içerik anlamında sürekli olarak öğrencilerin ilgi, beklenti ve gereksinimleri doğrultusunda geliştirilmesi, üniversite PDR hizmetlerinin işlevlerini önemli ölçüde artıracaktır (95). Aksi takdirde, öğrencilerin gereksinim ve problemlerini belirlemeden geliştirilecek hizmet ve etkinlikler, öğrencilerin temel gereksinimlerini karşılamaları ya da kendilerine sunulan hizmetlerden en üst düzeyde yararlanabilmeleri konusunda yetersiz kalacaktır (89, 95). Bu nedenle, üniversite Psikolojik Danışma ve Rehberlik merkezlerinin yönetici ve çalışanları, var olan kaynaklarını en verimli biçimde değerlendirmek için merkezin hedef kitlesinin değişen gereksinim ve beklentilerini belirlemek ve bu gereksinim ve isteklere en etkili biçimde yanıt verebilecek etkinlikleri üretmek durumundadırlar.

Türkiye’deki üniversitelerde sunulan psikolojik danışma ve rehberlik hizmetleri genel olarak 2547 sayılı YÖK Kanununun 46. ve 47. maddeleri esas alınarak üniversitelerin Sağlık, Kültür ve Spor Daireleri bünyesinde kurulan ve değişik adlarla anılan PDR birimleri bünyesinde gerçekleştirilmektedir. Buna ek olarak, son dönemlerde üniversite rektörlüklerine bağlı “uygulama ve araştırma merkezleri” kapsamında kurulan PDR merkezlerine de rastlanmaktadır. Ancak, tüm olumlu gelişmelere rağmen, üniversite PDR merkezleri, örgütlenme, kurumsallaşma ve uzman personel istihdamı konusunda önemli sıkıntılar yaşamaya devam etmekte ve üniversitelerin yönetim anlayışı ve olanakları çerçevesinde kısıtlı oranlarda çalışma sunabilmektedirler. Yine, bu merkezlerin rol ve işlevleri açısından üniversiteler arasında ortak bir anlayış gelişmekte, ancak uygulamalar daha çok bu merkezlerde istihdam edilen uzman personelin mesleki kimliği temelinde (psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman vb.) yürütülmekte ve disiplinlerarası ortak çalışma kültürü sınırlı şekilde oluşturulabilmektedir (95). Bu bağlamda, etkin bir

şekilde gerçekleştirilecek stratejik planlama çalışmaları ile tüm bu belirsizlik ve hızlı değişimler içinde, üniversite PDR merkezlerinin amaç, görev ve sınırlılıklarının kapsamlı olarak belirlenmesi, PDR merkezlerinin önceliklerinin detaylı olarak analiz edilmesi ve çözüme yönelik atılacak adımların sıralanması, etkinlik alanlarının güncelleştirilmesi, bir gelecek vizyonu ve değerlendirme ölçütü oluşturulması ve uzmanlar arasında ortak bir anlayışın geliştirilmesine önemli katkılar sunulabilecektir (88).

Bu arada, var olan üniversite PDR merkezlerinin, örgütlenme, kurumsallaşma ve uzman personel istihdamı konusunda önemli sıkıntılar yaşadıkları dikkate alındığında, üniversitelerde sunulan PDR hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik nitelikli çalışmaların gerçekleştirilmesine önemli derecede ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Dolayısıyla, ilgili tüm kurum, merkez, birim, uzman ve akademisyenlerin, güncel gelişmeler ışığında temel bir üniversite PDR Merkezi modeli geliştirilmesi konusunda ortak çalışmalar gerçekleştirmeleri büyük önem arz etmektedir. Bu süreçte, özellikle Türkiye'deki üniversite PDR merkezlerinin iş birliği ya da eşgüdüm içinde ve ortak programlar çerçevesinde çalışmalar yapmaları, olası çözüm yollarının geliştirilmesinde önemli katkılar sağlayacaktır.

1997 yılında, Gençlik Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (ADÜ-GENÇ) adıyla üniversitemiz Rektörlüğüne bağlı olarak kurulan merkezde, üniversite öğrencilerine yönelik olarak psikolojik danışmanlık ve araştırma hizmetleri sunulmaktadır. Merkezin verilerine göre, 2016 yılında 139 öğrenciye 283 seans psikolojik danışmanlık hizmeti verilmiştir. Ayrıca çeşitli fakültelerde; sosyal sorunlara yönelik sunumlar, oryantasyon programları, tanıtım ve bilgilendirme çalışmaları, öğrenci profili çalışmaları yapılmaktadır. Terapi seanslarına (tekli ya da grup terapisi şeklinde) katılan öğrencilerin sorunları, sırasıyla; sosyal ilişkiler, uyum sorunları ve akademik sorunlar olarak bildirilmiştir. Ancak merkeze başvuran öğrenci sayısı, beklenilenden çok az olup, danışan öğrencilerin de terapi seanslarını tamamlamadıkları gözlenmektedir.

2.6. Mental Sağlık Hizmetlerine Erişimin Önündeki Engellerin Aşılması Açısından Aile Hekiminin Görevleri

Aile Hekimliği uygulamalarına uzun dönem önce başlamış olan ve adölesanlara yönelik koruyucu sağlık hizmeti veren merkezlerde, yıllık koruyucu vizitler 11-21 yaşları

arasında uygulanmaktadır. Ülkemizde ergenlere yönelik hizmet sunumunun yasal zorunluluk olmadığı düşünülecek olursa; uygulamalar esnasında en azından erken, orta ve geç ergenlik dönemlerinde bireyler ile birer kez görüşülmesi uygun olacaktır. Aile Hekimine başvurusu sırasında; ergenin başvuru nedeni ve şikâyeti yanı sıra, özgeçmiş ve soy geçmişindeki önemli hastalıklar sorgulanmalı; fiziksel büyüme, cinsel gelişim, psikososyal risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, taramaları yapılmalıdır. Sosyo-kültürel farklılıklara dikkat edilmeli, görüşmeler aile ve ergen ile ayrı ayrı yapılarak gizlilik ilkesine riayet edilmelidir. Yaş ve gelişimsel düzeyine uygun olarak kendisi ve ailesine eğitim, danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmelidir. Eğitimlerde kasıtlı-kasıtlı olmayan yaralanmalar, tütün, alkol ve madde kullanımı, güvenli olmayan cinsel davranışlar, kötü ve yetersiz beslenme, hareketsiz yaşam gibi riskli davranışlar konusunda yoğunlaşmak faydalı olacaktır.

Ülkemizde, sadece adolesan sağlığı üzerinde çalışan ergen sağlığı merkezi sayısı çok az olduğundan; özellikle Aile hekimleri olmak üzere tüm sağlık birimlerinde görevli personel, ergen sağlığına yönelik gerekli duyarlılık ve çabayı göstermelidir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile hekiminin rolü, ergen etkinliğini görmezden gelmeden ya da yargılamadan şüphe gidermek, dinlemek, açıklamak, doğru bilgi vermek, bunun için destekleyici, duyarlı ve yapıcı bir ortam sunmaktır.

TNSA-2013 sonuçlarına göre 15-19 yaşları arası doğurganlık, kentsel kesimde 28, kırsal kesimde 45; Batı Anadolu'da 26, Doğu Anadolu'da 41 olarak bildirilmiştir. Yine de günümüzde yaklaşık 160 bin ergen kadının çocuk doğurmaya başlamış olması önemli bir sorundur. (45, 96, 97). Ülkemiz şartlarında, aile hekimleri olarak, çocuk yaştaki evlilik ve gebeliklerle ilgili de sorumluluklarımız unutulmamalıdır.

Ergenlik döneminde ruhsal sorunların görülme sıklığı yüksek, dolayısıyla aile hekimlerinin de ruhsal sorunları fazla olan ergenlerle karşılaşma oranları fazladır. Aile hekimlerinin ergenlerin ruhsal sağlığının korunmasında önemli rolleri de bu nedenle söz konusu olmaktadır. Bu rollerinden dolayı, ergenlerdeki ruhsal bozuklukların birinci basamakta tespit edilmesi ve uygun bir biçimde yönlendirilmesi, koruyucu hekimlik açısından da büyük önem taşır. Bu yüzden, aile hekimlerinin öncelikle ruhsal bozukluklardan haberdar olması ve tanısal becerilerini artırmaları için standardize eğitimlere ihtiyaçları vardır. Ayrıca, birinci ve ikinci basamak arasındaki iş birliği de

artırılmalıdır. Ek olarak, bu alandaki ihtiyaçların ve taleplerin anlaşılmasını sağlayacak uzun süreli araştırmaların da yapılması gereklidir.

2.7. Mental Sağlık Hizmetlerine Erişimin Önündeki Engelleri Ölçmek İçin Kullanılan Ölçekler

Ülkemizde psikolojik yardım aramanın önündeki engellerin belirlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılan bazı ölçekler ve bu konudaki çalışmalarda çözümlemelere yardımcı olan bazı ölçeklere de değinilmesinde fayda görüyoruz. Bu konudaki çalışmalarda, doğrudan engelleri belirlemeye yönelik olmasa da engelleri belirleme konusundaki çözümlemelere ilişkin bazı alt ölçekler de kullanılmaktadır;

1. Profesyonel Yardım Arama Tutumları Ölçeği (PYATÖ):

Türküm tarafından Türkçeye uyarlanan “kısaltılmış formu” halen kullanılmaktadır. Bireylerin profesyonel yardım aramaya ilişkin tutumlarını ölçen bu ölçek, 5’li Likert tipinde ve 18 maddeden oluşmakta; puanlaması 18-90 arasında değişmekte; alınacak puanların yüksekliği, psikolojik yardım almaya ilişkin olumlu tutumun yüksekliğine işaret etmektedir.

2. Psikolojik Yardım Aramaya Gönüllülük Ölçeği (PYAGÖ)

2007 yılında geliştirilmiş, 10 maddelik 5’li Likert tipinde bir ölçektir. Yüksek puanlar, yardım aramaya gönüllülük düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

3. Problem Alanları Ölçeği

2007 yılında geliştirilen, 10 maddelik 5’li Likert tipinde bir ölçektir. Her bir maddeden alınacak olan puanlar tek tek değerlendirilerek, yaşanan problem alanları belirlenebilmektedir.

4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aile, arkadaş ve özel bir bireyden olmak üzere üç farklı kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliğinin, öznel olarak değerlendirilmesini içeren 12 maddelik bir

formdan oluşmaktadır. 7'li Likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Ölçek, 30 maddeden oluşmaktadır. Alınan puanların yüksekliği, ölçekte yer alan başa çıkma yollarının yoğun olarak kullanıldığını yansıtmaktadır.

6. Problem Çözme Envanteri (PÇE)

Kişisel ve günlük hayattaki problemlere verilen tepkileri betimleyen 35 maddeden oluşmaktadır. 6'lı Likert tipi olarak belirlenmiştir. En düşük alınabilecek puan 32, en yüksek puan ise 192 olup; yüksek puanlar, öğrencinin kendini problem çözme becerileri konusunda yetersiz olarak algıladığını, düşük puanlar ise problem çözme becerisi algısının yüksek olduğunu gösterir.

7. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Kendini değerlendirme türünde ve depresyon konusundaki çalışmalarda en sık kullanılan ölçektir. Her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden 4 seçeneği olan, 21 adet kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir.

8. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Damgalama ve ayrımcılık ile ilişkili 5 alt ölçek içermektedir. Maddeler, “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) olarak, 4'lü Likert tipi şeklindedir.

2.8. BACE Ölçeği

2.8.1. BACE Ölçeğinin Özellikleri

BACE ölçeği, mental sağlık sorunu olan kişilerin, mental sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engellerin değerlendirilmesi için, engel-temelli ve kapsamlı bir

ölçek geliştirilmesi amacıyla tasarlanan bir projenin sonucunda oluşturulmuştur. Birleşik Krallık' ta King's College of London, Psikiyatri Enstitüsü'nün Sağlık Hizmetleri ve Nüfus Araştırma bölümü tarafından oluşturulan bir ekip tarafından, Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (NIHR) 'nün SAPPHIRE (damgalanma ve ayrımcılık konusunda bir proje) Programı içine alınan bir projenin ürünüdür. Şu ana kadar Birleşik Krallık, Brezilya, İsveç, Nepal, Uganda, Gana, Çin (Kanton lehçesi ile), Japonya, Danimarka, İtalya, Portekiz, Hindistan (Telugu dilinde) ve Amerika'da (İngilizce ve İspanyolca olarak çevirisiyle) kullanılmıştır (15).

Damgalanma (*stigma*) ve ayrımcılık (*discrimination*) ile ilişkili ve ilişkisiz engelleri içeren, geniş kapsamlı bir ölçek olarak planlanmıştır. Bu amaçla, mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri değerlendiren 23 çalışma incelenmiş; engeller aşamalı olarak elenerek, çalışmamızda kullandığımız sürüm-III'teki 30 maddelik nihai ölçek oluşturulmuştur.

