



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**“ÖĞRETMEN ADAYLARINDA ÖĞRENCİ RUH SAĞLIĞI
OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ” GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mehtap CANCIĞER ELTAŞ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nazan Savaş**

HATAY – 2020



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**“ÖĞRETMEN ADAYLARINDA ÖĞRENCİ RUH SAĞLIĞI
OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ” GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mehtap CANGİĞER ELTAŞ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nazan SAVAŞ**

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

“ÖĞRETMEN ADAYLARINDA ÖĞRENCİ RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ” GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Dr. Mehtap CANCIĞER ELTAŞ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Nazan SAVAŞ
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Tacettin İNANDI
2. Prof. Dr. Nazan SAVAŞ
3. Prof. Dr. Necdet AYTAÇ

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	ii
IV. TABLO LİSTESİ	vi
V. ŞEKİL LİSTESİ	vii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	viii
VII. TEŞEKKÜR	ix
VIII. ÖZET	x
IX. ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığı Bozuklukları	5
2.1.1. Ruh Sağlığı	5
2.1.2. Çocuk Ruh Sağlığı	7
2.1.3. Okul Ruh Sağlığı	9
2.1.4. Ruh Sağlığı Bozuklukları Yaygınlığı ve Başlangıç Yaşları	10
2.1.5. Çocuklar ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Bozuklukları	12
2.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	17
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	17
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Epidemiyolojisi	18
2.2.3. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı	19
2.2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	20
2.2.5. Çocuk Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	21
2.2.6. Eğitim Sistemi İçinde Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	22
2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri	24
2.3.1. Yetişkin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri	24
2.3.2. Çocuk Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri	26
2.3.3. Eğitimcilerde Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırma Tipi	28
3.2. Araştırma Yeri	28
3.3. Araştırmanın Takvimi	28
3.4. Araştırma Yapılan Yerin Genel Tanıtımı	29

3.5. Evren ve Örneklem	29
3.5.1. Evren	29
3.5.2. Örneklem	30
3.6. Dâhil Olma Kriterleri	31
3.7. Dâhil Olmama Kriterleri	31
3.8. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi	31
3.9. Veri Toplama Araçları	32
3.9.1. Anket Formu	32
3.9.2. Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	32
3.10. Araştırmanın Uygulanması	36
3.10.1. Veri Toplama Aracının Ön Deneme Aşaması	36
3.10.2. Verilerin Toplama Aracının Esas Uygulaması	36
3.11. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.12. Etik kurul Onayı ve Araştırma İzinleri	37
3.13. Verilerin Analizi	37
3.13.1. Tanımlayıcı İstatistikler	38
3.13.2. Kapsam Geçerliği	38
3.13.3. Madde Analizi	38
3.13.4. Temel Bileşenler Analizi	39
3.13.5. Açımlayıcı Faktör Analizi	40
3.13.6. Cronbach Alfa Katsayısı	41
3.13.7. Yarıya Bölme Yöntemi	41
3.13.8. Tukey's Test of Additivity	41
3.13.9. Hotelling's T-Squared Testi	42
3.13.10. Interclass Correlation Coefficient	42
3.13.11. Diğer Analizler	42
3.14. Araştırmanın Bütçesi	43
3.15. Araştırmanın Kısıtlılıkları	43
4. BULGULAR	44
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	44
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	44
4.1.2. Araştırma Grubunun ve Yakınlarının Ruh Hastalığı Tanısı Durumları ..	45

4.2. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Kapsam Geçerliği	46
4.3. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Madde Analizi	46
4.4. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Temel Bileşenler Analizi	49
4.5. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Açımlayıcı Faktör Analizi	49
4.5.1. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Açımlayıcı Faktör Analizi SPSS Uygulaması	49
4.5.2. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Açımlayıcı Faktör Analizi	54
4.6. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular	60
4.7. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” ne Yönelik Diğer Bulgular	61
5. TARTIŞMA	69
5.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı bulguları	70
5.2. Kapsam Geçerliği	71
5.3. Madde Analizi	71
5.4. Temel Bileşenler Analizi	72
5.5. Faktör Analizi	73
5.6. ÖRSO-ÖA Güvenirliği	75
5.7. ÖRSO-ÖA Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi.	76
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	80
7. KAYNAKLAR	83
8. EKLER	96
9. ÖZGEÇMİŞ	104

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Araştırmanın Takvimi.....	39
Tablo 2.	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Bölümleri ve 4. Sınıf Öğrenci Sayıları	40
Tablo 3.	Araştırma Örneklemindeki Öğretmen Adaylarının Bölümleri ve Sayıları.....	41
Tablo 4.	Araştırma Grubunun Cinsiyet, Lise Bilgileri, Anne ve Baba Eğitim Durumları.....	56
Tablo 5.	Araştırma Grubunun, Ailesinin veya Yakın Çevresinin Ruh Hastalığı Tanısı Durumu.....	57
Tablo 6.	Madde-Toplam Puan Korelasyon Değeri ve %27'lik Alt-Üst Grup Ortalama Farkı.....	59
Tablo 7.	Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Faktör Analizine Uygunluğuna Yönelik Veriler.....	66
Tablo 8.	Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Maddelerinin Yük Değerleri.....	66
Tablo 9.	Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Faktör Yapıları.....	68
Tablo 10.	ÖRSO-ÖA Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri..	70
Tablo 11.	Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyut Güvenirlikleri.....	71
Tablo 12.	Ölçek Alt Boyutlarının Minimum-Maximum Puanları.....	72
Tablo 13.	Cinsiyete Göre Ölçek Alt Boyutlarının Puan Dağılımları.....	76
Tablo 14.	Bölümlere Göre Ölçek Alt Boyutlarının Puan Dağılımları.....	77
Tablo 15.	Anne Öğrenim Durumuna Göre ÖRSO-ÖA Alt Boyutlarının Puan Dağılımları.....	78
Tablo 16.	Baba Öğrenim Durumuna Göre ÖRSO-ÖA Alt Boyutlarının Puan Dağılımları.....	78
Tablo 17.	Öğretmen Adaylarının Doktor Tanılı Ruhsal Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Ölçek Alt Boyutlarının Puan Dağılımları...	79
Tablo 18.	Öğretmen Adayının Ailesinde Doktor Tanılı Ruhsal Bir Hastalık Olup Olma Durumuna Göre Ölçek Alt Boyutlarının Puan Dağılımları.....	79

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	IBM SPSS Paket Programında Faktör Analizi.....	61
Şekil 2.	Veri Kümesinin Seçilmesi.....	61
Şekil 3.	Faktör Analizinde Tanımlayıcı İstatistik Seçenekleri.....	62
Şekil 4.	Faktör Analizinde Faktörleri Oluşturma Aşaması.....	63
Şekil 5.	Faktör Analizinde Faktör Rotasyon Aşaması.....	64
Şekil 6.	Faktör Analizinde Faktör Skorları Bulma Aşaması.....	64
Şekil 7.	Faktör Analizi: Seçenekler.....	65
Şekil 8.	Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Yamaç Eğim Grafiği.....	69
Şekil 9.	Faktör 1 Alt Boyutunun Puan Dağılımı.....	73
Şekil 10.	Faktör 2 Alt Boyutunun Puan Dağılımı.....	73
Şekil 11.	Faktör 3 Alt Boyutunun Puan Dağılımı.....	74
Şekil 12.	Faktör 4 Alt Boyutunun Puan Dağılımı.....	74
Şekil 13.	Faktör 5 Alt Boyutunun Puan Dağılımı.....	75
Şekil 14.	Faktör 6 Alt Boyutunun Puan Dağılımı.....	75
Şekil 15.	Faktör 7 Alt Boyutunun Puan Dağılımı.....	76

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AB	:	Avrupa Birliği
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
AFA	:	Açımlayıcı Faktör Analizi
DEHB	:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Baskı
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
ICD-11	:	Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması
KMO	:	Kaiser Mayer Olkin
OSB	:	Otizm Spektrum Bozukluğu
OY	:	Okuryazar
OYD	:	Okuryazar Değil
ÖRSO-ÖA	:	Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
PDR	:	Psikolojik, Danışmanlık ve Rehberlik
RSO	:	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
SPSS	:	IBM Statistical Package Social Sciences
SS	:	Standart Sapma
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	:	World Health Organization
YLD	:	Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları
χ^2	:	Ki-Kare

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca halk sağlığı bakış açısı kazanmamda çok büyük etkisi olan, gerek tez konumun belirlenmesinde gerekse tez çalışmam sırasında sabır ve özveri ile bana yardımcı olan, asistanı olmaktan her zaman gurur duyduğum tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nazan SAVAŞ'a;

Asistanlığım süresince gösterdiği hassasiyet ve çabalarıyla hep daha fazlasını vermeye çalışan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, mesleğine gösterdiği özen ve titizliği nedeniyle her türlü saygıyı hak eden çok değerli hocam Prof. Dr. Tacettin İNANDI'ya;

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgisi, bilgi birikimi ve güler yüzüyle hep yanımda olan, deneyimlerini aile sıcaklığını aratmayacak şekilde paylaştan, zorda kaldığım zamanlarda desteğini esirgemeyeceğini bildiğim çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Evrim ARSLAN'a;

Birlikte çalışmaktan çok büyük keyif aldığım, yoluma ışık tutan ve çoktan uzman olmuş değerli arkadaşlarıma ve uzmanlık yolunda ilerleyen çalışma arkadaşlarıma;

Hiçbir zaman yalnız bırakmayan ve Hatay'daki ailem olan dostlarıma; tüm hayatım boyunca kendimi güvende hissetmemi sağlayan sevgili annem ve babama; hayatıma girdiği andan itibaren tüm zorlukları kolayca aşmamı sağlayan, varlığıyla şanslı hissettiren sevgili eşim Muhammed ELTAŞ'a sonsuz teşekkürler.

Dr. Mehtap CANGİĞER ELTAŞ

HATAY/2020

VIII. ÖZET

“ÖĞRETMEN ADAYLARINDA ÖĞRENCİ RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ” GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Amaç: Öğretmenlerin öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığı; öğrencilerin iyi ruh sağlığını sağlaması, ruhsal bozukluklarını tanıması, yönetmesi ve doğru bilgi kaynaklarına ulaşabilmesi açısından mezuniyet öncesi kazanılması gereken bir beceridir. Araştırmamızda Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (ÖRSO-ÖA) geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu metodolojik çalışma 2019’da Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi 4.sınıf öğrencilerinde yürütülmüştür. Evrenin tamamına (559) ulaşılması hedeflenmiş, 510 (%91,2) öğrenci araştırmaya dâhil edilmiştir. Veri toplamada araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve 90 maddelik madde havuzundan uzman görüşü ile 50 maddeye düşürülen 5’li Likert tipinde ÖRSO-ÖA kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde; tanımlayıcı istatistikler, kapsam geçerlilik indeksi, madde, temel bileşenler, açıklayıcı faktör analizleri, Cronbach Alfa katsayısı, yarıya bölme yöntemi, Tukey’s test of additivity, Hotelling’s T-Squared, Interclass Correlation Coefficient, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney-U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmış, $p<0,05$ önemli kabul edilmiştir.

Bulgular: Öğretmen adaylarının %59,4’ü kadın olup, %68,6’sının anne eğitimi, %46,3’ünün baba eğitimi okuryazar değil/okuryazar/ilkokul mezunudur. %6,5’inin kendisinde ve %13,3’ünün yakın çevresinde doktor tanımlı ruhsal hastalık bulunmaktadır. Madde elemesi analizleriyle 30 maddeye indirilen ÖRSO-ÖA’nın KMO:0,913, Bartlett Küresellik Testi $p<0,001$ ’dir. Ölçek 7 faktörden oluşmuş açıklanan toplam varyans %62,07’dir. Faktör1 “Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma”, Faktör2 “Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme”, Faktör3 “Yasal Durumları Yönetme”, Faktör4 “Sosyal Sorunları Yönetme”, Faktör5 “Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme”, Faktör6 “Profesyonel Yardım”, Faktör7 “Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma” olarak adlandırılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı 0,908, Guttman Split-Half katsayısı 0,816, Spearman–Brown katsayısı 0,827’dir. Ölçek puanı toplanabilir özellikte değildir ve ölçmek istenilen özelliği ölçen, güçlü ve homojen bir ölçektir ($p<0,001$). Ölçek maddelerinin sıralanma şekli ve birbirleriyle uyumu uygundur ($p<0,001$). Faktör1-2-6-7 puanları kadınlarda, Faktör1-2-4-5-6-7 puanları sınıf öğretmenliği bölümünde okuyanlarda, Faktör5 puanı baba eğitimi ortaokul/lise/üniversite ve üzeri olanlarda, Faktör6 puanı ise ruhsal hastalık tanısı olmayanlarda daha yüksektir ($p<0,05$).

Sonuç: ÖRSO-ÖA öğretmen adaylarının öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olup, öğretmen adaylarının öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini 7 alanda ölçmekte, toplam puanı bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Öğretmen adayı, Öğrenci, Ölçek, Geçerlilik-Güvenilirlik.

IX. ABSTRACT

“STUDENT MENTAL HEALTH LITERACY SCALE FOR TEACHER CANDIDATES” DEVELOPMENT RESEARCH

Aim: Student mental health literacy of teachers is a skill that should be gained before graduation in order to provide students with good mental health, to recognize and manage their mental disorders and to access correct information sources. In our study, it was aimed to develop the Student Mental Health Literacy Scale among Teacher Candidates (ÖRSO-ÖA).

Methods: This methodological study was carried out with 4th grade students of Hatay Mustafa Kemal University Education Faculty in 2019. The total population (559) was targeted and 510 (91.2%) students were included in the study. In the data collection, 5-point Likert-type ÖRSO-ÖA which was reduced to 50 items from the pool of 90 items by the expert opinion and the questionnaire form which were created by the researchers was used. In statistical analysis; descriptive statistics, content validity index, item, principal components, exploratory factor analysis, Cronbach Alpha coefficient, bisection method, Tukey's test of additivity, Hotelling's T-Squared, Interclass Correlation Coefficient, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney-U and Kruskal-Wallis tests were used, $p < 0,05$ was considered significant.

Results: 59.4% of teacher candidates are women, 68.6% of their mother's and 46.3% of their father' education levels are illiterate/literate/primary school graduates. 6.5% of themselves and 13.3% of their families had the psychiatric illness diagnosed by the doctor. The KMO of ÖRSO-ÖA which was reduced to 30 items by item elimination analysis is 0.913, Bartlett Sphericity Test was $p < 0.001$. The scale's total variance, consisting of 7 factors, was 62.07%. Factor1 “Recognizing Mental Health Disorders”, Factor2 “Developing and Maintaining Positive Mental Health”, Factor3 “Managing Legal Situations”, Factor4 “Managing Social Problems”, Factor5 “Noticing Harmful Habits”, Factor6 “Professional Help”, Factor7 “Mental Health” Reaching the Right Information About “. Cronbach Alpha coefficient was 0,908, Guttman Split-Half coefficient was 0,816, Spearman–Brown coefficient was 0,827. The scale score was not summable and it was a strong and homogeneous scale that measures the desired feature ($p < 0.001$). The ordering of the scale items and their compatibility with each other is appropriate ($p < 0.001$). Factor1-2-6-7 scores in women, Factor1-2-4-5-6-7 scores in those who are classroom teachers, Factor5 score in the father education which secondary school/high school/university and above, Factor6 score in those who had no mental illness was higher ($p < 0.05$).

Conclusion: ÖRSO-ÖA is a valid and reliable tool for evaluating student mental health literacy levels of teacher candidates. It measures the student mental health literacy level of teacher candidates in 7 factors and does not have a total score.

Key words: Mental Health Literacy, Teacher Candidate, Student, Scale, Validity-Reliability.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “bedensel, ruhsal ve sosyal iyi olma hali” olarak tanımlamaktadır. Gelişmekte olan ülkeler bedensel sağlık üzerine yoğunlaşırken, refah seviyesi arttıkça ruhsal açıdan iyi olma haline yönelik önem de artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ruh sağlığı; bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, stres faktörleriyle başa çıkabildiği, topluma verimli bir şekilde katkıda bulunabildiği iyi olma halidir. Ruh sağlığı sadece ruhsal bozukluklarının olmaması durumu değil, ruhsal olarak iyi olma hali olarak ele alınmalıdır (1).

Sağlık okuryazarlığı, “insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda fikir sahibi olmak ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleri” şeklinde tanımlanmaktadır (2). Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) ise sağlık okuryazarlığının bir dalı olup, yeni yaygınlaşan bir boyutudur. Ruh sağlığı okuryazarlığı ilk defa Jorm tarafından 1997 yılında “Ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, yönetme ve önlemeye yönelik bilgi ve inanç” olarak açıklanmıştır (3). Ruh sağlığı okuryazarlığı sağlık okuryazarlığı ile paralel bir ilerleme gösterir. Ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesi insanların ruhsal durumu üzerinde etkili bir role sahiptir (4).

Son zamanlarda dünya çapında ruhsal hastalığı olan çocuk ve ergenlerin %13,4 olduğu tahmin edilmekte, klinik alt düzeyde belirtilere sahip çocuk ve ergenlerin daha fazla sayıda olduğu kabul edilmektedir (5).

UNICEF’in 2009’da yürüttüğü bir araştırmada beş çocuktan birinin ruh sağlığı açısından yardıma ihtiyaç duyduğu görülmüştür (6). Çocukların ruh sağlığı açısından yardıma ihtiyaç duyma sebepleri arasında sosyoekonomik statü, aile yapısı, damgalanma, ihtiyaçlar ve sağlanan servisler arasındaki uyumsuzluk gibi sebepler yer alır (7,8).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre Türkiye'de nüfusun %18'i hayatları boyunca en az bir kez ruh hastalığı tanısı almış olup, çocukluk ve ergenlik döneminde tanı alan davranış bozukluğu sıklığı ise %11'dir (9).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması da bu çalışmayla paralellik gösteren sonuçlar bildirmiştir. Ülke çapında hastalık yüğü detaylı olarak incelenip klinik olarak kategorize edildiğinde, kalp ve damar hastalıklarından sonra %19 ile ikinci sırada ruh hastalıklarının geldiğı göze çarpmaktadır. Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları'na (YLD) göre incelendiğinde, en sık YLD'ye neden olan tanı kategorilerinde birinci sırada ruhsal bozuklukların bulunduğu dikkat çekmektedir. Cinsiyete göre YLD sebepleri değerlendirildiğinde, ilk yirmi sebep arasında erkeklerde beş ruh hastalığı tanısının, kadınlarda ise dört ruh hastalığı tanısının bulunduğu gözlenmektedir (10).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yürüttüğü Mental Health Atlas Proje'sinin 2017'deki güncellenmiş halinde, depresyon ve anksiyete gibi yaygın ruh hastalıklarının tedavisinde harcanan bütçenin 4 katı kadarının, sağlıklı iş gücüyle geri kazanılabileceğı belirtilmiştir. 2016-2030 yılları arasında 36 ülkede tedavi maliyetlerini ve sağlık sonuçlarını hesaplayan bir analize göre, ruh hastalıklarının tanı ve tedavisinin yapılmaması her yıl 1 trilyon ABD (Amerika Birleşik Devletleri) doları küresel ekonomik kayıpla sonuçlanmaktadır (11).

Ruh hastalıklarının birçoğı çocukluk veya ergenlikte başlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ruh hastalıklarının yarısı 14 yaşından itibaren başlangıç göstermekte, bunların birçoğı da tespit ve tedavi edilememektedir. Yine DSÖ'ye göre 15-19 yaş grubundaki ölüm nedenleri sıralamasında intihar üçüncü sırada yer almaktadır (12).

Çocuklarda ruhsal bozuklukları fark etme ve ruh sağlığını destekleme fırsatları çoğı zaman aile hekimlerine ve hastanelere başvuru ile sınırlı kalmaktadır (13). Oysa eğitim alanında yer alan öğretmenler haftada yaklaşık 30 saat ders ile her öğrenciyle doğrudan temas kurarak onları anlama fırsatı bulmaktadır. Çocuklar ve ergenlerin en çok zaman geçirdikleri yer olan okulların bir görevi de çocuk ve

ergenlerin ruhsal gelişimlerini desteklemektir (14). Bu nedenle öğretmenler toplumun ruh sağlığı gelişiminde önemli rol üstlenmektedir (15).

Millî Eğitim İstatistikleri 2017-2018'e göre ilkokul düzeyinde okullu olma oranı %91,5, ortaokul düzeyinde %94,5, ortaöğretim düzeyinde ise %83,6 olarak belirtilmiştir (16). Okullar öğrencilerin oldukça fazla vakit geçirdikleri, benliklerinin gelişmesini ve ruhsal iyi olma halini etkilemede büyük role sahip kurumlardır. Okulda yöneticiler, rehberlik öğretmenleri ve diğer öğretmenler öğrencilerle temas eden eşsiz bir konuma sahiptir (13). Okullara kayıtlı olan çocuk ve genç öğrenciler arasında ruh sağlığı bozukluğu olan öğrencilerin olduğu bilinmektedir. Buna rağmen, birçok öğretmen adayı mesleki hayatları için kendileriyle, görevleriyle ve öğrencilerle ilgili endişe duyduklarını ifade etmiştir. Bu kaygıyı azaltmanın yolu öğretmen adaylarının ve öğretmenlerin RSO'nı arttırmaktır (17).

Öğrencilerin pozitif ruh sağlığını devam ettirmesinde okulun önemli bir rolü vardır. Bunun için okulda görev yapan yöneticilerin, özellikle de öğretmenlerin ruh sağlığı konusunda eğitimleri olması gerekir. Sağlık profesyonelleri okul ruh sağlığını sağlamak için eğitimcilerin desteklerine ihtiyaç duyarlar. Ruhsal uyumsuzlukların çoğu erken tanı ve bilinçli bir rehberlikle iyileştirilebilir. Yönetici, öğretmen, öğrenci ilişkilerinin sağlıklı olması çocukların ve gençlerin ruh sağlığını olumlu yönde etkiler (18). Bu nedenle geçmişi çok eski olmayan, ülkemizde yeni yeni araştırılmaya başlanmış RSO kavramı ve bunu ölçmek çok önemlidir. Dünyada öğretmenlerde öğrenci RSO için sınırlı sayıda ölçeğin geliştirildiği, ülkemizde ise bulunmadığı dikkat çekmektedir.

Öğretmenlik mesleği özellikle tükenmişlik sendromuna yatkın bir meslektir (19). Öğretmenlerin stresi ve tükenmişliğinin bir sebebinin de sınıfta davranışsal sorunları yönetme konusunda yeterince eğitilmiş olmadığı hissi olduğu görülmüştür (20). Eğitim alanındaki yüksek yıpranma oranlarına ilişkin literatür incelemelerinde, Kanada'da 2004 yılında mezun olan öğretmenlerin %30'unun beş yıl sonra mesleği bıraktıkları görülmüştür. Aynı zamanda 1995 yılında mezun olan eğitim fakültesi öğrencilerinin yaklaşık %25'inin hiçbir zaman öğretmen olarak çalışmadığını fark edilmiştir (21). Türkiye'de yapılmış bazı çalışmalarda ise öğretmenlerin ruhsal bozukluğa sahip olan öğrencilerle çalışma deneyimlerinin tükenmişlik duygusunun

hissedilmesine neden olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalara göre en sık tükenmişlik yaşayan öğretmenler 25-35 yaş grubundandır. Mesleki deneyimin az olması,  niversite yıllarında duygusal, davranışsal ve sosyal sorunlarla başa çıkma eğitiminin yetersiz olmasının buna sebep olabileceği gösterilmiştir (22,23).

