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

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Dr. İtibar CANPOLAT ŞAİR

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma KARABEY

İSTANBUL
2022



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

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Dr. İtibar CANPOLAT ŞAİR

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma KARABEY

İSTANBUL
2022

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilime ve hayata dair yakın ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, engin bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, asistanı olmaktan ve bu tezi birlikte hazırlamaktan onur duyduğum çok kıymetli danışman Hocam Sayın Prof. Dr. Selma KARABEY'e;

Eğitimime bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL'a, Anabilim Dalı Öğretim Üyelerimiz Sayın Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR, Sayın Prof. Dr. Sevgi CANBAZ, Sayın Prof. Dr. Halim İŞSEVER, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meryem Merve ÖREN'e;

Başta tez dönemim olmak üzere asistanlık eğitimimin başından beri desteklerini her zaman hissettiğim değerli dostlarım Dr. Zeynep Betül SAĞLAM, Dr. Elif Nur KOÇAK, Uzm. Dr. Elif EZİRMİK, Dr. Esra KARACA, Dr. Elif SIZAN'a;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım başta uzmanlık eğitimine birlikte başladığım değerli arkadaşlarım olmak üzere Anabilim Dalımızdaki tüm asistan arkadaşlarıma;

Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yaptığımız ölçeğin geliştiricileri Sayın Prof. Dr. Munyi SHEA ve arkadaşlarına; ölçeğin çeviri-geri çeviri ve uzman görüşü sürecinde destek veren çok kıymetli Hocalarıma;

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve ölçek sorularına cevap veren tüm katılımcılara;

Bugüne kadar desteğini hiç esirgemeyen, varlığıyla güç veren başta yakın zamanda kaybettiğim melek annem olmak üzere canım aileme;

Desteğini her zaman hissettiğim kıymetli eşim Dr. Ümit'e

En içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ IV

İÇİNDEKİLER V

TABLOLAR DİZİNİ IX

ŞEKİLLER DİZİNİ XI

KISALTMALAR XII

I. ÖZET 1

II. ABSTRACT 3

III. GİRİŞ 5

IV. GENEL BİLGİLER 7

A. Ruh Sağlığı 7

1. Dünya'da Ruh Sağlığı 10

2. Türkiye'de Ruh Sağlığı 15

3. Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı 16

B. Ruh Sağlığı Danışmanlığı 18

1. Psikiyatri Uzmanı 20

2. Psikolog 21

3. Klinik Psikolog 22

4. Psikolojik Danışman 23

5. Sosyal Hizmet Uzmanı 25

C. Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı Danışmanlığının Önemi 26

D. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller 27

1. Tutumsal veya Bilişsel Engeller 28

2. Kişilerarası Engeller 29

3. Duygusal Engeller 30

4. Yapısal Engeller 31
a. Bilgi Eksikliği 31
b. Erişim Eksikliği 31
5. Kültürel Engeller 31
V. GEREÇ VE YÖNTEM 34
A. Araştırmanın Tipi 34
B. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 34
C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 34
D. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 34
E. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 35
F. Verilerin Toplanması 35
G. Veri Toplama Araçları 35
1. Kişisel Bilgi Formu 35
2. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği 36
H. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 37
I. Verilerin Analizi 38
1. Ölçek Sahibinden İzin Alınması 38
2. Dil Uyarlaması: Çeviriler 39
3. Dil Uyarlaması: Kapsam / İçerik Geçerliğinde Kullanılan Yöntemler 40
4. Yapı / Kavram Geçerliğinde Kullanılan Yöntemler 41
5. Güvenirlik Testlerinde Kullanılan Yöntemler 44
6. Diğer İstatistiksel Analizler 44
K. İzinler 45
L. Araştırmanın Bütçesi 46
VI. BULGULAR 47
A. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular 47

B. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Geçerliğine Ait Bulgular....49
1. Dil Uyarlaması: RSD Engeller Ölçeği'nin Kapsam / İçerik Geçerliğine Ait Bulgular....49
2. RSD Engeller Ölçeği'nin Yapı Geçerliğine Ait Bulgular....52
a. Madde Analizi....52
b. Açımlayıcı Faktör Analizi....53
c. Doğrulayıcı Faktör Analizi....58
C. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Güvenirliğine Ait Bulgular....61
1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ve Madde-Toplam Puan Korelasyonu....61
2. Guttman Split-Half Katsayısı....63
3. Test-Tekrar Test....63
D. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Sonuçları ve Sonuçların Diğer Parametrelerle İlişkileri....64
VII. TARTIŞMA....73
A. Örneklem Seçimi....73
B. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi....73
1. RSD Engeller Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi....73
2. RSD Engeller Ölçeği'nin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi....74
3. RSD Engeller Ölçeği'nin Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi....76
a. Açımlayıcı Faktör Analizi....76
b. Doğrulayıcı Faktör Analizi....79
c. Uyum İndeksleri....79
C. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi....82

1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı 82
2. Madde-Toplam Puan Korelasyonu 84
3. Guttman Split-Half Katsayısı 84
4. Test-Tekrar Test 85
D. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Orijinal Ölçekle Karşılaştırılması 85
E. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Sonuçlarının Değerlendirilmesi 88
VIII. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI 94
A. Araştırmanın Güçlü Yönleri 94
B. Araştırmanın Kısıtlılıkları 95
IX. SONUÇ VE ÖNERİLER 96
X. KAYNAKÇA 98
XI. EKLER 109
Ek 1. Anket Formu 109
Ek 2. Barriers to Seeking Mental Health Counseling (BMHC) 115
EK 3. Barriers to Seeking Mental Health Counseling Scale Kullanım İzni 119
Ek 4. Dil Uyarlama Çevirmen Listesi 120
Ek 5. Dil Uyarlama Türk Diline Uygunluğu Değerlendiren Uzman Listesi 120
Ek 6. Kapsam Geçerliği Uzman Listesi 121
Ek 7. Etik Kurul İzni 122
Ek 8. Tez Çalışma İzni 123
Ek 9. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği Türkçe Versiyonu (Son Hali-25 Madde) 124

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri İçinde Yer Alan Ruh Sağlığı ile İlgili Alt Hedefler ve Göstergeler 10

Tablo 2. Dünya'da Sık Görülen Ruhsal Hastalıklar ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Tüm Yaş Grubu İçin DALY ve YLD Sıralaması, 2019 12

Tablo 3. Dünya'da Sık Görülen Ruhsal Hastalıklar ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının 10-14, 15-19, 20-24, 25-29 Yaş Grupları İçin DALY Sıralaması, 2019 13

Tablo 4. Dünya'da Sık Görülen Ruhsal Hastalıklar ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının 10-14, 15-19, 20-24, 25-29 Yaş Grupları İçin YLD Sıralaması, 2019 14

Tablo 5. Uyum İstatistiklerine İlişkin İyi ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri 43

Tablo 6. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri-1 47

Tablo 7. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri-2 48

Tablo 8. Öğrencilerin RSD'den Yardım Alma İhtiyacı Hissetme ve Yardım Alma Durumu 49

Tablo 9. Uzman Görüşüne Sunulan Maddelerin Kapsam Geçerlik Oranları 51

Tablo 10. RSD Engeller Ölçeği'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayı Değerleri 52

Tablo 11. RSD Engeller Ölçeği'nin Faktör Analizine Uygunluğuna Ait Veriler 53

Tablo 12. RSD Engeller Ölçeği Maddelerinin Rotasyon Öncesi Ortak Varyans Değerleri 55

Tablo 13. RSD Engeller Ölçeği ve Alt Boyutlarının Faktör Yapıları (25 Madde) 56

Tablo 14. RSD Engeller Ölçeği-25 Standart Regresyon Katsayıları ve Varyans Yüzdeleri 59

Tablo 15. RSD Engeller Ölçeği Uyum İndeksleri ve Karşılaştırması 61

Tablo 16. RSD Engeller Ölçeği'nin Madde-Toplam Puanı ve Madde-Faktör Puanı Korelasyonu ile Faktör Cronbach Alfa Değerleri 62

Tablo 17. RSD Engeller Ölçeği-25 İlk Test ve Tekrar Test ile Elde Edilen Puanların Dağılımı (n=34) 63

Tablo 18. RSD Engeller Ölçeği-25 Toplam Puanı ve Faktör Puanları..... 65

Tablo 19. RSD Engeller Ölçeği-25 Toplam Puanı ile Faktör Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayılar (r_s)..... 65

Tablo 20. Öğrencilerin En Fazla Gözüne Çarpan Kültürel Boyutlar 66

Tablo 21. RSD Engeller Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ve Toplam Puanının Sosyo-Demografik Parametrelerle İlişkisi-1..... 70

Tablo 22. RSD Engeller Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ve Toplam Puanının Sosyo-Demografik Parametrelerle İlişkisi-2..... 71

Tablo 23. RSD Engeller Ölçeği Toplam Puanı ile İlişkili Olan Faktörlerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları 72

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Faktör Dağılımı 56

Şekil 2. RSD Engeller Ölçeği-25 Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli 60

KISALTMALAR

AFA:	Açımlayıcı Faktör Analizi
AMOS:	Analysis of Moment Structures
BM:	Birleşmiş Milletler
CFI:	Comparative Fit Index
DALY:	Disability-Adjusted Life-Years
DFA:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM:	Diabetes Mellitus
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GA:	Güven Aralığı
GFI:	Goodness of Fit Index
ITC:	Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission)
IHME:	Institude of Health Metrics and Evaluation
KGİ:	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO:	Kapsam Geçerlik Oranı
KMO:	Kaiser-Meyer-Olkin
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Maks:	Maksimum
Min:	Minimum
RMSEA:	Root Mean Square Error of Approximation
RSD:	Ruh Sağlığı Danışmanlığı
RSD Engeller Ölçeği:	Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences

sRMR: Standardized Root Mean Square Residual

SS: Standart Sapma

TLI: Tucker-Lewis Index

YLD: Years Lived with Disability

χ^2/df: Ki kare ile Serbestlik Derecesinin Oranı (Chi-square divided by df)

I. ÖZET

AMAÇ: Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması amaçlanmıştır. Ayrıca üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı danışmanlığı aramaya engel olabilecek faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılan metodolojik tipte bir araştırmadır. Araştırmaya ait veriler Eylül-Aralık 2021 tarihleri arasında 378 öğrenciden toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Türkçe Formu kullanılmıştır. Ölçeğin dil uyarlama süreci çeviri-geri çeviri yöntemiyle tamamlanmıştır. 14 uzman görüşü alınarak Lawshe tekniğine göre Kapsam Geçerlik Oranı ve Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirliğini test etmek için madde-toplam puan korelasyonuna bakılmış, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, Guttman Split-Half katsayısı, test-tekrar yöntemi kullanılarak korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçek toplam puanı ile ilişkili değişkenler bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin çoklu analizinde doğrusal regresyon uygulanmıştır.

BULGULAR: Çeviriler tamamlandıktan sonra ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,61 hesaplanmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,815 ve Bartlett küresellik testi anlamlı ($p<0,001$) bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonu sonucu korelasyon katsayısı 0,2'nin altında olan bir madde (4) ölçekten çıkartılmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi sonrası bir maddenin (20) birden fazla faktörde yer aldığı ve aradaki farkın 0,10'dan az olduğu görülerek ölçekten çıkartılmıştır. Kalan 25 maddelik ölçeğin toplam varyansın %62,75'ini açıklayan, 6 faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüş ve en düşük faktör yükü 0,593 bulunmuştur. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonrası uyum indekslerinde anlamlı iyileşme sağlayan kovaryanslar oluşturulduğunda GFI (Goodness of Fit Index) değerinin kabul edilebilir, diğer uyum indekslerinin tamamının iyi uyum değerleri içinde yer aldığı görülmüştür. Ölçeğin güvenirlik analizlerinde test-tekrar test uygulaması sonucu korelasyon katsayısı 0,869

hesaplanmıştır. 25 maddelik ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,840; Guttman Split-Half katsayısı 0,901 bulunmuştur. Araştırmanın örnekleminden kişisel bilgi formu ile elde edilen verilerin ölçek toplam puanıyla ilişkisi incelendiğinde: erkek, anne-baba eğitim durumu lise altı olan, ruh sağlığı danışmanından yardım alma ihtiyacı hissetmeyen ve yardım almayan öğrencilerin daha yüksek puanlar aldığı, bu kişilerde engellerin daha fazla ve güçlü bir yapıya sahip olduğu tespit edilmiştir. Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım almamak çoklu analizler sonucunda da artan engellerle ilişkili bulunmuştur.

SONUÇ: Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin 25 maddelik Türkçe versiyonu uygulandığı popülasyonda geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı Danışmanlığı, Engeller, Geçerlik, Güvenirlik, Ölçek, Üniversite

II. ABSTRACT

AIM: It is aimed to analyze the Turkish validity and reliability of the Barriers to Seeking Mental Health Counseling Scale. In addition, it is aimed to determine the factors that may prevent university students from seeking mental health counseling.

MATERIALS AND METHODS: It is a methodological type of research conducted with the students of Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine. The data of the research were collected from 378 students between September and December 2021. The Personal Information Form and the Turkish Form of the Barriers to Seeking Mental Health Counseling Scale were used as the data collection tools. The language adaptation process of the scale was completed with the translation-back translation method. Content Validity Rate and Content Validity Index were calculated according to the Lawshe technique by taking the opinions of 14 experts. Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis were used to test the construct validity of the scale. In order to test the reliability of the scale, item-total score correlation was checked, Cronbach alpha reliability coefficient, Guttman Split-Half coefficient and correlation coefficient were calculated using test-repetition method. Variables related to the total score of the scale were evaluated using independent groups t-test, one-way variance analysis and Spearman correlation analysis. Linear regression was applied in the multiple analysis of the data.

RESULTS: After the translations were completed, the Scope Validity Index of the scale was calculated as 0.61. The Kaiser-Meyer-Olkin coefficient was 0.815 and the Bartlett sphericity test was found to be appropriate ($p<0.001$). As a result of the item-total score correlation, a substance (4) with a correlation coefficient below 0.2 was removed from the scale. After the Exploratory Factor Analysis, it was observed that an item (20) was included in more than one factor and the difference was less than 0.10, and it was removed from the scale. It was observed that the remaining 25-item scale had a 6-factor structure explaining 62.75% of the total variance, and the lowest factor load was found to be 0.593. After the Confirmatory Factor Analysis, when the covariances that provide a significant improvement in the fit indices were created, it was seen that the Goodness of Fit Index value was acceptable and all the other fit indices were within the good fit values. In the reliability analysis of the scale, the correlation coefficient was

calculated as 0.869 as a result of the test-retest application. The Cronbach's alpha reliability coefficient of the 25-item scale was 0.840; The Guttman Split-Half coefficient was found to be 0.901. When the relationship between the data obtained with the personal information form from the sample of the study and the total score of the scale is examined: it was determined that students with a male, parental education status below high school, who did not feel the need to seek help from any mental health counselor and who did not receive help scored higher, and that the barriers were more and stronger in these people. Not getting psychological help from any mental health counselor was found to be associated with increased barriers as a result of multiple analyses.

CONCLUSION: The 25-item Turkish version of the Barriers to Seeking Mental Health Counseling Scale was found to be valid and reliable in the population to which it was applied.

Keywords: Mental Health Counseling, Barriers, Validity, Reliability, Scale, University

III. GİRİŞ

Ruh sağlığı danışmanlığı, "eğitim, psikoloji ve danışmalık disiplinlerinin kendine özgü eğitimsel, bilimsel ve mesleki katkılarının toplamı" olarak tanımlanmaktadır (1). Ruh sağlığı danışmanlığı, sağlıklı yaşamın teşvik edilmesi, bireysel stres faktörlerinin ve kişisel işlevsellik düzeylerinin belirlenmesi, ruh sağlığının korunması veya iyileştirilmesi için çok yönlü, disiplinler arası çalışan bütüncül bir süreçtir (2).

Üniversite dönemi, ruhsal durumun karmakarışık olduğu gelişim dönemlerinden biri olan, toplumsal ve biyolojik olarak geçiş dönemi kabul edilen ergenliğin son evresidir (3). Geç ergenlik dönemi içinde yer alan üniversite öğrencileri, meslek seçimi, özerk birey olma sorumluluklarının giderek artması, bir bölümünün ailesinden uzakta olması ve yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürmeye çalışması gibi sebeplerle, farklı stres etmenleriyle baş etmek zorunda kalmaktadırlar (4).

Yaşam boyu herhangi bir ruh sağlığı problemi olan vakaların %75'inde ruhsal bozukluklar 24 yaşına kadar başlamaktadır. Üniversiteye başlama yaşı sıklıkla 18-24 yaş aralığında olup üniversite çağı, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi birçok ruh sağlığı sorununun başladığı ve tekrar ettiği savunmasız bir yaşam dönemi olabilmektedir (5, 6).

Yeterli düzeyde koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini alamayan çoğu üniversite öğrencisi ruhsal bozukluklar için önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır (3). Ruh sağlığı problemleri genç yetişkin dönemde oldukça yaygın olmasına rağmen ruhsal bozukluğu olan genç yetişkinlerin sadece üçte biri profesyonel yardım aramaktadır (7).

Üniversite öğrencilerinin yardım arama davranışları üzerine yapılan çalışmalar öğrencilerin profesyonel psikolojik yardım aramaya yönelik tutumları üzerine yoğunlaşmıştır (8-10).

Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım aramaya yönelik algıladıkları engelleri belirlemek, erişilebilir müdahaleleri geliştirmek, bireysel ve toplumsal iyilik hâlini desteklemek için son derece önemlidir. Ruhsal bozuklukların çoğu tedavi edilmediğinde kalıcı hâle gelip halk sağlığı bakım maliyetlerinin artışına neden olabilmektedir. Bu gerekçelerle 2019 yılında Shea ve arkadaşları tarafından üniversite

öğrencilerinde ruh sağlığı danışmanlığı aramaya yönelik engel türlerini ve bu engellerin üniversite öğrencileri arasında çeşitli yardım aramaya karar verme kriterleriyle birlikteliklerini değerlendiren Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği geliştirilmiştir (11).

Bu çalışmada Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmak amaçlanmıştır. Ayrıca üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı danışmanlığı aramaya engel olabilecek faktörleri belirlemek amaçlanmış ve ölçek bu amaçlarla üniversite öğrencilerine uygulanmıştır.

IV. GENEL BİLGİLER

A. Ruh Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımına ruh sağlığını da dahil ederek sağlığı "sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir (WHO 2001, p.1)" şeklinde tanımlamıştır. Sağlığın iyileştirilebilmesi için; ruh sağlığı sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak görülmeli, ruhsal sağlığın hastalık durumu olmayışından çok daha fazlası olduğu bilinmeli ve ruh sağlığının fiziksel sağlık ve davranışlarla yakından ilişkili olduğu dikkate alınmalıdır (12).

DSÖ ruh sağlığını ise "…bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışabildiği ve içinde bulunduğu topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hâlidir (WHO 2001a, s.1)" olarak tanımlamıştır. Ruh sağlığı, kişinin kendine olan saygısı, zorluklarla başa çıkma kapasitesi, psikolojik açıdan dayanıklı olması, mutlu hissetmesi gibi olumlu bir duygu olarak farklı şekillerde değerlendirilmektedir. Ayrıca ruh sağlığı, bir toplumda yaşayan bireylerin refah seviyelerinin yükselmesi ve üretkenliğinin artması için de önemlidir. Çünkü ruh sağlığı bireylerin iyilik hâli ve işleyişi için esas olandır. Ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu için genel üretkenliği de etkilemektedir. Sonuçta ruh sağlığı insan yaşamının tüm yönlerine katkıda bulunmaktadır (12).

Ruh sağlığının duygusal, sosyal ve psikolojik iyilik hâli olmak üzere 3 ana bileşeni vardır. Duygusal iyilik hâli, hayata ilgiyi, mutluluğu ve memnuniyeti içermektedir. Psikolojik iyilik hâli, kişiliğini sevme, gün içindeki sorumlulukları iyi bir şekilde yönetme, iyi ilişkiler kurma, hayatından memnun olmayı içeren kendini kabul etme ve hayatın içinde bir amaç geliştirme derecesidir. Sosyal iyilik hâli ise; topluma katkıda bulunma, bir topluluğun parçası olarak hissetme, toplumun daha iyi hâle geldiğine inanma gibi insanların sosyal yaşamlarında ne derece başarılı oldukları ile ilgilidir (13, 14).

Ruh sağlığı ve iyilik hâli yalnızca kişisel özelliklerden değil aynı zamanda sosyal koşullardan ve çevresel faktörlerden de etkilenir. Bu nedenle ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar, çok sayıda ve birbirinden etkilenen sosyal, psikolojik ve biyolojik

faktörlerle belirlenirler. Bu belirleyiciler birbirleriyle etkileşime girerek bireyin ruh sağlığını koruyabilir veya tehdit edebilir. Ruh sağlığı yaşamın her aşamasında çeşitli riskler ile karşı karşıya kalır. Risk maruziyeti sonrasında ruh sağlığı etkilenebilir veya ruhsal bozukluğa yatkınlık oluşabilir. Örnek vermek gerekirse, yoksulluk ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişki ülkelerin gelişmişlik seviyelerinden bağımsız olarak tüm toplumlarda görülen evrensel bir olgudur. Hızlı sosyal değişimlerin yaşanması, umutsuzluk, şiddet gibi faktörler de yoksul insanların herhangi bir ülkede ruhsal hastalıklara karşı daha savunmasız olmalarına neden olabilmektedir. İşsizlik, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim seviyesi, zorlu çalışma şartları, cinsiyet ayrımcılığı, sağlıksız yaşam tarzı gibi durumların varlığında madde bağımlılığı, şiddet, depresyon ve anksiyete bozuklukları daha fazla görülmektedir. Ayrıca bu durumlarla baş edilmesi de daha zorlu bir hâl almaktadır. Ek olarak, bireylerin ruh sağlığı durumu da yaşadığı alanı dolayısıyla toplumun sağlığını etkilemektedir. Ruh sağlığının iyileştirilmesi, dolayısıyla ruhsal hastalıkların maliyetlerini azaltmak ancak halk sağlığı yaklaşımıyla sağlanabilir. Halk sağlığı yaklaşımı çerçevesinde, sağlığın iyileştirilmesini sağlayacak faaliyetler arasında sağlığın geliştirilmesi, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi, etkilenenlerin tedavi ve rehabilitasyonu yer alır (12, 15).

Ruh sağlığını korumak ve geliştirmek için belirlenen stratejiler şu temel konuları içermelidir: Kişinin kendine olan saygısı, psikolojik açıdan dayanıklı olması gibi temel bireysel özellikleri desteklenmelidir. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki duygusal ve davranışsal sorunlar erkenden tanınmalı ve önlenmelidir. Psikososyal gelişime uygun yaşam ve çalışma koşulları sağlanmalıdır. Sosyal grupların kendi içinde ve arasında olumlu etkileşimi teşvik edilmelidir. Yoksulluk için sosyal koruma, ayrımcılıkla mücadele yasaları ve kampanyaları geliştirilmedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin haklarının, olanaklarının ve bakımının teşvik edilmesi son derece önemlidir (15).

Altmış altıncı Dünya Sağlık Asamblesi tarafından Mayıs 2013 tarihinde 2013-2020 Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı kabul edilmiştir. Bu ülkelerin sağlık ve kamu politikalarında ruh sağlığına verilen öncelik konusunda artan kararlılıklarının örneğidir. Dünyanın tüm bölgelerindeki ülkeler, belirli bir zaman diliminde belirlenen hedeflere ulaşmayı amaçlamış ve ruh sağlığı için ortak bir vizyon üzerinde anlaşmaya varmışlardır. Bu eylem planı DSÖ'nün tüm tarihinde ruh sağlığına ithaf edilen ilk resmi

eylem planı olması açısından da son derece önemlidir. Bu eylem planı dört temel hedefe odaklanmaktadır. Bunlar; 1) Ruh sağlığının önderliğini ve yönetimini güçlendirmek, 2) Kapsamlı, entegre ve duyarlı ruh sağlığı ve sosyal bakım hizmetlerini sağlamak, 3) Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için stratejiler uygulamak, 4) Ruh sağlığı ile ilgili kanıtları, araştırmaları güçlendirmektir (16).

Yetmiş dördüncü Dünya Sağlık Asamblesi tarafından 2013-2020 Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2013-2030 Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı adıyla güncellenerek 2030 yılına kadar uzatıldı. Bu eylem planının temelinde "ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz" ilkesi vardır. Plan yaşam boyu sürecek bir yaklaşımı önemsemekte, herkes için ruh sağlığını ve iyilik hâlini geliştirmeye, risk altındakiler için ruhsal hastalıkları önlemeye ve ruh sağlığı hizmetleri için evrensel bir kapsam elde etmeye yönelik eylemleri vurgulamaktadır (17).

Birleşmiş Milletler (BM) Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi 2015 yılında gerçekleştirilerek 2030 yılına kadar uygulanmak üzere BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kabul edilmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, ulusların tamamını etkileyen ve koordineli küresel eylemler gerektiren, daha geniş bir gündeme sahip Binyıl Kalkınma Hedeflerinden katlanarak artan bir ilerlemeyi temsil etmektedir. BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri toplam 17 hedeften oluşmakta olup Hedef 3 doğrudan sağlıkla ilgilidir. BM'nin sağlıkla ilgili bu hedefinde ruh sağlığı ve iyilik hâlinin yer alması son derece önemli bir gelişmedir. Tablo 1'de BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri içinde yer alan ruh sağlığı ile ilgili alt hedefler ve göstergeler yer almaktadır. Ayrıca Hedef 4, Hedef 8, Hedef 10 ve Hedef 11 toplumda en çok dışlanan arasında yer alan ruh sağlığı problemleri ve zekâ geriliği olan, psikososyal engelli kişilerin haklarının korunması ve geliştirilmesine yönelik referanslar içermektedir (18-20).

Tablo 1. BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri İçinde Yer Alan Ruh Sağlığı ile İlgili Alt Hedefler ve Göstergeler

Hedef 3: İnsanların sağlıklı bir yaşam sürmelerini ve herkesin yer yaşta iyilik hâlini sağlamak	
Alt Hedefler	**Göstergeler**
3.4: 2030 yılına kadar koruma ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin üçte bir oranında azaltılması ile ruh sağlığı ve iyilik hâlinin desteklenmesi	**3.4.2:** İntihar ölüm oranı
3.5: Narkotik ilaç bağımlılığı ve alkolün zararlı kullanımı da dahil olmak üzere madde bağımlılığının önlenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi	**3.5.1:** Madde kullanım bozuklukları için tedavi müdahalelerinin (farmakolojik, psikososyal ve rehabilitasyon ve tedavi sonrası hizmetler) kapsamı **3.5.2:** Ulusal bağlama göre tanımlanmış alkolün zararlı kullanımı, bir takvim yılı içinde kişi başına (15 yaş ve üzeri) tüketilen litre olarak saf alkol miktarı

1. Dünya'da Ruh Sağlığı

Amerikan Psikiyatri Birliği (2018), ruhsal hastalığı, ilişki, sosyal veya istihdam sorunlarına yol açabilecek hareketlerde, düşüncelerde veya duygularda herhangi bir değişiklik olarak tanımlamaktadır. Depresyon, şizofreni, bipolar bozukluklar gibi hastalıklar bu tanıma dahildir (21).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde morbidite ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Örneğin, majör depresyonu ve şizofrenisi olan kişilerde takip edilmeyen hastalıkları (kardiyovasküler hastalık, DM, kanser vb.) ve intihar nedeniyle genel nüfusa göre %40 ile %60 daha fazla erken ölüm gerçekleşmektedir. İntihar, dünya genelinde gençler arasında ikinci en yaygın ölüm nedenidir (17). 2019'da küresel intihar ölümleri 700 binin üzerine çıkmıştır ve erkekler kadınların yaklaşık iki katı oranında ölmektedir (22).

Ruhsal hastalıklar dünya genelinde oldukça yaygın görülür, evrenseldir. Ruhsal hastalıkların dünyadaki prevalansına baktığımızda 2019 yılına ait Institude of Health Metrics and Evaluation (IHME) verilere göre bu oranın yaklaşık %13 olduğu görülmektedir. Yine IHME 2019 verilerini incelediğimizde, Dünya'da herhangi bir ruhsal bozukluğu olan yaklaşık 970 milyon insan olduğu ve anksiyete bozukluğu tanısının 301 milyon, depresyon tanısının 279 milyon ile en yaygın görülen ruhsal hastalıkların başında geldikleri görülmüştür. Ayrıca Dünya'da alkol ve madde kullanım bozuklukları olan yaklaşık 161 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir (23).

Kadınlarda ruhsal hastalıklar erkeklerden daha fazla görülmektedir. Tüm dünyada ruhsal hastalığı olan 507 milyon kadın, 462 milyon erkek olduğu tahmin edilmektedir. Depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk kadınlarda daha sık görülürken; şizofreni, madde ve alkol kullanım bozukluğu erkeklerde daha sık görülmektedir. 10-29 arası yaş gruplarına bakıldığında ruhsal hastalıklar 10-19 yaş aralığında erkek cinsiyette, 20-29 yaş aralığında kadın cinsiyette daha fazla görülmektedir (23).

2019 yılına ait IHME Küresel Hastalık Yükü Araştırması verilerinde, tüm yaş grubu için, ruhsal hastalıklar ile alkol ve madde kullanım bozukluklarına atfedilen toplam Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY-Disability Adjusted Life Years) 160,446 milyon, toplam Sakatlığa Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları (YLD-Years Lived with Disability) ise 148,246 milyon olarak hesaplanmıştır. Ruhsal hastalıklar ile alkol ve madde kullanım bozuklukları, toplam DALY'lerin %6,3'lük kısmını oluşturmakta iken, toplam YLD'lerin %17,26'sını oluşturmaktadır. Sık görülen ruhsal hastalıklar içinde depresyon toplam DALY'lerin %1,8'ini, anksiyete bozukluğu toplam DALY'lerin %1,13'ünü oluşturmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozuklukları ise toplam DALY'lerin %1,38'ini oluşturmaktadır (Tablo 2) (23).

Tablo 2. Dünya'da Sık Görülen Ruhsal Hastalıklar ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Tüm Yaş Grubu İçin DALY ve YLD Sıralaması, 2019

	DALY (milyon)	**Yüzde (%)**	**YLD (milyon)**	**Yüzde (%)**
Anksiyete bozukluğu	28,676	1,13	28,676	3,34
Bipolar bozukluk	8,502	0,33	8,502	0,99
Depresyon	46,863	1,84	46,863	5,45
Şizofreni	15,107	0,60	15,107	1,78
Ruhsal bozukluklar	**125,311**	**4,92**	**125,293**	**14,59**
Alkol kullanım bozukluğu	17,019	0,67	10,732	1,25
Madde kullanım bozukluğu	18,115	0,71	12,220	1,43
Alkol ve madde kullanım bozukluğu	**35,134**	**1,38**	**22,952**	**2,67**

DALY: Disability Adjusted Life Years; **YLD**: Years Lived with Disability

Bu verilere 10-29 yaş aralığında bakıldığında ise, 10-14 yaş grubundan 25-29 yaş grubuna doğru gidildikçe depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluklarına ait DALY ve YLD'lerin arttığı görülmektedir. Aynı zamanda şizofreni, alkol ve madde kullanım bozukluklarının toplam DALY ve YLD yüzdeleri de artmaktadır. Depresyonun 10-29 yaş aralığında 20-24 yaş grubunda en yüksek DALY ve YLD yüzdelerine ulaştığı görülmektedir. Ayrıca 10-19 yaş aralığında anksiyete bozukluğunun toplam DALY ve YLD yüzdeleri daha yüksek görülmüştür (Tablo 3, Tablo 4) (23).

Tablo 3. Dünya'da Sık Görülen Ruhsal Hastalıklar ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının 10-14, 15-19, 20-24, 25-29 Yaş Grupları İçin DALY Sıralaması, 2019

	10-14 yaş grubu DALY (milyon)	**Yüzde (%)**	**15-19 yaş grubu DALY (milyon)**	**Yüzde (%)**	**20-24 yaş grubu DALY (milyon)**	**Yüzde (%)**	**25-29 yaş grubu DALY (milyon)**	**Yüzde (%)**
Anksiyete bozukluğu	2.144	3,70	2,658	3,42	2,695	2,86	2,732	2,60
Bipolar bozukluk	0,235	0,41	0,806	1,04	0,962	1,02	0,953	0,91
Depresyon	1,174	2,02	3,089	3,96	4,162	4,41	4,294	4,08
Şizofreni	0,036	0,06	0,282	0,36	0,974	1,04	1,700	1,63
Ruhsal bozukluklar	**7,484**	**12,89**	**9,978**	**12,81**	**10,704**	**11,35**	**11,779**	**11,21**
Alkol kullanım bozukluğu	0,034	0,06	0,400	0,51	1,122	1,19	1,672	1,59
Madde kullanım bozukluğu	0,015	0,03	0,896	1,16	2,843	3,03	3,530	3,37
Alkol ve madde kullanım bozuklukları	**0,050**	**0,09**	**1,297**	**1,67**	**3,965**	**4.22**	**5,203**	**4,97**

DALY: Disability Adjusted Life Years

Tablo 4. Dünya'da Sık Görülen Ruhsal Hastalıklar ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının 10-14, 15-19, 20-24, 25-29 Yaş Grupları İçin YLD Sıralaması, 2019

	10-14 yaş grubu YLD (milyon)	**Yüzde (%)**	**15-19 yaş grubu YLD (milyon)**	**Yüzde (%)**	**20-24 yaş grubu YLD (milyon)**	**Yüzde (%)**	**25-29 yaş grubu YLD (milyon)**	**Yüzde (%)**
Anksiyete bozukluğu	2.144	6,18	2,658	6,37	2,695	5,65	2,732	4,89
Bipolar bozukluk	0,235	0,68	0,806	1,93	0,962	2,02	0,953	1,71
Depresyon	1,174	3,37	3,089	7,38	4,162	8,71	4,294	7,67
Şizofreni	0,036	0,11	0,282	0,68	0,974	2,06	1,700	3,08
Ruhsal bozukluklar	**7,484**	**21,47**	**9,976**	**23,86**	**10,702**	**22,42**	**11,776**	**21,08**
Alkol kullanım bozukluğu	0,034	0,10	0,348	0,83	0,976	2,04	1,360	2,43
Madde kullanım bozukluğu	0,015	0,04	0,696	1,67	2,228	4,68	2,607	4,68
Alkol ve madde kullanım bozuklukları	**0,050**	**0,14**	**1,044**	**2,51**	**3,204**	**6,73**	**3,968**	**7,11**

YLD: Years Lived with Disability

İki yüz dört ülkenin 1990-2019 yıllarını kapsayan küresel hastalık yükü çalışmasında, 10-24 yaş arası ergenlerin önde gelen DALY nedenleri incelendiğinde, 2009 yılında depresif bozukluklar 8. sırada, anksiyete bozuklukları 12. sırada, madde kullanım bozuklukları 22. sırada yer almakta iken, 2019 yılında depresif bozuklukların 4. sıraya, anksiyete bozukluklarının 6.sıraya, madde kullanım bozukluğunun 18. sıraya yükseldiği tespit edilmiştir (24).