Diğer ölçeklerden farklı olarak, damgalanma ve ayrımcılık ile ilgili engelleri ve tedavi damgalanmasını (treatment stigma) da değerlendirmeye yönelik, 12 maddeden oluşan bir tedavi damgalanması alt-ölçeğini de içermektedir. Ölçeğin tümü birden uygulanabileceği gibi, bu alt-ölçek tek başına uygulanabilmektedir.

Sağlık hizmetlerine ilk erişim anında ve hizmetin kullanımı süresindeki engelleri değerlendirebildiği gibi; tedaviden sonraki süreçte de önceki deneyimlere yönelik olarak uygulanabilmektedir. Genel toplum içinden örneklemelerde ya da servislerle halihazırda temas halindeki örneklemelerde kullanılabileceği belirtilmiştir. Online form yollanarak, internet üzerinden de uygulanabilirliği olduğu ve bu şekliyle halen Birleşik Krallık'ta ve birçok ülkede kullanıldığı belirtilmektedir. Yaklaşık 5 dakikada tamamlanabileceği ve bir hasta görüşmesi sırasında bile uygulanabilir olduğu bildirilmiştir.

Sürüm-III; Sürüm-I ve II'nin psikometrik validasyon çalışmalarından sonra değişiklik yapılmış ve artık başka araştırmacılarca da kullanılabilirliği olan sürümüdür. Yardım arama konusundaki müdahalelerin analizinde de belli değişikliklerle (Durdurdu mu? yerine, "Halen durduruyor mu? şeklinde değiştirilerek) kullanılabileceği bildirilmiştir. BACE ölçeği, bu ifade değişikliği ile İsveç'teki bir çalışmada kullanılmıştır.

BACE ölçeği, 0 puan (hiçbir zaman) ile 3 puan (her zaman) arasında cevaplanabilen, 4'lü Likert tipi yapıdadır. Her engel maddesi için, 3 farklı skorlama yapılabilir;

1. Cevap puanlarının (0 ile 3 arasında) ortalaması,
2. Herhangi bir dereceye kadar engel yaşadığını belirtenlerin yüzde oranlamaları,
3. O engeli, önemli derecede engel olarak görenlerin yüzde oranlamaları.

Tedavi damgalaması (*Treatment stigma*) alt-ölçeği skoru, damgalama ilişkili maddelerin (3, 5, 8, 9, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26, 28. maddeler) puanlarının ortalamasıdır. Damgalama (*stigma*) ile ilişkili olmayan engeller ise iki bölümde incelenmiştir; hizmete erişim olanaklarıyla ilgili (*instrumental*) (1, 6, 11, 15, 16, 27, 29, 30. maddeler) ve tutumsal (*attitudinal*) olanlar (2, 4, 7, 10, 13, 18, 20, 22, 23, 25. maddeler). Bu gruplara göre ya da sadece tedavi damgalaması (*treatment stigma*) alt-ölçeğine göre de skorlama yapılabilmektedir (15).

2.8.2. BACE Ölçeğinin Geliştirilmesi

Çalışma öncesinde literatür taranarak, engel-temelli 23 yayın incelemeye alınmış. Halen kullanılmakta olan engel temelli ölçeklerin eksikliklerinden yola çıkılarak, ölçeklerdeki engeller listelenmiş ve özellikle damgalama (*stigma*) ilişkili engeller ile ilgili kısıtlılık ve eksiklikler saptanmış. Var olan ölçeklerin damgalama bileşenlerini (*utanma/ayıplanma, başkalarının onaylamaması, ifşa edilme endişesi, damgalanmaktan kaçınma isteği, ayrımcılığa uğrama endişesi*) sorgulamaktan çok, basitçe damgalamayı tarif ettiği belirlenmiş. Ölçeklerin diğer bir kısıtlılığı, dikotom cevap kategorileri içermesi olarak saptanmış. Mevcut ölçeklerin çok az bir kısmının ilk hizmet alımı sonrasındaki “hizmetten kaçışı” sorgulamakta olduğu, bazı ölçeklerin ise damgalama ilişkili ve ilişkisiz engelleri bileşik puanlama ile değerlendirdiği görülmüş.

Derlemelerin incelenmesi sırasında belirlenen 9 tedavi damgalaması ölçeği, Likert tipi “katılıyorum, katılmıyorum” gibi tutum ölçütleri kullanılmaktaymış. Bunların sadece 3 maddesi engel temelli imiş. Engel temelli tedavi damgalaması ölçeklerinin gücü, tutumdan ziyade davranışa bağlı olması ve damgalama ilişkili engellerin diğerleriyle

kıyaslanmasına izin vermesidir. Bununla birlikte mevcut tedavi damgalaması ölçekleri, genel mental sağlık popülasyonunda kullanıma uygun olmayıp; biri adolesanlar için, biri özellikle askeri alanda kullanım için, biri de psikoterapi alanında kullanım amaçlı olarak oluşturulmuş. Dolayısıyla, tüm mental sağlık koşullarına, mental sağlık hizmetinin her aşamasında ve tüm damgalama türlerine uygulanabilir bir mevcut tedavi damgalaması ölçeği olmaması saptanarak (bazı ölçekler sadece bir duruma, örneğin depresyona odaklanmakta; bazıları psikolojik yardım ve psikiyatrısten alınan hizmete; az sayıda ölçek mental sağlık hizmeti alma ile ilişkili içselleştirilmiş damgalanmaya (*internalized stigma*); bir ölçek sosyal damgalanmaya (*social stigma*); bir diğeri de beklenen ayrımcılığa (*anticipated discrimination*) odaklanmaktaymış), yeni bir ölçek geliştirilmesi gerekliliği gözlenmiş.

Profesyonel mental sağlık hizmetine erişimin önündeki engellerin belirlenmesine yönelik, engel-temelli ve kapsamlı bir ölçek gereksinimine karar verildiği için; tedavi damgalanması alt-ölçeğini de içeren; yardım arayışının bir süreç olması gerçeğinden yola çıkılarak, mental sağlık hizmet aayışını, arama sonrası ilk hizmet alma sürecini ve hizmet aldıktan sonrasını da içine alan bir ölçek geliştirmek için çalışmaya başlanmış.

Birleşik Krallık’ ta ulusal bir program olan SAPPHIRE programı dahilinde geliştirilen BACE ölçeği, 3 sürüm şeklinde ve aşama aşama geliştirilmiştir. Literatürde konuyla ilgili ölçeklerin ve psikolojik yardım arama konusundaki belirlenen engellerin taranmasından sonra, sistematik engel/madde azaltımı ve uzmanlar grubundan gelen geri bildirimlere göre aşamalar halinde geliştirilmiştir.

Ölçek, 4 aşamalı psikometrik validasyon çalışması şeklinde planlanmış. Öncelikle konuyla ilgili engel-temelli 23 çalışma belirlenmiş ve bir araştırmacı (Sarah Clement) tarafından engellerin listesi hazırlanarak, 172 maddelik bir engel havuzu oluşturulmuş. Eleme sırasında, genel popülasyona uygulanmamış ve sonrasındaki değerlendirmelerde onaylanmamış ya da desteklenmemiş çalışmalar dışarıda tutulmuş; benzer ya da tekrarlanan ve ölçme konusunda zayıf bulunan engeller elenmiş. Sonuçta, 38 maddelik ilk sürümde (BACE sürüm-I) kullanılacak engeller belirlenmiş.

Araştırma ekibi tarafından, “bu engel sizi profesyonel yardım aramada veya halen devam eden tedavi sürecinde, “Durdurdu / Geciktirdi / Korkuttu mu?” şeklinde engeller

belirlenmeye çalışılmış. Profesyonel bakım ifadesi; aile hekimi, toplum ruh sağlığı ekibinden birisi (koordinatör, ruh sağlığı hemşiresi, mental sağlık memuru), psikiyatrist, psikolojik danışman, psikolog veya psikoterapistten alınan hizmetin anlaşılması için, anket formunda belirtilmiş. Yanıt kategorileri ise ‘‘hiçbir zaman, bazen, sıklıkla, her zaman ‘‘ şeklinde belirlenmiş.

Geliştirilen sürüm-1 (taslak) ölçek ile; son 12 ayda mental sağlık yardımı almış, 18 yaş ve üzerinde ve internet erişimi olan 117 bireyin katıldığı, online bir çalışma yapılmış. Toplanan veriler oluşturulan uzman paneline gönderilerek, sürüm-1’in istatistiksel özellikleri belirlenmiş. Anket formunun en alt kısmında, kendi deneyimledikleri engelleri yazmaları için boşluk bırakılmış ve bu engeller de değerlendirmeye alınmış. Katılımcılara BACE ölçeğinin tamamına yönelik fikirlerini 1-10 arasında bir puan vererek değerlendirmeleri istenmiş ve ortalama 8 puan olarak değerlendirilmiş. Yorumlarını yazı olarak belirtmeleri istenmiş. Sosyodemografik ve rahatsızlık özellikleriyle ilgili maddeler de eklenmiş.

Çalışma 117 kişiye uygulanmış ve 59 katılımcıya test-retest değerlendirmesi için yeniden anket gönderilmiş. Katılımcıların yaş ortalamasının 36 (18-70 yaş), %80’inin kadın, %87’sinin beyaz İngiliz, %42’sinin yarı zamanlı çalışanlar olduğu; katılımcıların kendilerinin belirttikleri en sık tanınan depresyon (%34) ve bipolar bozukluk (%31) şeklinde belirtilmiştir. %45 hastanın, mental sağlık sorunları için daha önce hastanede yatmış olduğu bildirilmiştir.

Tedavi damgalaması alt-ölçeği puanları (0-3 arası) ortalaması 1.43 olup, normal dağılım gösterdiğinden (Kolmogorov-Smirnov $Z=0.86$, $p=0.454$); parametrik istatistik yöntemleri uygulanmıştır.

Sürüm-II’deki maddelerin çoğunluğunun (22/36) kappa değerlerinin 0,61-0,80 arasında yoğunlaşması nedeniyle, test-retest kabul edilebilirliğinin sağlandığı; 2 maddenin kappa değerlerinin 0,80 üzerinde ve yüksek kabul edilebilirliğinin olduğu; 11 maddenin 0,41-0,60 arasında ve orta derecede kabul edilebilirliği olduğu; 1 maddenin de 0.346 kappa değeri ile zayıf güvenilirlik göstermekle beraber, Lin’s konkordans istatistiği açısından test-retest güvenilirliğini karşıladığı belirtilmiştir. Tedavi damgalaması alt-ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0.89 olup, iyi bir iç tutarlılık gösterdiği bildirilmiştir.

22 katılımcı, “diğer engeller” sorusuna yazılı cevap vermiş ve içerik analizi sonucunda, 36 engelin 20’sinin yazılan engelleri kapsadığı, engellerin içinde olmayan ve yazılan 10 yeni engel maddesinin de sadece bir katılımcı tarafından belirtildiği için, içerik geçerliğinin iyi olduğuna karar verilmiş.

BACE tedavi damgalaması alt-ölçeği ile SSRPH arasında pozitif korelasyon olduğuna dair kurulan hipotez desteklenmiş ($r=0.30$, $p=0.001$); aynı şekilde ISMI ölçeği ile olan pozitif korelasyon da doğrulanmıştır ($r=0.40$, $p<0.001$). Böylece tedavi damgalaması alt-ölçeğinin convergent (yakınsak) geçerliğinin ve böylece yapı geçerliğinin olduğu bildirilmiştir.

Bu uygulama sırasında, sürüm-1 maddeleri, QUAD çalışmasında kullanılan anket formu içine gömülerek, daha önce QUAD çalışmasına katılmış olan, tümü Güneydoğu İngiltere’de yaşayan kişilere gönderilmiş. Mental sağlık ile ilgili hizmet veren 2 ayrı dernek (Rethink, Mental health Foundation) ve Ulusal Ayrımcılıkla Mücadele Programı sosyal ağları (Facebook, Twitter) ve web siteleri üzerinden, programın tanıtımı ve bilgilendirmesi yapılmış.

Toplanan veriler, oluşturulan uzman paneline gönderilmiş ve geri bildirimler göz önüne alınarak, sürüm-1’deki 38 maddenin 2’si elenerek, sürüm-2 ölçek oluşturulmuştur. Tedavi damgalanması alt-ölçeğinin convergent (yakınsak) geçerliği, SSRPH ve ISMI ölçekleri ile körele olarak değerlendirilmiş ve yeterli bulunmuş; ayrıca test-retest güvenilirliği ve iç tutarlılığının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Katılımcılar, ölçeği 10 puan üzerinden değerlendirerek, 8 ortalama puan vermişler; okunabilirlik düzeyi ise 11-12 yaş düzeyine kadar anlaşılabilir olarak değerlendirilmiştir. En çok kabul gören engel maddesinin “iş başvurusu sırasında şansımı azaltabilir” maddesi olduğu da belirtilmiştir.