Okul  ağı çocuklar ve adölesan çağdaki gençlerde başlangıç gösteren ruhsal bozukluklar düşünüldüğünde RSO özellikle eğitimciler için çok önemlidir (24). Öğretmenler, hem öğrencilere hem de ailelerine ruhsal sağlık sorunlarının farkına varma, iyi ruh sağlığını sürdürme ve geliştirme konularında yardımcı olmak için benzersiz bir konuma sahiptir. Ayrıca eğitimciler ve öğrencilerin ruh sağlığı birbirleriyle geri besleme döngüsü içindedir. Bu nedenle eğitimcilerin kendi ruh sağlığı için de RSO'nın gelişimi önemlidir.  ğretmenlerde  ğrenci RSO'nı geliştirmek için ilk eğitimler mezuniyet öncesi dönemde verilmeli ve verilen eğitimlerde edinilen  ğrenci RSO'nın yeterlilik düzeyi ölçülebilmelidir.  l  m sonuçları doğrultusunda da eğitimin içeriği geliştirilebilmelidir. Bu bağlamda bu çalışmada  ğretmen adaylarında  ğrenci RSO durumunu ölçmek amacıyla  l  k geliştirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığı Bozuklukları

2.1.1. Ruh Sağlığı

Ruh sağlığını tanımlamada kullanılan ölçütlerin elde edilmesinde başvurulan yaklaşım; hasta olanı esas alarak bunun karşıtı olanı sağlıklılık olarak betimler. Diğer bir yaklaşım toplumsal normları esas alarak, bu normlara uyumu sağlıklılık, bu normlardan uzaklaşmayı ise sağlıksızlık işareti olarak betimler. Yine bazıları kişinin kendi içindeki rahatlık ve huzuru ruh sağlığının temeli olarak alırken, bir kısım ruh sağlığı uzmanları bazı ölçütleri ideal olarak tanımladıktan sonra bu ölçütlerin tümünün varlığı ve tümünün yokluğu arasında yer alan orta noktayı ruh sağlığı için yeterli bulmaktadır. Bu yaklaşımların hepsinde de kendi içinde bazı yetersizliklerin olduğu görölmektedir (25).

Ruh sağlığı kavramı son yıllarda sağlıklı olma halinin ayrılmaz bir parçası olarak görölmektedir. DSÖ'nün kısa ve öz olarak bilinen "sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik durumu" tanımı sağlıklı olma haline "ruhsal" ve "sosyal" boyutlarını da dâhil ederek tıbbi tanımını geride bırakmıştır. DSÖ'ye göre ruh sağlığı bireyin kendi potansiyelinin farkında olduğu, hayatın normal stresıyla başa çıkabildiği, topluma verimli bir şekilde katkıda bulunabildiği iyi olma halidir. Ruh sağlığı, sadece ruhsal bozukluğun olmaması durumu olarak değil, ruhsal olarak iyi olma hali olarak ele alınmalıdır (1).

Klinik açıdan ruh hastalıklarının kriterleri bellidir ve tanınması genellikle kolaydır. Ama insanların herhangi bir hastalığa sahip olmaması iyi ruh sağlığı açısından yeterli değildir. Bu amaçla iyi ruh sağlığını belirleyebilmek için çeşitli kriterler belirlenmiştir. Bunların birincisi kişinin çevreyle uyum içinde olması olarak görölmektedir. Burada toplumun değer yargıları işin içine girmektedir ve sosyal psikolojinin alanıdır. Fakat bilimsel bir ruh sağlığı tanımı yapmak için yeterli değildir. İkinci görüş ise kişinin endişe duymaması, olduğu halinden memnun, diğer

insanlarla olan iletişiminde sorun yaşamaması ve rahat olması olarak açıklanmıştır (26).

Freud'un psikoanalitik kuramına göre doğuştan "id" in doyuma ulaşmasına bağlı bir istek duyulur. Temel ihtiyaçlarımızın gelişim süreçlerinde yeterli bir şekilde giderilmesi gerekir. Bu ihtiyaçların giderilip doyuma erişilmesi neticesinde "id, ego, süper ego" olarak isimlendirilen benliğimizin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri arasında denge sağlanır. İyi ruh haline sahip olan insanın egosu, "id" in ihtiyaçlarını gidererek ve toplumsal faktörleri göz ardı etmeden denge kurmaya çalışır. Uygun koşullarda ego gerçeklerden uzaklaşmadan, kişinin biyolojik benliği "id" ile sosyal benliği "süperego" arasında bir uzlaşma sağlayarak sebepsiz endişeler hissetmeden mutlu olma, topluma faydalı olma ve diğer insanlarla iyi iletişim kurma yeteneğine sahip olma olarak belirtilmiştir (27).

Davranışçı yaklaşıma göre doğduğumuzda sahip olduğumuz bazı reflekslerimiz vardır. Bu refleksler çevresel faktörlerden etkilenebilir. Kişinin uyumlu tepkiler verebilmesi için bu tür uyumlu davranışların benzerlerini görüp pekiştirmesi, sergilemiş olduğu uygun davranışlarına karşı ödül, doğru olmayan davranışlara karşı da ceza gibi tepkilerle karşılaşması gerekir. Uygun davranış tepki repertuarı genelleme ve ayırt etme olayları ile daha da gelişmekte ve duruma daha uygun hale gelmektedir. Ruhsal bozukluklar çoğunlukla uyumlu davranışların az olması ile ilgili olsa da bazı durumlarda bu tepkilerin olması gerekenden fazla bulunması ile ilgili olabilmektedir (28).

İnsancı ve varoluşçu yaklaşıma göre birey iletişim ve potansiyel olarak olumlu bir içgüdü ile doğar. Öz sevgi, hayatın zorlukları ile baş edebilme gücü, yapabileceğinin en iyisini yapma isteği, iyi bir iletişim ve yaşama sevinci iyi bir ruh halinin gereklilikleridir. Bireyin biyolojik ihtiyaçlarının doyumu, özgür iradesini kullanabilmesi ruh sağlığının sağlanabilmesi için temel şartlar olurken, kişinin kendi potansiyelini gerçekleştirememesi ve sorumlu bir şekilde davranmaması ruhsal iyi olma halini engeller (29).

Rogers, insanın olumlu bir doğa ile dünyaya geldiğini savunan insancı yaklaşımın temsilcisidir. Her ne kadar tarihten bu yana çeşitli savaşlar, şiddetli

yıkımlar yaşansa da insanın asıl doğasında yapıcı ve iyi duygular vardır. Rogers, olumsuz davranışların sebebi olarak insanların çeşitli çevresel faktörlere maruz kalması ve bunun sonucunda savunma mekanizmaları geliştirmesi olarak görür. İnsanın içgüdüsel iyi doğasını sürdürmesi için doğru öğrenmenin gerçekleşmesi gerekir (30).

Maslow “kendini gerçekleştirme” kavramını ilk kez kullanan insancı yaklaşımın temsilcilerinden biridir. Maslow’a göre, insanın kendini bağımsız ve iyi bir ruh halinde hissedebilmesi için temel ihtiyaçlarının giderilmesi gerekir. Bunun sonucunda ise kendi potansiyelini gerçekleştirme safhasına geçebilecektir. Kendi potansiyelini gerçekleştirebilmiş insanların diğer kişilerden daha olumlu bir ruh haline sahip oldukları bilinmektedir (31).

2.1.2. Çocuk Ruh Sağlığı

Yetişkinler için yapılan ruh sağlığı tanımları, çocuklar için de geçerlidir. Ancak çocukların devamlı gelişim gösterdiği düşünüldüğünde değişik ölçütlerin kullanılması gerekliliği ortaya çıkar. Çocuk kendine özgü özellikler sergiler ve yaş gruplarına, dönemlerine göre değişimler gösterir. Bu durumda, çocukta ruh sağlığı tanımı, gelişim dönemlerinde ortaya çıkan zihinsel özelliklere göre değişiklik gösterir (32).

Çocukluk çağında ruh sağlığı, zihinsel olarak sağlıklı çocukların olumlu bir yaşam kalitesine sahip olması, evde, okulda ve toplumda sağlıklı sosyal gelişim göstermesi, etkili başa çıkma becerilerine sahip olması ile karakterizedir (33).

Okul çağı, çoğu çocuğun ilk defa evden ayrılıp, dış çevreye çıktığı, sosyal ortamlara adapte olmaya çalıştığı bir dönemdir. Bir çocuğun okula başlaması için zekâ seviyesinin yüksek olması yeterli olmamakta, aynı zamanda psikolojik olarak hazır olması gerekmektedir (25). İlkokula başlanan 6. yaş ile başlayan bu çağ ergenlik bulgularının görülmesi ile sonlanır. Okul çağı çocuğunda zekâ gelişimi devam ederken aynı zamanda cinsel kimlik de oluşmaya başlar. Kendilerini anne-baba ile özdeşleştirerek cinsiyetlerine ait belirgin özellikler sergilerler (34). Bu çağda olumlu ile olumsuz kavramların farkını kavrayacak üst benlik gelişmeye başlar.

Aileden daha bağımsız bir hale gelip, ailesini merkeze koymaktan yavaş yavaş vazgeçerler. Fiziksel gelişme hızı eskisi gibi değildir, ince motor ve kaba motor hareketleri oldukça gelişmiştir. Sözlü iletişim becerileri ve çok boyutlu düşünme yeteneği artmıştır. Gerçeklikle olan bağlantı artmış, hayal dünyasından sıyrılmaya başlarlar. Oyun çağındaki canlılık, hareketlilik devam eder ve cinsiyetlere göre kümelenerek oyun oynarlar. Okul çağıının önemli bir özelliği de cinsel konuları göz ardı etmeleridir (35).

Ergenlik, 10-19 yaşları arasında çocukluk dönemi ile yetişkinlik döneminin arasında kalan her iki döneminde özelliklerini barındıran bir dönemdir. Kızların ergenlik belirtilerinin en önemlileri menstrüasyon, memelerin ve kalçaların büyümesidir. Erkeklerde ise sakalların çıkması ve ses kalınlaşması görülür. Fiziksel olarak gelişmeleri ve çocukluktan sonra ruhsal olarak daha olgunlaşmaları sebebiyle toplumda daha fazla sorumluluk almaları beklenir (36).

Büyüme hızı doruğu denilen fiziksel büyümenin pik yaptığı ergenlik döneminde cinsel kimlik tam anlamıyla oluşmuştur. Kızların erkeklere göre bu döneme geçişi birkaç yıl daha erken olur. Beden imgesi her iki cins için de çok önemlidir ve bu konuda medya gibi dış faktörlerden etkilenme çok fazladır. Ergenlerde diğer dikkat çeken bir nokta ise duygulardaki aşırı yoğunlaşma ve dalgalanmadır. Karşı cins ile duygusal ilişkiler bu yaş grubunda belirgin olmaktadır. Okul çağı döneminde başlayan sosyalleşme, aileden ayrılma ergenlikte bağımsızlık düşünceleri ile devam eder (26).

Ergenlik, zihinsel refah için önemli olan sosyal ve duygusal alışkanlıkların geliştirilmesi ve sürdürülmesi için çok önemli bir dönemdir. Çoğu ergenin ruh sağlığı yoksulluğa, şiddete maruz kalma dâhil olmak üzere çok sayıda fiziksel, duygusal ve sosyal değişikliklere karşı savunmasız kalabilir. Psikolojik refahı teşvik etmek ve ergenleri olumsuz deneyimlerden korumak ve gelişme potansiyellerini etkileyebilecek risk faktörlerini yok etmek sadece ergenlik dönemindeki refahları için değil, yetişkinlikte fiziksel ve zihinsel sağlıkları için de kritik öneme sahiptir (35).

Ergenlerin problem çözme, kişiler arası iletişim becerilerini geliştirme, duyguları yönetmeyi öğrenme, stres faktörleriyle başa çıkma gibi yetileri ailede, okulda ve toplumda kazanması gerekir. Ergenlik döneminde strese katkıda bulunabilecek faktörler arasında, daha fazla özerklik arzusu, akranlara uyum gösterme baskısı, sosyal dışlanma, ayrımcılık, cinsel kimliğin araştırılması, damgalanma, teknolojiye daha fazla erişim ve kullanım, eğitimsel zorluklar, risk alma davranışları sayılabilir. Medya etkisi ve cinsiyet normları, bir ergenin yaşadığı gerçeklik ile geleceğe yönelik algıları veya beklentileri arasındaki eşitsizliği daha da arttırabilir. Ergenlerin ruh sağlığı için diğer önemli belirleyiciler ev yaşamlarının kalitesi ve akranlarıyla ilişkileridir. Her türlü şiddet (sert ebeveynlik ve akran zorbalığı dâhil) ve sosyoekonomik sorunlar ruhsal sağlık için risk olarak kabul edilmektedir. Bazı ergenler yaşam koşulları, damgalanma, ayrımcılık, dışlanma veya kaliteli destek ve hizmetlere erişim yetersizliğinden dolayı ruhsal sağlık koşulları açısından daha büyük risk altındadır (37).

2.1.3. Okul Ruh Sağlığı

Aile ve okul bireylere sağlıklı bir hayat tarzı kazandırarak bedensel, ruhsal ve sosyal olarak sağlıklı bir toplumun temelini oluşturmaktadır. Sağlıklı okul öğrencilerin, öğretmenlerin, diğer personellerin ve okulla etkileşim içinde olan herkesin sağlıklı olmasıyla mümkün olur (25).

Ülkemizde yaklaşık 900.000 öğretmen ve 20.000.000 öğrenci bulunmaktadır. Toplam nüfusumuzun %32'sini öğrencilerin oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda genç bir nüfusa sahip olduğumuz açıktır. Okullu olma oranı ise ilköğretim ve ortaöğretimde %90'ın üzerindedir (16). İnsan hayatının en önemli yirmi yılının okul dönemi olduğu düşünülürse sağlığı korumak ve geliştirmek için başlangıç adımları bu zaman diliminde atılması gerekir.

Okulda ruh sağlığı kavramı sağlığın okuldaki en önemli koludur. Çocuklar sağlık hizmetlerini aile hekimlerinden ve hastanelerden alırken ruh sağlığına yönelik hizmeti genelde sadece okullardan alırlar. Okul çocuklar için aynı zamanda sosyal ve kültürel olarak etkileşim içine girdiği ve kişiliğinin etkilendiği bir yerdir. Okulda

öğretilenlerin öğrenciyi dış dünyaya hazırlayan bilgi, beceri ve tutum kazandırması beklenir. Oysa okul dışı yaşam akademik müfredat gibi sistemleştirilmiş ve organize edilmiş değildir. Bu durumda öğretmenlere büyük iş düşmektedir. Okulun öğrenci üzerindeki etkileri öğretmen ve yöneticilerin kişiliği, karakteri, sosyal çevre ile uyumu, öğrencilerin ruh sağlığına yönelik tutumu ile oldukça ilgilidir (38).

Rogers, eğitimin sonsal hedefi olan kendini gerçekleştirmenin bireyin bedensel, ruhsal, sosyal ve duygusal gelişimini bir bütün olarak gerçekleştirmeyi amaçladığını ve okulun bireyin bağımsızlığını ancak bu çok yönlü gelişmeyle sağlayabileceğini savunmaktadır. Öğretmenin öğrencileriyle olan ilişkilerinde onların haklarını gözetmesi, onlara bağımsız davranma ve bağımsız karar verme hakkı tanınması öğrencilerin pozitif bir ruh sağlığına sahip olmalarında etkindir. Öğretmenin kendisi öğrenciler için insan ilişkilerinde önemli bir öğrenme modelidir. Bu nedenle öğrenci ruh sağlığı konusunda oldukça duyarlı, bilinçli ve donanımlı olması gerekmektedir (39).

2.1.4. Ruh Sağlığı Bozuklukları Yaygınlığı ve Başlangıç Yaşları

Psikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi ile geçirilmiş yılların en önemli sebebidir (10). Ruhsal bozuklukları araştırmak için ülkemizde yapılmış en geniş çaplı çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre ülkemizde nüfusun %18'i hayatlarında en az bir kez ruhsal bir hastalık tanısı almıştır. Çocukluk ve ergenlik döneminde ise ruhsal bozukluk görülme sıklığı %11'dir (9).

Çocuklarda ve gençlerde ruhsal bozukluklar yaygınlıkları, erken başlangıçları sebebiyle ele alınması gereken bir halk sağlığı problemidir. Türkiye'de yapılmış çeşitli çalışmalarda ruh sağlığı bozukluklarının epidemiyolojisine yönelik veriler incelenmiştir. Mardin'de yapılmış bir çalışmada lise öğrencilerinde kaygı bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve sigara, alkol, madde bağımlılığı araştırılmış ve son sınıf öğrencilerinin 2/3'ünde anksiyete bozuklukları ve 1/3'ünde de depresyon belirgin olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %8,6'sının her gün tütün ürünü kullandığı, %1,6'sının haftada 1-2 kez alkol tükettiği, %36,3'ü daha önce intiharı düşündüğü, %1,8'i intihar etmeyi denediğini, %17,4'ünün geleceğe dair umudu olmadığı gösterilmiştir (40).

Toros ve arkadaşlarının Mersin’de 4143 ergen üzerinde yapmış olduğu çalışmada depresyon prevalansı %12,5 bulunmuş olup en sık sebepler arasında okul notlarının düşük olması ve okulda aşağılanma yer almaktadır (41). Eskişehir Sivrihisar’da 14-19 yaş arası 846 genç arasında depresyon belirtileri olan öğrencilerin sıklığı araştırılmış ve bu öğrencilerin %30,7’sinde depresyon belirtisi olduğu görülmüştür (42). Aydın’da 2008 yılında yapılmış benzer bir çalışmada ise depresyon prevalansı %17,5 olarak bulunmuştur (43). Demir ve arkadaşlarının Marmara depremi yaşayan çocuk ve gençlerle yürüttüğü çalışmada %25,5’inde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), %16,5’inde akut stres bozukluğu, %38,6’sında uyum bozukluğu görülmüştür (44). Marmara depreminden sonra yapılan çalışmada ergenlerde TSSB, depresif bozukluk ve kaygı belirtileri sıklığı araştırılmış ve %22,2’sinin ağır derecede, %38,3’ünün orta, %32,2’sinin ise hafif şiddette TSSB belirtisi olduğu gösterilmiştir. Muhtemel depresyon tanısı olan öğrenciler ise %30,8’ini oluşturmaktadır (45). Selvi ve arkadaşları 2010 yılında lise öğrencileri arasında obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) yaygınlığını %5,9 olarak bulmuşlardır (46).

Dünya çapında ruhsal hastalığı olan çocuk ve ergenlerin sayısı son zamanlarda %13,4 olarak tahmin edilmektedir, bunun yanında klinik alt düzeyde belirtileri olan çocuk ve ergenlerin oranı daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (5). DSÖ tüm ruh sağlığı bozukluklarının yarısının 14 yaş itibariyle başladığını, çoğunun tespit ve tedavi edilmediğini belirtmiştir. Ruh sağlığı bozuklukları, 10-19 yaşları arasındaki gençlerdeki hastalık yükünün %16’sını oluşturmaktadır. İntihar 15-19 yaş grubundaki ölümlerin üçüncü önde gelen nedenidir. Dünya çapında, 2016’da 15-19 yaş arası ergenler arasında alkol içme sıklığı erkeklerde daha sık olmak üzere genel olarak %13,6 olarak bulunmuştur. 130 ülkeden gelen veriler doğrultusunda 15-16 yaş gençlerin %5,6’sının hayatlarında en az bir kez esrar kullanmış olduğu görülmüştür (36).

Uluslararası bir meta-analiz çalışmasına 41 çalışma dâhil edilmiş; çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların dünya çapındaki yaygınlığı %13,4 olarak bulunmuştur (47). Bu çalışmada spesifik olarak kaygı bozukluğu için tahmin edilen prevalans %6,5; depresif bozukluk için %2,6; dikkat eksikliği hiperaktivite

bozukluğu (DEHB) için %3,4; antisosyal bozukluk için %3,6 ve davranış bozukluğu için %2,1 olarak belirtilmiştir. İtalya, Almanya, Hollanda, Litvanya, Bulgaristan, Romanya ve Türkiye'nin dâhil olduğu yedi Avrupa Ülkesi'nde 6-11 yaş arası çocuklarda ulusal çapta ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığını belirlemek amacıyla tasarlanan çalışmada genel yaygınlık %12,8 olarak bulunmuştur. En yüksek oran Litvanya'da %15,5 iken en düşük oran İtalya'da %7,8 olarak gösterilmiştir. Çocukların %3,8'i bir duygusal bozukluğa, %8,4'ü bir davranış bozukluğuna ve %2'si DEHB'na sahiptir (48).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan çocukların ise %13-20'si ruhsal bir hastalığa sahiptir. Ruhsal bozuklukların ve diğer faktörlerin etkileşiminden kaynaklanabilecek intihar, 2010 yılında 12-17 yaş arası çocuklar arasında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 24 yaşın altındaki kişilerdeki ruhsal bozuklukların (sağlık bakımı, özel eğitim gibi hizmetlerin kullanımı dâhil) maliyeti yıllık 247 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (49).

2.1.5. Çocuklar ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Bozuklukları

Çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklar “beklenen bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimden ciddi sapmalar” olarak tanımlanmaktadır (50). Bu ruhsal bozukluklar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5.Baskı (DSM-5) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nda (ICD-11) detaylı olarak sınıflandırılmıştır (51,52).

Depresif Bozukluklar: Erken çocukluk döneminde kızgınlık, ağlama nöbetleri, hırçınlık ile seyredebileceği gibi durgunluk ve içe dönüklük olarak da kendini gösterebilir. Değişken bir ruh hali mevcuttur. Uyku düzensizliği, yeme alışkanlıklarındaki değişimler gibi somatik ifadeler görülebilir. Kazanılmış becerilerde gerileme, dışkılama bozuklukları da sık görülen belirtiler arasındadır. Okul çağı çocuklarında bitkinlik, isteksizlik belirtileri görülebildiği gibi bunun yanında çevreye ve kendine zarar verme, çalma davranışı, yalan söyleme, okula devam etmeme veya ailelerine haber vermeden farklı yerlerde bulunma gibi davranışlar sergileyebilirler. Dikkat dağınıklığı, odaklanamama ve başarısız olma ise sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Ergenlik ruhsal olarak yetişkinlik ve çocukluk

arasında gidip gelen bir dönemdir. Bunlardan farklı olarak ergenlerde dürtüsellik, ruhsal durumdaki çatışmalar ön plandadır. Ergenlik, sekonder cinsel karakterlerin gelişmesine bağlı olarak bedensel değişikliğe ayak uydurmaya ve bu durumla ilgili oluşan çatışmalarla baş etmeye çalışmayı beraberinde getirir. Bu çatışmaların dengelemediği bir ruh halinde depresyona benzeyen bir tablo ortaya çıkabilir (53). DSM-5’te depresif bozukluklar başlığı altında “majör depresif bozukluk, distimik bozukluklar, premenstürel sendrom, madde/ilaca bağlı depresif bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı olarak depresif bozukluk, diğer belirtilen depresif bozukluklar, belirtilmemiş depresif bozukluk” olarak gruplara ayrılmıştır (51).

Anksiyete Bozuklukları: Çocuklarda en sık rastlanan ruhsal bozukluk kaygı bozukluğudur. Erişkin anksiyete bozukluklarının aynıları çocuk ve ergenlerde de rastlanabilir ve her yaşta tanı konulabilir. Ağlama nöbetleri, korkma, değersizlik duygusu, sakinleşmesi zor bir hırçınlık, eleştiriye kapalı olma ve gelecek kaygısı en sık görülen belirtilerdir (54). Çocukluk çağına özgü olan “Ayrılma Kaygısı Bozukluğu” ve “Seçici Konuşmazlık” yanında “spesifik fobi, sosyal fobi, panik atak, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, madde/ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu, başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, diğer belirtilen anksiyete bozukluğu ve belirtilmemiş anksiyete bozukluğu” olarak DSM-5 tanılarında yer almaktadır (51).

Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar: İstemsiz, tekrar eden düşünceler obsesyon olarak, kişinin gerçekleştirmek zorunda olduğu yineleyen ve rahatsızlık veren davranışlar ise kompulsiyon olarak isimlendirilir. Kişide her ikisi de bulunabildiği gibi obsesyon ya da kompulsiyondan herhangi biri de belirgin olabilir. Sürekli olarak var olan bu düşünceler ya da tekrarlanmak zorunda olan bu davranışlar kişinin işlevselliğini olumsuz olarak etkiler, çok fazla vakit harcamasına neden olur ve huzursuzluk verir. Sekiz yaşından küçüklerde ender olarak rastlansa da çocuk ve ergenlerde de erişkinlerde görüldüğü biçimde kendini belli eder. Sıklıkla kızlarda adölesan çağıdan sonra, erkeklerde ise öncesinde görülür. Yineleyen bu düşünce ve davranışlar çeşitlilik gösterebilir ama sıklıkla karşılaşılan tablo yeterince temiz hissetmeme, kendine ve sevdiklerine karşı zarar verebilmedir. Bu durum aşırı seviyede endişe duyulmasına ve kişinin mantıklı bulmamasına rağmen

engelleyememesine neden olmaktadır. Yüksek olasılıkla obsesif düşünceler geldiğinde kişi endişe duygusunu bastırmak için kompulsif bir davranış gerçekleştirir. Bu davranış mantıksız olarak görülse de kişinin endişe duymasını engelleyici özelliğe sahiptir. Kişi yineleyici bu davranışı yapmazsa huzursuzluk hisseder. En sık rastlanan kompulsif davranış el yıkama, çeşitli temizleme davranışlarıdır, içinden sürekli aynı şeyleri belirli bir sayıda söyleme, aynı hareketleri belirli bir sayıda tekrarlama da sık görülen davranışlardır (55). DSM-5 tanı kriterlerinde “obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar, obsesif-kompulsif bozukluk, vücut dismorfik bozukluğu, istifleme bozukluğu, trikotillomani (saç çekme bozukluğu), deri çekme bozukluğu, madde/ilacın neden olduğu obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluk, diğer belirtilen obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar, belirtilmemiş obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluk” olarak sınıflandırılmıştır (51).

Bipolar Bozukluklar: Düzensiz bir şekilde tekrar eden mani, hipomani, depresyon ya da karma duygudurum dönemleri ile kendini gösteren, kronik, günlük hayatlarına işlev kaybına neden olan bir hastalıktır. Son çalışmalar tanı alma yaşının çocukluk yıllarına denk geldiği göstermektedir. Mani/hipomani ataklarında aşırı hareketlilik, aşırı neşeli olma hali, düşüncelerin ve konuşmaların hızla değişkenlik göstermesi, fikir uçuşmaları, az uyuma, gerçek olmayan şeylere inanma gibi belirtiler görülür. Depresyon ataklarında ise içe kapanıklık, sessizlik, iştahsızlık, kilo verme, okul başarısında düşme, uyku sorunları gibi belirtiler görülür (56). “Bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, çok zaman aralıklı hipomani-distimi atakları olan siklotimik bozukluk, madde / ilaca bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar, diğer belirtilen bipolar ve ilişkili bozukluklar, belirtilmemiş bipolar ve ilişkili bozukluklar” olarak DSM-5’te gruplandırılırlar (51).

Somatik Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar: Tıbbi incelemeler sonucunda yeterli açıklama bulunamayan, tekrarlayıcı, bedensel belirtilerle kendini gösteren ruhsal bozukluktur. Somatizasyon belirtileri baş ağrısı, karın ağrısı ve halsizlik gibi yakınmalar çocuk ve ergenlerde sık rastlanır (57,58). Ağrı haricinde en belirgin karşımıza çıkan yakınmalar dispne, mide bulantısı, baş dönmesi, enerji

düşüklüğü, yorgun hissetmedir. Kişilerin hikâyeleri genel olarak karışık, belirli bir düzende olmayan şekildedir. Somatizasyona yatkın kılabilen bir neden de kişinin yetiştirici aile veya toplumda somatizasyonun genel kullanımının yaygın olması olabilir. Davranışsal kurama göre anne-babanın davranışları ve aile içi tutumlar çocuklarda somatizasyonu pekiştirebilmekte, kendilerini ifade biçimi olarak bedensel belirtileri kullanmalarına yol açmaktadır. Gereksiz tıbbi ve cerrahi girişimler açısından risk taşırlar (59).

Madde Bağımlılığı ve Bağımlılık Bozuklukları: Madde bağımlılığı kullanılan sigara, alkol gibi yasal olan maddeler, esrar, eroin gibi yasal olmayan maddeler, uçucular gibi yasal olarak bulunabilen ama kullanılması uygun olmayan maddeler, reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar dâhil olmak üzere her tip maddeyi tek başına veya çoğul kullanım olarak kapsar. Keşfetme döneminde olan çocuk ve ergenler, gelişim sürecinde alkol kullanımı ya da yasal olmayan maddeleri kullanmaya eğilim gösterebilirler. Risk faktörleri yaşlabirlikte değişiklikler gösterir. Yaşı daha küçük olan çocuklarda ailede bulunan risk faktörlerinin etkisi fazlayken ergenlerde arkadaş çevresinin madde kullanım alışkanlıkları daha güçlü bir risk faktörüdür (60). Türkiye Uyuşturucu Raporu-2007'e göre uçucuları ilk deneme yaşı 11, esrar için ise 16'dır. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi ise, uyuşturucu maddelerin herhangi birini 15-16 yaş grubunda en az bir kez deneme oranını %1,5 olarak belirtmiştir (61). Okullar, gençlerin ve çocukların madde denemelerine karşı olan ilgilerini azaltabileceği, bu tür zararlı alışkanlıkların yerine koyabilecekleri donanım imkânlarının sağlanabileceği, destekleyici ortamlardır. Olumlu etkileri çalışmalarda gösterilmiş okul temelli önleme programlarıyla öğrencilere başa çıkma becerileri kazandırılarak madde konusunda güçlendirilebilirler (62).

Nörogelişimsel Bozukluklar: Bu başlıkta özellikle ilk belirtilerini çocukluk çağında gördüğümüz ve sık görülen psikiyatrik hastalıklardan olan “dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), otizm spektrum bozuklukları (OSB), mental retardasyon, özel öğrenme güçlüğü, tik ve basmakalıp davranış bozuklukları” nı içeren tanı grupları yer almaktadır (51). Bu bozukluklar bireysel düzeyde olan entelektüel işlevlerde bozulmalara yol açabileceği gibi çocuğun toplumsal yönünde

de gelişimsel yetersizliklere neden olur. Bu yetersizlikler, zekâ geriliğine neden olmaktan iletişim sınırlılıklarına kadar değişebilmektedir. DEHB, dikkat süresinin kısa olması, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik ile seyreden, yaşam boyu devam eden bir nörogelişimsel hastalıktır. Otizm, 3 yaşından önce başlayan ve hayat boyu devam eden iletişimsel, davranışsal ve bilişsel gelişmelerin gecikmesi ile kendini gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Otizmlı bireylerin %70'inde zekâ geriliği bulunur (63). Öğrenme güçlükleri, merkezi sinir sisteminde oluşan bazı aksaklıktan dolayı okuma, konuşma, yazı yazma, aritmetik yeteneklerinde gecikme veya bozulma ile seyreden bozukluk grubudur. Okuma bozukluğu, matematik bozukluğu, yazma bozukluğu olarak karşımıza çıkabilir (64).

Beslenme ve Yeme Bozuklukları: Adölesan dönemde sık görülen ve ciddi seyreden bozukluklardır. DSM-5'te “anoreksiya nevroza, bulimia nevroza, tıknırcasına yeme bozukluğu, pika sendromu, geri çıkarma bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu” olarak sınıflandırılmıştır (51). Yeme bozuklukları özellikle ergen kızlarda daha sık görülmesi ve önemli fiziksel ve psikolojik sonuçlara yol açması sebebiyle bir halk sağlığı sorunudur. Anoreksiya nevroza, yemek yemekten kaçınma, kilo vermeye yönelik egzersizler yapma, kısıtlı miktarda besin alma zaman içinde gelişmede ve adet döngüsünde bozulmalara yol açar. Kişinin yaşına ve boyuna göre önemli düzeyde düşük kilolu olması ve kilo algısının bozulmuş olması önemli bir kriterdir (65). Bulimia nevroza da ise tanı için aşırı yemek yeme ölçütü olması gerekmektedir. Tıknırcasına yemek ile normal bir şekilde çok miktarda yemek yeme arasındaki fark açık değildir. Tıknırcasına yemek yeme, subjektif olarak kontrolsüz bir şekilde olmasıyla ayrılmaktadır. Bu hastalar, aşırı yemek yedikten sonra kilo almamak için kusma, laksatif alma, diüretik içme, uzun süre aç kalma ve aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz davranışlar içerisine girebilir. DSM-5 ölçütlerine göre bulimia nevroza tanısı için tıknırcasına yeme atağı ve kompanse davranışın 3 ay boyunca haftada en az 1 kere olması ve vücut şekli ile aşırı uğraş içinde bulunmak gerekmektedir (66).

Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar: Şizofreni sıklıkla 20-30 yaşları arasında başlangıç yapar ve yaygınlığı %0,6-1'dir. Yaygınlığı erkeklerde

kızlara göre 1,5-2 kat daha fazladır. Çok erken başlangıçlı şizofreni 13 yaşından önce, erken başlangıçlı şizofreni ise 18 yaşından önce başlar. Bu hastaların ancak %10-15'i çok erken başlangıçlı şizofrenidir. Çocukluk çağı şizofrenilerin kliniğinin yetişkinlerinkine benzeme oranı çocuğun yaşının büyüklüğü ile ilişkilidir. Sanrı ve varsanı gibi pozitif psikotik semptomlar 6 yaşından önce genellikle görülmez. Hastalığın geç başlangıç göstermesi iyi prognozu gösterir. Şizofrenin 12 yaş altında başlangıç göstermesi kötü seyredeceğinin ve kronik olacağının habercisidir. Hem duygularını çok açık ifade edemediklerinden hem de çocukların hayal dünyalarının ön planda olmasından dolayı çocuklardaki belirtiler genellikle sinsidir (67). Sanrılar hastaların yaklaşık yarısında görülür ve %80'i işitseldir. Bunun dışında öldürüleceğine inanma, vücudun belli bir bölümü ile uğraşma, grandiosite, dinsel içerikte fikirler görülebilir. Çocuklarda şizofreninin 5 tipinden (paranoid tip, dezorganize tip, katatonik tip, rezidüel tip, farklılaşmamış tip) paranoid ve farklılaşmamış tip görülür. Şizofreni sosyal ve akademik hayatta ciddi sorunlara yol açtığı için erken tedavi ve destek verilmesi oldukça önemlidir (68).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı ve Ruh Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Nutbeam ve arkadaşları 1993'de Avustralya Devlet Raporu'nda sağlık okuryazarlığını "iyi sağlığı sürdürmek için bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi" olarak tanımlamışlardır. Daha sonra ruh hastalıkları da dâhil olmak üzere çeşitli hastalık grupları için sağlık okuryazarlığı kavramını öne sürmüşlerdir. Böylelikle RSO'nun temelleri atılmıştır (69).

DSÖ, 1998'de "bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi" şeklinde bir sağlık okuryazarlığı tanımı yapmıştır. Daha detaylı olarak da "sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin bilgiye ulaşmasını, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" şeklinde tanımlanabilir (70).

Amerikan Tabipler Birliği tarafından 1999’da “sağlık hakkında gereken temel okuma ve sayısal görevleri yapma becerisi” olarak gösterilmiştir. Amerika Tıp Enstitüsü ise 2004 yılında “Bireylerin sağlık hakkında uygun kararları alması için gereken temel sağlık bilgisini edinme, işleme koyma ve anlama kapasitesi” şeklinde bir tanım yapmıştır (71). Avrupa Birliği ise 2007’de “Sağlıklı kararlar oluşturmak için sağlık bilgilerini okuma, filtreleme ve anlama yeteneği” olarak özetlemiştir (72). 2008’de ise Avustralya İstatistik Bürosu “Hastalıkları önleme ve tedaviler, ilk yardım, acil durumlar, sağlıklı kalmak, uyuşturucu, alkol, güvenlik ve kaza önleme gibi sağlık konularıyla ilgili bilgileri anlamak ve kullanmak için gereken bilgi ve beceriler” olarak vurgulanmıştır (73).

Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık profillerini belirleyen önemli bir faktördür. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmetlerini doğru kullanma açısından belirleyici olmaktadır. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı kişinin koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermesini, sağlık hizmetlerini gerektiği gibi kullanmasını, tedavilere uyum göstermesini, akıllı ilaç kullanımı yapmasını sağlamaktadır (2).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Epidemiyolojisi

Avrupa Birliği ülkeleri gibi gelişmiş ülkeler de dâhil olmak üzere sağlık okuryazarlığı dünya geneli için bir halk sağlığı sorunudur. AB ülkelerini içeren bir çalışma olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda yaklaşık %50 oranında sağlık okuryazarlığı yetersiz-sorunlu bulunmuştur (74). ABD Ulusal Erişkin Okuryazarlığı çalışmasına göre ise %14 temel düzeyin altında ve %22 temel düzeyde sağlık okuryazarlığı saptanmıştır (75).

2018 yılında yayınlanan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” adlı çalışmada araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin %30,9’unun yetersiz, %38’inin ise sorunlu-sınırlı olduğu görölmüştür. Sağlık okuryazarlığının bazı risk gruplarında on kişiden dokuzunda düşük düzeyde olduğu gösterilmiş, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya koyulmuştur (76).

2.2.3. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı

Çocukluk ve gençlik döneminde, temel bilişsel, fiziksel ve duygusal gelişim süreçleri gerçekleşir ve sağlıkla ilgili davranışlar ve beceriler gelişir. Sağlık okuryazarlığı erken çocuklukta başlayan, yaşam boyu öğrenme sürecinde edinilen değişken bir yetidir. Sağlığın geliştirilmesi kapsamında, çocukların ve gençlerin okul sağlığı eğitimi ile sağlık okuryazarlığını iyileştirilme konusuna dikkat çekilmiştir (77). Rothman ve arkadaşları hedef grubu genel yetişkin nüfustan farklı kılmak için aşağıdaki dört farklı ihtiyaç ve özellik kategorisi önermiştir (78).

1. Gelişimsel değişiklikler
2. Kaynak ve becerilere bağımlılık
3. Epidemiyolojik farklılıklar
4. Savunmasızlık

Sağlık okuryazarlığı, erken yaşta başlayan yaşam süresi boyunca gelişen, sağlık durumundan, sosyo-politik, demografik, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilenen, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için sağlık bilgileri ve kavramlarını araştırmak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geniş kapsamlı beceriler ve yetkinliklerdir (79).

Sağlık okuryazarlığı çeşitli platformlarda bulunan bilgilerin tanınmasını, işlenmesini, bütünleşmesini ve bunlarla ilgili hareket etmeyi içeren bir dizi beceridir. Üç yaşından itibaren çocuklar yaşlarına uygun materyalleri kültürel ve sosyal olarak desteklenecek şekilde sunulursa sağlık bilgilerini arayabilir, anlayabilir, değerlendirebilir ve kullanabilirler. Çocuklar ve gençler arasında sağlık okuryazarlığının gelişimi, bu savunmasız ve “marjinalleşmiş” grubun daha meşgul, daha üretken ve hayat boyu daha sağlıklı olmalarını sağlayabilir (80).

Bilgi, çocuklarda ve gençlerde sağlık okuryazarlığının önemli bir bileşeni olarak kabul edilir. Mancuso içeriği kavramak, aynı zamanda bilgiyi yönetmek ve analiz etmek, kişinin sağlığı ile ilgili kararlar almak için belirli bir bilgi seviyesinin gerekli olduğunu belirtmektedir (81).

Manganello medyanın gençliğin fiziksel ve sosyal gelişimini etkilediği, sağlık davranışlarıyla ilişkilendirildiğini ve özellikle ergenler için bir sağlık bilgisi kaynağı olarak gösterildiğini vurgulamaktadır (82).

Eleştirel düşünmenin sağlık okuryazarlığının temel boyutu olduğu iddia edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı için rasyonel düşünme, bilgiyi çeşitli açılardan ele alma, tartışmaları formüle etme ve sağlam kararlar alma becerisine sahip olma ihtiyacı ortaya çıkar. Çocuklar ve gençler çok sayıda kaynaktan sağlık mesajları alıp çeşitli bilgi parçaları arasında eleştirel bağlantılar kurup asıl resmi elde edebilirler. Sonuç olarak; eleştirel düşünme, öğrencilerin büyük miktarda bilgiyle başa çıkmalarını ve bu bilgi üzerinde güç sahibi olmalarını sağlar (83).

Çocuklarda ve gençlerde sağlık okuryazarlığı içinde bulundukları toplumdan, ebeveyn sağlığı okuryazarlığı düzeylerinden, sosyo-ekonomik durumlarından, kendi sağlık durumları ve sağlık davranışlarından birincil olarak etkilenir (84,85).

2.2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Ruh sağlığı okuryazarlığı; sağlık okuryazarlığı kavramından doğan, sürekli gelişmeye devam eden geçmişi çok eskiye dayanmayan bir kavramdır (86). RSO, sağlık okuryazarlığı ile paralel seyreden bir kavram olarak görülmektedir (87). RSO düzeyinin artmasıyla birlikte toplumun ruh sağlığı göstergelerinde olumlu etkiler görülmüştür (86). Jorm ilk defa 1997’de ruh sağlığı okuryazarlığını “Ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, yönetme ve önlemeye yönelik bilgi ve inanç” olarak tanımlamıştır. Jorm’un tanımına göre RSO; “ruh sağlığı bozukluklarını tanıma becerisi, ruh sağlığı bozukluklarının risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançlar, kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi, profesyonel yardım ile ilgili bilgi ve inançlar, ruh sağlığı bozukluklarını doğru tanıma ve uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili doğru bilginin nasıl elde edileceği hakkında bilgi” şeklinde altı bileşenden meydana gelmiştir (88).

Kutcher, RSO’nu dört bileşenle tanımlamıştır. Bunlar; pozitif zihinsel sağlığın nasıl elde edileceğini ve sürdürüleceğini anlamak, ruh sağlığı bozukluklarını ve tedavilerini anlamak, ruh sağlığı bozukluklarıyla ilgili damgalanmayı azaltmak, ruh

sağlığı bozukluklarıyla ilgili yardım arama etkinliğinin artırılması ve kişinin ruh sağlığı hizmetlerini, özyönetim yeteneklerini geliştirmek için ne zaman ve nerede yardım alınacağını bilmek olarak belirtilmiştir (4).

RSO'nın bu tanımı daha önceki tanımların geliştirilmiş bir uzantısıdır. Jorm'un tanımına ek olarak damgalama kavramını içerdiği gibi yardım arama kavramı daha geniş stratejiler şeklinde açıklanmıştır (4,88).

Kanada Ruh Hastalıkları ve Ruh Sağlığı Birliği, RSO'nı "ruh sağlığını destekleyen bilişsel, sosyal beceri ve kapasiteler yelpazesi" olarak vurgulamıştır (89).

2.2.5. Çocuk Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Ruh sağlığı bozukluklarının yarısı çocuklukta ortaya çıkmaktadır (1). Bu nedenle çocukluk yıllarına müdahale etmek, ruh sağlığı bozukluklarının kronik yörüngelerini kırmak için çok önemlidir. Çocuk ruh sağlığı bozukluklarının sıklığında kanıta dayalı müdahalelerin artmasına rağmen belirgin bir azalma izlenmemektedir (90). Hastalık yaygınlıklarının fazla ve tedavi alma sıklığının ise düşük olmasının sebebi düşük çocuk ruh sağlığı okuryazarlığı seviyeleri olabileceği düşünülmektedir. Çocuk ruh sağlığı okuryazarlığı konusunda araştırma eksikliği olmasına rağmen Avustralya'da yapılan bir çalışma ebeveynlerin çocuk ruh sağlığı sorunları hakkında düşük bilgi düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Avustralya'da 2000 ebeveyne yapılan bir anket çalışmasında yalnızca %35'i çocuklarında zihinsel sağlık sorunlarının belirtilerini tanıyabileceklerinden emin olduklarını belirtmektedir (91).

Davranış problemleri olan çocukların babalarına uygulanan bir anket çalışmasında ise yardım arayışı düzeyinin %30 olduğu gösterilmiştir (92). Ruh sağlığı sorunları olan 4-11 yaş arası çocukların ebeveynlerine yapılan bir ankette ise yardım arama düzeyi %40 olarak bulunmuştur (93). Yardım arayan ebeveynlerin de genel olarak profesyonel yardım almaktansa aile ve arkadaşlarından tavsiye alma olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (94).

Çocuk ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine az sayıda araştırma olması, yukarıda vurgulanan bulgularla birlikte, çocuk ruh sağlığı sorunları hakkında mevcut bilgi ve

inanç düzeylerini daha iyi anlamak için yapılması gereken daha fazla şey olduğunu göstermektedir. Bu önemli halk sağlığı sorunu üzerine daha fazla araştırma yapılmasının ve kaynaklarının geliştirilmesinin acil bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ebeveynler, çocuk ruh sağlığı okuryazarlığını artırmak için herhangi bir girişimde kilit hedefler olsa da, çocuklar ve ebeveynlerle çalışan okullar, öğretmenler ve profesyoneller de hedeflenmelidir. Ek olarak, diğer destekleyici yetişkinler (örneğin aile üyeleri ve arkadaşlar), çocuk ruh sağlığı sorunlarının tanımlanmasında ve tartışılmasında kilit rol oynamaktadır. Avustralya ve Kanada çocuk ruh sağlığı okuryazarlığı alanında kaynaklar üretilen eğitimler düzenleyen iki ülkedir (95,96).

Mevcut bulgular, çocuk ruh sağlığı okuryazarlığı için özellikle önemli üç odak noktası ortaya koymaktadır (97). Bunlar;

1. Halkın çocuk ruh sağlığı problemlerinin belirtileri ve ortaya çıkan ruhsal problemlerin gelişimsel normal ve geçici sorunlardan nasıl ayırt edileceği hakkındaki bilgisinin artırılması,
2. Ebeveynlere ve çocuklara yönelik damgalanmaya yardımcı olacağından ve ayrıca müdahalelerin ve tedavilerin etkinliği hakkındaki olumlu algıların geliştirilmesine de yardımcı olacağından çocuk ruh sağlığı problemleri için risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olunması,
3. Kendi kendine yardım müdahaleleri ve profesyonel hizmetler dâhil olmak üzere mevcut destek ve hizmetlerden nasıl yardım alınacağı hakkında bilgi sağlanması.

2.2.6. Eğitim Sistemi İçinde Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Okul ruh sağlığı okuryazarlığı biyolojik, davranışsal ve pedagojik kavramlar altında ele alınabilir. Öğretmenler ve diğer sağlık profesyonelleri, çocuk ve gençlerin sınıfa ve kliniğe getirdiği karmaşık sosyal, gelişimsel ve sağlıkla ilgili sorunları ele almak için hazırlanmalıdır. Çocuk ve ergen sağlığında kritik konuların, kavramların profesyonelce öğrenilmesi ve bilgi düzeyinin en üst düzeye çıkarılması için sürekli çaba gösterilmelidir. Araştırmalar sağlık ve öğrenmenin bağlantılı olduğunu göstermektedir (98). Pozitif sağlık, eğitimde daha iyi performans sağlama fırsatını

arttırır. Kaliteli okul sağığı deneyimleme şansına sahip olan gençlerin, daha sağıklı yaşamlara sahip olacağı, yaşam tarzı konularında rasyonel kararlar vermelerini sağlayacak kapsamlı sağık bilgisi, olumlu tutumlar ve yaşam becerileriyle donatılacağı varsayılmaktadır. Yetersiz öğretmen sağık okuryazarlığı yüksek kaliteli okul sağığının önündeki en büyük engeldir (99).