2. Türkiye'de Ruh Sağlığı

DSÖ, ruh sağlığının, kişilerin gelişimi ve hayat kalitesiyle sıkı ilişki içinde olması, ruhsal hastalıkların dünya genelinde belirgin bir hastalık yükü oluşturması nedeniyle ruh sağlığı ile ilgili girişimlerin hayata geçirilebilmesi adına, ülkelerden farklı sektörlerin katılımıyla sağlanan ruh sağlığı eylem planları oluşturmasını istemiştir.

Ülkemizde, bireylerin ruh sağlığı ihtiyacını merkezi kabul eden, ruh sağlığı hizmetlerinin uygun yöntemlerle ve yeterli bir şekilde verilmesini sağlayan hizmet ağının kurulması amacıyla Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmıştır. 2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023 ile ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavi ve bakım sürecinde hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi hedef alınmıştır (25). Bu sebeple ülkemizde 2011 yılından itibaren toplum ruh sağlığı merkezleri hızla açılmaya başlanıp yaygınlaştırılmıştır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın desteği ile 1998 yılında gerçekleştirilen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması sonuçlarına göre, çocuk ve gençlerde yaklaşık %11 oranında sorunlu davranışlar bildirilmiş ve erişkinlerde son 12 ayda herhangi bir ruhsal hastalığı olan kişi oranı %17,2 olarak tespit edilmiştir. Ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmüştür. Katılımcıların son bir yıl içinde ruhsal şikayetlerle tedavi için başvuru yapma oranı %4,7 iken, başvuru oranları kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmüştür. Araştırma sırasında psikotrop ilaç kullanım oranları da kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmüştür. Ek olarak, Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması verilerine göre son 12 ayda depresyon tanısı almış kişilerin son bir yıl içinde ruhsal nedenlerle tedaviye başvurma oranı dörtte bir civarında iken, herhangi bir ruhsal hastalığı olanlarda bu oran yedide birdir. Bu da ruhsal hastalığı olan kişilerin ruh sağlığı yardımı için başvuru oranlarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Ülkemiz diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, başvuru oranlarının benzer şekilde olduğu görülmektedir. Başvuru oranlarının düşük olması sadece ekonomik nedenlerle açıklanamamakta, ayrıca toplumun ruh sağlığı hastalıkları konusunda eğitimi, damgalamayı azaltıcı tutumlar, birinci basamak sağlık personelinin ruhsal hastalıklar konusunda eğitimi gibi olanakların sağlanması başvuru oranlarını arttırarak, tedavi ihtiyacının azalmasına katkıda bulunması beklenmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ruhsal hastalıkların ülkemizdeki yaygınlığı ve sonuçları ile ilgili önemli

bilgiler sağlamıştır (26, 27). Bu çalışmadan sonra Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması hazırlıkları yapılmaktadır (28).

Ülkemizde 2004 yılında Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Ulusal Hastalık Yükü Çalışması da benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Temel hastalık gruplarına göre DALY dağılımları incelendiğinde; 1. sırada kardiyovasküler hastalıklar, 2. sırada nöropsikiyatrik bozukluklar yer almaktadır. DALY'i oluşturan ilk on hastalık incelendiğinde ise unipolar depresif hastalıkların (%3,9) 4. sırada olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre bakıldığında, nöropsikiyatrik bozuklukların neden olduğu DALY yüzdelerinin 5-14 yaş grubunda %17,3, 15-29 yaş grubunda %27,1 olduğu görülmektedir. Temel hastalık gruplarına göre YLD dağılımı incelendiğinde, nöropsikiyatrik bozuklukların, hem kadınlarda (%28,2) hem de erkeklerde (%27,4) en fazla YLD yüzdesini oluşturan temel hastalık grubu olduğu saptanmıştır. Unipolar depresif bozukluklar, kadınlarda YLD'nin en sık nedeni iken, erkeklerde en sık 2. nedenidir. Cinsiyete göre YLD'ye sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde 5 psikiyatrik hastalık yer alırken, kadınlarda ise 4 psikiyatrik hastalık yer almaktadır. Yaş gruplarına göre bakıldığında, nöropsikiyatrik bozuklukların neden olduğu YLD yüzdelerinin 5-14 yaş grubunda %27,1, 15-29 yaş grubunda %38,8 olarak görülmektedir (25, 29, 30).

Ülkemizde güncel hastalık yükünün hesaplanması ve hastalık yükü sonuçlarının yaygınlaştırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın talebiyle Hacettepe Üniversitesi tarafından IHME iş birliğinde Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013 yürütülmüştür. Türkiye'deki ilk 25 DALY nedenindeki 2000-2013 yılları değişimine bakıldığında, bulaşıcı olmayan hastalıkların özellikle de iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet ve ruhsal hastalıkların toplam hastalık yükündeki ağırlığı ve etkisinin arttığı görülmüştür. Depresif bozuklukların 11. sıradan 8. sıraya, madde kullanım bozukluklarının 21. sıradan 16. sıraya, anksiyete bozukluklarının 26. sıradan 21. sıraya yükseldiği görülmektedir (31).

3. Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı

Üniversite öğrencileri bir ülkenin ekonomik olarak büyüme ve başarı durumunu belirleyen önemli bir nüfus kesimidir (32). Üniversite öğrencilerinin yaş aralığı değişmekle beraber büyük çoğunluğunun 18 ile 24 yaş aralığında olduğu tahmin

edilmektedir (6). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde üniversite öğrencilerinin genellikle 18-25 yaş aralığında olduğu görülmüştür (33-35).

Yetişkinlerde görülen tüm psikiyatrik hastalıkların yarısı 14 yaşında başlar ve %75'i 25 yaşında ortaya çıkmış olur. Tüm dünyada 15-24 yaş aralığında herhangi bir ruhsal hastalığı olan yaklaşık 168 milyon, alkol ve madde kullanım bozuklukları olan yaklaşık 30 milyon insan olduğu düşünülmektedir. Ruhsal hastalıklar ile alkol ve madde kullanım bozukluklarının dünya genelindeki prevalansı ise %18,21 olarak tahmin edilmektedir. Ruhsal hastalıklar ile alkol ve madde kullanım bozukluklarının prevalansı 15-19 yaş grubunda %16,27 iken, 20-24 yaş grubunda %17,65'tir. Depresyon sıklığı 15-19 yaş grubunda %2,82, 20-24 yaş grubunda %3,98'dir. Anksiyete bozukluğunun sıklığı 15-19 yaş grubunda %4,55, 20-24 yaş grubunda %4,74'tür. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının sıklığı ise 15-19 yaş grubunda %1,62, 20-24 yaş grubunda %3,55'tir (23, 36).

Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçişi işaret ettiği için önemli bir yaşam dönemini oluşturmaktadır. Ergenlik döneminde ruhsal bozuklukların gelişme ve belirginleşme ihtimali daha yüksektir. Alkol, tütün ve uyuşturucu kullanımı bu dönemde ortaya çıkan önemli bir risktir. Beyin ve vücut gelişiminin devam ettiği bu dönemde madde kullanımı özellikle tehlikeli ve zararlıdır. Sağlığın etkilerine ek olarak ergenlikte madde kullanımı daha düşük eğitim sonuçları, daha riskli cinsel davranışlar ve artan şiddetle ilişkilidir (15). Ergenlikten genç yetişkinliğe geçişte, aynı zamanda şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon gibi ciddi ruhsal hastalıkların başlama riski de artar (37).

Üniversite yılları, özellikle duygudurum bozuklukları (depresyon, mani, bipolar bozukluklar), kaygı bozuklukları (anksiyete) ve madde kullanım bozuklukları gibi pek çok yaygın ruhsal bozukluğun başlangıcının oldukça yoğun olduğu bir dönemdir. Yapılan çalışmalar ciddi ruhsal sorun yaşayan üniversite öğrencilerinde artış olduğunu göstermiştir. 18-25 yaş arası genç yetişkinlerin yaklaşık %19,4'ünde herhangi bir ruhsal hastalık görülmektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluğu üniversite öğrencilerinde görülen en yaygın iki ruh sağlığı sorunudur. Üniversite öğrencilerinde anksiyete bozuklukları yaklaşık olarak %11,9 oranında görülürken, depresyon %7 ile %9 arasında görülmektedir. Genç yetişkinlerde artan ruh sağlığı sorunlarına ebeveyn/aile çatışması, öfke ve kaygı gibi duygularla başa çıkamama, alkol ve madde kullanımı gibi durumlar

sebep olmaktadır. Alkol ve uyuşturucu kullanımı da üniversite çağında yaygın olarak görülür ve genellikle madde kötüye kullanımı ve bağımlılığına neden olur. Bu da hem önemli bir yaşam geçiş döneminde neden olduğu sıkıntı sebebiyle, hem de akademik performansta önemli bozulmalar ve intihar ile ilişkili olması sebebiyle önem arz etmektedir (6, 21, 32, 36, 38, 39).

Sonuç olarak, ergenlik ve genç yetişkinlik, ruh sağlığı ve iyilik hâlini etkileyen faktörler nedeniyle yaşam sürecinde gelişim açısından kritik dönemlerdir. Yaşamın bu aşamasında herhangi bir ruhsal sorunun etkisi çok büyük olabilir. Hafif bir ruh sağlığı problemi bile daha sonraki yetişkinlik dönemlerinde ciddi sosyal, duygusal veya bilişsel değişikliklere neden olabilir. Bu nedenle gençlerin erkenden ve uygun kaynaklardan ruh sağlığı yardımı almaya teşvik edilmesi gerekmektedir (40).

Bu dönemlerde yer alan üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı durumunun değerlendirilmesi, yaşamın önemli bir döneminde ulaşılabilen çok sayıda insan nedeniyle sadece artan bir endişeyi değil aynı zamanda önemli bir fırsatı da ifade etmektedir (41). Ruh sağlığı sorunları olan üniversite öğrencilerinin erken tanınması ve değerlendirilmesi, yeterli ruh sağlığı hizmeti sağlanabilmesi için kritik bir öneme sahiptir (39).

B. Ruh Sağlığı Danışmanlığı

Amerikan Danışmanlık Derneği tarafından danışmanlık “bireyleri, aileleri ve grupları ruh sağlığı, iyilik hâli, eğitim ve kariyer hedeflerine ulaşmak için güçlendiren profesyonel bir ilişki” olarak tanımlanmıştır (42, 43).

Ruh sağlığı danışmanlığı ise, “eğitim, psikoloji ve danışmanlık disiplinlerinin kendine özgü eğitimsel, bilimsel ve mesleki katkılarının toplamı” olarak tanımlanmaktadır (1).

Ruh sağlığı danışmanlığı, sağlıklı yaşamın teşvik edilmesi, bireyin stres faktörleri ve işlevsellik düzeylerinin belirlenmesi, ruh sağlığının korunması veya iyileştirilmesi için çok yönlü, disiplinler arası çalışan bütüncül bir süreçtir. Bu süreçte bireyi sosyal, fiziksel, duygusal ve ruhsal açılardan birbiriyle ilişkili bir bütün olarak görmek önemlidir (2).

Ruh sağlığı danışmanlığı yöntemleri, kişinin neden ruhsal problemlerini olduğunu açıklayan ve bu sorunlarına çözüm arayan bir teori üzerine kuruludur.

Danışmanlık hizmetleri, yardım için başvuran bireylere yetkin sağlık çalışanları tarafından verilmektedir. Danışmanlığın ruhsal problemleri olan kişilere ruh sağlığı yardımı sağladığına dair önemli kanıtlar mevcuttur (44).

Ruh sağlığı alanında terapiler 20. yüzyıla kadar, kronik psikotik bozuklukları olan, yatan hastaların tedavisinde kullanılmıştır. 20. yüzyılda ise terapiler, kişilik bozukluğu veya daha hafif ruhsal sorunları olan hastaların tedavisinde psikiyatri, psikoloji ve sosyal hizmetlerin odak noktası hâline gelmiştir. Bu süreçte psikiyatri uzmanları, hem fiziksel tedaviler, hem de psikodinamik terapiler konusunda eğitilmişlerdir. Klinik psikolog ve sosyal hizmet uzmanları tarafından, psikoterapi ve sosyal terapi yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır (45).

Ruh sağlığı danışmanları bireylere, ailelere veya gruplara danışmanlık/terapi hizmeti verirler. Ortam terapisi ve davranış terapisi gibi çok çeşitli terapötik yaklaşımlar sağlarlar. Böylece bireylerin zihinsel, duygusal veya davranışsal sorunlarını değerlendirirler. Bireylerin kendini anlamasını ve kişisel gelişimini engelleyebilecek çevresel engellere uyum sağlamasına yardımcı olurlar. Ayrıca gelişimsel ve önleyici ruh sağlığı programlarını geliştirmek için kamu kurumlarını ve toplumsal kuruluşlarla iş birliği yaparlar. Ruh sağlığı danışmanları kliniklerde, hastanelerde, üniversitelerde, özel kurumlarda, ilgili ruh sağlığı programlarında çalışırlar (46).

Ruh sağlığı danışmanlarının, danışmanlığa ihtiyacı olan kişinin evde, okulda, işte veya herhangi bir yerde topluma uyum sağlamasını sağlayan çevresel yaklaşımları vardır. Ruh sağlığı danışmanları çalışmalarında geliştirici ve önleyici bir model kullanırlar (46).

Ruh sağlığı danışmanlığı, ruh sağlığı bakımının hem geleneksel iyileştirici taraflarını hem de gelişimsel, önleyici ve eğitici taraflarını vurgulamaktadır. Ruh sağlığı danışmanlığı temelde farklı bir sağlık hizmeti kavramını temsil etmektedir (47).

Ruh sağlığı danışmanlığı, ruh sağlığı bakımına geleneksel psikiyatri ve klinik psikoloji alanlarından daha geniş bir yanıt sunduğu için ruh sağlığı alanına benzersiz bir yaklaşım getirir. Ruh sağlığı hizmetlerinin bir ucunda üst düzey iyilik hâli diğer ucunda ise ağır ve kalıcı ruhsal hastalıkların olduğu toplumun ihtiyaçlarına göre bir devamlılık olduğu düşünülürse hemen hemen her insan ruh sağlığı hizmetlerini kullanarak kendi yaşam kalitesini yükseltebilir. Özetle; ruh sağlığı danışmanlığı, bir kişinin iyileşmek için hasta olması gerektiğine inanmamaktadır (47).

Son yıllarda, ruh sağlığı alanında önemli gelişmelerden biri ruh sağlığı danışmanlığının uluslararası yaygınlaşması olmuştur (48). Önceleri ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlayıcıları olarak ruh sağlığı yardımı sağlayan dört grup belirlenmiştir. Bu grupta psikiyatristler, psikologlar, psikiyatri hemşireleri ve klinik sosyal hizmet uzmanları yer almıştır. Lisans ve sertifikasyonlarla, bugün ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlayıcılar arasında psikiyatristler, psikologlar, klinik sosyal hizmet uzmanları, lisanslı profesyonel danışmanlar ve evlilik ve aile danışmanları bulunmaktadır. Her profesyonel grup belirli bir düzeyde danışmanlık/terapi ile ilgilenmektedir, ancak kullanılan oryantasyon veya model gruplar arasında farklılık göstermektedir (46).

1. Psikiyatri Uzmanı

Psikiyatristler tıp fakültesi mezunu olup psikiyatri alanında uzmanlık eğitimini tamamlamış hekimlerdir. Psikiyatri uzmanları ruh sağlığı alanında birincil bakım hizmeti vermektedirler. Ruh sağlığı alanında çalışıp ilaç tedavisi veren tek meslek grubudur. Psikoterapi, ilaç tedavisi, gereğinde hastane yatışı ile ruhsal hastalıkları olanları değerlendirmekte ve tedavi etmektedirler. Psikoterapi, kişilerle sorunları hakkında devamlı görüşmeler içermektedir. Böylelikle psikiyatri uzmanları kişilerin davranış kalıplarında değişiklikler sağlayarak, geçmiş tecrübelerin değerlendirilmesi, grup veya aile terapileri yoluyla sorunlara çözüm bulmalarına yardımcı olmaktadırlar. Psikiyatri uzmanları ilaç tedavisini ruhsal sorunlara neden olan kimyasal dengesizlikleri düzeltmek amacıyla uygun gördükleri hastalara verebilmektedirler. İlaç tedavisine yanıt vermeyen veya ilaç tedavisi verilemeyecek hastalara elektrokonvulsif tedavi uygulayabilmektedirler (46).

Psikiyatri uzmanları için, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve söz konusu Kanun’un Ek-1 Tıpta Uzmanlık Ana Dalları ve Eğitim Sürelerine Dair Çizelgesine göre tıp fakültesinden diploma sahibi olanların tıpta uzmanlık mevzuatına göre ruh sağlığı ve hastalıkları ana dalında eğitim süreleri 4 yıl olarak belirtilmiştir (49).

Psikiyatri uzmanları ruh sağlığı sorunlarının önlenmesinde, ruhsal hastalıklara tanı konması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu sürecinde görev yapmaktadırlar. Ruh sağlığı hastalıklarının tanısında, tedavisinde ve ruh sağlığının korunmasında asıl sorumluluk psikiyatri uzmanına aittir. Ancak bütün sorumluluk sadece hekime

yüklenmemiştir. Ruh sağlığının iyileştirilmesi ekip çalışması ile sağlanır, dolayısıyla hekimin ruh sağlığını iyileştirme, koruma ve geliştirme rollerine diğer ruh sağlığı profesyonelleri de katkı sunmaktadır (50).

2. Psikolog

Üniversitelerin psikoloji programlarından mezun olmuş kişilerdir. Psikoloji programının eğitim süresi 4 yıl olarak belirtilmiştir (51).

22.05.2014 tarihli ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik Ek-2 Diğer Sağlık Mensuplarının Sağlık Hizmetlerinde İş ve Görev Tanımları Psikolog için;

"a) Psikoloji lisans eğitimi üzerine ilgili mevzuatına göre Bakanlıkça uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almış ve/veya yeterliliğini belgelemiş psikologlar, klinik psikoloğun sorumluğunda test teknik ve yöntemlerini uygular ve raporlar, hasta görüşmesi yapar. Psikolojik rehabilitasyon hizmeti, afet ve kriz ile özel alanlara yönelik psikolojik destek hizmeti verir. Taburcu olan hastaların izlem, görüşme, danışmanlık hizmetlerine katkı sağlar.

b) Uluslararası teşhis ve sınıflama sistemlerinde hastalık olarak tanımlanmayan psikologları doğrudan ilgilendiren durumlarda ayaktan, yatan ve kronik hastalığı olan hastalara ve yakınlarına klinik psikoloğun ve/veya psikiyatri uzmanının sorumluluğunda psikolojik destek hizmetleri verir.

c) Toplum ruh sağlığını korumaya yönelik faaliyetlerde görev alır.

ç) Çalıştıkları kurumlarda diğer çalışanlara yönelik psikolojik destek eğitimleri verir.

d) Psikoteknik değerlendirme yapar.

e) Eğitimini almış olduğu alanda hastalara, hasta yakınlarına, ekipteki tüm elemanlara duygu, düşünce, davranış ve bedensel hastalıkların ilişkileri, tutumların ve davranışların değiştirilmesi, stres gibi insan davranışları, hakkında kuramsal ve uygulamalı bilgi verir." denmektedir (52).

Psikologlar, psikososyal destek ekibinin bir parçasıdır. Bireyi ve gereğinde aileyi psikososyal yönden değerlendirerek danışmanlık süreci ve müdahale yöntemlerine karar

verirler. Psikolojik değerlendirme sonucunda, bireyde psikopatoloji şüphe varlığında, psikiyatri uzmanına yönlendirme yapılmaktadır (53).

3. Klinik Psikolog

Amerikan Psikoloji Derneği tarafından klinik psikoloji, bireylerin uyumunu ve kişisel gelişimlerini arttıran, ayrıca bireyi anlayarak, uyumsuzlukları, yetersizlikleri ve rahatsızlıkları gideren bir alan olarak tanımlanmıştır (54).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Ek Madde 13 a fıkrasına göre;

"a) Klinik psikolog; psikoloji veya psikolojik danışma ve rehberlik lisans eğitimi üzerine klinik ortamlarda gerekli pratik uygulamaları içeren klinik psikoloji yüksek lisansı veya diğer lisans eğitimleri üzerine psikoloji veya klinik psikoloji yüksek lisansına ilaveten klinik psikoloji doktorası yapan sağlık meslek mensubudur.

Klinik psikolog, nesnel ve yansıtmalı ölçüm araçları, gözlem ve görüşme teknikleri kullanarak psikolojik değerlendirme ile uluslararası teşhis ve sınıflama sistemlerinde hastalık olarak tanımlanmayan ve Sağlık Bakanlığının da uygun bulduğu durumlarda psikoterapi işlemleri yapar. Hastalık durumlarında ise ancak ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak psikoterapi uygulamalarını gerçekleştirir.

Psikoloji lisans eğitimi üzerine ilgili mevzuatına göre Sağlık Bakanlığınca uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almış ve yeterliliğini belgelemiş psikologlar sertifika alanlarındaki tıbbi uygulamalarda görev alabilirler.

Uzman tabibin teşhis ve yönlendirmesiyle ya da bağımsız olarak yapılabilecek mesleki uygulamalar, bu bentteki prensipler çerçevesinde Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir." denmektedir (49).

Ayrıca 22.05.2014 tarihli ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik Ek-1 Sağlık Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımları Klinik Psikolog için;

"a) Uluslararası Hastalık Sınıflandırma (ICD – 10) listesinde F00 ile F99 kodları arasında yer alan hastalıklarda ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için

yönlendirmesine bağlı olarak, hastalara eğitimini aldığı terapi ve psikolojik destek hizmetlerini verir.

b) Gözlem ve görüşme teknikleri kullanır; eğitimini almış olmak kaydı ile zeka, kişilik, gelişim, nöropsikolojik testler, ilgi, tutum ve uyum envanterleri gibi araçları uygular ve yorumlar.

c) Kullandığı ölçme, değerlendirme yöntemlerinin psikometrik özelliklerine, verdiği psikolojik hizmetlerin ya da eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar/araştırmalar yapar.

ç) Eğitimini almış olduğu alanlarda hastalara, hasta yakınlarına, ekipteki tüm elemanlara insan ve davranışları hakkında kuramsal ve uygulamalı eğitimler verir.

d) Toplum ruh sağlığını korumaya yönelik faaliyetlere katılır, katkı sağlar.

e) Psikolojik değerlendirme ile hastalık olarak tanımlanmayan ve Ek-1/A de yer alan durumlarda eğitimini aldığı psikoterapi uygulamalarını yapar.

f) Gerekli durumlarda bireyler ya da aileleri için krize müdahale, travma ve afetlerde bireysel/grup psikolojik yardım ya da eğitimini aldığı psikoterapi uygulamalarını yapar ve/veya yapılmasını önerir." denmektedir (52).

Klinik psikologlar çeşitli değerlendirme biçimlerini kullanan, tıbbi tanının olmadığı alandaki ruh sağlığı profesyonelleridir. Psikolojinin ve ruh sağlığı danışmanlığı uygulamasının tüm alanlarına yönelmişlerdir. Klinik psikologlar genellikle danışmanlık/terapi hizmetlerini sağlamaktadırlar, ayrıca entelektüel ve kişilik işleyişinin değerlendirilmesi görevleri de bulunmaktadır (46).

4. Psikolojik Danışman

Psikolojik danışma hizmetleri çeşitli kurumlarda verilebilmektedir. Ülkemizde psikolojik danışmanlar, başta eğitim kurumları olmak üzere farklı kurumlarda görev yapmaktadırlar.

14.08.2020 tarihli ve 31213 sayılı Millî Eğitim Bakanlığı Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Yönetmeliği Madde 3 n fıkrasında psikolojik danışma tanımı:

"...Bireylere kendini tanıma, karar verme ve problem çözme becerisi kazandırmayı, bireylerin kişisel ve toplumsal uyumlarını gerçekleştirmelerini ve iyilik

hallerini geliştirmelerini amaçlayan, bireysel ve grupla profesyonel olarak yürütülen psikolojik yardım süreci…" olarak açıklanmıştır (55).

Söz konusu Yönetmeliğin Madde 3 o fıkrasında psikolojik danışman tanımı ise:

"…üniversitelerin eğitimde psikolojik hizmetler, rehberlik ve psikolojik danışmanlık ile psikolojik danışma ve rehberlik veya bu alana denk kabul edilen programlardan en az lisans düzeyinde eğitim almış personel,…" olarak belirtilmiştir (55).

Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri'nin kapsamı 03.02.1984 tarihli ve 18301 sayılı Yükseköğretim Kurumları, Mediko-Sosyal Sağlık, Kültür ve Spor İşleri Dairesi Uygulama Yönetmeliği Madde 14'e göre;

"Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri olarak öğrencilerin karşılaştıkları duygusal, sosyal, eğitime veya meslek ve iş seçimine ilişkin sorunların çözümünde onlara danışmanlık ve rehberlik yapar ve bu amacını gerçekleştirmek için aşağıdaki hizmetleri yürütür:

***a)** Yeni giren öğrencilere, üniversite, kurallar ve yakın çevre hakkında tanıtıcı ve aydınlatıcı bilgiler vermek, öğrencinin çevreye ve üniversiteye alışmasını sağlamak,*

***b)** Öğrencilerin sorunlarını saptamak ve çözümü için ilgili kurumlarla işbirliği yapmak,*

***c)** Bulundukları bölümü değiştirmek isteyen öğrencilerin kendi ilgi ve yeteneklerini tanımasına ve uygun seçimler yapmasına yardımcı olmak,*

***d)** Öğrencilere ileride sahip olacakları mesleğe ilişkin bilgiler vermek ve onları çevredeki iş imkanlarından haberdar etmek. Özel kamu kuruluşları ile işbirliği yaparak, mezunlara iş bulmaya yardımcı olmak ve işe yerleştirilen mezunları imkanları ölçüsünde izlemek,*

***e)** Duygusal sorunları olan öğrencilere, istek ve ihtiyaçlarına göre bireysel veya grupla psikolojik danışma yapmak. Bireyin önemli kararlar almasına, kendisini daha iyi tanımasına, çevresindeki insanlarla daha etkili ilişkiler kurmasına yardımcı olmak,*

***f)** Öğrencilerle ilgili olarak havale edilen vak'alarda yetkililerce öngörüşme yapılmasını ve gerektiğinde onlara psikolojik testler uygulanmasını sağlamak. Yapılan değerlendirme sonucuna göre öğrenciyi ilgili hizmet birimine göndermek."* olarak açıklanmıştır (51).

5. Sosyal Hizmet Uzmanı

Sosyal hizmet uzmanları genellikle bireylere veya hastalara yönelik kurumsal hizmetler ile bireyin sosyal çevresiyle yeniden bütünleşmesini sağlar. Birey ile toplum arasındaki bağlantıdır. Birey ve ailesi için uyum danışmanlığı ve destek sağlar (46).

22.05.2014 tarihli ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik Ek-2 Diğer Sağlık Mensuplarının Sağlık Hizmetlerinde İş ve Görev Tanımları Sosyal Çalışmacı/Sosyal Hizmet Uzmanı için;

"a) Sosyal işlevselliğin sağlanması, korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyonu amacıyla sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirir.

b) Tıbbi sosyal hizmet müdahalesinin gerektirdiği sosyal inceleme raporu, süreç raporu, vaka değerlendirme ve sonlandırma raporlarını hazırlar, gerektiğinde ilgili birim ve yetkililerle paylaşır.

c) Sosyal işlevsellik sorunlarını önleyici ve rehabilite edici tıbbi sosyal hizmet programları geliştirir, uygular ve değerlendirir.

ç) Sağlık hizmeti alanların sosyal sağlığını destekleyici ve güçlendirici tıbbi sosyal hizmet programlarını uygular, izler ve değerlendirir.

d) Sağlık hizmeti alan dezavantajlı hasta gruplarının ve yakınlarının tedavi sürecinde yaşadıkları sosyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenebilmesi amacıyla uygun sosyal hizmet müdahalesini belirler ve uygular.

e) Kriz durumlarında, tıbbi sosyal hizmet müdahalesini uygular.

f) Tıbbi sosyal hizmet alanında farkındalık oluşturmak için çalışmalar yapar.

g) Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki gönüllülük esasına dayanan çalışmaları koordine eder.

ğ) Sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde ihmal ve/veya istismar ve aile içi şiddet olgularına yönelik sosyal hizmet müdahalesini gerçekleştirir.

h) Sağlık hizmeti alanların ihtiyaç duyabileceği, sosyal destek programlarına erişimini sağlar." denmektedir (52).

Bireyin psikiyatrik bozukluğu sosyal çevresiyle olan etkileşimini bozduğundan tam olarak iyileşmenin sağlanabilmesi için psikiyatrik müdahalenin yanında eş zamanlı

sosyal hizmet müdahalesi de verilmelidir. İyileştirme sürecinin tüm aşamalarında yer alabilmektedirler. Sosyal hizmet uzmanları hizmet sundukları kişilerde işlevsellik düzeyinin artmasına yardımcı olmaktadırlar. Birey/hasta, ailesi ve sosyal çevresine odaklanırlar. Sosyal hizmet uzmanları hem genel hem de psikiyatrik sosyal hizmet bilgi ve becerisini kullanarak müdahalelerde bulunabilmektedirler. Psikoterapi yaklaşımına göre sertifika aldığı alanda psikoterapi hizmeti verebilmektedir. Böylece hekimin tanı ve tedavi planı çerçevesinde bireysel veya grup psikoterapi uygulamalarıyla ruh sağlığının iyileştirilmesine aktif katkı sağlayabilmektedirler (50).

Klinik sosyal hizmet uzmanlarının baskın olan rolü danışmanlık ve terapi hizmetleri olmakla beraber diğer rolleri arasında aracı olma, eğiticilik, savunuculuk yer almaktadır (56).

C. Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı Danışmanlığının Önemi

Birçok ruh sağlığı hastalığı, ergenliğin sonlarına doğru ve erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır (57). Dolayısıyla ruhsal hastalıklar, 16-24 yaş arasındaki gençler arasında yaşamın diğer dönemlerine göre daha fazla görülmektedir (58). Bu yaş aralığı genellikle üniversite dönemine denk gelmektedir (57). Bu nedenle ruh sağlığı sorunları üniversite öğrencileri arasında oldukça yaygındır. Üniversite eğitim döneminin zorlu bir zaman dilimine denk gelmesi bunun bir başka nedeni olabilir. Üniversite öğrencileri akademik yükle ilgili strese ek olarak, henüz yetişkinliğin becerilerine ve bilişsel olgunluğuna hâkim olmadan yetişkin benzeri sorumluluklar alma göreviyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle birçok üniversite öğrencisinde, bu dönemde ruh sağlığı sorunları ve madde kullanım bozuklukları başlayabilir veya muhtemelen tedavi görmeyen veya yetersiz tedavi alanlarda alevlenebilir, hatta kalıcı hâle gelebilir (39).

Gençler ruh sağlığı hizmetlerine en fazla ihtiyaç duymakta iken, aksine ruh sağlığı yardımı arama olasılıkları çok düşüktür (59). Ruhsal bozukluklar erken başlamasına rağmen, bu sebeple etkili tedavi ancak yıllar sonra başlanmaktadır. Üniversitede öğrencilerindeki ruhsal hastalıkların fiziksel, duygusal, sosyal ve eğitimsel olmak üzere pek çok olumsuz sonuçları olduğu için, üniversite öğrencilerinin sürekli olarak düşük düzeyde ruh sağlığı danışmanlığı araması bu alandaki önemli bir endişe sebebidir (57).

Yapılan çalışmalar üniversite öğrencilerinin yaklaşık %10,4'ünün ruh sağlığı sorunları nedeniyle üniversitedeki ruh sağlığı danışma merkezlerinin ziyaret ettiğini göstermiştir (60).

Çoğu üniversite öğrencisi profesyonel danışmanlık hizmetlerini akran danışmanlığına tercih etmektedir. Ancak öğrenciler cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, cinsel istismar gibi özel alanlarda akran desteğini kullanmaktadırlar. Ek olarak çocukluk dönemi ruh sağlığı sorunlarının giderek daha fazla tanınması ile üniversiteye giren ruh sağlığı sorunları olan genç yetişkin sayısı önemli ölçüde artmıştır. Günümüzde birçok üniversite ruh sağlığı hizmetleri öğrencilerin ruh sağlığı hizmetlerini karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı danışmanlığı ve uzmanlaşmış ruh sağlığı hizmetlerinin arttırılması gerektiği belirtilmiştir (39, 45).