Üçüncü aşamada katılımcılara gönderilen BACE sürüm-2 doldurulduktan sonra, retest için 2 hafta sonra anket yinelenmiş; dördüncü aşamada ise sürüm-2’nin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve uzman grup tarafından değerlendirilmesi yapılmış; sonuçta 12 maddelik tedavi damgalaması alt-ölçeğini de içeren, 30 maddelik nihai anket formu (sürüm-3) oluşturularak, çalışma tamamlanmıştır.

BACE sürüm-3'ün convergent (yakınsak) geçerliği için, diğer iki ölçek (SSRPH ve ISMI) kullanılmış. SSRPH ölçeği, 5 maddeden oluşan, sosyal damgalamaya odaklanan, 4'lü Likert tipi bir tedavi damgalaması ölçeğidir; iç tutarlılığı alfa 0.72'dir. ISMI ölçeği ise, 29 maddelik, mental sağlık hizmeti kullanan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma deneyimlerini ölçmeye yönelik, 4'lü Likert tipi bir ölçektir; güçlü bir iç tutarlılığı (alfa 0.90) ve test-retest güvenilirliği ($r=0.92$) vardır.

BACE ölçeğinin tedavi damgalaması (treatment stigma) alt-ölçeğinin skorlaması, damgalama-ilişkili maddelerin ortalaması olarak belirlenmiş; tedavi damgalaması alt-ölçeğinin test-retest güvenilirliği için Lin's konkordans yöntemi (pc) kullanılmış ve kabul edilir güvenilirlik için Lin's $pc \geq 0.70$ kriteri kabul edilmiştir. Tedavi damgalaması alt-ölçeğinin iç tutarlılığının, Cronbach alpha kullanılarak 0.7-0.9 arasında saptandığı ve iyi bir iç tutarlılığı olduğu belirtilmiştir.

İçerik geçerliği, engeller hakkında kendi elyazlarıyla yazdıkları cevaplardan sağlanmış ve yapı geçerliği ile convergent (yakınsak) geçerlik ise, tedavi-damgalaması alt-ölçeği ile diğer 2 ölçek arasındaki belirgin ilişki hipotezi üzerinden değerlendirilmiştir.

2012 yılında tamamlanan sürüm-3 ile, mental sağlık hizmeti arama önündeki ve hizmet alanların sayısının artırılmasına yönelik müdahalelerin planlanmasına yardımcı olabilecek kilit engellerin belirlenmesi için kullanılabilir olduğu belirtilmiş. Ancak faktör analizleri ve kullanılabilmesi popülasyon normlarının belirlenmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu da bildirilmiştir.

Herhangi bir dereceye kadar engelleme nedeni olan maddeler ya da majör engellerin yüzdeleri hesaplanıp sıralama yapılarak, damgalanma ilişkili olan ve olmayan engellerin göreceli prevalansı da gösterilmiştir.

Katılımcılar BACE ölçeğine, değerlendirme puanı olarak 1-10 arasında 8 puan vermişler ve bunun da ölçek hakkında olumlu fikir belirttikleri anlamına geldiği bildirilmiş. Flesch Okuma Kolaylığı puanı 78.8 olup, genel popülasyon için okunabilirliğinin kolayca okunabilir olduğu; Flesch-Kinkaid Grade Level puanlaması ile de 5.9 puan saptanması ile 11-12 yaşları arasında bile anlaşılabilir olduğu saptanmış.

“İş başvuruların şansımı azaltmasından kaygılanma” ve “kötü bir anne-baba olarak görülme” maddeleri hem damgalama ilişkili olmaları hem de %39 ve %38’lik oranda majör engeller olarak saptanmaları açısından; ayrıca da %89 ve %88’lik yaşanma sıklığı açısından, öne çıkan maddeler olarak belirtilmiş. Bunlardan sonra en fazla yaşanan engeller ise, “ işten izin almakta zorluk / yardım istemekten rahatsızlık duyma / daha önceki tedavilerde kötü deneyim yaşamış olma / sorunu kendi kendine çözmek isteme / kayıtlarda mental sağlık sorunu olmasını istememe” maddeleriydi.

BACE ölçeğinin güçlü yanları; olası engelleri büyük ölçüde içermesi, tüm mental sağlık hizmeti verilen servislerde kullanılabilmesi, tüm mental sağlık durumlarında uygulanabilmesi, mental sağlık hizmeti almamış ya da almış olanlarda kullanılabilmesi, halen kullanımda olan ölçeklere göre daha çok damgalama tipini değerlendirmesi ve ayrı olarak kullanılabilen bir tedavi damgalaması alt-ölçeğini içermesi olarak bildirilmiştir.

Engellerin hangi derecede yaşandığını belirleyen puan ortalamalarının sağlanması ve herhangi bir dereceye kadar/majör olarak yaşanan engellerin değerlendirilmesi ile, engellerin yaşanma sıklığının saptanabilmesi, ölçeği öne çıkaran özelliğidir. Hiç yardım almamış, yakın zamanda yardım almış ya da halen yardım almakta olan bireyleri değerlendirebilmesi ve genel popülasyonda kullanılabilmesi de önemli noktalardır.

Mental sağlık hizmeti başvuru ve kullanım oranlarının artırılması ve tedavi edilmemiş mental sorun oranlarının azaltılmasına yönelik müdahale programlarının planlanmasında faydalı olabileceği ve müdahaleler sonrasında, tedavi engellerinin değiştirilmesinde kullanılabileceği belirtilmektedir.

BACE Sürüm-III, kullanım talimatı da yayınlanmış olan ve kullanım için önerilen nihai sürümdür. Ölçeğin performans durumu ve faktör analizleri için daha fazla veri sağlanması için, MIRIAD çalışması içine yerleştirilerek halen kullanılmaktadır. Bu çalışmada, yardım isteyip almama/yardım isteyip uzun süre yardımsız bekleme ve etnisite ilişkili engelleri belirleme amacıyla, ek maddeler de ilave edilerek kullanılmaktadır. Mevcut haliyle halen Birleşik Krallık, Nepal, Uganda, Bhutan, Brezilya, Çin, Portekiz, Danimarka, İtalya, Gana, İsveç ve Amerika’da kullanılmıştır.

2.8.3. BACE Ölçeğini Türkçeleştirmenin Önemi

Günümüzde yaşam koşullarının giderek ağırlaştığı, işsizlik, fakirleşme ve suç işleme oranlarının giderek arttığı göz önünde bulundurulursa, bireylerin de psikolojik sıkıntılarının artması bu sürecin doğal sonucudur. Bu noktada hekimler açısından önemli bir sorumluluk, bireylerin ve dolayısıyla da toplumun ruh sağlığının korunmasıdır. Bireyler sorunlarla karşılaştıklarında, zorlanma durumunun üstesinden gelme, problemi çözme ve tekrar günlük yaşama uyum sağlama ihtiyacı duyarlar. Böyle bir durumdaki birey, kendi potansiyellerini kullanarak ya da yakın çevresinden sağladığı destekle dilediği çözüme ulaşabilir. Bireyin problemi algılayış biçimi, problemin çözümü için kimlerden yardım ve destek talep edeceğini belirleyen önemli etkenlerden biridir. Bazı problemler tek başına ya da yakın çevrenin sosyal desteği ile çözümlenebilirken, bazı problemler için profesyonel psikolojik yardım ihtiyacı doğabilmektedir. Profesyonel psikolojik desteği gerektiren bir durumda bu desteğe başvurulmaması, sorunu daha da büyütüp çözüme ulaşma zamanını uzatabilir. Dolayısıyla bireyin tekrar denge durumuna dönmesi gecikebilir (109). Bu gecikmelerden doğacak kayıpları önleyebilmek ve zamanında yardım almalarını sağlayabilmek için üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarının nasıl olduğu ve nelerle ilişkili olduğunun belirlenmesi önemlidir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, yaşanan güçlüklerle karşılık üniversite öğrencilerinin profesyonel yardım arama davranışının istendik düzeyde olmadığı görülmektedir (87).

Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarının nelerle ilişkili olduğunun açıklanabilmesiyle, öğrencilerin tutumlarını olumlu yönde etkileyebilecek çalışmaların planlanmasına katkı sunulabilir. Bu noktada üniversitelerin psikolojik danışma servisleri ile iş birliği yapılabilir. Böylece sunulan psikolojik yardım hizmetleri daha etkin hale getirilerek daha çok bireye ulaşması sağlanabilir.

Fen Edebiyat Fakültesi'nde okuyan üniversite öğrencileri, geleceğin öğretmenleri olacaklar ve birçok bireyin yetişmesine katkı sağlayacaklardır. Onların profesyonel psikolojik yardım almaya ilişkin olumlu tutuma sahip olmaları, öğrencilerine doğru model olabilmeleri ve destek sağlayabilmeleri açısından önemlidir. Ayrıca okullardaki psikolojik danışma ve rehberlik servislerinin etkili çalışabilmesinin temel koşullarından biri de okuldaki öğretmenlerin ve yöneticilerin psikolojik yardım almanın yararlı olacağına ilişkin bakış açısı ve iş birliği çabasıdır. Dolayısıyla hem kendi iyilik hallerini koruyabilmek hem

de öğrencilerini doğru yönlendirebilmek adına eğitimcilerin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları önem kazanmaktadır.

Tıp Fakültesi'nde okuyan öğrenciler açısından bakıldığında; geleceğin hekimleri olarak, mental sağlık hizmetlerine yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi oldukça önem arz etmektedir. Hekim adaylarının mental sağlık hizmetlerine bakış açılarının belirlenmesinin, hem kendi iyilik hallerinin korunması açısından hem de hastalarının doğru şekilde yönlendirilmesi ya da tedavi sürecine katılımlarına yön vermeleri bakımından bir değerlendirme imkânı sağlayabileceği düşünülebilir. Toplumun hemen her kesimine ulaşabilen bir meslek grubu olarak, hekim adaylarının bu konudaki eğilimlerinin belirlenmesi, bir bakıma öncelik sırasında en başta gelmesi gereken konu olmalı şeklinde düşünüyoruz.

Ülkemizde psikoloji alanında çalışanların karşısına çıkan ve mesleklerini icra etmelerini zorlaştıran en büyük sorunlardan biri yardım almayla ilgili önyargılı, olumsuz bakış açısıdır. Bu durum bireyin hem yardım arama davranışını olumsuz yönde etkilemekte hem de desteğin etkisini azaltmaktadır. Psikolojik danışma ve rehberlik hizmetleri gönüllülük esasına da yandığından bireylerin profesyonel psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarının olumlu yönde olması psikolojik danışmanlık mesleğinin gelişimi açısından da önemlidir. Tüm bu nedenler göz önünde bulundurularak üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarının incelenmesi anlamlı görülmüştür.

BACE ölçeği, sağlık hizmeti arayışı sürecinin herhangi bir aşamasındaki (henüz hizmet almamış ya da halen almakta olan) bireylere uygulanacak şekilde geliştirilmiştir. Bizim çalışmamız da yakın dönemde mental sağlık hizmeti almış ya da şimdiye kadar hiç mental sağlık hizmeti almamış üniversite öğrencilerini kapsamayı hedeflemiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Tasarım

Araştırma üç aşamalı psikometrik validasyon çalışması olarak tasarlanmıştır. Birinci aşamada, İngilizce dilinde geliştirilmiş olan BACE ölçeği Türkçe'ye uyarlandı. Bu aşamada, orijinal dildeki BACE ölçeği DSÖ ilkelerine uygun olarak üç araştırmacı tarafından Türkçeye çevrildi. Ortaklaşım Türkçe metin daha sonra yeniden İngilizceye çevrilerek, çevrinin asıl diline uyumluluğu belirlendi. Sosyo-demografik verilerin toplanmasına yönelik 13 maddelik Kişisel Bilgi Formu da eklenerek, sonuç anket formu oluşturuldu.

Uygulamanın ilk aşamasında, belirlenmiş nihai anket formu, Fen-Edebiyat Fakültesi ve Tıp Fakültesi'nde 662 öğrenciye uygulandı. İkinci aşamada ilk uygulamadan 1 ay sonra, test-retest güvenirliğinin saptanması amacıyla, daha önce anket uygulaması yapılan sınıflarda 243 öğrenciye test yeniden uygulandı. Yeniden test uygulamasına katılan ve eşleştirilebilen 225 öğrencinin (18 anket formu değerlendirme dışı bırakıldı) test-retest formlarının 151'i Fen-Edebiyat Fakültesinden ve 74'ü Tıp Fakültesinden idi. Anket çalışması bulgularından hareketle, BACE ölçeğinin Türkçe çevirisinin psikometrik özellikleri belirlendi.

Çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin ve Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğünden ve verilerin toplanması aşamasında, çalışmanın yapılacağı fakültelerde uygulama yapabilmek için, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi dekanlıklarından gerekli idari izinler alındı. Okul yöneticileri ile ön görüşme gerçekleştirilerek, uygulama yapılacak gün ve saatler belirlendi. Belirlenen gün ve saatlerde araştırmacı tarafından (TE), çalışmamızın amacı ve anket sorularının nasıl cevaplanacağı konusunda açıklamalar yapıldıktan sonra; dersliklerde veya bire bir görüşme şeklinde, araştırmacının gözetiminde uygulama yapılmıştır. Verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı özellikle belirtildi.

3.2. Katılımcıların Belirlenmesi

Çalışmanın evrenini, Adnan Menderes Üniversitesinde 2016-2017 eğitim-öğretim yılında Tıp Fakültesi (1054 öğrenci) ile Fen ve Edebiyat Fakültesinde (3113 öğrenci) eğitim görmekte olan toplam 4167 öğrenci oluşturdu. Fakültelerden çalışmaya alınacak öğrenci sayısı, fakültelerin toplam öğrenci sayısına göre ve belirlenen örneklem büyüklüğü dikkate alınarak 600 öğrenci olarak belirlendi. Her fakülte için belirlenen örneklem büyüklüğü, var olan sınıf sayılarına göre paylaştırıldı. Anket uygulaması, rastgele sınıflarda ve rastgele belirlenen derslerin öncesinde gözlem altında ya da bire bir görüşme tekniğiyle yapıldı. Çalışma zamanı etik kurul izninin alınma zamanına göre, 2016-2017 öğretim yılı bitiminde Haziran ve Ağustos ayları olarak öngörüldü.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak kişilerin psikolojik yardım arama tutumunu ölçmek için geliştirilmiş olan BACE Ölçeğinin Türkçeleştirilmiş biçimi (Ek-1) kullanıldı. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, bölüm, sınıf, yaşanılan yer, anne-baba eğitim durumu, anne-baba mesleği, ailenin gelir durumu, sigara ve alkol kullanım durumlarına ilişkin verilerin elde edilmesi amacıyla, 13 maddelik bir “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-2) kullanıldı.

3.4. Verilerin Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS, Statistical Package for the Social Sciences) sürüm-18 ile çözümlendi. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uygulanması tamamlandıktan sonra, Kişisel Bilgi Formu ve ölçeklere ait cevap kâğıtlarının genel kontrolleri yapıldı, eksik ya da birden fazla seçenek işaretlenmiş olan veya geçersiz bulunan anket formları değerlendirme dışı bırakıldı. Toplamda 662 öğrenci anket uygulamasına katıldı, ancak 47 anket formu değerlendirme için uygun olmadığından dolayı çıkarıldı. Sonuç olarak 615 öğrencinin anketlerinden elde edilen veriler analiz edildi. Retest anket formlarının da 18’i değerlendirme dışına bırakılarak, 225 retest anket formu üzerinden istatistiksel değerlendirme yapıldı.

4. BULGULAR

Çalışmamıza, 2016-2017 eğitim-öğretim yılında Adnan Menderes Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi ile Tıp Fakültesinde öğrenim gören 662 öğrenci katıldı. Ancak 47 anket formu (eksik ve boş formlar) değerlendirme dışı bırakıldı. Bu nedenle, 615 anket formu değerlendirildi. Üç yüz yirmi biri (%52,2) kadın ve 601'i (%97,7) bekar olan öğrencilerin yaş ortalaması $22,0 \pm 2,5$ olarak saptandı. En genç katılımcı 18, en yaşlısı ise 36 yaşındaydı. Çalışmaya katılan öğrencilerin 578'inin (%94,0) ailesi şehir merkezinde yaşamaktaydı. İki yüz kırk dört (%39,7) öğrencinin babası 12 yıldan fazla eğitimliydi ve 223'ünün (%36,3) mesleği memurdu. Annelerinin eğitim düzeyi daha düşüktü; 261'inin (%42,4) 9-12 yıl arasında ve çoğunluğu ev hanımı (365 öğrenci, %59,3) idi. Üç yüz kırk bir öğrencinin (%55,4) ailesinin ortalama aylık geliri 1432-4664 TL arasındaydı. Katılımcı öğrencilerin 306'sı (%49,8) sigara içmekte, 297'si (%48,3) ise alkol kullanmaktaydı. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri Tablo I'de verilmiştir.

Katılımcıların 319'u (%51,9) Tıp Fakültesinde, 296'sı (%48,1) ise Fen ve Edebiyat Fakültesinde öğrenim görmekteydi. Çalışmamıza katılan öğrencilerin fakültelere ve sınıflara göre dağılımı Tablo II'de verilmiştir

Tablo I. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri, s=615

Demografik ve Sosyoekonomik Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	321	52,2
	Erkek	294	47,8
Yaş	Ortalama	22,0 $\pm$ 2,493	
	En düşük – En yüksek	18-36	
Bölüm	Tıp Fakültesi	319	51,9
	Fen Edebiyat Fakültesi	296	48,1
Medeni durum	Bekar	601	97,7
	Evli	13	2,1
	Diğer	1	0,1
Sınıf	1. sınıf	87	14,1
	2. sınıf	94	15,3
	3. sınıf	142	23,1
	4. sınıf	179	29,1
	5. sınıf	56	9,1
	6. sınıf	57	9,3
Ailenin yaşadığı yer	İl merkezi	372	60,5
	İlçe	206	33,5
	Köy/Mahalle	37	6,0

Tablo I. Katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri, s=615 (devamı)

Demografik ve Sosyoekonomik Özellikler		Sayı	Yüzde
Baba mesleği	Memur	223	36,3
	Serbest meslek	176	28,6
	İşçi	87	14,1
	Diğer	129	21,0
Baba eğitim durumu	9 yıldan az	156	25,4
	9-12 yıl	215	35,0
	12 yıldan fazla	244	39,7
Anne mesleği	Memur	158	25,7
	Serbest meslek	53	8,6
	İşçi	39	6,3
	Ev hanımı	365	59,3
Anne eğitim durumu	9 yıldan az	219	35,6
	9-12 yıl	261	42,4
	12 yıldan fazla	135	22,0
Ailenin aylık geliri	1431 TL ve altı	58	9,4
	1432-4664 TL	341	55,4
	4665 TL ve üstü	216	35,1
Sigara kullanımı	Kullanıyor	306	49,8
	Kullanmıyor	309	50,2
Alkol kullanımı	Kullanıyor	297	48,3
	Kullanmıyor	318	51,7

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sınıflara göre dağılımı; 1. sınıflar 87 (%14,1) öğrenci, 2. sınıf 94 (%15,3) öğrenci, 3. sınıf 142 (%23,1) öğrenci, 4. sınıf 179 (%29,1) öğrenci, 5. sınıf 56 (%9,1) öğrenci, 6. sınıf 57 (%9,3) öğrenci şeklinde idi. Fakültelere göre öğrencilerin sınıfları incelendiğinde; Tıp Fakültesi öğrencilerinde 1. sınıf öğrenciler 50 (%15,6), 2. sınıf öğrenciler 50 (%15,6), 3. sınıf öğrenciler 54 (%16,9), 4. sınıf öğrenciler 52 (%16,4), 5. sınıf öğrenciler 56 (%17,6), 6. sınıf öğrenciler ise 57 (%17,9) kişi; Fen Edebiyat Fakültesinde ise, 1. sınıflar 37 (%12,5), 2. sınıflar 44 (%14,9), 3. sınıflar 54 (%29,7), 4. sınıflar 127 (%42,9) öğrenci şeklinde saptandı. Katılımcıların bölüm ve sınıflara göre dağılımı, Tablo II' de verilmiştir.

Tablo II. Katılımcıların bölüm ve sınıflara göre dağılımı

Tıp Fakültesi (Sayı, %)		Fen ve Edebiyat Fakültesi (Sayı, %)		Tüm Katılımcılar (Sayı, %)	
1. Sınıf	50 (15,6)	37 (12,5)		87 (14,1)	
2. Sınıf	50 (15,6)	44 (14,9)		94 (15,3)	
3. Sınıf	54 (16,9)	88 (29,7)		142 (23,1)	
4. Sınıf	52 (16,4)	127 (42,9)		179 (29,1)	
5. Sınıf	56 (17,6)	-		56 (9,1)	
6. Sınıf	57 (17,9)	-		57 (9,3)	
Toplam	319 (100)	Toplam	296 (100)	Toplam	615 (100)

4.1. Ölçeğin Güvenirliği

İç tutarlık (Güvenirlik)

Ölçek 30 sorudan oluşmaktaydı. Ancak beş soru (S14, S24, S27, S28, S29) evli ya da çocuğu olanlarla ilgili olduğundan ve üniversite öğrencileri arasında bu özelliğe sahip çok az katılımcı bulunduğundan dolayı analizlerin dışında bırakıldı.

25 madde üzerinden yapılan güvenirlik analizinde, alfa katsayısı 0,798 bulundu; madde-test korelasyon katsayısı 0,20'nin altında saptanan beş madde (S2, S5, S7, S22, S23) elendi. Ölçeğin kalan 20 maddesi ile güvenirlik analizi yinelendi; madde-test korelasyon katsayısı 0,20'nin altında kalan bir soru daha (S25) elendi. 20 maddelik ölçek için hesaplanan alfa katsayısı 0,828 idi. Kalan 19 madde ile güvenirlik analizi bir kez daha yapıldı. 19 maddelik ölçeğin madde-test (toplam) puan korelasyonları 0,20 ile 0,61 arasında değişmekteydi ve alfa katsayısı 0,831 bulundu. Ölçek 19 maddelik şekliyle güvenilir olarak değerlendirildi. 19 maddeli ölçeğin madde puanları ve madde-test korelasyon katsayıları Tablo III'te verilmiştir.

Tablo III. 19 maddeli ölçeğin madde puanları ve madde toplam puan korelasyonları, s=601

Maddeler	Ortalama Puan	SS	r*
M1. Uzman desteği almak için, nereye başvuracağımdan emin olmama	1,84	0,87	0,31
M3. Ruhsal bir soruna sahip olmanın, zayıflık olarak görülebileceğinden kaygılanma	1,92	0,96	0,52
M4. İsteğim dışında hastaneye yatırılmaktan korkma	1,89	1,07	0,36
M6. Randevulara gidişle ilgili sorunlar yaşama	1,89	0,89	0,35
M8. Ailemin düşüneceği, söyleyeceği	2,11	0,98	0,35
M9. Mahcubiyet ve utanç duyma	1,85	0,85	0,55
M10. Alternatif tedavi şekiller	1,97	0,89	0,20
M11. Maddi giderleri karşılayamayacağımı düşünme	1,99	0,90	0,32
M12. "Akıl hastası" olarak görülebilme kaygısı	1,73	0,90	0,55
M13. Alacağım desteğin faydası olmayacağını düşünme	2,23	0,83	0,31
M15. Kendi kültürel/etnik çevremden gelen sağlık çalışanının olmaması	1,60	0,79	0,48
M16. Yardım istemekten çekinme	1,84	0,80	0,53
M17. Tanıdıklarımın öğrenmesinden kaygılanma	1,99	1,00	0,54
M18. Duygu ve düşüncelerim hakkında konuşulmasından hoşlanmama	2,36	0,96	0,37
M19. Uzman desteği aldığımı öğrenilmesi durumunda, insanların beni ciddiye almayacaklarından kaygılanma	1,85	0,91	0,60

Tablo III. 19 maddeli ölçeğin madde puanları ve madde toplam puan korelasyonları, s=601 (devamı)

Maddeler	Ortalama Puan	SS	r*
M20. Mevcut tedaviler hakkında kaygı duyma	2,38	0,91	0,43
M21. Tıbbi kayıtlard, psikiyatrik sorunum olduğunun yazılmasını istememe	2,64	1,08	0,33
M26. Arkadaşlarımın düşünecekleri/söyleyecekleri/yapacakları ile ilgili kaygı duyma	2,25	0,75	0,33
M30. Destek alma konusunda, bana yardımcı olacak yakınımın olmaması	1,66	0,79	0,43

* Tüm maddelerin toplam puan korelasyonları 0,20'nin üzerindedir.

