



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

**Türkçeye Uyarlanmış Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Hasta Yakınlarında
Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**

Dr. Buğra Taygun GÜLLE

Uzmanlık Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma KARABEY**

**İSTANBUL
2020**



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

**Türkçeye Uyarlanmış Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Hasta Yakınlarında
Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**

Dr. Buğra Taygun GÜLLE

Uzmanlık Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma KARABEY**

**İSTANBUL
2020**

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen hem tıp alanında hem de tıp dışı alanlarda bilgisi ve tecrübesiyle ufkumu genişleten, bana olan güvenini ve inancını hep hissettiğim, saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Selma KARABEY'e

Tezimin istatistiği konusundaki yol göstericiliği ve içten yardımları için İ.Ü. Uygulamalı Psikoloji AD öğretim üyesi Doç. Dr. Hanife Özlem BERK'e

Asistanlık sürecim boyunca eğitimime olan katkıları ve tez sürecindeki destekleri için Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL'a

Hem asistanlığı hem öğretim üyeliği döneminde her konuda her zaman fikir danıştığım, bana akıl hocalığı yaptığı için kendimi şanslı hissettiğim, çalışkanlığı ve yardım severliğini örnek almaya çalıştığım Uzm. Dr. Meryem Merve ÖREN'e

Anabilim dalımızda beraber çalışma imkanına sahip olduğum tüm değerli öğretim üyelerine,

Asistanlık süresi boyunca hep yanımda olan kıymetli eş kıdemim Dr. Elif EZİRMİK ve sevgili dostum Dr. Esra KARACA başta olmak üzere bütün asistan arkadaşlarıma,

Her şey için anneme, babama, kardeşime ve hayat arkadaşım Uzm.Dr. Özce KUTLU GÜLLE'ye

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
KISALTMALAR	X
I. ÖZET	1
II. ABSTRACT	3
III. GİRİŞ	5
IV. GENEL BİLGİLER	7
1. Sağlık Okuryazarlığı: Tanımlar ve Yaklaşımlar	7
1.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımları	7
1.2 Sağlık Okuryazarlığına Yaklaşımlar	8
2. Halk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı	11
3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri	14
4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığın Belirleyicileri	16
5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	18
6. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	19
7. Ruh Sağlığının Halk Sağlığı için Önemi	21
8. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	23
8.1 Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Tanımı ve Özellikleri	23
8.2 Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Önemi	24
8.3 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri	25
8.4 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (MHLS-RSOÖ)	26
8.5 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Versiyonu	28
8.6 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Seviyesi	29
8.7 Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Belirleyicileri	33
V. GEREÇ VE YÖNTEM	35
1. Araştırmanın Tipi	35
2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3. Araştırmanın Örneklemi	35

4.	Verilerin Toplanması.....	35
5.	Veri Toplama Araçları.....	36
5.1	Kişisel Bilgi Formu	36
5.2	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	36
6.	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu	36
7.	Dahil Olma Kriterleri.....	37
8.	Dahil Olmama Kriterleri.....	37
9.	Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılacak Yöntemler.....	37
9.1	Geçerlik ve Güvenirlik Analzinde Kullanılan Yöntemler	37
9.2	RSOÖ'nün Diğer Parametrelerle Karşılaştırılmasında Kullanılan Yöntemler.....	39
10.	Bağımlı değişkenler.....	40
11.	Bağımsız Değişkenler.....	40
12.	İzinler.....	40
VI.	BULGULAR	42
1.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	42
2.	Yapı Geçerliği: Madde Analizi	43
3.	Yapı Geçerliği: Açımlayıcı Faktör Analizi.....	43
4.	Doğrulamalı Faktör Analizi	45
5.	DFA Uyum İndeksleri	49
6.	Ölçeğin Güvenirliği: Cronbach Alfa İç tutarlılık Katsayıları ve Madde-toplam Puan Korelasyonları.....	49
7.	RSOÖ Sonuçları ve Sonuçların Diğer Parametrelerle İlişkileri.....	51
VII.	TARTIŞMA	56
1.	Örneklem Seçimi.....	56
2.	Ölçeğin Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	56
2.1	Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizleri.....	56
2.2	Mutlak Uyum İndeksleri.....	59
2.3	Tutumluluk Düzeltmesi İndeksleri.....	59
2.4	Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri	60
3.	Ölçeğin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi	60
3.1	Cronbach Alfa	61
3.2	Madde-Toplam Puan Korelasyonu ve Guttman Split-Half Katsayısı	62
4.	RSOÖ'nün Orijinal Ölçek ve Diğer Versiyonlarla Karşılaştırılması	62

5.	RSOÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi	64
5.1	Cinsiyet	65
5.2	Medeni Durum	66
5.3	Eğitim Durumu.....	66
5.4	Gelir Algısı.....	66
5.5	Kronik Hastalık	67
5.6	Ruhsal Bozukluk Deneyimi	67
VIII.	ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI	69
1.	Araştırmanın Güçlü Yönleri	69
2.	Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	69
IX.	SONUÇ VE ÖNERİLER	70
1.	Sonuçlar	70
2.	Öneriler	70
X.	KAYNAKÇA.....	72
XI.	EKLER.....	81
EK 1.	Kişisel Bilgi Formu	81
EK 2.	Mental Health Literacy Scale (MHLS)	82
EK 3.	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu	87
EK 4.	Etik Kurul İzni	90
EK 5.	Başhekimlik İzni	91
EK 6.	Mental Health Literacy Scale Kullanım İzni	92
EK 7.	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Kullanım İzni.....	93
Ek 8.	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Son Versiyonu (RSOÖ-30).....	94
XII.	ÖZGEÇMİŞ	97

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağık okuryazarlığı ölçüm yöntemleri.....	16
Tablo 2. Seçilmiş savunmasız gruplara göre kısıtlı sağık okuryazarlığı yüzdeleri	20
Tablo 3. Kabul edilebilir ve iyi uyum ölçütleri.....	39
Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	42
Tablo 5. RSOÖ madde-toplam puan korelasyonları ve Cronbach alfa değerleri.....	44
Tablo 6. RSOÖ'nün faktör yapısına ve ortak varyansına ilişkin bulgular.....	46
Tablo 7. RSOÖ-30 standart regresyon katsayısı ve varyans yüzdeleri.....	48
Tablo 8. RSOÖ uyum indeksleri ve karşılaştırması	49
Tablo 9. RSOÖ-30 korelasyon değerleri.....	50
Tablo 10. RSOÖ toplam ve alt faktör puanları.....	52
Tablo 11. RSOÖ alt boyut puanlarının ve toplam puanın sosyo-demeografik parametrelerle ilişkisi.....	54
Tablo 12. RSOÖ puanı ile ilişkili olan faktörlerin çok değişkenli analiz sonuçları	55
Tablo 13. RSOÖ faktörleri ve RSOYA'nın özellikleri.....	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı	9
Şekil 2. Değer olarak sağlık okuryazarlığı	10
Şekil 3. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki nedensel ilişkiler.....	18
Şekil 4. Ülkelere göre sağlık okuryazarlığı seviyesi.....	20
Şekil 5. RSOÖ-30 doğrulayıcı faktör analizi modeli.....	47



KISALTMALAR

AFA:	Açımlayıcı Faktör Analizi
AMA:	American Medical Association/Amerikan Tıp Birliği
BHLS:	Brief Health Literacy Screen
CFI:	Comparative Fit Index
COSMIN:	Consensus-Based Standarts for The Selection of Health Status Measurment Instruments
DEHB:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DFA:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ/WHO:	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
FY:	Faktör Yüğü
GA:	Güven Aralığı
GHSQ:	Genel Yardım Arama Ölçeğı
HALS:	Health Activities Literacy Scale
HLQ:	Health Literacy Questionnaire
HLS-EU:	Health Literacy Survey European Union/Avrupa Birliğı Sağlık Okuryazarlığı Anketi
K 10:	Kessler Psikolojik Distress Ölçeğı
KMO:	Kaiser-Meyer-Olkin
MHLS:	Mental Health Literacy Scale
NVS:	Newest Vital Sign / En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi
OV:	Ortak Varyans
REALM:	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/Erişkin Okuryazarlık Ölçümünün Hızlı Tahmin Testi
RMSEA:	Root Mean Square Error of Approximation
RSOÖ:	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğı
RSOYA:	Ruh sağlığı okuryazarlığı
SRMR:	Standardized Root Mean Square Residual
TLI:	Turker-Lewis Index
TOFHILA:	Test of Functional Health Literacy in Adults/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
USDDHS:	U.S. Department of Health and Human Services/ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Servisi
χ^2/df :	Ki kare Serbestlik Derecesinin Oranı

I. ÖZET

AMAÇ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun farklı bir popülasyonda geçerlik ve güvenirliğinin yapılması.

GEREÇ VE YÖNTEM: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ne başvuran hastaların yakınlarıyla yüz yüze görüşülerek 401 kişiden veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini test etmek amacıyla önce madde-toplam puan korelasyonuna bakılmış, daha sonra açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Uyum indeksinde anlamlı iyileşme sağlamak amacıyla modelde düzeltmeler yapılmış, Cronbach alfa ve Guttman Split Half katsayısı hesaplanmıştır. Ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puanı ile ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal- Wallis testleri ve Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Verilerin çoklu analizinde lojistik regresyon uygulanmıştır.

BULGULAR: Kaiser Meyer Olkin değeri 0,864, Barlett test sonucu anlamlı ($p<0,001$) bulunmuştur. Yapılan madde-toplam puan korelasyonu sonrası korelasyon katsayısı 0,2'nin altında olan dört madde (9, 10, 12, 15) ölçekten çıkartılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonrası faktör yükü 0,4'ün altında olan maddelerin bu maddelerle aynı olduğu tespit edilmiştir. Kalan 31 madde için beş faktörlü yapının en uygun yapı olduğu görülmüş olup, faktör yükü 0,4'ün altında olan veya çift yüklenen bir madde olmadığı saptanmıştır. Maddelerin ortak varyans değerinin 0,3'ün altında olmadığı görülmüştür. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonrası yükü 0,3'ün altında olan bir madde (20. madde) daha ölçekten çıkartılmıştır. Uyum indekslerinde anlamlı iyileşmeyi sağlayan üç adet kovaryans oluşturularak model tamamlandığında modelin uyum indekslerinin kabul edilebilir veya iyi seviyede olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilişkili faktörlere bakıldığında kadın, bekar, eğitilmiş, gelir algısı düşük olmayan, ruhsal bozukluğu olan, ruhsal bozukluk için tedavi alan veya ruhsal bozukluğu olan bir yakına sahip kişilerin ruh sağlığı okuryazarlığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim, gelir algısı ve ruhsal bozukluğu olan bir yakına sahip olmak çoklu analiz sonucunda da ruh sağlığı okuryazarlığıyla ilişkili bulunmuştur.

SONUÇ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe versiyonu 30 soruluk şekliyle genel popülasyonda geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin bu şekliyle ruh sağlığı okuryazarlığı ölçümlerinde kullanılması tavsiye edilmiştir.

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



II. ABSTRACT

AIM: Aim of this study was to evaluate validity and reliability of the Turkish version of Mental Health Literacy Scale (MHLS) in a different population.

METHOD: The data was collected by interviewing 401 adult family members that companied their relatives who applied to Istanbul University Istanbul Medical Faculty as patients. The data was collected via Personal Information Survey and Turkish version of Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ). Initially item-total point correlation was tested, then both exploratory and confirmatory factor analyses were performed. After modifications were applied to achieve significant improvement in model fit, Cronbach alfa and Guttman Split Half coefficient were calculated. Mann-Whitney U, Kruskal- Wallis tests and Spearman correlation coefficient were used to evaluate variables that may be in relation with mental health literacy total point. Logistic regression was used to investigate mulivariate analysis of the data.

RESULTS: Kaiser Mayer Olkin value was 0,864 and Barlett test was found to be significant ($p < 0,001$). Four items (9,10,12,15) which correlated less than 0,2 after item-total point correlation were excluded from the scale. Exploratory factor analysis revealed that the same four items had their factor loads under 0,4. Five factored structure was found to be most suitable for the remaining 31 items with no items less than 0,4 factor load or cross-loading. Extraction value of items was over 0,3. After confirmatory factor analysis, another item which found to have loading less than 0,3 (item number 20) was also excluded. When the model was constructed after defining three covariants that provided significant improvement in fit index, fit indices of the model was found to be acceptable or appropriate. Female gender, being single, educated, perception of high income, having mental illness, receiving treatment for mental illness or having a relative with mental illness were found to be variables that are related to having higher mental health literacy. Level of education, perception of income and having a relative who has a mental illness were found be related to mental health literacy in multivariant analyses.

CONCLUSION: Turkish version of Mental Health Literacy Scale is found to be valid and reliable in general population when used in its 30 questions form. We advise its usage in this form when assessing mental health literacy.

Key words: Mental Health Liteacy, Mental Health Literacy Scale, Validity, Reliability, Scale



III. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı 40 yıldan uzun süredir kullanılan bir kavram olsa da gitgide önem kazanmaya, üzerine çalışmalar yapılmaya başlanmış, son yıllarda da sağlık okuryazarlığına politikacılar ve yasa koyucular tarafından da verilen değer artmıştır (1). Sağlık okuryazarlığı geniş ve çeşitli kaynaklardan beslenir bu sebeple, farklı disiplinler tarafından değişik şekillerde tanımlanır. Bu anlayışlardan biri olan halk sağlığı bakış açısı sağlık okuryazarlığını sadece düşüldüğünde kötü sağlık sonuçlarına yol açan bir risk faktörü olarak değil; kişilerin günlük hayatta sorunlarla başa çıkmasını sağlayan, sosyal hayata uyumlarını etkileyen geniş kapsamlı bir yetenekler dizisi şeklinde görmektedir (2).

Sağlık okuryazarlığına karşı artan ilgi ve yapılan çalışma sayısındaki artış, konunun derinlemesine incelenmesine ve sağlık okuryazarlığının konuya özel alt başlıklara ayrılmasına yol açmıştır. Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOYA) da bu alt başlıklardan biridir.

Sağlığın bileşenlerinden olan ruh sağlığının önemi günümüzde gitgide artmaktadır; aynı zamanda ruh sağlığı sorunları sebebiyle tanı alan, tedaviye ihtiyaç duyan kişi sayısı da artış halindedir (3). Tedavi edilmemiş ruh sağlığı sorunları hem sosyal hem de fiziksel sorunlara sebep olur (4,5). Ruh sağlığının önemine rağmen ruh sağlığı bozukları olan kişilerin gerekli yardımı arama ve bulma oranları çok düşüktür (6). Bu oranların düşük olmasının en önemli sebepleri olarak damgalama, yardım alınabilecek kişilere güvensizlik, ruh sağlığı bozuklukları ile ilgili bulguları tanımadaki yetersizlik sayılabilir (7).

RSOYA Jorm tarafından “ruhsal bozuklukları tanıma, yönetme ve ruh sağlığı bozukluklarından korunma ile ilgili bilgi ve inanışlar” olarak tanımlanmıştır (8). Düşük RSOYA, ruh sağlığıyla ilgili bozuklukların az bildirilmesine ve bu bozukluklara tanı konulmasında gecikmeye neden olur. Bütün bunlar; işsizlik, morbidite ve mortalite artışı, stres, intihar gibi ciddi toplumsal ve bireysel problemlere yol açar (9).

RSOYA’yı ölçmek için birçok farklı yöntem ve ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin bazıları sadece spesifik bir hastalığa (depresyon, bipolar bozukluk gibi) yönelik olup RSOYA ile özelliklerin bir kısmını ihmal ederken bazıları da RSOYA’nın

özellikleri dışında da sorular barındırır. Ölçeklerin bir kısmında ise sayısal bir sonuç elde etmek zordur. RSOYA'yı tutarlı bir şekilde ölçen güncel, kantitatif bir ölçeğe ihtiyaç duyulmaktadır (10).

O'Connor tarafından 2015 yılında bu eksiklikleri gidermek için Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (MHLS-RSOÖ) geliştirilmiştir (11). Yapılan bir sistematik derlemede RSOÖ'nün RSOYA için COSMIN (Consensus-Based Standards for The Selection of Health Status Measurement Instruments) kriterlerini en iyi sağlayan ölçek olduğu görülmüştür (12). Bu ölçek geliştirildiği tarihten itibaren çeşitli dillere çevrilmiş ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

RSOÖ'yu Türkçeye uyarlayıp geçerlik güvenirliğini yapmak amacıyla Akdoğan tarafından 2018 yılında bir yüksek lisans tezi yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda ölçeğin Türkçe versiyonunun RSOYA'nın bazı özelliklerini ölçen soruları içermediği görülmüştür (13).

Biz çalışmamızda RSOÖ'nün Türkçeye çevrilmiş versiyonunu toplumu temsil etmeye daha yakın bir popülasyonda uygulayarak geçerlik güvenirliğini saptamayı, geçerlik güvenirliği sağlanmış ölçek sonuçlarını değerlendirerek RSOYA ile ilişkili faktörleri tespit etmeyi amaçlamaktayız.

IV. GENEL BİLGİLER

1. Sağlık Okuryazarlığı: Tanımlar ve Yaklaşımlar

1.1 Sağlık Okuryazarlığının Tanımları

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak, sağlık eğitiminin bir sonucu ve hedefi olarak, 1974 yılında Simonds tarafından kullanılmıştır (14). Bu kullanımın ardından ilk bilimsel makaleler 1980'lerde yayınlanmış olup, 2006 yılına gelindiğinde konuyla ilgili yayınlanan makale sayısı 100'ü geçmiştir. 2018 yılında yapılan bir taramada sağlık okuryazarlığı konusunu içeren 7000'den fazla bilimsel yayın tespit edilmiştir (1). Sağlık okuryazarlığına yönelik artan ilgi, sağlık okuryazarlığıyla ilgili farklı tanımların ve yaklaşımların da ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Sağlık okuryazarlığını tanımlayan makaleleri tarayan bir incelemeye göre incelenen 19 makalede 17 farklı tanım saptanmıştır, başka bir çalışmada ise 774 makale incelenmiş olup 250 farklı tanım tespit edilmiştir. Bu tanımlar içerisinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO-DSÖ), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association -AMA) ve ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Servisi (U.S. Department of Health and Human Services -USDDHS) tanımları en çok alıntılanan ve en çok kabul gören tanımlardır (15,16).

Sağlık okuryazarlığıyla ilgili ilk net tanım, 1995 yılında Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları Komitesi (Joint Committee on National Health Education Standards) tarafından “sağlık okuryazarlığı, bireylerin temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, yorumlama ve anlama kapasitesi ve bu bilgi ve hizmetleri sağlığı geliştirecek şekilde kullanma yeterliliğidir” şeklinde yapılmıştır (17). Bu metinde sağlık okuryazarlığı okul sağlığı eğitiminin ulaşması gereken bir hedef olarak belirtilmiştir ve sağlık okuryazarı olan bir kişinin özellikleri olarak; eleştirel düşünen ve sorun çözen, sorumlu ve üretken bir vatandaş, kendi kendine öğrenen biri ve etkili bir iletişimci olmak gösterilmiştir. Bu yaklaşım sağlık okuryazarlığı terimini ilk kez kullanan Simonds tarafından belirtilen bağlamın geç kalmış bir devamı olarak görülebilir. Böylece sağlık okuryazarlığı ilk kez sağlık eğitimi kapsamında, sağlık bilgisi ve bu bilgiyi elde etme, yorumlama ve anlama becerisi olarak tanımlamıştır (1).

1998 yılına gelindiğinde ise DSÖ sağlık okuryazarlığını “bireylerin bilgiyi, sağlığı teşvik edecek ve koruyacak şekilde anlamaya ve kullanmaya erişme motivasyonlarını ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamıştır (18).

1999 yılında ise AMA sağlık okuryazarlığını “sağlık bakımı için gerekli temel okuma ve sayısal görevleri yapabilme becerisi de dahil olmak üzere bir yetenekler kümesi” olarak tanımlamıştır (19). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık bilgilerini okuyup anlayıp bunlara göre hareket edebileceği vurgulanmıştır.

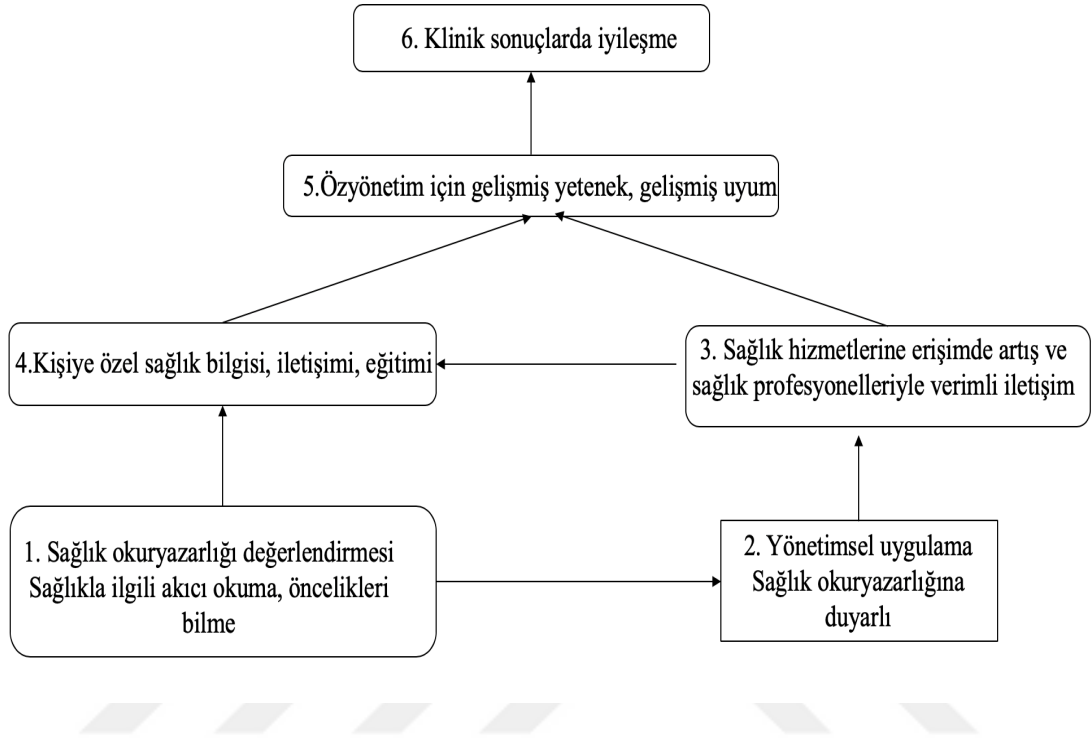
2000 yılına geldiğimizde ise USDDHS sağlık okuryazarlığını “kişilerin sağlıkla ilgili uygun kararları vermeleri için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, değerlendirme ve anlama kapasitesine sahip olma seviyesi” olarak tanımlamıştır (20).

Sağlık okuryazarlığına yönelik artan ilgi ve yapılan tanım sayısındaki artış sebebiyle, tanımların yanı sıra sağlık okuryazarlığına yönelik yaklaşımları incelemek de önem kazanmıştır. Bu temel yaklaşımlardan ikisinin, sağlık okuryazarlığını risk faktörü ve değer olarak gören yaklaşımlar olduğu söylenebilir (2).

1.2 Sağlık Okuryazarlığına Yaklaşımlar

1.2.1 Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan birçok çalışmada düşük okuryazarlık seviyesiyle hastanın karar verme seviyesi, ilaçları kullanmaya uyum ve kişinin kendi hastalığını yönetmesi arasındaki ilişki vurgulanmıştır. Bu çalışmalarda kullanılan sağlık okuryazarlığı tanımı (USDDHS tanımı gibi) klinik kararları almada kullanılan, bireysel bir kapasiteyi vurgulamaktadır (21). Bu bağlamda, zayıf okuryazarlık becerileri tedavi alma sürecinde yönetilmesi gereken potansiyel bir risk faktörü olarak görülmektedir (Şekil 1) (2). Sağlık okuryazarlığının bilgiyi de içeren bir kapasite olarak sınıflanması bunun bireysel eğitim müdahaleleriyle geliştirebileceğini vurgulamaktadır. Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını etkileyebileceği üç önemli nokta olabileceği söylenmiştir: sağlık hizmetlerine erişim, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki etkileşim ve kişisel bakım (22).