Ruhsal problemleri olan üniversite öğrencilerine erken dönemde ruh sağlığı müdahalesinin sağlanması, başlangıçtaki problemlerin şiddetini veya kalıcılığını azaltmaya ve ikincil problemleri önlemeye yardımcı olacaktır (57).

D. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller

Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alabilecek kişi sayısı ile ruh sağlığı danışmanlığı alan kişi sayısı arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanabilecek bireylerin sayısı ile ruh sağlığı yardımı arayanların sayısı arasındaki tutarsızlık nedeniyle ruh sağlığı danışmanlığı aramanın önündeki engeller belirlenmeye çalışılmalıdır (61).

Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi, bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme olasılığının belirleyicisi olarak, bireysel motivasyonel faktörlerle ilgili yapılara odaklanır. Her ikisi de davranışa yönelik tutumlar ve algılanan sosyal normlar tarafından belirlenen davranışsal niyetin, bir davranışın en iyi yordayıcısı olduğunu kabul eder. Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi, davranışsal niyetteki varyansın büyük bir kısmını açıklar. Böylelikle çok çeşitli sağlık davranışlarını tahmin eder ve açıklarlar. Gerekçeli Eylem Teorisi'nin davranışı açıklamadaki başarısı, davranışın irade kontrolünde olma durumuyla ilişkilidir. Gerekçeli Eylem Teorisi'nin istemli kontrolün azaldığı davranışları tahmin etmede yeterlilik durumu tartışıldığından dolayı, Ajzen ve arkadaşları tarafından Gerekçeli Eylem Teorisi'ne algılanan davranışsal kontrol eklenerek Planlı Davranış Teorisi oluşturulmuştur. Böylelikle Planlı

Davranış Teorisi'nde kişinin farklı türden davranışları gerçekleştirme niyetleri, davranışa yönelik tutumları, öznel normları ve algılanan davranışsal kontrolünden yüksek doğruluk oranlarıyla tahmin edilebilmektedir. Ajzen'in algılanan kontrolü dahil etmesi, kısmen davranışsal performansı, niyetin ve davranışsal kontrolün ortaklaşa belirlendiği görüşüne dayanmaktadır (62, 63).

Gelecek kaygısı, yaşam dönemindeki hızlı değişimlere uyum sağlama çabası, kişisel kaygı ve engeller bir araya gelince bireyin başa çıkma mekanizması yetersiz hâle gelebilmektedir. Profesyonel psikolojik yardım ihtiyacı belirgin olan birey ise çeşitli nedenlerle ruh sağlığı yardımı aramaktan kaçınabilmektedir. Kültürel, dini, kişisel nedenler, toplumsal veya ekonomik kaygılar ruh sağlığı yardımı aramaya engel olabilmektedir (64).

Literatürde ergen ve genç yetişkinlerin ruh sağlığı yardımı aramasının önündeki birçok engel bildirilmiştir (65). Ruh sağlığı danışmanlığı aramanın önündeki başlıca engeller şu şekilde sıralanabilir (11):

1. Tutumsal veya Bilişsel Engeller

Tutumsal veya biliçsel engeller, kişinin profesyonel ruh sağlığı yardımı aramaya ilişkin olumsuz yöndeki tutumlarını ve negatif algılanan değerlerini kapsamaktadır.

İnsanlar, ruh sağlığı yardım kaynağı olarak arkadaş ve akrabalarını, ruh sağlığı hizmetlerine göre daha pozitif olarak görmektedirler (66). Yapılan çalışmalar ergen ve gençlerin ruh sağlığı yardımı konusunda arkadaş ve ailelerini genellikle sağlık profesyonellerine tercih ettiklerini göstermiştir (58). Arkadaşlar, kişisel-duygusal sorunlar için en çok tercih edilen yardım kaynağı iken, ebeveynler tercih sırasında arkadaşlardan sonra ikinci sırada yer almaktadırlar (40). Benzer şekildeki çalışmalar, insanların ruh sağlığı danışmanlığını son çare olarak gördüğünü, bu sebeple de ruhsal sorunlarını kendi başlarına veya kendilerine yakın hissettikleri kişilerle beraber ele almayı tercih ettiklerini göstermektedir (67).

Ruh sağlığı hizmeti alması gereken birçok birey ya bu hizmetlerden yararlanmamakta ya da tam katılım sağlayamamaktadır. Bu durumun en önemli nedenlerinde biri damgalanmadır (68). Damgalanma, kişinin ruhsal problemleri için ruh sağlığı danışmanlığı alması hâlinde olumsuz bir şekilde etiketlenme korkusu olarak tanımlanmıştır (69).

Sosyal-bilişsel süreçler kişiyi ruh sağlığı etiketinden kaçınmaya doğru yöneltir. Dolayısıyla kişi ruhsal hastalık etiketinden ve getirdiği zararlardan kaçınmak için ruh sağlığı bakımı aramamaya veya sürdürmemeye karar verir. Damgalanma, benlik saygısını azaltarak ve bireylerin sosyal fırsatlara katılımını engelleyerek ruh sağlığı hizmetlerine katılıma çeşitli zararlar verir (68). Yapılan araştırmalarda damgalanmanın, ruh sağlığı yardımı arama konusunda çok önemli bir engel olduğu saptanmıştır. Hatta damgalanma korkusu bireylerin psikoterapiden kaçınmasının en çok sebebi olarak belirtilmiştir. Bu nedenle damgalanma profesyonel ruh sağlığı yardımı aramaya yönelik tutumların ölçümünde bir faktör olarak tanımlanmıştır (69, 70).

Kendi kendini damgalama, ruh sağlığı danışmanlığı aramanın önünde yer alan tutumsal bir engeldir (71). Kendi kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalama, toplum tarafından damgalanmış bir grupta yer alan kişilerin, damgalayıcı tutumları ve tepkileri kendilerine doğru çevirmelerine denir. Kendini damgalama, kişi kendine karşı olanların güven azaltıcı klişelerini ve ön yargılı inançlarını kabul ettiğinde, benlik saygısı ve öz yeterliliğini yitirdiğinde ortaya çıkmış olur. Kişi kendisini değersiz hisseder, kendisinden utanma gibi olumsuz duygularla topluma karışmak istemez (72, 73).

2. Kişilerarası Engeller

Literatürdeki ana damgalama türlerinden bir diğeri toplumsal damgalamadır. Toplumsal damgalama, ruhsal bozukluğu olan kişilerin sosyal olarak kabul edilemez olduğuna dair toplumun taşıdığı yargıdır. Toplumsal damgalama, genel toplumun sahip olduğu kalıp ve ön yargılar ile ayrımcılığı içerir. Toplumsal damgalama sosyal damgalama ile eş değer olarak değerlendirilebilmektedir (72, 74). Sosyal damgalama, ruh sağlığı hizmeti almanın önündeki en yaygın engellerden biridir (75).

Yapılan çalışmalar bireylerin ruhsal hastalıkların olumsuz sosyal sonuçlarından endişe ettiklerini göstermiştir. Birçok kişi ruhsal problemlere sahip olmaları hâlinde ailelerinin bu durumdan utanacağını belirtmişlerdir (76).

Kişinin özelinde değerlendirildiğinde ailesi veya arkadaşları, daha geniş çerçevede değerlendirildiğinde toplumun, damgalanmış kimselere karşı gösterdiği sosyal veya psikolojik tepkiler, katlanılmayan davranış ve tutumlar olarak değerlendirilmektedir (74).

Çoğu çalışma bireyin toplum tarafından ne derece damgalanacağına ilişkin algıları incelemektedir. Toplum tarafında var olan damgalama ile kişinin sosyal ağında bulunan bireylerin damgalaması ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Çünkü kişi sosyal çevresinde bulunan bireylerle toplumda yaşayan genel nüfusa göre daha çok etkileşimde bulunmaktadır (70).

3. Duygusal Engeller

Ruhsal problemler kabul edilmesine rağmen, sorunları açık bir şekilde anlatma isteği utanç duygusu nedeniyle düşük olabilmektedir (77). Bu sebeple de utanç duygusu ruh sağlığı yardımı aramanın önündeki engellerden biri olarak değerlendirilmiştir (66). İnsanlar utanç duygusunun vereceği acıdan kaçınmayı güçlü bir şekilde arzulamaktadırlar (78). Bunun sonucunda utanç duygusu, sağlık hizmeti sunumunda gizlenme veya kaçınma eğilimine neden olmaktadır ve sonuç olarak yeterli sağlık hizmetinin sağlanmasında bir engel olarak yer almaktadır (79).

Utanç duygusu, psikolojik savunmayı ve terapi sonuçlarını etkilemekte, ayrıca depresyon, anksiyete, madde kötüye kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi pek çok ruhsal bozuklukla da bağlantısı bulunmaktadır (80).

Duygusal tepkisellik ile duygusal kısıtlamayı, duygusal ve genel yeterlilik açısından değerlendiren çalışmalarda, erkekler duygusal kısıtlama gösterdikleri zaman kendilerini duygusal açıdan daha yeterli değerlendirmişlerdir (81).

Ruh sağlığı yardımı aranması ile ilgili yapılan çalışmalarda, duygusal yeterlilik açısından eksikliğin ruh sağlığı yardımı aramanın önündeki engellerden biri olduğu saptanmıştır (58). Gençler, duygularını ve düşüncelerini anlamayı, duygularını başkalarına ifade ederek deneyimlerini paylaşmalarını sağlayacak becerilere ihtiyaç duyarlar. Duygusal yeterlilik olarak adlandırılan bu kavram, duyguları tanıma ve anlama yeteneği ile duyguları etkili ve savunmasız bir şekilde yönetme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Duygusal yeterliliği düşük olan kişiler, genellikle daha az sosyal desteğe sahiptirler, geçmişte daha az ruh sağlığı yardımı almışlardır ve yardım arama konusundaki düşük algılarından dolayı genellikle utanmaktadırlar (40). Ek olarak ruh sağlığı danışmanına duygularını ifade etme korkusu da kişinin daha az ruh sağlığı yardımı aramasına neden olmaktadır (61).

4. Yapısal Engeller

a. Bilgi Eksikliği

Ruh sağlığı yardımı aramanın önündeki diğer bir engel ruhsal hastalıkların tanınması, önlenmesi ve tedavileri dahil bilgi eksikliği ve ruh sağlığı okuryazarlığının zayıf olmasıdır (66).

Yapılan çalışmalar gençlerin ruh sağlığı hakkında yetersiz bilgi sahibi olma eğilimde olduklarını göstermiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığının yetersiz olması, sağlıkla ile ilgili davranışların oluştuğu ve gençlerin kendi sağlık eylemlerinin üstlendiği ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde özellikle belirgindir (40).

Nerede yardım arayacağını bilememek, mevcut ruh sağlığı hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmamak gibi zayıf ruh sağlığı okuryazarlığı ergen ve genç yetişkinlerde ruh sağlığı yardımı aramayı engellemektedir (65, 82).

b. Erişim Eksikliği

Finansal maliyetler ve ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamı gibi nesnelleştirilebilir sağlık hizmetlerini içermektedir (71).

Maliyetler, yeterli finansmanın sağlanamaması, bekleme sürelerinin uzun olması, yeterli zamanın olmaması gibi ruh sağlığı hizmetlerine erişimin önündeki engellerdendir. Ruh sağlığı danışmanlığı ve terapi için bekleme süreleri özellikle en çok ihtiyaç duyulan çocuk ve gençler gruplarında çok uzundur (65, 82).

5. Kültürel Engeller

Bireylerin yaşadıkları yer veya ait oldukları etnik köken, toplumsal cinsiyet, göçmenlik ve inanç durumu gibi sosyal gruplara bağlı çeşitli gereksinimler başvuru sırasında göz ardı edilmemelidir. Kültürel duyarlılık olarak adlandırılan bu kavramın yer aldığı hizmetlerin sunumu bireylerin tercihinde önemlidir (83).

Kültürün etkisini inceleyen çalışmalarda ruh sağlığı yardımı arama niyetinde kültürün önemli bir engel olabileceği belirtilmiştir (64). Örnek olarak, Batılı psikoterapi modellerinin, bölgede yaşayan azınlık grubun pek çoğunun problem çözümüne ilişkin inançlarına uygun olmadığı ifade edilmiştir (77).

Araştırmalar psikoterapi hizmeti veren ruh sağlığı hizmeti sağlayıcı ile birey arasında etnik uyumun olması durumunda, psikoterapi hizmetinin erken sonlandırılmadığını ve bunun sonucunda daha iyi yanıtlar alındığını göstermiştir (75).

Kültürel etkileşim, azınlık gruplar arasında ruh sağlığı hizmetleri aramanın önündeki engellerle ilgili önemli faktörlerden biridir. Kültürel etkileşim, göçmenler veya etnik azınlık bir grupta yer alan kişilerin, ev sahibi veya çoğunluk gruba benzemek adına davranış ve tutumlarını değiştirme sürecidir. Yapılan çalışmalarda kültürel etkileşim düzeyi düşük olan kişilerin ruh sağlığı yardımı arama konusunda daha fazla engel algıladığı gösterilmiştir (75).

Bir diğer önemli konu, güvenirliğin sağlanması, farklı kültürlerdeki kişilerin tedavilerinde son derece önemlidir. Sağlık hizmet sunucusunun güvenirliği ile ilgili herhangi bir sorun yaşanmaması, etnik azınlık grupları ruh sağlığı hizmetlerini kullanmaya yöneltmektedir (77).

Cinsel azınlık gruplarının da ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince faydalanamadığı belirtilmektedir. Çok sayıda çalışma heteroseksüellerle karşılaştırıldığında depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal problemlerin bu gruplarda daha yaygın olduğunu göstermiştir. Cinsiyete dayalı ayrımcılık, cinsel kimlik ve cinsel yönelim ayrımcılığı ile ruh sağlığının iyi olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (84).

Cinsel yönelim ve ruh sağlığı değerlendirilirken cinsel damgalamanın kapsamı ve etkileri de önemlidir. Ruh sağlığı danışmanlarının eşcinsel davranışlara ve azınlık cinsel yönelime sahip kişilere karşı tutumları şekillenirken cinsel damgalama merkezi rol oynamaktadır (85). Ayrıca sağlık profesyonelleri kendi damgalayıcı inançları nedeniyle ruhsal problemleri olan kişilere yeterli sağlık hizmeti seçeneği sağlamayabilirler (86). Bu nedenle yapılan çalışmalarda üniversite öğrencileri yargılayıcı olmayan ruh sağlığı danışmanlarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir (87).

Göçmenlik durumu ile sağlık çalışanı arasındaki kültürel uyumsuzluğun da ruh sağlığı hizmeti almanın önündeki engellerden biri olabileceği belirtilmiştir (88).

Özetle; Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri çerçevesinde belirlenen gündemi gerçekleştirebilmek için ruh sağlığına yönelik engellerin ve tehditlerin detaylı bir biçimde incelenmesi gerekir. Bunlar arasında ruh sağlığının değeri konusunda

farkındalık eksikliği, sektörler arasında ruh sağlığının korunmasına yeterince dikkat edilmemesi, damgalama ve ayrımcılık nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerine yönelik düşük talep, artan eşitsizlik gibi küresel zorluklar yer almaktadır (20).

Mevcut literatür ruh sağlığı danışmanlığından yararlanması gereken çoğu kişinin ruh sağlığı hizmeti almayı istemediğini ortaya koymuştur. Bireylerin ruh sağlığı danışmanlığı arama kararlarının altında yatan nedenlerin daha iyi anlaşılması, ruh sağlığı danışmanlığı aramanın önündeki engellerin aşılmasını sağlamaya yardımcı olacaktır. Böylelikle ruh sağlığı hizmetlerinin uygun bir şekilde planlanması ve gerekli kaynakların tahsis edilmesiyle ruh sağlığı hizmetlerinin ihtiyaç duyanlara ulaşması sağlanacaktır. Bu durum ruhsal hastalık yükünün azalması için önemli bir gerekliliktir.

V. GEREÇ VE YÖNTEM

A. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma metodolojik tipte bir araştırmadır.

B. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dönem 1, Dönem 2, Dönem 3, Dönem 4, Dönem 5 ve Dönem 6 öğrencileri ile yapılmıştır. Araştırmaya ait veriler 10.09.2021-10.12.2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ölçek uyarlama çalışmalarında örneklem büyüklüğü için ölçek madde sayısının en az 5-10 katına ulaşılması gerekmektedir (89). Shea ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin 27 maddesi olduğu için örneklem büyüklüğünün en az 135-270 kişi olması gerekmektedir. Ölçekteki madde sayısı 27 olduğu için araştırma sürecinde olası veri kaybı oluşabileceği de göz önüne alınarak araştırmanın 300 öğrenciyle yapılması planlanmıştır.

2021-2022 eğitim öğretim yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde Dönem 1'de 355 öğrenci, Dönem 2'de 364 öğrenci, Dönem 3'te 450 öğrenci, Dönem 4'te 447 öğrenci, Dönem 5'te 433 öğrenci, Dönem 6'da 456 öğrenci olmak üzere toplam 2505 öğrenci bulunmaktadır (90). Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde eğitim gören Dönem 1'den 73 öğrenci, Dönem 2'den 62 öğrenci, Dönem 3'ten 57 öğrenci, Dönem 4'ten 72 öğrenci, Dönem 5'ten 55 öğrenci ve Dönem 6'dan 59 öğrenci olmak üzere toplam 378 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır.

D. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde,

- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi öğrencisi olan,
- 18 yaş ve üstünde olan,
- Çalışmaya katılım konusunda gönüllü olan öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.

E. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde,

- 18 yaşından küçük olan,
- Çalışmaya katılım konusunda gönüllülük göstermeyen öğrenciler araştırmaya dahil edilmemiştir.

F. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği tek bir veri toplama formunda birleştirilip online form olarak gönderilmiş ve çalışmaya katılım konusunda gönüllü olan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinin 378 öğrencisi tarafından mail yoluyla doldurulmuştur. 378 öğrencinin formu araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlamıştır. Veriler 10.09.2021-10.12.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Her bir veri toplama formunun doldurulması, ortalama 5 dk sürmüştür. Veri toplama formu; Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır (bkz. Ek-1: Anket Formu).

G. Veri Toplama Araçları

1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda katılımcının;

- Cinsiyeti
- Doğum Yılı
- Doğum Yeri
- Büyüdüğü Yer
- Gelir Durumu Değerlendirmesi
- Annenin Öğrenim Durumu
- Babanın Öğrenim Durumu
- Ailenin Toplam Aylık Geliri
- Fakültedeki Sınıfı

- Daha Önce Herhangi Bir Ruh Sağlığı Danışmanından Psikolojik Yardım Alma İhtiyacı Hissedip Hissetmediği
- Daha Önce Herhangi Bir Ruh Sağlığı Danışmanından Psikolojik Yardım Alıp Almadığı

sorularını içeren toplamda 11 soru Kişisel Bilgi Formu ile uygulanmıştır (bkz. Ek-1: Anket Formu).

2. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği

İkinci bölümde ise 2019 yılında Shea ve arkadaşları tarafından İngilizce olarak geliştirilen ruh sağlığı danışmanlığı aramaya yönelik engel türlerini ve bunların üniversite öğrencileri arasında çeşitli yardım aramaya karar verme kriterleri ile birlikteliklerini değerlendiren Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Türkçe Formu bulunmaktadır (bkz. Ek-1: Anket Formu).

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği geliştirilirken araştırma grubu için Amerika Birleşik Devletleri'ndeki West Coast Public University ve Midwestern Public University'den 1049 üniversite öğrencisine ulaşılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve iç güvenilirliği için kanıt oluşturmak için örneklemin tamamı kullanılmıştır. Katılımcılar psikoloji bölümü ve üniversite e-posta listeleri aracılığıyla çalışmaya alınmıştır. Ayrıca ölçeğin geliştirildiği 1. aşamada 160 kişiden oluşan lisans öğrencisi, kendileri veya tanıdıklarından biri ruh sağlığı ile ilgili bir sıkıntı yaşarsa ruh sağlığı danışmanlığı istememelerinin olası nedenlerini belirtmiş. 3. aşamadan sonra 40 soruluk ölçek formu oluşturulmuştur.

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri sonrasında son hâli 6 alt boyut ve 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; "Negatif Algılanan Değer" alt boyutu 5 soru (1., 2., 3., 4. ve 5. soru), "Duygulardan Rahatsızlık" alt boyutu 5 soru (6., 7., 8., 9. ve 10. soru), "Grup İçi Stigma" alt boyutu 5 soru (11., 12., 13., 14. ve 15. soru), "Bilgi Eksikliği" alt boyutu 3 soru (16., 17. ve 18. soru), "Erişim Eksikliği" alt boyutu 4 soru (19., 20., 21. ve 22. soru), "Kültürel Engeller" alt boyutu 5 soru (23., 24., 25., 26. ve 27. soru) olarak ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin 10., 13. ve 26. soruları tersten ifade edilmiş ve ters puanlanmıştır.

Ölçekte 1'den 6'ya kadar puanlanan (1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Kısmen Katılmıyorum, 3-Biraz Katılmıyorum, 4-Biraz Katılıyorum, 5-Kısmen Katılıyorum, 6-Kesinlikle Katılıyorum) 6'lı Likert değerlendirme kullanılmıştır (Bkz. Ek-2: Ölçeğin Orijinal Hâli (BMHC)). Ölçekte alınabilecek toplam skor en yüksek 162, en düşük 27 puan olmaktadır. Altı alt boyutun her biri için bir alt boyut ortalama puanı hesaplanmış ve yüksek puanlar yapının daha güçlü büyüklüğünü göstermektedir.

Ölçeğin yapı geçerliğinde Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular ölçeğin artan geçerliliğine dair kanıtlar sağlamıştır. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin tüm alt boyutları (Negatif Algılanan Değer (α=0.74), Duygulardan Rahatszılık (α=0.88), Grup İçi Damgalama (α=0.86), Bilgi Eksikliği (α=0.88), Erişim Eksikliği (α=0.82) ve Kültürel Engeller (α=0.83)) tatmin edici düzeyde iç tutarlığa ulaşmıştır. Test-tekrar testin alt boyutları arasındaki korelasyonlar Negatif Algılanan Değer (r =0.79), Duygulardan Rahatszılık (r =0.83), Grup İçi Damgalama (r=0.70), Bilgi Eksikliği (r =0.72), Erişim Eksikliği (r=0.77) ve Kültürel Engeller (r=0.69) olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği de yeterli zamansal stabiliteyi göstermiştir. Böylece ölçek yeterli geçerlik güvenirlik sağlamıştır (11).

Pilot Çalışma:

Otuz beş kişiden oluşan öğrenci grubuna ön uygulama yapılmış olup bu katılımcıların anketleri analizlere dahil edilmemiştir. Anketin doldurulma süresi ortalama 5 dakika olarak belirlenmiştir. Pilot çalışma sonrasında katılımcılardan alınan geri bildirimler sonucunda anket formundaki kişisel bilgi formu kısmında yer alan sorulara açıklayıcı ifadeler eklenmiş ve öğrencilerin cevaplamalarını kolaylaştıracak değişiklikler yapılmıştır. Son hâli verilen anketler araştırma için kullanılmıştır.

H. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise yaş, cinsiyet, doğum yeri, büyüdüğü yer, gelir algısı, ailenin toplam aylık geliri, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, fakültedeki sınıf, ruh sağlığı danışmanından yardım alma ihtiyacı hissetmek, ruh sağlığı danışmanından yardım almak oluşturmaktadır.

I. Verilerin Analizi

Ölçek uyarlaması uzun süren, dikkat gerektiren ve çok sayıda araştırmacının emekleriyle gerçekleşen çalışmalardır. Ölçeğin farklı bir dilden farklı bir kültürden farklı bir dile ve kültüre uyarlanması çevirinin orijinal hâline olabildiğince uygun olmasının yanında başka hususları da beraberinde getirir (91).

Bu nedenle ölçek uyarlaması sürecinin standartlaştırılmış bazı aşamalarla ilerlemesi gerekir. Hem DSÖ ve hem de Uluslararası Test Komisyonu (ITC-International Test Commission) tarafından hazırlanan rehberin her ikisi de benzer süreçleri içermektedir. Çeviri süreci öncesinde ilk koşul "ölçek sahibinin izni" olmalıdır. Sonrasında "çeviri", "anlamsal açıklamalar", "uzman paneli", "geri çeviri", "pilot uygulama ve biliçsel inceleme", "son sürüm", "dökümantasyon" aşamaları bulunmaktadır (92-95). Bu aşamalar tamamlandıktan sonra da ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla geçerlik-güvenirlik yapılmaktadır.

1. Ölçek Sahibinden İzin Alınması

Uyarlama sürecine başlamadan önce ölçek sahibinden izin alınması gerektiği belirtilmektedir. Orijinal ölçek sahibinin tüm telif hak haklarına saygı gösterilmelidir. Ayrıca ölçek sahibinden izin alma süreci aynı hedef popülasyonu için başka biri tarafından ölçeğin uyarlanmaya başlanıp başlanmadığı konusunda da bize bilgi sağlar (93, 95). Bu nedenle ölçek sahibine ölçeğin uyarlaması için aynı ülkeden başka birine izin verip vermediği de açıkça sorulmalıdır. Başka bir araştırmacıya izin verilmişse iyi olmayan bir uyarlama, orijinal ölçeğin yeni versiyonunun çıkması gibi bir neden yoksa aynı ülkede yeniden ölçeği uyarlamak emek ve zaman kaybına neden olmakta ve ayrıca etik açıdan da uygun bulunmamaktadır. Ölçek sahibinden izin istemek ayrıca ölçeği geliştiren araştırmacıların bu ölçeğin başka bir dile adapte edilmesini kabul edip etmeyeceklerini de ortaya çıkarır (94). Sözkonusu nedenlerden dolayı uyarlamaya başlamadan önce ölçek sahibinden izin alınması önem arz etmektedir. Çalışmamızda da ölçek uyarlamasına başlamadan önce ölçek sahibiyle e-posta yoluyla iletişim kurulmuş olup ölçeğin uyarlanması için izin alınmıştır (bkz. Ek-3: Ölçek Kullanım İzni).

Ölçek uyarlama çalışmalarının 2 temel basamağı vardır: Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi (dil uyarlaması) ve psikometrik özelliklerin incelenmesi (güvenirlik ve geçerlik) (96).

2. Dil Uyarlaması: Çeviriler

Bu araştırmada dil uyarlaması için Hambleton, Merenda ve Spielberger'in örnek çeviri süreci temel alınmıştır. Çeviri-geri çeviri yöntemiyle bu süreç 4 aşamada tamamlanmıştır (97).

İlk Çeviri (İleri Çeviri): İlk çeviri birbirinden bağımsız çalışan en az iki çevirmen tarafından yapılmalıdır (93). Kültürün dilde asıl belirleyici olması nedeniyle ileriye dönük çevirilerde çevirmenlerin ana dili ile hedef dilin aynı dil olması önemsenmektedir (98). 27 maddelik İngilizce olarak geliştirilen ölçek bu aşamada alanda çalışan, ana dili Türkçe olan ve İngilizce'yi iyi derecede bilen 2 farklı çevirmen (1 akademisyen psikiyatrist, 1 uzman klinik psikolog) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir (bkz. Ek-4: Dil Uyarlama Çevirmen Listesi).

Bağımsız Değerlendirme: Yapılan çeviriler araştırmacı ile danışmanı tarafından incelenerek ölçekteki her bir madde için en uygun çeviri belirlenip tek bir Türkçe form oluşturulmuştur. Oluşturulan form dil, anlam uygunluğu ve kavram eşdeğerliliği açısından gözden geçirilmiştir. Sonrasında 2 Türk dili uzmanı ölçeğin Türk diline uygunluğunu değerlendirmiştir (bkz. Ek-5: Dil Uyarlama Türk Diline Uygunluğu Değerlendiren Uzman Listesi). Öneriler sonucu yapılan değişiklikler ile Türkçe form düzenlenmiştir.

Geri Çeviri: Çeviri yapılan ölçek geliştirildiği kaynak dile geri çevrilmiştir. Bu aşamada her iki dili çok iyi bilen, ölçeğin orijinal hâlini görmemiş, 4 ayrı çevirmen (2'si akademisyen psikiyatrist, 1'i akademisyen halk sağlığı uzmanı olmak üzere) tarafından ölçek Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir. Sonrasında bağımsız bir çevirmen tarafından geri çeviri ölçekler birleştirilerek tek bir İngilizce ölçek oluşturulmuştur (bkz. Ek-4: Dil Uyarlama Çevirmen Listesi). Söz konusu ölçek daha sonra ölçek sahibine gönderilmiş ve ölçek sahibinden alınan geri bildirimler neticesinde ölçek değerlendirilerek düzenlenmiştir.

Son Kontrol: Son hâli verilmiş ölçek ana dili hedef dil olan katılımcılar üzerinde uygulanır ve katılımcıların görüşleri alınır. Bu sebeple ölçek ana dili Türkçe olan 35 öğrenciye uygulanmış ve ölçek ile ilgili geri bildirimler alınmıştır. Gerekli düzenlemeler yapılarak Türkçe ölçeğe son hâli verilmiştir.

3. Dil Uyarlaması: Kapsam / İçerik Geçerliğinde Kullanılan Yöntemler

Geçerlilik(validity), bir testin ya da ölçeğin ölçülmek istenen şeyi ne kadar ölçebildiğidir. Diğer bir ifadeyle geçerlilik bir ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve uygun bir şekilde ölçebilme derecesidir. İçerik (kapsam) geçerliliği (content validity), "ölçme aracında bulunan soruların ilk bakışta ölçülmek istenen şeyi, ölçüp ölçemeyeceğinin, pratikte uygulanabilir spesifik bir ölçüm aracı olup olamayacağının değerlendirmesidir." olarak tanımlanmıştır. Kapsam geçerliliği ölçekteki içeriğin amaca uygun olup olmadığını, soruların araştırılan alanı ölçüp ölçmediğini ayrıca hedeflenen alanı yeterli düzeyde değerlendirip değerlendirmediğini inceler (99, 100). Ölçüm aracının içeriği ölçülmek istenen yapıyla ilişkili olmalı ve hatta o yapıyı temsil etmelidir (101).

Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) Lawshe tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışmada da Lawshe tekniği kullanıldı. Lawshe tekniği olarak bilinen bu yaklaşımın basamakları şunlardır (102):

- Alanda uzman olanlara ait bir grubun oluşturulması
- Ölçeğin hazırlanması
- Uzmanların görüşlerine başvurulması
- Maddelerin Kapsam Geçerlik Oranlarının (KGO) hesaplanması
- Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksinin (KGİ) hesaplanması
- KGO / KGİ'ye göre forma son hâlinin verilmesi

Lawshe tekniğine göre en az 5, en fazla 40 uzman görüşü gerekmektedir. Bu çalışmada bu durum dikkate alınarak hem ölçekte yer alan maddelerin dil ve ifade açısından uygunluğunun değerlendirilmesi hem de kapsam geçerliliğinin hesaplanabilmesi için hazırlanan Uzman Değerlendirme Formu ruh sağlığı alanında çalışan 14 uzmana e-posta aracılığıyla gönderilmiş ve konu ile ilgili uzmanların görüşleri alınmıştır (bkz. Ek-6: Kapsam Geçerliği Uzman Listesi). Ölçekte bulunan tüm maddeler uzmanlar tarafından tek tek şu şekilde değerlendirilmiştir: 1.Hiç uygun değil: Madde çıkarılmalı, 2.Kısmen uygun: Madde önerilen düzeltmeler yapılarak kullanılabilir, 3.Uygun: Madde bu şekli ile kullanılabilir. Uzmanlardan her bir maddeye

1 ile 3 arası puan vermeleri beklenmiştir. Böylelikle her bir madde için uzman görüşleri toplanıp kapsam geçerlik oranları hesaplanmıştır.

KGO=[Herhangi bir maddeye ilişkin uygun görüşünü belirten uzman sayısı/(sözkonusu maddeye ilişkin görüş belirten uzman sayısı/2)]-1

Uzmanların yarısı herhangi bir maddeye ilişkin uygun görüşünü bildirdiklerinde KGO=0, uzmanların yarısından fazlası uygun görüşünü bildirdiklerinde KGO>0, uzmanların yarısından azı uygun görüşünü bildirdiklerinde KGO<0 olarak hesaplanmaktadır. KGO -1 ile +1 arasında bir değere sahiptir. Bu çalışmada 14 uzman görüşü değerlendirilmiştir. 14 uzmanın KGO için minimum değeri 0.51 olarak alınmıştır (102, 103). Ölçeğin KGO ve KGİ hesaplanmıştır.

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin dil uyarlama ve kapsam geçerliliği tamamlandıktan sonra ölçek 378 öğrenciye uygulanarak elde edilen verilerle bir sonraki basamak olan ölçeğin yapı geçerliliği test aşamasına geçilmiştir.