Tüm ölçeğin Cronbach alfa (iç tutarlık) değeri 0,83, stigma ilişkili maddelerin alt boyutu 0,76 ve stigma ilişkili olmayan maddelerin alt boyutu 0,69 idi ($p=0,000$). Stigma ilişkili olmayan maddelerin altboyutu 0,70 sınırında olmakla birlikte, ölçeğin iç tutarlığının iyi olduğu söylenebilir. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirleyen test-retest korelasyonu 0,95; alt boyut korelasyonları ise sırasıyla 0,94 ve 0,93 idi ($p=0,000$). Ölçek ve alt boyutları için elde edilen güçlü korelasyon, ölçeğin farklı zamanlarda uyumlu skorlar ürettiğini göstermektedir. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenirlik verileri Tablo IV'de verilmiştir.

Tablo IV. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenirlik verileri

Ölçek ve alt boyutları	Ortalama±SS	Alt ölçek korelasyonları*	Güvenirlik	
			Cronbach alfa	Test-retest korelasyonları* (s=225)
BACE	1,10±0,38		0,83	0,95
Stigma ilişkili	1,04±0,57	0,86	0,76	0,94
Stigma ilişkili olmayan	1,12±0,36	0,91	0,69	0,93

* Korelasyon katsayıları $p=0,000$ düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi).

4.2. Yapı Geçerliği (Faktör Analizi)

Ölçeğin yapı geçerliğini göstermek için faktör analizi yapıldı. Yapılan analiz öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,839 idi ve Bartlett's testi $p=0,000$ düzeyinde anlamlı bulundu ($\chi^2=2850$). Verilerin faktör analizi için uygun olduğuna karar verildi. Açımlayıcı faktör analizi açıklanan toplam varyans değerleri ve “scree plot” eğrisi dikkate alındığında, ölçeğin iki boyutlu olduğunu gösterdi. Buna uygun olarak faktör

analizi yinelenildi. Yük değeri 0,40 eşik değerinin altında kalan 13. ve 30. maddeler sırayla analizden çıkarıldı. Yeniden yapılan analizlerde binişiklik gösteren ve yük değeri 0,40 eşik değerin altında olan madde kalmadı.

İki faktörün açıkladığı toplam varyans %38,4 idi. Faktör 1 toplam varyansın %27,2'sini, faktör 2 ise %11,1'ini açıklamaktaydı. Maddelerin faktör yük değerleri 0,41 ile 0,75 arasında değişmekteydi. Tüm maddelerin yük değerleri, referans değer olarak alınan 0,40'ın üzerinde bulundu. Ancak 30 maddelik özgün ölçeğin 13 maddesinin çıkarılmak zorunda kalınması, ölçeğin geçerliğinin zayıf olduğunu göstermektedir. Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi sonuçları Tablo V'te verilmiştir.

Tablo V. Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi sonuçları*

Faktör 1		Faktör 2	
Madde	Yk	Madde	Yk
15	0,457	1	0,551
16	0,590	3	0,692
17	0,745	4	0,654
18	0,622	6	0,544
19	0,706	8	0,476
20	0,668	9	0,620
21	0,648	10	0,451
26	0,460	11	0,411
		12	0,515
zdeğer	4,628	1,892	
Varyans	27,223	11,129	

* Temel faktör analizi; Rotasyon yöntemi: Varimax with Kaiser normalization

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişiminin önündeki engelleri belirlemek amacıyla geliştirilen BACE ölçeğinin Türkçe uyarlaması yapılmış ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Stigma ilişkili olmayan maddelerin alt boyutunun 0,70 sınırında (Cronbach alfa 0,69) olmasına karşın tüm ölçeğin iç tutarlık değerinin 0,83 olması, ölçeğin güvenilirliğinin iyi olduğunu göstermektedir. Hem tüm ölçeğin hem de alt boyutlarının yüksek test-retest korelasyon katsayıları, ölçeğin zamana karşı değişmezliğini göstermekte ve güvenilirliğini desteklemektedir.

Ölçeğin iki faktörlü bir yapı göstermesi, bu faktörlerin toplam varyansın ancak %38'ini açıklayabilmesi ve 30 maddelik özgün ölçeğin 13 maddesinin analiz koşullarını karşılamaması nedeniyle çıkarılmak durumunda kalınması, BACE ölçeğinin Türkçe sürümünün geçerliğinin zayıf olduğunu göstermektedir. Bu sonuçların yorumlanmasında çalışmanın yapıldığı örneklem grubunun üniversite öğrencilerinden oluşması dikkate alınmalıdır.

Özgün dilinde ve çevrildiği başka dillerde BACE ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği birçok çalışma yapılmıştır. BACE ölçeği Birleşik Krallık'ta 2012 yılında geliştirilmiştir. Geliştirme sürecinde ölçeğin ilk sürümü 38 madde olarak şekillenmiş, ancak yapılan analizler sürecinde önce 36 maddeye (sürüm-II) ve sonra da 30 maddeye (sürüm-III) inmiştir. Ölçeği geliştiren grup tarafından psikometrik özelliklerini belirlemek üzere 30 maddelik nihai ölçek ile yapılan çalışmada, ölçek 117 kişiye (2 hafta sonra retest olarak 59 kişiye) çevrimiçi olarak uygulanmış ve geçerlik-güvenirlik düzeyi oldukça iyi olarak saptanmıştır (Cronbach alfa değeri ölçeğin tümü, damgalama-ilişkili ve damgalama ilişkili olmayan maddeler için, sırasıyla 0,90 / 0,86 / 0,86; test-retest güvenilirliği $r=0,92$). Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 36 yıl (18-70 yaş), %80'i kadın, %87'si beyaz İngiliz, %42'si yarı zamanlı çalışanlar olduğu bildirilmiştir; %45'inin, mental sağlık sorunları için daha önce hastanede yattığı belirtilmiştir (15).

Ölçeği geliştiren grup tarafından 2015 yılında Birleşik Krallık'ta, mental sağlık hizmeti alan 202 kişi (bakım alan) ve 80 servis çalışanı (bakım veren) örnekleminde yapılan başka bir çalışmada; damgalama-ilişkili ve damgalama-ilişkili olmayan engellerin

sıklığı saptanmış, hizmet alan ve verenler belirttikleri engellere göre karşılaştırılmış ve belirtilen damgalama-ilişkili engellerin sosyodemografik özelliklere göre değişip değişmediği incelenmiştir. MIRIAD projesi kapsamında yapılan bu çalışmada, BACE ölçeği (sürüm-III), 4 engel maddesi daha eklenerek kullanılmıştır. 34 maddelik yeni haliyle bakım alanlardaki güvenilirlik düzeyinin iyi olduğu belirtilmiştir (Cronbach α değeri; 34 maddelik tüm ölçek için 0,91; 12 maddelik damgalama-ilişkili bölüm için 0,86; 22 maddelik damgalama-ilişkili olmayan bölüm için ise 0,86). Bakım veren gruba uygulanan ölçeğin güvenilirliği de iyi bulunmuştur (Cronbach α değerleri; tüm ölçek ve alt boyutları için sırasıyla 0,91; 0,88 ve 0,88) (99).

Güney Hindistan'ın iki farklı bölgesindeki, sosyodemografik özellikleri benzer olan 42 köyde 2100 kişilik bir grup ile yapılan bir müdahale çalışmasında BACE ölçeği uygulanmıştır. 2100 kişilik örneklem grubuna BACE ölçeğinin (sürüm-III) *tedavi-damgalaması alt-ölçeği* uygulanmış ve daha sonra eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası tekrar test yapılarak, müdahalenin etkileri değerlendirilmiştir. Çalışma için tedavi-damgalaması alt-ölçeği, Telegu yerel diline çevrilmiş; test-retest güvenilirliğinin ve Cronbach alfa kullanılarak değerlendirilen iç tutarlığının yüksek ($\alpha=0.85$) olarak saptandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin benzer ve yaş ortalamalarının 42 yaş (18-70 yaş) olduğu belirtilmiş ve ölçeğin müdahale çalışmalarında kullanılabilir olduğu ileri sürülmüştür (100).

PRIME (Programme for Improving Mental Health Care) araştırma programı kapsamında, düşük ve orta gelirli ülkelerde (Nepal, Hindistan, Uganda, Etyopya), depresif bozuklukları ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi edilmemişlik düzeylerini inceleme amaçlı bir çalışmada, tedaviye başlama ve tedaviyi devam ettirmeme açısından engeller belirlenmeye çalışılmıştır. Bu programın Nepal ayağında, çalışmanın yapıldığı bölgedeki bir kurum (Village Development Committees of Chitwan) tarafından belirlenen 1983 yetişkin örneklem olarak alınmış ve Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9), Alkol Kullanım Bozukluğunu Tanımlama Testi (AUDIT) ve engellerin belirlenmesi için de BACE ölçeği uygulaması yapılmıştır. Bu çalışmada saptanan majör engeller; finansal kaygılar, mental sorunla ilgili "zayıf" olarak algılanma kaygısı, akıl hastası olarak damgalanma kaygısı, yardım istemekten çekinme olarak belirlenmiştir. Ayrıca bu engellerin, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, etnik aidiyet gibi demografik özelliklerden etkilenmediği

saptanmıştır. Bu çalışmada, BACE ölçeği Nepal diline çevirilmiş ve güçlü bir iç tutarlık sağlandığı (0,91) bildirilmiştir (101).

2012 yılında Brezilya’da yapılan çalışmada, BACE ölçeğinin çevirisi (Brezilya Portekizcesi’ne) yapılmış ve kullanılmıştır. Ancak incelenen makalede çalışmanın psikometrik özelliklerine ilişkin bilgi verilmemiştir (102).

Çalışmamızda, Tıp ve Fen-Edebiyat Fakültelerinde eğitim görmekte olan 615 öğrencinin anket verilerinin analizinde, BACE ölçeğinin güvenilirliğinin iyi ancak geçerliğinin yeterince güçlü olmadığını saptadık. Yalnızca üniversite öğrencileri örnekleminde çalışmamız nedeniyle evli olmayı/çocuk sahibi olmayı gerektiren 5 ölçek maddesinin çıkarmak zorunda kalmamız, geçerliğin zayıf çıkmasına yol açmış olabilir. Ayrıca verilerin analizi sırasında, ölçekten 8 madde daha çıkarılmış ve 30 maddelik ölçek 17 maddeye inmiştir. Dolayısıyla, faktör analizlerinde zayıf bulunan maddelerin çıkarılmasıyla ölçeğin gücünü kaybettiğini ve uygulanabilirliğinin zayıfladığını düşünmekteyiz. Ancak çalışmamızdaki test-retest korelasyonlarının ve iç tutarlık katsayılarının oldukça güçlü olarak saptanması, ölçeğin tekrar kullanılabilir olduğunu göstermiştir. Ancak bu haliyle ölçeğin üniversite öğrencilerinde uygulanması uygun olmayabilir.

Hem geliştirilmesi aşamasında hem de şu ana kadar kullanıldığı çalışmalarda ölçek, genel toplumdan alınan örneklemelerde uygulanmıştır. Dolayısıyla bizim çalışmamızdaki üniversite öğrencileri gibi özel gruplarda kullanımı ile ilişkili kısıtlılıkları olabileceği düşünülebilir.

Sonuçta Türkçe’ye uyarlanmış ölçeğin psikometrik özelliklerinin, farklı gruplarda ya da genel toplumda yeni çalışmalarla değerlendirilmesi ile çalışmamızda belirsiz kalan noktalar konusunda açıklayıcı verilerin elde edilebileceğini düşünüyoruz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mental sağlık hizmetine erişimin önündeki engellerin belirlenmesine yönelik çalışmalar, tüm dünyada olduğu gibi ölkemizde de son yıllarda öne çıkmaktadır. Biz bu alışmamızda, BACE ölçeğini Türkçe'ye kazandırmaya çalıştık. Türkçeleştirilmiş haliyle, üniversitemizdeki 662 öğrenciye uyguladığımız ve 615 anket formunun istatistiksel değerlendirmeye alındığı çalışmamızda, ölçeğimizin güvenilirliğinin iyi ancak geçerliğinin yeterince güçlü olmadığını saptadık. Ancak üniversite öğrencilerine uyguladığımız ölçeğin, bu uygulama grubuna ait kısıtlılıkları da göz ardı edilmemelidir.

Mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri, özellikle de damgalama-ilişkili engelleri belirlemeye yönelik güçlü yönleri olan bu ölçeğin, ileride farklı gruplarda yapılacak çalışmalarla yeniden değerlendirilmesi gerektiğini düşünöyoruz.

Mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin belirlenmesi, psikoloji alanındaki araştırmalarda son yıllarda özellikle önem kazanmış bir konudur. BACE ölçeğinin Türkçe evirisinin bu konudaki çalışmalara destek sağlayabileceğini, ancak geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesine yönelik yeni çalışmalara gereksinim olduğunu düşünöyoruz.