Dünya çapında her 5 gençten biri 25 yaşına girmeden önce ruhsal bir hastalığa sahiptir. Ayrıca bir duygu durum bozukluğuna sahip olma sıklığı %11, davranış bozukluğu sıklığı %10, anksiyete bozukluğu sıklığı ise %8'dir. Ruhsal hastalıkların %50'si 14 yaşından önce, %75'i ise 24 yaşından önce başlangıç göstermektedir. Ruhsal bozukluk belirtilerinin görülmesiyle müdahalelerin başlaması arasında yaklaşık 10 yıl olduğu görülmüştür. Birçok ruhsal hastalığın sebep olduğu intihar vakaları ise 10-24 yaş arasında en sık görülen 3. ölüm nedenidir (12). Bu meseleleri erken ve etkili bir şekilde ele almamak, olumsuz kısa ve uzun vadeli sonuçlara yol açabilir. Kanıta dayalı RSO, tüm ruhsal sağık gelişmeleri için bilimsel olarak kurulmuş etkin bir temeldir.

Öğretmenler, zorbalık, şiddet ve cinsel taciz de dâhil olmak üzere halk sağığı sorunları ile sık sık karşılaşmaktadır ve bu konularla ilgili ruh sağığı hizmetlerine ilk bağlantı sağlamak okullara ve öğretmenlere düşmektedir (100). Sonuç olarak, öğretmenlerden ruh sağığı sorunlarına yönelik müdahalelerini geliştirmesi, öğrenciler ve ailelerine sürekli destek sağlamak için öğrenciler, aileler, okul personeli ve sağık uzmanlarıyla birlikte çalışması beklenmektedir (101). Öğretmenlerin erken teşhis ve müdahale konusunda özgüvene sahip olması, özellikle danışmanlara veya danışabilecekleri diğer profesyonellere düzenli erişimi olmayan okullarda önemlidir. Sosyal-duygusal zorluklar yaşayan birçok öğrencinin bu sorunları çözmede yardımcı olabilecek hizmetlere erişemeyeceği göz önüne alındığında, öğretmenler bu konuda benzersiz bir konuma sahiptir (102).

Türkiye'de değişik yaş gruplarına göre öğrencilerin okula devam etme oranı %83,6-%94,6 arasında değişmektedir (103). Öğrenciler haftada yaklaşık 30 saat okula devam ederek vakitlerinin önemli bir kısmını okulda geçirmektedir (13). Bu durumda okul yöneticilerinin, öğretmenlerin ve diğer okul çalışanlarının öğrencilerin ruh sağığı konusunda yeterli bilgi, tutum ve davranış düzeyine sahip olmaları

öğrencilerde görülebilecek ruh sağlığı bozukluklarının erken tespit ve tedavisi için önem taşımaktadır (104). Aynı zamanda öğretmenlerin RSO düzeyi pozitif bir okul ruh sağlığı sağlamakta ve öğrenci-öğretmen arasında geribildirimle beslenen pozitif ruh sağlığını desteklemektedir (18).

2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri

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

2.3.1. Yetişkin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri

Jorm ve arkadaşları 1997 yılında ilk kez RSO kavramından söz etmiş ve halkın ruhsal bozuklukları tanıma yeteneğini ve tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını inceleyen bir anketi ve RSO'yu değerlendirmek için vaka örnekleri tarzında bir mülakat programı geliştirmiştir (88). Bu skeçler, ruhsal sağlık sorunu olan bir kişiyi tanımlayan ve katılımcıların vakadaki bireyde “neyin yanlış” olduğunu anlamalarına ilişkin bir dizi soru soran bir skeçtir. Bu ölçek en yaygın kullanılan RSO ölçeği olmuştur. Bireyler arasında öğelerin karşılaştırılmasına izin vermekte, ancak bir bireyin RSO seviyesini değerlendirme kapasitesini sağlayacak toplam veya alt puanın oluşturulmasına izin vermemektedir. Birtakım nitelikleri değerlendirmek için tasarlanmış bu ölçütte, alt ölçeklerin eksikliği, RSO'yu iyileştirmeyi hedeflemek için bu niteliklerden hangisinin en önemli olabileceği konusunda karşılaştırmalar yapılamayacağı anlamına gelmektedir. Zamanla toplumun hangi RSO komponentinin gelişim gösterdiği, hangi komponentinin gelişim göstermediği bu yöntem ile anlaşılamamaktadır (105).

Çin Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında halkın RSO'nı değerlendirmek için geliştirilen 20 maddelik ölçek “doğru”, “yanlış” veya “bilmiyorum” şeklinde seçim yapılan bir ölçüm aracıdır. Doğru cevap 1 puan, yanlış veya bilmiyorum cevapları ise 0 puan olarak puanlandırılır (106). Ölçeğin yapılan psikometrik testlerinde Cronbach Alfa katsayılarının 0,57-0,73 değerleri arasında değiştiği

bildirilmiştir. Bununla birlikte alt ölçekleri dört veya beş faktör olarak bildirilmiştir. Faktörler ruh sağlığı ve ruhsal bozuklukların özellikleri, ruhsal bozuklukların epidemiyolojisine ve ruhsal sağlığı geliştirme faaliyetlerinin farkındalığına inanmak şeklinde belirtilmiştir (107).

O'Connor ve Casey 2015 yılında RSO kavramının 6 alt boyutunu ele alan 35 maddelik bir ölçüm aracı geliştirmiştir. Bu alt boyutlar ruhsal bozuklukların risk faktörleri ve sebepleri bilgisi, kendi kendine tedavi bilgisi, mevcut profesyonel yardım bilgisi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgiyi nereden edinileceğine yönelik bilgi olarak belirtilmiştir. Ölçeğin puanlanması ise, tüm maddelerin toplanması sonucunda oluşturulur ve tersten puanlanan maddeler de yer almaktadır. Ölçek puanı arttıkça RSO düzeyi artmaktadır. Toplam 35 soruluk ölçek için 5'li ve 4'lü likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Yapılan analizlerde Cronbach Alfa katsayısı 0,873 olarak, test-tekrar test güvenirliği ise 0,797 şeklinde belirtilmiştir (108).

Jung ve arkadaşlarının 2016 yılında Teksas'ta yetişkinler için geliştirmiş olduğu 5'li likert tipinde bir ölçekte RSO bilgi, inanç, kaynak odaklı başlıkları altında 26 madde oluşturularak incelenmiş. Yapılan analizlerde bu üç faktörün %62 ortak faktör varyansının olduğu, 0,83 iç tutarlılık katsayısına sahip olduğu gösterilmiştir (109).

Moll ve arkadaşları 2017 yılında işyerinde RSO'nı ölçmek amaçlı Jorm'un vaka örneklerine benzer şekilde skeç tarzında bir ölçek geliştirmiştir. Ölçeğin kapsamı iş yerinde olabilecek belirli sorunları veya psikolojik sıkıntıları tanıma yeteneği, risk faktörleri hakkında bilgi ve inançlar, resmi ve gayri resmi müdahalelere ilişkin bilgi ve inançlar ve yardım aramayı kolaylaştıran bilgi ve tutumlar şeklinde 4 başlık altında toplanmıştır. Doğru bir cevap tanımlamak yerine, katılımcılardan önermelerle ilgili bilgi seviyelerini değerlendirmeleri istenir. Skeçteki kişiye ne olabileceği, durumun daha kötüye gitmesini nasıl önleyebilecekleri, ne söylemeleri ya da yapmaları gerektiği ve yardımcı olabilecek kaynaklar veya hizmetler hakkındaki bilgi düzeyleri 5'li likert tipinde çok düşükten çok yükseğe doğru derecelendirmeleri istenir. Yapılan analizlerde ölçeğin 0,95 iç tutarlılık katsayısına sahip olduğu ve ek olarak uygulanan başka bir ölçekle korele olduğu görülmüştür (110).

Dias ve arkadaşları 2018 yılında orijinal formu Portekizce olan 5'li likert tipinde bir RSO ölçeği geliştirmiştir (111). Bu ölçek ruh sağlığı bozukluklarının bilgisi, hatalı inançlar, ilkyardım ve yardım arama yetenekleri ve kendi kendine yardım stratejileri başlıklarıyla 4 faktör altında toplanmış 29 maddeden oluşmaktadır. Yapılan analizler doğrultusunda iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak, toplam varyansı ise %36,99 olarak bulunmuştur.

2.3.2. Çocuk Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri

Bjørnsen ve arkadaşları Norveçli ergenlerin iyi ruh sağlığını nasıl elde edileceği ve sürdürüleceği hakkındaki bilgileri ölçen ve psikometrik özelliklerini değerlendiren 6'lı likert tipinde bir ölçek geliştirmiştir. On maddelik %41 faktör varyansı olan tek faktörlü bir yapı olarak ortaya koyulmuştur. Test-tekrar test güvenirliği katsayısı ise 0,70 şeklinde belirtilmiştir. Diğer ölçeklerden farklı olarak bu ölçekte daha çok pozitif ruh sağlığını sağlama ve sürdürme başlıkları altında maddeler sıralanmıştır. Sonuç olarak bu ölçek özellikle ruhsal sağlık eğitimi girişimlerinin geliştirilmesi, hedeflenmesi ve değerlendirilmesinde kullanılabilir bir ölçüm aracı olarak sunulmuştur. Gençler için iyi ruh sağlığı, refahı ve üretken gelecek için bir temel oluşturma amacı ile uygulanabilir (86).

Campos ve arkadaşları ise 2015 yılında 12-15 yaş arasındaki öğrenciler için 5'li likert tipinde 33 maddelik bir RSO ölçeği geliştirmiştir. Bu ölçek ilkyardım ve yardım arama yetenekleri, bilgi ve inanış ve kendi kendine yardım stratejileri başlıklarıyla 3 faktör altında toplanmıştır. Analizlerde toplam varyansın %31,8 ve iç tutarlılık katsayısının 0,84 olduğu görülmüştür (112).

Riebschleger ve arkadaşları 2019 yılında ruhsal bir hastalığa sahip ebeveynlere sahip gençlere yönelik bir RSO ölçeği geliştirmişlerdir. Ölçeğin temel amacı 10-16 yaş arası çocukların RSO'nı değerlendirmektir. Bu ölçek 18'i 4'lü likert tipinde olan 18'i ise doğru yanlış şeklinde seçim yapılan 36 maddeden oluşmaktadır. Ruhsal hastalıklar, damgalanma ve iyileşme şeklinde 3 faktör altında toplanan ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,87 şeklinde bulunmuştur (113).

2.3.3. Eğitimcilerde Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri

Kanada’da 2016 yılında öğretmen adayları için geliştirilen bir ölçek “Tutumlar”, “İnançlar” ve “Algılanan davranış kontrolü” alt boyutlarından oluşturulmuş ve iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,70, 0,77, 0,73 olarak bulunmuştur (114).

Ottawa Üniversitesi’nde 2016 yılında öğretmen adayları için geliştirilen başka bir ölçekte ise skeç yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde depresyon, anksiyete, hiperaktivite gibi sorunlara için hem çocuklara hem ergenlere yönelik senaryolar üretilmiştir. Öğretmen adaylarından bilmeleri beklenmiştir. Açık uçlu sorular içermektedir (115).

Almeida ve arkadaşları 2017 yılında öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığını ölçen Portekizce bir ölçek geliştirmişlerdir. Bu ölçek 5’li likert tipinde 22 maddenin yanında depresyon, şizofren, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluğu tanımlayan skeçler içermektedir. Bu ölçek 4 faktörden oluşmakta olup bunlar; “Ruhsal bozukluklarla ilgili efsaneler”, “Tetikleyici faktörler”, “Risk faktörleri”, “Okul ortamında ruh sağlığı”, “Hastaneye yatışa neden olan ruhsal bozukluk” şeklindedir. Ortak faktör varyansı %51,1 olan ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,82’dir (116).

Kanada’da yüksek lisans tezi için yapılan çalışmada, öğretmen adayları için 44 maddelik 4 faktörden oluşan bir ölçek geliştirilmiştir. İlk Faktör “Ruhsal Olarak Sağlıklı Bir Sınıfta Öğretme ve Liderlik Yapma” 26 maddeden, İkinci faktör, “Beklentiler” 6 maddeden, Üçüncüsü, “Mesleki İlişki Becerileri” 8 maddeden, “Rol netliği” kalan 4 madde olarak belirlenmiştir. Bu faktörlerin iç tutarlılık değeri 0,884-0,941 arasında çıkmıştır (117).

Wei ve arkadaşlarının 2019 yılında Kanadalı eğitimcilerde ruh sağlığı okuryazarlığını ölçmek amacıyla geliştirdikleri ölçüm aracı, 4 faktör altında toplanan 7’li likert tipinde 29 maddelik bir ölçektir. Faktör 1 “ruh hastalıklarının özellikleri ve ruh hastalıklarının tedavileri”, Faktör 2 “ruh hastalıklarının tanı araçları”, Faktör 3 “ruh hastalıklarının risk faktörlerini”, Faktör 4 ise “ruhsal hastalıkların epidemiyolojisini” temsil etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,85 ve iç tutarlılığı doğrulamak için bakılan McDonald Omega değerinin de 0,85 olduğu görülmüştür (118).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Bu çalışma “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” (ÖRSO-ÖA) adlı bir ölçek geliştirmek ve geçerlik güvenirliğini saptamak amacıyla yapılan metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Yeri

Araştırma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi’nde 2018-2019 Eğitim-Öğretim yılı 4. sınıf öğrencilerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın planlanmasına 2018 Kasım’da başlandı. Kasım 2018-Mart 2019 tarihleri arasında araştırma ile ilgili planlama, kaynak toplama ve derleme, veri toplama aracı oluşturma işlemleri yapıldı. Mart 2019’da Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi’nden ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan gerekli izinler alındı. Nisan-Mayıs 2019 tarihleri arasında ise araştırmanın verileri toplandı. Haziran 2019’da veriler IBM Statistical Package Social Sciences (SPSS) paket programının 22. Versiyonuna aktarılarak analiz edildi. Haziran 2019-Şubat 2020 arasında ise araştırmanın raporu yazıldı (**Tablo 1**).

Tablo 1. Araştırmanın Takvimi

Kasım 2018- Mart 2019	Literatür taraması Araştırmanın planlanması Anket formlarının oluşturulması
Mart-Nisan 2019	Eğitim Fakültesinden izin alınması Yerel Etik Kurul’dan izin alınması
Nisan-Mayıs 2019	Verilerin toplanması
Haziran2017	Verilerin bilgisayara aktarılması Verilerin analizi
Haziran 2019 - Ocak 2020	Rapor Yazımı

3.4. Araştırma Yapılan Yerin Genel Tanıtımı

Araştırma yapılan yer Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi'dir. Hatay, Türkiye'nin Doğu Akdeniz Bölgesi'nde bulunan 2018 itibariyle 1.609.856 nüfusa sahip bir ildir (119).

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, 9 fakülte, 12 yüksekokul, 2019 yılı itibariyle 25.938 öğrenciye sahip bir üniversitedir. Eğitim fakültesinde ise 2293 öğrenci bulunmaktadır (120). Öğrencilerin büyük çoğunluğunu çevre illerden gelen öğrenciler oluşturmaktadır.

3.5. Evren ve Örneklem

3.5.1. Evren

Araştırma evrenini 2018-2019 eğitim-öğretim yılı Mayıs ayında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi 4. sınıfında öğrenim gören 559 öğretmen adayı oluşturmaktadır (**Tablo 2**).

Tablo 2. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Bölümleri ve 4. Sınıf Öğrenci Sayıları

Fakülte	Bölüm	Öğrenci Sayısı	%
Eğitim Fakültesi	Sınıf Öğretmenliği	130	23,2
	Türkçe Öğretmenliği	87	15,5
	İngilizce Öğretmenliği	77	13,2
	Fen Bilgisi Öğretmenliği	69	12,3
	Psikolojik, Rehberlik ve Danışmanlık	62	11,0
	Bilgisayar Öğretmenliği	59	10,5
	Resim Öğretmenliği	39	6,9
	Özel Eğitim Öğretmenliği	36	6,4
Toplam		559	100,0

3.5.2. Örneklem

Örneklem grubunun büyüklüğünün belirlenmesi, ölçek madde sayısının katlarına göre yapıldı. Comrey ve Lee'ye göre; faktör analizi yapılacak bir araştırma grubunun seçiminde ölçüt olarak; 50 çok yetersiz, 100 yetersiz, 200 uygun, 300 iyi, 500 çok iyi, 1000 ise mükemmel olarak değerlendirilmiştir (121). Stevens, madde başına 5-20 katılımcı sayısı ölçütünün daha uygun olduğunu ileri sürmüştür (122). MacCallum, Widaman, Zhang ve Hong'a göre örneklem büyüklüğü elde edilen verilerin özelliklerine bağlıdır. Ortak varyanslar 0,60'dan yüksek olduğunda ve her faktör 4 ve daha fazla madde içerdiğinde örneklem büyüklüğü görece olarak küçük olabilir; ancak ortak varyanslar büyük olmadığında daha büyük örnekleme gereksinimi vardır (123). Örneklem büyüklüğü arttıkça örnekleme hatası da azalır. Henson ve Robert'a göre ortak varyansların ne kadar olduğu veriler analiz edilinceye kadar bilinemeyeceğinden en iyi kural faktör analizi için olabildiğince büyük örneklem üzerinde çalışmaya başlamaktır. Bu bilgiler doğrultusunda 50 maddelik RSO ölçeği için, en az Stevens'in tavsiye ettiği madde sayısının 10 katı öğrenciye ulaşılması hedeflendi. Böylece Comrey ve Lee'nin çok iyi olarak belirttiği 500 kişilik örneklem grubu da yakalanmaya çalışıldı. Evrenin tamamı (N=559) örneklem grubu olarak belirlendi. Toplamda 520 (%93) kişiye ulaşıldı. Ancak ölçeğin hepsini doldurmayan ve sistematik olarak aynı cevapları verdiği düşünülen öğrencilerin verileri araştırma kapsamı dışında tutulduğunda, 510 (%91,2) gönüllü öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturdu (**Tablo 3**).

Tablo 3. Araştırma Örneklemindeki Öğretmen Adaylarının Bölümleri ve Sayıları

Bölümü	Sayı	Yüzde
Sınıf Öğretmenliği	120	23,5
Türkçe Öğretmenliği	82	16,1
İngilizce Öğretmenliği	72	14,1
Fen Bilgisi Öğretmenliği	65	12,7
Psikolojik, Rehberlik ve Danışmanlık	56	11,0
Bilgisayar Öğretmenliği	51	10,0
Resim Öğretmenliği	34	6,7
Özel Eğitim Öğretmenliği	30	5,9
Toplam	510	100,0

3.6. Dâhil Olma Kriterleri

Araştırmaya 2018-2019 Eğitim-Öğretim yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde son sınıfta okuyan, devam sağlayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrenciler dâhil edildi.

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi'ne bağlı bütün bölümlerde 1. , 2. , 3. ve 4. Sınıflarda Psikolojik, Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü öğretim üyeleri tarafından “Eğitim Psikolojisi” adlı ders verilmektedir. Eğitim Psikolojisi, öğretmen adaylarının mesleki hayatında kullanacakları çocuk gelişimi ve psikolojisi hakkında konular içeren bir derstir. Fiziksel, bilişsel, dil, psikososyal ve psikoseksüel gelişim konularının yanı sıra öğretme ve öğrenme teknikleri hakkında konular içerir (124). Örneklem olarak seçilen son sınıf öğrencileri verilerin toplandığı bahar döneminde bu dersin neredeyse tamamını almış bulunmaktaydı. Özellikle son sınıf öğretmen adaylarının örneklem olarak dâhil edilme nedeni bu dersin büyük çoğunluğunu almış olmaları ve stajlarının çoğunu tamamlamış olmalarıdır.

3.7. Dâhil Olmama Kriterleri

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde derslere devam sağlamayan ve araştırmaya katılım konusunda gönüllü olmayan öğrenciler, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi 4. Sınıf olmayan öğrenciler ve diğer fakültelerde öğrenim gören öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutuldu. Ölçeği tam doldurmayan ve sistematik olarak aynı cevapları verdiği düşünülen öğrencilerin verileri araştırma bulgularına dâhil edilmedi.

3.8. Araştırmada Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak araştırmacı tarafından hazırlanan kişilerin sosyodemografik özelliklerini ve ruh sağlığı ile ilişkili özelliklerini sorgulayan 10 soruluk anket formu (**EK-A**) ile araştırmacılar tarafından geliştirilen 50 maddelik “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği”

(ÖRSO-ÖA) kullanıldı (**EK-B**). Öğrencilerin çoğunlukla katılım sağlayacağı alan derslerinde ders hocalarından izin alınarak ders öncesi gözlem altında anket uygulandı. Her sınıfın anket formu ve ölçek formunu tamamlama süresi yaklaşık 30 dakika sürdü.

3.9. Veri Toplama Araçları

Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerini ve ruh sağlığı ile ilişkili bazı özelliklerini sorgulayan 10 soruluk anket formu ile 90 maddelik madde havuzundan uzman görüşü ve kapsam geçerlilik indeksi ile 50 maddeye düşürülen ÖRSO-ÖA veri toplama aracı olarak kullanıldı.

3.9.1. Anket Formu

Anket formunun öncesinde araştırmaya katılıp katılmamaya karar verilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, bir sayfalık araştırmanın konu, kapsam, önem ve çalışma şeklinin belirtildiği “Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu” bulunmakta idi.

Anket formunda ise araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini içeren 10 adet soru bulunmakta idi. Bu 10 adet soru ile yaş, cinsiyet, bölüm, mezun olunan lise, anne-baba öğrenim durumu, şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruhsal hastalık tanısı alınıp alınmadığı, alındı ise bu tanıya da tanıların ne olduğu, aile ya da yakın çevrelerinde şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin olup olmadığı, aile ya da yakın çevrelerinde şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruhsal hastalık tanısı alan bireyler var ise yakınlık derecesi bilgileri sorgulandı.

3.9.2. Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Ölçek maddelerinin oluşturulması için yapılan literatür taramaları sonucunda RSO kavramının Jorm ve Kutcher tarafından bileşenlerine ayrıştırılarak incelendiği görülmüştür. Madde havuzu bu komponentler temel alınarak oluşturuldu. Jorm ruh sağlığı okuryazarlığını 6 bileşende incelemektedir. Bunlar;

- “Ruh sağığı bozukluklarını tanıma becerisi”
- “Ruh sağığı bozukluklarının risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançlar”
- “Kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi”
- “Profesyonel yardım ile ilgili bilgi ve inançlar”
- “Ruh sağığı bozukluklarını doğru tanıma ve uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar”
- “Ruh sağığı ile ilgili doğru bilginin nasıl elde edileceğı hakkında bilgi” şeklindedir (4).

Kutcher ise RSO’nın dört bileşenden oluştuğunu öne sürmüştür. Bunlar;

- “İyi ruh sağığının nasıl sağılanacağı ve sürdürüleceğı bilgisi”
- “Ruh sağığı bozukluklarını ve tedavilerini anlama”
- “Ruh sağığı bozuklukları ile ilgili damgalamayı azaltma”
- “Bireyin kendisinde veya çevresinde bir ruh sağığı bozukluğu olduğunda, profesyonel hizmeti nerede, ne zaman ve nasıl alacağını bilmesi” olarak belirtilmiştir (125).

Araştırmada ölçek madde havuzu hazırlanırken öğretmen adaylarının mesleki hayatında sık görebilecekleri okul çağı çocuklarında ve ergenlerde ruh sağığı bozuklukları üzerinden Jorm ve Kutcher’in bileşenlerine yönelik maddeler oluşturuldu. Bunun için de DSM-5 sınıflandırılmasından ve Öğretmen Bilgi Formu’ndan yararlanıldı (51,126).