Şekil 1. Risk faktörü olarak sağlık okuryazarlığı (2)

1.2.2 Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Değer olarak sağlık okuryazarlığı yaklaşımı, halk sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi anlayışlarından köken alır. Sağlık okuryazarlığını; kişilerin sağlığın kişisel, sosyal ve çevresel belirleyicileri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayan bir araç olarak görmektedir. Bu halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili karar vermede daha fazla güçlenmeyi destekleyen sağlık eğitimi ve iletişiminin bir sonucu olarak inşa edilecek bir değer olarak görülmektedir (Şekil 2) (2). Bu anlayışı vurgulayan en önemli tanım DSÖ'nün tanımıdır. Sağlık okuryazarlığını “bireylerin bilgiyi, iyi sağlığı teşvik edecek ve koruyacak şekilde anlamaya ve kullanmaya erişme motivasyonlarını ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlayan DSÖ'ye göre ayrıca sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek bireysel sağlığı

ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geşmek için gerekli bilgi, kişisel beceri ve güven seviyesine ulaşılmasını gerektirir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı broşurleri okuyabilmekten ve randevu alabilmekten daha fazlası demektir. Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirir bu sebeple de sağlığı güçlendirme için kritik öneme sahiptir (18). DSÖ'nün tanımı risk faktörü anlayışının tersine; sağlık okuryazarlığını sadece işlevsel bir kapasite olarak değil, günlük olaylar karşısında daha iyi kontrol sağlayan ve insanların sosyal hayatın parçası olmalarını sağlayan bir dizi yetenek olarak görmektedir (2).



şekil 2. Değer olarak sağlık okuryazarlığı (2)

1.2.3 İşlevsel, Etkileşimli ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Ayrıca sağlık okuryazarlığının tanımları işlevsel, etkileşimli ve eleştirel şekilde sınıflanabilir. İşlevsel sağlık okuryazarlığı, tıbbi sağlık okuryazarlığı anlayışına paralel olarak günlük durumlarda etkili bir şekilde işlev görmek için gereken temel becerileri kapsar. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı ise, sosyal becerileri de içeren günlük durumlara aktif olarak katılmak, bilgi almak ve farklı iletişim yollarından anlam çıkarmak ve bunu değişen koşullarda uygulamak için kullanılabilen daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık

becerilerini ifade eder. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise; sosyal becerilerle birlikte, bilgileri eleştirel olarak analiz etmek ve bunu yaşam olayları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kullanmayı da içeren daha gelişmiş bilişsel becerileri ifade eder (2).

Sağlık okuryazarlığının genişleyen kullanım alanları sebebiyle daha dar alanlara özel sağlık okuryazarlığı tanımları ve ölçümleri de geliştirilmiştir. Ağız sağlığı, diyabet, hipertansiyon, ruh sağlığı, şizofreni, depresyon, kanser, influenza gibi konuya özel okuryazarlık alanlarına odaklanılmaya başlanmış ve bu konuda çalışmalar yapılmıştır (8,23–28). Bunun yanı sıra hasta bakıcılar, anneler, ebeveynler, çocuklar gibi özel popülasyonlara odaklanan çalışmalar da mevcuttur (29–32). Medya sağlığı okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı gibi sağlık bilgilerinin alınabileceği kanallara odaklanan çalışmalar da vardır (33–35).

Bahsettiğimiz tanımlar ve yaklaşımların güçlü ve zayıf yönleri hakkındaki tartışmalar sağlık okuryazarlığının sağlık politikaları üzerindeki etkilerine engel olmamalıdır. Sağlık okuryazarlığını tanımlamadaki zorluklara karşın bu konuda çalışanların, bu kavramın sosyal olarak oluşturulmasından doğan karmaşıklığın farkında olmaları ve bu konuda çalışmak için ortak zemin bulmak adına bunu kabullenmeleri önemlidir (36).

Sağlık okuryazarlığı fikri sosyal, kültürel, politik süreçlerle sürekli yapılandırılan bir konudur; eğitim, sağlık hizmetleri, sosyal ve kültürel faktörler, farklı alanlarda yapılan araştırmalar ve uygulamalar gibi çeşitli noktalardan beslenir. Sağlık okuryazarlığının beslendiği boyutların her biri bize sağlık okuryazarlığının ne olduğu ve neden önemli olduğuyla ilgili bilgi verir. Günümüzde bu çok seslilik zaman zaman kafa karıştırıcı olabilse de gelecekte daha fazla alanın beraber çalıştığı; sağlığın geliştirilmesi, iyilik hali ve hakkaniyet adına daha etkili yaklaşımların gelişmesine yol açacaktır (36).

2. Halk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının halk sağlığı adına temel taşı 1974 yılında Kanada’da yayınlanan Lalonde raporudur (37). Bu rapor sağlığın geliştirilmesi ve teşviki konusunun geniş kitlelere ulaşmasını sağlamıştır. Geleneksel tıbbi anlayış yerine nüfusun sağlığını güçlendiren bir halk sağlığı anlayışını öneren raporda; sağlığın sosyal

belirleyicileri, sağlık eşitsizlikleri, sağlık davranışları gibi konulara önem verilmiştir (38). Bu fikirler Ottawa Sözleşmesi'nde de vurgulandı ve sağlık okuryazarlığından doğrudan söz edilmese de sağlığı geliştirmenin; sağlık eğitimini destekleyerek, kişisel ve sosyal gelişimi desteklediği böylece insanların kendi sağlıkları ve çevreleri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmaları ve seçimlerini sağlığa elverişli hale getirmelerini kolaylaştırdığı belirtilmiştir (39). 1997 yılında yapılan Dördüncü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Küresel Konferansı'nda (Jakarta) sağlığı geliştirme ile ilgili farklı yöntemlerin beraber uygulanması, özel ortamlarda (okul, belediye vs.) yapılan müdahaleler, insanların eylem ve karar alma sürecinde merkezde olması temel unsurlar olarak belirtilmiş ve bu ilkelerin tüm ülkelerde geçerli olduğu belirtilmiştir (40). Bir yıl sonra ise DSÖ yukarıda da bahsedildiği gibi sağlık okuryazarlığını “bireylerin bilgiyi, iyi sağlığı teşvik edecek ve koruyacak şekilde anlamaya ve kullanmaya erişme motivasyonlarını ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamıştır (18).

Halk sağlığı yaklaşımının, sağlık okuryazarlığını etiketleri anlama veya sağlıkla ilgili belirli görevleri yapma olarak gören anlayışın tersine çok daha geniş kapsamlı olduğu görülmektedir. Ayrıca yine bu yaklaşım sağlık okuryazarlığını bir “seviye” olarak gören anlayışlardan farklı olarak sağlık okuryazarlığını “beceri” olarak tanımlamıştır bu da sağlık okuryazarlığının bir sonuç olarak değil sağlık sonuçları da dahil sonuçlara yol açabilecek bir özellik olarak algılandığını göstermektedir. 2000 yılında Meksika'da yapılan 5. DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Küresel Konferansı'nda da bu konu tartışılmıştır. Burada, sağlık okuryazarlığı sadece kişisel bir özellik olarak değil, aynı zamanda toplumların sağlığının kilit bir belirleyicisi olarak da değerlendirilmiştir (41).

2008 yılında Nairobi'de yapılan 7. DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Küresel Konferansı sonrası yayınlanan “Nairobi sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde uygulama boşluğunu kapatmak için harekete geçirme çağrısı”nda sağlığın güçlendirilmesi olarak sağlık okuryazarlığı kavramına vurgu yapılmıştır. Sağlığın geliştirilmesi için aktif vatandaşlığın güçlendirilmesine dikkat çekilmiş bunun için; kişilerin hasta olarak haklarını anlama ve sağlık sistemine ulaşma yeteneklerinin güçlendirilmesinin; ürün ve hizmetlerin sağlık riskleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarındaki seçenekler hakkında bilgili bir tüketici olarak hareket etmelerinin;

sosyal hareketlerin oylanması, savunulması veya üyelik yoluyla politik sistem aracılığıyla sağlığın geliştirilmesi için bireysel veya toplu olarak hareket etmelerinin önemi belirtilmiştir (42).

Bütün bu gelişmelerle sağlık okuryazarlığı, sağlık politikaları ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından önemli bir hedef haline gelmiştir (37).

2017 yılında Şangay’da yapılan 9. DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Küresel Konferansı’nda sağlık okuryazarlığının, bireysel sağlığı güçlendirdiği ve bireylerin toplumsal sağlığı geliştirme eylemlerine katılmalarını sağladığı, karar vericilerin yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmasının sağlığın belirleyicileriyle ilgili eylemlerde verimi arttırdığı söylenmiş ve sağlık okuryazarlığının hem bireysel hem toplumsal hem de sağlık planlanmasındaki rolü belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığının “kaliteli eğitime ve yaşam boyu öğrenmeye kapsayıcı ve adil erişim üzerine kurulu olduğu” belirtilmiş sağlıkta ve eğitimde hakkaniyetin sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. Aynı konferansta sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılması gerekenler olarak:

- “Sağlık okuryazarlığının sağlığın kritik bir belirleyicisi olarak kabul edilmesi ve gelişimine yatırım yapılması
- Tüm toplumlarda ve tüm eğitim ortamlarında sağlık okuryazarlığını güçlendirmek için sektörler arası ulusal ve yerel stratejiler geliştirilmesi, uygulanması ve izlenmesi
- Dijital teknolojinin potansiyelinden yararlanarak vatandaşların kendi sağlık ve belirleyicileri üzerindeki kontrolünün artırılması
- Fiyatlandırma politikaları, şeffaf bilgiler ve açık etiketlemeyle tüketici için sağlıklı seçime uygun ortamların desteklenmesi” tavsiye edilmiştir (43).

Halk sağlığı, yaşam koşullarını nasıl iyileştirebilecekleri ve sağlığın sosyal belirleyicilerini nasıl ele alabilecekleri de dahil olmak üzere, bireylerin günlük yaşamlarında sağlığını ve refahını vurgulayan sağlığı geliştirme yaklaşımına dayanmaktadır. Halk sağlığı temel olarak günlük yaşam ortamlarına hitap eden ve hem içerikle hem de bağlamla ilgili çok daha geniş bir sağlık okuryazarlığı kavramı sağlayarak, belirleyici bir yaklaşım getirmiş, sağlık ve refah ile ilgili kullanılabilecek

bilginin eleştirel yapısını vurgulamıştır. Ayrıca halk sağlığı tüm dünyada sağlık okuryazarlığına önem verilmesine ve ilk uluslararası, toplum temelli sağlık okuryazarlığı anketinin oluşturulmasına ve uygulanmasına öncülük etmiştir. DSÖ de halk sağlığı yaklaşımının orkestra şefi olmuştur (37).

3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığının, yukarıda da bahsettiğimiz gibi, geniş ve karmaşık doğası sebebiyle ölçülmesinde birçok güçlük vardır. Şu anki anlayışımızla ölçebileceğimiz her şeyi ölçmek için henüz geniş çapta benimsenmiş bir yöntem yoktur. Bu, ölçüm için farklı yaklaşımlardan kaynaklanan çok sayıda veri sebebiyle sistematik incelemelerin gerçekleştirilememesi de dahil pek çok zorluğa sebep olur (44).

En çok kullanılan ve alıntılanan ölçüm yöntemleri olan TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults- İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi) ve REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Erişkin Okuryazarlık Ölçümünün Hızlı Tahmin Testi) klinik ortam için yararlı tarama araçları olsa da sağlık okuryazarlığının kapsamlı ölçütleri değildir, yalnızca bireyin kapasitesini yansıttığı düşünülen belli alanları ölçer (45). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili başlıca ölçüm yöntemleri ve bu yöntemlerin özellikleri tabloda verilmiştir (Tablo 1) (46).

TOFHLA işlevsel sağlık okuryazarlığını ölçmek için geliştirilen ilk araçtır. TOFHLA temelde okuma akıcılığını ölçer. Düzyazı okuryazarlığını ölçmek için 50 maddelik okuduğunu anlama bölümü ve bireylerin gerçek hastane belgelerini ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama kapasitelerini değerlendiren 17 maddeli bir aritmetik bölümünden oluşur (47).

REALM'in ilk versiyonu 125 sorudan oluşmakla beraber daha sonradan geliştirilen 66 soruluk kısaltılmış versiyonu daha yaygın olarak kullanılmıştır. Sonraki yıllarda sekiz ve yedi maddelik daha kısa versiyonları da oluşturulmuştur. Cevaplanamayan veya yanlış telaffuz edilen kelimeler yanlış sayılırken doğru telaffuz edilen kelimeler için puan alınır ve belli bir puanın altı kötü sağlık okuryazarlığı için risk faktörü olarak kabul edilir (48). TOFHLA ve REALM yüksek derecede korelasyon gösteren testlerdir (21).

Bireylerin eksik olduğu konuları belirlemede REALM ve TOFHLA yetersiz kalmaktadır bu yüzden daha kapsamlı ölçeklere ihtiyaç vardır. Health Activities Literacy Scale (HALS) bu amaçla oluşturulmuş düzyazı, sayısal, belge değerlendirme gibi bölümleri olan ve sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmetleri ve sistem navigasyonu alanlarını içeren bir ölçektir. Nüfus düzeyinde sağlık okuryazarlığını ölçmek için olan potansiyeline rağmen, HALS'ın uzunluğu çoğu araştırma çalışmasında kullanımını kısıtlayacaktır (21). REALM ve TOFHLA'ya göre önemli ölçüde uzun olan bu ölçeğin daha iyi öngörüye ve ayırım yeteneğine sahip olduğu da henüz tam olarak gösterilememiştir. REALM ve TOFHLA ölçeklerinin HALS gibi kapsamlı ölçeklerle karşılaştırılması ve ek çalışmalar yapılması gerekmektedir (21).

NVS (Newest Vital Sign- En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi) klinisyenlerin ve sağlık yöneticilerinin sağlık okuryazarlığını hızlı değerlendirmeleri için kullanılabilen yüksek güvenilirliğe sahip bir testtir. Yaklaşık üç dakikada uygulanabilen altı maddelik bu anket, dondurma kabındaki bir beslenme etiketine dayanan sorulardan oluşur. Sorulara verilen cevaplara göre kişi puanlanır ve kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilir (49).

HLS-EU (Health Literacy Survey European Union-Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi) sağlık okuryazarlığının kavramsal modelinden yola çıkarak oluşturulmuştur. İnsanların sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme ile ilgili kararlar vermek için bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama şekli ve sağlığı geliştirme alanlarını içeren 12 alt boyuttan oluşan 47 madde içeren bir ankettir. İngilizce olarak oluşturulan anket daha sonra profesyonel ekipler tarafından altı farklı dile (Bulgarca, Felemenkçe, Almanca, Yunanca, Lehçe ve İspanyolca) çevrilmiştir. Bu anket temel alınarak Avrupa çapında sağlık okuryazarlığı ölçümü yapılmış, ülkelerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri tespit edilmiş ve karşılaştırılmıştır (50).

Tablo 1. Sağlık okuryazarlığı ölçüm yöntemleri (46)

Sağlık okuryazarlığı ölçüm yöntemi	Kendi beyanı mı tarafsız ölçüm mü?	Orijinal ölçek geçerliliği, rastgele seçilmiş bir topluluğa yapıldı?	Ücretsiz ulaşılabilir mi?	Bazı Kısıtlılıklar
TOFHILA	Bilgi ve sayısal değerlere bağlı tarafsız ölçüm	Hayır	Hayır-Uzun versiyon Evet-Kısa versiyon	Sadece klinik bağlama odaklanma Grupların nasıl tanımlanacağı ile ilgili bazı anlaşmazlıklar Ön/son test olarak kullanmak zor olabilir
REALM	Tarafsız ama kelimeleri telaffuz yeteneğine bağlı kısıtlılıklar	Hayır	Evet	Sadece kelime telaffuzuna dayanma, anlamayı ölçmeme
NVS	Tarafsız	Hayır	Evet	Besin etiketlerine dayanan kısıtlı içerik
eHEALS	Kendi beyanı	Hayır; rastgele ama genç popülasyon	Evet	Sadece sağlık için internet kullanımına dayanan içerik
HSL-EU	Kendi beyanı	Evet; Eurobarometer metodolojisi izlendi	Evet	Kişi beyanına dayanma Sağlık bakımına odaklanma, sağlığı geliştirmeye daha az önem verme
Chew veya BHLS ¹	Kendi beyanı	Hayır	Evet	Sadece klinik bağlama odaklanma Okuma ve sayısal yeteneklerle kısıtlı
HLQ ²	Kendi beyanı	Hayır	Hayır	Kişi beyanına dayanma Sayısal olarak zayıf kabul edilebilir

¹ BHLS: Brief Health Literacy Screen ² HLQ: Health Literacy Questionnaire

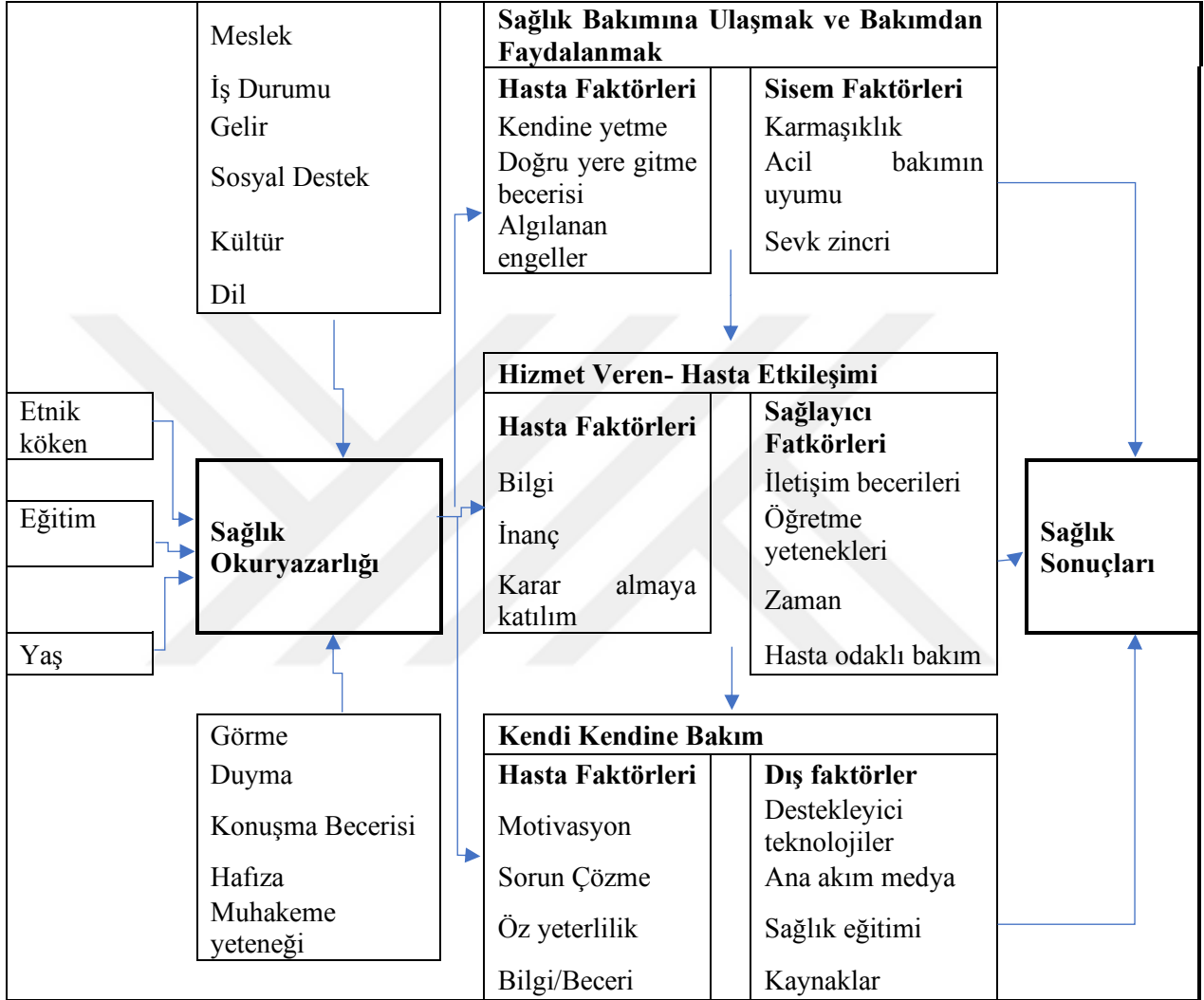
4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığın Belirleyicileri

Sağlık okuryazarlığı özetle bireyin sağlıkla ilgili kararlar almak için gerekli becerilere sahip olması ile ilgilidir. Ancak sağlık okuryazarlığına atıfta bulunduğumuzda, sadece bir kişinin yeteneğini değil, daha karmaşık bir yapıyı işaret ederiz. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçları ilişkisinin nedensel mekanizmaları sadece bireysel özelliklerden değil, aynı zamanda sağlık bakım sistemi ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin özelliklerinden de kaynaklanmaktadır. Etnik köken, yaş, eğitim gibi faktörler, kişinin bireysel özellikleri, meslek, eğitim, gelir, sosyal destek, kültür, dil gibi sosyal belirleyiciler sağlık okuryazarlığı seviyesini etkiler. Yine

toplumsal, bireysel ve sistemsel faktörler sağlık okuryazarlığının sağlıklı davranışlara ve sağlık sonuçlarına dönüşmesini etkiler (Şekil 3) (22).

Yetişkin öğrencilerle yürütülen nitel bir çalışmada yapılan sağlık okuryazarlığı modellemesinde ise; sağlık için bilgi edinme, değerlendirme ve bilgiyi kullanma üzerinde değişiklik yaparak sağlık ve refaha ulaşmayı etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Bu model; aile hikayesi, etnik köken ve kültür ile başlayan ve kişinin fonksiyonel sağlık okuryazarlığını etkileyen iş, para gibi sosyal belirleyicilerin yanı sıra alınan bu bilgilerin sağlıklı davranışlara dönüşmesi için sosyal aktivite ve yerel toplulukların da etkili olduğunu göstermiştir (51).

İngiltere genelinde 5795 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada düzeltilmiş risk faktörlerine bakıldığında düşük sağlık okuryazarlığı seviyesiyle ilişkili faktörler olarak; cinsiyet (erkek), yaş (45 üstü), etnik azınlık olmak (siyahi), ana dilin İngilizce dışında bir dil olması, düşük eğitim seviyesi, meslek (öğrenci, işsiz), düşük gelir, kendi evinin olmaması, oturan yer (az gelişmiş bölge), bilgiye ulaşımın düşük olması bulunmuştur (52).



Şekil 3. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki nedensel ilişkiler (22)

5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Yapılan çalışmalarda, düşük sağlık okuryazarlığı ile kötü sağlık göstergeleri arasında ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmaların çoğu fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve sağlık göstergelerini inceleyen kesitsel çalışmalardır (53). Yapılan kapsamlı bir sistematik derlemeye göre, düşük ve yetersiz okuryazarlığın yeterli okuryazarlığa göre sağlık sonuçlarıyla ilgili daha az bilgi ve kavrayışla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Düşük okuryazarlık; hastaneye daha yüksek yatış oranı, bazı kronik

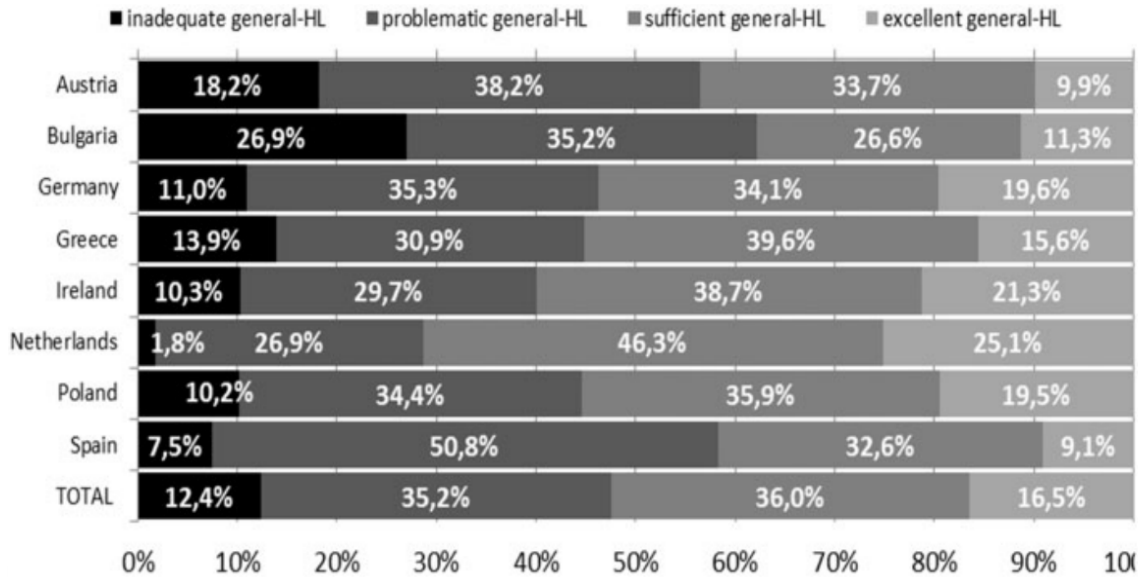
hastalıklar için daha yüksek prevalans ve kötü prognoz, tarama ve önleyici hizmetlerin daha az kullanımıyla ilişkili bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı düzeyindeki farklılıkların, bazı sağlık hizmetlerini kullanım düzeylerini de etkilediği gösterilmiştir. Düşük okuryazarlık; artan acil servis ve hastane kullanımı, serviks kanseri ve meme kanseri için daha az tarama, daha düşük influenza aşılanması ve sigortaya daha az erişim ile de ilişkili bulunmuştur (54).