ÖZET

“SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER” (BARRIERS TO ACCESS TO CARE EVALUATION; BACE) ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİNİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Giriş ve Amaç: Üniversiteye adım atan gençler, yeni bir hayata başlama, gelişim dönemlerine ait özellikler ve bu dönemin gelişim görevleri, yeni bir eğitim sistemine girişle ilişkili zorluklar ve maddi sıkıntılar gibi nedenlerle, bu yeni sisteme uyum sağlamada zorluklar yaşayabilmektedirler. Bu gençleri yeni bir yaşam ortamı, eğitim süreci ile ilgili zorlanmalar ve sosyal ortam açısından birçok değişiklikler beklemektedir. Bazı öğrenciler bu değişikliklere kolayca uyum sağlayabilirlerken, kimileri ise zorlanabilmektedir. Sonuçta, mutlaka yaşayacakları bir uyum süreci söz konusudur ve bu süreçte okul ortamı ve sosyal çevredeki olanakların farkına varabilen ve daha iyi uyum sağlayabilenler, daha iyi gelişme gösterebilmektedir. Bu konuda üniversitelerimiz tarafından yapılabilecek çalışmaların, öğrencilerin uyum sürecini kolaylaştıracağı bilinse de ülkemizde bu tür uygulamalar henüz istendik düzeyde değildir. Dolayısıyla birçok yenilikle karşı karşıya olan bireylerin, bu süreçte kimi sorunlar yaşamaları normal karşılanabilir (42).

Ancak öğrenciler, yaşadıkları sorunlar için anne-baba, yakın arkadaşlar gibi informal destek kaynaklarından destek arama eğilimindedirler. Profesyonel mental sağlık hizmeti (formal), ancak deneme ve başarısızlıklarından sonra söz konusu olmaktadır. Mental sağlık hizmetine erişimin önündeki engeller konusunda, birçok çalışma yapılmıştır. Bunu etkileyen bazı faktörler olarak; problemin tanımlanmasının ve değerlendirilmesinin yetersizliği, psikolojik ilişkiler, demografik etkenler, sosyal destek ve verilen hizmetlerden kaynaklanan etkenler sorumlu tutulmuştur. Çalışmamızda kullandığımız BACE ölçeği de bu amaçla geliştirilmiş bir ölçektir ve bugüne kadar ülkemizde çevirisi yapılmamış ve kullanılmamıştır. BACE ölçeği, Birleşik Krallık'ta psikiyatri bölümünce oluşturulmuş, 30 maddelik bir ölçektir. Mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri belirlemeye yönelik ve bir tedavi damgalaması alt-ölçeğini de içeren, 4'lü Likert tipi bir ölçektir.

Çalışmamızda, mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri belirlemeye yönelik destek sağlayabileceğini düşündüğümüz BACE ölçeğinin Türkçeleştirilmiş halinin psikometrik özelliklerini belirlemeye çalıştık.

Gereç ve Yöntem: Türkçeleştirdiğimiz BACE ölçeği ve Kişisel Bilgi Formundan oluşan nihai anketimiz, 2016-2017 eğitim-öğretim yılında, Tıp Fakültesi ile Fen ve Edebiyat Fakültesinde eğitim görmekte olan 662 öğrenciye uygulandı ve 615 öğrencinin anketleri değerlendirmeye alındı (47 form eksik veriler nedeniyle çıkarıldı). Uygulamadan 1 ay sonra, aynı sınıflarda 225 öğrenciye anket formu tekrar uygulandı. Anket çalışması bulgularından hareketle, BACE ölçeğinin Türkçe çevirisinin psikometrik özellikleri belirlendi.

Sonuç ve Öneriler: Mental sağlık hizmetine erişimin önündeki engellerin belirlenmesine yönelik çalışmalar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu konudaki araştırmalarda son yıllarda öne çıkmaktadır. Biz de çalışmamızda, BACE ölçeğini Türkçe'ye kazandırmaya çalıştık. Türkçeleştirilmiş haliyle, 615 katılımcının anket formlarının analizinde, ölçeğin güvenirliği iyi ancak geçerliği yeterince güçlü değildi. Ancak üniversite öğrencilerine uyguladığımız ölçeğin, bu uygulama grubuna ait kısıtlılıkları da göz ardı edilmemelidir.

Mental sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engelleri, özellikle de damgalama-ilişkili engelleri belirlemeye yönelik güçlü yönleri olan bu ölçeğin, ileride farklı gruplarda yapılacak çalışmalarla yeniden değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Psikometrik özelliklerin belirlenmesi aşamasında online uygulama ile kullanılan ölçeğin, bu kullanım şekliyle ileride yapılacak çalışmalarda yeniden değerlendirilebileceği ve psikometrik özellikleri hakkında kesin kanıtlar bulunabileceği yönünde olumlu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, mental sağlık, yardım arama, BACE ölçeği

İletişim Adresi:

SUMMARY

DETERMINATION OF THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE “BACE; BARRIERS TO ACCESS TO CARE EVALUATION” SCALE’S TURKISH TRANSLATION

Introduction and aim: Young people who have started university may have difficulty in adapting to university life due to starting a new life, characteristics of developmental period, developmental tasks brought about during this period, inclusion in a new education system and financial difficulties. Young people experience many changes in terms of where they live, their educational practices and their social lives. Some of these students are perceived to be anxious, by some while these changes are more easily perceived and accommodated. However, there is a harmonization process in which whatever level of readiness they will have, they will absolutely live. In this process, it is known that the students who know and use the possibilities of the school and the nearby environment, show a superior development. Although it is known that the activities that can be organized within the orientation services to be offered to the students will facilitate the adaptation process of the students, such practices are not yet at the desired level in our country. In the context of psychological help-seeking, there are different problems for each individual. These are the factors that result from the lack of identification and assessment of the problem, social relationships, demographic factors, social support and services provided.

A number of studies have been made in the world and in our country to determine the obstacles to access to mental health services. The BACE scale is also a scale developed for this purpose and has not been used in our country to this day. The BACE scale was developed in the Health Services and Population Research Department of the Institute of Psychiatry, King’s College, in London, England. The BACE scale is a 30-item self-report instrument conceived to evaluate barriers to access to mental health care. Respondents should indicate whether each item/ issue has ever stopped or delayed or discouraged him/her from getting or continuing to get professional care for a mental problem, by checking one of four possible answers: not at all (0), a little (1), quite a lot (2), or a lot (3).

Therefore, in the present study, we aimed to determine of properties of the Turkish translation of the BACE Scale. In addition to this aim, the relationship between sociodemographic characteristics and psychological help-seeking behaviors of university students will also be examined.

Materials and methods: Sample consisted of randomly selected 662 students from The Faculty of Science and Letters and The Faculty of Medicine at Adnan Menderes University who studied in 2016-2017 academic year. Data were gathered using the Turkish translation of the BACE Scale (version-III) and form of socio-demographic data.

The study was designed as three-step psychometric validation study. The BACE scale was adapted to Turkish language. At this stage, the original scale was translated into Turkish by three researchers in accordance with WHO principles. Turkish text was later translated back into English, and its compatibility with the original language of the translation was determined. Personal Information Form that consists of 13 items was also added in questionnaire form.

In the first stage of the study, final questionnaire form was applied to 662 (47 forms were excluded) students. One month after the first application, questionnaire form was re-applied to 225 students in the previous surveyed classes, in order to determine the reliability of the test-retest. Based on the results of the survey, the psychometric properties of the Turkish translation of the BACE scale were determined.

Results: We had 615 participants and average age of participants was $22,0 \pm 2,5$. Of our 615 participants in our study, 321 (%52,2) were female and 294 (%47,7) were male. The youngest participant was 18 years old and the oldest was 36 years old. 319 (51.9%) of the participants were in the Faculty of Medicine and 296 (48.1%) were in the Faculty of Science and Letters. The average monthly income of 341 students (55.4%) was between 1432-4664 TL. Of the participant students, 306 (49.8%) were smoking and 297 (48.3%) were drinking alcohol.

The scale consisted of 30 questions. However, because five questions (S14, S24, S27, S28, S29) were associated with being married or having children, because of there were very few participants with this characteristics among university students, they were

excluded from the analysis. In the reliability analysis for 25 items, alpha coefficient was found as 0,798; five items (S2, S5, S7, S22, S23) were subtracted, because the item-test correlation coefficient was below 0.20. Reliability analysis was repeated with the remaining 20 items; one more item (S25) was subtracted, because of it's item-test correlation coefficient was less than 0.20. The alpha coefficient calculated for the remaining 20-item scale was 0,828. Reliability analysis was performed once again with the remaining 19 items. The item-test (total) score correlations of the 19-item ranged from 0.20 to 0.61 and the alpha coefficient was 0.831. The scale was evaluated as reliable with 19 items.

The Cronbach alpha (internal consistency) value of the whole scale was 0.83, the subscale of the stigma-related items was 0.76, and the subscale of the nonstigma-related items was 0.69 ($p = 0,000$). It can be said that the internal consistency of the scale is good, Although the sub-dimension of the non-stigma related items was being at the 0.70 border. The test-retest correlation, which determines the invariance of the scale to time, is 0.95; and subscale correlations were 0.94 and 0.93, respectively ($p = 0,000$). The strong correlation for the scale and its sub-dimensions indicates that the scale produces compatible scores at different times.

Factor analysis was performed to show the scale's structure validity. Before the analysis, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value was 0.839 and Bartlett's test was found significant at $p = 0,000$ level ($\chi^2 = 2850$). It was decided that the data were appropriate for factor analysis. The exploratory factor analysis showed that the scale was two-dimensional when the explained total variance values and the "scree plot" curve were taken into account. For this reason, factor analysis was repeated. The 13th and 30th items were removed from the analysis in turn, for the load values was below of 0.40 threshold. In the reconstructed analysis, there was no material showing an overlapping and below the threshold value of 0.40.

The total variance explained by the two factors was 38.4%. Factor 1 was explaining for 27.2% of total variance, factor 2 for 11.1%. Factor load values of all items ranged from 0.41 to 0.75. The load values of all items were above the 0.40 value taken as the reference. However, as a result of subtracting thirteen items from the original 30-item scale, validity of the scale seems to be weak

Conclusions: Studies to determine the barriers in front of access to mental health services have come to the fore in recent years in our country as well as in the whole world. In this study, we tried to gain the BACE scale into the Turkish. The BACE Scale that we applied of 615 students has a good reliability but the validity was not strong enough. However, the limitations associated with the group (university students) to which it is applied should also be considered. We believe that this Scale, which has strengths to identify barriers to access to mental health services, in particularly stigma-related barriers, needs to be reassessed in future studies with different groups.

We think positively that the scale used for online use during the development phase can be reassessed in future work with this form of use and there can be definitive evidence of its psychometric properties.

Keywords: University students, mental health, help seeking, BACE Scale,

Contact Address:

KAYNAKLAR

1. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., Hilgard, E. R. (1990). Introduction to psychology (10th ed.). San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.
2. Wu, P., Hoven, C., Cohen, P., Liu, P. ve ark. (2001). Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents. *Psychiatric Services*, 52(2), 189–195.
3. Carone, D. A., Jr., & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21, 989-1003.
4. Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, J. C., Ciarroci, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e- Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1- 34.
5. Rogler, H. L., Cortes, E. D. (1993). Help- seeking pathways: a unifying concept in mental health care. *Am. J. Psychiatry*, 150(4), 554–561.
6. Nicholas, J., Oliver, K., & O'Brien, M. (2004). Help-seeking behaviour and the internet: an investigation among Australian adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1), 1-8.
7. Srebnik, D., Cauce, A. M., Baydar, N. (1996). Help- seeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 4(4), 210–220.
8. Kushner, M. G. & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 251–257.
9. Hinson, J. A. & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counseling & Development*, 5 (2), 47–69.
10. Freidson, E. (1960). Client control and medical practice. *American Journal of Sociology*, 65, 374–382.

11. Czuchta. D. M. & McCay, E. (2001). Help-seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Arc Psychiatr Nurs*, 15 (4),159–70.
12. Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 381-387.
13. Erkan, S., Özbay, Y., Cihangir-Çankaya, Z., & Terzi, Ş. (2012). Üniversite öğrencilerinin yaşadıkları problemler ve psikolojik yardım arama gönüllülükleri. *Eğitim ve Bilim*, 37(164), 94-107.
14. Özgüven, İ. E. (1992). Üniversite öğrencilerinin sorunları ve baş etme yolları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7, 5-13.
15. Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S.L., Thornicroft, G., 2012. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation Scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*12,36. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-36>.
16. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ adresinden, 29.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
17. Tekgül N, Göktay GA, Dirik N, Karademirci E, Ongel K. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Alsancak Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi Örneği, ÇİDEM. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012; 2(1-ek1):33-35.
18. Tekgül N, Dirik N, Karademirci E, Bıçakçı B, Öngel K. Ergen Ebeveynlerinin Ergenlik Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2012;22(1):59-62
19. Topkaya, N. (2011). Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi (Doktora tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.