“Öğretmen Bilgi Formu” Achenbach ve Edelbrock tarafından 1986’da 5-18 yaş aralığındaki çocukların ruhsal durumu ile ilgili bilgileri öğretmenlerden standart şekilde edinmek amacıyla geliştirilmiştir (126). Bu formda öğrencilerin davranışları "İçe Yönelim" veya "Dışa Yönelim" kategorisinde incelenir. İçe Yönelim kategorisi

"Sosyal İçe Dönüklük, Somatik Yakınmalar, Anksiyete/Depresyon", Dışa Yönelim kategorisini ise "Suça Yönelik Davranışlar ve Saldırgan Davranışlar" oluşturmaktadır. Ayrıca her iki kategoriye de girmeyen "Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları" da formda bulunmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 1995'te Neşe Erol tarafından yapılmıştır (127).

Bütün bu bilgiler ışığında; 90 maddelik madde havuzu oluşturuldu. Uzman görüşü ve Kapsam geçerlilik İndeksi sonucu elde edilen 50 maddelik ölçek uygulandı.

Ölçek maddelerinin 1-6. maddeleri öğretmen adaylarının mesleki hayatlarında öğrencilerin ruh sağlığını geliştirmek adına tutumlarını sorgulayan olumlu önermelerdir. Bu maddeler Kutcher'ın RSO komponentlerinden *"iyi ruh sağlığının nasıl sağlanacağı ve sürdürüleceğı bilgisi"* başlığı altında oluşturulmuştur. Bu bilgiler, öğrencilerin arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek, kendine güvenlerini desteklemek, gerçeklikle bağlantı kopukluklarını ayırt etmek, kendi kararlarını oluşturmalarına destek vermek, negatif duygularla baş etmesine yardımcı olmak, yaşına ve kapasitesine uygun görevler vermek olarak sıralanmıştır.

Devamında yer alan 7-14. maddeler öğrencilerde bulunabilecek ruhsal bozukluklar ve ruh hastalıkları risk faktörlerini sorgulamıştır. Bu maddeler ise Jorm'un *"ruh sağlığı bozukluklarının risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançlar"* şeklindeki RSO komponentine dayanarak oluşturulmuştur. Bu maddelerden 9. ve 10. maddeleri olumsuz kökte, diğerleri ise olumlu kökte hazırlanmıştır. Literatür taraması sonucu risk faktörleri olarak aile bireylerinde ruhsal bozukluk olması, aile bireylerinde ölüm olması, sosyoekonomik düzeyi düşük olması, göç, istismara ve savaşa maruz kalınması, akran zorbalığı olarak eklenmiştir.

Geliştirmek istediğimiz ÖRSO-ÖA 15-34. maddeleri hem Jorm'un hem de Kutcher'ın RSO komponentlerinin başında sıraladığı *"ruh sağlığı bozukluklarını tanıma becerisini"* sorgulamak için oluşturulmuştur. Bu ruh sağlığı bozuklukları için okul ağı çocuklarda ve adölesanlarda sık görülebilecek DSM-5 tanılarından ve Öğretmen Bilgi Formu'nda yer alan ruh sağlığı bozuklukları sınıflandırmalarından yararlanılmıştır (51,126). Bu ruh sağlığı bozuklukları panik atak, sosyal fobi, genel

kaygı bozukluğu, somatizasyon, depresyon, otizm, yeme bozuklukları, madde, sigara ve alkol kullanımı, internet bağımlılığı, kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlar sergileme, aşırı hareketlilik, öğrenme güçlüğü olarak kabul edilmiştir. Bunlara ek olarak ruhsal bozukluk olmayan fakat sosyal sorun olarak ele alabileceğimiz akran zorbalığı, istismar gibi konuları fark edebilme özellikleri sorgulanmak istenmiştir. Bunlara; Kutcher'ın özellikle vurguladığı sosyal bir sorun olan damgalanma da eklenmiştir. Bunların içinden panik atak, sosyal fobi, genel kaygı bozukluğu, depresyon, somatizasyon, öğrenme güçlüğü, damgalanma, otizm, yeme bozuklukları birer cümle ile tanımlanarak öğretmen adayının bunları tanıma becerisi sorgulanmıştır. Bu maddelerden 28. ve 32. madde olumsuz kökte hazırlanmıştır.

Ölçeğin 35-38. maddelerinin zemininde Jorm'un RSO komponentlerinden *"ruh sağlığı ile ilgili doğru bilginin nasıl elde edileceği hakkındaki bilgiye sahip olma"* yer almaktadır. Öğrenci ruh sağlığı ile ilgili doğru bilgiye ulaşabilme yöntemleri olarak, öğrenci ruh sağlığı ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, ulaşılan bilginin bilimsel olup olmadığını ayırtabilme, öğrenci ruh sağlığı ile ilgili kitap okuma ve güncel kılavuzları takip etme olarak kabul edilmiştir. Madde 37 hariç diğer maddeler olumlu kökte hazırlanmıştır.

Ölçeğin 39-47. maddeleri hem Jorm'un hem de Kutcher'ın RSO'nun önemli bir bileşeni olarak gördüğü *"yardım müdahaleleri hakkında bilgi"* doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu maddeler aynı zamanda akran zorbalığını, damgalanmayı, kurallara karşı gelen ve saldırgan davranışlar sergileyen öğrencileri yönetebilme yetisini temel almaktadır. Cinsel istismara, şiddete maruz kalan, ihmal edilmiş ve madde kullanan öğrenci fark edildiğinde izlenmesi gereken adımları bilme özellikleri yardım başlığında incelenmiştir. Bu maddelerden 43. madde olumsuz kökte oluşturulmuştur.

Ölçeğin 47-50. maddeleri ise *"profesyonel yardım ile ilgili bilgi ve inançları"* başlığında düşünülerek hazırlanmıştır. Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenci fark edildiğinde öğrenciyi rehberlik ve psikolojik danışma servisine ve uzmana yönlendirme, bu konuda velilerle etkili iletişim kurma ve bunlara ek olarak sigara

kullanan öğrenciyi sigara zararları hakkında aydınlatma şeklinde 4 olumlu kökte madde olarak yazılmıştır.

ÖRSO-ÖA, öğretmen adaylarında öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığı yetisini göstermeye yönelik öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde 5’li Likert şeklindedir. Öğretmen öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığı için; “Kesinlikle Katılıyorum” 5 puan, “Katılıyorum” 4 puan, “Kararsızım” 3 puan, “Katılmıyorum” 2 puan, “Kesinlikle Katılmıyorum” 1 puan olarak puanlandırılmıştır. Ölçek puanlaması, tüm maddelerin puanlarının toplanması ile değil ayrı ayrı tüm alt boyutların puanlarının toplanması ile hesaplanır.

3.10. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için literatür taraması, anket ve ÖRSO-ÖA formlarının oluşturulması, gerekli izinlerin alınması, basılı kopya hazırlanması gibi ön hazırlıklar tamamlandı.

3.10.1. Veri Toplama Aracının Ön Deneme Aşaması

Kullanılan veri toplama aracının ön deneme çalışması Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi 4. sınıf öğrencilerinden 20 öğretmen adayı ile gerçekleştirilmiştir. Bu aşama ölçek maddelerinin öğretmen adayları tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ön deneme çalışması sonucunda ölçek maddelerinde gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir. Esas uygulama esnasında ön deneme yapılan 20 kişi hariç tutulmuştur.

3.10.2. Verilerin Toplama Aracının Esas Uygulaması

Anketler Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi’nin sekiz bölümünde öğrencilerin çoğunlukla katılım sağlayacağı alan derslerinde ders hocalarından izin alınarak bizzat araştırmacı tarafından ders öncesi gözlem altında anket yöntemi ile uygulanmıştır.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler;

- ÖRSO-ÖA Maddeleri

Bağımsız değişkenler;

- Yaş
- Cinsiyet
- Mezun oldukları lise
- Fakülte bölümü
- Anne öğrenim durumu
- Baba öğrenim durumu
- Kendilerinde ruhsal hastalık tanısı olup olmaması
- Yakınlarda mevcut ruhsal hastalık tanısı olup olmaması

3.12. Etik kurul Onayı ve Araştırma İzinleri

Araştırma etik kurul izni Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulu'ndan alındı (07.03.2019 tarihli Karar No:03) **(EK-D)**. Araştırma için gerekli izin Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dekanlığı'ndan alındı (06.03.2019 tarihli Sayı: E.14466) **(EK-E)**. Veri toplama için öğretim üyeleriyle ile görüşülmüş çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir.

3.13. Verilerin Analizi

Toplanan veriler IBM SPSS sürüm 22.0 paket programına girildi. İstatistiksel analizlerde; tanımlayıcı istatistikler, madde analizi için %27'lik alt ve %27'lik üst grubun ortalamaları farkı ve madde-toplam korelasyon değeri, temel bileşenler analizi, geçerlilik için kapsam geçerliği, açıklayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizi için Cronbach Alfa katsayısı bakıldı ve yarıya bölme yöntemi, Tukey's test of additivity, Hotelling's T-Squared testi, Interclass Correlation Coefficient analizi uygulandı. Geçerlilik-güvenilirlik çalışmalarından sonra grupların normalite testleri için Kolmogorov-Smirnov, ardından grupların karşılaştırılması için Kruskal Wallis

ve Mann Whitney-U testleri yapıldı. Yapılan analizlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak önemli olarak kabul edildi.

3.13.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans değerleri, ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanıldı.

3.13.2. Kapsam Geçerliliği

ÖRSO-ÖA kapsam geçerliliği için 1 Halk Sağlığı Profesörü, 1 Psikiyatri Doçenti ve 2 Psikolojik, Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü Doçenti'nden oluşan ekipten uzman görüşü alınıp Davis Tekniği uygulandı (128). Davis Tekniği'nde, 3-20 arasında uzman görüşü tavsiye edilmektedir. Uzmanlara bir form sunularak ölçek maddelerinin konuyla ilgisini, gerekliliğini, açık olmasını ve özgüllüğünü değerlendirmeleri istenmektedir. Bu teknikte uzmanlar maddeleri şu şekilde değerlendirir;

- “A- Madde özelliği temsil ediyor”
- “B- Maddenin biraz düzeltilmesine ihtiyaç var”
- “C- Maddenin oldukça düzeltilmesine ihtiyaç var”
- “D- Madde özelliği temsil etmez”

Uzmanların değerlendirdikleri formlarda tüm aday maddeler için A ve B olarak değerlendirme sayısını değerlendirme yapan uzman sayısına bölerek Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanır. KGİ, 0,80'den küçükse o madde çıkarılır. Bu çalışmada uzmanlardan 90 maddeden oluşan madde havuzunun bu yöntemle değerlendirilmesi istendi.

3.13.3. Madde Analizi

Madde analizi için %27'lik alt ve üst grup ortalamaları farkına yönelik yöntem ve madde toplam korelasyon değeri esas alındı. %27'lik alt üst grup ortalamaları farkına yönelik yöntemde ölçek puanları hesaplanır ve düşükten yükseğe

doğru sıralanır. Örneklemenin %27’liğı kadar bir kısmı üst uçtan alınır ve üst grup olarak belirlenir, örneklem sayısının %27’si kadar en düşük puan alanların alt ucundakiler seçilir ve alt grup olarak belirlenir. Ölçeğin ölçmek istediğı özelliğı üst grup olarak belirlediğimiz kişilerin sahip olduğunu, alt gruptakilerin ise daha az sahip olduğunu kabul edebiliriz. Ölçekte bulunacak maddelerin ölçeğin ölçmek istediğı özelliğı barındıran ve barındırmayan kişileri ayırması beklenir. Eğer bu özelliğe sahip olanlarla olmayanlar arasında maddenin puan ortalamaları önemli bir fark gözlenmediyse iki grup arasında bu madde aynı tepkiyi oluşturuyor demektir. Böyle maddelerin ölçekte yer almasının gereğı yoktur. Diğer yandan bir madde alt grup ve üst grubu iki grubu birbirinden anlamlı bir şekilde ayırabiliyorsa, bu maddenin kalması gerekir (129,130).

Yüksek ve pozitif bir madde-toplam korelasyon değeri önermelerin aynı amaca hizmet ettiğine ve ölçeğin iç tutarlılığının iyi olduğuna dair bir kanıttır. Pozitif işaretli bu değerler tüm ölçeğin ölçmek istediğı özellikle maddenin ölçtüğünün benzer olduğunu yansıtır (129,131,132). Ebel madde-toplam korelasyonu değerine yorumlanabilmesi için şu önermeyi yapmıştır; “korelasyon değeri 0,40’dan büyük olan madde tamamen memnun edici bir şekilde işlevsel, korelasyon değeri 0,30-0,39 olan madde küçük bir düzeltmeyle ya da hiçbir düzeltmeye gerek olmadan kullanılabilir, korelasyon değeri 0,20-0,29 olan maddenin düzeltilmesi gerekir, korelasyon değeri 0,20’den düşük ise madde tamamen çıkarılmalıdır” (133). Bu çalışmada madde-toplam korelasyon değeri sınır olarak 0,30 değeri alındı. Madde-toplam korelasyon değeri <0,30 olan önermeler ölçekten çıkarıldı.

3.13.4. Temel Bileşenler Analizi

ÖRSO-ÖA’nın faktör özelliklerini görmek ve madde çıkarma amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme metodu kullanıldı. Maddenin belli bir faktöre yüklenmesi için iki kriter aranmasına karar verildi. Birincisi; maddelerin yüklendikleri faktörlerde yük değerlerinin arasındaki farkın 0,10’dan fazla olmasıdır. İkincisi ise faktör yük değerinin en az 0,40 olmasıdır (134–136). Eğer maddenin yüklendiğı faktörlerde yük değerlerinin arasındaki fark 0,10’dan az ise “binişik madde” olarak adlandırılır ve çıkarılması

gerekir (137,138). Maddelerin bir faktöre dâhil edilmesi için sınır madde yük değeri bazı kaynaklarda en az 0,30, bazı kaynaklarda en az 0,32 bildirilmiştir (135,139). Bazı kaynaklarda ise 0,40 ya da daha yüksek olması gerektiği bildirilir (140). Bunların dışında faktör analizinde döndürme yapılmasına rağmen bir madde bir faktörde tek başına yüklendiyse o madde ölçekten çıkarılabilir. Thurstone'a göre bir faktör altında en az üç madde bulunmalıdır (139). Bütün bunlar göz önünde bulundurularak 0,10'dan daha az bir farkla 1'den fazla faktörde yük değeri taşıyan, faktör yük değeri 0,40'tan daha düşük faktör yük değerine sahip olan maddeler ve en az 3 maddeden oluşmayan faktörler ölçekten çıkarıldı.

3.13.5. Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin yapı geçerliği analizleri için açımlayıcı faktör analizi (AFA) gerçekleştirildi. AFA için verilerin uygunluğu örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek üzere Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve önermelerin birbirleri ile korele olup olmadığını belirlemek üzere Bartlett Sphericity Testi yapıldı. KMO değeri değerlendirmesi şu şekildedir; “0,50'ten düşük olması durumunda faktör analizi yapılamaz, 0,50-0,60 arasındaysa kötü, 0,60-0,70 arasındaysa zayıf, 0,70-0,80 arasındaysa orta, 0,80-0,90 arasındaysa iyi, 0,90 üzerindeyse mükemmel” olduğu yorumu yapılır (141). Bartlett Sphericity Testi önermeler arasındaki korelasyonun yeterlilik durumunu ölçer. Bu analizde $p < 0,05$ ise veriler faktör analizi yapmaya elverişlidir.

Faktör analizi yapılırken döndürme yöntemi seçmeden devam edilebileceği gibi faktörler birbirinden bağımsızsa Varimax, Quartimax ve Equamax gibi dik döndürme yöntemleri de tercih edilebilir. Direct Oblimin ve Promax eğik döndürme yöntemleri faktörler birbirleriyle ilişkiliyse yapılır. Faktörler döndürme ile birlikte birbirleriyle ilişkili olan maddeler döndürme ile faktörlere daha kolay dağılırlar ve daha iyi yorum yapılabilir duruma gelirler (142). Bu çalışmada en sık kullanılan Varimax döndürme yöntemi seçildi.

Faktörleri oluşturma aşamasında Eigenvalue (özdeğer), faktör analizinde ortaya çıkan faktörlerin ne ölçüde ölçülmek istenen özelliği temsil ettiğini ortaya koymakta ve özdeğeri daha yüksek olan bir faktör ölçülmek istenen özelliğin daha

büyük bir kısmını açıklamaktadır (143). Özdeğer faktör yüklerinin kareleri toplamı ile hesaplanır ve bir faktörün açıkladığı varyansın oranının belirlenmesinde ve kaç faktör kabul edileceğini belirlemede bakılan bir değerdir (142). Bu araştırmada faktörlerin özdeğeri 1'den büyük olmasına karar verildi.

Scree Plot (yamaç eğim grafiği) faktör sayısını gösteren X ve özdeğerleri gösteren Y ekseninden meydana gelir. Özdeğeri 1'den büyük olan faktörlerin kalması kabul edilir (143). Özdeğeri 1'den büyük faktörlerden sonra grafik düz çizmeye başlar.

3.13.6. Cronbach Alfa Katsayısı

ÖRSO-ÖA güvenirlik çalışmaları için iç tutarlılık kat sayısına bakılmıştır. Cronbach Alfa katsayısının yüksek olması geçerlilik adına önemli bir gösterge olmasının yanı sıra örneklemin kendi içinde homojen olduğunun ve ölçek maddelerinin birbirleriyle uyumlu olduğunu göstermektedir (138). İç tutarlılık katsayısının yorumlanması “0,40’ın altında ise güvenilir değil, 0,40-0,59 arası ise düşük güvenirliğe sahip, 0,60-0,79 arasında güvenilir ve 0,80-1,00 arasında ise yüksek güvenirliğe sahip” şeklinde yapılabilir (144).

3.13.7. Yarıya Bölme Yöntemi

Bu yöntemde ölçek rastgele ikiye bölünerek bu iki yarının birbiri ile korelasyonu hesaplanarak güvenirlik tahmin edilmeye çalışılır. Ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı, Spearman–Brown katsayısı hesaplandı (145).

3.13.8. Tukey’s Test of Additivity

Ölçek puanının toplanabilir olup olmadığını değerlendirmek için Tukey’s nonadditivity testi uygulanmıştır. Bu testin değerlendirmesinde $p < 0,05$ ise testin maddelerinden elde edilen puanların tümünün toplanabilir ve tek bir puan elde edilebilir yorumu yapılır (144).

3.13.9. Hotelling's T-Squared Testi

Hotelling's T-Squared analizi ölçülmek istenen özelliğin geliştirilen ölçüm aracı ile iyi bir şekilde ölçülüp ölçülemeyeceğini tespit etmek amacıyla yapılır. Ölçüm aracının etkili bir şekilde ölçtüğünü, özgün ve homojen olduğunu belirtmek için $p < 0,05$ olması gerekmektedir (144). Hotelling's T-Squared testi ile madde/soru ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığı, soruların denekler tarafından aynı yaklaşım ile algılanıp algılanmadığını, soruların zorluk derecelerinin birbirine eşit olup olmadığı ortaya konulur. Diğer bir anlatım ile soruların ölçme yeteneklerinin birbirine yakın ve normal dağılım formunda bir yapıda olup olmadıklarını değerlendirmeyi amaçlar. Sorular hedef toplum tarafından benzer biçimde sonuçlar verecek şekilde hazırlanmalıdır. Ölçek bir değerlendirme ölçeği ise %75'i orta zorlukta %12,5'i kolay, %12,5'i de zor nitelikte olmalıdır (146).

3.13.10. Interclass Correlation Coefficient

Interclass Correlation Coefficient analizi ölçüm aracındaki maddelerin sıralanma şekli, yapı geçerliliği ve güvenilirliği hakkında bilgiler verir. Önergelerin sıralanması ve yapı özellikleri $p < 0,05$ durumunda uygundur (144).

3.13.11. Diğer Analizler

Ölçüm aracının geçerlik ve güvenilirliği çalışıldıktan sonra ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları cinsiyete, bölüme, ruh hastalığı tanısına sahip olup olmama durumuna ve ailesinde veya yakın çevresinde ruh hastalığı tanısı olup olmama durumuna göre değerlendirildi. Bunun için Kolmogrov-Smirnov testi ile normalite testleri yapıldı ve ardından Kruskal Wallis, Mann Whitney-U ile istatistiksel analizler yapıldı. Araştırmamızda yer alan öğretmen adayları 8 bölüme dağılmış şekildeydi. Değerlendirme kolaylığı sağlamak amacıyla için Sınıf Öğretmenliği Bölümü bir grup, Özel Eğitim Öğretmenliği Bölümü ile Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümü birleştirilip bir grup ve geri kalan branş öğretmenliği bölümleri ise bir grup olmak üzere 3 grup olarak sınıflandırıldı. İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.14. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçe kalemleri anket ve ölçek formunun fotokopi ücreti ile tezin basım ücretinden oluşmakta idi. Gerekli bütçe araştırmacılar tarafından karşılandı. Giderler; anket fotokopi gideri için 200 TL, tez basımı için yaklaşık 400 TL şeklinde idi.

3.15. Araştırmanın Kısıtlılıkları

ÖRSO-ÖA ile RSO'nun özbildirime dayalı olarak değerlendirilmiş olması ölçeğin bir kısıtlılığı olarak belirtilebilir. Özbildirime dayalı maddelerde kişiler kendilerine en yakın olan seçenekleri işaretlemişlerdir. Bu durum davranışları her zaman doğru ifade etmeyebilir.

RSO kavramı farklı bileşenlerden meydana geldiği için ölçek madde sayısının sayıca fazla olması durumu ortaya çıkmıştır. Bu durum katılımcıların ölçek üzerindeki ilgilerinin azalmasına neden olmuş olabilir.

Araştırma örneklemi Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi 4. sınıf öğrencilerinden olan 510 öğretmen adayından oluşmaktadır. Araştırmanın tek üniversitede gerçekleştirilmiş olması önemli bir kısıtlılıktır. Araştırma grubumuz bir üniversitenin eğitim fakültesi 4. Sınıf öğrencilerinden oluştuğu için tüm topluma genellenemez.

Yapılan analizler sonucu ruh sağlığı bozuklukları risk faktörlerine yönelik maddeler çıkarıldı. Bu durum bu maddelerin ruh sağlığı bozukluklarının risk faktörlerine yönelik doğrudan bilgi önermeleri olduğu ve araştırma grubumuzun bu bilgilere sahip olmadığı için olmuş olabilir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tanımlayıcı bulgular bölümü araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerini, kendilerinin ve yakınlarının ruhsal hastalık tanı bilgilerini içermektedir.

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan öğretmen adaylarının %59,4'ü (303) kadın, %40,6'sı (207) erkek olup, yaş ortalaması $22,4 \pm 2,3$ idi (**Tablo 4**). Mezun oldukları liseye göre değerlendirildiğinde; %51,2'si Anadolu Lisesi, %17,1'i Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, %8,6'sı Anadolu Öğretmen lisesi, %5,7'si Düz Lise, %4,9'u Anadolu İmam Hatip Lisesi mezunu idi. Bölümlerine göre değerlendirildiğinde; %23,5'i Sınıf Öğretmenliği, %16,1'i Türkçe Öğretmenliği, %14,1'i İngilizce Öğretmenliği, %12,7 Fen Bilgisi Öğretmenliği idi. Araştırma grubunun tamamı birinci sınıftan itibaren Eğitim Psikolojisi dersi aldıklarını belirtti.

Araştırmaya katılan öğretmen adaylarının anne eğitim durumlarının %16,3'ü okuryazar değil, %8,2'si okuryazar, %44,1'i ilkokul mezunu idi. Araştırma grubunun baba eğitim durumlarının %2,4'ü okuryazar değil, %4,1'i okuryazar, %39,8'i ilkokul mezunu idi.