4. Yapı / Kavram Geçerliğinde Kullanılan Yöntemler

Bu araştırma ile Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'ni Türkçeye uyarlamak ve ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmak amaçlanmıştır. Bir ölçeğin geliştirilmesi ve uyarlanmasında ölçeğin yapı geçerliliğine ilişkin veri elde etmek için en sık başvurulan yöntem faktör analizidir (104). Bu çalışmada da yapı geçerliliği için önce Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) sonrasında Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliği için başlangıçta madde analizi çerçevesinde maddelerin ayırt edicilik gücünü belirlemek amacıyla madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Her bir maddenin madde-toplam puan korelasyonunun en az 0.20 olması beklenmiştir. Faktör çıkartma yöntemleri içerisinde en sık kullanılan yöntem temel bileşenler analizidir. Bu yöntemin amacı bileşenlerin her biri için maksimum varyansı çıkarmaktır (105). Bu çalışmada da temel bileşenler analizi ile varimaks rotasyon yöntemi kullanılarak Açımlayıcı Faktör Analizi uygulaması yapılmıştır. Öncelikle çalışmadan elde edilen verilerin Açımlayıcı Faktör Analizi için uygun olup olmadığına bakmak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi analizleri yapılmıştır (106). KMO katsayısı ile verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığına

ve örneklem büyüklüğünün yeterliğine bakılırken, Bartlett küresellik testi ile değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisinin incelenmesi sağlanmaktadır. KMO katsayısı 0 ile 1 arasında bir değerdir. Faktör analizi için KMO katsayı değeri 0,5 veya daha büyük olmalıdır. KMO katsayısı için 0,5-1 değerleri kabul edilebilir değerler olarak değerlendirilirken, araştırmacılar tarafından genel olarak tatmin edici düzeyde düşünülen minimum KMO katsayı değeri 0,7'dir. Bartlett küresellik testinde testin değeri ki-kare yaklaşımıyla hesaplanmaktadır ve veri anlamlılık değeri 0,05'ten küçük olmalıdır. Hesaplanan KMO katsayısının en az 0,70 olması ve Bartlett küresellik testinde ki-kare(X^2) değerinin yüksek derecede anlamlı olması kriter olarak alınmıştır (107-109).

Bir ölçekte yer alan faktör sayısı belirlenirken hem özdeğeri 1'in üzerinde olan hem de açıkladığı varyans değeri %5'in üzerinde olan boyutların alt boyut olarak belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle AFA uygulamasında özdeğeri 1'in üzerinde olan ve varyans açıklaması %5'in üzerinde olan faktörler dikkate alınmıştır. Faktör yük değeri, bir değişken ile bir faktör arasındaki ilişkiyi açıklayan bir katsayıdır. Kim Yin(2004) faktör yükü değerlerinin örneklem büyüklüğü ile ilgili olduğunu belirtmiş ve 0,70 faktör yükü değeri için 60 kişilik, 0,60 faktör yükü değeri 85 kişilik, 0,50 faktör yükü değeri için 120 kişilik, 0,40 faktör yükü değeri için 200 kişilik, 0,30 faktör yükü değeri için en az 350 kişilik bir örneklemin yeterli olacağı ifade etmiştir. Bu çalışmada da örneklem büyüklüğü 378 kişi olması nedeniyle ölçekteki maddelerin bir faktör grubunda yer alabilmesi için faktör yükü değerinin en az 0,30 olmasına dikkat edilmiştir. Böylelikle her bir maddenin ortak varyans değerinin ve rotasyon öncesi faktör matriksinde 1. faktöre olan yükünün en az 0,30 olması hedeflenmiştir. Rotasyon sonrası elde edilen örüntü matrisinde de her bir maddenin ait olduğu faktöre en az 0,30 yüklenmesi, çift yüklenmesi durumunda ise aradaki farkın en az 0,10 olması koşul olarak belirlenmiştir (101, 104, 109-113). Faktör analizi sonucunda faktör yükü 0,30'un altında olan maddeler ile aynı maddenin iki ayrı faktörlerdeki yükleri arasında en az 0,10 fark olmayan maddeler çıkarılarak söz konusu analizlerin tekrar edilmesi planlanmıştır.

Sonrasında DFA uygulaması için örtük değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisinin incelenmesi, örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki yordayıcılık

ilişkilerinin değerlendirilmesi ve anlamsız yordayıcılık ilişkilerinin olması hâlinde yapılacak işlemlerin seçilmesi planlanmıştır (114).

DFA analizinde önemli bir diğer nokta regresyon katsayılarının anlamlılığıdır. Örtük değişkenlerin, gözlenen değişkenler tarafından açıklandığını ve etki düzeylerini göstermek için faktör analiz modelinde standardize edilmiş regresyon katsayıları incelenmiştir. Genellikle standardize edilmiş regresyon katsayısının 0,7'nin üzerinde olması mükemmel kabul edilmekte iken, 0,3'ün altında olması istenmemektedir.

AFA sonuçlarına göre belirlenen faktör yapısı DFA ile test edilmiştir. Oluşturulan modelin elde edilen veriyi ne kadar iyi açıkladığını belirlemek amacıyla pek çok uyum iyiliği indeksinden faydalanılmaktadır. Karşılanması gerekli olan, uyum istatistiklerine ilişkin analizde kullanılan ölçütler Tablo 5'te verilmiştir. Model veri uyumu için uyum iyiliği indekslerinin ölçüt değeri GFI(Goodness of Fit Index), CFI(Comparative Fit Index) ve NNFI(Non-Normed Fit Index)/TLI(Tucker-Lewis Index) için 0,95 ve üzeri, RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation), sRMR(standardized Root Mean Square Residual) için 0,08 ve daha az olması ve $\chi 2/sd$ değerinin 5'ten küçük olması gerekmektedir. Bu veriler doğrultusunda modelin iyi uyum ölçütlerinin tamamını karşılaması hâlinde iyi uyum gösterdiği, kabul edilebilir uyum ölçütlerinin tamamını karşılaması hâlinde ise kabul edilebilir ölçüde uyum gösterdiği sonucuna varılmaktadır. (115-117).

Tablo 5. Uyum İstatistiklerine İlişkin İyi ve Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri

Uyum İndeksleri	İyi Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
$\chi 2/df$[1]	$0 \leq \chi 2/sd \leq 2$	$2 < \chi 2/sd \leq 5$
RMSEA[2]	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 < RMSEA \leq 0,08$
sRMR[3]	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 < SRMR \leq 0,08$
GFI[4]	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI < 0,95$
CFI[5]	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$	$0,90 \leq CFI < 0,95$
TLI[6]	$0,95 \leq TLI \leq 1,00$	$0,90 \leq TLI < 0,95$

[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] GFI: Goodness of Fit Index; [5] CFI: Comparative Fit Index; [6] TLI: Tucker-Lewis Index

5. Güvenirlik Testlerinde Kullanılan Yöntemler

Güvenirlik, bir ölçme aracı ile aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (118). Güvenirlik, bir ölçme aracının ne kadar kararlı, tutarlı veya doğru olduğunu ifade eder (119). Psikolojik özelliklerin ölçülmesi amacıyla kullanılan ölçeklerin güvenirliliğinin belirlenmesinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada da ölçeğin güvenirlik analizinde maddelerin iç tutarlığı Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanarak gösterilmiştir. Maddelerin tamamı için elde edilen α değeri o ölçeğin toplam güvenirliğini göstermektedir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısının genel kabul değeri 0,7 ve üstüdür. Ancak 0,6 ile 0,7 arası Cronbach alfa güvenirlik katsayısı değeri de kabul edilebilir olarak yorumlanmaktadır (120, 121). Ölçekte yer alan maddelerin ölçmesi beklenen yapıyı ne derece ölçtüğünü belirleyebilmek için ölçek maddelerinden alınan puanlarla toplam ölçek puanları arasında korelasyon bakılmıştır. Madde toplam puan korelasyon katsayılarının en az 0.20 olması beklenmiştir (101). Güvenirlik ile ilgili değerlendirmede kullanılan bir diğer iç tutarlık analizi yarıya bölme yöntemidir (Split-Half Method). Katılımcıların ölçeğin bir yarısından aldığı puanlar ile diğer yarısından aldıkları puanlar karşılaştırılarak Guttman Split-Half Katsayısı hesaplanmıştır. Güvenirlikte tutarlık dışında önemli bir diğer kavram da kararlılıktır. Kararlılık, ölçekteki özelliğin farklı zamanlarda aynı ölçme aracıyla ölçümlerinde aynı sonuçları elde edebilmesidir. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini göstermek için ortalama 2-4 hafta arayla 34 öğrenciye aynı veri toplama formu ile Test-retest Methodu (Formun Tekrarı Yöntemi) uygulanmıştır. İlk test ve tekrar test uygulama sonrası her iki testten elde edilen veriler bağımlı örneklemlerde t testi ve korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Test-retest yöntemi için kullanılan ölçek verileri diğer istatistiksel analizlere dahil edilmemiştir (122).

6. Diğer İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analiz sürecinde tanımlayıcı istatistikler, sürekli veriler için ortalama değer, standart sapma, ortanca, en büyük ve en küçük değerler olarak, kesikli veriler için ise sayı ve yüzde değerler olarak hesaplandı. Dağılımın normal olup olmadığını denetlemek için istatistiksel testlerden Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk kullanılmıştır. Non-parametrik verilerin karşılaştırılmasında grup sayısı iki ise Mann-Whitney U testi, grup sayısı ikiden çok ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Parametrik verilerin karşılaştırılmasında grup sayısı iki ise bağımsız gruplar için Student t testi, grup sayısı ikiden çok ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanılmıştır. Korelasyon analizi için normal dağılım göstermeyen verilerde Spearman testi kullanılarak analiz yapılmıştır. (100).

Spearman korelasyon analizi sonucundan elde edilen korelasyon katsayısı 0,00-0,24 ise korelasyonun gücü zayıf, 0,25-0,49 ise korelasyonun gücü orta, 0,50-0,74 ise korelasyonun gücü güçlü, 0,75-1,00 ise korelasyonun gücü çok güçlü olarak kabul edilmiştir (123).

Bu çalışmada istatistiksel verilerden madde analizi, AFA ve güvenirlik analizi SPSS 21.0 programı ile yürütülmüştür. DFA uygulamasında ise AMOS 16.0 programı kullanılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş, $p<0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

K. İzinler

Ölçeği araştırmada kullanmak için Munyi Shea ile e-posta yoluyla iletişime geçilerek ölçeğin kullanım izni yazılı olarak alınmıştır (bkz. Ek-3: Ölçek Kullanım İzni).

T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 03.03.2021 tarih ve 114942 sayılı yazısında "Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" adlı çalışmanın İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 19.02.2021 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunduğu belirtilmiş olup araştırmanın etik kurul izni alınmıştır (bkz. Ek-7: Etik Kurul İzni).

Araştırmanın verilerinin toplanması için çalışma izni T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 22.03.2021 tarih ve 144872 sayılı yazısı ile alınmıştır (bkz. Ek-8: Tez Çalışma İzni).

Ayrıca online forma başlamadan önce katılımcılara araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiş olup kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilmiştir. Katılımcıların

yazılı onamları alınmış böylelikle sadece çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar forma devam edebilmişlerdir.

L. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma sırasında kırtasiye vb. gibi sarf malzeme alımları ve ulaşım giderleri araştırmacıların kendisi tarafından karşılanmıştır.

VI. BULGULAR

A. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Çalışmaya katılan 378 öğrencinin yaş ortalaması 21±3 yıl, ortanca değeri 21'dir (Min: 18-Maks: 49). Katılımcıların %57,4'ü (n=217) kadın, %42,6'sı (n=161) erkektir. Katılımcıların %19,3'ü (n=73) Dönem 1, %16,4'ü (n=62) Dönem 2, %15,1'i (n=57) Dönem 3, %19'u (n=72) Dönem 4, %14,6'sı (n=55) Dönem 5, %15,6'sı (n=59) Dönem 6 öğrencileridir.

Katılımcıların gelir algısı %20,6'sında (n=78) gelirinin giderinden az olduğu, %49,5'inde (n=187) gelirinin giderine eşit olduğu şeklindedir. Ailelerinin toplam aylık gelirini katılımcılardan %8,7'si (n=33) 3000 TL, %28,3'ü (n=107) 3001-6000 TL, %63'ü (n=238) 6001 TL ve üzeri olarak belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri-1

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	Kadın	217	57,4
	Erkek	161	42,6
	Toplam	378	100,0
Fakültedeki sınıf	1	73	19,3
	2	62	16,4
	3	57	15,1
	4	72	19,0
	5	55	14,6
	6	59	15,6
	Toplam	378	100,0
Gelir algısı	Gelir az	78	20,6
	Gelir-gider eşit	187	49,5
	Gelir fazla	113	29,9
	Toplam	378	100,0
Ailenin toplam aylık geliri	3000 TL ve altı	33	8,7
	3001-6000 TL	107	28,3
	6001 TL ve üzeri	238	63,0
	Toplam	378	100,0
	Sayı	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Maks)
Yaş	378	21±3	21 (18-49)

Katılımcıların annelerinin eğitim durumuna bakıldığında, %36,2 (n=137) üniversite mezunu, %22,5 (n=85) lise mezunu, %14 (n=53) ilkokul mezunudur. Katılımcıların babaları %44,4 (n=168) üniversite mezunu, %19,3 (n=73) lise mezunu, %11,4 (n=43) yüksek lisans yapmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri-2

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	11	2,9
	Okuryazar	12	3,2
	İlkokul mezunu	53	14,0
	Ortaokul mezunu	24	6,3
	Lise mezunu	85	22,5
	Yüksekokul mezunu	20	5,3
	Üniversite mezunu	137	36,2
	Yüksek lisans	24	6,3
	Doktora ve üzeri	12	3,2
	Toplam	378	100,0
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	1	0,3
	Okuryazar	1	0,3
	İlkokul mezunu	29	7,7
	Ortaokul mezunu	13	3,4
	Lise mezunu	73	19,3
	Yüksekokul mezunu	27	7,1
	Üniversite mezunu	168	44,4
	Yüksek lisans	43	11,4
	Doktora ve üzeri	23	6,1
	Toplam	378	100,0

Katılımcıların %70,6'sı (n=267) herhangi bir ruh sağlığı danışmanından kendisi için psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetmişken, sadece %32,8'i (n=124) ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım aldığını belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin RSD'den Yardım Alma İhtiyacı Hissetme ve Yardım Alma Durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetme	Hayır	111	29,4
	Evet	267	70,6
	Toplam	378	100,0
Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma	Hayır	254	67,2
	Evet	124	32,8
	Toplam	378	100,0

B. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Geçerliğine Ait Bulgular

1. Dil Uyarlaması: RSD Engeller Ölçeği'nin Kapsam / İçerik Geçerliğine Ait Bulgular

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği (RSD Engeller Ölçeği), kapsam geçerliğinin hesaplanabilmesi için ruh sağlığı alanında çalışan 14 uzman tarafından değerlendirildi. Uzmanlar tarafından verilen puanlar dikkate alınarak Lawshe tekniğine göre Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeks (KGİ) değerleri hesaplanmıştır.

Ölçekte bulunan tüm maddeler uzmanlar tarafından tek tek değerlendirilerek uzmanların her bir maddeye 1 ile 3 arası puan vermesi beklenmiştir. 1.Hiç uygun değil: Madde çıkarılmalı; 2.Kısmen uygun: Madde önerilen düzeltmeler yapılarak kullanılabilir; 3.Uygun: Madde bu şekli ile kullanılabilir şeklindedir (bkz. Ek-6: Kapsam Geçerliği Uzman Listesi). Ek olarak uzmanlardan ölçekte yer alan maddelerin geliştirilebilmesine yönelik önerileri de alınmıştır.

KGO, herhangi bir maddeye ilişkin uygun görüşünü belirten uzman sayısının, söz konusu maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısının yarısına bölümünün bir eksiği formülü ile hesaplanmıştır. 14 uzmanın KGO için minimum değeri 0,51 olarak alınmıştır (102). Uzman görüşüne sunulan 27 maddelik ölçeğin 22 maddesi 0,51 değerinin üzerinde yer almıştır. Bu değerin altında kalan maddelerin KGO, 3 madde (Madde 5, 17, 26) için 0,43, 2 madde (Madde 3, 18) için ise 0,29 olarak hesaplanmıştır

(Tablo 9). Uzmanların önerileri doğrultusunda KGO 0,51'in altında kalan 5 madde yeniden düzenlenerek ölçekten çıkartılmamıştır.

- Madde 3 "Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın, sorunu çözmek yerine sorunun benim açımdan uzamasına neden olacağını düşünüyorum." yerine "Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın, sorunu çözmek yerine sorunun uzamasına neden olacağını düşünüyorum." olarak değiştirilmiştir.
- Madde 5 "Sorunlarım hakkında ne yapacağımı söylemesi için bir ruh sağlığı danışmanına güvenmek istemem." yerine "Sorunlarım hakkında ne yapacağımı söylemesi için bir ruh sağlığı danışmanına güvenemem." olarak değiştirilmiştir.
- Madde 17 "Ne tür ruh sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin var olduğunu bilmiyorum" yerine "Ne tür ruh sağlığı danışmanlığı hizmetleri olduğunu bilmiyorum." olarak değiştirilmiştir.
- Madde 18 "Ruh sağlığı danışmanlığının nasıl işlediğini bilmiyorum." yerine "Ruh sağlığı danışmanlığının nasıl çalıştığını bilmiyorum." olarak değiştirilmiştir.
- Madde 26 "Bir ruh sağlığı danışmanından yardım istememde kültürün bir engel oluşturacağını düşünmüyorum." yerine "Bir ruh sağlığı danışmanından yardım isterken kültürün bir engel oluşturacağını düşünmüyorum." olarak değiştirilmiştir.

Ölçeğin orijinalinde yer alan Madde 22b "Bu soruyu, katılımcıların soruları okuyup okumadığını görmek için kullanıyoruz. Lütfen "Kısmen Katılıyorum" u seçin." olarak adlandırılan ve ölçek sahibi tarafından istatistiksel analizlere dahil edilmeyen maddenin KGO -0,29 olarak hesaplanmıştır. Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) negatif ya da sıfır değer içeriyorsa böyle maddelerin ilk etapta elenmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılar tarafından olumsuz duygu ve düşüncelere neden olabileceği yönünde uzman görüşleri olması nedeniyle Madde 22b ölçekten çıkartılmıştır.

Ölçekte yer alan 27 maddenin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) 0,61 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, 0,51 olan Kapsam Geçerlik Ölçütü'nden daha büyük bir değer olduğu için tek bir boyut söz konusu olduğu varsayımı ile ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir (102) (Tablo 9).

Tablo 9. Uzman Görüşüne Sunulan Maddelerin Kapsam Geçerlik Oranları

Ölçek maddeleri	Uygun olarak değerlendiren uzman sayısı	Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)
Madde 1	11	0,57
Madde 2	11	0,57
Madde 3	9	**0,29**
Madde 4	11	0,57
Madde 5	10	**0,43**
Madde 6	11	0,57
Madde 7	11	0,57
Madde 8	11	0,57
Madde 9	11	0,57
Madde 10	12	0,71
Madde 11	14	1,00
Madde 12	14	1,00
Madde 13	13	0,86
Madde 14	11	0,57
Madde 15	11	0,57
Madde 16	12	0,71
Madde 17	10	**0,43**
Madde 18	9	**0,29**
Madde 19	11	0,57
Madde 20	12	0,71
Madde 21	11	0,57
Madde 22	11	0,57
Madde 22b	5	**-0,29**
Madde 23	13	0,86
Madde 24	12	0,71
Madde 25	11	0,57
Madde 26	10	**0,43**
Madde 27	11	0,57
Uzman sayısı:14	**Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)=0,61**	

Dil uyarlaması ve kapsam geçerliği tamamlanan Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği, sonrasında 378 öğrenciye uygulanmıştır. Böylelikle elde edilen veriler doğrultusunda yapı geçerliğinin değerlendirilmesi aşamasına geçilmiştir.

2. RSD Engeller Ölçeği'nin Yapı Geçerliğine Ait Bulgular

Dil uyarlaması ile ilgili analizler tamamlandıktan sonra Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin incelenebilmesi için 378 öğrenciden elde edilen veriler kullanılarak ölçeğin yapı geçerliğine ait analizler yapılmıştır. Bu analizlere ait bulgular aşağıda sırayla yer almaktadır.

a. Madde Analizi

Yapılan madde-toplam puan korelasyonları sonucunda ölçekte yer alan 27 maddenin 26'sının her birinin toplam puan ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve 0,2'den daha yüksek korelasyon katsayısına sahip olduğu bulunmuştur. Madde 4'ün ise toplam puan ile 0,2'den düşük (r=0,159) korelasyon katsayısına sahip olduğu görülmüş ve bu sebeple Madde 4 ölçekten çıkartılmıştır.

Yirmi yedi maddelik ölçeğin iç tutarlık analizinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,831 olarak hesaplanmıştır. Bu değerin Cronbach alfa güvenirlik katsayısının genel kabul değeri olan 0,7'den büyük olduğu görülmüştür. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları ile maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra Cronbach alfa güvenirlik katsayısı değişimine ait bulgular Tablo 10'da sunulmuştur. Ölçekten madde çıkarıldığında Cronbach alfa güvenirlik katsayısında %5'ten daha fazla artış olması hâlinde söz konusu maddenin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (124). Tablo 10 incelendiğinde, ölçekteki herhangi bir madde çıkarıldığında Cronbach alfa güvenirlik katsayısında %5'ten fazla artış meydana gelmediği görülmektedir.

Tablo 10. RSD Engeller Ölçeği'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayı Değerleri

Ölçek maddeleri	Madde-toplam puan korelasyonu	Madde çıkarıldığında Cronbach alfa güvenirlik katsayısı
Madde 1	,359**	0,830
Madde 2	,272**	0,831
Madde 3	,382**	0,825
Madde 4	**,159***	**0,836**
Madde 5	,450**	0,824
Madde 6	,488**	0,824
Madde 7	,476**	0,824
Madde 8	,389**	0,826
Madde 9	,464**	0,824

Madde 10	,480**	0,824
Madde 11	,554**	0,820
Madde 12	,563**	0,819
Madde 13	,530**	0,821
Madde 14	,564**	0,819
Madde 15	,502**	0,822
Madde 16	,455**	0,826
Madde 17	,458**	0,825
Madde 18	,473**	0,824
Madde 19	,400**	0,826
Madde 20	,267**	0,835
Madde 21	,399**	0,827
Madde 22	,328**	0,830
Madde 23	,446**	0,824
Madde 24	,503**	0,821
Madde 25	,458**	0,824
Madde 26	,442**	0,825
Madde 27	,499**	0,822

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

b. Açımlayıcı Faktör Analizi

Öncelikle çalışmadan elde edilen verilerin Açımlayıcı Faktör Analizi için uygun olup olmadığına bakmak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi analizleri yapılmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterliği KMO katsayısı ile değerlendirilmiştir. KMO katsayısı 0,815 olarak hesaplanmıştır. 0,8'in üstünde yer alan bu değer faktör analizi için "çok iyi" olarak tanımlanan örneklem büyüklüğünü göstermektedir (125). Analize dahil edilecek değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisinin incelenmesi Bartlett küresellik testi ile sağlanmaktadır. Bartlett küresellik testi sonucu da anlamlı ($\chi 2$: 4060,562; SD:351, p<0,001) olarak bulunmuş olup; faktör analizi uygulamak için yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. RSD Engeller Ölçeği'nin Faktör Analizine Uygunluğuna Ait Veriler

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,815
Bartlett küresellik testi	$\chi 2$	4060,562
	SD	351
	p	<0,001

Faktör çıkartma yöntemi olarak temel bileşenler analizi ve varimaks rotasyon yöntemi kullanılarak Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulaması yapılmıştır. AFA uygulamasında özdeğeri 1'in üzerinde olan 7 faktör tespit edilmiştir. Faktör sayısının belirlenmesinde diğer bir kriter olan toplam varyans yüzdesi kriterinde, ilave edilen her her faktörün toplam varyansın açıklanmasına katkısı %5'in altına düştüğünde maksimum faktör sayısına ulaşılmış olduğu kabul edilmektedir (126). Varyans açıklama oranı %5'in üzerinde olan faktör sayısı 6 olarak bulunduğundan analiz 6 faktöre zorlanarak tekrar edilmiştir.

Bu çalışmada örneklem büyüklüğü 350 kişi üzeri (n=378) olduğu için faktör yükü değerinin en az 0,30 olması yeterli kabul edilmiştir. Böylelikle her bir maddenin ortak varyans değerinin ve rotasyon öncesi faktör matriksinde 1. faktöre olan yükünün en az 0,30 olması hedeflenmiştir. Ölçekte yer alan her bir maddenin ortak varyans değeri ve rotasyon öncesi faktör matriksinde 1. faktöre olan yükü 0,30'un üzerinde tespit edilmiştir.

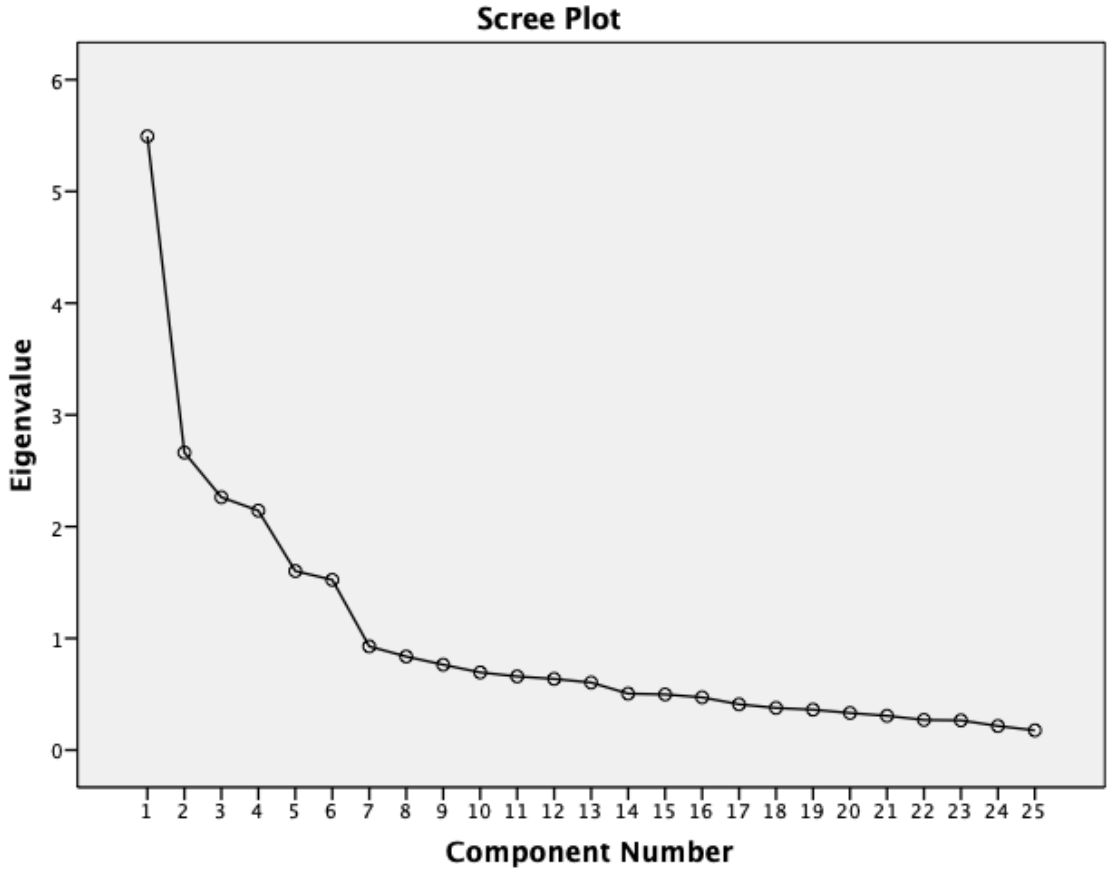
Rotasyon sonrası elde edilen örüntü matriksinde de her bir maddenin ait olduğu faktöre en az 0,30 yüklenmesi, bir maddenin birden fazla faktöre yüklenmesi durumunda ise aradaki farkın en az 0,10 olması koşulu dikkate alınmıştır. Yapılan faktör analizinde Madde 20'nin birden fazla faktörde yer aldığı ve aradaki farkın 0,10'dan az olduğu görülmüştür. Bu nedenle Madde 20 ölçekten çıkartılmıştır. Madde 20'nin ayrıca madde-toplam puan korelasyon katsayısı Madde 4'ten sonra en düşük ikinci değere sahip olduğu görülmüştür (Madde 4: 0,159; Madde 20: 0,267). Madde 20 çıkarıldıktan sonra tekrarlanan analizlerde rotasyon sonrası elde edilen faktör matriksinde ilk faktöre 0,5'in altında faktör yükü ile yüklenen herhangi bir madde olmadığı görülmüştür.

Ölçekten çıkarılan 2 maddenin ardından, kalan 25 maddenin rotasyon öncesi ortak varyans değerinin 0,30'un üzerinde olduğu ve rotasyon sonrası elde edilen faktör matriksinde de ilk faktöre 0,30'un altında faktör yükü ile yüklenen madde olmadığı görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12. RSD Engeller Ölçeği Maddelerinin Rotasyon Öncesi Ortak Varyans Değerleri

Ölçek maddeleri	27 Madde Ortak varyans	Madde 4 ve Madde 20 çıkarıldığında Ortak varyans
Madde 1	0,365	0,377
Madde 2	0,639	0,519
Madde 3	0,517	0,535
Madde 4	0,673	
Madde 5	0,581	0,453
Madde 6	0,694	0,634
Madde 7	0,626	0,557
Madde 8	0,519	0,410
Madde 9	0,735	0,734
Madde 10	0,676	0,662
Madde 11	0,634	0,639
Madde 12	0,793	0,795
Madde 13	0,786	0,785
Madde 14	0,704	0,700
Madde 15	0,707	0,702
Madde 16	0,702	0,688
Madde 17	0,839	0,839
Madde 18	0,841	0,839
Madde 19	0,540	0,518
Madde 20	0,557	
Madde 21	0,545	0,534
Madde 22	0,771	0,773
Madde 23	0,599	0,600
Madde 24	0,743	0,745
Madde 25	0,533	0,534
Madde 26	0,529	0,516
Madde 27	0,607	0,599

Ölçekten Madde 4 ve Madde 20 çıkarıldıktan sonra ölçeğin 25 maddelik versiyonunun faktör analizi toplam varyansın %62,750'sini açıklayan, özdeğeri 1'in üzerinde olup aynı zamanda açıkladığı varyans değeri de %5'in üzerinde olan altı faktörlü bir yapı ortaya koymuştur (Şekil 1).



Şekil 1. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Faktör Dağılımı

Tablo 13. RSD Engeller Ölçeği ve Alt Boyutlarının Faktör Yapıları (25 Madde)

	Ölçek maddeleri	Faktörler					
		1	2	3	4	5	6
Faktör 1: Duygulardan Rahatsızlık	Madde 12	0,874					
	Madde 13	0,871					
	Madde 15	0,808					
	Madde 14	0,798					
	Madde 11	0,761					
Faktör 2: Kültürel Engeller	Madde 24		0,846				
	Madde 23		0,755				
	Madde 27		0,752				
	Madde 26		0,698				
	Madde 25		0,696				
Faktör 3: Grup İçi Stigma	Madde 9			0,842			
	Madde 10			0,795			
	Madde 6			0,769			
	Madde 7			0,704			
	Madde 8			0,606			

Faktör 4: Bilgi Eksikliği	Madde 17				0,905		
	Madde 18				0,897		
	Madde 16				0,788		
Faktör 5: Negatif Algılanan Değer	Madde 2					0,708	
	Madde 3					0,686	
	Madde 5					0,595	
	Madde 1					0,593	
Faktör 6: Erişim Eksikliği	Madde 22						0,872
	Madde 21						0,686
	Madde 19						0,650
Özdeğer		5,493	2,663	2,263	2,143	1,602	1,524
Açıklanan varyans (%)		21,974	10,651	9,051	8,572	6,408	6,094

Ölçeğin orijinal hâli "Negatif Algılanan Değer" 5 madde, "Grup İçi Stigma" 5 madde, "Duygulardan Rahatsızlık" 5 madde, "Bilgi Eksikliği" 3 madde, "Erişim Eksikliği" 4 madde, "Kültürel Engeller" 5 madde olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmakta iken, Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulaması ile ölçek yine altı alt boyutta şekillenmiştir:

- F1: "Duygulardan Rahatsızlık" olarak şekillenmiştir. 5 madde içermektedir. Özdeğeri (Eigenvalues) 5,493 ve açıkladığı varyans oranı %21,974'tür.
- F2: "Kültürel Engeller" olarak şekillenmiştir. 5 madde içermektedir. Özdeğeri 2,663 ve açıkladığı varyans oranı %10,651 'dir.
- F3: "Grup İçi Stigma" olarak şekillenmiştir. 5 madde içermektedir. Özdeğeri 2,263 ve açıkladığı varyans oranı %9,051 'dir.
- F4: "Bilgi Eksikliği" olarak şekillenmiştir. 3 madde içermektedir. Özdeğeri 2,143 ve açıkladığı varyans oranı %8,592 'dir.
- F5: "Negatif Algılanan Değer" olarak şekillenmiştir. 4 madde içermektedir. Özdeğeri 1,602 ve açıkladığı varyans oranı %6,408 'dir.
- F6: "Erişim Eksikliği" olarak şekillenmiştir. 3 madde içermektedir. Özdeğeri 1,524 ve açıkladığı varyans oranı %6,094 'tür (Tablo 13).

c. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulaması Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin 6 alt boyut ve 25 maddelik yapısının geçerli ve güvenilir bir ölçüm yöntemi olarak kullanılabileceğine dair kanıtlar sunmuştur. Oluşan bu yapının uyum indekslerini incelemek ve olası sorunlu maddeleri tespit etmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulamasına geçilmiştir.