20. Türküm, A. S. (2005). Who seeks help? Examining the differences in attitude of Turkish university students toward seeking psychological help by gender, gender roles, and help-seeking experiences. *The Journal of Men's Studies*, 13(3), 389-401.
21. Keklik. İ., 2009. Profesyonel psikolojik yardım aramaya ilişkin tutumlar: Türk ve Amerikan lisansüstü öğrencilerle karşılaştırmalı bir çalışma. *EJER: Eurasian Journal of Educational Research*.
22. Carlton, P. A., & Deane, F. P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence*, 23, 35-45.
23. Türküm, A.S. (2001). Stresle başa çıkma biçimi, iyimserlik, bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 1-16.
24. Pfohl, A. H. (2010). Factors influencing psychological help-seeking attitudes and behavior in counseling trainees (Doctoral dissertation). (<https://etd.ohiolink.edu> adresinden indirilmiştir.)
25. Boldero, J. & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: What do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18, 193-209.
26. Deane, F., Wilson, C., Ciarrochi, J. & Rickwood, D. (2002). Mental health help - seeking in young people. A report for the national health and medical research council of Australia, Wollongong.
27. Widiger TA, Costa Jr PT. Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor Model. *J Pers. J Pers.* 2012 Dec;80(6):1471-506.
28. Chadda, R. K., Vivek A., Megha C., and Deepak R. (2001). Help Seeking Behaviour of Psychiatric Patients Before Seeking Care At a Mental Hospital. *International Journal of Social Psychiatry* 47, 71-78.

29. Türküm, A.S. (2004). Developing a scale of attitudes toward seeking psychological help: Validity and reliability studies. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26, 321–329.
30. Wilson, C. J., Deane, F. B. (2001). Adolescent opinions about reducing help seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12(4), 345–364
31. Halter, J. M. (2004). Stigma&Help-seeking related to depression a study of nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing& Mental Health Services*, 42(2), 41–51.
32. Blumenthal, R., & Endicott, J. (1997). Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and Anxiety*, 4, 273–278.
33. Arslantaş, H. ve Diğ. (2003). *Hemşirelik Beceri Öğrenim Rehberleri II.- Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Bölümü Öğrenim Rehberleri*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Yayın ve Basımevi.
34. Chew, Graham, C. A., Rogers, A.&Yassin, N. (2003). ‘I wouldn’t want it on my CV or their records’: medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, 37, 873 – 880.
35. Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1991). The relation of treatment fearfulness and psychological service utilization: An overview. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 196–203.
36. Komiya, N., Good, G.E., & Sherrod, N.B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students’ attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138–143.
37. Kramer, T. & Garralda, M. E. (2000). Child and adolescent mental health problems in primary care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 287–294.
38. Rickwood, D.J., & Braithwaite, V.A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39, 563–572.

39. Kocabaşoğlu, N., Aliustaoğlu, N. (2003). Stigmatizasyon. *Yeni Symposium*, 41(4), 190–192.
40. Link, B. G., Phelan, J. C. & Bresnahan, S. (1999). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
41. Bayer, J. K. & Peay, M. Y. (1997). Predicting intention to seek help from professional mental health services. *Austral and New Zealand J Psychiatry*, 31, 504–513.
42. Larson, D. G. & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 9 (4), 439–455.
43. Helms, J. L. (2003). Barriers to help seeking among 12th graders. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 14 (1), 27–40.
44. Öner, N., & Le Compte, A. (1983). Durumluk ve sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
45. HÜNEE, (2014) 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. www.hips.hacettepe.edu.tr/yayin.shtml adresinden 19.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
46. Schonert-Reichl, K.A. & Muller, J.R. (1996). Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 705-731.
47. Koydemir, S., Erel, Ö., Yumurtacı, D., & Şahin, G. N. (2010). Psychological help-seeking attitudes and barriers to help-seeking in young people in Turkey. *International Journal for Advancement of Counseling*, 32, 274-289.
48. Türküm, A.S. (2000). Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları ve kendini açma eğilimleri *Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, 205–220.
49. Halter MJ. Stigma and help-seeking related to depression: a study of nursing students. *J. Psychosoc. Nurs.* 2004; 42: 43–51.

50. Saunders, S., Resnick, M., Hoberman, H., Blum, R. (1994). Formal helpseeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 718–728.
51. Dökmen-Yaşın, Z. (1997). Anne ve Babayla Algılanan Benzerlik: Bazı Anne, Baba ve Kişi Özelliklerinin Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12 (40), 19–39.
52. Horwitz, A. (1987). Help- seeking processes and mental health services. In D. Mechanic (Ed.). *Improving mental health services: What the social sciences can tell us. New Directions in Mental Health Services*, 36, 33- 45.
53. Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in rural towns. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 514–521.
54. Türküm, S., 2001. Stresle başa çıkma biçimi, iyimserlik, bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 1, 1-16.
55. Erkan, S., Özbay, Y., Çankaya, A.C., ve Terzi, Ş. 2012. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Aramaya Gönüllülük Düzeylerinin Yordanması. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 12 (1).
56. Topkaya, N. (2011). Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi (Doktora tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir). <http://tez2.yok.gov.tr/adresinden edinilmiştir>.
57. W Wilson, C.J., & Deane, F.P. (2002). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12(4), 345-364.
58. Atik, G. ve Yalçın, İ., 2011. Help-seeking attitudes of university students: the role of personality traits and demographic factors. *South African Journal of Psychology*, 41(3). 328-338.

59. Vogel, D.L., Wade, N.G. and Haake, S., 2006. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (3), 325–337
60. Atik, G. ve Yalçın, İ., 2011. Help-seeking attitudes of university students: the role of personality traits and demographic factors. *South African Journal of Psychology*, 41(3). 328-338.
61. Corrigan, P.W., and Shapiro, J.R., (2010) Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev*, 30(8):907-22. doi: 10.1016.
62. Ercan, L., 2010. An analysis of the relationship between attitudes towards seeking psychological help and problem solving among university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1814-1819.
63. Vogel, D. L., and Wester, S. R., 2003. To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (3), 351-361
64. Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
65. Kessler R. C., Berglund P. A., Bruce, M. L., Koch, R., Laska, E. M, Leaf, P. J., Wang, P. S. (2001). The Prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36, 987-1007.
66. Deane, F. P., & Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 45-59.
67. Bici, B. (2012). Yetişkinlerin psikolojik yardım arama niyetlerinin incelenmesi: İzmir ili örneği (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.
68. Koydemir-Özden, S. (2010). Self-aspects, perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental Health*, 39(3), 44-60.

69. Shaffer, P. A., Vogel, D. L., & Wei, M. (2006). The mediating roles of anticipated risks, anticipated benefits, and attitudes on the decision to seek professional help: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 442- 452.
70. Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2008). Emotional expression and the decision to seek therapy: The mediating roles of the anticipated benefits and risks. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(3), 254-278.
71. Barwick, A. K., de Man, A. F., & McKelvie, S. J. (2009). Personality factors and attitude toward seeking professional help. *North American Journal of Psychology*, 11(2), 333-342.
72. Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.
73. Corrigan P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
74. Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117, 180-185.
75. Erkan, S., Özbay, Y., Cihangir-Çankaya, Z., & Terzi, Ş. (2012). Üniversite öğrencilerinin yaşadıkları problemler ve psikolojik yardım arama gönüllülükleri. *Eğitim ve Bilim*, 37(164), 94-107.
76. Güneri-Yerin, O., Aydın, G. & Skovholt, T. (2003). Counseling needs of students and evaluation of counseling services at a large urban university in Turkey. *International Journal for Advancement of Counseling*, 25(1), 53-63.
77. Kalkan, M., & Odacı, H. (2005). Cinsiyet ve cinsiyet rolünün psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarla ilişkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 23(3), 57-62.

78. Annaberdiyev, D. (2006). Türkiye’de eğitim gören Türk Cumhuriyetleri ve Türk üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım arama tutumları, psikolojik ihtiyaçları ve psikolojik uyumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.
79. Kırımlı, F. (2007). Lise öğrencilerinin psikolojik yardım arama tutumlarını etkileyen etmenler (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.
80. Çankaya, P. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik yardım arama tutumları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.
81. Çebi, E. (2009). University students’ attitudes toward seeking psychological help: effects of perceived social support, psychological distress, prior help-seeking experience and gender (Yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.
82. Karalp, A. (2009). Lise öğrencilerinin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.
83. Turan, N. (2009). The contribution of rumination, internal working models of attachment, and help-seeking attitudes on psychological symptoms of university students (Yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara). <http://tez2.yok.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.
84. Hackler, Ashley Hill, “Seeking professional help for an eating disorder: the role of stigma, anticipated outcomes, and attitudes” (2007). Retrospective Theses and Dissertations. 14561. (<http://lib.dr.iastate.edu/rtd/14561> adresinden erişilmiştir.)
85. Deane, F. P., & Chamberlain, K. (1994). Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking. *British Journal of Guidance and Counseling*, 22, 207-217.

86. Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66, 522-541.
87. Peeters, F. P. M. L., Bayer, H. (1999). 'No-show' for initial screening at a community mental health centre: rate, reasons and further help-seeking. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 323- 327.
88. <https://istatistik.yok.gov.tr/> adresinden 08.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
89. Gizir, C. A. (2005). Orta Doğu Teknik Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin problemleri üzerine bir çalışma. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2), 196-213.
90. Bishop, J. B., Bauer, K. W. & Becker, E. T. (1998). A survey of counseling needs of male and female college students. *Journal of College Student Development*, 39(2), 205-210.
91. Bishop, J. B. (1995). Emerging administrative strategies for college and university counseling centers. *Journal of Counseling & Development*, 74, 3-38.
92. Kitzrow, M. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *National Association of Student Personnel Administrators*, 41, 167-181
93. Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W., Newton, F. B., & Benson, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66-72.
94. Barrow, J., Cox, P., Sepich, R., & Spivak, R. (1989). Student needs assessment survey: Do they predict student use of services? *Journal of College Student Development*, 30, 77-82.
95. Gallagher, R. P., Golin, A., & Kelleher, K. (1992). The personal, career and learning skills needs of college students. *Journal of College Student Development*, 33(4), 301-309.

96. TÜİK, (2016), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, <http://www.tuik.gov.tr> (erişim tarihi: 30.09.2017).
97. TÜİK, (2013) Nüfus ve Konut Araştırması, 2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
98. Conner, K. A. (2008). Mental health treatment seeking among older adults with depression: The impact of stigma and race. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Jun;18(6):531-43.
99. Dockery, Lisa et al. Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Research*, Vol 228 , Issue 3 , 612 – 619
100. Luitel NP, Jordans MJD, Kohrt BA, Rathod SD, Komproe IH (2017) Treatment gap and barriers for mental health care: A cross-sectional community survey in Nepal. *PLoS ONE* 12(8):e0183223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183223>
101. Silva L., et al., Adaptation of the Barriers to Access to Care Evaluation (BACE) scale to the Brazilian social and cultural context. *Trends Psychiatry Psychother*, 2013. 35(4): p. 287-291.
102. Treatment Contact Coverage for Probable Depressive and Probable Alcohol Use Disorders in Four Low- and Middle-Income Country Districts: The PRIME Cross-Sectional Community Surveys. <http://journals.plos.org/plosone/article/author?id=10.1371/journal.pone.0162038> adresinden 19.11.2017 tarihinde erişilmiştir.