Tablo 4. Araştırma Grubunun Cinsiyet, Lise Bilgileri, Anne ve Baba Eğitim Durumları

Değişken		n	%
Cinsiyet	Kadın	303	59,4
	Erkek	207	40,6
Mezun Olunan Lise	Anadolu Lisesi	261	51,2
	Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	87	17,1
	Anadolu Öğretmen Lisesi	44	8,6
	Düz Lise	29	5,7
	Anadolu İmam Hatip Lisesi	25	4,9
	Sosyal Bilimler Lisesi	20	3,9
	Özel Lise	20	3,9
	Fen Lisesi	14	2,7
	Süper Lise	5	1,0
	Özel Yabancı Liseler	5	1,0
Bölüm	Sınıf Öğretmenliği	120	23,5
	Türkçe Öğretmenliği	82	16,1
	İngilizce Öğretmenliği	72	14,1
	Fen Bilgisi Öğretmenliği	65	12,7
	Psikolojik Rehberlik ve Danışmanlık	56	11,0
	Bilgisayar Öğretmenliği	51	10,0
	Resim Öğretmenliği	34	6,7
	Özel Eğitim Öğretmenliği	30	5,9
Anne Eğitim Durumu	Okuryazar değil	83	16,3
	Okuryazar	42	8,2
	İlkokul mezunu	225	44,1
	Ortaokul mezunu	63	12,4
	Lise mezunu	75	14,7
	Lisans mezunu	21	4,1
	Yüksek Lisans/Doktora mezunu	1	0,2
Baba Eğitim Durumu	Okuryazar değil	12	2,4
	Okuryazar	21	4,1
	İlkokul mezunu	203	39,8
	Ortaokul mezunu	102	20,0
	Lise mezunu	97	19,0
	Lisans mezunu	70	13,7
	Yüksek Lisans/Doktora mezunu	5	1,0
Toplam		510	100,0

4.1.2. Araştırma Grubunun ve Yakınlarının Ruh Hastalığı Tanısı Durumları

Araştırma grubunun şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruhsal hastalık tanısı olup olmadığı sorgulandığında %93,5'i (477) "Yok" , %6,5'i (33) ise "Var" yanıtını verdi (**Tablo 5**). Bu tanımlar sıklık sırasına göre kaygı bozuklukları

(10), depresyon (8), panik atak (5), bipolar bozukluk (4), obsesif kompulsif bozukluk (2) şeklindeydi. Araştırma grubunun ailesinde ya da yakın çevresinde şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruhsal hastalık tanısı olup olmadığı sorgulandığında; %86,7'si (442) “Yok”, %13,3'ü (68) ise “Var” olarak belirtti (**Tablo 5**). Bu tanıları alan yakınlar genellikle anne, baba, kardeş ve kuzen olarak belirtildi.

Tablo 5.Araştırma Grubunun, Ailesinin veya Yakın Çevresinin Ruh Hastalığı Tanısı Durumu

		n	%
Araştırma Grubunun Ruh Hastalığı Tanısı Durumu	Var	33	6,5
	Yok	477	93,5
Araştırma Grubunun Ailesinin veya Yakın Çevresinin Ruh Hastalığı Tanısı Durumu	Var	68	13,3
	Yok	442	86,7
Toplam		510	100,0

4.2. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Kapsam Geçerliliği

Oluşturulan 90 maddelik madde havuzu; uzman görüşüne başvurularak kapsam geçerliliği kontrolü açısından 1 Halk Sağlığı Profesörü, 1 Psikiyatri Doçenti ve 2 Psikolojik, Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü Doçenti'ne bir form şeklinde sunuldu (**EK-C**). Uzmanlardan ölçek maddelerinin konuyla ilgisini, gerekliliğini, açık olmasını ve özgüllüğünü değerlendirmeleri istendi. Kapsam geçerliliği formu için Davis Tekniği kullanıldı (128).

Geliştirmek istediğimiz “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” için oluşturduğumuz madde havuzundaki 90 madde için tek tek Kapsam Geçerlilik İndeksi değerlendirilerek, 0,80'den daha düşük olan maddeler tespit edildi. Uzmanların nitel görüşü doğrultusunda bazıları birleştirildi, değişiklikler ve eklemeler yapıldı. Son aşamada madde havuzu 50 madde ile sınırlandırıldı.

4.3. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Madde Analizi

Oluşturulan 50 maddelik “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Ölçeği” uygulandıktan sonra ölçekteki her bir maddenin ayırt edebilme gücünü tespit etmek için %27'lik alt ve %27'lik üst grubun ortalamalarının farkına yönelik analizler yapıldı. Araştırma grubu olan 510 kişinin toplam ölçek puanları en yüksekten en düşüğe doğru sıralandı. Sıralamada en düşük puanı alan 138 kişi

%27'lik alt grubu ve en yüksek puanı alan 138 kişi ise %27'lik üst grup olarak oluşturdu. Alt ve üst gruptaki katılımcıların her madde için cevaplarının normal dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi yapıldı ($p<0,001$). Normal dağılım göstermedikleri belirlendikten sonra üst ve alt puan dağılımları Mann Whitney-U kullanılarak karşılaştırıldı.

Alt ve üst grup ortalamaları Mann Whitney-U bulgularına göre öğretmen adaylarının her bir madde için puan ortalamalarının önemli farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,001$) (**Tablo 6**). Bu bulgulara göre, her bir maddenin ölçmek istediğı özelliğı iyi bir şekilde ölçtüğü ve ayırt etme gücü yeterli olduğu için hepsinin kalmasına karar verildi.

Madde-toplam korelasyon değeri incelenerek yapılan madde analiz yöntemine göre, 0,30 değerinden daha düşük korelasyon değerine sahip olan Madde 9, Madde 10, Madde 28, Madde 32, Madde 43, Madde 7, Madde 8, Madde 11, Madde 12 ve Madde 13 çıkarıldı (**Tablo 6**).

Tablo 6. Madde-Toplam Puan Korelasyon Değeri ve %27'lik Alt-Üst Grup Ortalama Farkı

Madde	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Alt-üst grup analizi (Z)	Alt-üst grup analizi (p*)
M1	0,374	-8,459	<0,001
M2	0,446	-9,632	<0,001
M3	0,463	-9,060	<0,001
M4	0,432	-9,382	<0,001
M5	0,465	-9,620	<0,001
M6	0,420	-9,821	<0,001
M7	0,274**	-5,381	<0,001
M8	0,153**	-5,261	<0,001
M9	0,219**	-6,736	<0,001
M10	0,223**	-6,391	<0,001
M11	0,164**	-6,331	<0,001
M12	0,180**	-6,666	<0,001
M13	0,253**	-8,716	<0,001
M14	0,361	-9,552	<0,001
M15	0,562	-11,159	<0,001
M16	0,533	-11,222	<0,001
M17	0,513	-9,996	<0,001
M18	0,554	-11,528	<0,001
M19	0,417	-8,073	<0,001
M20	0,541	-11,411	<0,001
M21	0,540	-11,529	<0,001
M22	0,552	-11,538	<0,001
M23	0,498	-11,464	<0,001
M24	0,510	-10,745	<0,001
M25	0,505	-9,716	<0,001
M26	0,560	-11,395	<0,001
M27	0,507	-10,849	<0,001
M28	0,164**	-5,511	<0,001
M29	0,398	-8,824	<0,001
M30	0,473	-9,870	<0,001
M31	0,429	-8,773	<0,001
M32	0,185**	-5,447	<0,001
M33	0,363	-6,900	<0,001
M34	0,356	-7,382	<0,001
M35	0,499	-10,668	<0,001
M36	0,448	-9,387	<0,001
M37	0,374	-9,002	<0,001
M38	0,391	-8,937	<0,001
M39	0,468	-9,672	<0,001
M40	0,591	-11,747	<0,001
M41	0,499	-10,578	<0,001
M42	0,477	-10,300	<0,001
M43	0,173**	-5,028	<0,001
M44	0,515	-10,676	<0,001
M45	0,445	-9,872	<0,001
M46	0,511	-10,849	<0,001
M47	0,493	-10,600	<0,001
M48	0,557	-11,363	<0,001
M49	0,456	-10,169	<0,001
M50	0,399	-9,936	<0,001

*Mann Whitney-U test ** Çıkarılan Maddeler (< 0,30)

4.4. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Temel Bileşenler Analizi

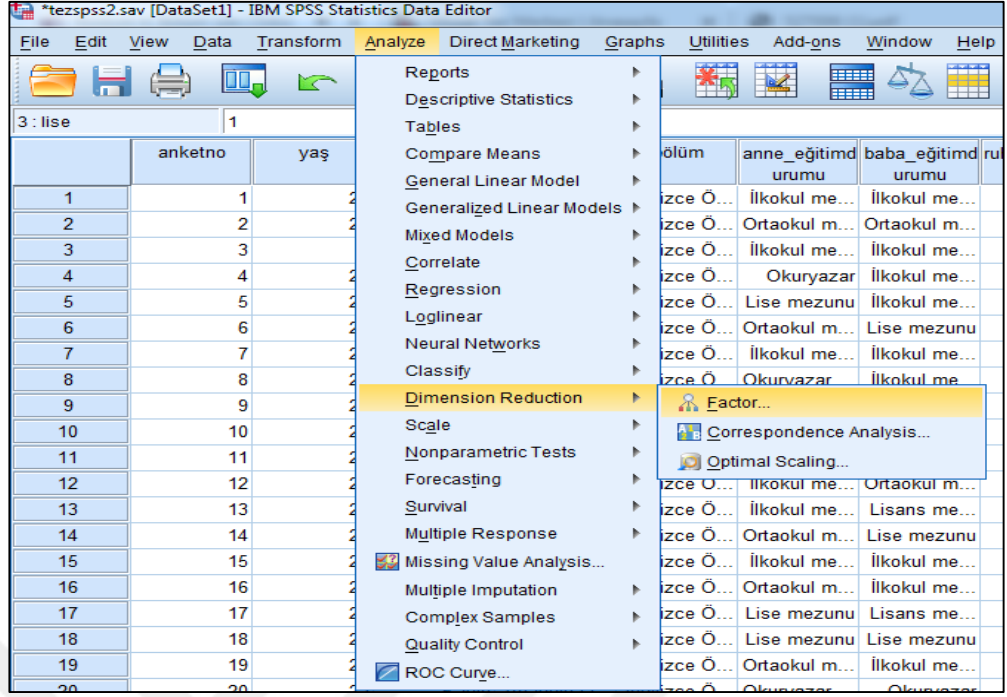
ÖRSO-ÖA'nın faktör özelliklerini belirlemek için kalan 40 maddeye faktör analizi yapıldı ve Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi tercih edildi. Analiz sonucu 0,10'dan daha az bir farkla birden fazla faktörde yük değeri taşıyan, faktör yük değeri 0,40'tan daha düşük olan maddeler ve en az 3 maddeden oluşmayan faktörler ölçekten çıkarıldı. İlk yapılan temel bileşenler analizinde binişik olma şartlarını sağlayan Madde 33, Madde 18, Madde 26 ve 0,40'dan daha düşük bir faktör yük değerine sahip Madde 25 ve Madde 34'ün ölçekten çıkarılmasına karar verildi. Daha sonra analiz tekrarlandı ve binişik madde olduğu için sırasıyla Madde 16, Madde 17 ve Madde 15 ölçekten çıkarıldı. Bu haliyle 8. faktöre sadece Madde 14 ve Madde 19 yüklendiği için her faktörde 3 madde olması adına bu faktör de çıkarıldı.

4.5. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Açımlayıcı Faktör Analizi

ÖRSO-ÖA geçerlik çalışması için madde analizi ve temel bileşenler analizi ile maddeler seçildikten sonra AFA yapıldı.

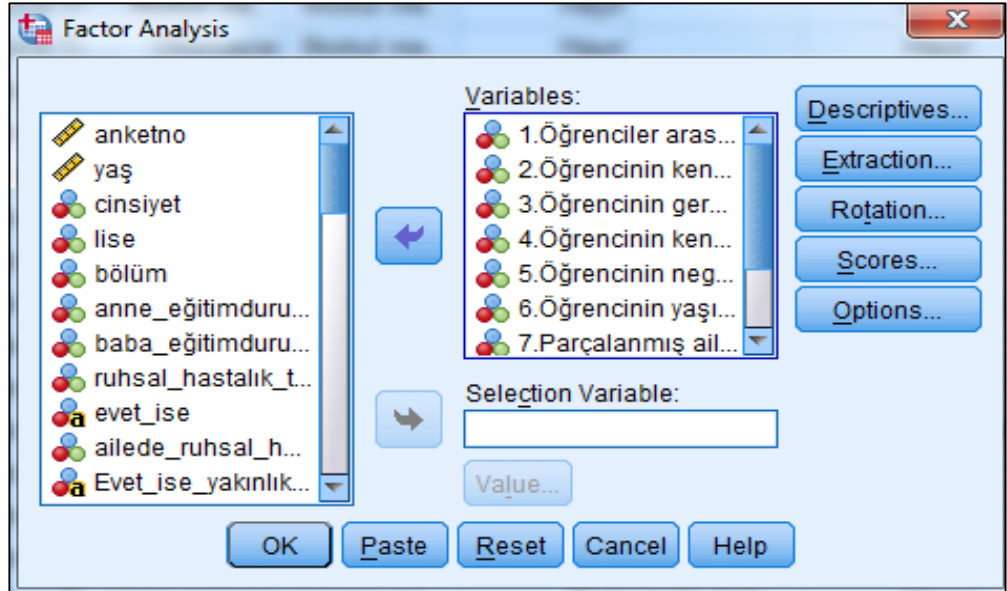
4.5.1.“Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Açımlayıcı Faktör Analizi SPSS Uygulaması

IBM SPSS paket programda açıklayıcı faktör analizinin yapım aşamaları şekiller aracılığıyla adım adım açıklandı. IBM SPSS paket programında “Analyze” menüsünden “Dimension Reduction” ve ardından da “Factor” butonu seçildi (**Şekil 1**).



Şekil 1. IBM SPSS Paket Programında Faktör Analizi

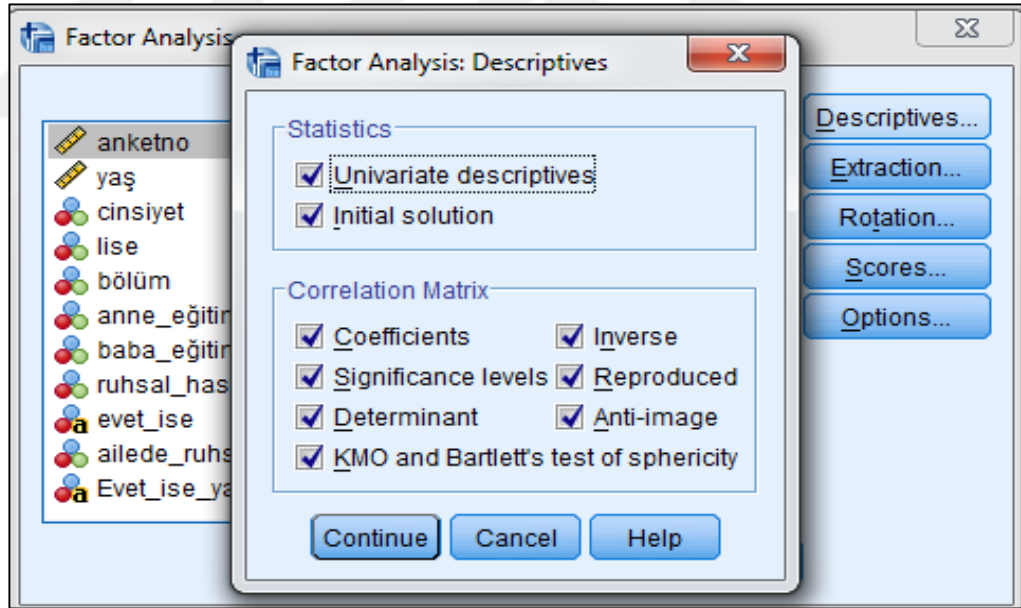
Birinci aşamadan sonra açılan penceredenölçek maddeleri “Variables” kutusuna aktarıldı (Şekil 2).



Şekil 2. Veri Kümesinin Seçilmesi

Bir sonraki aşamada “Descriptives” butonu seçildi ve açılan pencereden “Statistics” kısmından ortalama, standart sapma ve varyans hesaplanmasını sağlayan “Univariate descriptives”, “Initial solution” seçildi (Şekil 3).

“Correlation Matrix” kısmından ise korelasyon matrisinin katsayılarını veren “Coefficients”, korelasyon matrisinin anlamlılık düzeyini görmemizi sağlayan “Significance Levels”, korelasyon matrisinin determinantını gösteren “Determinant” seçildi. “KMO and Bartlett’s test of sphericity” testleri işaretlenerek örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını ölçen Kaiser-Meyer-Olkin ve veriler arasındaki korelasyonları ölçen Bartlett Küresellik Testi’nin değeri görmek amaçlandı. Korelasyon matrisinin tersini görmemizi sağlayan “Inverse”, yeniden üretilmiş korelasyon matrisini veren “Reproduced” ve anti-image korelasyon katsayıları matrisini veren “Anti-image” seçeneği işaretlendi. Daha sonra “Continue” ile Descriptives işlemi tamamlandı (Şekil 3).

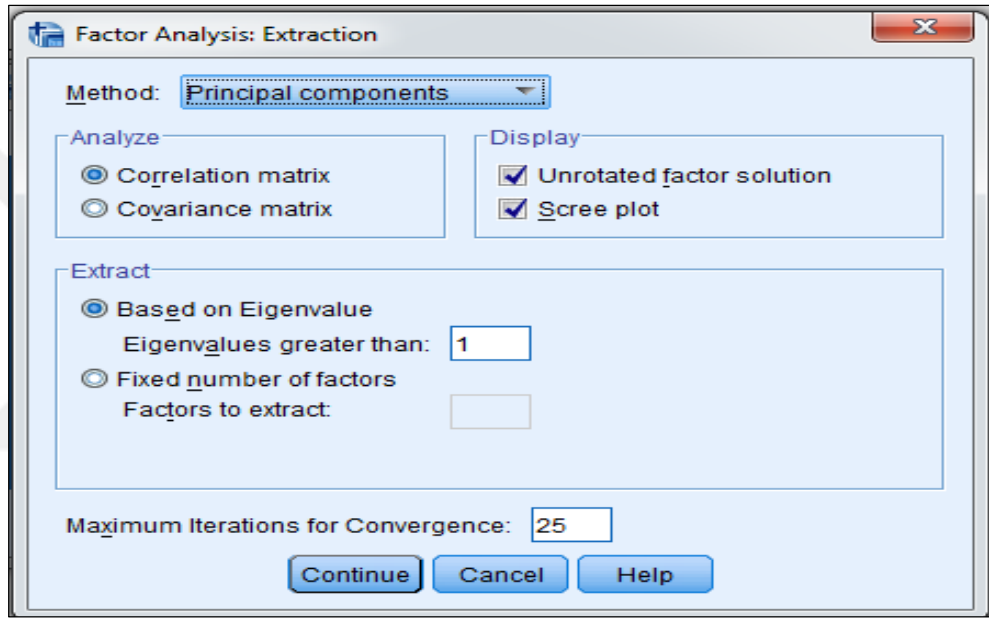


Şekil 3. Faktör Analizinde Tanımlayıcı İstatistik Seçenekleri

Faktörleri oluşturmamızı sağlayan “Extraction” butonuna geçildi ve 7 seçenekten temel bileşenler yöntemi olan “Principal components” seçildi. “Analyze” kutucuğunda korelasyon matrisini veren “Correlation matrix” seçildi. “Display” kutucuğunda yer alan faktörlerin döndürme yapmadan önceki faktör çözümünü veren

“Unrotated factor solution” ve faktörleri bir çizgi grafiği şeklinde görmemizi sağlayan “Screeplot” seçildi (Şekil 4).

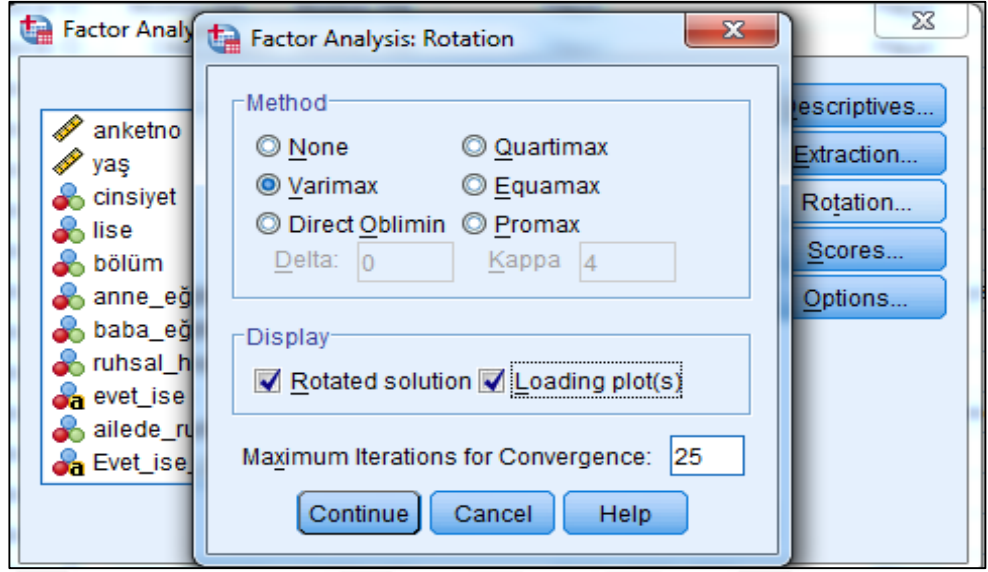
Extract kutucuğunda “Based on Eigenvalue” seçeneği işaretlendi. Bu seçenikle “Eigenvalues greater than 1” kabul edildi. Kaç iterasyon yapılacağını belirten “Maximum Iterations for Convergence” seçeneği SPSS’in kendi belirlemiş olduğu 25 olarak kabul edildi. Bütün bu seçenekler belirlendikten sonra “Continue” ile devam edildi (Şekil 4).



Şekil 4. Faktör Analizinde Faktörleri Oluşturma Aşaması

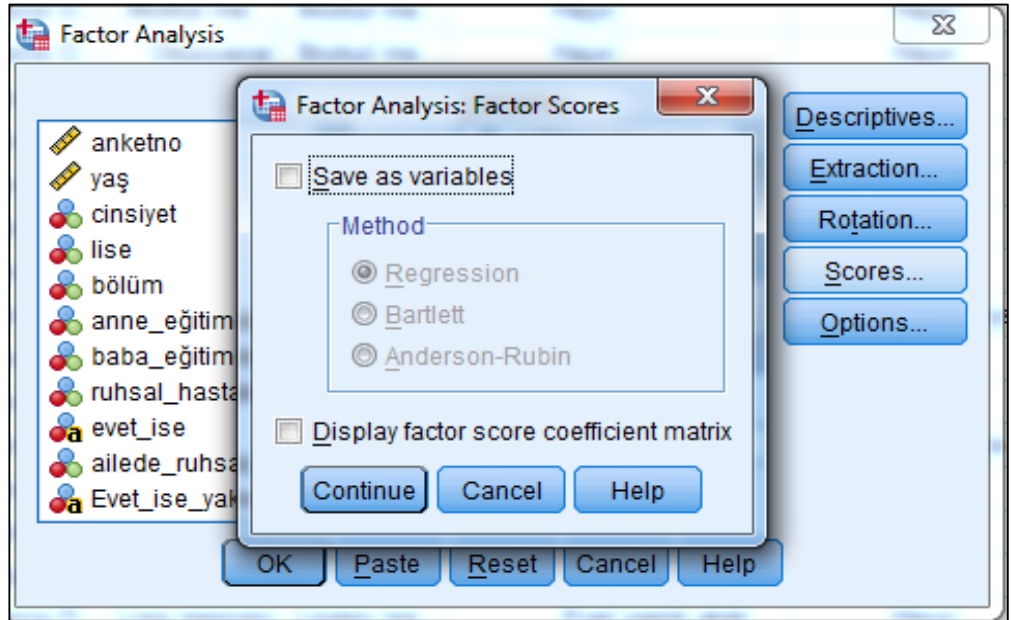
“Rotation” seçeneği seçildi: “Method” kutucuğunda yer alan Varimax döndürme seçildi (Şekil 5).