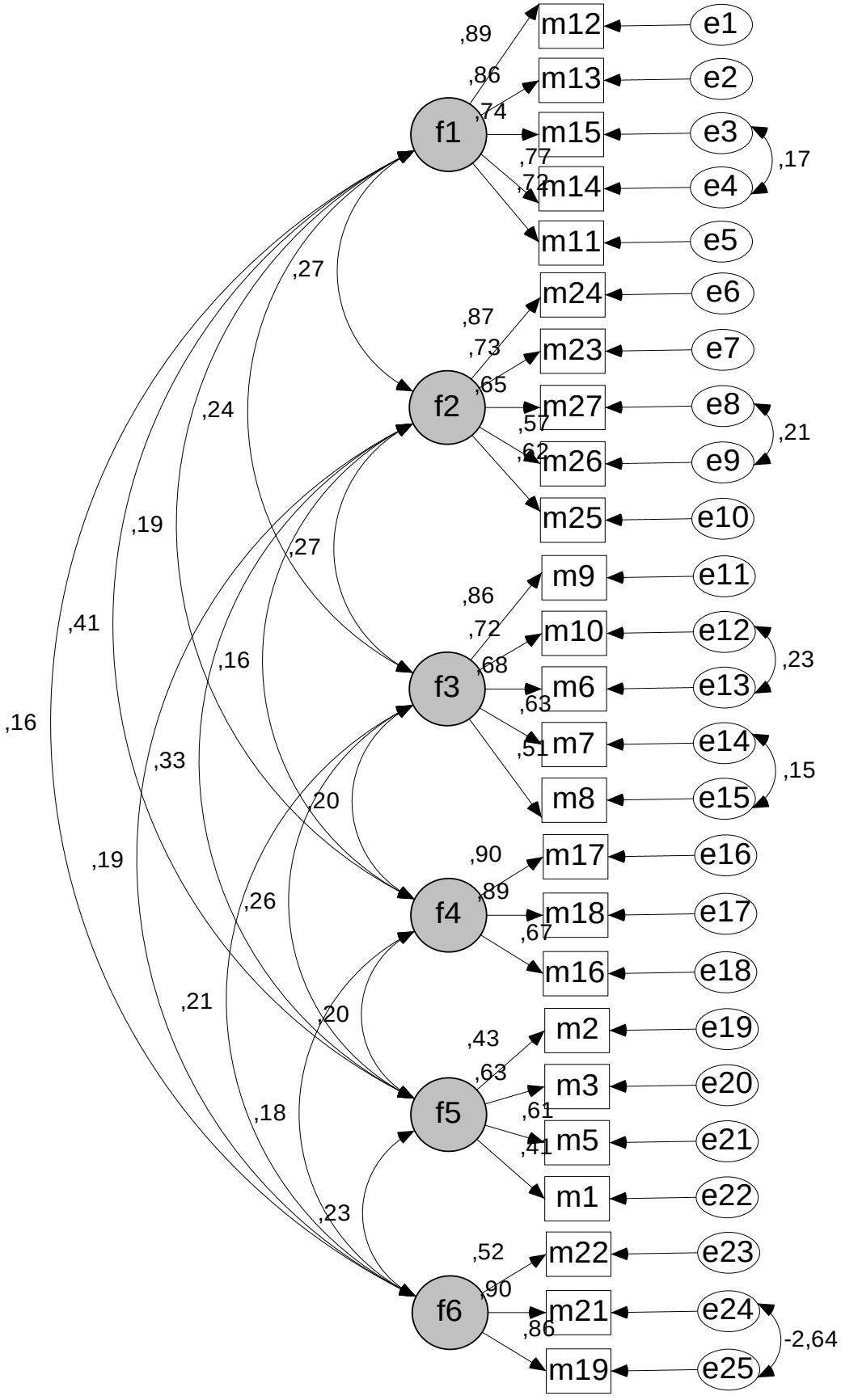
Örtük değişkenlerin (faktörler), gözlenen değişkenler (maddeler) tarafından açıklanma durumunu ve etki düzeylerini görebilmek için oluşan bu faktör analiz modelinde standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakılmıştır. Genellikle standardize edilmiş regresyon katsayısının 0,7'nin üzerinde olması mükemmel kabul edilmekte iken, 0,3'ün altında olması istenmemektedir. Oluşturulan modelde regresyon katsayısı 0,3'ün altında olan madde saptanmamıştır. Her bir faktöre ait maddelerin faktörler tarafından yordanma düzeylerini gösteren regresyon katsayıları ve örtük değişkenin gözlenen değişkenlerdeki varyansı Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. RSD Engeller Ölçeği-25 Standart Regresyon Katsayıları ve Varyans Yüzdeleri

	Ölçek Maddeleri	Standart Regresyon Katsayısı**	Örtük Değişkenin Gözlenen Değişkenlerdeki Varyansı (%)
Faktör 1: Duygulardan Rahatsızlık	m12	0,881	78,3
	m13	0,855	75,3
	m15	0,754	69,0
	m14	0,782	69,3
	m11	0,722	63,1
Faktör 2: Kültürel Engeller	m24	0,848	70,2
	m23	0,727	56,3
	m27	0,677	60,2
	m26	0,603	53,4
	m25	0,626	53,4
Faktör 3: Grup İçi Stigma	m9	0,827	68,3
	m10	0,764	61,8
	m6	0,721	56,1
	m7	0,635	58,9
	m8	0,520	45,7
Faktör 4: Bilgi Eksikliği	m17	0,892	81,8
	m18	0,896	81,6
	m16	0,669	69,5
Faktör 5: Negatif Algılanan Değer	m2	0,441	46,7
	m3	0,632	44,8
	m5	0,602	41,7
	m1	0,418	47,8
Faktör 6: Erişim Eksikliği	m22	0,832	72,4
	m21	0,567	51,2
	m19	0,510	52,3

** Bütün değerler p<0,001

Uyum indekslerini daha iyi hâle getirmek için uyum indeks değeri en yüksek olan m27-m26; m10-m6; m7-m8; m15-m14; m21-m19 arasında hata kovaryansları oluşturulmuştur (Şekil 2).



Şekil 2. RSD Engeller Ölçeği-25 Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

DFA Uyum İndeksleri

Düzeltme öncesi ve düzeltme sonrasına ait ölçüm modeli değerleri Tablo 15'te yer almaktadır. Düzeltme öncesi modelin tüm değerlerinin, kabul edilebilir veya iyi uyum değerleri içinde yer aldığı görülmektedir. Ayrıca RMSEA'nın %90 GA değerlerinin arasında 0,10'dan daha az fark olduğu görülmüştür, bu da uyum iyiliği istatistiklerinin güvenle yorumlanabileceğini göstermektedir. Modele ait düzeltme önerileri uygulanarak hatanın ilişkilendirilmesi doğrultusunda gerçekleştirilen düzeltmelerden sonra modelin iyileştirildiği ve GFI dışındaki tüm değerlerin iyi uyum değerleri içinde yer aldığı görülmüştür. GFI ise kabul edilebilir uyum değerleri içinde yer almaktadır. Örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki tüm yordayıcılık ilişkilerinin, ayrıca örtük değişkenlerin birbiriyle olan ilişkilerinin anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 15. RSD Engeller Ölçeği Uyum İndeksleri ve Karşılaştırması

	$\chi 2/df$[1]	RMSEA[2]	%90 G.A. RMSEA[3]	sRMR[4]	GFI[5]	CFI[6]	TLI[7]
Kabul edilebilir uyum değerleri	≤ 5	≤ 0,08		≤ 0,08	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90
İyi uyum değerleri	**≤ 2**	**≤ 0,05**		**≤ 0,05**	**≥ 0,95**	**≥ 0,95**	**≥ 0,95**
RSD Engeller Ölçeği-25 madde-düzeltme öncesi	**1,802**	**0,046**	**0,039-0,053**	0,0505	0,910	0,942	0,933
RSD Engeller Ölçeği-25 madde-düzeltme sonrası	**1,571**	**0,039**	**0,031-0,046**	**0,0456**	0,922	**0,959**	**0,952**

[1] χ^2/df: Ki kare ile serbestlik derecesinin oranı; [2] RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; [3] %90 Confidence Interval for RMSEA; [4] sRMR: Standardized Root Mean Square Residual; [5] GFI: Goodness of Fit Index; [6] CFI: Comparative Fit Index [7] TLI: Tucker-Lewis Index.

C. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Güvenirliğine Ait Bulgular

1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ve Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Ölçeğin 25 maddelik son hâlinin madde-toplam puan korelasyonuna bakıldığında 0,2'nin altında herhangi bir madde olmadığı görülmüştür. Maddelerin

faktör puanıyla korelasyonu incelendiğinde her maddenin kendi faktör puanıyla en yüksek korelasyona sahip olduğu ve en düşük katsayının 0,585 olduğu görülmektedir. Ölçeğin 25 maddelik son hâlinin Cronbach alfa değeri 0,840 olarak bulunmuştur. Ölçekte yer alan faktörlerin Cronbach alfa değerleri F1: 0,897, F2: 0,822, F3: 0,812, F4: 0,854, F5: 0,589, F6: 0,647 olarak hesaplanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. RSD Engeller Ölçeği'nin Madde-Toplam Puanı ve Madde-Faktör Puanı Korelasyonu ile Faktör Cronbach Alfa Değerleri

	Ölçek Maddeleri	**Madde-Toplam puan korelasyonu****	**Madde-Faktör puanı korelasyonu****	**Faktör Cronbach alfa**
Faktör 1: Duygulardan Rahatsızlık	Madde 12	0,590	0,876	0,897
	Madde 13	0,560	0,863	
	Madde 15	0,525	0,834	
	Madde 14	0,582	0,818	
	Madde 11	0,578	0,790	
Faktör 2: Kültürel Engeller	Madde 24	0,508	0,822	0,822
	Madde 23	0,457	0,738	
	Madde 27	0,496	0,780	
	Madde 26	0,444	0,763	
	Madde 25	0,450	0,743	
Faktör 3: Grup İçi Stigma	Madde 9	0,474	0,740	0,812
	Madde 10	0,476	0,768	
	Madde 6	0,489	0,677	
	Madde 7	0,481	0,780	
	Madde 8	0,398	0,689	
Faktör 4: Bilgi Eksikliği	Madde 17	0,452	0,904	0,854
	Madde 18	0,471	0,901	
	Madde 16	0,454	0,837	
Faktör 5: Negatif Algılanan Değer	Madde 2	0,256	0,691	0,589
	Madde 3	0,371	0,645	
	Madde 5	0,437	0,585	
	Madde 1	0,355	0,715	
Faktör 6: Erişim Eksikliği	Madde 22	0,324	0,844	0,647
	Madde 21	0,394	0,698	
	Madde 19	0,391	0,713	
Toplam				**0,840**

** Bütün değerler p<0,001

2. Guttman Split-Half Katsayısı

Ölçeğin yarıya bölünmesi ve katılımcıların ölçeğin bir yarısından aldığı puanlar ile diğer yarısından aldığı puanların karşılaştırılmasıyla Guttman Split-Half katsayısı hesaplanmıştır. 25 maddelik ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı 0,901 olarak bulunmuştur.

3. Test-Tekrar Test

RSD Engeller Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğini göstermek için test-tekrar test güvenirlik analizi yapılmıştır. Çalışmaya katılan 378 kişiden tekrar teste katılmayı kabul eden 34 kişiye ortalama 2-4 hafta ara ile ölçek tekrar uygulanmıştır. Tekrar test uygulanan 34 katılımcıya ait ilk test ve tekrar test ile elde edilen puanların dağılımı Tablo 17'de yer almaktadır. RSD Engeller Ölçeği-25'in toplam puan ortalaması ilk test uygulamasında 69,21±16,272, tekrar test uygulamasında ise 70,76±17,451 olarak hesaplanmıştır.

Otuz dört kişinin RSD Engeller Ölçeği-25 ilk test ve tekrar test uygulama puanları normal dağıldığı için, test-tekrar test uygulama puanları arasındaki farkın anlamlılığı bağımlı örneklemlerde t testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,303).

Tablo 17. RSD Engeller Ölçeği-25 İlk Test ve Tekrar Test ile Elde Edilen Puanların Dağılımı (n=34)

	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Maks	İlk test-tekrar test uygulama puanları arasındaki fark
RSD Engeller Ölçeği-25 ilk test	69,21	16,272	67,00	38	109	p=0,303
RSD Engeller Ölçeği-25 tekrar test	70,76	17,451	70,50	37	107	

İlk test ve tekrar testin uygulanması sonucunda elde edilen RSD Engeller Ölçeği-25 toplam puan ve faktör puanları arasındaki uyumu değerlendirmek için korelasyon analizleri yapılmıştır. 34 katılımcının RSD Engeller Ölçeği-25 toplam puanı ile Faktör 1, Faktör 5 puanları normal dağıldığı için Pearson korelasyon katsayısı ile, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 4, Faktör 6 puanları normal dağılmadığı için Spearman rho korelasyon katsayısı ile toplam puan ve faktör puanları arasındaki korelasyon incelenmiş olup, pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Ayrıca ilk test ve tekrar testin toplam puanları arasındaki uyumu değerlendiren Pearson korelasyon analizine ait korelasyon katsayısı 0,869 olarak hesaplanmıştır.

Özet olarak; orijinal hâli 6 faktörlü ve 27 sorudan oluşan Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği, üniversite öğrencilerinden (tıp fakültesi öğrencileri) oluşan bir gruba uygulanmış olup; AFA uygulaması ile elde edilen faktör yapısı, Yapısal Eşitlik Modeli'nde DFA uygulamasıyla da incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar 6 faktörlü ve 25 maddeden oluşan RSD Engeller Ölçeği-25'in uygulandığı örnekleme kabul edilebilir ölçüde uyum gösterdiğine ilişkin önemli kanıtlar sunmuştur.

D. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Sonuçları ve Sonuçların Diğer Parametrelerle İlişkileri

RSD Engeller Ölçeği'nin 25 soru olan son hâliyle maddelerin tamamına 6 puan verilmesi durumunda alınabilecek en yüksek puan 150 puan iken, maddelerin tamamına 1 puan verilmesi durumunda alınabilecek en düşük puan 25 puan'dır. Katılımcıların toplam puanı ortalama 68,23±16,936 olarak hesaplanmıştır (Ortanca: 68, Minimum: 27, Maksimum: 109) (Tablo 18).

Ölçek alt boyutlarının ortalama puanlarına bakıldığında;

- "Duygulardan Rahatsızlık" alt boyutunda alınabilecek en yüksek puan olan 30 üzerinden ortalama 16,15±6,588'dir (Ortanca: 17, Minimum: 5, Maksimum: 30)
- "Kültürel Engeller" alt boyutunda alınabilecek en yüksek puan olan 30 üzerinden ortalama 13,27±5,571'dir (Ortanca: 12, Minimum: 5, Maksimum: 29)
- "Grup İçi Stigma" alt boyutunda alınabilecek en yüksek puan olan 30 üzerinden ortalama 9,58±4,973'tür (Ortanca: 8, Minimum: 5, Maksimum: 30)

- "Bilgi Eksikliği" alt boyutunda alınabilecek en yüksek puan olan 18 üzerinden ortalama 10,79±4,539'dur (Ortanca: 11, Minimum: 3, Maksimum: 18)
- "Negatif Algılanan Değer" alt boyutunda alınabilecek en yüksek puan olan 24 üzerinden ortalama 9,85±3,863'tür (Ortanca: 9, Minimum: 4, Maksimum: 24)
- "Erişim Eksikliği" alt boyutunda alınabilecek en yüksek puan olan 18 üzerinden ortalama 8,59±3,479'dır (Ortanca: 8,5, Minimum: 3, Maksimum: 18) olarak görülmüştür (Tablo 18).

Tablo 18. RSD Engeller Ölçeği-25 Toplam Puanı ve Faktör Puanları

Ölçek ve faktörleri	Alınabilecek Puan Aralığı	Ortalama (±Std. Sapma)	Ortanca (Minimum-Maksimum)	Çeyrekler	
				1.	3.
RSD Engeller Ölçeği	25-150	68,23 (±16,936)	68 (27-109)	56	79
Duygulardan Rahatsızlık	5-30	16,15 (±6,588)	17 (5-30)	10	21
Kültürel Engeller	5-30	13,27 (±5,571)	12 (5-29)	9	17
Grup İçi Stigma	5-30	9,58 (±4,973)	8 (5-30)	6	12
Bilgi Eksikliği	3-18	10,79 (±4,539)	11 (3-18)	7	15
Negatif Algılanan Değer	4-24	9,85 (±3,863)	9 (4-24)	7	12
Erişim Eksikliği	3-18	8,59 (±3,479)	8,5 (3-18)	6	11

Ölçekte yer alan tüm maddelerin, ölçek toplam puanı ve içinde yer aldığı faktör puanı ile göstermiş olduğu korelasyona ait bulgular Tablo 16'da sunulmuştur. Ayrıca ölçek toplam puanı ile faktör puanı arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 19'da sunulmuştur. Ölçeğin toplam puanı ile faktör puanları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı korelasyon görülmüştür.

Tablo 19. RSD Engeller Ölçeği-25 Toplam Puanı ile Faktör Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayılar (r_s)

Ölçek ve faktörleri	F1: Duygulardan Rahatsızlık	F2: Kültürel Engeller	F3: Grup İçi Stigma	F4: Bilgi Eksikliği	F5: Negatif Algılanan Değer	F6: Erişim Eksikliği
RSD Engeller Ölçeği -25 Toplam Puan	0,675**	0,613**	0,605**	0,523**	0,507**	0,477**

**p<0,001 Veriler normal dağılıma uymadığı için Spearman korelasyon katsayısı (r_s) sunulmuştur.

Öğrencilerin en fazla gözüne çarpan kültürel boyutlar-kimlik/kültürel arka plan/kültürel meseleler- %17,32 (n=261) din/maneviyat, %14,53 (n=219) sosyoekonomik durum, %13,8 (n=208) cinsiyet (Örn.: cinsiyete yönelik ayrımcılık) olarak belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Öğrencilerin En Fazla Gözüne Çarpan Kültürel Boyutlar

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Irk*	160	10,62
Etnik köken*	160	10,62
Cinsiyet*	208	13,80
Cinsiyet kimliği*	98	6,50
Cinsel yönelim*	148	9,82
Sosyoekonomik durum*	219	14,53
Din/Maneviyat*	261	17,32
Engellilik*	69	4,58
Göçmenlik/Kültürel etkileşim*	177	11,75
Diğer*	7	0,46
Toplam	1507	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve faktör puanları ile araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri ve diğer tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkiler Tablo 21'de sunulmuştur.

Cinsiyet ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,377, p=0,354, p=0,820). Cinsiyet ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla p=0,003, p=0,015, p=0,002, p<0,001). Sonuçlar değerlendirildiğinde; RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanlarının erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (71,18±17,092;66,05±16,522).

Gelir algısı ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,231, p=0,857, p=0,054, p=0,319, p=0,133, p=0,245). Gelir algısı ile "Grup İçi Stigma" alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,003). Aradaki farka neden olan grupları bulmak için post-hoc analizler yapılmış olup, "Grup İçi Stigma" alt boyut puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın "Geliri giderinden az" ve "Geliri giderinden fazla" olan gruplardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (p=0,007). Sonuçlar değerlendirildiğinde; "Grup İçi Stigma" alt boyut puanlarının "Geliri giderinden az" olan grupta, "Geliri giderinden fazla" olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (10,76±5,272; 8,50±4,341).

Ailenin toplam aylık geliri ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,266, p=0,618, p=0,231, p=0,374, p=0,321, p=0,556, p=0,782).

Anne eğitim durumu ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Bilgi Eksikliği", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,062, p=0,101, p=0,219, p=0,504). Anne eğitim durumu ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Grup İçi Stigma", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla p=0,002, p=0,010, p=0,004). Sonuçlar değerlendirildiğinde; RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Grup İçi Stigma", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanlarının anneleri lise altı eğitim almış öğrencilerde anneleri lise ve üstü eğitim almış öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (72,79±17,011; 66,59±16,637).

Baba eğitim durumu ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Kültürel Engeller" ve "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,184, p=0,951). Baba eğitim durumu ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla p=0,002, p=0,025, p=0,020, p=0,007, p=0,040). Sonuçlar değerlendirildiğinde; RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanlarının

babaları lise altı eğitim almış öğrencilerde babaları lise ve üstü eğitim almış öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (75,77±16,729; 67,24±16,736).

Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetme durumu ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma", "Erişim Eksikliği" alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,419, p=0,109, p=0,467, p=0,482). Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetme durumu ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla p=0,016, p=0,040, p<0,001). Sonuçlar değerlendirildiğinde; RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanlarının daha önce kendisi için herhangi bir ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetmeyen öğrencilerde psikolojik yardım alma ihtiyacı hisseden öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (71,47±16,019; 66,89±17,153).

Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma durumu ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,077, p=0,185, p=0,063). Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma durumu ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla p<0,001, p<0,001, p=0,005, p=0,017). Sonuçlar değerlendirildiğinde; RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanlarının daha önce kendisi için herhangi bir ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım almayan öğrencilerde psikolojik yardım alan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (70,91±16,048; 62,75±17,445).

Fakültedeki sınıf ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,478, p=0,054, p=0,427, p=0,279, p=0,108, p=0,337, p=0,450). Ayrıca Fakültedeki Dönem 1, Dönem 2, Dönem 3, Dönem 4, Dönem 5, Dönem 6 öğrencileri, Dönem 3 ve altı ile Dönem 4 ve üstü olmak üzere iki

ayrı kategoride değerlendirilmiştir. Fakültedeki sınıf ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0,113, p=0,065, p=0,118, p=0,115). Fakültedeki sınıf ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla p=0,005, p=0,050, p=0,032). Sonuçlar değerlendirildiğinde RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Grup İçi Stigma" alt boyut puanlarının Dönem 3 ve altı öğrencilerde Dönem 4 ve üstü öğrencilere göre anlamı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Ek olarak "Kültürel Engeller" alt boyut puanlarının Dönem 4 ve üstü öğrencilerde Dönem 3 ve altı öğrencilere göre anlamı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 22).

Yaş ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Kültürel Engeller" alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla r=0,135 p=0,008). Yaş ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla r=-0,015, p=0,775; r=-0,094, p=0,067; r=- 0,032, p=0,530; r=-0,101, p=0,051; r=-0,069, p=0,178, r=0,70, p=0,173).

Tablo 21. RSD Engeller Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ve Toplam Puanının Sosyo-Demografik Parametrelerle İlişkisi-1

			F1		F2		F3		F4		F5		F6		Toplam	
		n	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
Cinsiyet	Kadın	217	15,88±6,450	0,377	13,09±5,627	0,354	9,10±4,811	**0,015**	10,16±4,488	**0,002**	9,27±3,747	**<0,001**	8,54±3,567	0,820	66,05±16,522	**0,003**
	Erkek	161	16,52±6,772		13,52±5,504		10,23±5,127		11,65±4,480		10,63±3,890		8,65±3,368		71,18±17,092	
Gelir algısı	Gelir az	78	15,91±6,541		13,00±5,442		10,76±5,272		11,47±4,560		10,17±3,802		9,06±3,801		70,37±16,485	
	Gelir-gider eşit	187	16,04±6,769	0,857	13,94±5,702	0,054	9,74±5,096	**0,003**	10,68±4,603	0,319	9,50±3,931	0,133	8,66±3,266	0,245	68,57±17,305	0,231
	Gelir fazla	113	16,50±6,354		12,35±5,337		8,50±4,341		10,50±4,408		10,20±3,771		8,13±3,567		66,20±16,548	
Ailenin toplam aylık geliri	3000 TL altı	33	17,00±7,353		14,58±5,685		10,70±5,259		11,91±4,003		10,45±3,841		8,18±3,293		72,82±14,804	
	3001-6000 TL	107	16,12±6,260	0,618	12,76±5,150	0,231	10,04±5,852	0,374	10,55±4,921	0,321	9,72±4,168	0,556	8,66±3,526	0,782	67,85±17,613	0,266
	6001 TL üstü	238	16,05±6,640		13,32±5,726		9,22±4,460		10,75±4,424		9,82±3,730		8,61±3,494		67,77±16,874	
Anne eğitim durumu	Lise altı	100	17,12±6,638	0,062	14,06±5,922	0,101	10,62±5,354	**0,010**	11,31±4,251	0,219	10,80±3,990	**0,004**	8,88±3,707	0,504	72,79±17,011	**0,002**
	Lise ve üstü	278	15,80±6,546		12,99±5,423		9,21±4,784		10,61±4,631		9,50±3,765		8,48±3,394		66,59±16,637	
Baba eğitim durumu	Lise altı	44	18,09±6,509	**0,025**	14,30±5,963	0,184	11,36±5,710	**0,020**	12,57±4,239	**0,007**	10,82±3,585	**0,040**	8,64±3,816	0,951	75,77±16,729	**0,002**
	Lise ve üstü	334	15,90±6,565		13,14±5,513		9,35±4,829		10,56±4,531		9,72±3,885		8,58±3,439		67,24±16,736	
RSD yardım alma ihtiyacı hissetme	Hayır	111	16,52±6,189	0,419	13,96±5,645	0,109	9,78±4,992	0,467	11,59±4,190	**0,040**	11,21±3,628	**<0,001**	8,41±3,290	0,482	71,47±16,019	**0,016**
	Evet	267	16,00±6,751		12,99±5,525		9,50±4,972		10,46±4,644		9,28±3,822		8,66±3,558		66,89±17,153	
RSD yardım alma	Hayır	254	16,54±6,412	0,077	13,54±5,622	0,185	9,88±5,102	0,063	11,92±4,213	**<0,001**	10,18±3,690	**0,005**	8,86±3,404	**0,017**	70,91±16,048	**<0,001**
	Evet	124	15,36±6,892		12,73±5,449		8,97±4,657		8,48±4,316		9,17±4,127		8,03±3,579		62,75±17,445	
Fakültedeki sınıf	3 ve altı	192	17,06±6,212	**0,005**	12,74±5,457	**0,050**	10,12±5,276	**0,032**	11,23±4,471	0,065	10,09±3,754	0,118	8,34±3,554	0,115	69,59±16,387	0,113
	4 ve üstü	186	15,21±6,844		13,82±5,649		9,03±4,588		10,34±4,575		9,59±3,965		8,84±3,39		66,23±17,418	

Tablo 22. RSD Engeller Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ve Toplam Puanının Sosyo-Demografik Parametrelerle İlişkisi-2

			F1		F2		F3		F4		F5		F6		Toplam	
		n	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
Fakültedeki sınıf	Dönem 1	73	16,81±5,887	0,054	12,92±5,669	0,427	9,92±5,112	0,279	11,84±4,506	0,108	10,00±3,894	0,337	8,07±3,469	0,450	69,55±16,834	0,478
	Dönem 2	62	17,32±7,160		12,60±4,741		10,26±5,073		11,52±4,195		10,35±3,240		8,77±3,010		70,82±15,313	
	Dönem 3	57	17,11±5,573		12,68±5,977		10,23±5,763		10,16±4,601		9,93±4,127		8,21±4,174		68,32±17,112	
	Dönem 4	72	15,97±6,963		14,19±6,067		8,72±3,948		10,54±4,578		10,01±3,814		9,14±3,589		68,58±17,420	
	Dönem 5	55	15,40±6,822		12,98±4,961		8,73±4,805		9,82±4,880		9,62±4,174		8,67±3,157		65,22±16,614	
	Dönem 6	59	14,10±6,687		14,14±5,734		9,68±5,094		10,58±4,308		9,05±3,950		8,64±3,382		66,19±18,235	

RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanan cinsiyet, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, ruh sağlığı danışmanından yardım alma ihtiyacı hissetme, ruh sağlığı danışmanından yardım alma değişkenleri kullanılarak RSD Engeller Ölçeği'nin toplam puan değişkenini yordamak amacıyla standart çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 23). Regresyon modeli oluşturulurken, bağımsız değişkenlerin referans grubunu belirlerken cinsiyet için "Kadın", anne eğitim durumu olarak "Lise altı", baba eğitim durumu olarak "Lise altı", ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetme durumu için "Hayır", Ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma durumu için "Hayır" kategorileri referans kabul edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda anlamlı bir regresyon modeli elde edilmiş ($p<0,001$) ve modelin bağımlı değişkeni açıklama oranı %8 olarak bulunmuştur. Daha önce kendisi için ruh sağlığı danışmanından yardım alanların yardım almayanlara göre anlamlı derecede daha düşük RSD Engeller Ölçeği puanına sahip olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Tablo 23. RSD Engeller Ölçeği Toplam Puanı ile İlişkili Olan Faktörlerin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

							%95 GA (B)			
		ß	**t**	**p**	**B**	**S.E.**	**Alt sınır**	**Üst sınır**	**Tolerans**	**VIF**
Cinsiyet	Kadın(ref.)*									
	Erkek	0,100	1,948	0,052	3,436	1,763	-0,032	6,903	0,918	1,089
Anne eğitim durumu	Lise altı(ref.)*									
	Lise ve üstü	-0,091	-1,653	0,099	-3,506	2,120	-7,675	0,663	0,798	1,253
Baba eğitim durumu	Lise altı(ref.)*									
	Lise ve üstü	-0,106	-1,932	0,054	-5,598	2,898	-11,296	0,100	0,808	1,237
RSD yardım alma ihtiyacı hissetme	Hayır(ref.)*									
	Evet	-0,001	-0,010	0,992	-0,020	2,072	-4,094	4,053	0,784	1,275
RSD yardım alma	Hayır(ref.)*									
	Evet	-0,200	-3,686	**0,000**	-7,216	1,958	-11,066	-3,366	0,826	1,210
	Sabit		25,288	**0,000**	76,675	3,032	70,713	82,637		

Adjusted R Square=0,080; *Referans kategoriler, ß: Standardize edilmiş regresyon katsayısı, B: Standardize olmayan regresyon katsayısı, S.E.: Standart hata, GA: Güven aralığı, VIF: Variance Inflation Factor

VII. TARTIŞMA

Bu çalışmada Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği (RSD Engeller Ölçeği) 378 üniversite öğrencisine uygulanmış olup, Türkçe geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmiş, ayrıca ölçek toplam puanıyla ilişkili olabilecek etmenler incelenmiştir.

A. Örneklem Seçimi

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği (RSD Engeller Ölçeği) bir üniversitenin tıp fakültesi öğrencilerine uygulanmış olup, bu çalışmada ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması amaçlanmıştır. Ayrıca üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı danışmanlığı aramaya engel olabilecek faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmamızda RSD Engeller Ölçeği, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde eğitim gören Dönem 1'den 73, Dönem 2'den 62, Dönem 3'ten 57, Dönem 4'ten 72, Dönem 5'den 55, Dönem 6'dan 59 öğrenci olmak üzere toplam 378 katılımcının olduğu bir örnekleme uygulanmıştır.

Orijinal ölçek geliştirilirken AFA uygulamasında ölçek, yaş ortalaması 22,07±4,39 yaş, %74,2'si kadın; DFA uygulamasında ölçek, yaş ortalaması 23,87±4,32 yaş, %75,8'i kadın olan örnekleme uygulanmıştır (11). Bizim araştırmamızda ise ölçek, yaş ortalaması 21±3 yaş, %57,4'ü kadın olan bir örnekleme uygulanmıştır. Çalışmamızdaki yaş ortalaması orijinal ölçek geliştirilirken ölçeğin uygulandığı popülasyonun yaş ortalamasına çok yakın iken, cinsiyet dağılımı açısından orijinal ölçek geliştirilirken ölçeğin uygulandığı popülasyona göre bizim çalışmamızda oransal olarak birbirine daha yakın bir cinsiyet dağılımının olduğu görülmüştür.

B. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

1. RSD Engeller Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi

RSD Engeller Ölçeği dil uyarlaması için Hambleton, Merenda ve Spielberger'in örnek çeviri süreci temel alınarak, çeviri-geri çeviri yöntemiyle bu süreç 4 aşamada tamamlanmıştır (97).

İlk Çeviri (İleri Çeviri): İlk çevirinin birbirinden bağımsız çalışan en az iki çevirmen tarafından yapılması gerektiği ve ileriye dönük çevirilerde çevirmenlerin ana dili ile hedef dilin aynı dil olması önemsendiğinden, 27 maddelik İngilizce olarak geliştirilen ölçek alanda çalışan, ana dili Türkçe olan ve İngilizce'yi iyi derecede bilen 2 farklı çevirmen (1 akademisyen psikiyatrist, 1 uzman klinik psikolog) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir (93, 98) (Ek 4).

Bağımsız Değerlendirme: Yapılan çeviriler araştırmacı ile danışmanı tarafından incelenerek ölçekteki her bir madde için en uygun çeviri belirlenip tek bir Türkçe form oluşturulmuştur. Oluşturulan form dil, anlam uygunluğu ve kavram eşdeğerliliği açısından gözden geçirilmiş sonrasında ise 2 Türk dili uzmanı ölçeğin Türk diline uygunluğunu değerlendirmiştir (Ek 5). Yapılan değişiklikler sonucu Türkçe formun son hâli oluşturulmuştur.

Geri Çeviri: Bu aşamada her iki dili çok iyi bilen, ölçeğin orijinal hâlini görmemiş, 4 ayrı çevirmen (2'si akademisyen psikiyatrist, 1'i akademisyen halk sağlığı uzmanı olmak üzere) tarafından ölçek Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir. Sonrasında bağımsız bir çevirmen tarafından geri çeviri ölçekler birleştirilerek tek bir İngilizce ölçek oluşturulmuştur (Ek 4). Söz konusu ölçek daha sonra ölçek sahibine gönderilmiş ve ölçek sahibinden alınan geri bildirimler neticesinde ölçek değerlendirilerek düzenlenmiştir.

Son Kontrol: Bu aşamada ölçek ana dili Türkçe olan 35 öğrenciye uygulanmış ve ölçek ile ilgili geri bildirimler alınmıştır. Gerekli düzenlemeler yapılarak Türkçe ölçeğe son hâli verilmiştir.

2. RSD Engeller Ölçeği'nin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Kapsam (içerik) geçerliği, ölçekteki içeriğin amaca uygun olup olmadığını, soruların araştırılan alanı ölçüp ölçmediğini ayrıca hedeflenen alanı yeterli düzeyde değerlendirip değerlendirmediğini inceler. Bu sebeple ölçüm aracının içeriğinin ölçülmek istenen yapıyla ilişkili olması ve hatta o yapıyı temsil etmesi istenmektedir (99, 101).

Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) Lawshe tarafından geliştirilmiştir. Lawshe tekniğine göre en az 5, en fazla 40 uzman görüşü gerekmektedir. Bu çalışmada bu

durum dikkate alınarak hem ölçekte yer alan maddelerin dil ve ifade açısından uygunluğunun değerlendirilmesi hem de kapsam geçerliğinin hesaplanabilmesi için hazırlanan Uzman Değerlendirme Formu ruh sağlığı alanında çalışan 14 uzmana e-posta aracılığıyla gönderilmiş ve uzmanların görüşleri alınmıştır (Ek 6). Ölçekte bulunan tüm maddeler uzmanlar tarafından tek tek şu şekilde değerlendirilmiştir: 1.Hiç uygun değil: Madde çıkarılmalı, 2.Kısmen uygun: Madde önerilen düzeltmeler yapılarak kullanılabilir, 3.Uygun: Madde bu şekli ile kullanılabilir. Uzmanlardan her bir maddeye 1 ile 3 arası puan vermeleri beklenmiştir. Böylelikle her bir madde için uzman görüşleri toplanıp Kapsam Geçerlik Oranları hesaplanmıştır. Bu çalışmada 14 uzman görüşü değerlendirilmiştir. 14 uzmanın KGO için minimum değeri 0.51 olarak alınmıştır (102, 103).

Yirmi yedi maddelik RSD Engeller Ölçeği'nin 22 maddesi 0.51 değerinin üzerinde yer alıyorken, bu değerin altında kalan maddelerin KGO, 3 madde (Madde 5, 17, 26) için 0,43, 2 madde (Madde 3, 18) için ise 0,29 olarak hesaplanmıştır (Tablo 9). Uzmanların önerileri doğrultusunda KGO 0,51'in altında kalan 5 madde yeniden düzenlenerek ölçekten çıkarılmamıştır.

- Madde 3 "Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın, sorunu çözmek yerine sorunun benim açımdan uzamasına neden olacağını düşünüyorum." yerine "Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın, sorunu çözmek yerine sorunun uzamasına neden olacağını düşünüyorum." olarak değiştirilmiştir.
- Madde 5 "Sorunlarım hakkında ne yapacağımı söylemesi için bir ruh sağlığı danışmanına güvenmek istemem." yerine "Sorunlarım hakkında ne yapacağımı söylemesi için bir ruh sağlığı danışmanına güvenemem." olarak değiştirilmiştir.
- Madde 17 "Ne tür ruh sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin var olduğunu bilmiyorum" yerine "Ne tür ruh sağlığı danışmanlığı hizmetleri olduğunu bilmiyorum." olarak değiştirilmiştir.
- Madde 18 "Ruh sağlığı danışmanlığının nasıl işlediğini bilmiyorum." yerine "Ruh sağlığı danışmanlığının nasıl çalıştığını bilmiyorum." olarak değiştirilmiştir.

- Madde 26 “Bir ruh sağlığı danışmanından yardım istememde kültürün bir engel oluşturacağını düşünmüyorum.” yerine “Bir ruh sağlığı danışmanından yardım isterken kültürün bir engel oluşturacağını düşünmüyorum.” olarak değiştirilmiştir.

Ölçeğin orijinalinde yer alan Madde 22b “Bu soruyu, katılımcıların soruları okuyup okumadığını görmek için kullanıyoruz. Lütfen "Kısmen Katılıyorum" u seçin.” olarak adlandırılan ve ölçek sahibi tarafından istatistiksel analizlere dahil edilmeyen maddenin KGO -0,29 olarak hesaplanmıştır. Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) negatif ya da sıfır değer içeriyorsa böyle maddelerin ilk etapta elenmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılar tarafından olumsuz duygu ve düşüncelere neden olabileceği yönünde uzman görüşleri olması nedeniyle Madde 22b ölçekten çıkartılmıştır.

Ölçekte yer alan 27 maddenin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) 0,61 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, 0,51 olan Kapsam Geçerlik Ölçütü’nden daha büyük bir değer olduğu için tek bir boyut söz konusu olduğu varsayımı ile ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir (102) (Tablo 9).

Böylelikle Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği’nin dil uyarlama ve kapsam geçerliği tamamlanmış olup, sonrasında ölçek 378 öğrenciye uygulanarak elde edilen verilerle ölçeğin yapı geçerliği test aşamasına geçilmiştir.

3. RSD Engeller Ölçeği’nin Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Bir ölçeğin geliştirilmesi ve uyarlanmasında ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin veri elde etmek için en sık başvurulan yöntem faktör analizi olduğu için, bu çalışmada da yapı geçerliği için önce Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) sonrasında Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır (104).

a. Açımlayıcı Faktör Analizi

Yapısal geçerlik için faktör analizinin uygulanması sırasında gerekli olan örneklem büyüklüğü ve örneklem büyüklüğünün nasıl hesaplanacağı ile ilgili literatürde standart bir ölçü verilmemiştir. Bu konudaki görüşlerden bazıları şunlardır: Kişi-madde sayısı oranının 5’ten az olmaması gerektiği belirtilmiştir. Her bir ölçek maddesi için en az 10 katılımcının olması önerilmiştir. Değişken sayısından bağımsız en az 200 katılımcı olması gerektiği belirtilmiştir. Gerekli örneklem büyüklüğünün faktörlerin ve maddelerin gücüne bağlı olduğu görüşüyle faktör yükü arttıkça ihtiyaç duyulan

örneklem büyüklüğünün azaldığı belirtilmiştir (101, 109, 127). Yine başka bir görüşe göre ölçek uyarlama çalışmalarında örneklem büyüklüğü için ölçek madde sayısının en az 5-10 katına ulaşılması gerekmektedir (89). Bizim çalışmamızda bu kriter dikkate alınmıştır. Ölçekteki madde sayısı 27 olduğu için araştırma sürecinde olası veri kaybı oluşabileceği de göz önüne alınarak araştırma 378 öğrenciyle yürütülmüştür.

Çalışmadan elde edilen verilerin Açımlayıcı Faktör Analizi için uygun olup olmadığına bakmak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda KMO katsayısı 0,815 olarak hesaplanmıştır. Bartlett testi $p<0,001$ olarak bulunmuştur. KMO katsayısının 0,7'nin üzerinde olması ve Bartlett küresellik testi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı bulunması, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve değişkenlerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir (128).

Madde analizi çerçevesinde madde-toplam puan korelasyonları incelenmiş ve her bir maddenin madde-toplam puan korelasyonunun en az 0,20 olması beklenmiştir. Bu kapsamda madde-toplam puan korelasyonu 0,20'den küçük olan bir madde (Madde 4) tespit edilmiş olup ölçekten çıkartılmıştır.

Faktör çıkartma yöntemleri içerisinde en sık kullanılan yöntem temel bileşenler analizidir (105). Temel bileşenler analizi sonucunda elde edilen faktör yükleri, bir değişken ile bir faktör arasındaki ilişkiyi açıklayan bir katsayıdır. Literatürde değişkeni ölçekte tutmak için gerekli olan faktör yükü konusunda farklı yaklaşımlar söz konusudur. Örneklem büyüklüğü ile birlikte gerekli faktör yükü de değişmekle beraber faktör yükünün en az 0,30 olması gerektiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Ancak bazı araştırmacılar faktör yükünün en az 0,4 olması gerektiğini belirtirken, 0,5'i kabul eden çalışmalar da vardır. Ayrıca üçten az madde içeren faktörler zayıf ve kararsız olarak değerlendirildiğinden, oluşturulan faktörlerin en az 3 madde içermesine dikkat edilmiştir. Faktör analizi sonucunda faktör yükü 0,30'un altında olan maddeler ile aynı maddenin iki ayrı faktörlerdeki yükleri arasında en az 0,10 fark olmayan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (101, 105, 111, 129, 130).

Bu çalışmada Temel Bileşenler Analizi ile varimaks rotasyon yöntemi kullanılarak Açımlayıcı Faktör Analizi uygulaması yapılmış ve faktör yükleri değerlendirilmiştir. Faktör analiz sonuçları değerlendirilirken faktör yükü 0,30'un üstünde olan maddelerin ölçekte yer alması koşuluna dikkat edilmiştir. Ölçekte yer alan

tüm maddelerin faktör yükünün 0,30'un üzerinde olduğu görülmüştür. Tekrarlayan analizlerde Madde 20'nin iki faktöre yüklendiği ve iki faktör yükü arasında 0,10'dan az fark olduğu görülmüştür. Bu sebeple Madde 20 ölçekten çıkartılmıştır. Madde 20'nin aynı zamanda ölçekteki faktör yükü 0,4'ün altında olan tek madde olduğu tespit edilmiştir. Madde 4 ile Madde 20 çıkarıldıktan sonra kalan maddelerin hiçbirinin iki ayrı faktöre yüklenmediği ve en düşük faktör yükünün 0,593 olduğu görülmüştür.

Ölçeklerin içeriği, anlamı ve psikometrik özellikleri belirli sayıda madde yanıtını içeren faktör sayısına bağlıdır. Oluşan yapının faktör sayısı belirlenirken faktör sayısının az olarak belirlenmesi, gerçek yapının ortaya çıkmamasına ve bazı alt boyutların kaybolmasına neden olabilir. Faktör sayısının fazla olarak belirlenmesi ise sonuçların yorumlanmasını güçleştirir. Bu sebeple ölçekte tutulacak faktör sayısına karar verirken birkaç yöntemin beraber kullanılması tavsiye edilmektedir. Başlangıçta özdeğeri 1'den büyük olan faktörlerin ölçeğe alınması gerekmektedir. Sonrasında önceki araştırmalara dayalı olarak belirlenmiş faktör sayısı, açıklanan belirli bir varyans yüzdesini (% 60 ve üzeri) karşılamak için yeterli faktör sayısı, yeni eklenen faktörün varyans açıklama oranının belli bir yüzdenin üzerinde olması (%5 ve üzeri), scree plot ile büyük özdeğerlerden küçük özdeğerlere ani geçişin olduğu noktanın üstünde kalan faktörlerin alınması vb. kullanılması önerilen yöntemlerdir (101, 110, 131).

Ölçeğin 27 maddelik hâline AFA uygulaması yapıldığında özdeğeri 1'in üzerinde olan 7 faktör tespit edilmiştir. Elde edilen 7 faktörden 6'sının açıkladığı varyans değeri %5'in üzerinde iken, 1'nin açıkladığı varyans değeri %5'in altında olduğu görülmüştür. Ayrıca ölçeğin orijinal hâlinin de 6 faktörden oluştuğu dikkate alınarak en uygun faktör sayısı 6 olarak belirlenmiştir.

Böylelikle toplam varyansın %62,750'sini açıklayan, özdeğeri 1'den büyük olup aynı zamanda açıkladığı varyans değeri de %5'in üzerinde olan altı faktörlü bir yapı oluşmuştur.

Madde-toplam puan katsayısı 0,2'den küçük olduğu için çıkarılan Madde 4 ve iki faktör yükü arasında 0,10'dan az fark olduğu için çıkarılan Madde 20 sonrasında kalan 25 maddelik ölçeğin kendiliğinden 6 faktörlü yapıya sahip olduğu görülmüştür. Ölçekte tutulmasına karar verilen faktörlerin uyumlu ve anlamlı yapılar olduğu tespit edilmiştir.

Sonrasında AFA uygulaması ile ortaya çıkan 25 maddeden oluşan 6 faktörlü yapıyı test etmek için DFA uygulanmıştır.

b. Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA uygulamasında regresyon katsayıları, gözlenen değişkenlerin örtük değişkenleri tahmin etme gücünü gösterir. DFA uygulaması sonrası oluşturulan modelde 0,3'ün altında regresyon katsayısı olan herhangi bir madde tespit edilmemiştir (Tablo 14).

c. Uyum İndeksleri

Uyum, herhangi bir modelin varyans kovaryans matrisini yeniden üretebilme yeteneğidir. Oluşan modelin elde edilen veriyi ne kadar iyi açıkladığını görebilmek için pek çok uyum iyiliği indeksinden yararlanılmaktadır (132).

Modelin uyum indeksine anlamlı derecede katkı sağlayacak dolayısıyla modelin uyumunu arttıracak düzeltmelerin yapılması planlanmıştır. Bu amaçla $\chi 2$ değeri 1000'in altında hesaplandığı için $\chi 2$ değerinde 20 ve üzeri düşüş sağlayacak hata düzeltmeleri yapılmıştır. Böylelikle uyum indeks değeri en yüksek olan m27-m26; m10-m6; m7-m8; m15-m14; m21-m19 arasında hata kovaryansları oluşturulmuştur. Söz konusu maddelerin ilişkili olması kavramsal olarak mantıklıdır.

DFA uygulaması sonucunda modelin uygunluğunun değerlendirilmesi için uyum testlerine bakılması önerilmektedir. Uyum istatistikleri, modelin kabul edilmesine ilişkin bir takım kabul edilebilir sınır değerler kullanılarak yorumlanmaktadır (115, 133).

RSD Engeller Ölçeği'nin DFA uygulamasında kullanılan uyum indeksleri şunlardır:

$\chi 2$/df (Ki-kare/Serbestlik Derecesi Oranı): Ki-kare ($\chi 2$) ilk kullanılan uyum istatistiğidir. Ki-kare istatistiği, evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin birbiriyle uyuşmasına bakmaktadır. Bu değerin anlamlı çıkması ise iki kovaryans matrisinin birbirinden farklı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bir modelin kabul edilebilir olması için $\chi 2$ değerinin anlamlı çıkmaması istenmektedir. Ki-kare istatistik değeri örneklem büyüklüğüne karşı duyarlı olduğu için bu duyarlılığı azaltmak amacıyla $\chi 2$/df oranına bakılmaktadır. Ki-kare/serbestlik derecesi oranının 5 veya daha altında bir değer olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip

olduğunu, 2 veya altında bir değer olması ise modelin iyi bir model olduğunu göstermektedir (132-135). Bizim modelimizde de ki-kare/serbestlik derecesi oranı 1,571 olarak bulunmuştur ve RSD Engeller Ölçeği'nin $\chi 2/df$ oranı modelimizin uyumunun iyi olduğunun göstergelerinden biridir.

Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (RMSEA-Root Mean Square Error of Approximation): Gözlenen kovaryans matrisi ile serbestlik derecesi başına modelde kastedilen kovaryans matrisi arasındaki farklılığın bir ölçüsüdür. Örneklem büyüklüğünden ve değişken sayısından etkilenmektedir. RMSEA için 0,05'e eşit veya küçük değerlerde modelin iyi uyum gösterdiği, 0,08'e kadar olan değerlerde modelin kabul edilebilir hataları içerdiği kabul edilmektedir. 0,08 ile 0,10 arasında değişen değerler orta düzey bir uyum göstergesi iken, 0,10'un üzerindeki değerler kötü uyum göstergesi olması sebebiyle kabul edilebilir değildir. Bazı çalışmalarda ise RMSEA değerinin 0,06'ya yakın bir kesme değerinde olması veya üst sınır olarak 0,07'nin altında olması durumunda modelin uyum gösterdiği kabul edilmektedir. RMSEA'nın en büyük avantajlarından biri değerinin etrafında bir güven aralığı hesaplanabilmesidir. Bu sebeple RMSEA değerinin %90 güven aralığı ile birlikte verilmesi önerilmektedir. Geniş bir güven aralığı uyum derecesinin doğru bir şekilde belirlenmesine engel olacağı için, 0,10'dan fazla farka sahip güven aralıklarının uyum iyiliği konusunda sağlıklı karar vermede güvenilir olmayacağı belirtilmektedir (132-138). Bizim çalışmamızda RMSEA değeri 0,039 (%90 GA: 0,031-0,046) olarak bulunmuştur. RSD Engeller Ölçeği'nin RMSEA değeri modelimizin uyum açısından iyi olduğunun göstergelerinden biridir.

Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (RMR: Root Mean Square Residual) ve Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (sRMR: Standardized Root Mean Square Residual): RMR gözlenen değişkenlerin varyans ve kovaryanslarının büyüklüklerine bağlı olduğundan, ortaya çıkaracak RMR yorumlama sorununa daha rahat bir çözüm getirdiği için sRMR (Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi) değeri daha sık kullanılmaktadır. sRMR değeri 0 ile 1 arasında değişir. sRMR 0,10'dan küçük değerler aldığında modelin kabul edilebilir uyum gösterdiği, 0,05 ve altı değerler aldığında modelin iyi uyum gösterdiği kabul edilir. Bazı çalışmalarda modelin kabul edilebilir uyum göstermesi için sRMR değerinin 0,09'a yakın bir değer olması, bazı çalışmalarda ise 0,08 ve altı bir değerde

olması istenmektedir (132-135, 137-139). Bizim çalışmamızda sRMR değeri 0,0456 olarak bulunmuştur. RSD Engeller Ölçeği'nin sRMR değeri modelimizin uyum açısından iyi olduğunun göstergelerinden biridir.

Uyum İyiliği İndeksi (GFI: Goodness-of-Fit Index): Hesaplanmış popülasyon kovaryansıyla açıklanan varyans oranını, yani kabaca açıklanan genelleştirilmiş varyansın toplam genelleştirilmiş varyansa oranını göstermektedir. GFI değeri 0 ile 1 arasında değişir. GFI için 0,90 ve üzeri değerlerde olması modelin kabul edilebilir bir uyum gösterdiğini, 0,95 ve üzeri değerlerde olması ise modelin iyi bir uyum gösterdiği kabul edilir (132-134, 139). Bizim çalışmamızda GFI değeri 0,922 olarak bulunmuştur. RSD Engeller Ölçeği'nin GFI değeri modelimizin uyumlu olduğunu göstermektedir.

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI: Comperative Fit Index): Gözlenen kovaryans matrisinin yeniden üretilmesinde test edilen modelin, alternatif bir modelden ne kadar üstün olduğunu değerlendirmektedir. Örneklem büyüklüğünden en az etkilenen uyum indekslerinden biridir. CFI indeksi 0 ile 1 arasında değişen bir değer almaktadır. CFI'nın 0,95'e eşit veya üzeri değerlerde olması istenen bir durumdur. Bazı araştırmacılar CFI'nın 0,90'a eşit ve üzeri bir değer almasını kabul edilebilir bir uyum iyiliği değeri olarak görürken iken bazı araştırmacılar ise bu değeri 0,95 olarak tavsiye etmektedir (133-137, 139). Örneklem sayısı 250'den fazla olan ve madde sayısı 12 ile 30 arasında değişen ölçeklerde modelin uyum iyiliği için 0,92 üstü CFI değerlerinin yeterli olduğunu kabul eden araştırmacılar da vardır (110). Bizim çalışmamızda CFI değeri 0,959 olarak bulunmuştur. RSD Engeller Ölçeği'nin CFI değeri modelimizin uyum açısından iyi olduğunun göstergelerinden biridir.

Tucker-Lewis Uyum İndeksi (TLI: Tucker-Lewis Index / NNFI: Nonnormed Fit Index): Örneklem büyüklüğünden daha az etkilenmesi avantajıdır. TLI değeri genellikle 0 ile 1 arasında değişir. CFI gibi TLI için de 0,95 ve üzeri değerler alması istenen bir durumdur. Yine bazı araştırmacılar TLI için de 0,90'a eşit ve üzeri bir değer almasını kabul edilebilir bir uyum iyiliği değeri olarak görürken iken bazı araştırmacılar ise bu değeri 0,95 olarak önermektedir (132, 134, 135, 139). Bizim çalışmamızda TLI değeri 0,952 olarak bulunmuştur. RSD Engeller Ölçeği'nin TLI değeri modelimizin uyum açısından iyi olduğunun göstergelerinden biridir.

Modelimiz incelenen uyum değerlerine göre iyi uyum göstermiştir. İncelenen uyum indeksleri dışında pek çok uyum indeksi daha bulunmaktadır. Uyum iyiliği

istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair literatürde tam bir uzlaşı bulunmamakla beraber Ki-kare, RMSEA, sRMR, GFI, CFI, TLI modelin uyumu için iyi fikir veren bu sebeple raporlanılması önerilen uyum indeksleri olarak değerlendirilmektedir (114, 133).

C. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Güvenirlik, bir ölçme aracı ile aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (118). Güvenirlik, bir ölçme aracının ne kadar kararlı, tutarlı veya doğru olduğunu ifade eder (119).

1. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin iç tutarlığını analiz etmek için yaygın olarak kullanılan bir test güvenirlik indeksidir. İç tutarlık, bir ölçekte yer alan tüm maddelerin aynı yapıyı ne derece ölçtüğünü tanımlamaktadır, dolayısıyla ölçekteki maddelerin birbiriyle olan ilişkileriyle bağlantılıdır (140).

Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanırken elde edilen değerlerin yorumlanmasında literatürde net bir fikir birliği yoktur. Çoğu araştırmada Cronbach alfa güvenirlik katsayının kabul değeri 0,7 ve üstü olmakla beraber, 0,6-0,7 arası değerler de kabul edilebilir olarak yorumlanmaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda ise kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa değerlerinin 0,65-0.80 arası olması yeterli olarak kabul edilmektedir. Yine genel olarak 0,40 veya 0,50'nin altındaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısının yetersiz olduğu belirtilmektedir. Farklı çalışmalarda Cronbach alfa güvenirlik katsayısı değerlerinin bir çoğunun, kabul edilebilir 0,7 veya 0,6 değerlerinin altında olduğu bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar ise çalışmalarda Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,7 ve üstü olması konusunda ısrarcı olunmaması gerektiğini belirtmişlerdir (120, 121, 141-144).

Genel olarak Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 1'e ne kadar yakınsa ölçekteki maddelerin iç tutarlığı o kadar fazla kabul edilmektedir. Ancak bu katsayının artması ölçekteki madde sayısının artmasına da bağlı olduğu için, bu durumun daha az bir fayda getireceği düşünülmektedir. Bu nedenle bazı araştırmacılar 0,8 düzeyindeki Cronbach alfa güvenirlik katsayısını makul bir değer olarak belirtmişlerdir. Aşırı yüksek bir alfa değeri gereksiz tekrar ve örtüşmeye eşlik ettiği gerekçesiyle bazı çalışmalarda Cronbach

alfa güvenirlik katsayısının maksimum değeri 0,90, bazı çalışmalarda ise 0,95 olarak tavsiye edilmiştir. Aşırı yüksek bir alfa değeri varlığında test uzunluğunun kısaltılması gerekebileceği belirtilmiştir (140-143, 145, 146).

Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçekten herhangi bir madde çıkartılmadan önce 0,831 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda ölçekten 2 madde (Madde 4, Madde 20) çıkartıldıktan sonra bu değer 0,840'a yükselmiştir. Ölçeğin son hâlinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin yüksek güvenirlikte olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölçekten başka bir madde çıkarıldığında bu değerde kayda değer bir iyileşme gözlemlenmemiştir. Oluşturulan 6 faktörün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı F1 (Duygulardan Rahatsızlık): 0,897, F2 (Kültürel Engeller): 0,822, F3 (Grup İçi Stigma): 0,812, F4 (Bilgi Eksikliği): 0,854, F5 (Negatif Algılanan Değer): 0,589, F6 (Erişim Eksikliği): 0,647 olarak hesaplanmıştır. Dört faktörün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı çok iyi seviyede tespit edilmişken, beşinci ve altıncı faktörlerin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı orta düzeyde olduğu görülmüştür (121, 141). Cronbach alfa katsayı değeri ölçekteki madde sayısına bağlıdır. Yani düşük bir Cronbach alfa katsayı değeri ölçekte yer alan maddelerin az sayıda olmasından kaynaklanabilmektedir (140, 144). Beşinci ve altıncı faktörün Cronbach alfa güvenirlik katsayılarının sırasıyla 0,589 ve 0,647 olarak görece düşük belirlenmesindeki sebeplerden biri ilk üç faktör beş maddeden oluşuyorken, bu faktörlerin üç ve dört maddeden oluşması olabilir.

RSD Engeller Ölçeği'nin geliştirildiği ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayı değeri F1 (Negatif Algılanan Değer): 0,74, F2 (Duygulardan Rahatsızlık): 0,88, F3 (Grup İçi Stigma): 0,86, , F4 (Bilgi Eksikliği): 0,88, F5 (Erişim Eksikliği): 0,82, F6 (Kültürel Engeller): 0,83 olarak hesaplanmıştır (11). Ölçeğin orijinal hâlinde de "Negatif Algılanan Değer" ve "Erişim Eksikliği" alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerleri diğer alt boyutlara göre görece daha düşük bulunmuştur. Ayrıca bizim çalışmamızda söz konusu alt boyutların ölçeğin orijinal Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerine göre daha düşük olmasının sebeplerinden biri çalışmamızda yapılan analizler neticesinde her iki alt boyuttan birer maddenin çıkartılması olabilir.

2. Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Ölçeğin iç tutarlığını analiz etmek için madde puanı ile toplam puan arasındaki korelasyona da bakılmaktadır. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının 0,3 ve üstü olması istenmektedir, ancak 0,2'ye kadar olan korelasyon katsayıları da kabul edilebilirdir. Bazı araştırmacılara göre madde-toplam puan korelasyon analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün en az 100 ile 200 arasında olması gerekirken, bazı araştırmacılara göre ise örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az 5 katı olması beklenmiştir (101, 147).

Bizim çalışmamızda örneklem büyüklüğü 378 kişiden oluştuğu için bu çerçevede maddelerden alınan puanlarla toplam ölçek puanları arasında korelasyon bakılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin 27 maddelik hâlinin madde-toplam puan korelasyonuna bakıldığında bir maddenin (Madde 4) korelasyon katsayısının 0,2'nin altında (r=0,159) olduğu görülmüş ve ölçekten çıkartılmıştır. Madde 4 çıkartıldıktan sonra 26 maddelik ölçeğin içinde madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,2'nin altında herhangi bir madde kalmamıştır. Tekrarlayan analizlerde iki faktör yükü arasında 0,10'dan az fark olduğu için çıkartılan Madde 20 sonrasında kalan 25 maddelik ölçeğin son hâlinde de madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,2'nin altında herhangi bir madde tespit edilmemiştir. Ayrıca Madde 20, Madde 4'ten sonra ölçekte yer alan maddeler içinde madde-toplam puan korelasyon katsayısı en düşük ikinci maddedir (r=0,267).

Kalan 25 maddelik ölçeğin son hâlinde maddelerin faktör puanları ile korelasyonuna bakıldığında her maddenin en yüksek korelasyona kendi faktör puanıyla sahip olduğu görülmüştür. Bu katsayının en düşük değerinin 0,585 olarak tespit edilmiştir. Bulgularımız ölçek güvenirliğini desteklemektedir.

3. Guttman Split-Half Katsayısı

İç tutarlığı ölçmek için kullandığımız bir diğer yöntem olan yarıya bölme yöntemi, likert tipi ölçeklerde, psikometrik testlerde, öğrencilerin bilgilerini ölçmeye yönelik olarak oluşturulan testlerde güvenirliği değerlendirmek için tercih edilmektedir. Ölçeğin yarıya bölünmesi ve katılımcıların ölçeğin bir yarısından aldığı puanlar ile diğer yarısından aldığı puanların karşılaştırılmasıyla Guttman Split-Half katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan çalışmalarda güvenirlik katsayısının 0,7 değerinin üstünde olması istenmektedir (101, 148). Bizim çalışmamızda da 25 maddelik ölçeğin Guttman

Split-Half katsayısı 0,901 olarak bulunmuştur. Böylelikle RSD Engeller Ölçeği'nin yüksek güvenirlik gösterdiği yönünde yorumlanmıştır.

4. Test-Tekrar Test

RSD Engeller Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğini göstermek için test-tekrar test güvenirlik analizi yapılmıştır. Çalışmaya katılan 378 kişiden tekrar teste katılmayı kabul eden 34 kişiye ortalama 2-4 hafta ara ile ölçek tekrar uygulanmıştır. RSD Engeller Ölçeği-25'in toplam puan ortalaması ilk test uygulamasında 69,21±16,272 tekrar test uygulamasında ise 70,76±17,451 olarak görülmüştür. 34 kişinin RSD Engeller Ölçeği-25 ilk test ve tekrar test uygulama puanları arasındaki farkın anlamlılığı bağımlı örneklemlerde t testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,303). İki testin toplam puanları arasındaki uyum Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş olup bu analize ait korelasyon katsayısı 0,869 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği için korelasyon katsayısı en az 0,80 olarak istenmektedir. Ancak bazı araştırmacılar 0,70 korelasyon katsayısının da yeterli olabileceğini belirtmişlerdir (101, 122).

Çalışmamızda elde edilen bu veriler RSD Engeller Ölçeği-25'in tekrarlanan ölçümlerde benzer değerler sağladığını, zamansal olarak değişkenlik göstermediğini, ayrıca oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu ortaya koymuştur.

D. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Orijinal Ölçekle Karşılaştırılması

Çalışmamız, yaş ortalaması 21±3 yaş (Ortanca: 21, Minimum: 18, Maksimum: 49), %57,4'ü kadın olan, %19,3'ü Dönem 1, %16,4'ü Dönem 2, %15,1'i Dönem 3, %19'u Dönem 4, %14,6'sı Dönem 5, %15,6'sı Dönem 6 olmak üzere toplam 378 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. RSD Engeller Ölçeği'nin Amerika Birleşik Devletleri'nde ölçek geliştirme çalışmasında ise AFA uygulamasında yaş ortalaması 22,07±4,39 yaş, %74,2'si kadın; DFA uygulamasında yaş ortalaması 23,87±4,32 yaş, %75,8'i kadın olan toplam 1049 üniversite öğrencisi yer almıştır. Yaş ortalaması orijinal ölçek geliştirilirken ölçeğin uygulandığı popülasyonun yaş ortalamasına çok yakın iken, cinsiyet dağılımı açısından orijinal ölçek geliştirilirken ölçeğin uygulandığı popülasyona göre bizim çalışmamızda oransal olarak birbirine daha yakın bir cinsiyet dağılımı söz konusudur.

RSD Engeller Ölçeği Türkçe versiyonu 25 madde ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" olmak üzere toplam 6 alt boyut içermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Shea ve arkadaşları tarafından geliştirilen RSD Engeller Ölçeği, 27 madde ve "Negatif Algılanan Değer", "Duygulardan Rahatsızlık", "Grup İçi Stigma", " Bilgi Eksikliği", "Erişim Eksikliği", "Kültürel Engeller" olmak üzere toplam 6 alt boyuttan oluşmaktadır.

RSD Engeller Ölçeği Türkçe versiyonunda, ölçeğin orijinalinde "Negatif Algılanan Değer" alt boyutunda yer alan 1 madde (Madde 4) ve "Erişim Eksikliği" alt boyutunda yer alan 1 madde (Madde 20) çıkartılarak 25 madde ve 6 faktörlü model elde edilmiştir. Yapılan analizler neticesinde oluşturulan bu modelin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Madde çıkarımında kültürler arası farklılığın etkili olduğu düşünülmektedir.

RSD Engeller Ölçeği'nin 25 madde ve 6 alt boyuttan oluşan Türkçe versiyonunda, yapılan faktör analizleri neticesinde oluşturulan model toplam varyansın %62,75'ini açıklamaktadır. Ölçeğin 27 madde ve 6 alt boyuttan oluşan orijinal hâlinde ise yapılan analizler sonucunda oluşturulan model toplam varyansın %65,3'ünü açıklamaktadır. Ölçeğin her iki formunun toplam varyansı açıklama oranlarının çok yakın değerler olduğu görülmüştür.

RSD Engeller Ölçeği'nin 25 madde ve 6 alt boyuttan oluşan Türkçe versiyonunda, iç tutarlığı gösteren Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,840 olarak bulunmuştur. Faktörlerin Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerleri ise F1: Duygulardan Rahatsızlık alt boyutunda 0,897, F2: Kültürel Engeller alt boyutunda 0,822, F3: Grup İçi Stigma alt boyutunda 0,812, F4: Bilgi Eksikliği alt boyutunda 0,854, F5: Negatif Algılanan Değer alt boyutunda 0,589 ve F6: Erişim Eksikliği alt boyutunda 0,647 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin orijinal hâlinin ise Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerleri F1: Negatif Algılanan Değer alt boyutunda 0,74, F2: Duygulardan Rahatsızlık alt boyutunda 0,88, F3: Grup İçi Stigma alt boyutunda 0,86, F4: Bilgi Eksikliği alt boyutunda 0,88, F5: Erişim Eksikliği alt boyutunda 0,82 ve F6: Kültürel Engeller alt boyutunda 0,83 olarak hesaplanmıştır.

Bizim çalışmamızdaki Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerleri "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma" ve "Bilgi Eksikliği" alt boyutlarında ölçeğin orijinal hâli ile oldukça yakın değerlerde tespit edilmiştir. "Negatif Algılanan Değer" ve "Erişim Eksikliği" alt boyutlarında ise ölçeğin orijinal hâline kıyasla daha düşük Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerleri elde edilmiştir. Bu durumun sebeplerinden biri Cronbach alfa katsayı değeri ölçekteki madde sayısına bağlı olduğu için çalışmamızda yapılan analizler neticesinde her iki alt boyuttan birer maddenin çıkartılması olarak yorumlanabilir. Ek olarak bizim çalışmamızda "Negatif Algılanan Değer" ve "Erişim Eksikliği" alt boyutlarında madde sayısı ilk üç faktöre göre daha az olduğu için söz konusu alt boyutların Cronbach alfa katsayı değerleri daha düşük hesaplanmış olabilir (140, 144). Ayrıca çalışmamızda "Negatif Algılanan Değer" ve "Erişim Eksikliği" alt boyutlarına ait Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerlerinin diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun ölçeğin orijinal hâlinde de aynı olduğu belirlenmiştir. Böylelikle çalışmamızdan elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerlerinin orijinal ölçekle benzer sonuçlar içerdiği söylenebilir.