Yaşlılar için ölüm riskinin düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı ile; ilaçları düzgün şekilde alma becerisi düşüklüğü, etiketleri ve sağlık mesajlarını yorumlama yeteneğinin zayıflığı ve genel sağlık durumu zayıflığı arasında ilişki olduğu saptanmıştır (54).

6. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığına yönelik artan ilgiyle beraber politika yapıcılar tarafından da bu kavrama ilgi gösterilmeye başlanmıştır. Bu alandaki veri yetersizliğini gidermek için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi ilk Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasını yürütmüştür. Sekiz Avrupa ülkesinde yapılan bu kapsamlı çalışmada katılımcıların %12’sinin sağlık okuryazarlığı yetersiz, neredeyse yarısının ise yetersiz veya problemli bulunmuştur (Şekil 4) (50). Kısıtlı sağlık okuryazarlığına en yüksek oranda sahip alt gruplar kendi sağlık durumlarını çok kötü (%78,1) ve kötü (%71,8) olarak değerlendirenler, uzun süreli birden fazla hastalığı olanlar (%61) ve son bir yılda 6 veya daha fazla doktor ziyareti yapanlar (%58,9) olarak saptanmıştır. Yine kötü sosyo-ekonomik durum, düşük eğitim seviyesi ve yaşlı nüfusta sağlık okuryazarlığı daha düşük bulunmuştur (Tablo 2) (50).



Şekil 4. Ülkelere göre sağlık okuryazarlığı seviyesi (50)

Tablo 2. Seçilmiş savunmasız gruplara göre kısıtlı sağlık okuryazarlığı yüzdeleri (50)

Gösterge	Kategori	Avusturya	Bulgaristan	Almanya	Yunanistan	İrlanda	Hollanda	Polonya	İspanya	Toplam
Sağlık	Çok kötü	100	88	55	88	50	47	77	95	78
Uzun süreli hastalık	Evet, birden fazla	78	83	58	74	45	33	54	70	61
Doktor ziyareti	6 ve daha fazla	70	74	56	58	47	31	54	69	59
Yaş	76 yaş ve üstü	73	75	54	72	46	29	65	71	61
Eğitim seviyesi	Seviye 2	70	78	57	56	52	35	60	60	57
Fatura ödemede zorluk yaşama	Genellikle	67	75	47	61	61	34	42	62	63
Sosyal statü	Çok düşük	59	62	64	57	53	48	64	59	60

Türkiye’de REALM ve NVS ölçekleri kullanarak 456 kişiyle yapılan bir çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanların oranı sırasıyla yüzde %58,7 ve %28,1 olarak bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığını etkileyen risk faktörleri olarak; kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, kötü ekonomik durum ve yaş bulunmuştur (55).

Türkiye’de 65 yaş ve üstü 400 kişi üzerinde HLS-EU ölçeği ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %85,1’inin sağlık okuryazarlığı yetersiz bulunmuştur (56). Konya’da 195 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ise HLQ ölçeği sonucunda katılımcıların %70’i yeterli sağlık okuryazarlığına sahipken NVS ölçeğinde ise bu oran %42 bulunmuştur. Düşük eğitim seviyesi ve düşük gelir seviyesine sahip olmak düşük sağlık okuryazarlığı için risk faktörü olarak bulunmuştur (57).

7. Ruh Sağlığının Halk Sağlığı için Önemi

DSÖ sağlığı “sadece hastalık olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak” tanımlamaktadır (58). Bu tanımın bileşenlerinden olan ruh sağlığına verilen önem gitgide artmaktadır, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri de bu doğrultuda ruh sağlığına ayrıca değinmiş ve bu konuda hedefler koymuştur (59).

Dünyada yaklaşık 1,1 milyar kişi ruhsal hastalıklardan veya madde kullanımından zarar görmektedir. Depresif bozukluklar başta olmak üzere ruh sağlığı hastalıkları ve madde kullanımı ölümcül olmayan hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Depresyon, anksiyete, şizofreni en sık görülen 15 hastalıktan üçüdür (3). Bu hastalığı olan kişiler sadece ruh sağlığı problemleriyle değil damgalanma, istismar gibi durumlarla da boğuşurlar (60).

Tedavi edilmemiş ruh sağlığı sorunları ve bozuklukları; zayıf mesleki başarıların, problemli kişilerarası ilişkilerin ve yetersiz aile işlevlerinin sebeplerinden olmalarının yanı sıra diyabet, kalp hastalıkları ve inme gibi fiziksel durumlar nedeniyle azalan yaşam beklentisine yol açarlar (4,5,61). Bu durumların ciddiyetine rağmen, ruh sağlığı bozuklukları konusunda gerekli yardıma ulaşmada büyük bir açık vardır. İnsanların yaklaşık üçte biri her yıl ruh sağlığı problemi çekerken bunların üçte ikisi de gerekli bakımı alamamakta, Çin ve Hindistan gibi ülkelerde tıbbi yardım aramama oranı %80’lere kadar çıkabilmektedir (6). Kişiler tıbbi yardım arasalar bile asgari tedavi alma oranları düşüktür, major depresyonu olan hastaların yüksek gelir seviyesine sahip

ülkelerde asgari tedavi alma oranı yaklaşık %20'lerde, orta-yüksek gelirli ülkelerde ise %10 civarındadır; düşük gelirli ülkelerde ise bu oran % 5'in altındadır (62). Avrupa'da her yıl insanların %27'si ruh sağlığı bozukluklarından etkilenirken bu insanların %74'ü gerekli tedaviyi alamamaktadır. Diyabet için ise gerekli tedaviyi almama oran %8'dir (63).

Yapılan bir sistematik derlemede ruh sağlığı için yardım aramayı engelleyen en önemli faktörler; damgalama, potansiyel yardım kaynağına olan güvensizlik ve bulguları tanımadaki yetersizlik (düşük sağlık okuryazarlığı) olarak gösterilmiştir (7).

Ruhsal hastalıkların doğasını anlama sürecinde artık sadece biyolojik yaklaşımın etkili olmadığı görülmüş, insanın sosyal ve çevresel bağlamdaki etkileşimine odaklanılmıştır. Siyasal, ekonomik, toplumsal durumlardan etkilenen insani sorunlar ve bunları kapsayan sosyal problemler ruhsal sorunların çözümünde yapısal ve sosyal müdahalelerin önemini göstermiştir (59).

Ruh sağlığına yaklaşımla ilgili olan bir başka değişim; özel olarak ruh sağlığı bakımının verildiği kurumlardan toplum temelli sağlık bakımına geçiştir. 1950'lerden itibaren birçok ülkede psikiyatri yatağı sayısı azalmış, ruh sağlığı hizmetleri temel sağlık sistemine entegre edilmiştir (64).

Tarihsel süreçte ruh sağlığı için hizmet sağlayan kişilerde de değişiklik olmuştur; artık ruh sağlığını geliştirme, hastalıklardan korunma, tedavi ve sağaltım sadece belli bir uzman grubunun (psikiyatristlerin) tekelinde olmaktan çıkmış; ruh sağlığı profesyonellerinden, toplum sağlığı çalışanlarına, öğretmenlerden, bu konuda deneyim sahibi kişiler ve yakınlarına kadar geniş bir grubun çalıştığı alan haline gelmiştir (59).

Lancet Ruh Sağlığı Komisyonu herkes için daha iyi ruh sağlığı için dört öneride bulunmuştur. İlk olarak, etkinliği kanıtlanmış olan psikososyal tedavilerin uygulanmasının arttırılabilmesi için bu müdahalelerin daha çok toplum temelli bir şekilde uygulanması önerilmiştir. İkinci olarak, zihinsel bozukluklar hakkında halkın bilgisini arttırmak amacıyla dijital teknolojilerin kullanımını, teşhisi kolaylaştırma amacıyla dijital tarama araçları ve akıllı telefon uygulamalarının kullanımını, online öz yönetim araçlarıyla tedavinin desteklenmesini, uzman olmayan sağlık çalışanlarının

eğitiminin desteklenmesini ve ruh sağlığı eğitimini geliştirmek için sistem düzeyinde çaba gösterilmesini önermiştir. Üçüncü olarak toplum ve hastane temelli hizmetlerinin koordine edilmesini ve son olarak da yardım arama davranışlarını arttırmak için damgalama ve ayrımcılığı azaltıcı müdahalelerin yapılmasını tavsiye etmiştir (60).

Ruh sağlığı anlayışındaki bu değişimler ve öneriler, ruh sağlığı prevalansındaki artış ve tedavi açığı düşünüldüğünde halk sağlığı açısından ruh sağlığının önemini göstermektedir.

8. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

8.1 Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Tanımı ve Özellikleri

RSOYA kavramı ilk olarak 1997 yılında Jorm tarafından “ruhsal bozuklukları tanıma, yönetme ve ruh sağlığı bozukluklarından korunma ile ilgili bilgi ve inanışlar” olarak tanımlanmıştır (8). Aynı makalede RSOYA’nın kapsamı olarak; “spesifik hastalıkları tanıma becerisi, ruh sağlığı bilgisine nasıl ulaşılacağı bilgisi, risk faktörleri ve sebeplerin bilgisi, kendi kendine tedavi bilgisi, profesyonel yardım ve yardıma ulaşma bilgisi ve ruhsal hastalıkları tanımayı ve uygun yardım aramayı destekleyen tutumlar” dan bahsedilmiştir. O yıllarda ruh sağlığı konusunda toplum önemli bir hedef olarak görülmezken, odaklanılan nokta zihinsel bozuklukları daha iyi tanımak ve tedavi sürecini daha iyi yönetmek için aile hekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının eğitimi idi (65).

RSOYA konuyla ilgili bilgi sahibi olmanın ötesinde halk sağlığı anlayışına daha uygun olarak “kişinin kendisinin veya başkalarının ruh sağlığının yararına hareket etmesiyle ilgili bilgidir” (65). Bu tanımın pratiğe yönelik yanı da dikkat çekicidir, bu durumda kişilerin şizofreni genetiğiyle ilgili bilgisi veya bipolar tip 1 ve tip 2 arasındaki ayırım ruh sağlığı okuryazarlığı için çok da önemli olmayacaktır (66). Başka bir makalesinde Jorm ruh sağlığı okuryazarlığının içeriğini şu şekilde tanımlamıştır: “ruh sağlığı bozukluklarının nasıl önleneceği bilgisi, bir bozukluğun ne zaman gelişeceğinin tanımlanması, yardım arama seçenekleri ve mevcut tedavi bilgisi, hafif problemler için kendi kendine tedavi bilgisi, ruh sağlığı sorunu olan veya ruh sağlığıyla ilgili acil yardım ihtiyacı içindeki kişilere destek ve yardımcı olma yeteneği” (65).

8.2 Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Önemi

Ruh sağlığı profesyonelinden yardım almanın ilk adımı var olan sorunun tespitidir, ruhsal bozukluk bulgularının ve semptomlarının tanınmasındaki yetersizlik, yardım aramayı geciktirir (7). Avustralya’da kaygı bozukluğu veya duygu durum bozukluğu tanıları alan kişilerde yapılan bir çalışmada yardım arama davranışındaki gecikmenin en sık sebebi olarak (%60) semptom, tedavi veya nereden yardım alacağı konusundaki bilgi eksikliği olduğu bulunmuştur ve bu gecikmenin ortalama dokuz yıl olduğu tespit edilmiştir (67). DSÖ’nün Dünya Ruh Sağlığı Çalışmaları verileri üzerinden yapılan bir analizde de tedaviye ulaşmadaki en önemli bariyerin kişinin rahatsızlığını kendi başına yönetmeye çalışması olduğu gösterilmiş, ikinci en büyük engel olarak da problemin ciddi olmadığına yönelik inanç bulunmuştur (68).

Ruhsal bozuklukların erken tanı ve tedavisi bu rahatsızlıkların uzun dönem sonuçlarını olumlu etkileyebilir (69). Gençlerin ruhsal sorunlarının ciddiyetini kendilerinin algılamasının aile hekimleri tarafından doğru tanı konulmasına da yardımcı olduğu gösterilmiştir (70). Tedaviye uyumu ve tedaviye erişimi etkileyen faktörler olarak; ruhsal hastalıkların özellikleri ve tedavileri hakkındaki yetersiz bilgi, tedaviye erişim hakkındaki bilgisizlik, ruhsal hastalığı olanlara karşı önyargı, ruhsal hastalığı olanlara karşı ayrımcılık yapılacağı düşüncesi gösterilmiştir. Ayrıca tedavi ve hizmetin etkinliği hakkındaki inanışlar da tedaviye olan uyumu etkilemektedir (71).

Hem yardım arama hem kendi hastalığını açıklayabilmekte en güçlü etmen, ruhsal hastalıklar ve ruhsal hastalıkların tedavisi hakkındaki bilgidir. Bu da ruh sağlığı okuryazarlığının önemini gösteren bir bulgudur (72).

Sonuç olarak, düşük ruh sağlığı okuryazarlık oranları az bildirilen ve tanı konulmamış ruh sağlığı bozukluklarına neden olur. Bunlar; tedavi edilmeyen bozukluklara, işsizliğe, morbidite artışına, mortalite artışına, bakım verenlerin karşılaştıkları stresin artmasına, intihara ve cinayete yol açarak yaşam yılı kayıplarına yol açar (9).

8.3 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

Ruh sağlığı ve RSOYA'nın öneminin artmasıyla bu konunun güvenilir kapsayıcı bir şekilde ölçülebilmesi için de birçok çalışma yapılmıştır. 2015 yılında yapılan bir derlemede 69 bilgi ölçeği, 111 damgalama ölçeği, 35 yardım arama ölçeği tespit edilmiştir. Bilgi ölçmek için kullanılan 69 yöntem içinde; ruh sağlığı ile ilgili genel bilgileri ölçenler olduğu gibi depresyon, anksiyete, şizofreni/psikoz, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi spesifik hastalıklara odaklananlar da vardır (4).

Jorm ve arkadaşlarının RSOYA'yı tanımladıkları 1997 yılındaki makalede kullandıkları ölçüm yönteminde bir depresyon, bir şizofreni vakası genel özellikleriyle verilmiş ve katılımcılara bu kişilerin problemleri, kimden yardım isteyebilecekleri sorulmuş; kişilerin tedavi, risk faktörü, prognoz, tedavi yöntemleriyle ilgili bilgileri; ayrımcılık ve damgalamayla ilgili inançları ölçülmüştür (8). Bu, vakalar (vignette) kullanılarak yapılan ölçüm, RSOYA düzeyini ölçmek için en çok kullanılan yöntem olmuştur.

RSOYA ile ilgili yapılan bir derlemede vaka yaklaşımının kısıtlıkları şöyle ifade edilmiştir: “Bu yaklaşım bireylerin arasında karşılaştırma yapmaya izin verir ancak bireyin toplam RSOYA puanını ölçmez. Ayrıca RSOYA'yı geliştirmek için hangi alt alanlara müdahalenin daha önemli olduğu ile ilgili karşılaştırma yapmayı zorlaştırır. Sorulan sorular sebebiyle bilgi ve inanç arasındaki ayrım her zaman net olarak ifade edilemez, ruh sağlığı okuryazarlığının altı özelliğinden beşi bilgi ile alakalı olduğu için bu ayrım önemlidir. Vaka sorularının bir başka kısıtlılığı da katılımcıların vakadaki sorunu nasıl tanımladıkları üzerinden diğer sorulara cevap vermeleridir. Bu sebeple birçok katılımcı, bu özel bozuklukların etiyolojisi ve tedavisi konusundaki bilgilerini yansıtmayan sorulara cevap vermiştir” (10).

Vakalar üzerinden yapılanların yanı sıra doğru/yanlış veya Likert şeklinde olan ölçekler de kullanılmaktadır (4). Geliştirilen ölçekler incelendiğinde hiçbir çalışmanın RSOYA'nın altı özelliğini de ölçmeye çalışmadığı buna rağmen; bu özelliklerin dışında kalan durumları ölçmeye yönelik sorular olduğu görülmüştür (10).

İncelenen ölçekler COSMIN kriterlerine göre değerlendirildiğinde en fazla kritere uyan ölçeğin dokuz kriterden beşini sağladığı görülmüştür. Ayrıca RSOYA'yı araştıran çalışmaların çoğu, ölçüm araçlarının geçerliğini ve güvenilirliğini göstermek için örnekleme, anket geliştirme ve sonraki testler hakkında yeterli bilgiyi ayrıntılı raporlayamamıştır (73).

Ruh sağlığı ile ilgili incelen 401 çalışmanın neredeyse yarısının ergenlerde ve genç erişkinlerde yapılması, yine önemli bir bölümünün sağlıkla ilgili çalışanlara yapılması bu ölçeklerin toplumu temsil derecesini sorgulatmaktadır. Yine çalışmaların %70'inin ABD, Avustralya ve Büyük Britanya'da yapılmış olması sonuçların; sağlık sistemi, kültürü, sosyal yapısı farklı olan diğer ülkelere genellenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca bu çalışmalarda kullanılan ölçeklerin sadece küçük bir bölümü geçerlik güvenilirliği olan ölçeklerdir (4).

Bu bulgunun anlamı RSOYA'yı farklı gruplarda, tutarlı bir şekilde ölçtüğü gösterilmiş olan güncel, kantitatif bir RSOYA ölçüm aracı olmadığıdır.

8.4 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (MHLS-RSOÖ)

RSOYA ölçüm yöntemleriyle ilgili yukarıda bahsedilen eksiklikler sebebiyle; O'Connor ve Casey 2015 yılında yayınladıkları makalede bir bireyin RSOYA'sını değerlendirmek için metodolojik olarak sağlam ve zaman açısından verimli bir yöntem geliştirmeyi amaçlamışlardır. Bu sebeple kapsamlı bir metodolojik yaklaşım kullanarak RSOYA için yeni bir ölçek olan RSOÖ'yü geliştirmişleridir. Bu ölçekle, bireylere hangi alanlarda daha fazla destek gerekebileceğini belirlemek ve RSOYA'yı iyileştirmeye yönelik müdahalelerin etkinliğini daha kolay değerlendirmek planlanmış ve bu sebeplerle RSOYA'nın tüm yönlerini değerlendiren psikometrik ve metodolojik olarak güçlü bir ölçek geliştirilmeye çalışılmıştır.

Ölçek geliştirilmesinde ilk aşamada RSOYA'nın altı özelliğinin pratik tanımlarını belirlemek için klinik psikolog, psikiyatrist ve araştırmacıların da dahil olduğu bir ekip tarafından fikir birliğine varılana kadar görüşmeler yapılmıştır. Bu özelliklere uygun olarak sorular geliştirilmiştir. Ruh sağlığı profesyonelleri tarafından tekrar değerlendirilen pilot çalışma 79 sorudan oluşmuş ve 202 kişilik toplum örneğine (yaş ortalaması =33,25 kadın= %69,3) uygulanmıştır. Bu aşamadan sonra verilen

yanıtlar değerlendirilmiş ölçeğin seçici olması adına yüzde 80'den fazla doğru yanıtlanan 28 soru çıkartılmıştır.

Yapılan analizler sonrası bu pilot ölçek revize edilmiş, 51 sorudan oluşan ölçeğin bu hali ruh sağlığı bozukluklarını tanımlama için 21, ruh sağlığı bilgisine nereden ulaşılabileceği bilgisi için 4, risk faktörü ve sebepleri bilgisi için 2, kendi kendine tedavi bilgisi için 2, profesyonel yardıma ulaşma bilgisi için 5 ve ruhsal hastalıkları tanımayı ve uygun yardım aramayı destekleyen tutumlar için 17 soru içermektedir. Daha sonra ölçeğin bu hali hem toplum örneğine (yaş ortalaması 21 olan 372 birinci sınıf üniversite öğrencisi) hem ruh sağlığı profesyonellerine (yaş ortalaması 33 olan 43 kişi) uygulanmıştır. Katılımcılara Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) ile beraber Genel Yardım Arama Ölçeği (GHSQ) ve Kessler Psikolojik Distress Ölçeği (K10) de uygulanmıştır. Test tekrar güvenilirliği için iki hafta sonra test tekrar edilmiştir.

51 soru üzerinden yapılan faktör analizleri ve yorumlanması sonucu, tek değişkenli bir yapının hem istatistiksel hem teorik olarak en uygun yapı olduğu gözlenmiştir. Cronbach alfa değerini yükseltmek için yapılan madde-toplam puan korelasyonu değerlendirilmesi sonucunda gerekli sorular silinmiştir. Bu 22 maddenin çıkartılmasıyla en yüksek cronbach alfa değeri olan 0,879'a ulaşılmıştır. Ancak RSOYA'nın bütün özelliklerini içeren soruların ölçekte bulunması için çıkartılan altı madde tekrar ölçeğe eklenmiş bu durumda cronbach alfa değeri 0,873 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin son hali olan 35 soru üzerinden yapılan faktör analizi sonucunda, tek faktörlü yapının yine en iyi açıklanma olduğu görülmüştür. İki hafta sonra yapılan yeniden test sonucunda testin güvenilirliğinin yüksek olduğu gözlenmiştir. ($r=0,797$ $p<0,001$).

Ölçeğin 35 sorudan oluşan bu son versiyonunun ruh sağlığı bozuklukları tanımlama için 8 soru, bilgisine nereden ulaşılabileceği bilgisi için 4 soru, risk faktörü ve sebepleri bilgisi için 2 soru, kendi kendine tedavi bilgisi için 2 soru, profesyonel yardıma ulaşma bilgisi için 3 ve ruhsal hastalıkları tanımayı ve uygun yardım aramayı destekleyen tutumlar için 16 soru içerdiği görülmüştür. Bu 35 soru 4'lü veya 5'li likert ölçeğinde hazırlanmış olup, soruların 12 tanesi ters kodlanmıştır.

Aynı zamanda RSOÖ ile GHSQ arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmış, ($r=0,234$ $p<0,001$) K10 ölçeği ile ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0,087$ $p<0,092$). Ruh sağlığı uzmanlarında ise toplum örneğine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede ve büyük bir fark çıkmıştır (145 vs. 127 $p<0,001$ $d=1,76$). Aynı zamanda ruhsal rahatsızlığı olan kişilerde, olmayanlara göre RSOYA puanı anlamlı derece yüksek ve orta derecede farklı saptanmıştır. (130 vs. 125 $p<0,001$ $d=0,46$).

Ölçek COSMIN kriterleri açısından değerlendirildiğinde, dokuz kriterden altısını sağladığı belirtilmiştir: iç tutarlılık, güvenirlik, ölçüm hatası, içerik geçerlik, yapısal geçerlik ve hipotez testleri. Kùltürler arası geçerlik, yanıt verme süreci, altın standart ile karşılaştırma (altın standart ölçek olmadığı için) kriterlerine bakılmamıştır (11).

Geçerliğı olan bir ölçeğın, farklı bir kùltùre adapte edilmesi, yeni bir anket oluşturmaktan daha hızlıdır ve eşdeğer bir ölçek ürettiğı için önerilmektedir. Bu durum, ölçülen yapının hedef kùltürde olması ve mevcut aracın onu uygun şekilde ölçmesi koşuluyla doğrudur. Başka bir kùltür için bir anketin kùltürel adaptasyonu sorunlu olabilir. Birincisi, çeviri dil problemleri içerebilir, çünkü iki dilde de karşılığı olmayan kelimeler veya deyimler olabilir. İkincisi, başka bir kùltürdeki adaptasyonun kendisi sorun olabilir, çünkü bir öğenin belirli bir kùltürel arka planda çok farklı bir anlamı olabilir veya hiç anlamı olmayabilir. Üçüncüsü kùltürel farklılıklar sebebiyle düşünce şekilleri tamamen farklı olabilir (74).