EKLER

Ek-1. BACE Ölçeğinin Türkçeleştirilmiş Hali

	BACE (v3) Ölçeği	Bu beni "DURDURDU / GECİKTİRDİ / ŞEVKİMİ KIRDI "			
		Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Uzman desteği almak için, nereye başvuracağımdan emin olmama	0	1	2	3
2	Sorunu, kendi kendime çözmek isteme	0	1	2	3
3	Ruhsal bir soruna sahip olmanın, zavıtlık olarak görülebileceğinden kaygılanma	0	1	2	3
4	İsteğim dışında hastaneye yatırılmaktan korkma	0	1	2	3
5*	İş başvurularında, şansımı azaltabileceğinden kaygı duyma <i>Değerlendiremiyorum</i> ☐	0	1	2	3
6	Randevulara gidişle ilgili sorunlar yaşama	0	1	2	3
7	Sorunun kendiliğinden düzelebileceğini düşünme	0	1	2	3
8	Ailemin, düşüneceği/söyleyeceği/yapacağı /hissedeceklerinden kaygılanma	0	1	2	3
9	Mahcubiyet veya utanç duyma	0	1	2	3
10	Alternatif tedavi şekillerini tercih etme <i>(Geleneksel, dinsel ya da tamamlayıcı/alternatif tıp ... gibi)</i>	0	1	2	3
11	Maddi giderleri karşılayamayacağımı düşünme	0	1	2	3
12	"Akıl hastası" olarak görülebilmek kaygısı	0	1	2	3
13	Alacağım desteğin faydası olmayacağını düşünme	0	1	2	3
14*	Kötü bir anne/baba olarak görülmek kaygısı <i>Değerlendiremiyorum</i> ☐	0	1	2	3
15	Kendi kültürel /etnik çevremden gelen sağlık çalışanının olmaması	0	1	2	3
16	Yardım istemekten çekinme	0	1	2	3
17	Tanıdıklarımın öğrenmesinden kaygılanma	0	1	2	3
18	Duygu/düşüncelerim hakkında konuşulmasından hoşlanmama	0	1	2	3
19	Uzman desteği aldığımı öğrenilmesi durumunda, insanların beni ciddiye almayacaklarından kaygılanma	0	1	2	3
20	Mevcut tedaviler hakkında kaygı duyma <i>(ilaç yan etkileri gibi...)</i>	0	1	2	3
21	Tıbbi kayıtlarda, psikiyatrik sorunum olduğunun yazılmasını isteneme	0	1	2	3
22	Daha önceki tedavi deneyimlerimde, kötü deneyimler yaşamış olma	0	1	2	3
23	Ailemden veya arkadaşlarımdan yardım almayı tercih etme	0	1	2	3
24*	Çocuklarımda da tedaviye alınmasından veya rızam olmadan çocuklarımda elimden alınmasından kaygılanma <i>Değerlendiremiyorum</i> ☐	0	1	2	3
25	Bir sorunum olmadığını düşünme	0	1	2	3
26	Arkadaşlarımda düşünecekleri / söyleyecekleri / yapacaklarından kaygı duyma	0	1	2	3
27*	Çalıştığım yerden izin almakta zorluk çekme <i>Değerlendiremiyorum</i> ☐	0	1	2	3
28*	Çalıştığım yerdeki insanların, düşüneceği /söyleyeceği / yapacakları ile ilgili kaygı duyma <i>Değerlendiremiyorum</i> ☐	0	1	2	3
29*	Destek sürecinde, çocuklarımda bakım ile ilgili sorunlar yaşama kaygısı <i>Değerlendiremiyorum</i> ☐	0	1	2	3
30	Destek alma konusunda, bana yardımcı olacak yakınımın olmaması	0	1	2	3

Ek-2. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (Kişisel Bilgi Formu)

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Tolga Ekren'in tez çalışmasıdır. Çalışmanın, Adnan Menderes Üniversitesi Fen-Edebiyat ve Tıp Fakültesi içinden seçilen sınıflarda, gözetim altında anket uygulaması şeklinde ve gönüllülük esasına dayanarak yapılması planlanmıştır. Sorulara verilen yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilmesi için önemli etki yapacaktır. Uygulamayla ilgili sormak istediğiniz tüm soruları, uygulamayı yürüten Dr. Tolga Ekren'e (Tel: 0-539-3038882 ; E-posta: drteken@gmail.com) uygulama sırasında veya sonrasında sorabilirsiniz. Anketin cevaplanma süresi, yaklaşık olarak 20 dakikadır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Aşağıda, mental sağlık sorununuz için uzman desteği almak ya da destek almakta iken devam etmek konusunda; sizi "DURDURAN / GECİKTİREN / ŞEVKİNİZİ KIRAN" engeller listelenmiştir. Uzman desteği ile anlatılmak istenen, " Aile Hekimliği uzmanı, Toplum Sağlığı Merkezi Mental Sağlık ekibi görevlileri, Psikiyatri uzmanı, Psikiyatri hemşiresi, Psikolojik Danışma Rehberi, Psikolog veya Psikoterapistler " 'dir. Lütfen, her bir soru için, size en uygun gelen rakamı "yuvarlak içine alarak" işaretleyin. 5-14-24-27-28-29. sorularda, soru size uygun değilse "Değerlendiremiyorum" kutucuğunu işaretleyiniz.

Prof. Dr. Okay Başak
Arş. Gör. Dr. Tolga Ekren

Cinsiyet:	1) Erkek ☐	2) Kadın ☐	Yaş:	Bölüm:	Sınıf:
Medeni Durum:	1) Evli ☐	2) Bekar ☐	3) Diğer ☐		
Ailenizin yaşadığı yer:	1) İl merkezi ☐	2) İlçe merkezi ☐	3) Köy ☐		
Baba Meslek:	1) Memur ☐	2) Serbest Meslek ☐	3) İşçi ☐	4) Diğer.....	
Baba Eğitim Durumu:	1) 9 yıldan az ☐	2) 9-12 yıl ☐	3) 12 yıldan fazla ☐		
Anne Meslek Durumu:	1) Memur ☐	2) Serbest Meslek ☐	3) İşçi ☐	4) Ev Hanımı ☐	
Anne Eğitim Durumu:	1) 9 yıldan az ☐	2) 9-12 yıl ☐	3) 12 yıldan fazla ☐		
Ailenizin Aylık Gelir Durumu:	1) 1431 TL ve altı ☐	2) 1432-4664 TL arası ☐	3) 4665 TL ve üstü ☐		
Sigara alışkanlığı:	1) Kullanıyorum ☐	2) Kullanmıyorum ☐			
Alkol kullanımı:	1) Kullanıyorum ☐	2) Kullanmıyorum ☐			

Ek-3. Orjinal BACE Ölçeği

Barriers to Access to Care Evaluation		BACE-3			
Instructions: Below you can see a list of things which can stop, delay or discourage people from getting professional care for a mental health problem, or continuing to get help. By professional care, we mean care from staff such as a GP (family doctor), member of a community mental health team (e.g. care coordinator, mental health nurse or mental health social worker), psychiatrist, counsellor, psychologist or psychotherapist. Have any of these issues ever stopped, delayed or discouraged you from getting, or continuing with, professional care for a mental health problem?					
Please circle one number on each row to indicate the answer that best suits you. For 'not applicable' please cross the 'not applicable' box.		This has stopped, delayed or discouraged me:			
		not at all	a little	quite a lot	a lot
1	Being unsure where to go to get professional care.	0	1	2	3
2	Wanting to solve the problem on my own.	0	1	2	3
3	Concern that I might be seen as weak for having a mental health problem.	0	1	2	3
4	Fear of being put in hospital against my will.	0	1	2	3
5	Concern that it might harm my chances when applying for jobs. ☐ not applicable	0	1	2	3
6	Problems with transport or travelling to appointments.	0	1	2	3
7	Thinking the problem would get better by itself.	0	1	2	3
8	Concern about what my family might think, say, do or feel.	0	1	2	3
9	Feeling embarrassed or ashamed.	0	1	2	3
10	Preferring to get alternative forms of care (e.g. traditional/religious healing or alternative/complementary therapies).	0	1	2	3
11	Not being able to afford the financial costs involved.	0	1	2	3
12	Concern that I might be seen as 'crazy'.	0	1	2	3
13	Thinking that professional care probably would not help.	0	1	2	3
14	Concern that I might be seen as a bad parent. ☐ not applicable	0	1	2	3

Barriers to Access to Care Evaluation

BACE-3 page 2

Please circle one number on each row to indicate the answer that best suits you. For 'not applicable' please cross the 'not applicable' box.		This has stopped, delayed or discouraged me:			
		not at all	a little	quite a lot	a lot
15	Professionals from my own ethnic or cultural group not being available.	0	1	2	3
16	Being too unwell to ask for help.	0	1	2	3
17	Concern that people I know might find out.	0	1	2	3
18	Dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts.	0	1	2	3
19	Concern that people might not take me seriously if they found out I was having professional care.	0	1	2	3
20	Concerns about the treatments available (e.g. medication side effects).	0	1	2	3
21	Not wanting a mental health problem to be on my medical records.	0	1	2	3
22	Having had previous bad experiences with professional care for mental health.	0	1	2	3
23	Preferring to get help from family or friends.	0	1	2	3
24	Concern that my children may be taken into care or that I may lose access or custody without my agreement. not applicable ☐	0	1	2	3
25	Thinking I did not have a problem.	0	1	2	3
26	Concern about what my friends might think, say or do.	0	1	2	3
27	Difficulty taking time off work.	0	1	2	3
28	Concern about what people at work might think, say or do. not applicable ☐	0	1	2	3
29	Having problems with childcare while I receive professional care. not applicable ☐	0	1	2	3
30	Having no one who could help me get professional care.	0	1	2	3

Ek 4. Etik Kurul Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Okay BAŞAK
Anabilim Dalı Başkanı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.03.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 18 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunanım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Başkan

KARAR 18

Protokol No : 2016/1025
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Okay BAŞAK
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Okay BAŞAK'ın "Sağlık Hizmetlerine Erişimin Önündeki Engeller (Barriers to Access to Care Evaluation: BACE) Ölçeğinin Türkçe çevirisinin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 22.12.2016 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 06.03.2017 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri dosya halinde görüşüldü.

Sonuçta klinik araştırmaya başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde (kurum izin onay belgesinin alınıp dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 5. Dekanlık Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 14083461-605.01
Konu : Anket Uygulaması Hk.

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 05/05/2017 tarihli ve 26493 sayılı yazınız.

Bölümünüz Aile Hekimliği Anabilim Dalı sorumluluğunda, "Sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi" amacıyla hazırlanan, "BACE (BARRIERS TO ACCESS TO ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİNİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ" başlıklı uzmanlık tezi kapsamında; Fakültemiz içinden seçilen sınıflarda, 600 öğrenciyi kapsayacak, olan anket uygulamasının 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılı içerisinde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Bekir DAĞLI
Dekan V.

Ek 6. Ölçeğin Geliştiricisinden İzin İstemi

M.D., Tolga EKREN
Adnan Menderes University
Family Medicine Department
Kepez Mevkii, 09010, Efeler / Aydın, TURKEY

Dear Clement,

We are completing a medical thesis with Professor Dr Okay Başak, who is head of department, at Adnan Menderes University in Aydın, Turkey. The thesis title is: "Determination of the psychometric properties of Turkish translation of BACE scale."

I would like your permission to use your "Barriers to Access to care evaluation scale (version III)" and excerpts from your publications about it in my thesis.

I attached the Turkish translation of BACE scale to this e-mail.

The requested permission extends to any future revisions of my thesis, to the public circulation of my thesis by the Adnan Menderes University Library, and to the prospective reproduction of the thesis by the National Medical Libraries of Turkey or its agents.

If you have contributions and criticisms about the thesis, I'll be very happy.

If these arrangements meet your approval, please send me an e-mail confirming your consent.

Thank you very much.

Yours trully,

M.D, Tolga EKREN
(drtekren@gmail.com)

Ek 7. Ölçeğin Geliştiricisinin İzin Maili

Permission Letter for BACE Scale



Inbox x

tolga ekren

Thornicroft, Graham <graham.thornicroft@kcl.ac.uk>

to Maria, me

Dear dr ekren

Yes you have our permission

best wishes

graham

graham.thornicroft@kcl.ac.uk

@ThornicroftG on Twitter

Our popular Summer School Programmes are now open for applications - for details please visit:

<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/study/Shortcourses.aspx>



For information about the NIHR Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC) South London see www.clahrc-southlondon.nihr.ac.uk

For details of my published papers see:

<http://www.researcherid.com/rid/B-4027-2010>

Contact:

Send email to me at graham.thornicroft@kcl.ac.uk

Or contact me via maria milenova at maria.milenova@kcl.ac.uk

direct phone number [+44 \(0\) 20 7848 0736](tel:+442078480736)

direct fax number [+44 \(0\) 20 7227 1463](tel:+442072271463)

mailing address:

professor sir graham thornicroft
professor of community psychiatry
centre for global mental health & centre for implementation science
health service and population research department
institute of psychiatry, psychology and neuroscience
king's college london
de crespigny park london se5 8af



Ek 8. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER:

Adı Soyadı : Tolga EKREN
Doğum yeri ve yılı : DENİZLİ / 15.04.1972
Uyruğu : T.C
Cinsiyet : Erkek
E-posta : drtekren@gmail.com
Telefon : 0 539 303 88 82

EĞİTİM:

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Denizli Cumhuriyet Lisesi

DENEYİM:

Bozcaada Sağlık Merkezi / Çanakkale (Pratisyen hekim)
Gökçeada Devlet Hastanesi / Çanakkale (Yönetici)
Diyarbakır Asker Hastanesi / Diyarbakır (Acil Servis)
Jandarma Bölge Komutanlığı / Diyarbakır
Özel Ege Hastanesi / Denizli (Acil Servis Sorumlusu)
BSK Cerrahi Hastanesi / Denizli (Mesul Müdür)
Çivril Devlet Hastanesi / Denizli (Yönetici)
Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği ABD / Aydın (Halen)