RSD Engeller Ölçeği-25 Türkçe versiyonunun toplam puanı; alınabilecek en düşük 25 puan, en yüksek 150 puan üzerinden ortalama 68,23(±16,936) olarak hesaplanmıştır. "Duygulardan Rahatsızlık" alt boyutunda alınabilecek en düşük 5, en yüksek puan 30 puan üzerinden ortalama 16,15(±6,588), "Kültürel Engeller" alt boyutunda alınabilecek en düşük 5, en yüksek puan 30 puan üzerinden ortalama 13,27(±5,571), "Grup İçi Stigma" alt boyutunda alınabilecek en düşük 5, en yüksek puan 30 puan üzerinden ortalama 9,58(±4,973), "Bilgi Eksikliği" alt boyutunda alınabilecek en düşük 3, en yüksek puan 18 puan üzerinden ortalama 10,79(±4,539), "Negatif Algılanan Değer" alt boyutunda alınabilecek en düşük 4, en yüksek puan 24 puan üzerinden ortalama 9,85(±3,863), "Erişim Eksikliği" alt boyutunda alınabilecek en düşük 3, en yüksek puan 18 puan üzerinden ortalama 8,59(±3,479) olarak tespit edilmiştir. Ölçek geliştirilirken uygulandığı gruba ait toplam ve alt boyutlara ait ortalama puan bilgisi mevcut olmadığından, ölçek skorlarımız orijinal ölçek sonuçları ile karşılaştırılamamıştır. RSD Engeller Ölçeği-25 toplam ve alt boyut ortalama puanlarının yüksekliği yapının, ruh sağlığı danışmanlığı aramanın önündeki engellerin, daha güçlü ve büyük olduğunu göstermektedir.

RSD Engeller Ölçeği-25 Türkçe versiyonunun zamana göre değişmezliği göstermek için 2-4 hafta aralıkla 34 üniversite öğrencisine Test-tekrar test uygulaması yapılmıştır. Toplam puan ve faktör puanları arasındaki korelasyon incelenmiş olup, pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Ölçeğin orijinal hâlinde ise 2 hafta ara ile 39 üniversite öğrencisine Test-tekrar test uygulaması yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizleri neticesinde ölçek pozitif yönde anlamlı ve tatmin edici düzeyde güvenilir bulunmuştur. Her iki ölçekte yeterli düzeyde zamansal kararlılık göstermiştir (11).

E. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda yaş ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Kültürel Engeller" alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (r=0,135 p=0,008). Yaş ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tüm p değerleri p >0,05). Ancak Amerika'da 5555 üniversite öğrencisinin katıldığı ruh sağlığı yardım arayışı ve damgalama ile ilgili bir çalışmada gençlerde kişisel damgalama oranları daha yüksek olarak bulunmuştur (149). 219 üniversite öğrencisiyle yapılan başka bir çalışmada yaş ile algılanan olumsuz akran normu arasında anlamlı negatif yönde ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Yaş olarak daha büyük öğrencilerin akranlarını ruh sağlığı arama konusunda olumsuz normlara sahip olarak algılama olasılığı daha düşük olarak görülmüştür (150). Amerika'da 3358 lisans ve lisans üstü öğrencisinin katıldığı üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı bakımı almalarının önündeki engelleri inceleyen çalışmada ise çalışmamızdaki bulgularla benzer olarak lisans üstü öğrencilerinin lisans öğrencilerine göre kültürel sorunları ruh sağlığı bakımı almalarının önündeki engel olarak bildirme olasılıkları 2.5 kat daha fazla tespit edilmiştir (151). Bu da çalışmamızdaki yaş arttıkça kültürel engellerin de anlamlı bir şekilde arttığı bulgusuyla uyumludur.

Çalışmamızda erkeklerin kadınlara göre RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür (Tüm p değerleri p<0,05). Amerika'da 8285 üniversite öğrencisinin yer aldığı damgalama ve ruh sağlığı danışmanlığı ile ilgili

yapılan bir çalışmada erkeklerin kadınlara göre ruh sağlığı hizmetlerini kullanma olasılıkları daha düşük olarak görülmüştür (152). Amerika'da 5555 üniversite öğrencisinden oluşan bir gruba yapılan çalışmada erkeklerde kişisel damgalama oranları daha yüksek olarak bulunmuştur (149). 3358 lisans ve lisans üstü öğrencisinin katıldığı üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı bakımı almalarının önündeki engelleri inceleyen çalışmada erkek öğrencilerde damgalanma endişeleri kadınlara göre daha belirgin olarak görülmüştür (151). 342 lisans ve yüksek lisans öğrencisinin katıldığı ruh sağlığına ilişkin damgalayıcı görüşlerin incelendiği bir çalışmada ruh sağlığı danışmanlık hizmetlerinden yararlanmada cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık olduğu ve erkeklerin psikolojik danışmanlık hizmetlerini kullanma olasılıkları daha düşük olarak görülmüştür (153). Amerika'da üniversiteli sporcuların ruh sağlığı hizmetlerini kullanmasına ilişkin yapılan çalışmalarda ruh sağlığı yardımı arama konusunda erkeklerin daha az istekli olduğu bulunmuştur (154). 682 lisans ve yüksek lisans öğrencisiyle yapılan başka bir çalışmada erkeklerin ruh sağlığı hizmetlerine katılmanın faydasını daha az algıladıkları tespit edilmiştir (155). 219 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışma erkeklerin daha yüksek algılanan akran normlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur (150). 518 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışma erkek öğrencilerin profesyonel psikolojik hizmet arama konusunda daha düşük damgalanma toleransına ve kişilerarası açıklık eğilimine sahip olduklarını, psikolojik profesyonellere daha az güven duyduklarını göstermiştir (156). Bütün bu çalışmalar bizim çalışmamızdaki cinsiyet ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Grup İçi Stigma", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları arasındaki istatistiksel anlamlılığı desteklemektedir.

Çalışmamızda gelir algısı ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tüm p değerleri $p > 0,05$). "Gelirim giderimden az" olan grupta, "Gelirim giderimden fazla" olan gruba göre "Grup İçi Stigma" alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür ($p=0,003$). Literatürde gelir algısı ile ruh sağlığı danışmanlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda ailenin toplam aylık geliri ile RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma", "Bilgi

Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tüm p değerleri p >0,05). Amerika'da 5555 üniversite öğrencisinden oluşan bir gruba yapılan çalışmada ise fakir bir aileden gelen öğrencilerde kişisel damgalama oranları daha yüksek olarak bulunmuştur (149).

Çalışmamızda anne-baba eğitim durumu lise altı olan öğrencilerde RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Grup İçi Stigma", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür (Tüm p değerleri p<0,05). Ayrıca baba eğitim durumu lise altı olanlarda "Duygulardan Rahatsızlık", "Bilgi Eksikliği" alt boyut puanları da anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür (Tüm p değerleri p<0,05). ABD'de 10817 kişinin katıldığı ergenlikten genç yetişkinliğe geçişte ruh sağlığı danışmanlığı kullanımını araştıran çalışmada da anne eğitim durumu liseden daha az olanların ruh sağlığı danışmanlığı hizmeti alma olasılığı daha düşük bulunmuştur (157).

Çalışmamızda anne-baba eğitim durumu ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Kültürel Engeller", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tüm p değerleri p >0,05). Ayrıca anne eğitim durumu ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Bilgi Eksikliği" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tüm p değerleri p >0,05). Amerika'da 219 üniversite öğrencisiyle yapılan üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı yardım arayışıyla ilgili bir çalışmada da anne eğitim düzeyi ile ruh sağlığı yardım arama niyetleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (150).

Çalışmamızda ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetme durumu ile RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Kültürel Engeller", "Grup İçi Stigma", "Erişim Eksikliği" alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tüm p değerleri p >0,05). Amerika'da 732 lisans ve lisans üstü öğrenciyle yapılan çalışmada bizim çalışmamızla benzer bir şekilde algılanan ruh sağlığı yardımı ihtiyacı ile algılanan kamusal damgalanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (158).

Çalışmamızda ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetmeyen öğrencilerde RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür

(Tüm p değerleri p<0,05). Hollanda'da 19-32 yaş arası 2258 katılımcı ile yapılan genç yetişkinlerin ruh sağlığı hizmetlerinden yardım aramalarının önündeki engelleri inceleyen çalışmada ciddi içselleştirme veya dışa yönelim sorunları olan ve ruh sağlığı yardımı almayan katılımcılardaki engeller incelenmiş ve katılımcıların ruh sağlığı sorunu olduğunu reddetmesi önemli bir engel olarak bulunmuştur (159). Bu da çalışmamızdaki ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım alma ihtiyacı hissetmeyenlerde engellerin daha fazla olduğu bulgusunu desteklemektedir.

Çalışmamızda daha önce kendisi için herhangi bir ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım almayan öğrencilerde RSD Engeller Ölçeği toplam puanı ve "Bilgi Eksikliği", "Negatif Algılanan Değer", "Erişim Eksikliği" alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (Tüm p değerleri p<0,05). Hollanda'da 19-32 yaş arası 2258 katılımcı ile yapılan çalışmada genç yetişkinlerin ruh sağlığı bakımı almalarının önündeki engelleri, ruh sağlığı sorunları ve mevcut tedaviler hakkındaki bilgilerinin sınırlı olması olarak bulunmuş ve bu konuda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (159). Bu da çalışmamızdaki ruh sağlığı danışmanından yardım alma ihtiyacı hissetmeyenlerde ve yardım almayanlarda "Bilgi "Eksikliği" alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek çıkması ile örtüşmektedir.

Yüz doksan dört tıp öğrencisinin katıldığı depresif tıp öğrencilerinin ruh sağlığı hizmetlerini kullanımı ile ilgili çalışmada ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımındaki en yaygın belirtilen engel zaman eksikliği olarak ifade edilmiştir (160). Ayrıca Birleşik Krallık'daki 375 öğrencinin katıldığı üniversitede ruh sağlığı sorunları için ruh sağlığı desteğine erişmenin önündeki engelleri inceleyen çalışmada kişisel damgalamanın ruh sağlığı desteğine ulaşmada bir engel olduğu görülmüştür (161). Yine Çin ve İran'da 300 üniversite öğrencisiyle yapılan ruh sağlığı danışmanlığına yönelik tutumlarla ilgili çalışmada kendini damgalamanın anlamlı negatif yordayıcı olduğu görülmüştür (162). Bu da çalışmamızdaki ruh sağlığı danışmanından yardım almayanlarda "Erişim Eksikliği" ve "Negatif Algılanan Değer" alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek çıkması ile uyumludur.

Çalışmamızda 378 öğrenciden %67,2'si (n=278) daha önce kendisi için herhangi bir ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım almadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki bulgularla benzer olarak Amerika'da 145 üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada da katılımcıların % 73,8'i (n=107) daha önce herhangi bir ruh sağlığı

danışmanından hizmet almadığını söylemişlerdir (163). Yine ergen erkeklerin ruh sağlığı danışmanlığına bakışını araştıran bir çalışmada katılımcıların %88'i ruh sağlığı danışmanlığını hiç kullanmadıklarını belirtmişlerdir (164). 8285 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada örneklemin sadece %18,2'si son 12 ayda ruh sağlığı hizmetini aldıklarını belirtmişlerdir (152). 1773 üniversite öğrencisinin katıldığı üniversite öğrencileri arasında ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını araştıran bir çalışmada ise öğrencilerin son 6 ayda ruh sağlığı danışmanlığı kullanım oranı %10 olarak tespit edilmiştir (165).

Standart çoklu regresyon analiz sonucunda da daha önce kendisi için ruh sağlığı danışmanından yardım alanların yardım almayanlara göre anlamlı derecede daha düşük RSD Engeller Ölçeği puanına sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Amerika'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada geçmişte yardım arayan öğrencilerin tekrar yardım arama olasılıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur (156). Yine Amerika'da ergenlikten genç yetişkinliğe geçişte ruh sağlığı danışmanlığı kullanımını araştıran bir çalışmada ergenlik döneminde ruh sağlığı danışmanlık hizmetini kullanmanın mevcut ruh sağlığı danışmanlığı hizmeti alma olasılığını arttırdığı saptanmıştır (157). Bu da çalışmamızda elde edilen daha önce kendisi için ruh sağlığı danışmanından yardım alanların önündeki engellerin daha az olduğu sonucunu desteklemektedir.

Çalışmamızda Dönem 3 ve altı öğrencilerde RSD Engeller Ölçeği'nin "Duygulardan Rahatsızlık", "Grup İçi Stigma" alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tüm p değerleri $p<0,05$). Amerika'da 8285 üniversite öğrencisi ile ruh sağlığı danışmanlığı ile damgalamayı araştıran bir çalışmada üniversitedeki eğitim yılı ilerledikçe öğrencilerdeki yüksek damgalama oranlarının azaldığı görülmektedir (152). Toplamda 682 lisans ve yüksek lisans öğrencisiyle yapılan öğrencilerin ruh sağlığı yardımı aramalarıyla ilgili bir çalışmada üniversite 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin 3. sınıf, 4. sınıf ile yüksek lisans öğrencilerine göre önemli ölçüde daha fazla sayıda engel algıladıkları gösterilmiştir (155).

Çalışmamızda Dönem 4 ve üstü öğrencilerde RSD Engeller Ölçeği'nin "Kültürel Engeller" alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,05$). Amerika'da 3358 üniversite lisans ve lisans üstü öğrencilerinin katıldığı üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı bakımı almalarının önündeki engelleri inceleyen çalışmada da

lisans üstü öğrencilerinin lisans öğrencilerine göre kültürel sorunları ruh sağlığı bakımı almalarının önündeki engel olarak bildirme olasılıkları daha fazla saptanmıştır (151). Bu da çalışmamızdaki Dönem 4 ve üstü öğrencilerde Dönem 3 ve altı öğrencilerine göre kültürel engellerin anlamlı olarak daha fazla olduğu bulgusuyla uyumludur.

VIII. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI

A. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmamız literatürde üniversite öğrencileri için geliştirilmiş olup "Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller"i içsel, kişilerarası ve dışsal olarak çok boyutlu ölçen standardize edilmiş bir ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan ilk çalışmadır.

Üniversite dönemi pek çok ruh sağlığı sorunlarının başladığı ve devam ettiği bir dönemdir. Üniversite öğrencileri hayatlarının bu döneminde farklı stres etmenleri ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu duruma ek olarak tıp fakültesi öğrencilerinin, üniversitede tıp fakültesine girebilmek için öncesinde yoğun bir hazırlık içinde olduğu ve sonrasında da üniversitedeki tıp eğitimi boyunca yoğun bir müfredat programı ile teorik ve uygulamalı eğitimler aldığı bilinmektedir. Bu süreçte tıp fakültesi öğrencileri yoğun bir stres altında kalmakta ve ruh sağlığı danışmanlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artmaktadır. Bu sebeple çalışmamızın üniversite öğrencileri içerisinde tıp fakültesi öğrencileri ile yapılmış olması ve yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılmış olması değerlidir. Ayrıca çalışmadaki kadın erkek cinsiyet dağılım oranlarının yakın olması önemlidir.

Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı danışmanlığı aramaya engel olan faktörlerin ortaya çıkarılması, ruh sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin üniversite döneminde ulaşılabilir olmasını, dolayısıyla morbiditenin azalmasını sağlayarak ve halk sağlığı bakım maliyetlerini düşürecektir. Aynı zamanda bireysel ve toplumsal iyilik hâlini destekleyecektir.

Çalışmamızda RSD Engeller Ölçeği yapılan analizler neticesinde geçerli ve güvenilir bulunmuş, ölçeğin üniversite öğrencilerine uygulanabilir olması, ruh sağlığı danışmanlığına ulaşmanın önündeki engelleri çok boyutlu olarak incelemesi, çok sayıdaki engelleri içermesine rağmen az sayıda maddeden oluşması gibi pek çok avantajı bulunmaktadır. Bunlar çalışmamızın avantajlarını oluşturmaktadır.

B. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın üniversite öğrencileri içerisinde sadece tıp fakültesi öğrencileri ile yapılmış olması araştırmanın kısıtlılıklarından biridir.

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yaptığımız RSD Engeller Ölçeği, literatüre yakın bir zaman diliminde kazandırılan ve üniversite öğrencilerinde "Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller"i çok boyutlu olarak ölçek bir ölçektir. Dolayısıyla henüz diğer kültür ve dillere uyarlama çalışmaları yapılmamıştır. Bu sebeple çalışmamızda ölçek puanları ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırılırken ruh sağlığı danışmanlığı almanın önündeki herhangi bir veya birkaç engeli içeren, ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı bakımını değerlendiren çalışmalarla yapılmıştır.

Ayrıca ruh sağlığı danışmanlığı ile ilgili Türkçe geçerli ve güvenilir başka ölçüm aracı bulunamadığı için RSD Engeller Ölçeği'ni başka bir ölçek ile karşılaştıramadık. Tüm bunlar çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

IX. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dil uyarlaması sürecinde çevirileri tamamlanan 27 maddelik ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,61 olarak hesaplanmış olup, bu değer 0,51 olan Kapsam Geçerlik Ölçütü'nden daha büyük olduğu için tek bir boyut söz konusu olduğu varsayımı ile ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0,815 olarak hesaplanmış ve Bartlett küresellik testi sonucu anlamlı (x^2:4060,562; SD:351, $p<0,001$) olarak tespit edilmiştir. KMO katsayısının 0,7'nin üzerinde olması ve Bartlett küresellik testi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı bulunması, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve değişkenlerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir.

Madde-toplam puan korelasyonu 0,2'nin altında olan bir madde (Madde 4) ölçekten çıkartılmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi sonrası birden fazla faktöre yüklenen ve faktör yükleri arasında 0,10'dan az fark olan bir madde (Madde 20) ölçekten çıkartılmıştır. Kalan 25 maddenin en düşük faktör yükü 0,593 olarak saptanmıştır. 25 maddeden oluşan ölçeğin toplam varyansın %62,750'sini açıklayan 6 faktörlü yapıya sahip olduğu görülmüştür. Maddelerin rotasyon öncesi ortak varyans değerinin 0,3'ün üstünde olduğu görülmüştür.

Doğrulayıcı Faktör Analiz uygulamasında oluşturulan modelde standardize edilmiş regresyon katsayısı değerlerinin 0,4'ün üstünde olduğu tespit edilmiştir. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonrası uyum indekslerinde anlamlı iyileşme sağlayan kovaryanslar oluşturulmuş ve sonrasında modelin uyum indekslerinden GFI'nın kabul edilebilir uyum değerleri içinde olduğu diğer uyum indeks değerlerinin tamamının ise iyi uyum değerleri içinde yer aldığı saptanmıştır ($\chi 2/df$ =1,571; RMSEA=0,039; sRMR=0,0456; GFI=0,922; CFI=0,959; TLI=0,952).

Ölçeğin güvenirlik analizlerinde RSD Engeller Ölçeği-25'in Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,840; Guttman Split-Half katsayısı 0,901 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test uygulaması sonucu iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı 0,869 olarak bulunmuştur.

Ölçek toplam puanıyla ilişkili faktörler incelendiğinde erkek, anne-baba eğitim durumu lise altı olan, daha önce ruh sağlığı danışmanından yardım alma ihtiyacı hissetmeyen veya yardım almayan öğrencilerin daha yüksek puanlar aldığı, bu kişilerde engellerin daha fazla ve güçlü bir yapıya sahip olduğu tespit edilmiştir. Daha önce ruh sağlığı danışmanından psikolojik yardım almamak çoklu analizler sonucunda da ruh sağlığı danışmanlığı aramanın önündeki artan engeller ile ilişki olarak bulunmuştur.

Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin 25 maddeden ve 6 faktörden oluşan Türkçe versiyonu uygulanmış olduğu popülasyon için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (F1: Duygulardan Rahatsızlık 1-5. maddeler; F2: Kültürel Engeller 6-10. maddeler; F3: Grup İçi Stigma 11-15. maddeler; F4: Bilgi Eksikliği 16-18. maddeler; F5: Negatif Algılanan Değer 19-22. madddeler; F6: Erişim Eksikliği 23-25. maddeler) (bkz. Ek-9: Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği Türkçe Versiyonu (Son Hâli-25 Madde)).

RSD Engeller Ölçeği-25 bu hâliyle üniversitedeki öğrencilerde ruh sağlığı danışmanlığı aramanın önündeki engeller belirlenirken bir ölçüm aracı olarak kullanılması tavsiye edilmektedir. İlk etapta tanımlayıcı çalışmalar ile üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı danışmanlığı aramaya engel olan faktörlerin tespit edilmesi; sonrasında ise ihtiyaç duyulan girişimlerin planlamasının buna göre yapılması önerilmektedir.

X. KAYNAKÇA

1. Spruill DA, Fong ML. Defining the domain of mental health counseling: From identity confusion to consensus. Journal of Mental Health Counseling. 1990;12(1):12-23.

2. Seiler G, Messina JJ. Toward professional identity: The dimensions of mental health counseling in perspective. American Mental Health Counselors Association Journal. 1979;1(1):3-8.

3. İnanç N, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Savaş E. Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde psikiyatrik açidan incelenen ögrencilerin klinik ve sosyo-demografik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004;5:222-30.

4. Ökdem S, Yardimci F. Üniversite ögrencilerinin algilanan sosyal destek düzeylerinin bazi degiskenler açisindan incelenmesi/The study on the level of perceived social support among university students in terms of certain variables. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11(3):228-34.

5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):593-602.

6. Blanco C, Okuda M, Wright C, Hasin DS, Grant BF, Liu S-M, et al. Mental health of college students and their non–college-attending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. Archives of general psychiatry. 2008;65(12):1429-37.

7. Vanheusden K, van der Ende J, Mulder CL, van Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP. The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2008;43(10):808-15.

8. Gök A. Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım arama tutumları. 2019.

9. Gürsoy O, Gizir CA. Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya yönelik tutumları: Sosyal damgalanma, kendini damgalama, öznel sıkıntıları açma, benlik saygısı ve cinsiyetin rolü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2018;8(49):137-55.

10. Özbay Y, Terzi Ş, Erkan S, Çankaya ZC. Üniversite öğrencilerinin profesyonel yardım arama tutumları, cinsiyet rolleri ve kendini saklama düzeyleri. Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi. 2011;1(4):59-71.

11. Shea M, Wong YJ, Nguyen KK, Gonzalez PD. College students' barriers to seeking mental health counseling: Scale development and psychometric evaluation. Journal of counseling psychology. 2019;66(5):626.

12. Organization WH. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report: World Health Organization; 2004.

13. Robitschek C, Keyes CL. Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. Journal of Counseling Psychology. 2009;56(2):321.

14. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 2015;14(2):231.

15. Organization WH. Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors 2012 [Available from: https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health.

16. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? World Psychiatry. 2014;13(2):107.

17. Organization WH. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. 2021.

18. Izutsu T, Tsutsumi A, Minas H, Thornicroft G, Patel V, Ito A. Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals. The Lancet Psychiatry. 2015;2(12):1052-4.

19. Nations U. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Available from: https://sdgs.un.org/goals/goal3.

20. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. The Lancet. 2018;392(10157):1553-98.

21. Locke B, Wallace D, Brunner J. Emerging issues and models in college mental health services. New Directions for Student Services. 2016;2016(156):19-30.

22. Organization WH. World Health Statistics 2021: World Health Organization; 2021.

23. GHDx. GBD Results Tool [Available from: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

24. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020;396(10258):1204-22.

25. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). 2011.

26. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1 ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1998.

27. Kılıç C. Türkiye'de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? Toplum ve Hekim. 2020;35(3):179-87.

28. T.C. Sağlık Bakanlığı. 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması' Tanıtım Toplantısı Yapıldı 2019 [cited 2021 28.12.2021]. Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR,60876/turkiye-ruh-sagligi-profili-2-arastirmasi-tanitim-toplantisi-yapildi.html.

29. T.C. Sağlık Bakanlığı RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü,. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. 1 ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü; 2006.

30. Arslan DT, AĞIRBAŞ İ. Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2017;13(1):99-126.

31. Enstitüsü HÜNE. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013. 2013.

32. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. Journal of Abnormal Psychology. 2018;127(7):623.

33. Alan H. Sosyal Ağ Kullanımı Yoğunluğu ve Sanal Kaytarma Davranışları: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme. Çağdaş Yönetim Bilimleri Dergisi. 2019;6(2):112-29.

34. Akdevelioğlu Y, Yörüsün TÖ. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;4(1):19-28.

35. Kilit Z, Dönmezler S, Erensoy H, BERKOL T. Üniversite öğrencilerinde belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ve bilişsel sınav kaygısı ilişkisi. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2020;12(2):262-8.

36. Oswalt SB, Lederer AM, Chestnut-Steich K, Day C, Halbritter A, Ortiz D. Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009–2015. Journal of American College Health. 2020;68(1):41-51.

37. Read H, Roush S, Downing D. Early intervention in mental health for adolescents and young adults: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy. 2018;72(5):7205190040p1-p8.

38. Ryan H, Gayles JG, Bell L. Student-athletes and mental health experiences. New Directions for Student Services. 2018;2018(163):67-79.

39. Pedrelli P, Nyer M, Yeung A, Zulauf C, Wilens T. College students: mental health problems and treatment considerations. Academic Psychiatry. 2015;39(5):503-11.

40. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2005;4(3):218-51.

41. Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. Journal of Adolescent Health. 2010;46(1):3-10.

42. Tang M, Montgomery ML, Collins B, Jenkins K. Integrating Career and Mental Health Counseling: Necessity and Strategies. Journal of Employment Counseling. 2021;58(1):23-35.

43. Kaplan DM, Tarvydas VM, Gladding ST. 20/20: A vision for the Future of Counseling: The new Consensus Definition of Counseling. Journal of Counseling & Development. 2014;92(3):366-72.

44. Patel V. Where There Is No Psychiatrist: A mental health care manual: RCPsych publications; 2003.

45. Kraft DP. One Hundred Years of College Mental Health. Journal of American College Health. 2011;59(6):477-81.

46. Palmo AJ, Weikel WJ, Borsos DP. Foundations of Mental Health Counseling. 3 ed: Charles C Thomas Publisher; 2006.

47. Smith HB, Robinson GP. Mental health counseling: Past, present, and future. Journal of Counseling & Development. 1995;74(2):158-62.

48. Duan C. Culture and mental health counseling: A reflective view based on observations in China. Athens Journal of Social Sciences. 2018;6(1):71-87.

49. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun: Resmî Gazete; 1928 [Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3.

50. Oral M, Tuncay T. Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2012;23(2):93-114.

51. Yükseköğretim Kurumları, Mediko-Sosyal Sağlık, Kültür ve Spor İşleri Dairesi Uygulama Yönetmeliği Resmî Gazete; 1984 [Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10169&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5.

52. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik: Resmî Gazete; 2014 [Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19696&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5.

53. T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM. Ruh Sağlığı Danışmanlığı: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2018 [Available from: https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/55-ruh-sağlığı-danışmanlığı.html.

54. Harlak H. Klinik sosyal psikolojiye doğru. Klinik Psikoloji Dergisi. 2019;3(2):104-15.

55. Millî Eğitim Bakanlığı Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Yönetmeliği: Resmî Gazete; 2020 [Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=34760&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5.

56. Yanardağ MZ, Özmete E. Bir Mesleki Uygulama Alani Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2017;28(1):203-26.

57. Ennis E, McLafferty M, Murray E, Lapsley C, Bjourson T, Armour C, et al. Readiness to change and barriers to treatment seeking in college students with a mental disorder. Journal of Affective Disorders. 2019;252:428-34.

58. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry. 2010;10:113:1-9.

59. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? Medical Journal of Australia. 2007;187(S7):S35-S9.

60. Schwitzer AM, Moss CB, Pribesh SL, John DJS, Burnett DD, Thompson LH, et al. Students With Mental Health Needs: College Counseling Experiences and Academic Success. Journal of College Student Development. 2018;59(1):3-20.

61. Ægisdóttir S, O'Heron M, Hartong J, Haynes S, Linville M. Enhancing attitudes and reducing fears about mental health counseling: An analogue study. Journal of Mental Health Counseling. 2011;33(4):327-46.

62. Montano DE, Kasprzyk D. Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. 5 ed. Glanz K, Rımer BK, Vıswanath K, editors. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Brand; 2015. 95-124 p.

63. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179-211.

64. Sezer S, Gülleroğlu D. Psikolojik Yardım Arama Tutumlarını Yordayan Değişkenler: Kendini Damgalama, Özsaygı, Psikolojik Yardım Almış Olma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016;29(1):75-93.

65. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2012;12:157:1-14.

66. Rüsch N, Müller M, Ajdacic-Gross V, Rodgers S, Corrigan PW, Rössler W. Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2014;23(2):177-87.

67. Vogel DL, Wester SR, Wei M, Boysen GA. The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. Journal of Counseling Psychology. 2005;52(4):459-70.

68. Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. American Psychologist. 2004;59(7):614-25.

69. Deane FP, Chamberlain K. Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking. British Journal of Guidance & Counselling. 1994;22(2):207-17.

70. Vogel DL, Wade NG, Ascheman PL. Measuring Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Psychological Help: Reliability and Validity of a New Stigma Scale With College Students. Journal of Counseling Psychology. 2009;56(2):301-8.

71. Tomczyk S, Schmidt S, Muehlan H, Stolzenburg S, Schomerus G. A Prospective Study on Structural and Attitudinal Barriers to Professional Help-Seeking for Currently Untreated Mental Health Problems in the Community. The Journal of Behavioral Health Services & Research. 2020;47(1):54-69.

72. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016(2):175-202.

73. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. The Lancet. 2016;387(10023):1123-32.

74. Özmen S, Erdem R. Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2018;23(1):185-208.

75. Leong FT, Kalibatseva Z, editors. Cross-Cultural Barriers to Mental Health Services in the United States. Cerebrum: the Dana forum on brain science; 2011: Dana Foundation.

76. Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. Clinical Psychology Review. 2020;75:101812.

77. Leong FT, Lau AS. Barriers to Providing Effective Mental Health Services to Asian Americans. Mental Health Services Research. 2001;3(4):201-14.

78. Irwin A, Li J, Craig W, Hollenstein T. The Role of Shame in the Relation Between Peer Victimization and Mental Health Outcomes. Journal of Interpersonal Violence. 2019;34(1):156-81.

79. Dolezal L, Lyons B. Health-related shame: an affective determinant of health? Medical Humanities. 2017;43(4):257-63.

80. Yakeley J. Shame, culture and mental health. Nordic Journal of Psychiatry. 2018;72(Sup1):S20-S2.

81. Hess U, David S, Hareli S. Emotional Restraint Is Good for Men Only: The Influence of Emotional Restraint on Perceptions of Competence. Emotion. 2016;16(2):208-13.

82. Moroz N, Moroz I, D'Angelo MS, editors. Mental health services in Canada: barriers and cost-effective solutions to increase access. Healthcare Management Forum; 2020: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.

83. Nişancı A. Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2019;30(1):231-59.

84. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, West BT, McCabe SE. Discrimination and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. American Journal of Orthopsychiatry. 2014;84(1):35-45.

85. Herek GM, Garnets LD. Sexual Orientation and Mental Health. Annu Rev Clin Psychol. 2007;3:353-75.

86. Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. Journal of Social Work Values and Ethics. 2011;8(2):1-16.

87. Boyd C, Francis K, Aisbett D, Newnham K, Sewell J, Dawes G, et al. Australian rural adolescents' experiences of accessing psychological help for a mental health problem. Australian Journal of Rural Health. 2007;15(3):196-200.

88. Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving Immigrant Populations' Access to Mental Health Services in Canada: A Review of Barriers and Recommendations. Journal of Immigrant and Minority Health. 2015;17(6):1895-905.

89. Petscher Y SC, Compton DL. Applied quantitative analysis in education and the social sciences2013. 169–242 p.

90. Istanbul Universitesi Istanbul Tıp Fakültesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Öğrenci Ağı 2021 [Available from: https://ogrenci-istanbultip.istanbul.edu.tr/tr/ .

91. Akbaş G, Korkmaz L. Ölçek uyarlaması (adaptasyon). Türk Psikoloji Bülteni. 2007;13(40):15-6.

92. Younan L, Clinton M, Fares S, Samaha H. The translation and cultural adaptation validity of the Actual Scope of Practice Questionnaire. East Mediterr Health J. 2019;25(3):181-8.

93. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2015;26(1):50-7.

94. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2018;26(3):199-210.

95. International Test Commission. The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests(Second edition) [www.InTestCom.org]. 2017.

96. Karaçam Z. Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(1):28-37.

97. Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD. Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment: Psychology Press; 2004.

98. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. Value in health. 2005;8(2):94-104.

99. Hergüner S. Ölçme Araçlarının Kullanımı İle İlgili Temel Kavramlar. 2010:1-7.

100. Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. 2. Basım ed. Ankara: Omega Araştırma; 2018 Ekim 2018.

101. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.

102. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. 2005;1:771-4.

103. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. Measurement and evaluation in counseling and development. 2014;47(1):79-86.

104. Seçer İ. SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi. Ankara: Anı Yayıncılık. 2013.

105. Karaman H, Burcu A, Aktan DÇ. Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2017;37(3):1173-93.

106. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları: Pegem Akademi Ankara; 2012.

107. Altunişik R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yildirim E. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı. Sakarya: Sakarya Yayıncılık. 2010:7-253.

108. Yap RJC, Komalasari F, Hadiansah I. The effect of financial literacy and attitude on financial management behavior and satisfaction. BISNIS & BIROKRASI: Jurnal Ilmu Administrasi dan Organisasi. 2018;23(3):4.

109. Beavers AS, Lounsbury JW, Richards JK, Huck SW, Skolits GJ, Esquivel SL. Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2013;18(1):6.