Kùltürlerarası doğrulama, yeni anketin amaçlandığı gibi işlev görmesini ve orijinali ile aynı özelliklere sahip olmasını ve aynı şekilde işlev görmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Bir anketin uyarlanması ve onaylanması iki farklı adımdır, ancak anket geçerli değilse, uyarlanmış versiyonun değiştirilmesi gerekir (74).

8.5 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğı'nin Türkçe Versiyonu

O'Connor ve Casey tarafından oluşturulan RSOÖ; "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" adıyla 2018 yılında Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Yüksek Lisansı tezi olarak yayınlanmıştır (13).

Bu çalışma; Sağlık Bilimleri Fakùltesi ve Teknoloji Fakùltesi öğrencilerinden gönüllü olan 900 tanesine beş günlük bir süre içerisinde uygulanmıştır.

Yapı ve kapsam geçerliliği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett testi uygulanmıştır. KMO değeri 0,833; Barlett testi sonucu ise $p < 0,001$ çıkmıştır bu sonuçlar örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve faktör analizi yapılabileceğini göstermiştir.

Faktör analizinde “Temel Bileşenler Analizi” kullanılıp faktör yükü 0,50’nin altında olan faktörler çıkartılmıştır. Bu analiz sonucunda 13 madde ölçekten çıkartılmış, bunun sonucunda risk faktörleri ve sebep bilgisi, kendi kendine tedavi bilgisi ve mevcut profesyonel yardım bilgilerini ölçen sorular tamamen ölçekten çıkartılmıştır. Bu 22 madde 4 faktörlü bir yayılım göstermiştir. Sonrasında ise doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır.

Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,767 hesaplanmıştır. Madde-toplam madde korelasyonuna bakılmış, Guttman Split-Half katsayısı değeri de $r = 0,870$ olarak hesaplanmıştır.

8.6 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Seviyesi

8.6.1 Ruhsal Hastalıkları Tanıma

Avustralya’da üç farklı zamanda toplam 16 yıllık sürede 6019 kişi üzerinde yapılan uzunlamasına bir çalışmada 1995 yılında depresyon ve şizofreni tanıma sıklığı %39 ve %26 bulunmuş, “beyondblue” adıyla yapılan ulusal kampanyalar sonrası 2011 yılında aynı oranlar %74 ve %38 olarak saptanmıştır (75). Avustralya’da 2013 yılında, 1678 ergen arasında yapılan bir çalışmada ise depresyonu doğru tanıma sıklığı %23, şizofreniyi ise %2 bulunmuştur (76).

Almanya’da 1993 ve 2001 yıllarında sırasıyla 2094 ve 5025 kişiyle yapılan bir çalışmada ise şizofreniyi tanıma sıklığı %17 ve %22, depresyonu tanıma sıklığı ise %28 ve %38 bulunmuştur (77). Kanada’da 2006 yılında 3047 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ise sonuçlar daha olumludur; katılımcıların %75’i depresyon tanısını doğru koymuştur (78). Yine ABD’de 1393 yetişkinle yapılan bir çalışmada katılımcıların %59’u depresyonu %42’si DEHB’yi doğru tanımlamıştır (79).

İngiliz, Hong Konglu ve Malezyyalılarla yapılan çok kültürlü bir çalışmada; depresyon en çok doğru tanı konan bozukluk olurken, sosyal fobi ve bipolar bozukluk

en az doğru tanımlanan bozukluklar olmuştur. İngilizler neredeyse bütün tanıları koymada, en yüksek oranlara sahipken sırasıyla Hong Konglular ve Malezyalılar onların arkasından gelmektedir (80).

Genel olarak ruhsal bozuklukları tanıma becerisinin zamanla arttığı görülmekte ve özellikle depresyonu tanıma konusunda halk daha bilgili olsa da şizofreni, sosyal fobi gibi durumları tanımlamakta hala zorluk yaşanmaktadır (9).

8.6.2 Risk Faktörleri ve Sebep Bilgisi

Ruhsal hastalıkların sebepleri ve risk faktörleriyle ilgili bilgi düzeyi ülkelere ve yapılan çalışmalara göre çeşitlilik göstermektedir.

Asya ülkelerinde, ruh sağlığı sorunları genellikle büyücülük, şeytanlar veya kötü ruhlar tarafından sahip olunması gibi dini nedenlerle tanımlanmaktadır. Bu inanç, medikal yardım arama davranışları zayıflatacaktır çünkü hastalar ve aileler kilise papazları, şamanlar veya medyumlar gibi ruhani figürlerden tedavi arama eğiliminde olacaklardır. Batı ülkelerinde ise ruh sağlığı sorunlarının sebepleri olarak kişilik/karakter zayıflığı, sosyal sebepler ve stres faktörleri tanımlanmıştır. (9). ABD’de ise depresyon ve şizofreniyi nörobiyolojik olaylara bağlayan kişilerin daha çok olduğu gözlenmiştir bu oran sırasıyla %67 ve %86’dır (81).

8.6.3 Tedavi Bilgisi

Tedavi ne kadar etkili olursa olsun, halkın tedavi hakkındaki görüşleri tedaviye uyum ve tedaviye erişim için önem teşkil etmektedir.

202 Avustralyalı ergen üzerinde 2006 yılında yapılan bir çalışmada depresyon vakaları söz konusu olduğunda, katılımcıların sadece %9,9’u profesyonellerden, %6,2’si psikologlardan, %4,2’si ise psikiyatristlerden yardım alınmasını tavsiye etmiştir (82). Yine Avustralya’da ergenler ve aileleri üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon hastalarının psikologlardan yardım almasının hastalara yardımcı olacağını söyleyenlerin oranı %64-87 bulunmuştur; aynı oran psikiyatristler için ise %58-72, antidepresanlar için %32-44, psikiyatri servisleri için ise %15-22 olarak bulunmuştur. (83).

Avustralya’da yapılan uzunlamasına bir çalışmada 16 yıllık sürede depresyon için doktor yardımının en iyi olduğunu düşünen katılımcı oranı %35’ten %45’e çıkmıştır, erken şizofreni için ise bu oran %26 ve %25’tir. Antidepresanların faydalı bir tedavi olacağını düşünenlerin oranı ise %29’dan %59’a yükselmiştir. Aynı oran kronik şizofreni tedavisi için de %43’ten %56’ya çıkmıştır. (75).

Bu oranların ülkeler arasında ciddi farklılıklar içerdiği gözlenmiştir. Avustralya ile Japonya’yı karşılaştıran bir çalışmada Avustralya’da depresyon hastaları için en uygun yardımın aile ve arkadaşlarla konuşmak olduğunu düşünenlerin oranı %23 saptanmış, aynı oran Japonya’da ise %72 bulunmuştur. Aile hekimini görmenin yararlı olacağını düşünenlerin oranı ise Avustralya’da %87, Japonya’da ise %30 bulunmuştur. Kronik şizofrenide de bu oranlar sırasıyla %76 ve %23 olarak saptanmıştır (84).

Singapur’da 3006 kişiyle yapılan bir çalışmada ise aile veya arkadaşlarla konuşma; alkol bağımlılığı (%30,1), depresyon (%54,2) ve şizofreni (%21,5) için önerilen en yaygın yardım kaynağı olarak bulunmuştur. Demans (%53,8) ve obsesif kompulsif bozukluk (%26,8) için ise uzman doktora veya pratisyen hekime görünmek yapılan en sık öneridir (85).

Türkiye’de 707 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %12’si din hocalarını görmenin depresyon tedavisinde faydalı olabileceğini belirtmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların sadece yarısı depresyon vakası için doktora başvurmanın ilk seçenek olduğunu söylemiştir. Aynı zamanda çalışmada sosyal müdahalenin farmakoterapiden daha üstün tutulduğu ve depresyon için kullanılan ilaçların zararlı ve bağımlılık yapıcı olduğunun düşünüldüğü bulunmuştur (86).

Özet olarak, halkın genellikle ilaç tedavilerini zararlı bulup bunların yerine ilaç olmayan tedavileri tercih etme eğiliminde (gevşeme, stres yönetimi vs.) olduğu görülmekte bu da kişilerin tedaviye olan inancını etkilemektedir. Yakın çevreye fazla bağlı olmak ve doktor dışı kanallardan yardım aramak da yardım aramayı geciktirebilir. Halk, psikiyatrist ve psikologlar yerine danışmanları tercih etmektedir. Kanıta dayalı tedaviler faydalı olsa da ancak insanlar bu tedavileri kullanırsa bu fayda pratikte işe yarayabilir (9).

8.6.4 Kendi Kendine Yardım Bilgisi

Yukarıda yazıldığı üzere, farmakolojik tedaviye ve sağlık profesyonellerinden yardım aramaya isteksizlik sebebiyle kişinin kendi kendine tedavi bilgisi önem taşımaktadır. Kendi kendine yardım bilgisi; bilgilendirici kitapçıklar, bilişsel tedavi uygulayan internet siteleri gibi yardımları içerir.

Avustralya'da 3746 öğrenci ve aileleri üzerinde yapılan bir çalışmada; depresyon tedavisinde gevşeme egzersizlerinin faydalı görülme oranının %86-94, meditasyonun %66-88, kendi kendine yardım kitaplarının %62-75, internet sitelerinin ise %56-68 olduğu görülmektedir. Bu oranların çoğunun; ruh sağlığı hizmetinin, (%52-71) bilişsel davranışçı terapinin, (%28-47) psikiyatri servisinde kalmanın (%15-22) hastalara yardımcı olabilecek tedavilerden olduğunu düşünenlerin oranından daha fazla olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada psikoz vakaları için de gevşeme egzersizlerinin faydalı görülme oranı %86-93, meditasyonun %71-80, kendi kendine yardım kitaplarının %49-73, internet sitelerinin ise %50-72 olduğu belirtilmiştir. Bu oranların çoğunun; ruh sağlığı hizmetinin (%66-80), bilişsel davranış terapinin (%44-48), psikiyatri servisinde kalmanın (%21-34) yardımcı olacağını düşünenlerin oranından daha fazla olduğu görülmektedir (83).

Yine bu oranlar kültüre ve ülkeye göre ciddi değişiklikler göstermektedir. Avustralya'da depresyon için gevşeme egzersizlerini faydalı bulanlar %84, aynı çalışmada bu oran Japonya'da %38 olarak saptanmıştır. Özel bir diyet uygulamanın depresyona yardımcı olacağını düşünen Avustralyalıların oranı %48, Japonların oranı ise %6 olarak bulunmuştur. Tam tersine özel diyetin zararlı olacağını düşünen Avustralyalıların oranı %8, Japonların oranı %55'tir (84).

Britanyalı, Malezyalı ve Hong Konglular üzerinde yapılan çalışmada; Malezyalılar sosyal desteğin ve kendi kendine yardımın ruhsal bozukluklularda en yardımcı yaklaşım olacağını düşünenler olurken, İngilizler profesyonel yardımın en faydalı olacağını düşünen gruptur (80).

İnsanların genel olarak ruh sağığı sorunlarını aile ve arkadaşlarına danışma eğiliminde oldukları görölmektedir. Bu yüzden toplumun bu konudaki bilgisi oldukça önemlidir. Ancak çalışmalarda toplumun psikiyatrik sorunlara yardım etme yeteneğine ve yeterli bilgisiye sahip olmadığı görölmektedir. Danışmanlık, gevşeme eğitimi, egzersiz, güneş ışığı, masaj, vitamin, akupunktur; ruh sağığı hizmetlerinden daha olumlu görölmektedir. Şizofreni gibi şiddetli ruh sağığı sorunlarında bile bu yaklaşım göze çarpmaktadır (9).

8.6.5 Yardım Arama ve Tanı Koymayı Teşvik Eden Tutumlar

Damgalama; ruh sağığı sorunlarının tedavisinin önünde önemli bir engel olup, etiketleme ve tek tipleştirme sebebiyle, statü kaybı ve ciddi izolasyona sebep olur (87).

14 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada daaha az damgalama davranışı gösteren ülkelerde yaşayan ruh sağığı bozukluğuna sahip insanların daha daha fazla yardım arama ve tedaviye daha iyi uyum gösterdiği saptanmıştır (88).

Amerika’da 13 üniversitede yapılan bir çalışmada katılımcıların algılanan damgalanması sosyal damgalamadan daha yüksek bulunmuştur. Erkekler, gençler, Asyalılar, yurtdışından gelenler, dindarlar ve fakir aileden gelenlerde damgalama daha yüksek oranda çıkmıştır. Aynı zamanda damgalama düşük yardım arama davranışıyla ilişkili bulunmuştur (89) .

İsviçre’de 1073 ruh sağığı profesyoneli üzerinde yapılan bir çalışmada psikiyatristlerin genel popölasyondan daha negatif stereotiplere sahip olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada ruh sağığı profesyonellerinin daha iyi bilgi sahibi olmasının, hasta haklarını desteklemeye veya ruhsal bozukluğu olan kişilerle daha yakın ilişkiye yol açmadığı gösterilmiştir (90).

8.7 Ruh Sağığı Okuryazarlığının Belirleyicileri

Ruhsal rahatsızlığı olan bir aile üyesine veya yakın bir arkadaşına sahip olmak ruhsal hastalıkları daha yüksek oranda tanımaya sebep olur ve ruh sağığı okuryazarlığı ölçeğinden yüksek puanı almaya yol açar. Kişisel deneyimler ile buna benzer bir örüntü tam olarak saptanamasa bile bazı durumlarda (depresyondaki kişilerin depresyon tanısını koymaları gibi) daha yüksek puana sahip olduğu görölmüştür (91).

V. GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Türkçe uyarlaması yapılmış olan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini genel popülasyonda ölçmek amacıyla yapılan metodolojik tipte bir çalışmadır.

2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma için kişilerle yapılan görüşmeler, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi cerrahi monoblok ve dahiliye binasında yer alan polikliniklerin bekleme salonlarında gerçekleştirilmiştir. Veriler Eylül-Kasım 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleminin eğitim ve sosyo ekonomik durum, yaş gibi kriterler açısından genel topluma mümkün olduğunca yakın olmasını sağlamak amacıyla, katılımcılar İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi cerrahi ve dahili polikliniklerine (psikiyatri hariç) başvuran hastaların yakınlarından gönüllülük esasına göre seçilmiştir.

Örnekleme alınacak kişi sayısının düşüklüğü güvenilirliği etkileyebileceğinden yeterli örneklem sayısına ulaşmak metodolojik çalışmalarda önemlidir. Çalışmamızda örneklem sayısını belirlerken literatürde sık kullanılan şekilde vaka değişken oranı 10:1 olarak alınmış olup, bunun sonucunda 35 soruluk ölçek için olası kayıpları da göz önüne alarak çalışmanın 400 kişilik bir örneklem üzerinde yapılmasını planlanlanmış ve ölçek 401 kişi üzerinde uygulanmıştır (95).

4. Verilerin Toplanması

Kişisel bilgi formu ve ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği 401 hasta yakınından İstanbul Tıp Fakültesi'nin cerrahi ve dahili poliklinik binalarının bekleme alanlarında sakin bir yerde yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

5. Veri Toplama Araçları

5.1 Kişisel Bilgi Formu

Katılımcının; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu algısı, mesleği, tanı konulmuş kronik hastalığı olup olmadığı ve varsa ne olduğu, kişinin ruhsal hastalık öyküsü veya tanısı olup olmadığı, kişinin şu an ruh sağlığı tedavisi alıp almadığı, kişinin ruhsal hastalık tanısı almış bir tanıdığı olup olmadığı sorularını içeren araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucu oluşturulmuş kişisel bilgi formu uygulanmıştır (EK 1).

5.2 Ruh Sağlığı Okuryazarlık Ölçeği

RSOÖ, O'Connor ve Casey tarafından 2015 yılında RSOYA'yı ölçmek amacıyla oluşturulmuş bir ölçektir (EK 2).

Ölçeğin son hali RSOYA'nın altı özelliğini de içermekte ve 35 sorudan oluşmaktadır. RSOÖ; ruh sağlığı bozuklukları tanımlamak için 8, ruh sağlığı bilgisine nereden ulaşılabileceği bilgisi için 4, risk faktörü ve sebepleri bilgisi için 2, kendi kendine tedavi bilgisi için 2, profesyonel yardıma ulaşma bilgisi için 3 ve ruhsal hastalıkları tanımayı ve uygun yardım aramayı destekleyen tutumlar için 16 soru içermektedir. Ölçeğin 10, 12, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 28. soruları ters puanlanmıştır.

Ölçek 35 sorudan oluşmuş olup ve 5'li veya 4'lü likert değerlendirme kullanılmıştır. Bu sebeple RSOÖ'de her soru için alınabilecek maksimum 5 veya 4 puan bulunmaktadır. Ölçek toplam skoru en yüksek 160, en düşük 35 puan olabilmektedir. Ölçeğin son hali için hem teorik hem istatistik olarak tek yapılı bir modelin en iyi model olduğu bildirilmiştir.

Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,873, test yeniden test güvenirliği de yüksek saptanmıştır ($r=0,797$ $p<0,001$) (11).

6. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu

O'Connor ve Casey tarafından oluşturulan RSOÖ'nün Türkçe versiyonu; "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması"

adıyla 2018 yılında Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Yüksek Lisansı tezi olarak yayınlanmıştır.

Bizim çalışmamızda da yapılmış olan bu Türkçe versiyonun 35 soruluk hali kullanılmıştır (EK 3). Ölçeğin dil uyarlamasında grup çeviri yöntemi (Hambleton, Merenda ve Spielberger) kullanılmış, ilk aşamada ölçek anadili Türkçe olup İngilizceyi iyi derecede bilen yedi uzman tarafından Türkçeye çevrilmiş, ikinci aşamada başka bir çevirmen grubu önce ölçeğin orijinal halini görmeden düzeltmeler yapmış daha sonra ölçeğin orijinal haliyle kıyaslayarak düzeltmeler yapmıştır. Üçüncü aşamada revize edilen ölçek tekrar İngilizce'ye çevrilmiş, ölçeğin orijinaliyle üç dil uzmanı tarafından karşılaştırılmış ve düzenlenerek birleştirilmiş, daha sonra ise ölçek sahibine gönderilmiş ve ondan alınan geri bildirimler doğrultusunda ölçek düzenlenmiştir. Sonrasına ölçek 20 kişilik bir gruba uygulanmış ve geri bildirimler doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiştir. Daha sonra 14 uzmandan gelen değerlendirmeler doğrultusunda ölçekte düzenlemeler yapılmış ve kapsam geçerlik indeksi hesaplanmıştır. En düşük kapsam geçerlik indeks puanının 0,890 olduğu görülmüştür (13).

7. Dahil Olma Kriterleri

- 18 yaş ve üstünde olmak
- Araştırmanın yapıldığı tarihte hastanemize başvurmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

8. Dahil Olmama Kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak
- Herhangi bir nedenden dolayı iletişim kurulamaması

9. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılacak Yöntemler

9.1 Geçerlik ve Güvenirlik Analizinde Kullanılan Yöntemler

Bu çalışmada 401 kişi üzerinde RSOÖ ölçeğinin 35 madelik Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve sonrasında doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. İç tutarlılığı test etmek amacıyla Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır.

RSOÖ'nün yapı geçerliği için ilk olarak madde analizi kapsamında madde ayırt ediciliğini test etmek amacıyla madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Her bir madde için madde-toplam puan korelasyonunun en az 0,20 olması beklenmiştir. AFA'da temel bileşenler analizi varimax yöntemiyle yapılmıştır. Verilerin faktör analizi için uygunluğu, örneklem büyüklüğünün yeterliliği için hesaplanan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve dağılımın uygunluğu için kullanılan Bartlett küresellik testi ile değerlendirilmiş olup KMO değerinin en az 0,70 ve Bartlett küresellik testi χ^2 değerinin yüksek derecede anlamlı olması kriter olarak kabul edilmiştir (96). AFA aşamasında özdeğeri 1'in üzerinde olan ve varyans açıklaması %5'in üzerinde olan faktörler dikkate alınmıştır (97,98). Ayrıca her bir maddenin ortak varyans değerinin ve rotasyon öncesi faktör matrisinde 1.faktöre olan yükünün en az 0,40 olması hedeflenmiştir. Rotasyon sonrası elde edilen örüntü matrisinde de yine her bir maddenin ait olduğu faktöre en az 0,40 ile yüklenmesi ve çift yüklenmenin kontrolü için aradaki farkın en az 0,10 olması koşulu belirlenmiştir (98). Ölçeğin AFA sonrası son halinin güvenilirliği kapsamında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Bu katsayıların en az 0,60, madde-toplam puan korelasyonlarının ise en az 0,20 olması beklenmiştir (99).

DFA aşamasına geçildiğinde ise örtük değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisinin incelenmesi, yanı sıra örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki yordayıcılık ilişkilerinin değerlendirilmesi ve anlamsız yordayıcılık ilişkilerinin olması durumunda, modelin sunduğu öneriler doğrultusunda yapılacak işlemlerin seçilmesi planlanmıştır. Ayrıca χ^2 değerinin 1000'nin altında olması durumunda, modelin önerileri kapsamında χ^2 değerinde 20 ve üzeri düşüş sağlayacak olan hata düzeltmelerinin; χ^2 değerinin 1000 ve üstünde olması durumunda ise χ^2 değerinde 30 ve üzeri düşüş sağlayacak olan hata düzeltmelerinin gerçekleştirilmesi hedeflenmiş, bu önerilerin aynı örtük değişkenin gözlenen değişkenleri arasında olması koşulu aranmıştır (100).

DFA kuramsal bir temelden beslenerek pek çok değişkenden oluşan faktörlerin veri seti ile uyumunu değerlendirmeyi hedeflemektedir. DFA'da oluşturulan modelin yeterliliğini belirlemek için pek çok uyum indeksinden yararlanılmaktadır. Bu doğrultuda karşılanması gerekli uyum istatistiklerine ilişkin analizde kullanılan ölçütler Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre modelin iyi uyum ölçütlerinin hepsini karşılaması durumunda iyi uyum gösterdiği, kabul edilebilir uyum ölçütlerinin hepsini karşılaması durumunda ise kabul edilebilir ölçüde uyumlu olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Buna ek olarak uyum istatistiklerinin yorumlanabilmesi için RMSEA'ye (Root Mean Square

Error of Approximation) ait %90 güven aralığı değerleri arasındaki farkın en fazla 0,10 olması koşulu aranmıştır (101).

Tablo 3. Kabul edilebilir ve iyi uyum ölçütleri

Uyum Endeksleri	İyi Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
χ^2/df^1	$0 \leq \chi^2 /sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2 /sd \leq 5$
RMSEA ²	$00 \leq RMSEA \leq ,05$	$,05 \leq RMSEA \leq ,08$
sRMR ³	$00 \leq SRMR \leq ,05$	$05 \leq SRMR \leq ,08$
TLI ⁴	$,95 \leq TLI \leq 1,00$	$,90 \leq TLI \leq ,95$
CFI ⁵	$,95 \leq CFI \leq 1,00$	$,90 \leq CFI \leq ,95$

1 χ^2/df : Ki kare ile serbestlik derecesinin oranı; 2 RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; 3 sRMR: Standardized Root Mean Square Residual; 4 TLI: Tucker-Lewis Index; 5CFI: Comparative Fit Index

9.2 RSOÖ'nün Diğer Parametrelerle Karşılaştırılmasında Kullanılan Yöntemler

Tanımlayıcı istatistikler, sürekli veriler için; ortalama, standart sapma, ortanca, en büyük ve en küçük değerlerle; kesikli veriler ise yüzde oranlarla birlikte sunulmuştur.

Elde edilen verilerin istatistiksel olarak karşılaştırılmasında, kategorik veriler için Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testiyle değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılıma uymayan değişkenlerde Mann-Whitney U testi; ikiden fazla grubun bulunduğu karşılaştırmalarda da Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis analizinden sonra Bonferroni düzeltmesiyle post hoc test olarak Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizi için normal dağılmayan verilerin analizinde Spearman testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayılarının değerlendirilmesinde $r < 0,2$ çok zayıf; $0,2-0,4$ zayıf, $0,4-0,6$ orta, $0,6-0,8$ yüksek, $\geq 0,8$ çok yüksek korelasyon olarak sınıflandırılmıştır.