“Display” kutucuğunda: faktörleri döndürme yaptıktan sonra gösteren “Rotated solution” ve faktör yüklerini gösteren “Loading plot(s)” işaretlendi. “Maximum Iterations for Convergence” IBM SPSS paket programında belirtilen 25 olarak seçildi. “Continue” seçilerek bir sonraki adıma geçildi (Şekil 5).



Şekil 5. Faktör Analizinde Faktör Rotasyon Aşaması

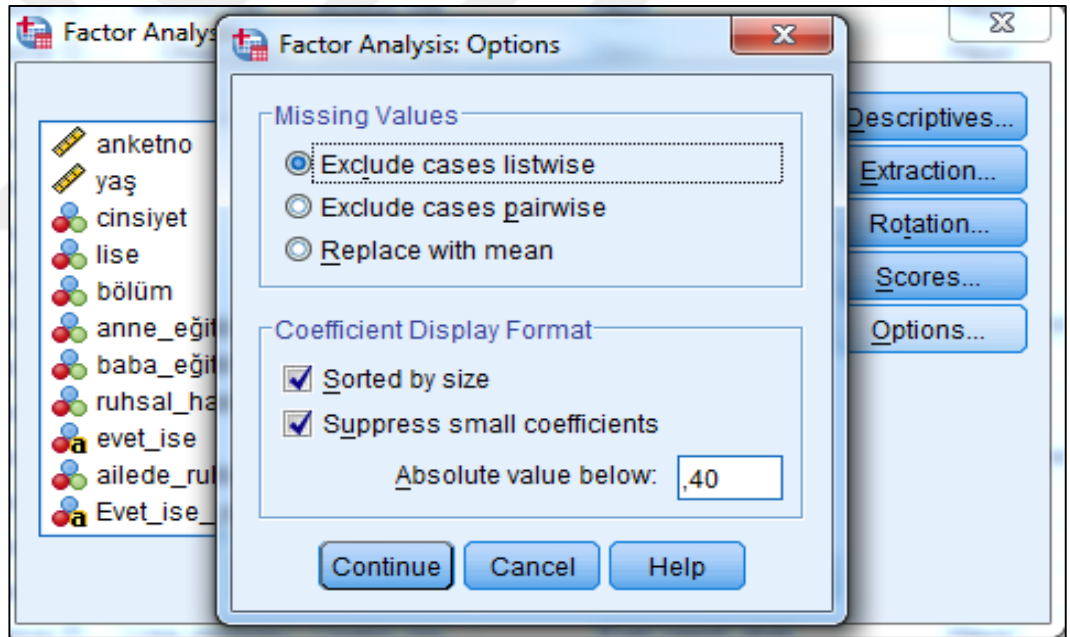
“Factor Scores” seçeneği faktör skor katsayıları matrisi elde edilmesine yarar. Burada “Save as variables” ve “Display factor score coefficient” seçenekleri bulunur. Bu çalışmada faktörlerin skorlarını kaydetmeye gerek duyulmamıştır. “Continue” ile işleme devam edilir (Şekil 6).



Şekil 6. Faktör Analizinde Faktör Skorları Bulma Aşaması

Son aşamada “Options” butonunda “MissingValues” kutucuğunda yer alan eksik veri varsa göz ardı edilmesine yarayan “Exclude cases listwise”, eksik verilerin yerine en çok tekrar eden değeri alan “Exclude cases pairwise” ve eksik veri yerine verilerin ortalama değerini alan “Replace with mean” seçeneği yer alır. Bu çalışmada eksik veri yer almadığı için herhangi bir seçenek işaretlenmedi (Şekil 7).

“Coefficient Display Format” kutucuğunda katsayıları büyüklük sırasına göre sıralayan “Sorted by size” seçeneği işaretlendi. Faktör yük değerlerini belirlenen değerden küçük olanları göstermeyen “Suppress small coefficients” seçildi. Bu çalışmada 0,40’tan düşük olan faktör yük değerlerinin gösterilmemesi tercih edildi. “Continue” ile “Factor Analysis” sayfasına dönüldü. “OK” seçeneği ile çıktılar elde edildi (Şekil 7).



Şekil 7. Faktör Analizi: Seçenekler

4.5.2. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Açımlayıcı Faktör Analizi

ÖRSO-ÖA yapı geçerliği analizleri için açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapıldı. Kalan 30 maddeye Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi uygulandı. Bu araştırmada KMO değerinin 0,913 olması, örneklem büyüklüğünün

yeterli olduğunu gösterdi. Bartlett Küresellik Testi ile önermeler arasında anlamlı düzeyde korelasyonlar bulunduğu ve verilerin faktör analizi yapmak yeterli uygunlukta olduğu sonucuna ulaşıldı (χ^2 : 8775,284 sd:780, $p<0,001$) (**Tablo 7**).

Tablo 7. Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Faktör Analizine Uygunluğuna Yönelik Veriler

Kaiser Mayer Olkin (KMO)		0,913
Bartlett Sphericity Testi	χ^2	8775,284
	sd	780
	P	<0,001

Ölçekte kalan 30 maddeye ilişkin yapılan AFA'ya göre ölçeğin özdeğeri 1'den büyük 7 faktörden meydana geldiği görüldü. Oluşan 7 faktörlü ÖRSO-ÖA maddeleri yük değerlerinin 0,821-0,537 aralığında olduğu görüldü (**Tablo 8**).

Tablo 8. Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Maddelerinin Yük Değerleri

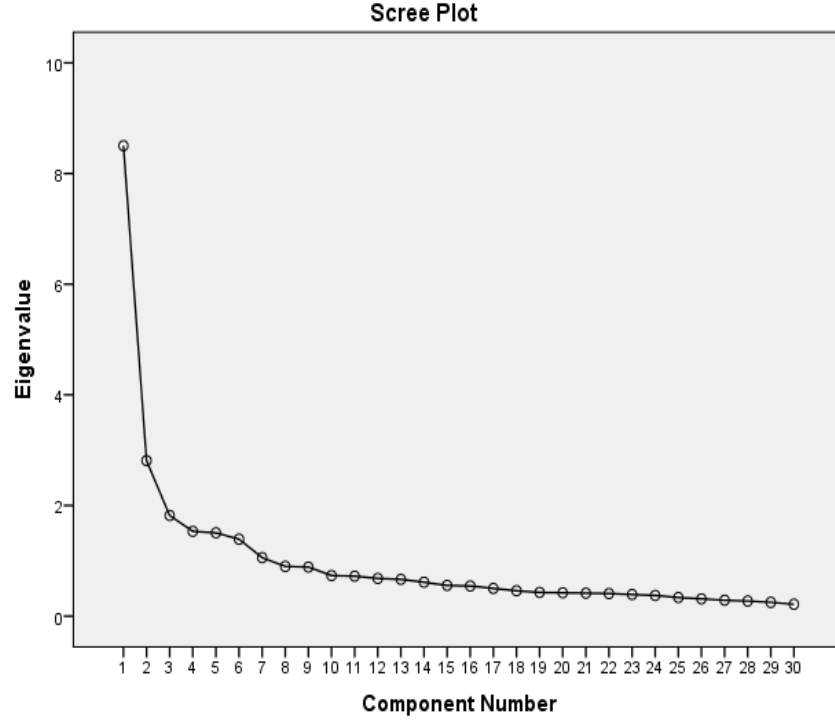
Madde	Faktörler						
	1	2	3	4	5	6	7
M22	0,758						
M20	0,756						
M23	0,750						
M21	0,717						
M24	0,635						
M27	0,569						
M2		0,800					
M4		0,768					
M1		0,708					
M5		0,696					
M6		0,657					
M3		0,557					
M45			0,803				
M46			0,801				
M44			0,756				
M40				0,680			
M42				0,675			
M41				0,672			
M39				0,667			
M31					0,821		
M30					0,813		
M29					0,812		
M50						0,753	
M49						0,739	
M48						0,627	
M47						0,537	
M35							0,720
M37							0,690
M36							0,644
M38							0,594

Ölçeğe ait AFA bulgularında, özdeğeri 1'den büyük olan yedi faktörden meydana geldiği ve açıklanan toplam varyansın %62,072 olduğu görüldü. DeVellis'in faktör analizi sonucu açıklanan toplam varyansın en az %40 olması gerektiği şartı sağlandı (134). Özdeğeri 8,504 olan Faktör 1 "*Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma*" olarak adlandırıldı ve ortak faktör varyansı %28,345 idi. Faktör 2'nin özdeğeri 2,812, ortak faktör varyansı %9,373 idi ve "*Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme*" olarak adlandırıldı. Faktör 3 özdeğeri 1,819, ortak faktör varyansı %6,065 idi ve "*Yasal Durumları Yönetme*" olarak adlandırıldı. Faktör 4 ise özdeğeri 1,533, ortak faktör varyansı %5,109 idi ve "*Sosyal Sorunları Yönetme*" olarak adlandırıldı. "*Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme*" olarak adlandırılan Faktör 5, 1,505 özdeğere, %5,018 ortak faktör varyansına sahipti. Faktör 6 "*Profesyonel Yardım*" olarak adlandırıldı, özdeğeri 1,391 ve ortak faktör varyansı %4,636 idi. Faktör 7 "*Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma*" şeklinde isimlendirildi ve 1,058 özdeğere ve %3,525'e sahipti (**Tablo 9**).

Tablo 9. Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Faktör Yapıları

Faktörlerin Adlandırması	Maddeler	Özdeğeri	Varyans Oranı(%)
Faktör 1: Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma	22.Saldırgan davranışlar sergileyen öğrenciyi fark ederim 20.Sürekli mutsuzluk hali, ağlama nöbetleri, isteksizlik gibi belirtileri bulunan (depresyon) öğrenciyi fark ederim 23.Aşırı hareketliliği bulunan öğrenciyi fark ederim 21.Kurallara karşı gelen öğrenciyi fark ederim 24.Okuma, matematik ve yazılı anlatımın beklenenin önemli ölçüde altında olan öğrenciyi fark ederim 27.Öğrenciler arasında akran zorbalığı durumunu fark ederim	8,504	28,345
Faktör 2: Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme	2.Öğrencinin kendine güvenini desteklerim 4.Öğrencinin kendi kararlarını oluşturmaya destek veririm 1.Öğrenciler arasında arkadaşlık ilişkilerini geliştirmeye çalışırım 5.Öğrencinin negatif duygularla baş etmesine yardımcı olurum 6.Öğrencinin yaşına ve kapasitesine uygun görevler veririm 3.Öğrencinin gerçeklikle bağlantı kopukluğunu ayırt ederim	2,812	9,373
Faktör 3: Yasal Durumları Yönetme	45.Madde kullanan öğrenciyi fark ettiğimde izlemem gereken adımları biliyorum 46.Şiddete maruz kalan öğrenci ile karşılaştığımda izlemem gereken adımları biliyorum 44.İhmal edilmiş öğrenciyi fark ettiğimde izlemem gereken adımları biliyorum	1,819	6,065
Faktör 4: Sosyal Sorunları Yönetme	40.Okulda damgalanma (aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya negatif bir davranış sergilenmesi) yaşandığında durumu yönetirim 42.Saldırgan davranışlar sergilenen durumları nasıl yöneteceğimi biliyorum 41.Kurallara karşı gelen öğrenciyi nasıl yöneteceğimi biliyorum 39.Akran zorbalığı durumunu yönetirim	1,533	5,109
Faktör 5: Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme	31.Alkol kullanan öğrenciyi fark ederim 29.Sigara kullanan öğrenciyi fark ederim 30.Madde kullanan öğrenciyi fark ederim	1,505	5,018
Faktör 6: Profesyonel Yardım	50.Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenciyi uzmana yönlendiririm 49.Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenciyi rehberlik ve psikolojik danışma servisine yönlendiririm 48.Öğrenci ruh sağlığı ile ilgili velilerle etkili iletişim kurarım 47.Sigara kullanan öğrenciyi sigara zararları hakkında aydınlatırım	1,391	4,636
Faktör 7: Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma	35.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili konularda bilgi kaynaklarına ulaşırım 36.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili ulaştığım bilgilerin bilimsel olup olmadığını ayırırım 37.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili kitap okumam 38.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili yayınlanan güncel kılavuzları takip ederim	1,058	3,525
ÖRSO-ÖA		%62,072	

Scree Plot'ta (yamaç eğim grafiği) özdeğeri 1'den büyük 7 faktörden sonra çizginin düz bir şekilde devam ettiği yani eğimin azaldığı olduğu görüldü (**Şekil 8**).



Şekil 8. Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Yamaç Eğim Grafiği

Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği maddelerinin ortalama ve standart sapmaları (SS) faktörleriyle birlikte gösterilmiştir (**Tablo 10**).

Tablo 10. ÖRSO-ÖA Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Madde	Ortalama±SS
Faktör 1:	
Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma Becerisi	
22.Saldırgan davranışlar sergileyen öğrenciyi fark ederim	4,56±0,55
20.Sürekli mutsuzluk hali, ağlama nöbetleri, isteksizlik gibi belirtileri bulunan (depresyon) öğrenciyi fark ederim	4,35±0,63
23.Aşırı hareketliliği bulunan öğrenciyi fark ederim	4,47±0,64
21.Kurallara karşı gelen öğrenciyi fark ederim	4,49±0,56
24.Okuma, matematik ve yazılı anlatımın beklenenin önemli ölçüde altında olan öğrenciyi fark ederim	4,32±0,73
27.Öğrenciler arasında akran zorbalığı durumunu fark ederim	4,21±0,56
Faktör 2:	
Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme	
2.Öğrencinin kendine güvenini desteklerim	4,68±0,57
4.Öğrencinin kendi kararlarını oluşturmaya destek veririm	4,55±0,62
1.Öğrenciler arasında arkadaşlık ilişkilerini geliştirmeye çalışırım	4,54±0,64
5.Öğrencinin negatif duygularla baş etmesine yardımcı olurum	4,43±0,65
6.Öğrencinin yaşına ve kapasitesine uygun görevler veririm	4,49±0,62
3.Öğrencinin gerçeklikle bağlantı kopukluğunu ayırt ederim	4,11±0,69
Faktör 3:	
Yasal Durumları Yönetme	
45.Madde kullanan öğrenciyi fark ettiğimde izlemem gereken adımları biliyorum	3,74±0,94
46.Şiddete maruz kalan öğrenci ile karşılaştığımda izlemem gereken adımları biliyorum	3,91±0,87
44.İhmal edilmiş öğrenciyi fark ettiğimde izlemem gereken adımları biliyorum	3,95±0,87
Faktör 4:	
Sosyal Sorunları Yönetme	
40.Okulda damgalanma (aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya negatif bir davranış sergilenmesi) yaşandığında durumu yönetirim	4,14±0,72
42.Saldırgan davranışlar sergilenen durumları nasıl yöneteceğimi biliyorum	3,95±0,78
41.Kurallara karşı gelen öğrenciyi nasıl yöneteceğimi biliyorum	4,01±0,72
39.Akran zorbalığı durumunu yönetirim	3,90±0,78
Faktör 5:	
Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme	
31.Alkol kullanan öğrenciyi fark ederim	3,73±0,90
29.Sigara kullanan öğrenciyi fark ederim	3,95±0,85
30.Madde kullanan öğrenciyi fark ederim	3,90±0,86
Faktör 6:	
Profesyonel Yardım	
50.Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenciyi uzmana yönlendiririm	4,52±0,73
49.Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenciyi rehberlik ve psikolojik danışma servisine yönlendiririm	4,56±0,67
48.Öğrenci ruh sağlığı ile ilgili velilerle etkili iletişim kurarım	4,39±0,69
47.Sigara kullanan öğrenciyi sigara zararları hakkında aydınlatırım	4,37±0,72
Faktör 7:	
Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma	
35.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili konularda bilgi kaynaklarına ulaşırım	4,06±0,80
36.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili ulaştığım bilgilerin bilimsel olup olmadığını ayırırım	3,92±0,85
37.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili kitap okumam	3,97±0,96
38.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili yayınlanan güncel kılavuzları takip ederim	3,90±0,97

4.6. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Ölçek güvenirlik çalışması için Cronbach Alfa katsayısı hesaplama, iki yarıya bölme, Intraclass Correlation Coefficient analizi, Hotelling’s T-Squared analizi ve Tukey’s nonadditivity testi yapıldı.

ÖRSO-ÖA iç tutarlılık katsayısı 0,908 olarak bulundu. Bu değerin 0,70’den büyük olması halinde test güvenilir olarak kabul edilebilir (137). Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri 0,762-0,843 arasında değişmekteydi (**Tablo 11**).

Tablo 11. Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyut Güvenirlikleri

Faktörler	Maddeler	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Çıkarılırsa Cronbach Alfa Değeri	Cronbach Alfa Değeri
Faktör 1: Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma Becerisi	M22	0,515	0,905	0,827
	M20	0,483	0,905	
	M23	0,470	0,905	
	M21	0,513	0,905	
	M24	0,484	0,905	
	M27	0,484	0,905	
Faktör 2: Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme	M2	0,445	0,906	0,828
	M4	0,438	0,906	
	M1	0,349	0,907	
	M5	0,470	0,905	
	M6	0,470	0,905	
	M3	0,470	0,905	
Faktör 3: Yasal Durumları Yönetme	M45	0,488	0,905	0,843
	M46	0,566	0,903	
	M44	0,543	0,904	
Faktör 4: Sosyal Sorunları Yönetme	M40	0,592	0,903	0,781
	M42	0,516	0,904	
	M41	0,544	0,904	
	M39	0,488	0,905	
Faktör 5: Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme	M31	0,488	0,905	0,827
	M30	0,511	0,904	
	M29	0,414	0,906	
Faktör 6: Profesyonel Yardım	M50	0,415	0,906	0,762
	M49	0,471	0,905	
	M48	0,581	0,903	
	M47	0,519	0,904	
Faktör 7: Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma	M35	0,501	0,905	0,691
	M37	0,349	0,908	
	M36	0,474	0,905	
	M38	0,426	0,906	
Toplam				0,908

ÖRSO-ÖA iki yarıya bölme metodunda rastgele ikiye bölünüp birbiri ile korelasyonu hesaplandı. Bu analiz sonucu; Guttman Split-Half katsayısı 0,816,

Spearman–Brown katsayısı 0,827 idi. Bu veriler ölçeğin iç tutarlılığın yüksek ve yarıya bölündüğünde iki yarının korelasyonun yüksek olduğunu gösterdi.

Ölçek puanının toplanabilir olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey’s nonadditivity testinde ölçeğin toplanabilir olmadığı görüldü ($p<0,001$ F:159,274). Ölçek alt boyutlarının minimum-maximum puanları **Tablo 12**’de gösterildiği gibiydi.

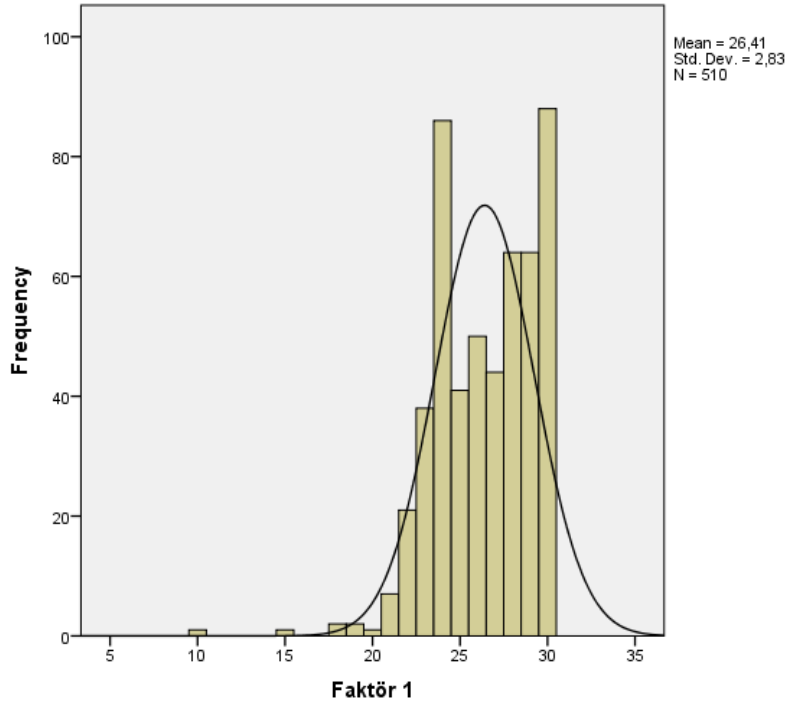
Tablo 12. Ölçek Alt Boyutlarının Minimum-Maximum Puanları

Faktörler	Minimum	Maximum
Faktör 1 Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma	6	30
Faktör 2 Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme	6	30
Faktör 3 Yasal Durumları Yönetme	3	15
Faktör 4 Sosyal Sorunları Yönetme	4	20
Faktör 5 Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme	3	15
Faktör 6 Profesyonel Yardım	4	20
Faktör 7 Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma	8	16

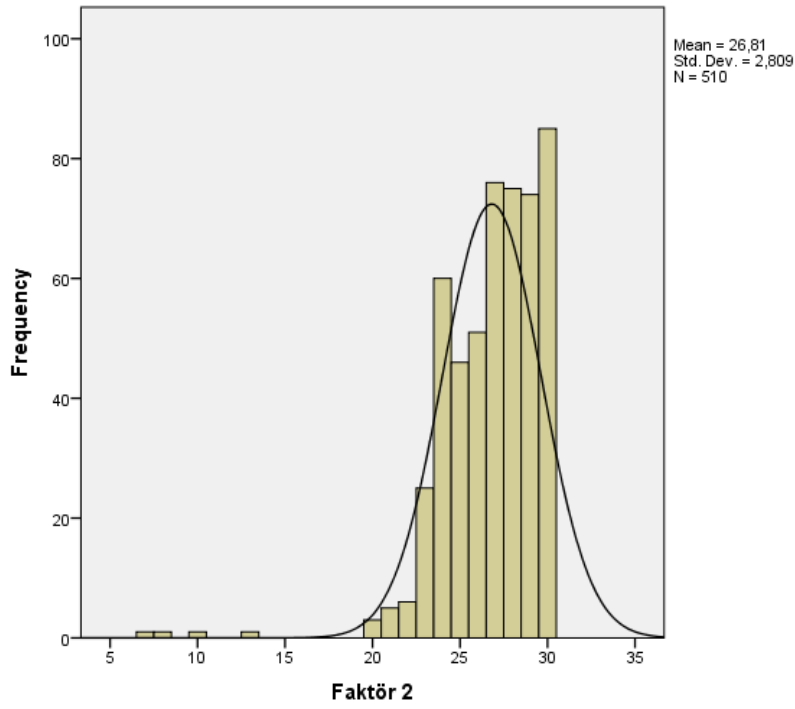
Hotelling’s T-Squared analizi sonucu ölçeğin ölçmek istenilen özelliği ölçen, güçlü ve homojen bir test olduğu görüldü ($p<0,001$). Intraclass Correlation Coefficient analizi sonucu ölçek önermelerinin sıralanma şekli ve birbirleriyle uyumu bakımından geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi ($p<0,001$). Ölçeğin maddeleri hem tek tek değerlendirildiğinde hem de ortalamasına bakıldığında güvenilirirdi ($p<0,001$).