110. Hair JF, Black WC, Babin BJ, E. AR. Multivariate Data Analysis. 7 ed: Prentice Hall; 2009.

111. Kline P. An Easy Guide to Factor Analysis: Routledge; 2014.

112. O'Rourke N, Psych R, Hatcher L. A step-by-step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling. 2 ed: Sas Institute; 2013. 58-80 p.

113. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6 ed: Pearson; 2013.

114. Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. 2 ed. New York, NY: The Guilford Press; 2015.

115. Harrington D. Confirmatory Factor Analysis. New York: Oxford University Press; 2009.

116. Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. 3 ed: Routledge; 2010. 73-120 p.

117. Teke C, Arabacı LB. Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2018;19.

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

119. Souza ACd, Alexandre NMC, Guirardello EdB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2017;26:649-59.

120. Van Griethuijsen RA, van Eijck MW, Haste H, den Brok PJ, Skinner NC, Mansour N, et al. Global patterns in students' views of science and interest in science. Research in science education. 2015;45(4):581-603.

121. Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. Journal of Mood Disorders. 2016;6(1):47-8.

122. Karakoç, Y. F, Dönmez, L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(40):39-49.

123. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları; 2001.

124. Karagöz Y. SPSS-AMOS-META Uygulamalı İstatistiksel Analizler. 2 ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık; 2019.

125. Hutcheson GD, Sofroniou N. The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models: Sage; 1999.

126. Yaşlıoğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2017;46:74-85.

127. Kalkbrenner MT. A Practical Guide to Instrument Development and Score Validation in the Social Sciences: The Measure Approach. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2021;26(1):1-18.

128. Shrestha N. Factor analysis as a tool for survey analysis. American Journal of Applied Mathematics and Statistics. 2021;9(1):4-11.

129. Costello AB, Osborne J. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research, and Evaluation. 2005;10(7):1-9.

130. Cutillo L. Parametric and Multivariate Methods. Ranganathan S, Gribskov M, Nakai K, Schönbach C, editors. Amsterdam; Oxford; Cambridge: Elsevier; 2019. 738-46 p.

131. Ruscio J, Roche B. Determining the Number of Factors to Retain in an Exploratory Factor Analysis Using Comparison Data of Known Factorial Structure. Psychological Assessment. 2012;24(2):282-92.

132. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2013;33(1):210-23.

133. Şimşek ÖF. Yapisal Eşitlik Modellemesi'ne Giriş: Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları: Ömer Faruk Şimşek; 2020.

134. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. Electronic Journal of Business Research Methods. 2008;6(1):53-60.

135. Byrne BM. Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming. 2 ed. New York, NY: Taylor and Francis Group, LLC; 2010.

136. Chen FF. Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal. 2007;14(3):464-504.

137. Iacobucci D. Structural equations modeling: Fit indices, sample size, and advanced topics. Journal of Consumer Psychology. 2010;20(1):90-8.

138. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4 ed. New York, NY: Guilford Publications; 2015. 262-99 p.

139. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. Methods of Psychological Research Online. 2003;8(2):23-74.

140. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. International Journal of Medical Education. 2011;2:53-5.

141. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. Research in Science Education. 2018;48(6):1273-96.

142. Gliem JA, Gliem RR, editors. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales2003: Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education.

143. Cho E, Kim S. Cronbach's Coefficient Alpha: Well Known but Poorly Understood. Organizational Research Methods. 2015;18(2):207-30.

144. Vaske JJ, Beaman J, Sponarski CC. Rethinking Internal Consistency in Cronbach's Alpha. Leisure Sciences. 2017;39(2):163-73.

145. Streiner DL. Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. Journal of Personality Assessment. 2003;80(1):99-103.

146. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. Journal of Clinical Epidemiology. 2007;60(1):34-42.

147. Dede H, Keleş İH. Saf Madde, Karışımlar ve Karışımların Ayrılması Konularında Yaşam Temelli Başarı Testinin Geliştirilmesi. Gazi University Journal of Gazi Educational Faculty (GUJGEF). 2020;40(3).

148. LoBiondo-Wood G, Haber J. Reliability and Validity, Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence Based Practice. 8 ed: Mosby, Elsevier; 2014. 289-309 p.

149. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and help seeking for mental health among college students. Medical Care Research and Review. 2009;66(5):522-41.

150. Barksdale CL, Molock SD. Perceived norms and mental health help seeking among African American college students. The journal of behavioral health services & research. 2009;36(3):285-99.

151. Horwitz AG, McGuire T, Busby DR, Eisenberg D, Zheng K, Pistorello J, et al. Sociodemographic differences in barriers to mental health care among college students at elevated suicide risk. Journal of Affective Disorders. 2020;271:123-30.

152. Wu IH, Bathje GJ, Kalibatseva Z, Sung D, Leong FT, Collins-Eaglin J. Stigma, mental health, and counseling service use: A person-centered approach to mental health stigma profiles. Psychological services. 2017;14(4):490.

153. Holland D. College student stress and mental health: Examination of stigmatic views on mental health counseling. Michigan Sociological Review. 2016:16-43.

154. Moreland JJ, Coxe KA, Yang J. Collegiate athletes' mental health services utilization: A systematic review of conceptualizations, operationalizations, facilitators, and barriers. Journal of sport and health science. 2018;7(1):58-69.

155. Vidourek RA, King KA, Nabors LA, Merianos AL. Students' benefits and barriers to mental health help-seeking. Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal. 2014;2(1):1009-22.

156. Masuda A, Anderson PL, Twohig MP, Feinstein AB, Chou Y-Y, Wendell JW, et al. Help-seeking experiences and attitudes among African American, Asian American, and European American college students. International Journal for the Advancement of Counselling. 2009;31(3):168-80.

157. Jennifer WY, Adams SH, Burns J, Brindis CD, Irwin Jr CE. Use of Mental Health Counseling as Adolescents Become Young Adults. Journal of Adolescent Health. 2008;43(3):268-76.

158. Golberstein E, Eisenberg D, Gollust SE. Perceived stigma and help-seeking behavior: longitudinal evidence from the healthy minds study. Psychiatric Services. 2009;60(9):1254-6.

159. Vanheusden K, Mulder CL, van der Ende J, van Lenthe FJ, Mackenbach JP, Verhulst FC. Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. Patient education and counseling. 2008;73(1):97-104.

160. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. Academic medicine. 2002;77(9):918-21.

161. Cage E, Stock M, Sharpington A, Pitman E, Batchelor R. Barriers to accessing support for mental health issues at university. Studies in Higher Education. 2020;45(8):1637-49.

162. Kuok AC, Rashidnia J. College Students' Attitudes Toward Counseling for Mental Health Issues in Two Developing Asian Countries. 2019.

163. Menendez J, Franco M, Davari J, Gnilka PB, Ashby JS. Barriers and facilitators to Latinx college students seeking counseling. Journal of College Student Psychotherapy. 2020;34(4):302-15.

164. Smith JM. Adolescent Males' View on the Use of Mental Health Counseling Services. Adolescence. 2004;39(153).

165. Rosenthal B, Wilson WC. Mental Health Services: Use and Disparity Among Diverse College Students. Journal of American College Health. 2008;57(1):61-8.

XI. EKLER

Ek 1. Anket Formu

RUH SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI ARAMANIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Değerli Katılımcı,
Bu çalışma üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı danışmanlığı aramaya yönelik engel türlerini ve bunların yardım aramaya karar verme kriterleriyle birlikteliklerini değerlendiren "Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği"nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapmayı amaçlamaktadır. Herhangi bir riski olmayan bu çalışmadan elde edilen veriler, üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı danışmanlığı aramasının önündeki engelleri ölçebilecek geçerli ve güvenilir Türkçe bir ölçek oluşturulmasına yardımcı olacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bilgiler kim olduğunuzu açığa çıkarmayacak şekilde toplanacak, bu çalışmadan elde edilen yayın sizinle ilgili hiçbir kimlik bilgisi tespit edilmeyecek şekilde yayınlanacaktır. Araştırma kapsamında herhangi bir parasal yük altına girmeyeceğiniz gibi size bir ödeme de yapılmayacaktır.

Çalışma formunun doldurulma süresi yaklaşık 5 dakikadır. Araştırma Prof. Dr. Selma Karabey danışmanlığında Dr. İtibar Canpolat Şair tarafından yürütülmektedir. Araştırma sırasında herhangi bir sorunuz olursa Dr. İtibar Canpolat Şair'e itibar.canpolatsair@istanbul.edu.tr e-posta adresinden veya İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Çalışmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum, istediğim zaman geri çekilebileceğimi anlıyorum. Tarafımca veya iznimle birlikte verilen bilgilerin, kimlik bilgilerim gizli tutulacak şekilde çalışma süresince bir tezde, sunumda ve dergilerde yayınlanabileceğini kabul ediyorum.

a. Evet
b. Hayır

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz:
   a. Kadın
   b. Erkek
2. Doğum yılınız:……..
3. Doğum yeriniz:……..
4. Büyüdüğünüz yer:……..

5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz:
    a. Gelirim giderimden fazla
    b. Gelirim giderime eşit
    c. Gelirim giderimden az
6. Annenizin öğrenim durumu:
    a. Okuryazar değil
    b. Okuryazar
    c. İlkokul mezunu
    d. Ortaokul mezunu
    e. Lise mezunu
    f. Yüksekokul mezunu
    g. Üniversite mezunu
    h. Yüksek Lisans
    i. Doktora ve üzeri
7. Babanızın öğrenim durumu:
    a. Okuryazar değil
    b. Okuryazar
    c. İlkokul mezunu
    d. Ortaokul mezunu
    e. Lise mezunu
    f. Yüksekokul mezunu
    g. Üniversite mezunu
    h. Yüksek Lisans
    i. Doktora ve üzeri
8. Ailenizin toplam aylık geliri:
    a. 3000 TL ve altı
    b. 3001- 6000 TL
    c. 6001 TL ve üzeri
9. Fakültede kaçıncı sınıftasınız:
    a. 1
    b. 2
    c. 3
    d. 4
    e. 5
    f. 6
10. Daha önce herhangi bir ruh sağlığı danışmanından kendiniz için psikolojik yardım alma ihtiyacı hissettiniz mi?
    a. Evet
    b. Hayır
11. Daha önce herhangi bir ruh sağlığı danışmanından kendiniz için psikolojik yardım aldınız mı?
    a. Evet
    b. Hayır

RUH SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI ARAMANIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMALAR: Son 4 hafta içinde kişisel veya duygusal bir sorun dolayısıyla yüksek düzeyde stres yaşadığınızı hayal edin. Sakin kalmaya ve hayatınıza devam etmeye çalışıyor, ancak çoğu zaman kendinizi gergin, endişeli, üzgün, kızgın, dikkatiniz dağılmış veya yorgun hissediyorsunuz. Bu hislerden dolayı, bazen günlük hayattaki işlevlerinizi yerine getirmekte zorlanıyorsunuz.

Yukarıda belirtilen hisleri tecrübe ettiğinizde ruh sağlığı danışmanlığı almaya ilişkin tutumlarınız veya bu konudaki algılarınızın nasıl olacağı ile ilgileniyoruz. **"Ruh sağlığı danışmanlığı"** ile kastettiğimiz, bireylerin kişisel veya duygusal problemleriyle (Örn. stres, kaygı, depresyon, uyuşturucu madde kullanım sorunları, kişiler arası çatışmalar) başa çıkmalarına yardımcı olmak için terapi uygulayan danışmanlar, psikologlar, psikiyatristler veya diğer profesyoneller tarafından sağlanan hizmetlerdir. Akademik danışmanlık, kariyer danışmanlığı, ilaç tedavisi veya bireysel eğitim, ruh sağlığı danışmanlığı olarak *kabul edilmez*. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve her bir maddeye ne derece katıldığınızı ya da katılmadığınızı işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar veya hileli sorular yoktur. Lütfen her soruyu olabildiğince dürüstçe yanıtlayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Kısmen Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Kısmen Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın bana yardımcı olacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5	6
2. Destek almak için bir ruh sağlığı danışmanına ulaşmaktansa arkadaşlarımla veya ailemle görüşmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6
3. Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın, sorunu çözmek yerine sorunun uzamasına neden olacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
4. Yeterli sosyal desteğim (aile, arkadaşlar vb.) olduğundan, kişisel sorunlarım için ruh sağlığı danışmanlığı aramama gerek yok.	1	2	3	4	5	6

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5. Sorunlarım hakkında ne yapacağımı söylemesi için bir ruh sağlığı danışmanına güvenemem.	1	2	3	4	5	6
6. Sorunlarımı bir ruh sağlığı danışmanına açarsam, ailem veya partnerim beni kötü karşılar.	1	2	3	4	5	6
7. Benim kültürümdeki çoğu kişi ruh sağlığı danışmanlığı alma kararımı onaylamaz.	1	2	3	4	5	6
8. Arkadaşlarım ruh sağlığı danışmanlığı aradığımı öğrenirlerse hakkımda olumsuz düşünürler.	1	2	3	4	5	6
9. Ruh sağlığı danışmanlığı aramak ailemi utandırır.	1	2	3	4	5	6
10. Sorunlarımı bir ruh sağlığı danışmanıyla paylaşırsam, ailem veya partnerim benim hakkımda olumsuz düşünmez.	1	2	3	4	5	6
11. Duygularımı bir ruh sağlığı danışmanıyla paylaşmaktan utanırım.	1	2	3	4	5	6
12. Ruh sağlığı danışmanlığı sürecinde duygusal yanımı gösterme konusunda gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6
13. Bir ruh sağlığı danışmanına duygularımı ifade etmek konusunda rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6
14. Ruh sağlığı danışmanlığı sürecinde duygularım hakkında konuşmak benim için tuhaf olur.	1	2	3	4	5	6
15. Ruh sağlığı danışmanlığına gitmekten çekinirim, çünkü duygularımı ortaya çıkarmaktan hoşlanmam.	1	2	3	4	5	6

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
16. Ruh sağlığı danışmanlığını nasıl veya nerede arayacağımı bilmiyorum.	1	2	3	4	5	6
17. Ne tür ruh sağlığı danışmanlığı hizmetleri olduğunu bilmiyorum.	1	2	3	4	5	6
18. Ruh sağlığı danışmanlığının nasıl çalıştığını bilmiyorum.	1	2	3	4	5	6
19. Ruh sağlığı danışmanlığı aramaya veya alırsam sürdürmeye vaktim yok.	1	2	3	4	5	6
20. Ruh sağlığı danışmanlığı hizmetlerini karşılayacak maddi imkânlarım (Örn. sigorta, para) yok.	1	2	3	4	5	6
21. Başka insanlara (Örn. aile, arkadaşlar, partner) karşı çok fazla sorumluluğumun olması, ruh sağlığı danışmanlığı aramamı engelliyor.	1	2	3	4	5	6
22. Akademik veya işle ilişkili yükümlülüklerimin çok fazla olması, beni ruh sağlığı danışmanlığı almaktan alıkoyuyor.	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki 23-27 arasındaki sorular için, "kültür", "kültürel değerler" ve "kültürel kimlik" sözcükleri geniş anlamda, kişinin ırkı, etnik kökeni, cinsiyeti, cinsel yönelimi, sosyoekonomik durumu, dinî/maneviyatı, engelliliği, göçmenlik durumu, kültürel etkileşimi ve bu boyutların kesişimlerine dair kültürel boyutları veya kimlikleri ifade etmektedir.

23-27 numaralı sorulara cevap vermeye başlamadan önce, en fazla gözünüze çarpan kültürel boyutları -kimlik/ kültürel arka plan/ kültürel meseleler- işaretleyin. Birden fazla boyut işaretleyebilirsiniz.

	Irk
	Etnik köken
	Cinsiyet (Örn.: cinsiyete yönelik ayrımcılık)
	Cinsiyet kimliği
	Cinsel Yönelim

	Sosyoekonomik durum
	Din / Maneviyat
	Engellilik
	Göçmenlik / Kültürel etkileşim
	Diğer. Lütfen belirtiniz:

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Kısmen Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Kısmen Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
23. Çoğu ruh sağlığı danışmanının kültürel kimliğimle ilgili konulara duyarlı olmayacağını düşünüyorum	1	2	3	4	5	6
24. Çoğu ruh sağlığı danışmanının kültürel değerlerimi anlayacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5	6
25. Çoğu ruh sağlığı danışmanının kültürel kimliğimle ilişkili konuları inceleyebilmek için yeterli bir eğitim aldığından şüpheliyim.	1	2	3	4	5	6
26. Bir ruh sağlığı danışmanından yardım isterken kültürün bir engel oluşturacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5	6
27. Çoğu ruh sağlığı danışmanıyla benim aramdaki kültürel farklılıkların danışmanlık için engel oluşturacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6

Ek 2. Barriers to Seeking Mental Health Counseling (BMHC)

INSTRUCTIONS: Imagine that for the past 4 weeks, you have experienced a high level of stress due to a personal or emotional problem. You try to keep it together and keep going, but you feel tense, worried, sad, angry, distracted or tired most of the time. Because of these experiences, you sometimes have difficulty functioning in your daily life.

We are interested in your attitudes or perceptions about seeking mental health counseling if you were to have the abovementioned experiences. By "mental health counseling" we refer to services provided by counselors, psychologists, psychiatrists or other professionals who use therapy to help individuals cope with their personal or emotional problems (e.g., stress, anxiety, depression, substance problems, interpersonal conflicts). Academic advisement, career counseling, medication treatment or tutoring are *not* considered mental health counseling. Please read each statement carefully and rate the degree to which you agree with each statement. There are no right or wrong answers or trick questions. Please answer each question as honestly as you can.

	Strongly Disagree	**Moderately Disagree**	**Slightly Disagree**	**Slightly Agree**	**Moderately Agree**	**Strongly Agree**
1. I don't think talking with a mental health counselor would be helpful.	1	2	3	4	5	6
2. I like to count on my friends or family for support rather than reach out to a mental health counselor.	1	2	3	4	5	6
3. I think talking with a mental health counselor would only make me dwell on the problem without necessarily resolving the issue.	1	2	3	4	5	6
4. Because I have enough social support, I would not need to seek mental health counseling for my personal problems.	1	2	3	4	5	6

	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
5. I don't like to rely on a mental health counselor to tell me what to do about my problems.	1	2	3	4	5	6
6. My family or significant other would judge me poorly if I disclose my problems to a mental health counselor.	1	2	3	4	5	6
7. Most people in my cultural group would not approve of my decision to seek mental health counseling.	1	2	3	4	5	6
8. My friends would think less of me if they knew I sought mental health counseling.	1	2	3	4	5	6
9. Seeking mental health counseling would bring shame to my family.	1	2	3	4	5	6
10. My family or significant other would not see me negatively if I share my problems with a mental health counselor.	1	2	3	4	5	6
11. I would feel embarrassed about sharing my feelings with a mental health counselor.	1	2	3	4	5	6
12. I would feel nervous about showing the emotional side of me during the mental health counseling process.	1	2	3	4	5	6
13. I feel comfortable expressing my feelings to a mental health counselor.	1	2	3	4	5	6
14. It would be awkward for me to talk about my feelings in mental health counseling.	1	2	3	4	5	6
15. I fear going to mental health counseling because I don't like to reveal my feelings.	1	2	3	4	5	6

	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
16. I don't know how or where to seek mental health counseling.	1	2	3	4	5	6
17. I don't know what kind of mental health counseling services are available.	1	2	3	4	5	6
18. I don't know how mental health counseling works.	1	2	3	4	5	6
19. I don't have the time to seek or stay in mental health counseling.	1	2	3	4	5	6
20. I have no financial means (e.g., insurance, money) to afford mental health counseling services.	1	2	3	4	5	6
21. I have too many responsibilities to other people (e.g., family, friends, significant others) that would prevent me from seeking mental health counseling.	1	2	3	4	5	6
22. I have too many academic or work-related obligations that would deter me from talking to a mental health counselor.	1	2	3	4	5	6
22b. We use this question to see if respondents are reading the questions. Please choose "Moderately Agree".	1	2	3	4	5	6

For the following items 23-27, the word "culture", "cultural values" and "cultural identity" broadly define cultural dimensions or identities related to one's race, ethnicity, gender, sexual orientation, socio-economic status, religion/spirituality, disability, immigration, acculturation, and the intersections of these dimensions.

Check the most salient cultural dimension(s) – identity/cultural background/cultural issues –as you prepare to respond to questions (23)-(27). You may check more than one dimension:

	Race
	Ethnicity
	Gender (e.g., gender-based discrimination)
	Gender Identity
	Sexual Orientation
	Socio-economic Status
	Religion/Spirituality
	Disability
	Immigration/Acculturation
	Others, Please Specify:

	Strongly Disagree	**Moderately Disagree**	**Slightly Disagree**	**Slightly Agree**	**Moderately Agree**	**Strongly Agree**
23. I perceive that most mental health counselors would not be sensitive to issues related to my cultural identity.	1	2	3	4	5	6
24. I don't think that most mental health counselors would understand my cultural values.	1	2	3	4	5	6
25. I doubt that most mental health counselors have adequate training to explore issues related to my cultural identity.	1	2	3	4	5	6
26. I don't think culture would be an obstacle to my seeking help from a mental health counselor.	1	2	3	4	5	6
27. I think that cultural differences between most mental health counselors and myself would be a barrier in counseling.	1	2	3	4	5	6

EK 3. Barriers to Seeking Mental Health Counseling Scale Kullanım İzni

İTİBAR CANPOLAT ŞAİR <itibar.canpolatsair@istanbul.edu.tr> 13 Eki 2020 14:26
Alıcı: mshea

Dear Mrs. Shea,

I am a doctor research assistant at Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Public Health. I am interested in your article titled "Barriers of university students in seeking mental health counseling: Scale development and psychometric evaluation". I am working with Prof. Dr. Selma Karabey in the field of mental health. I ask you to send the full text of the article.

Yours truly

İtibar CANPOLAT ŞAİR, M.D.

Istanbul University Faculty of Medicine

Public Health Department

Istanbul Turkey

Shea, Munyi <mshea@spu.edu> 21 Eki 2020 Çar 19:19
Alıcı: ben

Greetings,

Thank you for your interest in our work. I have attached the full text of the article, the measure, and how the 27 items correspond to the 6 dimensions of barriers in our study.

Regards,

Dr. Munyi Shea, Ph.D. (She/her)
Associate Professor, Director of Doctoral Programs
School of Education
SEATTLE PACIFIC UNIVERSITY | SPU.EDU
3307 3rd Ave W, Seattle, WA 98119-1950
E-mail: mshea@spu.edu Phone: 206-281-2369
Faculty Webpage and Research Webpage
IRB (Institutional Review Board) School of Education Representative
Editorial Board Member, *Asian American Journal of Psychology*
Editorial Board Member, *The Counseling Psychologist*

İTİBAR CANPOLAT ŞAİR <itibar.canpolatsair@istanbul.edu.tr> 7 Ara 2020 20:52
Alıcı: Munyi

Dear Mrs. Shea,

First of all, thank you very much for submitting your article. "College Students' Barriers to Seeking Mental Health Counseling: Scale Development and Psychometric Evaluation" I read your article.
I would like to implement this stardardisation methodology for Turkish population at my thesis. If you haven't already allowed another researcher from Turkey, I would like to want permission from you for standardisation of Turkish population study.

I can't wait to hear your answer

Yours truly

İtibar CANPOLAT ŞAİR, M.D.

Istanbul University Faculty of Medicine

Public Health Department

Istanbul Turkey

Shea, Munyi <mshea@spu.edu> 8 Ara 2020 Sal 19:58
Alıcı: ben

Greetings,

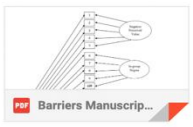
Thank you for your interest in our work. You are welcome to use our measure Barriers to Seeking Mental Health Counseling and translate it if needed. If you could share your future publication with validation results with me, that would be much appreciated.

Please see attached the article, the measure, and the figure showing how the 27 items correspond to the six dimensions of barriers. We recommend conducting a confirmatory factor analysis to see if the 6-factor structure holds in your sample. If so, we recommend using the subscale scores. The yellow highlighted items are reverse-worded.

All the best to your research!

•••

3 Ek


Barriers Manuscrip...


27-item BMHC_Wit...


Shea Help-seeking ...

Ek 4. Dil Uyarlama Çevirmen Listesi

İngilizce'den Türkçe'ye Çeviri Yapan Uzman Listesi	
Adı Soyadı	Çalıştığı Kurum ve Görevi
Öğr. Gör. Dr. Irmak POLAT	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Irmak ERBAYDAR	Uzman Klinik Psikolog
Türkçe'den İngilizce'ye Çeviri Yapan Uzman Listesi	
Adı Soyadı	Çalıştığı Kurum ve Görevi
Prof. Dr. Cengiz KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Alp AKER	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabili Dalı
Uzm. Dr. Nazife Gamze USTA SAĞLAM	İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İsmail BAŞLAR	TUBITAK UZAY Başuzman Araştırmacı
Öğr. Gör. Erhan TECİMEN	İstanbul Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu

Ek 5. Dil Uyarlama Türk Diline Uygunluğu Değerlendiren Uzman Listesi

Ölçeğin Türk Diline Uygunluğunu Değerlendiren Uzman Listesi	
Adı Soyadı	Çalıştığı Kurum ve Görevi
Prof. Dr. Ali Şükrü ÇORUK	İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölüm Başkanı Yeni Türk Edebiyatı Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Ahmet Naim ÇİÇEKLER	İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yeni Türk Dili Anabilim Dalı

Ek 6. Kapsam Geçerliği Uzman Listesi

Adı Soyadı	Çalıştığı Kurum ve Görevi
Prof. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Birgül PİYAL	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Güler BAHADIR	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Mehmet Bilgin SAYDAM	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Prof. Dr. Mine Esin OCAKTAN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
Dr. Öğr. Üyesi Aynur FEYZİOĞLU	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü
Öğr. Gör. Dr. Irmak POLAT	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Uzm. Dr. Lale ESİRGEN	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimi
Uzm. Dr. Nureddin ÖZDENER	Adana İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
Uzm. Dr. Pelin ŞAVLI EMİROĞLU	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Başkan Yardımcısı V.
Arş. Gör. Dr. Nermin TAŞKALE	İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı
İnanç SÜMBÜLOĞLU	Klinik Psikolog

Ek 7. Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 03.03.2021-114942

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-29624016-050.99-114942
Konu :Prof. Dr. Selma KARABEY hk.

Sayın Prof. Dr. Selma KARABEY
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : Halk Sağlığı Anabilim Dalının 29/01/2021 gün ve 55116 sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz ve Dr. İtibar CANPOLAT ŞAİR' in yürüteceği 2021/245 dosya numaralı "Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı çalışma, kurulumuzun 19/02/2021 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ali Yağız ÜRESİN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSNMKPKMRZ Pin Kodu :88913 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbultip.istanbul.edu.tr
Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için : Cihan KILIÇ
Dahili : 31346

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 8. Tez Çalışma İzni

Tarih ve Sayı: 22.03.2021-144872

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-59763478-302.99-144872
Konu :Tez Çalışması

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 19.03.2021 tarih ve 142320 sayılı yazınız

İlgi ve tarihli yazınızda belirttiğiniz üzere Anabilim Dalınız Öğretim Üyesi Prof. Dr. Selma KARABEY' in tez danışmanı olduğu, Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. İtibar CANPOLAT ŞAİR' in, ***"Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması"*** başlıklı tez çalışması için Fakültemiz öğrencilerinden mail yolu ile veri toplaması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Bülent BAYRAKTAR
Dekan Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSNM8YA7A2 Pin Kodu :62942 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys

İstanbul Tıp Fakültesi, Turgut Özal Cd. Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 20 00 - 31169 Faks : (212) 533 60 70
e-posta : itfob@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr
Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Serap ÇALIŞKAN
Dahili : 31162

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Aramanın Önündeki Engeller Ölçeği Türkçe Versiyonu (Son Hali-25 Madde)

AÇIKLAMALAR: Son 4 hafta içinde kişisel veya duygusal bir sorun dolayısıyla yüksek düzeyde stres yaşadığınızı hayal edin. Sakin kalmaya ve hayatınıza devam etmeye çalışıyor, ancak çoğu zaman kendinizi gergin, endişeli, üzgün, kızgın, dikkatiniz dağılmış veya yorgun hissediyorsunuz. Bu hislerden dolayı, bazen günlük hayattaki işlevlerinizi yerine getirmekte zorlanıyorsunuz.
Yukarıda belirtilen hisleri tecrübe ettiğinizde ruh sağlığı danışmanlığı almaya ilişkin tutumlarınız veya bu konudaki algılarınızın nasıl olacağı ile ilgileniyoruz. **"Ruh sağlığı danışmanlığı"** ile kastettiğimiz, bireylerin kişisel veya duygusal problemleriyle (Örn. stres, kaygı, depresyon, uyuşturucu madde kullanım sorunları, kişiler arası çatışmalar) başa çıkmalarına yardımcı olmak için terapi uygulayan danışmanlar, psikologlar, psikiyatristler veya diğer profesyoneller tarafından sağlanan hizmetlerdir. Akademik danışmanlık, kariyer danışmanlığı, ilaç tedavisi veya bireysel eğitim, ruh sağlığı danışmanlığı olarak *kabul edilmez*. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve her bir maddeye ne derece katıldığınızı ya da katılmadığınızı işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar veya hileli sorular yoktur. Lütfen her soruyu olabildiğince dürüstçe yanıtlayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Kısmen Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Kısmen Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Ruh sağlığı danışmanlığı sürecinde duygusal yanımı gösterme konusunda gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6
2. Bir ruh sağlığı danışmanına duygularımı ifade etmek konusunda rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6
3. Ruh sağlığı danışmanlığına gitmekten çekinirim, çünkü duygularımı ortaya çıkarmaktan hoşlanmam.	1	2	3	4	5	6
4. Ruh sağlığı danışmanlığı sürecinde duygularım hakkında konuşmak benim için tuhaf olur.	1	2	3	4	5	6
5. Duygularımı bir ruh sağlığı danışmanıyla paylaşmaktan utanırım.	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki 6-10 arasındaki sorular için, “kültür”, “kültürel değerler” ve “kültürel kimlik” sözcükleri geniş anlamda, kişinin ırkı, etnik kökeni, cinsiyeti, cinsel yönelimi, sosyoekonomik durumu, dinî/maneviyatı, engelliliği, göçmenlik durumu, kültürel etkileşimi ve bu boyutların kesişimlerine dair kültürel boyutları veya kimlikleri ifade etmektedir.

6-10 numaralı sorulara cevap vermeye başlamadan önce, en fazla gözünüze çarpan kültürel boyutları -kimlik/ kültürel arka plan/ kültürel meseleler- işaretleyin. Birden fazla boyut işaretleyebilirsiniz.

	Irk
	Etnik köken
	Cinsiyet (Örn.: cinsiyete yönelik ayrımcılık)
	Cinsiyet kimliği
	Cinsel Yönelim
	Sosyoekonomik durum
	Din / Maneviyat
	Engellilik
	Göçmenlik / Kültürel etkileşim
	Diğer. Lütfen belirtiniz:

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Kısmen Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Kısmen Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
6. Çoğu ruh sağlığı danışmanının kültürel değerlerimi anlayacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5	6
7. Çoğu ruh sağlığı danışmanının kültürel kimliğimle ilgili konulara duyarlı olmayacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
8. Çoğu ruh sağlığı danışmanıyla benim aramdaki kültürel farklılıkların danışmanlık için engel oluşturacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
9. Bir ruh sağlığı danışmanından yardım isterken kültürün bir engel oluşturacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5	6

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Kısmen Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Kısmen Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
10. Çoğu ruh sağlığı danışmanının kültürel kimliğimle ilişkili konuları inceleyebilmek için yeterli bir eğitim aldığından şüpheliyim.	1	2	3	4	5	6
11. Ruh sağlığı danışmanlığı aramak ailemi utandırır.	1	2	3	4	5	6
12. Sorunlarımı bir ruh sağlığı danışmanıyla paylaşırsam, ailem veya partnerim benim hakkımda olumsuz düşünmez.	1	2	3	4	5	6
13. Sorunlarımı bir ruh sağlığı danışmanına açarsam, ailem veya partnerim beni kötü karşılar.	1	2	3	4	5	6
14. Benim kültürümdeki çoğu kişi ruh sağlığı danışmanlığı alma kararımı onaylamaz.	1	2	3	4	5	6
15. Arkadaşlarım ruh sağlığı danışmanlığı aradığımı öğrenirlerse hakkımda olumsuz düşünürler.	1	2	3	4	5	6
16. Ne tür ruh sağlığı danışmanlığı hizmetleri olduğunu bilmiyorum.	1	2	3	4	5	6
17. Ruh sağlığı danışmanlığının nasıl çalıştığını bilmiyorum.	1	2	3	4	5	6
18. Ruh sağlığı danışmanlığını nasıl veya nerede arayacağımı bilmiyorum.	1	2	3	4	5	6
19. Destek almak için bir ruh sağlığı danışmanına ulaşmaktansa arkadaşlarımla veya ailemle görüşmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Kısmen Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Kısmen Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
20. Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın, sorunu çözmek yerine sorunun uzamasına neden olacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
21. Sorunlarım hakkında ne yapacağımı söylemesi için bir ruh sağlığı danışmanına güvenemem.	1	2	3	4	5	6
22. Bir ruh sağlığı danışmanıyla konuşmanın bana yardımcı olacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5	6
23. Akademik veya işle ilişkili yükümlülüklerimin çok fazla olması, beni ruh sağlığı danışmanlığı almaktan alıkoyuyor.	1	2	3	4	5	6
24. Başka insanlara (Örn. aile, arkadaşlar, partner) karşı çok fazla sorumluluğumun olması, ruh sağlığı danışmanlığı aramamı engelliyor.	1	2	3	4	5	6
25. Ruh sağlığı danışmanlığı aramaya veya alırsam sürdürmeye vaktim yok.	1	2	3	4	5	6