Tek değişkenli analiz sonucunda RSOÖ toplam puanıyla istatistiksel olarak ilişkili çıkan parametrelere Lojistik regresyon analizi “enter” yöntemiyle uygulanmıştır. RSOÖ'yu kategorik hale getirmek için medyan değeri (92) baz alınarak RSOÖ yüksek ve düşük olarak ikiye bölünmüştür.

İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında (GA) 0,05'in altında bulunan p değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamızda DFA, AMOS 16 programı kullanarak; diğer analizler ise SPSS 21.0 programı ile yürütülmüştür.

10. Bağımlı değişkenler

- RSOÖ toplam puanı
- RSOÖ alt boyut puanları

11. Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Gelir algısı
- Kronik hastalık
- Ruhsal bozukluk varlığı
- Ruhsal bozukluk için tedavi alma
- Ruhsal bozukluğu olan yakının varlığı
- Yaş

12. İzinler

Araştırmamızın etik kurul izni İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.08.2019 tarihli 1007 sayılı kararı ile alınmıştır (EK 4). Araştırmanın verilerinin toplanması için gerekli izin İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği tarafından verilmiştir (EK 5). Araştırmada kullanılan orijinal ölçeğin geliştiricisi olan Matt O'Connor ile iletişime geçilmiş ve yazılı olarak ölçeği kullanmak için izin alınmıştır (EK 6). Ölçeğin Türkçe versiyonu için bu versiyonu geliştiren Emine Akdoğan ile iletişime geçilmiş ve yazılı izin alınmıştır (EK 7). Araştırmanın verilerinin araştırma dışında kullanılmayacağı

katılımcılara söylenmiş ve katılımcıların isim ya da tanımlayıcı herhangi bir bilgisi alınmamıştır.



VI. BULGULAR

1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan 401 kişinin yaş ortalaması $38,4 \pm 13,8$ yıl, ortanca değeri 35'dir (min- maks 18-86). Bu kişilerin %55,1'i (n=221) kadın, %66,3'ü (n=254) evlidir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%51,6) üniversite ve üstü eğitimi almışken %48,4'ü lise ve altı eğitim almıştır.

Katılımcıların %57,4'ü (n=230) gelirinin giderine eşit olduğunu, %26,9'u (n=108) ise gelirinin giderinden az olduğunu belirtmektedir. Ev hanımları katılımcıların %9,7'sini (n=39), emekliler %8'ini (n=32), öğrenciler ise %5'ni (n=20) oluşturmaktadır.

401 kişinin %17,2'sinin (n=69) ruhsal hastalık dışında kronik bir hastalığı varken, en sık bildirilen hastalık hipertansiyon (n=23) ve diyabet (n=19) olmuştur. Katılımcıların %6,7'sinin ise (n=27) tanı konulmuş bir ruhsal hastalığı vardır en sık konulan tanı (n=19) depresyondur. Bu 27 kişinin 21'i (%77,8) bu durumu için tedavi aldığını söylemektedir. Katılımcıların %9,7'sinin ise (n=39) bir yakının ruhsal hastalığı vardır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı özellikler		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	221	55,1
	Kadın	180	44,9
Medeni Durum	Evli	254	63,3
	Bekar	147	36,7
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	49	12,2
	Ortaokul	30	7,5
	Lise	115	28,7
	Üniversite ve üstü	186	51,6
Gelir algısı	Geliri yüksek	63	15,7
	Eşit	230	57,4
	Geliri az	108	26,9
Kronik hastalık	Evet	69	17,2
	Hayır	332	82,8
Ruhsal hastalık varlığı	Evet	27	6,7
	Hayır	374	93,3
Ruhsal hastalığı olan yakını	Evet	21	5,2
	Hayır	380	94,8
Yaş	Ortalama $\pm$ std.sapma	Ortanca (min-maks)	
	$38,4 \pm 13,8$	35 (18-86)	

2. Yapı Geçerliği: Madde Analizi

Yapılan madde-toplam puan korelasyonu sonucunda korelasyon katsayı 0,2'nin altında olan dört madde (soru 9,10,12,15) ölçekten çıkartıldı.

35 soru için 0,821 olarak hesaplanan Cronach alfa değeri, madde-toplam puan korelasyonu 0,20'nin altında olduğu gözlenen 9,10,12 ve 15. maddeler ölçekten çıkartıldıktan sonra 0,821'den 0,857'ye yükselmiştir. Ölçeğin 35 maddelik haline ilişkin madde-toplam puan korelasyonları ile maddeler ölçekten çıkarıldığında Cronbach alfa değeriindeki değışime dair bulgular Tablo 5'te sunulmuştur.

3. Yapı Geçerliği: Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin, KMO katsayısı 0,864, Barlett küresellik testi sonucu ise $\chi^2=6476,476$ $p<0,001$ olarak hesaplanmıştır. Bu test sonuçlarına göre örneklem büyüklüğünün faktör analizi uygulamak için yeterli olduğu saptanmıştır.

Temel bileşenler yöntemi ve varimaks döndürmesi ile gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda, özdeğeri 1'in üzerinde olan sekiz faktör tespit edilmiştir. Ancak varyans açıklama oranı %5'in üzerinde olan faktör sayısı beş olarak bulunduğu için analiz beş faktöre zorlanarak tekrar edilmiştir. Faktör yükü 0,5'in altında olan beş madde (9, 10, 12, 15, 20) tespit edildi. Bu maddelerden 9 ve 10 risk faktörü bilgisiyle ilgili sorulardır; 12. soru kendi kendine tedavi bilgisiyle ilgili, 15. soru profesyonel yardım bilgisi, 20. Soru ise ruhsal bozukluklara karşı tutumla ilgilidir. Bu soruların faktör yükleri sırasıyla 0,085; 0,051; 0,098; 0,109; 0,435 olarak saptanmıştır. Faktör yükü 0,4'ün altında kalan dört maddenin aynı zamanda yukarıda sonuçları bildirilen madde analizine göre madde-toplam puan korelasyonu 0,2'nin altında olanlarla aynı maddeler olduğu görülmüştür. Madde analizindeki bulgularla beraber değerlendirildiğinde bu dört maddenin çok düşük faktör yükleri de dikkate alınarak ölçekten çıkartılmasına karar verilmiştir.

Tablo 5. RSOÖ madde-toplam puan korelasyonları ve Cronbach alfa değerleri

Soru	Madde- toplam puan korelasyonu	Madde Cronbach alfa çıkartılınca
s1	,212**	,819
s2	,332**	,818
s3	,326**	,818
s4	,279**	,818
s5	,333**	,818
s6	,244**	,820
s7	,356**	,817
s8	,333**	,817
s9*	,031	,831
s10*	,096	,828
s11	,246**	,820
s12*	-,053	,829
s13	,282**	,819
s14	,249**	,820
s15*	-,141**	,831
s16	,423**	,817
s17	,267**	,823
s18	,485**	,814
s19	,518**	,813
s20	,216**	,824
s21	,567**	,809
s22	,583**	,808
s23	,567**	,807
s24	,594**	,806
s25	,594**	,806
s26	,637**	,804
s27	,612**	,806
s28	,491**	,812
s29	,433**	,814
s30	,442**	,813
s31	,445**	,813
s32	,392**	,816
s33	,386**	,815
s34	,389**	,815
s35	,406**	,815

*Madde- toplam puan korelasyonu sonrası ölçekten çıkartılan maddeler **<0,001

Kalan tüm maddelerin rotasyon öncesi ortak varyans değerlerinin 0,30'un üzerinde olduğu ve rotasyon sonrası elde edilen faktör matrisinde ilk faktöre yine 0,40'un altında faktör yükü ile yüklenen madde olmadığını görülmüştür. Faktör yüklerine bakıldığında hiçbir maddenin çift yüklenmediği tespit edilmiştir. Ölçeğin sözü geçen dört madde çıkarıldıktan sonraki 31 maddelik versiyonunda faktör analizi toplam varyansın %57,3'ünü açıklayan beş faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Ölçeğin bu haline ilişkin analiz bulguları Tablo 6'da görülebilir.

Bu 31 soru ve beş faktörlü yapı üzerinden madde-toplam faktör puanı korelasyonu ve faktörlerin Cronbach alfa değerleri tabloda verilmiştir. Ölçeğin 31 soruluk halinin Cronbach alfa katsayısı 0,857 olarak bulunmuştur. Beş faktörün Cronbach alfa değerleri 0,930 ile 0,656 arasındadır. Maddeler çıkartılınca faktörün Cronbach alfa değerlerinde önemli bir değişiklik yaşanmamıştır.

4.Doğrulayıcı Faktör Analizi

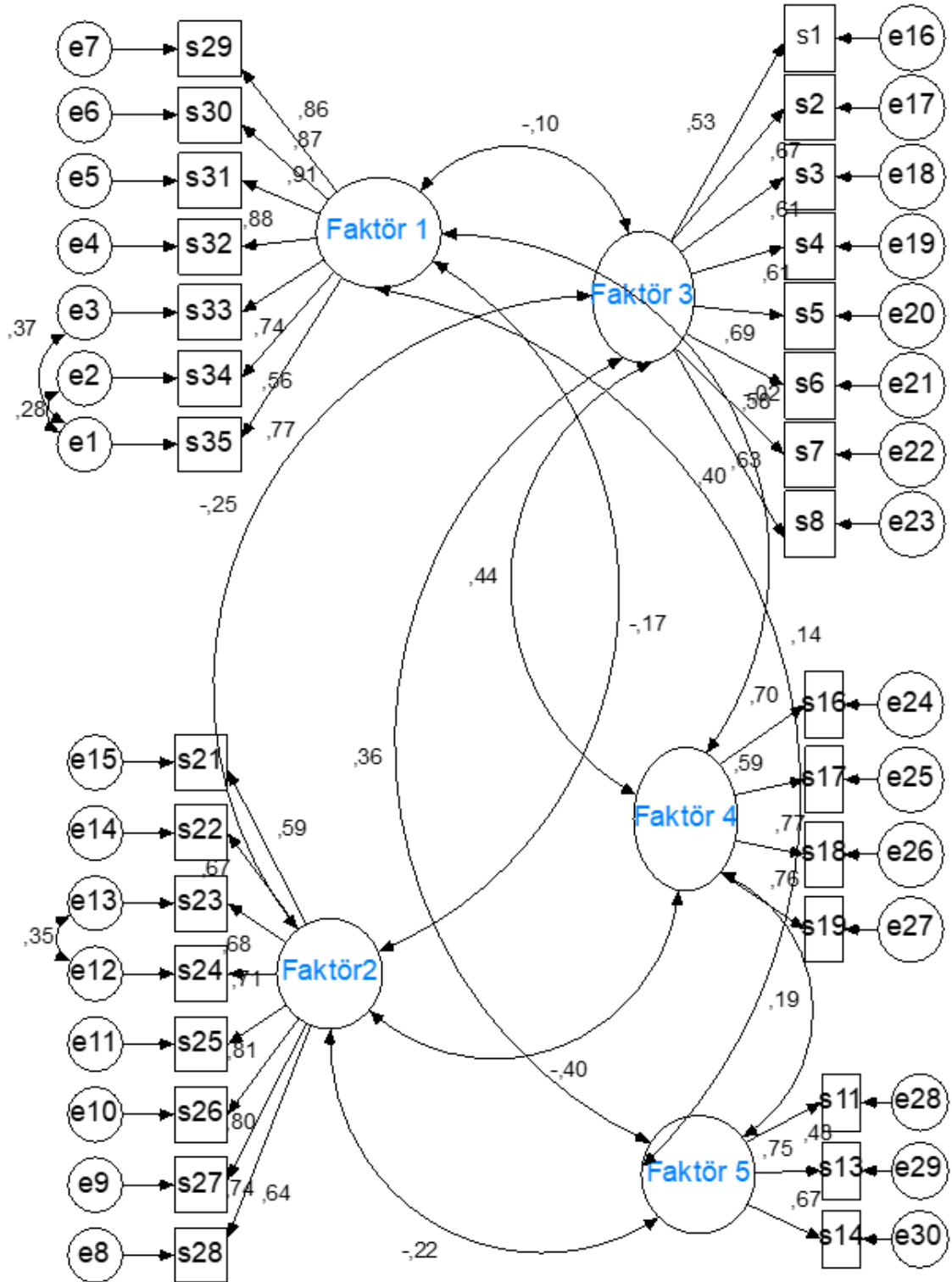
Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonrası RSOYA'yı ölçmek amacıyla, oluşan beş alt boyut ve 31 maddelik yapının geçerli ve güvenilir bir ölçüm yöntemi olarak kullanılabileceğine ilişkin kanıtlar sunulmuştur. Bu yapının uyum iyiliğini incelemek ve olası sorunlu maddeleri tespit etmek amacıyla DFA yapılmıştır.

Oluşturulan modelde katsayısı 0,3'ün altında bir madde (madde 20; madde yükü 0,298) saptanmıştır. Aynı madde AFA sonucunda da faktör yükü 0,5'in altında bulunan tek madde olduğundan (0,441) bu maddenin çıkartılarak modelin yeniden uygulanmasına karar verildi (Şekil 5).

Tablo 6. RSOÖ'nün faktör yapısına ve ortak varyansına ilişkin bulgular

Faktör isimleri, madde numaraları ve madde içerikleri	FY¹	OV²
Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum Özdeğer=6,172 Varyans = 19,911, $\alpha = 0,930$		
29. Komşuluk yapma	,843	,735
30. Sosyal etkinliğe katılma	,861	,775
31. Arkadaş olma	,885	,802
32. İş yerinde çalışma	,900	,824
33. Aileden biriyle evlenme	,822	,709
34. Oy verme	,663	,672
35. İşe alma	,853	,747
Ruhsal bozukluklara yönelik tutum Özdeğer=5,128, Varyans = 16,543 $\alpha = 0,875$		
20. İsterlerse iyileşebilirler*	,441	,491
21. Zayıflık belirtisidir	,683	,632
22. Hastalık değildir	,746	,600
23. Tehlikelidir	,747	,660
24. Uzak durmak en iyi çözüm	,744	,633
25. Kimseye söylemezdim	,778	,695
26. Uzmanla görüşmek zayıflık belirtisi	,777	,695
27. Uzmanından yardım istemezdim	,716	,634
28. Tedavi etkili değildir	,660	,560
Ruhsal bozuklukları tanıma Özdeğer=3,065, Varyans = 9,886 $\alpha = 0,809$		
1. Sosyal fobiyi tanıma	,624	,532
2. Genel anksiyete bozukluğunu tanıma	,726	,586
3. Major depresif bozukluğu tanıma	,684	,551
4. Kişilik bozuklukları	,623	,489
5. Distimiyi tanıma	,723	,589
6. Agorafobi semptomları	,580	,513
7. Bipolar Bozukluk semptomları	,645	,488
8. Madde bağımlılığı semptomları	,504	,444
Ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma Özdeğer=1,879 Varyans = 6,062 $\alpha = 0,792$		
16. Bilgi edinme	,753	,615
17. Bilgisayar ve telefonla bilgi edinme	,715	,643
18. Uzmanından bilgi edinme	,786	,718
19. Kaynaklara ulaşma	,734	,673
Ruhsal bozukluk tedavi bilgisi Özdeğer=1,507 Varyans = 4,862, $\alpha = 0,656$		
11. Uyku kalitesi	,643	,670
13. Bilişsel davranış terapisi	,814	,690
14. Profesyonellin gizlilik ilkesi	,772	,682

*DFA sonrası ölçekten çıkartılmıştır. 1 FY: Faktör yükü 2 OV: Ortak varyans



Şekil 5. RSOÖ-30 doğrulayıcı faktör analizi modeli

20. madde çıkarıldıktan sonra, her bir faktöre ait maddelerin (gözlenen değişkenlerin) faktörler (örtük değişkenler) tarafından yordanma düzeylerini gösteren standardize edilmiş regresyon katsayıları ve örtük değişkenin gözlenen değişkenlerindeki varyansı Tablo 7’de bildirilmiştir.

Tablo 7. RSOÖ-30 standart regresyon katsayısı ve varyans yüzdeleri

	Soru	Standart Regresyon Katsayısı*	Örtük Gözlenen Değişkenlerindeki Varyansı (%)
Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum	s29	0,864	74,6
	s30	0,873	76,2
	s31	0,911	83,0
	s32	0,877	76,9
	s33	0,741	54,9
	s34	0,558	31,1
	s35	0,765	58,5
Ruhsal bozukluklara yönelik tutum	s21	0,588	34,6
	s22	0,674	45,4
	s23	0,683	46,6
	s24	0,709	50,3
	s25	0,808	65,3
	s26	0,802	64,3
	s27	0,739	54,6
Ruhsal bozuklukları tanıma	s28	0,637	40,6
	s1	0,530	28,1
	s2	0,670	44,9
	s3	0,612	37,5
	s4	0,608	37,0
	s5	0,693	48,0
	s6	0,579	33,5
Ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma	s7	0,632	39,9
	s8	0,403	16,2
	s16	0,698	48,7
	s17	0,589	34,7
Ruhsal bozukluk tedavi bilgisi	s18	0,766	58,7
	s19	0,761	57,9
	s11	0,478	22,8
	s13	0,752	56,6
	s14	0,670	44,9

* Bütün değerler $p<0,001$

5. DFA Uyum İndeksleri

Düzeltilme öncesi model için elde edilen uyum değerleri tablo 8’de verilmiştir. TLI dışındaki değerlerin kabul edilebilir veya iyi uyum sınırlarında olduğu bulunmuştur. Ayrıca RMSEA’nın %90 GA değerlerinin arasında 0,10 birim fark olduğu görülmüştür, bu durum uyum istatistiklerinin güvenle yorumlanabileceğine işaret etmiştir. Bu doğrultuda modele dair düzeltme önerileri adımına geçilerek bahsi geçen koşulları sağlayan düzeltme önerileri uygulanmıştır. Bu koşulları sağlayan toplam üç düzeltme önerisi doğrultusunda hatalar yol grafiği üzerinde ilişkilendirilmiştir. Düzeltme sonrası görülen uyum indeksleri de tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. RSOÖ uyum indeksleri ve karşılaştırması

Uyum İndeksleri	Düzeltilme Öncesi	Düzeltilme Sonrası
χ^2/sd^1	2,402	2,059
CFI ²	0,901	0,926
TLI ³	0,891	0,918
%90 GA ⁴ RMSEA ⁵	0,054-0,064	0,046-0,056
RMSEA	0,059	0,051
SRMR ⁶	0,054	0,054

1 χ^2/df : Ki kare ile serbestlik derecesinin oranı; 2 CFI: Comparative Fit Index; TLI 3 Tucker-Lewis Index; 4 GA Güven aralığı; 5 RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; 6 SRMR: Standardized Root Mean Square Residual

Bu sonuçlara göre hataların ilişkilendirilmesi doğrultusunda gerçekleştirilen düzeltmelerden sonra başka bir madde çıkarılmadan modelin iyileştirildiği, değerlerin hepsinin iyi veya kabul edilebilir uyum ölçütlerini karşıladığı gözlemlenmiştir.

6. Ölçeğin Güvenirliği: Cronbach Alfa İç tutarlılık Katsayıları ve Madde-toplam Puan Korelasyonları

Ölçeğin 30 soruluk son halinin Cronbach alfa değeri 0,861 olarak bulunmuştur. Faktörlerin Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,930; 0,890; 0,809; 0,792; 0,656 olarak tespit edilmiştir. Maddelerin faktör puanlarıyla korelasyonuna bakıldığında her maddenin en yüksek korelasyona kendi faktör puanıyla sahip olduğu ve en düşük katsayının 0,555 olduğu görülmüştür (Tablo 9). Madde-toplam korelasyona bakıldığında da 0,2’nin altında bir korelasyon değerine rastlanmadığı; en düşük değer 0,232 olduğu görülmüştür.

Ölçeğin yarıya bölünmesi ve bu iki bölümün korelasyonu üzerinden hesaplanan Guttman Split-Half katsayısı 0,875 bulunmuştur.

Tablo 9. RSOÖ-30 korelasyon değerleri

	Soru Numarası	Madde-toplam Puan Korelasyonu**	Madde-faktör Korelasyonu**
Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum	s32	,397	,909
	s31	,439	,906
	s30	,436	,889
	s29	,428	,879
	s35	,408	,839
	s33	,385	,816
	s34	,406	,636
Ruhsal bozukluklara yönelik tutum	s26	,631	,759
	s25	,589	,746
	s22	,560	,768
	s24	,601	,749
	s23	,585	,778
	s27	,604	,692
	s21	,533	,768
	s28	,497	,677
Ruhsal bozuklukları tanıma	s2	,341	,654
	s5	,349	,681
	s7	,375	,689
	s3	,352	,666
	s4	,294	,666
	s1	,232	,555
	s8	,332	,603
	s6	,279	,668
Ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma	s17	,314	,807
	s16	,457	,792
	s18	,510	,784
	s19	,542	,817
Ruhsal bozukluk tedavi bilgisi	s13	,310	,765
	s14	,270	,790
	s11	,290	,671

**p<0,001

Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliği kapsamında madde analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile güvenilirliği kapsamında Cronbach alfa katsayı hesaplamaları sonucunda elde edilen faktörler şu şekilde özetlenebilir:

Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum: Yedi sorudan oluşan faktörün varyans açıklama oranı %20,5; özdeğeri ise 6,134 olarak bulunmuştur. Bu faktör ölçekte 29.-35. soruların arasını kapsamakta olup, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum olarak adlandırılmıştır.

Ruhsal bozukluklara yönelik tutum: Sekiz sorudan oluşan faktörün varyans açıklama oranı %17,1; özdeğeri ise 5,115 olarak bulunmuştur. 21.-28. soruların arasını kapsayan bu faktör ruhsal hastalıklara yönelik tutum olarak adlandırılmıştır.

Ruhsal bozuklukları tanıma: Sekiz sorudan oluşan faktörün varyans açıklama oranı %10; özdeğeri ise 2,987 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ilk sekiz sorusunu kapsayan bu faktör ruhsal bozuklukları tanıma olarak adlandırılmıştır.

Ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma: Dört sorudan oluşan faktörün varyans açıklama oranı %6,1özdeğeri ise 1,843 olarak bulunmuştur. 16.-19. soruların arasını kapsayan bu faktör ruhsal hastalık bilgisine ulaşma olarak adlandırılmıştır.

Ruhsal bozukluk tedavi bilgisi: Üç sorudan oluşan faktörün varyans açıklama oranı; %5 özdeğeri ise 1,507 olarak bulunmuştur. 11., 13. ve 14. soruları kapsayan bu faktör ruhsal bozukluk tedavi bilgisi olarak adlandırılmıştır. Beş faktörün toplam varyans açıklama oranı %58,6 olarak bulunmuştur.

35 sorudan oluşan ve tek faktörlü yapı gösteren orijinal ölçek, ruh sağlığı okuryazarlığının altı özelliğinden de sorular taşımaktadır. Dil geçerliği daha önceden yapılmış olan ölçeği toplumu temsil edebilecek bir popülasyonda uygulamamızın ardından ölçek 30 soru içeren ve beş alt boyuttan oluşan bir hal almıştır ve orijinal ölçeğin ölçmeyi amaçladığı altı özellikten beş tanesini içermektedir (risk faktörlerini içeren 9 ve 10. sorular hariç). Kendi kendine tedavi ve profesyonel yardımla ilgili sorular tek faktör altında birleşmiş (faktör 5), hastalık ve yardım arayışıyla ilgili tutumlar ise iki farklı faktör altında toplanmıştır.

7. RSOÖ Sonuçları ve Sonuçların Diğer Parametrelerle İlişkileri

RSOÖ toplam puanı; en fazla alınabilecek 139 puan üzerinden ortalama $95 \pm 13,5$ olarak bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum alt boyutu alınabilecek 30 puan üzerinden ortalama $14,5 \pm 6$; ruhsal hastalıklara yönelik tutum alt boyutu alınabilecek 40 puan üzerinden ortalama $30,6 \pm 7,6$; ruhsal bozuklukları tanıma alt boyutu alınabilecek 32 puan üzerinden ortalama $25 \pm 3,8$; ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma alt boyutu alınabilecek 20 puan üzerinden $15,8 \pm 3,2$; ruhsal bozukluk tedavi bilgisi alt boyutu alınabilecek 12 puan üzerinden $9,1 \pm 1,9$ olarak tespit edilmiştir (tablo 10).

Tablo 10. RSOÖ toplam ve alt faktör puanları

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum	14,49	5,94	14	7	30
Ruhsal bozukluklara yönelik tutum	30,62	7,56	32	8	40
Ruhsal bozuklukları tanıma	24,98	3,83	25	13	32
Ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma	15,77	3,23	14	4	20
Ruhsal bozukluk tedavi bilgisi	9,13	1,93	9	3	12
RSOÖ toplam puanı	95,00	13,47	96	55	132

RSOÖ ile sosyo-demografik özellikler ve diğer tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler tablo 11’de verilmiştir.

Cinsiyet ile RSOÖ toplam puanı ve ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,018$ ve $0,006$). Sonuçlar incelendiğinde kadınların erkeklere göre daha yüksek RSOÖ puana sahip olduğu görülmektedir (sırasıyla $96,8\pm13$; $93,5\pm13,7$).

Medeni durum ile RSOÖ toplam puanı, ruhsal bozukluklara yönelik tutum arasında ve ruhsal hastalık bilgisine ulaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,016$; $0,008$ ve $0,033$). Sonuçlar incelendiğinde bekarların evlilere göre daha yüksek RSOÖ puana sahip olduğu görülmektedir (sırasıyla $97,6\pm13,1$; $93,5\pm13,5$).

Eğitim durumuyla RSOÖ toplam puanı, ruhsal bozukluklara karşı tutum, ruhsal bozuklukları tanıma, ruhsal hastalık bilgisine ulaşma, ruhsal bozukluk tedavi bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p < 0,001$; $0,001$; $0,001$; $0,001$; $< 0,001$). Üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların daha yüksek RSOÖ puana sahip olduğu gözlenmektedir (sırasıyla $99,5\pm10$; $91\pm14,1$).

Gelir durumu ile RSOÖ toplam puanı ve ruhsal bozukluklara karşı tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,003$ ve $0,004$). Aradaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan post-hoc analizler sonrası gelirini giderinden az olarak algılayan grupla eşit olarak algılayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0,004$ ve $0,005$). Gelirinin az olduğunu düşünen grubun daha düşük puana sahip olduğu görülmektedir (sırasıyla $90,7\pm14,3$; $96,8\pm12,1$; $95,7\pm12,1$).

Kronik hastalık varlığı ile RSOÖ toplam puan ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Ruhsal bozukluğu olması ile RSOÖ toplam puan, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum, ruhsal bozuklukları tanıma ve ruhsal bozukluk tedavi bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p < 0,001$; $< 0,001$; $0,015$; $0,006$). Ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin, olmayanlara göre daha yüksek RSOÖ puana sahip olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $105,8 \pm 17,3$; $94,2 \pm 12,8$).

Ruhsal bozukluk için tedavi almak ile RSOÖ toplam puan, ruhsal bozukluklara yönelik tutum, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum, ruhsal bozuklukları tanıma ve ruhsal bozukluk tedavi bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p < 0,001$; $< 0,001$; $0,027$; $0,012$; $0,029$). Ruhsal bozukluk tedavisi alan bireylerin, almayanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $107,3 \pm 17,8$; $94,3 \pm 12,9$).

Ruhsal bozukluğu olan yakını olmak ile RSOÖ toplam puanı, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum ve ruhsal bozukluk tedavi bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p < 0,001$; $< 0,001$; $0,001$). Ruhsal bozukluğuna sahip yakını olanların daha yüksek puana sahip olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $105,4 \pm 12$; $93,38 \pm 13,2$).

Tablo 11. RSOÖ alt boyut puanlarının ve toplam puanın sosyo-demeografik parametrelerle ilişkisi

		Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum		Ruhsal bozukluklara yönelik tutum		Ruhsal bozuklukları tanıma bilgisine ulaşma		Ruhsal bozukluk tedavi bilgisi		RSOÖ toplam puan			
		Ort±std.sapma p		Ort±std.sapma p		Ort±std.sapma p		Ort±std.sapma p		Ort±std.sapma p			
Cinsiyet	Erkek (n=221)	13,8±5,9	0,006	30,1±8,1	0,381	24,8±3,74	0,214	15,8±3,1	9±2	0,164	93,5±13,7	0,018	
	Kadın (n=180)	15,3±5,8		31,2±6,8		25,2±3,93		15,8±3,4			9,3±1,9		96,8±13
Medeni hal	Bekar (n=147)	14,8±6,3	0,435	31,8±7,4	0,008	25,4±3,8	0,331	16,3±3,1	9,2±2	0,221	97,6±13,1	0,016	
	Evli (n=254)	14,3±5,7		29,9±7,6		24,8±3,8		15,5±3,3			9,1±1,9		93,5±13,5
Eğitim durumu	Lise ve altı (n=215)	14,2±6,1	0,179	28,6±8	<0,001	24,4±4	0,001	15,3±3,3	8,7±2,1	<0,001	91±14,1	<0,001	
	Üniversite ve üstü (n=186)	14,8±5,8		33±6,2		25,7±3,5		16,4±3			9,6±1,6		99,5±10
Gelir algısı	Gelir az (n=108)	13,7±5,8	0,262	28,3±8,5	0,004	24,6±4,2	0,381	15,3±3,2	8,8±2,1	0,166	90,7±14,3	0,003	
	Eşit (n=230)	14,8±6,1		31,5±7,1		25,2±3,4		16,1±3,1			9,2±1,8		96,8±12,1
	Gelir yüksek (n=63)	14,4±5,3		31,5±6,7		25,1±4,6		15,5±3,6			9,3±2,1		95,7±12,1
Kronik hastalık	Evet (n=69)	15,7±6,8	0,174	30,4±8	0,967	25,2±3,7	0,493	15,2±3,2	9,1±1,9	0,636	95,5±16,2	0,665	
	Hayır (n=332)	14,3±5,7		30,7±7,5		24,9±3,9		15,9±3,2			9,1±2		94,9±12,9
Ruhsal bozukluk	Var (n=27)	20,8±6,7	<0,001	32,6±7,9	0,075	26,6±3,9	0,015	15,8±4,1	10,1±1,5	0,006	105,8±17,3	<0,001	
	Yok (n=374)	14±5,6		30,5±7,5		24,9±3,8		15,8±3,2			9,1±1,9		94,2±12,8
Ruhsal bozukluk tedavisi	Alıyor (n=21)	21,1±7,2	<0,001	33,3±7,9	0,027	27±4,2	0,012	15,9±4	10,1±1,5	0,029	107,3±17,8	<0,001	
	Almıyor (n=380)	14,1±5,7		30,5±7,5		24,9±3,8		15,8±3,2			9,1±1,9		94,3±12,9
Ruhsal bozukluğu olan yakını	Var (n=39)	21,1±5,5	<0,001	32,6±6,7	0,060	25,6±3,4	0,077	16±3,3	10,1±1,4	0,001	105,4±12	<0,001	
	Yok (n=362)	13,8,1±5,5		30,4±7,6		24,9±3,9		15,8±3,2			9±2		93,38±13,2

Yaş ile RSOÖ toplam puanı ve ruhsal bozukluklara yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (p'ler <0,001). Bu korelasyonlar negatif yönde zayıf korelasyonlardır (sırasıyla $r=-0,129$ ve $r=-0,148$). Yaş ile ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum, ruhsal bozuklukları tanıma, ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma, ruhsal bozukluk tedavi bilgisi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p değerleri>0,05 sırasıyla $r=-0,030$; $-0,072$; $-0,098$; $-0,042$).

RSOÖ toplam puanı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanan parametrelere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Ruhsal hastalık varlığı ile bunun için tedavi alma arasında yüksek düzeyde korelasyon bulunduğu için ($r=0,875$ $p<0,001$) modele bu iki parametreden ruhsal hastalığı olma değişkeni alınmıştır. Bu analiz sonucunda model anlamlı bulunmuş ($\chi^2=9,427$, $p<0,001$), modelin bağımlı değişkeni (RSOÖ toplam puan) açıklama oranı %18,9 olarak tespit edilmiştir. Üniversite ve üstü eğitimi olanlar, gelirini giderine eşit olarak algılayanlar ve ruhsal bozukluğu olan bir yakını bulunanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek RSOÖ puanına sahip olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$; $0,030$; $0,010$) (Tablo 12).

Tablo 12. RSOÖ puanı ile ilişkili olan faktörlerin çok değişkenli analiz sonuçları

	B	S.E.	p	Exp(B)	Alt	95% Güven Aralığı Üst
Yaş	-,013	,009	,126	,987	,970	1,004
<i>Cinsiyet</i>						
Erkek (ref.)						
Kadın	,163	,229	,476	1,177	,752	1,842
<i>Medeni durum</i>						
Evli (ref.)						
Bekar	,245	,258	,343	1,277	,770	2,119
<i>Eğitim durumu</i>						
Lise ve altı (ref.)						
Üniversite ve üstü	1,202	,246	<0,001*	3,326	2,055	5,383
<i>Gelir algısı</i>						
Geliri az (ref.)						
Gelir eşit	,702	,324	,030*	2,017	1,069	3,807
Geliri fazla	,126	,355	,723	1,134	,565	2,277
Ruhsal hastalık varlığı	,407	,590	,491	1,502	,472	4,777
Ruhsal hastalığı olan yakını	1,472	,574	,010*	4,358	1,415	13,426
Sabit	-,060	,511	,906	,941		

Cox & Snell R Square=0,137

Nagelkerke R Square=0,189

$\chi^2=9,427$, $p<0,001$ * $p<0,05$

VII. TARTIŞMA

Bu çalışmada; daha önce Türkçe uyarlaması yapılmış RSOÖ'yü toplumu temsil gücü daha yüksek bir grupta uygulayarak RSOÖ'nün geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiş, ölçeğin son hali diğer ülkelerde yapılan ölçek uyarlamalarıyla karşılaştırılmış ve RSOÖ toplam puanıyla ilişkili olabilecek etmenler değerlendirilmiştir.

1. Örneklem Seçimi

Orijinal ölçeğin geliştirilmesi esnasında ölçek psikoloji dersi almaya başlayan, 21,1±6,3 yaş ortalamasına sahip bir örneklem uygulamıştır (11). Ölçeğin Türkçe uyarlaması %98'i bekar, %39'u psikiyatri dersi almış, yaş ortalaması 22±2,2 olan üniversite öğrencilerine uygulanmıştır (13). Araştırmamızda RSOÖ'yü hastaneye başvuran (psikiyatri bölümü hariç) hastaların yakınlarıyla yüz yüze görüşerek toplumu temsil etmeye daha yakın bir gruba uygulamayı amaçladık. Bunun sonucunda RSOÖ; yaş aralığı 18-86, yaş ortalaması 38,3 olan; yarıya yakını (%48,4) üniversite mezunu olmayan, %66,3'ü evli bir örneklem uygulandı.

2. Ölçeğin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

RSOÖ'nün Türkçeye uyarlanmasının dil geçerliliği 2018 yılında yüksek lisans tezi olarak Akdoğan tarafından yapılmıştır (13). Bu çalışmada Hambleton, Marenda ve Spielberg'in dört aşamalı çeviri süreci kullanılarak ölçeğin dil uyarlaması yapılmıştır. Bizim çalışmamızda da RSOÖ'nün Akdoğan tarafından oluşturulan Türkçe dil geçerliği yapılmış ve 35 soruluk versiyonu kullanılmıştır.

2.1 Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Ölçeğin geçerliğini sınamak amacıyla RSOÖ'ye literatürde önerildiği gibi önce AFA daha sonra bu sonuçları test etmek için DFA testleri uygulandı.

Faktör analizi için yeterli örneklem sayısının nasıl hesaplanacağı ile ilgili literatürde birçok görüş vardır. Daha büyük örneklemin daha iyi olduğu kesin olsa da net bir sayı söylemek zordur. Değişken sayısına bakılmaksızın 200 ve üzeri kişiyi yeterli olacağını söyleyen çalışmalar olsa da faktör yükleri daha yüksek olduğu takdirde daha küçük örneklemin yeterli olacağını söyleyen çalışmalar da vardır (96,101,102).

Örneklem sayısının ölçekteki madde sayısının 5-10 katı olması gerektiğini söyleyen çalışmalar da vardır (103). Bizim çalışmamız bu kriterlere uygun olarak 35 madde için 401 kişilik örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Analizlerin sonucunda Barlett testi $p < 0,001$ olarak, KMO ise 0,864 olarak bulunmuştur. Bartlett testinin istatistiksel olarak anlamlı olması ve KMO değerinin 0,7'nin üstünde olmasıyla değişkenlerin faktör analizine uygunluğu gösterilmiştir (96). Madde analizi kapsamında ilk etapta madde-toplam puan korelasyonun 0,2 olması istenmiştir. Bu değeri sağlayamayan dört madde (9, 10, 12, 15) ölçekten çıkartılmıştır.

AFA'da en sık kullanılan yöntem temel bileşenler analizi'dir (96). Bu analiz sonucunda çıkan faktör yükleri, o değişkenin her bir faktöre ait gizli değişkeni içermesi oranıdır. Düşük faktör yükü, o maddenin faktörün ölçtüğü kavramsal yapıyla ilgili olmadığını gösterir. Literatürde değişkeni ölçekte tutmak için gerekli faktör yükü konusunda farklı yaklaşımlar olsa da faktör yükünün en az 0,3 olması gerektiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Birçok araştırmacı 0,4'ü alt sınır olarak kabul ederken, 0,5'i kabul eden çalışmalar da vardır (98). Bunun yanı sıra birden fazla faktör yükü 0,4'ün üzerinde olan maddelerin veya iki faktör yükü arasında 0,10'dan a fark olan maddelerin ölçekten çıkartılması önerilmektedir. Oluşturulan faktörlerin en az 3 madde içermesi yine faktörlerin geçerliği için tavsiye edilmektedir (96,97,104).

Bizim çalışmamızda AFA için temel bileşenler analizi'ni varimax yöntemiyle uygulayarak faktör yükleri değerlendirilmiştir. Faktör yükü 0,5'in altında olan 5 madde (9, 10, 12, 15, 20) tespit edilmiş olup bu maddelerin en uygun oldukları faktörler içerisindeki faktör yükleri sırasıyla 0,085; 0,051; 0,098; 0,109; 0,435 olarak saptanmıştır. Madde-toplam puan düşüklüğü sebebiyle ölçekten çıkartılması planlanan dört maddenin faktör yükünü en düşük olarak kabul edilebilecek faktör yükü olan 0,3'ün de altında saptanırken 20 numaralı madde 0,5'in altında da olsa ilk aşamada ölçek içerisinde tutulmasına, DFA sonrasında tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir. Faktör yükü birden fazla faktörde 0,4'ü geçen bir madde saptanmamış olup, en az madde içeren faktörün 3 madde içerdiği gözlenmiştir.

Oluşan yapının faktör sayısına karar verirken faktör sayısının az olarak seçilmesi, gerçek yapının ortaya çıkmamasına ve bazı önemli boyutların kaybolmasına sebep olabilir. Faktör sayısının fazla olarak hesaplanması ise sonuçların yorumlanmasını güçleştirir. Faktör sayısını belirlemede birkaç yöntemin beraber

kullanılmasını tavsiye edilmektedir. İlk olarak özdeğeri 1'den büyük olan faktörlerin dikkate alınması, sonrasında eğer toplam varyansı açıklama oranı belli bir yüzdeyi geçtiyse (%60-80) yeni faktör eklenmemesi, yeni eklenen faktörün varyans açıklama oranının belli bir yüzdede olması (%5-10), scree plot (yamaç-eğim grafiği) ile belirgin bir kırılma yaşandığı noktanın üstünde kalan faktörlerin alınması gibi yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (97,98).

Ölçeğin 31 maddeden oluşan versiyonu için açımlayıcı faktör analizi yapıldığında değeri birin üzerinde olan sekiz faktör tespit edilmiştir. Ancak bu faktörlerden beş tanesinin ardından gelenlerin varyans açıklama oranına etkisinin %5'ten az olduğu saptanmış ve beş faktörlü yapının en uygun yapı olduğu görülmüştür. Bu yapı toplam varyansın 57,3'ünü açıklamaktadır. Orijinal ölçekte ise özdeğeri 1'in üzerinde olan dokuz faktörlü yapı ve %5'in üstünde varyans açıklama oranına sahip faktörler dikkate alındığında üç faktörlü yapı ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Ancak düşük faktör yükleri sebebiyle tek faktörlü bir yapı tercih edilmiştir (11). Akdoğan tarafından yapılan Türkçe uyarlamada ise özdeğeri 1'in üzerinde olan faktörler dikkate alınmış ve ölçek dört faktörlü bir yapı göstermiştir (13).

Düşük faktör yükleri sebebiyle çıkartılan 4 maddenin ardından RSOÖ'nün 31 madde içeren 5 faktörlü yapıya sahip olduğu görüldü. Bu faktörlerin, RSOÖ'nün ölçmeyi amaçladığı bileşenlerle uyumlu olduğu ve kavramsal olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ardından AFA ile ortaya çıkan bu yapıyı test etmek amacıyla DFA yapılmıştır.

DFA'da, regresyon katsayıları gizli faktörlerden göstergeleri tahmin etmeye yarayan faktör yükleridir. Yapılan DFA sonrası 0,30'un altında faktör yükü gösteren bir madde (20. soru) saptandı. Bu maddenin aynı zamanda AFA sonucunda faktör yükü 0,44 olan madde olduğu görüldü ve bu madde çıkartılarak analiz tekrar edildi. Bunun sonucunda faktör yükü 0,4'ün altında olan bir madde saptanmadı (Şekil 5).

Uyum indeksleri, modelin uyumunu geliştirmesi muhtemel değişiklikleri gösterir. Uyum indeksleri; gizli değişkenler arasında yol ekleme, başlangıçta o gizli değişkenin göstergesi olarak belirtilmeyen gözlenen değişkenlere gizli değişkenler ekleme, gözlemlenen değişkenler arasına hata kovaryansları ekleme gibi değişiklikleri kapsar. Bu değişikliklerin sadece sayısal veriler üzerinden değil aynı zamanda kavramsal olarak da mantık dahilinde yapılması gerekmektedir (101).

Çalışmamızda modelin uyumunu arttırmak adına χ^2 değerinde 20 ve üzeri düşüş sağlayacak olan hata düzeltmeleri yapılmıştır. Bu sayede modelin uyum indeksine anlamlı derecede katkı sağlayacak düzeltmelerin yapılması amaçlanmıştır. Uyum indeks değeri en yüksek olan (60,2 45,3 37,5) üç madde arasında hata kovaryansları oluşturulmuştur (35-33;35-34;24-23). Bu kovaryanslar aynı faktör yükleri içerisinde yer alan sorular arasında oluşturulmuştur ve bu soruların ilişki içinde olması kavramsal olarak mantıklı görünmektedir.

DFA sonucunda modelin uygunluğunu değerlendirmek için uyum testlerine bakılması önerilmektedir. Her uyum testi farklı konularda bilgi verir bu yüzden birden fazla uyum indeksini raporlamak gerekmektedir (98,101).

2.2 Mutlak Uyum İndeksleri

Mutlak uyum indeksleri “açıklanamayan varyanslar kayda değer mi?” sorusuna cevap arar. En yaygın kullanılan mutlak uyum indeksi ki kare modelidir. Ki kare/serbestlik derecesi oranı küçük olduğunda uyumun iyi olduğu kabul edilir. Ki kare istatistik yöntemi örneklem büyüklüğüne bağlı olduğundan sınırlı bir indekstir. Ki kare /serbestlik derecesinin <5 olması modelin kabul edilebilir olduğunun, <2 olması ise modelin iyiliğinin göstergesidir (98,101,104). Bizim modelimizin ki kare/serbestlik derecesi değeri 2,059 olarak bulunmuştur bu da modelin uyumunun iyi olduğunun göstergelerinden biridir.

Mutlak uyum indekslerinin bir başkası kök artık kareler ortalaması uyum indeksidir (Root Mean Square Residual- RMR). RMR değerinin yorumlanmasındaki sorunlar sebebiyle standardize edilmiş RMR (SRMR) değeri daha sık kullanılmaktadır (101). SRMR değerinin 0,10’un altında olması genellikle kabul edilebilir olarak değerlendirilirken bu değerin 0,08’in altında olmasını öneren yayınlar da vardır (102) (105). Bizim çalışmamızda SRMR değeri 0,054 olarak bulunmuştur. Bu da modelin uygunluğunu gösteren kriterlerden biridir.

2.3 Tutumluluk Düzeltmesi İndeksleri

Bu düzeltmeler, genel olarak karmaşık modelleri değerlendirirken modeli daha az uygun bulma eğilimindedir. Kök artık kareler ortalaması uyum indeksi (Root mean square error of Approximation- RMSEA) en sık kullanılan indekstir. Hassas bir ölçüm yöntemi olmasına rağmen örneklem sayısından etkilenmesi olumsuz özelliğidir.

RMSEA değerinin 0,05'e eşit veya altında olmasının model uygunluğu için iyi olduğu, 0,5 ile 0,8 arasındaki değerlerin kabul edilebilir hata içerdiği 0,10 veya üzeri olanlarınsa uygunluğunun yetersiz olduğu belirtilmektedir. Yine RMSEA'nın 0,6'ya yakın veya daha düşük olmasının model uyumluluğunu gösterdiğini söyleyen çalışmalar da vardır (101,102,105). Ayrıca RMSEA değerin %90 güven aralığı ile beraber verilmesi de önerilmektedir. Bu güven aralığı arasındaki farkın 0,10'un üzerinde olması uyum indekslerinin yorumlanması konusunda güvensizliğe sebep olmaktadır (102). Bizim çalışmamızda da RMSEA değeri 0,051 (% 90 GA; 0,046-0,056) olarak bulunmuştur. Bu da modelimizin uyum açısından iyi olduğunun göstergelerinden biridir.

2.4 Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri

Bu grupta en çok kullanılan indeks karşılaştırmalı uyum indeksidir (Comperative fit index- CFI). CFI değerin 0,95'e yakın veya üzerinde olması istenen bir durumdur. Yine bazı araştırmacılar bu değerin 0,90'ın üzerinde olmasının kabul edilebilir ölçüde iyi bir modelin göstergesi olduğunu belirtmiştir (101,102,105). 250'nin üzerinde örnekleme sahip ve 30 ve üzeri maddeden oluşan ölçekler için 0,90 ve üzeri değerin yeterli olduğunu söyleyen araştırmacılar da vardır (97). Bizim çalışmamızda CFI değeri 0,926 olarak bulunmuştur ve bu değer modelin uyumlu olduğunu göstermektedir.

Karşılaştırmalı uyum indekslerinden bir başka sık kullanılanı Tucker-Levis indeksidir (TLI). Bu indeksin de CFI'ya benzer şekilde 0,95'in üzerinde olması veya 0,90'nın üzerinde olması istenir (101,102,105). Bizim çalışmamızda bu indeks 0,918 olarak bulunmuş ve modelin uyumluluğunu göstermiştir.

Bu uyum indekslerinin yanı sıra birçok uyum indeksi daha bulunsa da RMSEA, SRMR, CFI, TLI ve ki kare çalışmalarda raporlanması tavsiye edilen modelin uyumu için yeterli fikir veren uyum indeksleri olarak kabul edilmektedir (102,105)

3. Ölçeğin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Klasik ölçüm kuramında güvenilirlik; test veya ölçek sonuçlarının kavramsal yapıya ilişkin olguyu doğru bir şekilde ortaya çıkarması, ölçüm farklı yerlerde uygulandığında benzer sonucu vermesidir. Modern ölçüm kuramında ise güvenilirlik örneklemden bağımsız olarak maddeye verilen "yanıtın fonksiyonudur" (98).

Güvenirlik, ölçümün tutarlılığıyla ilgilidir. Güvenilir bir ölçeğin sonuçları ölçek farklı yerlerde uygulandığında benzer sonucu vermelidir. Yani bağımsız ölçümlerde

benzer kararlı sonuç alınmalıdır. Güvenirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü, ölçeğin üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir (106).

Çalışmamızın güvenilirliğinin kontrolünde Cronbach alfa, madde-toplam puan korelasyon ve Guttman Split-Half korelasyonuna bakılmıştır.

3.1 Cronbach Alfa

Cronbach alfa iç tutarlığı analiz etmeye yarayan bir güvenirlilik testidir. Maddelerin varyans değerlerinin toplamı, toplam puanların varyansından ne kadar küçükse alfa değeri o kadar yüksektir. Katılımcıların yanıtları kendi içinde tutarlı, örneklemdaki katılımcılar arasındaki değişkenlik ise büyük olmalıdır (98). Alfa değeri 0,80 ise, gözlemlenen toplam puan varyansının % 20'sinin rastgele hatadan kaynaklandığı tahmin edilmektedir (102). Cronbach alfa değerinin yorumlanması için de literatürde uzlaşılmış bir görüş yoktur; ancak genel olarak 0,40 veya 0,50'nin altındaki değerler yetersiz olarak yorumlanmaktadır. 0,70'in üzerindeki değerlerse iyi ve güvenilir olarak kabul edilebilir, 0,8 ve üzeri değerler çok iyi 0,90'ın üzeri ise harika olarak değerlendirilebilir (99).

Bizim çalışmamızda ölçekten herhangi bir madde çıkartılmadan önce Cronbach alfa değeri 0,821 olarak bulunmuştur. Analizler sonucunda 5 maddenin ölçekten çıkartılmasının ardından ise bu değer 0,861 olarak bulunmuştur. Bu değer iç tutarlılığın çok iyi olduğunu göstermektedir. Herhangi bir madde ölçekten çıkartıldığında bu değerde kayda değer bir iyileşme gözlenmemiştir. Oluşturulan 5 faktörün Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,930; 0,890; 0,809; 0,792; 0,656 olarak bulunmuştur. Dört faktörün Cronbach alfa değeri çok iyi denebilecek seviyede beşinci faktörün (ruhsal bozukluk tedavi bilgisi) Cronbach alfa değeri orta seviyede bulunmuştur. Cronbach alfa değerinin düşük madde sayısı söz konusu olduğunda daha düşük çıktığı bilinmektedir (99). Cronbach alfa değeri 0,656 olarak saptanan 5. faktörün üç maddeden oluşması bu değer için görece düşük olmasının sebeplerinden birisi olabilir.

RSOÖ'nün geliştirildiği orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,873 olarak bulunmuştur (11). İngiltere ve ABD'de aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda ise Cronbach alfa değerleri 0,893 ve 0,850 olarak bulunmuştur (107,108) . Vietnamca versiyonun ise Cronbach alfa değeri 0,72; Farsça versiyonun ise 0,74 olarak bulunmuştur (109) (110). Farsça olarak uygulanan başka bir versiyonda ise 0,789 olarak bulunmuştur (111).

3.2 Madde-Toplam Puan Korelasyonu ve Guttman Split-Half Katsayısı

Madde puanıyla testin toplam puanının arasındaki korelasyona bakmak maddelerin güvenilirliklerini yönelik bir testtir. Bu korelasyon katsayısının 0,30'un üzerinde olması tercih edilir ancak 0,20'nin üzerinde olması da kabul edilebilirdir (98). Çalışmamızda ölçeğin 35 soruluk halinin madde-toplam puan korelasyonuna bakıldığında dört maddenin korelasyon katsayısının 0,2 altında olduğu görülmüştür. Bu dört madde (9,10,12,15) yapılan faktör analizleri sonucunda faktör yükü düşük bulunan aynıdır. Aynı zamanda bu dört madde dışında en düşük korelasyon katsayısına sahip olan ($r=0,216$) 20. Madde DFA sonucunda ölçekten çıkartılmıştır. Kalan 30 madde içinde madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,2'nin altında kalan bir madde olmamıştır.

Guttman Split-Half katsayısı ölçeğin iki yarısının birbiriyle olan korelasyonunu temel alan bir güvenilirlik testidir (98). Ölçeğimizde Guttman Split-Half katsayısı 0,875 olarak bulunmuş ve yüksek güvenilirlik yönünde yorumlanmıştır.

4. RSOÖ'nun Orijinal Ölçek ve Diğer Versiyonlarla Karşılaştırılması

Dil geçerliği daha önceden yapılmış olan bu ölçeği toplumu temsil edebilecek bir popülasyonda uyguladık. Yapılan AFA ve DFA testlerin sonra 35 soru ve tek faktörlü yapıdan oluşan RSOÖ'nun Türkçe uyarlanmış halinin 30 soru ve 5 alt boyutlu şekilde uygun olarak modellendiğini tespit ettik. Bu modelin aynı zamanda güvenilir olduğu da bulundu.

O'Connor tarafından oluşturulan orijinal ölçek RSOYA'nın temel yapısını oluşturan altı özellikten de sorular içermekteydi. Bizim yaptığımız analizler sonrası düşük faktör yükü sebebiyle ölçekten çıkartılan sorulardan sonra risk faktörü ve sebepleriyle ilgili bilgileri ölçen sorular çıkartılmıştır. Bu sebeple RSOÖ'nün bizim modellediğimiz hali altı temel özellikten beş tanesini ölçmektedir.

Orijinal ölçek tek faktörlü bir yapı gösterirken bizim versiyonumuz beş faktörlü bir yapı göstermektedir; bu faktörler ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum, ruhsal bozukluklara yönelik tutum, ruhsal bozuklukları tanıma, ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma, ruhsal bozukluk tedavi bilgisi şeklinde adlandırıldı. Bu faktörler RSOYA'nın temel özellikleri olan ve orijinal ölçeğin oluşturulmasında başlangıç noktası olan; spesifik hastalıkları tanıma becerisi, ruh sağlığı bilgisine nasıl ulaşılacağı bilgisi, risk

faktörleri ve sebeplerin bilgisi, kendi kendine tedavi bilgisi, profesyonel yardım ve yardıma ulaşma bilgisi ve ruhsal hastalıkları tanımayı ve uygun yardım aramayı destekleyen tutumlar ile eşlemeleri tabloda verilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. RSOÖ faktörleri ve RSOYA'nın özellikleri

Soru numaraları	RSOÖ Faktörleri	RSOYA kapsamını oluşturan özellikler
29-30-31-32-33-34-35	Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum	Ruhsal hastalıkları tanımayı ve uygun yardım aramayı destekleyen tutumlar
21-22-23-24-25-26-27-28	Ruhsal bozukluklara yönelik tutum	
1-2-3-4-5-6-7-8	Ruhsal bozuklukları tanıma	Spesifik hastalıkları tanıma becerisi
16-17-18-19	Ruhsal bozukluk bilgisine ulaşma	Ruh sağlığı bilgisine nasıl ulaşılabileceği bilgisi
11-13-14	Ruhsal bozukluk tedavi bilgisi	Kendi kendine tedavi bilgisi
		Profesyonel yardım ve yardıma ulaşma bilgisi
		Risk faktörleri ve sebeplerin bilgisi

Görülen bu faktörlü yapı RSOÖ toplam puanının yanı sıra her bir faktör toplam puanının ölçülebilmesini sağlamaktadır. Hem tanımlayıcı çalışmalarda durumun tespitini kolaylaştırması, hem de yapılacak müdahalelerde planlamanın daha spesifik yapılmasını kolaylaştırmak adına faktör puanları kullanılabilir.

RSOYA'nın daha önceden Akdoğan tarafından yapılan Türkçe geçerlik güvenirliğinde ise 35 soruluk RSOÖ 22 soruluk bir ölçek haline gelmiştir. Bunun sonucunda RSOYA'nın ölçmeyi amaçladığı altı özellikten üçü feda edilmiştir (ruh sağlığı bilgisine nasıl ulaşılabileceği bilgisi, kendi kendine tedavi bilgisi ve profesyonel yardıma ulaşma bilgisi) (13). Orijinal ölçeğin geliştirilmesi esnasında madde- toplam puan korelasyonu düşük olduğu gözlenen altı sorunun ölçeğin RSOYA'nın özelliklerini kapsamaması istendiği için tekrar ölçeğe alındığı belirtilmiştir (11). Bu sebeple 22 soruluk haliye ölçek geçerli ve güvenilir olsa da RSOYA'nın yansıtmak istediği kapsamı tam olarak yansıtamayabilir.

RSOÖ Vietnam versiyonu 31 soru ve dört faktörden oluşmuştur; ruhsal bozuklukları tanıma becerisi (8 soru), ruh sağlığıyla ilgili bilgiye nereden ulaşılabileceği bilgisi (4 soru), ruhsal bozukluk tedavi bilgisi (3 madde), ruh sağlığına yönelik tutumlar (16 soru). Ölçeğin Vietnam versiyonun gösterdiği yapının bizim modelimizdeki yapıya oldukça benzediği görülmektedir (109).

RSOÖ Farsça versiyonu ise DFA uygulanarak oluşturulmuştur ve son hali 29 soru ve 5 faktörden oluşmaktadır; ruh sağlığıyla ilgili bilgiye nereden ulaşılacağı bilgisi (4 soru), ruhsal bozuklukları tanıma becerisi (8 soru), kendi kendine tedavi bilgisi (2 soru), risk faktörü ve sebeperli bilgisi (2 soru), ruh sağlığına yönelik tutumlar (10 soru).

Son zamanlarda RSOÖ'nün yeni bir Farsça versiyonu daha yapılmıştır. DFA kullanılarak oluşturulan model 30 soru ve beş faktörlü yapıdan oluşmaktadır. Bu faktörler; ruhsal bozuklukları tanıma becerisi (11 soru), ruh sağlığı profesyonellerine güven (2 soru), ruh sağlığıyla ilgili bilgiye nereden ulaşılacağı bilgisi (4 soru), ruhsal bozukluklarla ilgili inançlar (4 soru), ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlar (9 soru). Bu ölçekte orijinal ölçekteki 10,12,20,21 ve 22. soruların çıkartıldığı belirtilmiştir (112). Bizim çalışmamızda çıkartılan beş sorudan üçünün (9,12,20) aynı olduğu görülmektedir.

Farklı ülkelerde yapılan RSOÖ uyarlama çalışmalarında çıkan yapılar da bizim çalışmamızda bulduğumuz yapıya benzerdir. Gerek faktör sayısı gerek soruların faktörlere dağılımı gerekse ölçekten çıkartılan sorular, çalışmaların planlaması ve kültürel farklılar sebebiyle bazı değişiklikler gösterse de, benzer bir yapı göstermektedir.

5. RSOÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi

RSOÖ toplam puan ortalaması orijinal ölçekte, alınabilecek 160 puan üzerinden $127,4 \pm 12,6$ olarak bulunmuştur (11). İngiltere'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise RSOÖ toplam puan ortalaması $122,9 \pm 12,1$, ABD'de din adamlarıyla yapılan bir çalışmada ise $134,2 \pm 10,8$ olarak tespit edilmiştir.

RSOÖ'nün İran'da genel popülasyona uygulanan versiyonunda RSOÖ toplam puanı 160 puan üzerinden $102,75 \pm 10,17$ olarak tespit edilmiştir. RSOÖ Vietnam versiyonu ise Vietnamlı öğretmenler üzerinde yapılmıştır, araştırmacı tarafından 35 soruluk versiyon için 160 maksimum puana göre düzeltilmiş ortalama puanı $106,15 \pm 10,37$ olarak bulunmuştur (109,110).

Bizim çalışmamızda ise alınabilecek 139 puan üzerinden ortalama $95 \pm 13,5$ olarak bulunmuştur. Ölçekler arasında karşılaştırma yapabilmek için ölçeğin bizim versiyonumuzdaki madde ortalama puanı (3,17) çıkarılan soru sayısı (5) ile çarpılarak ölçek puanına eklenmiştir; bu puan 110,8 olarak hesaplanmıştır.

Bizim çalışmamızda bulunan RSOÖ toplam puanının İngiltere, ABD ve Avustralya'da ölçülen RSOÖ puanlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar belli bir gruba (üniversite öğrencileri, din adamları) uygulanmış çalışmalardır. Ölçeğin uygulandığı ülkelerin ve toplumların farklı yapılarının yanı sıra çalışmaların uygulandığı spesifik gruplar da yüksek ortalamayı etkilemiş olabilir.

İran ve Vietnam'da yapılan çalışmalarda ise genel olarak bizim bulduğumuz sonuçlara yakın sonuçlar bulunduğu gözlenmiştir. Ülkelerin kültürel yapıları, ruhsal bozukluklara bakış açıları, sağlık sistemleri bu sonuçlara sebep olmuş olabilir.

5.1 Cinsiyet

RSOYA ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda kadınların RSOYA erkeklerinkinden daha iyi bulunmuştur. Cinsiyet üzerine odaklanan RSOYA çalışmalarına bakılacak olursak; 373 Avustralyalı üzerinde yapılan bir çalışmada erkeklerin kadınlardan daha düşük RSOYA'ya sahip olduğu bulunmuştur. Erkeklerin ruhsal bozukluğu daha yanlış tahmin ettiği, semptomları daha az ciddi olarak derecelendirdiği, bireyin bu hastalıklar üzerinde kontrolünün daha fazla olduğuna inandığı ve anksiyete ya da psikoz tedavisi gereksinimlerini daha az desteklediği bulunmuştur (113).

Genç nüfusta 1207 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların depresyonu tanıma oranı erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (%61 -%35). Yine bu çalışmaya göre erkekler ruhsal bozukluklarda yardım aramaya daha az istekli ve depresyon için alkol gibi maddeleri kullanmaya daha eğilimlidir (114). ABD'de 18 yaş altı 1104 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada da kızların erkeklere göre depresyonu tanıma ihtimalinin daha yüksek olduğu, bu ayrımın sosyal anksiyetede ise saptanamadığı bulunmuştur (115). Yine kadınların erkeklerden daha yüksek yardım arama davranışı sergilediği gösterilmiştir (116–118).

Bizim çalışmamızda da kadınların RSOYA toplam skoru erkeklerden istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $96,8 \pm 13$ $93,5 \pm 13,7$; $p=0,018$). Faktörlere baktığımızda ise ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum puanı kadınlarda $15,3 \pm 5,8$ erkeklerde ise $13,8 \pm 5,9$ olarak bulunmuştur ($p=0,006$). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu bulunmuştur. Alt boyutlar ve

cinsiyet arasındaki ilişkinin daha net anlaşılması için daha çok çalışma yapılması önerilmektedir.

5.2 Medeni Durum

Medeni durum ile RSOYA arasındaki ilişkiyi incelediğimizde Avrupa genelinde yapılan çalışmada yardım arama davranışının hiç evlenmeyenlerde evlilere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (116). Çocukların ruhsal bozuklukları üzerinde 1393 yetişkinle yapılan bir çalışmada ise evli olanların evli olmayanlara göre aile hekiminden yardım arama davranışının daha yüksek olduğu görülmüştür (79). İrlanda’da 1001 kişiyle yapılan bir çalışmada evlilerin şizofreniyi tanıma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (119). Bizim çalışmamızda ise bekarların RSOÖ toplam puanın evlilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $97,6 \pm 13,1$ $93,5 \pm 13,5$; $p=0,016$). Faktörlerden ruhsal bozukluklara yönelik tutum ve ruhsal hastalık bilgisine ulaşma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=0,008$ ve $0,033$). Literatürde medeni durum ile RSOYA arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar vardır. Bunlar çalışmaların yapıldığı ülkeler ve popülasyonlardaki farklılıklar sebebiyle olabilir.

5.3 Eğitim Durumu

Japonya’da 8163 kişide yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi düştükçe RSOYA’nın düştüğü gözlemlenmiştir (120). Avustralya’da 774 üniversite öğrencisi ve 422 üniversite çalışanı üzerinde yapılan araştırmada hem ruhsal bozukluğu tanımda hem yardım arama davranışında yüksek eğitim seviyesinin daha iyi olduğu gösterilmiştir (118). Hispanik kadın grubunda 319 kişiyle yapılan bir çalışmada depresyon bilgisi ve stigma skoru eğitim seviyesi ile ilişkili bulunmuştur (121). Bizim çalışmamızda da üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olanların olmayanlardan daha yüksek RSOÖ puanına sahip olduğu görülmüştür (sırasıyla $99,5 \pm 10$ $91 \pm 14,1$ $p<0,001$). Yüksek eğitim seviyesindeki kişilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutum hariç bütün faktörlerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek skora sahip olduğu görülmüştür.

5.4 Gelir Algısı

Gelir algısı ile RSOYA arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya literatürde rastlanmasa da hane halkı geliriyle RSOYA, yardım arama davranışı arasında pozitif bir

ilişki olduğu görülmektedir (122,123). Bizim çalışmamızda gelirin giderinden düşük olduğu düşünülen grubun RSOÖ puanının gelirin giderine eşit olduğunu veya gelirin giderinden yüksek olduğunu düşünen kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla $90,7 \pm 14$, $96,8 \pm 12,1$ $95,7 \pm 12,1$ $p=0,003$). Ruhsal bozukluklara yönelik tutum gelir algısı az olan grupta diğer gruplardan daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $28,3 \pm 8,5$ $31,5 \pm 7,1$ $31,5 \pm 6,7$ $p=0,004$).

5.5 Kronik Hastalık

Literatürde kronik hastalığı olan kişilerin RSOYA seviyelerini ölçen çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan ve olmayan kişilerin RSOÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark saptanamamıştır (sırasıyla $95,5 \pm 16,2$ $94,9 \pm 12,9$ $p=0,665$).

5.6 Ruhsal Bozukluk Deneyimi

Ölçeğin orijinal halinde ruhsal bozukluğu olan kişilerin, ruh sağlığı profesyonellerinden yardım alanların ve arkadaş veya ailesinde ruhsal bozukluğu olanların RSOÖ puanının bu gruplardan olmayan kişilerden daha fazla olduğu görülmüştür (11). Yine 400 üniversite öğrencisi ile İngiltere’de yapılan bir çalışmada, ruhsal bozukluk tanısı olan kişilerin ve ruh sağlığı ile ilgili konularda çalışma yapanların; bu ruhsal bozuklukları tanıma ihtimallerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (124). Üniversite öğrencileri üzerinde 225 kişiyle depresyon ve şizofreni semptomlarını tanıma üzerinde yapılan bir çalışmada; bu konuyla ilgili daha önceden çalışmak, ruhsal bozukluklarla ilgili bir işte çalışmak, ruhsal bozukluk yaşamak, ruhsal bozukluk için tedavi almanın semptomları daha iyi tanımada etkili olduğu gösterilmiştir (125). Avusturalya’da 15 yaş ve üzeri 6019 kişide yapılan başka bir çalışmada; yakın bir arkadaşı veya aile üyesi vaka örneğinde geçen ruhsal bozukluk hikayesi olanların bu bozukluğu bütün vakalarda anlamlı olarak daha doğru saptadığı, kendisi aynı bozukluğu yaşamış kişilerin ise bazı vakalarda anlamlı oranda daha yüksek sonuçlara sahip olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda ruhsal bozukluğu olan bireylerin olmayanlardan RSOÖ toplam puanı (sırasıyla $105,8 \pm 17,3$ $94,2 \pm 12,8$ $p<0,001$) ve bütün faktör toplam puanlarının (ruhsal hastalıklara yönelik tutum hariç) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Yine alışmamızda ruhsal bozukluk tedavisi alan bireylerin almayanlardan RSOÖ toplam puanı (sırasıyla 107,3±17,8 94,3±12,9 $p<0,001$) ve bütün faktör toplam puanlarının (ruhsal hastalık bilgisine ulaşma) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Ruhsal bozukluğa sahip bir yakını olan kişilerin olmayanlara göre RSOÖ toplam puanı, (105,4±12 93,34±13,2 $p<0,001$) ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutum ve ruhsal bozukluk tedavi bilgisi faktör puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan çok değişkenli analiz sonucunda da yüksek eğitim seviyesi, gelir algısının düşük olmaması ve ruhsal bozukluğu olan bir yakının olmasının yüksek RSOÖ ile ilişkili olduğu görölmüştür. Bu durumun da yukarıda literatürde verilen sonuçlarla benzer olduğu görölmektedir.

VIII. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI

1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Orijinal ölçek olarak RSOYA'yı ölçen, yeni, sık kullanılan, kaliteli bir ölçeğin kullanılması çalışmanın güçlü yanlarından (4). Ayrıca bu ölçeğin farklı dillere de uyarlanması sonucunda ölçeğin farklı popülasyonlara uygulanıp, grupların sayısal bir şekilde karşılaştırılması mümkündür.

RSOÖ ile ilgili çalışmaların genellikle belirli gruplarda yapıldığı düşünüldüğünde; araştırmamızın toplumu temsil eden bir popülasyonda uygulanması ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin toplum genelinde gösterilmiş olması açısından önemlidir. Aynı zamanda verilerin yüz yüze toplanmış olması ve çalışmanın eksik veri barındırmaması veri güvenirliği açısından çalışmanın artılarından.

Araştırmamızın sonucunda RSOYA'nın altı özelliğinden beş tanesinin ölçülebilir olması da çalışmamızın güçlü yönlerindendir.

2. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda aynı kişilere tekrar ulaşmak konusunda yaşanabilecek zorluklar sebebiyle ölçek yeniden uygulanamamıştır. Bu sebeple test-tekrar test güvenirliği ölçülememiştir.

RSOYA'yı ölçen; Türkçe, güvenilir başka bir araç bulunamadığı için RSOÖ'yü başka bir ölçekle karşılaştırmak mümkün olmamıştır.

IX. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Sonuçlar

Çalışmamız, Türkçe uyarlaması daha önceden yapılmış olan RSOÖ üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Yapılan Barlett ($p<0,001$) ve KMO testi 0,864 sonucunda verilerin faktör analizine uygunluğu görülmüştür. Madde-toplam puan korelasyonu 0,2'nin altında olan maddeler (9,10,12,15) çıkartılıp AFA uygulandığında ölçeğin beş alt boyuttan oluştuğu tespit edilmiştir. Daha sonra yapılan DFA sonrası faktör yükü 0,3'ün altında olan bir madde (20) ölçekten çıkartılmıştır. En yüksek uyum indeksine sahip üç madde arasında kovaryans oluşturuldu. Kontrol edilen bu beş alt boyutlu modelin uyum testleri sonucunda iyi bir uyum gösterdiği görüldü ($X^2/sd=2,059$; CFI=0,926; TLI=0,918; RMSEA=0,051; SRMR=0,054).

Ölçeğin 30 madde ve beş alt boyuttan oluşan son halinin Cronbach alfa değerinin 0,861 alt boyutlarının faktör yüklerinin ise 0,930 ile 0,656 arasında olduğu görülmüştür. Madde-toplam puan korelasyonu 0,2'nin altında, ortak varyansı 0,3'ün altında olan bir madde olmadığı görüldü. Yapılan analiz sonucu Guttman Split-Half katsayısı 0,875 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç olarak 35 maddeden oluşan orijinal ölçeğin Türkçeye uyarlanmış hali beş faktörlü ve 30 sorudan oluşmuş şekilde geçerli ve güvenilir olarak bulundu.

ABD, Birleşik Krallık, Avustralya gibi ülkelerde yapılan çalışmalarda RSOYA düzeyi bizim çalışmamızdan yüksek bulunurken İran ve Vietnam'da yapılan çalışmalarda bizim bulduğumuz düzeye yakın bulunmuştur.

RSOYA ile ilişki etkenler incelendiğinde kadınların, bekarların, üniversite ve üzeri eğitimi olanların, geliri giderine eşit veya fazla olanların, ruhsal bozukluğu olanların, ruhsal bozukluk için tedavi alanların, ruhsal bozukluğu olan yakını olanların daha yüksek RSOYA puanına sahip olduğu görülmüştür

2. Öneriler

Çalışmamız sonucunda RSOÖ'nun 30 madde ve beş alt boyuttan oluşan versiyonunun ülkemizde yapılacak RSOYA ile ilgili çalışmalarda kullanılması

önerilmektedir. İlk etapta tanımlayıcı çalışmalar ile ülkemizdeki RSOYA durumunun ve risk faktörlerinin tespit edilmesi ve daha sonra müdahale çalışmalarının buna göre planlanması önerilebilir.



X. KAYNAKÇA

1. Sørensen K. Defining Health Literacy: Exploring Differences and Commonalities. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. International Handbook of Health Literacy. Policy Press; 2019. p. 5–21.
2. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med [Internet]. 2008;67(12):2072–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
3. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1211–59.
4. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. BMC Psychiatry [Internet]. 2015;15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
5. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: A meta-analysis. Diabetes Care. 2008;31(12):2383–90.
6. Chisholm D, Flisher A, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet. 2007;370(9594):1241–52.
7. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry. 2010 Dec 30;10(1):113.
8. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust. 1997;166(4):182–6.
9. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2018;32(5):757–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
10. O’Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy-a review of scale-based measures. J Ment Heal. 2014;23(4):197–204.
11. O’Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. Psychiatry Res [Internet]. 2015;229(1–2):511–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
12. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: A systematic review. BMC Psychiatry [Internet]. 2016;16(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1012-5>
13. Akdoğan E. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi. 2018.

14. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Educ Monogr.* 1974;2:1–10.
15. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):80. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
16. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy.* 2016;37(3):334–52.
17. Joint Committee on National Health Education Standards. *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy.* 1995;
18. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998;1(1):113–27.
19. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA. *Health Literacy Report of the Council on Scientific Affairs.* JAMA [Internet]. 1999 Feb 10;281(6):552–7. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
20. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Compilers. National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. *Natl Libr Med Curr Bibliogr Med Heal Literacy* [Internet]. 2000;(January 2000):33 p; 617 citations. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/hliteracy.html>
21. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):878–83.
22. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31(1):19–26.
23. Naghibi Sistani MM, Montazeri A, Yazdani R, Murtomaa H. New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *J Investig Clin Dent.* 2014;5(4):313–21.
24. Helitzer D, Hollis C, Sanders M, Roybal S. Addressing the other health literacy competencies-knowledge, dispositions, and oral/aural communication: Development of TALKDOC, an intervention assessment tool. *J Health Commun.* 2012;17(SUPPL. 3):160–75.
25. Jhummon-Mahadnac ND, Knott J, Marshall C. A cross-sectional study of pandemic influenza health literacy and the effect of a public health campaign. *BMC Res Notes.* 2012;5.
26. Kim MT, Song HJ, Han HR, Song Y, Nam S, Nguyen TH, et al. Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012;87(2):165–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.005>
27. Yamashita T, Kart CS. Is diabetes-specific health literacy associated with diabetes-related outcomes in older adults? *J Diabetes.* 2011;3(2):138–46.
28. Dunn KI, Goldney RD, Grande ED, Taylor A. Quantification and examination of depression-related mental health literacy. *J Eval Clin Pract.* 2009;15(4):650–3.
29. Hironaka LK, Paasche-Orlow MK, Young RL, Bauchner H, Geltman PL.

- Caregiver health literacy and adherence to a daily multi-vitamin with iron regimen in infants. *Patient Educ Couns*. 2009;75(3):376–80.
30. Pati S, Mohamad Z, Cnaan A, Kavanagh J, Shea JA. Influence of maternal health literacy on child participation in social welfare programs: The philadelphia experience. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1662–5.
 31. Otal D, Wizowski L, Pemberton J, Nagel K, Fitzgerald P, Walton JM. Parent health literacy and satisfaction with plain language education materials in a pediatric surgery outpatient clinic: A pilot study. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2012;47(5):964–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2012.01.057>
 32. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2010;79(1):43–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.035>
 33. Mackert M, Champlin S, Su Z, Guadagno M. The Many Health Literacies: Advancing Research or Fragmentation? *Health Commun* [Internet]. 2015;30(12):1161–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2015.1037422>
 34. Levin-Zamir D, Lemish D, Gofin R. Media Health Literacy (MHL): Development and measurement of the concept among adolescents. *Health Educ Res*. 2011;26(2):323–35.
 35. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth literacy scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):1–7.
 36. Sorensen K, Pleasant A. Defining Health Literacy. In: Logan RA, Siegel ER, editors. *Health Literacy New Directions in Research, Theory and Practice*. IOS Press; 2017. p. 3–17.
 37. Okan O. From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy*. 2019. p. 21–39.
 38. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. *AARN News Lett*. 1974;32(6):1–5.
 39. WHO. The Ottawa Charter for health promotion: First international conference on health promotion,. 1986;
 40. Fourth T, Conference I, Promotion H, Players N, Era N, Promotion LH. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. 1997;(July):21–5.
 41. Kickbusch IS. Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promot Int*. 2001;16(3):289–97.
 42. World Health Organization [WHO]. Health Literacy and Health Promotion. 7th Glob Conf Heal Promot “Promoting Heal Dev Closing Implement Gap”, Nairobi, Kenya, 26-30 Oct 2009 [Internet]. 2009; Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
 43. Organization WH. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promot Int*. 2017;32(1):7–8.

44. Bröder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg TM, et al. Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–25.
45. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009;54(5):303–5.
46. Pleasant A, Maish C, O’Leary C, Carmona R. Measuring health literacy in adults: An overview and discussion of current tools. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy*. Policy Press; 2019. p. 67–81.
47. Parker RM, Baker DW, Willia M V., Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients’ literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537–41.
48. Dumenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA. On the Validity of the Shortened Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Commun Methods Meas*. 2013;7(2):134–43.
49. Barry D, Weiss, Mary Z, Mays, William Martz, Kelley Merriam Castro, Darren A, DeWalt, Michael P, Pignone, Joy Mockbee FAH. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*. 2005;514–22.
50. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
51. Rowlands G, Shaw A, Jaswal S, Smith S, Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: A qualitative model from adult learners. *Health Promot Int*. 2017;32(1):130–8.
52. Rowlands G, Protheroe J, Winkley J, Richardson M, Seed PT, Rudd R. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: An observational study. *Br J Gen Pract*. 2015;65(635):e379–86.
53. Mantwill S, Diviani N. Health Literacy and health disparities: A global perspective. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy*. 2019. p. 139–53.
54. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107.
55. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010;25(3):464–77.
56. Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey. *Aging Male* [Internet]. 2019;22(4):272–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1437901>
57. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors Affecting Health Literacy in Adults: a Community Based Study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2017;10(1):100–9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=123010438&site=ehost-live>

58. WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948. 1948;
59. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553–98.
60. Frankish H, Boyce N, Horton R. Mental health for all: a global goal. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10157):1493–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32271-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32271-2)
61. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2002;23(1):51–61.
62. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*. 2017;210(2):119–24.
63. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*. 2007;190(APR.):299–306.
64. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2018;12(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1>
65. Jorm AF. Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231–43.
66. Jorm AF. The concept of mental health literacy. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International Handbook of Health Literacy*. 2019. p. 53–61.
67. Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(10):810–7.
68. L. H. Andrade, J. Alonso, Z. Mneimneh, J. E. Wells, A. Al-Hamzawi, G. Borges E, Bromet, R. Bruffaerts, G. de Girolamo, R. de Graaf, S. Florescu, O. Gureje HR, Hinkov, C. Hu, Y. Huang, I. Hwang, R. Jin, E. G. Karam, V. Kovess-Masfety D, Levinson, H. Matschinger, S. O'Neill, J. Posada-Villa, R. Sagar NAS, C. Sasu, D. Stein, T. Takeshima, M. C. Viana, M. Xavier and RCK. *World Mental Health (WMH) Surveys*. 2015;44(6):1303–17.
69. Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(11):947–56.
70. Haller DM, Sanci LA, Sawyer SM, Patton GC. The identification of young people's emotional distress: A study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2009;59(560):159–65.
71. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*. 2013;103(5):777–80.
72. Rüsch N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Clare F, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental

- illness. *Psychiatr Serv*. 2011;62(6):675–8.
73. Compton MT, Hankerson-Dyson D, Broussard B. Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;189(1):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.041>
 74. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2015;68(4):435–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
 75. Reavley NJ, Jorm AF. Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: Changes in Australia over 16 years. *Br J Psychiatry*. 2012;200(5):419–25.
 76. Lam LT. Mental health literacy and mental health status in adolescents: A population-based survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8(1):1–8.
 77. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2009;24(4):225–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.06.010>
 78. Wang J, Adair C, Fick G, Lai D, Evans B, Perry BW, et al. Depression literacy in Alberta: Findings from a general population sample. *Can J Psychiatry*. 2007;52(7):442–9.
 79. Pescosolido BA, Jensen PS, Martin JK, Perry BL, Olafsdottir S, Fettes D. Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the national stigma study-children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2008;47(3):339–49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0>
 80. Loo PW, Wong S, Furnham A. Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2012;4(2):113–25.
 81. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “A disease like any other”? a decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010;167(11):1321–30.
 82. Burns JR, Rapee RM. Adolescent mental health literacy: Young people’s knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc*. 2006;29(2):225–39.
 83. Lubman DI, Hides L, Jorm AF. Beliefs of young people and their parents about the harmfulness of alcohol, cannabis and tobacco for mental disorders. *Med J Aust*. 2007;187(5):266–9.
 84. Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Griffiths KM, Wata Y. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Med*. 2005;3:1–14.
 85. Picco L, Abidin E, Chong SA, Pang S, Vaingankar JA, Sagayadevan V, et al. Beliefs about help seeking for mental disorders: Findings from a mental health literacy study in Singapore. *Psychiatr Serv*. 2016;67(11):1246–53.

86. Sahin H, Uyar SY. Turkish High School Students' Attitudes towards Seeking Professional Psychological Help. Online Submiss. 2011;2:251–9.
87. Link BG, Phelan JC. Onceptualizing tigma. Annu Rev Sociol. 2001;27(Lewis 1998):363–85.
88. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. Psychol Med. 2012;42(8):1741–52.
89. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and help seeking for mental health among college students. Med Care Res Rev. 2009;66(5):522–41.
90. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. Schizophr Bull. 2006;32(4):709–14.
91. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. Aust N Z J Psychiatry. 2014;48(1):61–9.
92. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2018;79(January 2017):52–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.010>
93. Holzinger A, Floris F, Schomerus G, Carta MG, Angermeyer MC. Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. Epidemiol Psychiatr Sci. 2012;21(1):73–85.
94. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. BMC Public Health. 2008;8:1–8.
95. Petscher Y, Schatschneider C, Compton DL. Applied quantitative analysis in education and the social sciences. Applied Quantitative Analysis in Education and the Social Sciences. 2013. 1–376 p.
96. Beavers AS, Lounsbury JW, Richards JK, Huck SW, Skolits GJ, Esquivel SL. Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. Pract Assessment, Res Eval. 2013;18(6):1–13.
97. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson RE. Multivariate Data Analysis. Vol. 7.baskı, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 2009.
98. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 2005. p. 12–723.
99. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. Res Sci Educ. 2018;48(6):1273–96.
100. Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISERL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks; 2007. 6–8 p.
101. Harrington D. Confirmatory Factor Analysis. Tripodi T, editor. Vol. 53, Cambridge university Press. Oxford University Press,; 2009.
102. Kline R. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 3. baskı. Vol. 20, Thought. THE GUILFORD PRESS; 2011.

103. Bryant FB, Yarnold PR. Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. L.G. G, Yarnold P.R., editors. American Psychological Association.; 1995.
104. Tabachnick B, Fidell L. Using Multivariate Statistics. Hartman S, editor. Vol. 20, Studies in Nonlinear Dynamics and Econometrics. Pearson Education; 2016.
105. Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Vol. 28, Drug and Alcohol Review. The Guilford Press; 2006.
106. Çakmur H. Measurement-reliability-validity in research. TAF Prev Med Bull. 2012;11(3):339–44.
107. Gorczynski P, Sims-schouten W, Hill D, Wilson JC. Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. J Ment Heal Training, Educ Pract. 2017;12(2):111–20.
108. Vermaas JD. Clergy characteristics as predictors of mental health literacy. Diss Abstr Int Sect B Sci Eng [Internet]. 2017;77(12-B(E)):No-Specified. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc13a&NEWS=N&AN=2016-58400-183>
109. Dang HM, Weiss B, Lam T, Ho H. Mental health literacy and intervention program adaptation in the internationalization of school psychology for Vietnam. Psychol Sch. 2018;55(8):941–54.
110. Noroozi A, Khademolhosseini F, Lari H, Tahmasebi R. The mediator role of mental health literacy in the relationship between demographic variables and health-promoting behaviours. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2018;12(2).
111. Nejatian M. A modified version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) in Iranian people. :1–23.
112. Heizomi H, Kouzekanani K, Asghari Jafarabadi M, Allahverdipour H. Psychometric Properties of the Persian Version of Mental Health Literacy Scale. Int JWomens Heal. 2020;12:513–20.
113. Gibbons RJ, Thorsteinsson EB, Loi NM. Beliefs and attitudes towards mental illness: An examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample. PeerJ. 2015;2015(6).
114. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, McGorry PD. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. Aust N Z J Psychiatry. 2006;40(9):790–6.
115. Coles ME, Ph D, Ravid A, Ph D, Gibb B, Ph D, et al. Adolescent Mental Health Literacy: Young People ' s Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. J Adolesc Heal [Internet]. 2016;58(1):57–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
116. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta file:///Users/bugragulle/Desktop/TEZ/cinsiyet7.pdfPsychiatrica Scand Suppl. 2004;109(420):21–7.

117. MacKenzie CS, Reynolds K, Cairney J, Streiner DL, Sareen J. Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety*. 2012;29(3):234–42.
118. Reavley NJ, McCann T V., Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(1):45–52.
119. Okeeffe D, Turner N, Foley S, Lawlor E, Kinsella A, O’Callaghan E, et al. The relationship between mental health literacy regarding schizophrenia and psychiatric stigma in the Republic of Ireland. *J Ment Heal*. 2016;25(2):100–8.
120. Kaneko Y, Yutaka M. Male Gender and Low Education with Poor Mental Health Literacy: A Population- based Study. *J Epidemiol*. 2007;17(4):114–9.
121. Lopez V, Sanchez K, Killian MO, Eghaneyan BH. Depression screening and education: An examination of mental health literacy and stigma in a sample of Hispanic women. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–8.
122. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health*. 2010;10(1):1–8.
123. Alegría M, Bijl R V., Lin E, Walters EE, Kessler RC. Income Differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(4):383.
124. Furnham A, Cook R, Martin N, Batey M. Mental health literacy among university students. *J Public Ment Health*. 2011;10(4):198–210.
125. Lauber C, Ajdacic-Gross V, Fritschi N, Stulz N, Rössler W. Mental health literacy in an educational elite - An online survey among university students. *BMC Public Health*. 2005;5:1–9.
126. Demir H, Dulgar O, Gulle BT, Turna H, Ilvan S. Prognostic value of aldehyde dehydrogenase 1 (ALDH1) in invasive breast carcinomas. *Bosn J Basic Med Sci*. 2018;18(4):313–9.

XI. EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Dr. Buğra Taygun GÜLLE tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Etik kurul onayı ile Prof. Dr. Selma KARABEY'in danışmanlığında tıpta uzmanlık tezi araştırması olarak yürütülmektedir. Bu araştırma sizin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinizi saptamaya yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu çalışmada toplanan kişisel bilgiler gizli tutulacak olup elde edilen veriler bilimsel bir araştırma için kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1.	Yaşınız:	
2.	Cinsiyetiniz:	1. Erkek 2. Kadın
3.	Medeni durumunuz:	1. Evli 2. Bekar
4.	Öğrenim durumunuz:	1. İlkokul mezunu 2. Ortaokul mezunu 3. Lise/Meslek lisesi mezunu 4. Yüksekokul mezunu 5. Üniversite mezunu 6. Yüksek Lisans/Doktora 7. Diğer.....
5.	Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	1. Gelirim giderimden fazla 2. Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden az
6.	Mesleğiniz?	
7.	Tanı konmuş bir kronik hastalığınız var mı?	1. Evet 2. Hayır Evet ise nedir?.....
8.	Ruhsal hastalık öykünüz veya tanınız var mı?	
9.	Şu an ruh sağlığı ile ilgili bir tedavi alıyor musunuz?	
10.	Ruhsal hastalık tanısı almış yakınınız var mı?	Evet ise tanısı nedir? ...

EK 2. Mental Health Literacy Scale (MHLS)

Mental Health Literacy Scale

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

Very unlikely = I am certain that it is NOT likely

Unlikely = I think it is unlikely but am not certain

Likely = I think it is likely but am not certain

Very Likely = I am certain that it IS very likely

1

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

Very unlikely	Unlikely	Likely	Very Likely
---------------	----------	--------	-------------

2

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

Very unlikely	Unlikely	Likely	Very Likely
---------------	----------	--------	-------------

3

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

Very unlikely	Unlikely	Likely	Very Likely
---------------	----------	--------	-------------

4

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

Very unlikely	Unlikely	Likely	Very Likely
---------------	----------	--------	-------------

5

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

Very unlikely	Unlikely	Likely	Very Likely
---------------	----------	--------	-------------

6

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

Very unlikely	Unlikely	Likely	Very Likely
---------------	----------	--------	-------------

7

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

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

8

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

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

9

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

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

10

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

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

When choosing your response, consider that:

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

11

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

Very unhelpful Unhelpful Helpful Very helpful

12

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

Very unhelpful Unhelpful Helpful Very helpful

When choosing your response, consider that:

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

13

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

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

14

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

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

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

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

15

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

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

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

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

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

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

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

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

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

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

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

Scoring

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

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

Maximum score – 160

Minimum score – 35

Reference

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

EK 3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonu

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

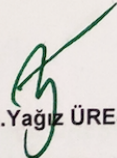
1. Çok yararlı olmaz: Yararlı olmadığına eminim 2. Yararlı olmaz: Sanırım yararlı olmaz ama emin değilim 3. Yararlı olur: Yararlı olabileceğini düşünüyorum ama emin değilim 4. Çok yararlı olur: Çok yararlı olduğuna eminim	Çok yararlı olmaz	Yararlı olmaz	Yararlı olur	Çok yararlı olur
11. Sizce uyku kalitesini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

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

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

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

EK 4. Etik Kurul İzni

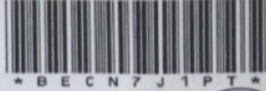
	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Sayı : 1007		Tarih : 16.08.2019
Konu: Prof. Dr. Selma KARABEY hk.		
Sayın Prof. Dr. Selma KARABEY Halk Sağlığı Anabilim Dalı İlgi: Halk Sağlığı Anabilim Dalının 08/08/2019 gün ve 161115 sayılı yazısı		
Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Buğra Taygun GÜLLE' nin yürüteceği 2019/968 dosya numaralı "Türkçeye Uyarlanmış Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Hasta Yakınlarında Geçerlik Güvenirlik Çalışması" başlıklı çalışma kurulumuzun 09/08/2019 tarih ve 13 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.		
 Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı		
Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu		

EK 5. Başhekimlik İzni

Tarih: 07/08/2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



* B E C N 7 J 1 P T *



Sayı :80994572-622.03-
Konu :Dr. Buğra Taygun GÜLLE
(Çalışma izni)

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :06.08.2019 tarih, 158339 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız incelenmiş olup, Tıpta uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmakta olan Dr. Buğra Taygun GÜLLE'nin "Türkçeye Uyarlanmış Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Hasta Yakınlarında Geçerlik Güvenirlik Çalışması" isimli Prof. Dr. Selma KARABEY danışmanlığındaki tıpta uzmanlık tezi kapsamında Eylül 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında Hastanemiz bünyesindeki cerrahi monoblok ve İç Hastalıkları binasındaki polikliniklere başvuran hasta yakınlarından ekte gönderilen anket kullanılarak veri toplaması ile ilgili talep etmiş olduğunuz çalışma izni Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ümmihan İŞOĞLU
Başhekim

EK :
7

Doğrulamak İçin:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BECN7J1PT>

İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Çapa/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38 Faks : 0 212 414 20 25/0 212 635 11 93
e-posta : iubilgi@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Ayşe AY Dahili : 35018



EK 6. Mental Health Literacy Scale Kullanım İzni



BUĞRA TAYGUN GÜLLE <bugragulle@istanbul.edu.tr>

Alici: m.oconnor, selmakarabey

19 Nis 2019 Cum 08:53



Dear Mr. O'Connor,

I am a research assistant at Istanbul University Istanbul Medical Faculty Department of Public Health. I plan to use Mental Health Literacy Scale which you developed and presented in your article named as "The mental Health Literacy Scale (MHLS): A New scale-based measure of mental health literacy" and implement this standardisation methodology for Turkish population for my thesis project, for which I work under supervision of Prof. Selma Karabey, M.D.

I would like to ask whether if you were contacted previously concerning the use of this scale from Turkey before, and kindly request your permission to use the scale.

Best Regards

Bugra Taygun Gülle, M.D.

Istanbul University, Faculty of Medicine

Department of Public Health



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

Alici: ben, selmakarabey@gmail.com

23 Nis 2019 Sal 04:22



İngilizce



Türkçe



İletiyi çevir

İngilizce için kapat

Hi Bugra,

Thank you very much for your interest in the MHLS, it is always a pleasure to hear from a researcher with a similar interest in this area. I am unsure whether there has been any translated/published work in Turkey – you will need to consult the literature. You are welcome to use the MHLS and translate it though

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

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

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

Please keep us updated on your research as we would be interested to hear how it progresses

Matt

EK 7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Kullanım İzni



Buğra Taygun Gölle <gullebugrataygun@gmail.com>

Alıcı: emineakdgn.78, Selma ▼

28 May 2019 Sal 13:04



Merhaba Emine Hanım,

Ben İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında asistan doktor Buğra. Prof. Dr. Selma Karabey danışmanlığında yapacağım uzmanlık tezimde; O'Connor tarafından geliştirilen sizin de yüksek lisans tezinizde Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği"ni kullanarak farklı popülasyonların ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek ve ruh sağlığı okuryazarlığı ile olası ilişkili faktörlere bakmayı planlamaktayım. Değişik popülasyonlardaki olası farklılıklar sebebiyle Türkçe uyarlamasını yaptığınız ölçeğin 35 soruluk formunu kullanmak için izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Dr. Buğra Taygun GÖLLE



Emine Akdoğan <emineakdgn.78@gmail.com>

Alıcı: ben ▼

8 Haz 2019 Cmt 19:57



Merhabalar Buğra Bey;

Öncelikle Ruh Sağlığı Okuyazarlığı kavramına olan ilginizden dolayı teşekkür ederim. Ülkemizin bu alanda daha çok çalışmaya ve farkındalığa ihtiyacı olduğunu düşünüyorum. Bu sebeple; Avustralyalı psikolog Matt O'Connor sayesinde dünyaya kazandırılan ve yine onun izni ile Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilimleri adına Türkçeleştirip, geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğum; Ruh Sağlığı Okuyazarlığı Ölçeği'ni kullanmanıza fazlasıyla memnun olurum.

Ölçeğin kullanımı ve puanlama sistemi ile ilgili bilgiler ekte sunulmuştur.

Kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla...

Ek 8. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Son Versiyonu (RSOÖ-30)

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

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

Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle İstemem	İstemem	Kararsızım	Muhtemel İsterim	Kesinlikle isterim
24. Ruhsal hastalığı olan birisiyle komşuluk yapmayı ne kadar isterdiniz?					
25. Ruhsal hastalığı olan biriyle sosyal bir etkinliğe katılmayı ne kadar isterdiniz?					
26. Ruhsal hastalığı olan birisiyle arkadaş olmayı ne kadar isterdiniz?					
27. Ruhsal hastalığı olan birisiyle iş yerinizde yakın olarak çalışmayı ne kadar isterdiniz?					
28. Ruhsal hastalığı olan birisinin ailenizden biriyle evlenmesini ne kadar isterdiniz?					
29. Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir politikacıya oy vermeyi ne kadar isterdiniz?					
30. Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir kişiyi işe almayı ne kadar isterdiniz?					

XII. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Buğra Taygun	Soyadı	GÜLLE
Doğ.Yeri	Manisa	Doğ.Tar.	18.09.1991
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	5376880788
Email	bugragulle@istanbul.edu.tr		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Lisans	Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi	2019
Lisans	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	2015
Lise	Çapa Anadolu Öğretmen Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Asistan Doktor	İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	2016-
2.	Pratisyen Hekim	Avcılar Toplum Sağlığı Merkezi	4 ay- (2015)
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi		76,25 (Yökdil 2017)

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	83,33768	84,32597	72,67868
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	Çok İyi
AMOS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- 1.Koker, O, Sahin, S, Adrovic, A, et al. A controversial topic in juvenile idiopathic arthritis: Association between biologic agents and malignancy. Int J Rheum Dis. 2020; 00: 1–9. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13906>
2. Onal A, Bozbuğa N, Uğurlucan M et al. İstanbul'un Silivri İlçesinde Periferik Arter Hastalığı Araştırılması, Nobel Med, 2020, 33:38
- 3.Gulle B, Oren M, Proteinlerin Beslenmedeki Yeri ve Önemi, Ed: Ozlu, C, Dahili Hastalarda Özel Beslenme ve Diyet Yönetmi, Akademisyen Kitabevi, 2019, ISBN: 978-605-258-664-8
- 4.I Sumbuloglu, S Karabey, B Gulle, E Saillard, E Koca, Suriyeli Çocukların Okul Ortamında Sosyal İçerilmesine İlişkin Geliştirilmiş Psikososyal Destek Programı: YanYana Projesi, 3. International 21. National Public Health Congress, 2019
- 5.Demir, H, Dulgar O, Gulle, B et al. Prognostic value of aldehyde dehydrogenase 1 (ALDH1) in invasive breast carcinomas Bosn J Basic Med Sci. 2018 Nov; 18(4): 313–319. 10.17305/bjbms.2018.3094
- 6.Onal A, Bayramlar O, Ezirmik E, et alEvaluation of Ait Quality in the City of Istanbul during the Years 2013 and 2015, J. Environ. Sci. Eng, 2017, 6: 465-470

Özel İlgi Alanları (Hobileri):