4.7. “Öğretmen Adaylarında Öğrenci Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği” ne Yönelik Diğer Bulgular

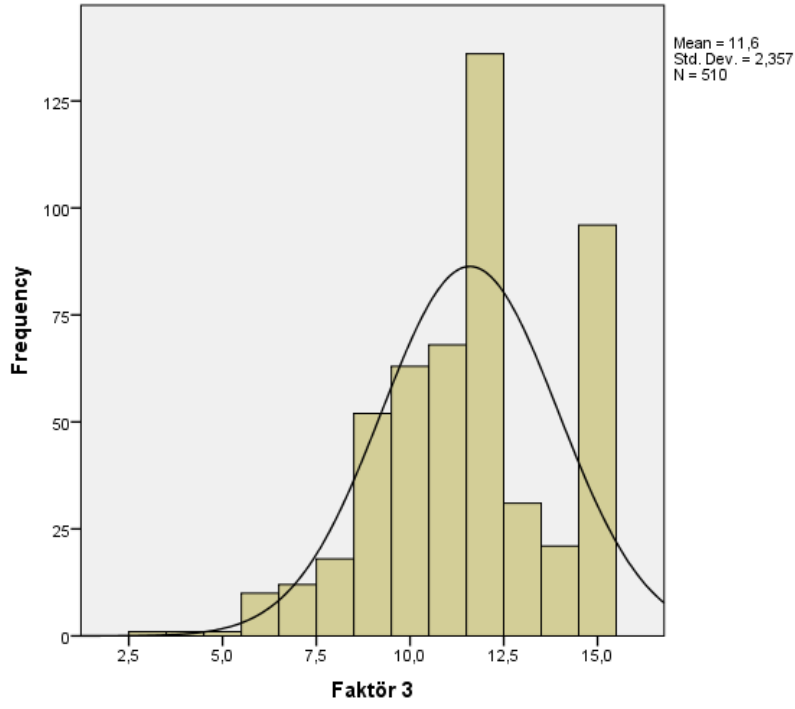
Araştırma grubunun bölümlerine göre ölçek alt boyut puan kıyaslamaları için normalite testlerine bakıldı ve normal dağılmadıkları tespit edildi (Kolmogorov-Smirnov, $p<0,001$) (Şekil 9, Şekil 10, Şekil 11, Şekil 12, Şekil 13, Şekil 14, Şekil 15).



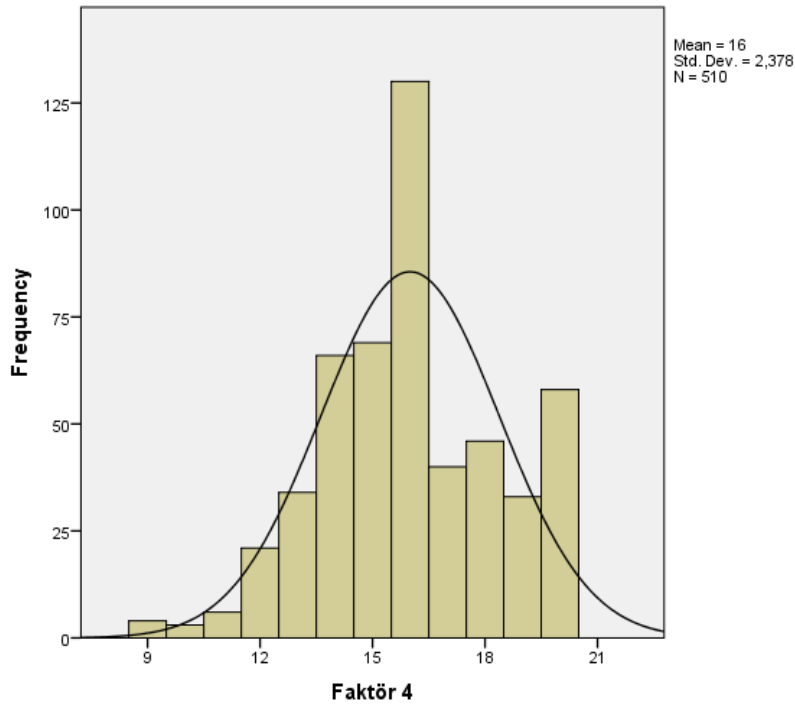
Şekil 9. Faktör 1 Alt Boyutunun Puan Dağılımı



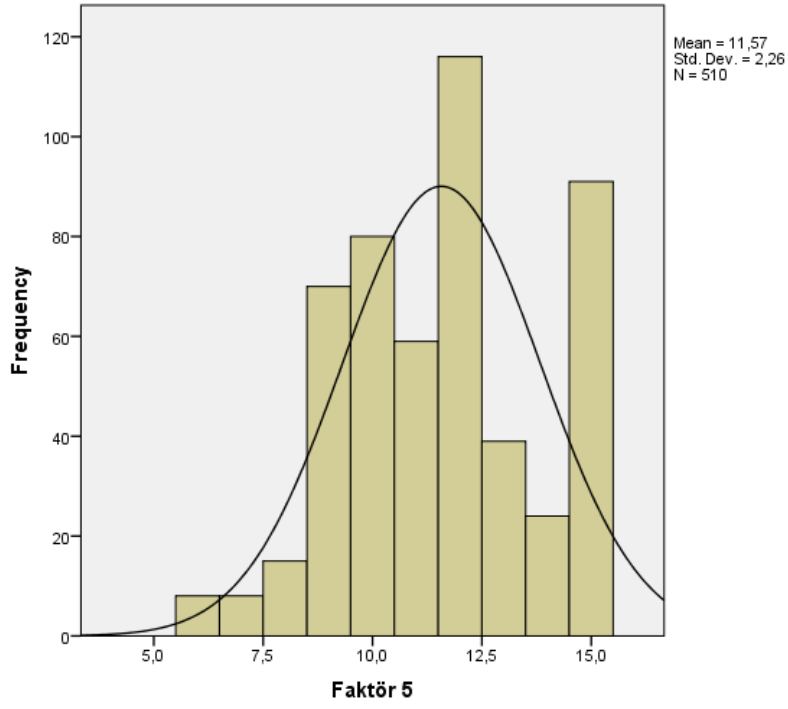
Şekil 10. Faktör 2 Alt Boyutunun Puan Dağılımı



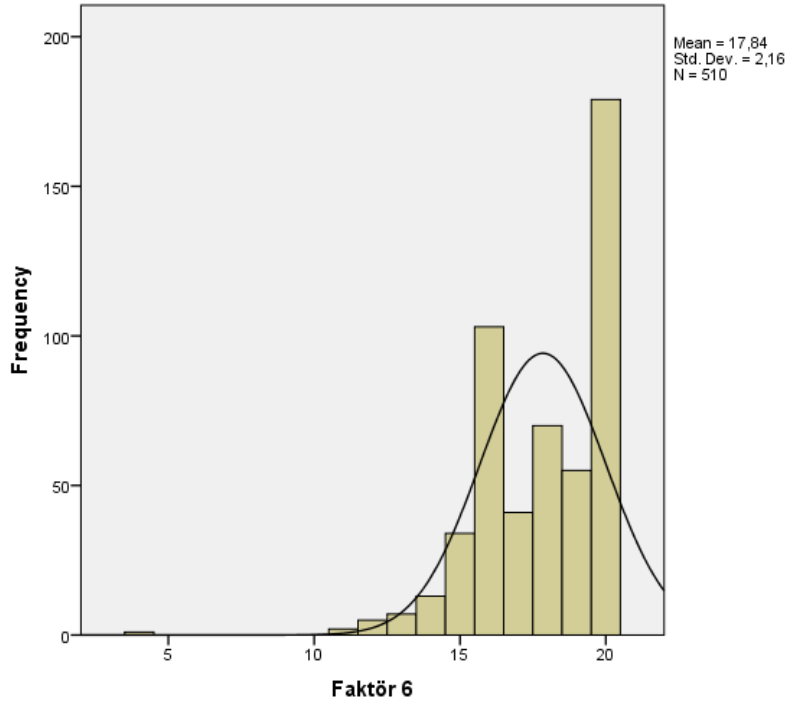
Şekil 11. Faktör 3 Alt Boyutunun Puan Dağılımı



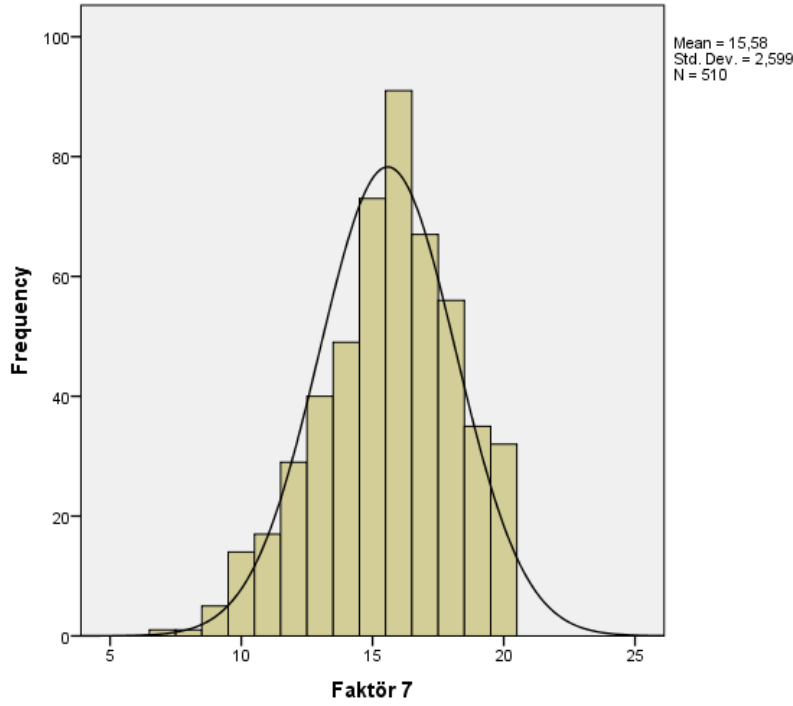
Şekil 12. Faktör 4 Alt Boyutunun Puan Dağılımı



Şekil 13. Faktör 5 Alt Boyutunun Puan Dağılımı



Şekil 14. Faktör 6 Alt Boyutunun Puan Dağılımı



Şekil 15. Faktör 7 Alt Boyutunun Puan Dağılımı

Her iki cinsiyette ÖRSO-ÖA alt boyutlarından alınan puanların ayrı ayrı normal dağılıma uygunlukları test edildiğinde de tüm alt boyutlarda her iki cinsiyette normal dağılmadığı tespit edildi ($p < 0,001$). Cinsiyete göre ÖRSO-ÖA dağılımları arasındaki farkın önemliliği test edildiğinde ise kadınlarda Faktör 1, Faktör 2, Faktör 6 ve Faktör 7 puanlarının daha yüksek olduğu görüldü ($F_1; p = 0,001$, $F_2; p = 0,004$, $F_6; p = 0,009$, $F_7; p < 0,001$) (**Tablo 13**).

Tablo 13. Cinsiyete Göre ÖRSO-ÖA Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (N=510)

Faktörler	Kadın		Erkek		P*
	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca	
F1	26,71 $\pm$ 2,86	27	25,96 $\pm$ 2,71	26	0,001
F2	27,15 $\pm$ 2,40	28	26,32 $\pm$ 3,25	27	0,004
F3	11,55 $\pm$ 2,37	12	11,66 $\pm$ 2,33	12	0,685
F4	15,98 $\pm$ 2,37	16	16,03 $\pm$ 2,39	16	0,657
F5	11,50 $\pm$ 2,22	11	11,69 $\pm$ 2,30	12	0,181
F6	18,02 $\pm$ 2,16	18	17,58 $\pm$ 2,13	18	0,009
F7	15,92 $\pm$ 2,52	16	15,07 $\pm$ 2,63	15	<0,001

*Mann Whitney-U Testi

Sınıf Öğretmenliği, Özel Eğitim Öğretmenliği+Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik ve branş öğretmenlik bölümleri öğrencilerinin Faktör 1, Faktör 2, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6, Faktör 7’den aldıkları puan dağılımları Kruskal Wallis testi ile kıyaslandığında aralarında önemli farklılıklar görüldü (**Tablo 14**). Mann Whitney-U testi ile ikili karşılaştırmalara bakıldığında ise Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencilerinin Faktör 1, Faktör 2, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve Faktör 7 alt boyutları puan dağılımlarının branş öğretmenlik bölümleri öğrencilerinin puan dağılımlarından önemli bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı (F1;p=0,002, F2;p=0,006, F4;p=0,032, F5;p=0,008, F6;p=0,005, F7;p=0,031).

Tablo 14. Bölümlere Göre Ölçek Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (N=510)

Faktörler	Sınıf Öğretmenliği		Özel Eğitim Öğretmenliği+ PDR		Branş Bölümleri		p*
	Ort.±SS	Ortanca	Ort.±SS	Ortanca	Ort.±SS	Ortanca	
F1	27,07±2,58	27	26,56±2,69	25	26,10±2,91	26	0,005
F2	27,27±2,86	28	27,19±2,10	28	26,53±2,92	27	0,013
F3	11,57±2,43	12	11,79±2,10	12	11,56±2,39	11	0,647
F4	16,47±2,34	17	15,74±2,24	16	11,56±2,39	16	0,043
F5	12,03±2,20	12	11,70±2,09	11	11,36±2,30	11	0,026
F6	18,28±1,97	17	18,03±1,74	18,5	17,61±2,30	18	0,015
F7	15,91±2,59	16	16,02±2,50	16,5	15,32±2,60	15	0,021

*Kruskal Wallis Testi

Araştırma grubunun Faktör 1, Faktör 2, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6, Faktör 7’den aldıkları puan dağılımları anne ve baba öğrenim durumlarına göre ayrı ayrı kıyaslamak için öncelikle Kolmogorov-Smirnov normalite testleri yapıldı ve normal dağılmadıkları görüldü ($p<0,001$). Öğrenim durumları okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul mezunu bir grup, ortaokul mezunu, lise mezunu, lisans mezunu, yüksek lisans/doktora mezunu bir grup olmak üzere iki grup altında incelendi. Bu iki gruba göre ölçek alt boyut puanlarının dağılımları Mann Whitney-U testi ile incelendiğinde anne öğrenim durumuna göre ölçek alt boyut puan dağılımları arasında önemli bir fark gözlenmedi ($p>0,05$) (**Tablo 15**). Baba öğrenim durumuna göre ise sadece

Faktör 5 alt boyutu puan dağılımları arasında önemli bir fark saptandı ($p=0,012$) (**Tablo 16**). Baba Öğrenim durumu yüksek olan öğretmen adaylarının Faktör 5 alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksekti.

Tablo 15. Anne Öğrenim Durumuna Göre ÖRSO-ÖA Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (N=510)

Faktörler	Anne Öğrenim Durumu				p*
	OYD-OY-ilkokul		Ortaokul-Lise-Üniversite		
	Ortalama±SS	Ortanca	Ortalama±SS	Ortanca	
F1	26,28±2,86	26	26,67±2,73	27	0,127
F2	26,85±2,76	27	26,74±2,91	27	0,744
F3	11,52±2,33	12	11,77±2,40	12	0,285
F4	15,95±2,28	16	16,11±2,57	16	0,366
F5	11,52±2,28	12	11,69±2,31	12	0,347
F6	17,75±2,22	18	18,05±2,00	18	0,178
F7	15,50±2,53	16	15,74±2,72	16	0,312

*Mann Whitney-U Testi

Tablo 16. Baba Öğrenim Durumuna Göre ÖRSO-ÖA Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (N=510)

Faktörler	Baba Öğrenim Durumu				p*
	OYD-OY-ilkokul		Ortaokul-Lise-Üniversite		
	Ortalama±SS	Ortanca	Ortalama±SS	Ortanca	
F1	26,20±2,94	26	26,58±2,71	27	0,143
F2	26,89±2,70	28	26,75±2,89	27	0,596
F3	11,50±2,45	12	11,68±2,27	12	0,455
F4	15,94±2,30	16	16,05±2,44	16	0,853
F5	11,32±2,14	11	11,79±2,33	12	0,012
F6	17,68±2,34	18	17,98±1,98	18	0,237
F7	15,41±2,57	16	15,72±2,61	16	0,209

*Mann Whitney-U Testi

Araştırma grubunun “Şu ana kadar doktor tarafından almış olduğunuz herhangi bir ruhsal hastalık tanınız var mı?” sorusuna verdikleri yanıt “Var” ve “Yok” olanlar arasında ölçek alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmak için öncelikle Kolmogorov-Smirnov normalite testleri yapıldı ve normal dağılmadıkları görüldü ($p<0,001$). Mann Whitney-U test sonuçlarına göre Faktör 6 puan

dağılımlarının önemli bir şekilde “Yok” yanıtı verenlerde yüksek olduğu tespit edildi ($p=0,023$). Diğer faktörlerin puan dağılımları arasında önemli bir fark görülmedi ($p>0,05$) (**Tablo 17**).

Tablo 17.Öğretmen Adaylarının Doktor Tanılı Ruhsal Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Ölçek Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (N=510)

Faktörler	Öğretmen Adayında Ruhsal Hastalık Tanısı				p*
	Var		Yok		
	Ortalama±SS	Ortanca	Ortalama±SS	Ortanca	
F1	26,42±2,56	26	26,40±2,85	27	0,944
F2	26,18±2,60	26	26,86±2,82	27	0,091
F3	11,42±2,16	11	11,61±2,37	12	0,460
F4	15,91±2,37	16	16,01±2,38	16	0,821
F5	11,91±2,15	12	11,55±2,26	12	0,417
F6	17,12±2,01	17	17,89±2,16	18	0,023
F7	15,09±2,55	17	15,61±2,60	16	0,341

*Mann Whitney-U Testi

Öğretmen adaylarının ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal bir hastalık olup olma durumuna göre ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarına bakmak için grupların normalite testlerine bakıldı ve normal dağılmadıkları tespit edildi ($p<0,001$). Ortalamalar arasında ise önemli bir farklılık gözlenmedi (**Tablo 18**).

Tablo 18.Öğretmen Adayının Ailesinde Doktor Tanılı Ruhsal Bir Hastalık Olup Olma Durumuna Göre Ölçek Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (N=510)

Faktörler	Öğretmen Adayının Ailesinde Ruhsal Hastalık Tanısı				p*
	Var		Yok		
	Ortalama±SS	Ortanca	Ortalama±SS	Ortanca	
F1	26,01±3,29	26	26,47±2,75	27	0,156
F2	26,91±3,11	26	26,80±2,76	27	0,618
F3	11,74±2,37	11	11,58±2,35	12	0,997
F4	16,01±2,55	16	16,00±2,35	16	1,000
F5	11,28±2,53	12	11,62±2,21	12	0,877
F6	17,62±2,59	17	17,88±2,08	18	1,000
F7	15,62±2,81	15	15,57±2,56	16	0,662

*Mann Whitney-U Testi

5.TARTIŞMA

Kişiliğin gelişmeye devam ettiği çocukluk dönemleri ve yetişkinliğe geçiş dönemi olan ergenliğin özellikleri düşünüldüğünde eğitimciler öğrenciler için eşsiz bir konuma sahiptir. Ruh sağlığı bozukluklarının başlangıç yaşı ve çocukların okulda geçirdiği uzun süreler göz önünde bulundurulduğunda eğitimcileri hedef almak iyi bir seçimdir. Öğretmen adaylarının mesleki gelişimleri devam ederken yüksek düzeyde bir ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olmaları sadece kendileri için değil, çalışma hayatları boyunca karşılaştıkları tüm öğrencilere karşı sahip oldukları sorumluluklar açısından önemlidir. Bu gelişimi çalışma hayatına başlamadan, fakültede iken sağlamaları iyi bir kişisel gelişim ve mesleki zorunluluktur. Öğretmenin öğrenciyle olan ilişkisi onun kendini değerli bir varlık olarak görmesini, kendine güvenmesini ve kendi benliğini kabul etmesini olumlu veya olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Okulda edinilen bilgi, tutum ve davranışların öğrencileri dış dünyaya hazırlaması beklenmektedir ve öğretmen öğrenciler için başlı başına insan ilişkileri açısından bir öğrenme modelidir (25). Bu bağlamda kilit noktada bulunan öğretmenlerin hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimde öğrenci ruh sağlığına yönelik bir eğitim almış olması sınıfta öğrenmeye elverişli bir ortam yaratmaya daha yatkın olmasını sağladığı gibi öğrencilerin eğitimin asıl hedefi olan kendilerini gerçekleştirmelerine de zemin hazırlar (39). Bu aşamaların birinci basamağını oluşturan hizmet öncesi eğitimlerde öğretmen adaylarının öğrenci ruh sağlığına yönelik riskleri ve bozuklukları tanınması, bu durumlarda aksiyon alabilmesi, pozitif okul ruh sağlığı sağlayabilmesi ve sürdürebilmesine yönelik bilgi, beceri ve tutumlara sahip olabilmesi esastır. Yapılan bu metodolojik araştırmada öğretmen adaylarına mezuniyet öncesi sağlanması gereken bu yetilerinin ölçülmesi için bir araç geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında geliştirilen ÖRSO-ÖA'nın geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış, araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre ölçekten elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

5.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı bulguları

Araştırma grubunun %59,4'ü kadın olup, yaş ortalaması 22,4 bulunmuştur. Öğretmen adaylarının %51,2'si Anadolu Lisesi mezunu olduğunu ve hepsi 4 yıl boyunca Eğitim Psikolojisi dersi aldığını belirtmiştir. Araştırma grubunun dikkat çeken bir özelliği öğretmen adaylarının %68,6'sının anne eğitim durumlarının ve %46,3'ünün de baba eğitim durumlarının okuryazar olmayanlar, okuryazar ve ilkokul mezunu olmasıdır. Birçok çalışmada sağlık okuryazarlığı ve RSO, eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayan potansiyel bir mekanizma olarak öne sürülmüştür (147–153). Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı seviyesi ve buna bağlı olarak sağlık düzeyleri de artmakta ve sağlık göstergeleri iyileşmektedir. Araştırmamızda öğretmen adaylarının anne ve babalarının üçte ikisinden fazlasının öğrenim seviyesinin düşük olması bu ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının da düşük olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda ailede sağlık okuryazarlığının düşük olmasıyla paralel olarak öğretmen adaylarının da büyüme gelişme süreci içinde aile içinde yanlış inanış ve uygulamalara maruz kaldığı ve sosyal öğrenme modeli çerçevesinde düşük sağlık okuryazarlığı kazandığı kanaatine varılabilir.

Araştırma grubunun %6,5'i kendisinin ve %13,3'ü de ailesinden ya da yakın çevresinden birinin şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruh sağlığı tanısı aldığını belirtmiştir. Bu oran DSÖ'nün dünya geneli uygulanan Dünya Ruh Sağlığı Anketi'nin ruhsal bozukluk sıklığı sonucu olan %18,1–36,1'in oldukça altındadır (154). Ülkemizde yapılmış en kapsamlı ruhsal bozukluk sıklığını tespit etmeyi amaçlayan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre de ruhsal hastalık yaygınlığı %18 olarak bulunmuştur (9). Araştırma grubumuz bir üniversitenin eğitim fakültesi 4. sınıf öğrencilerinden oluştuğundan ruhsal bozukluk sıklığı tüm topluma genellenemeyeceği ve böylelikle diğer epidemiyolojik verilerle uyumlu olmayacağını düşündürmektedir. Aynı zamanda bu özel grubun ailelerindeki ve yakın çevrelerindeki tanı almış birey sayısını sorguladığımızda; sıklığın düşük çıkması öğrenci adayının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması ve hatırlamaması gibi faktörlerden de kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca kendisinde ya da yakın çevresinde ruhsal bozuklukların sahip olunduğunda bunun belirtilmesinin zor hastalıklardan

olması ve damgalanma gibi olumsuz sonuçlara yol açmasının da sıklığın daha düşük çıkmasına zemin oluşturmuş olabilir.

5.2. Kapsam Geçerliği

ÖRSO-ÖA kapsam geçerliği için Davis tekniği kullanılmıştır. Davis tekniğinde 3-20 arası uzman görüşü alınması önerilmektedir (128). ÖRSO-ÖA için hazırlanan 90 maddelik madde havuzu 1 Halk Sağlığı Profesörü, 1 Psikiyatri Doçenti ve 2 Psikolojik, Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü Doçenti'ne sunulmuş ve onlardan uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda çocuklarda ve ergenlerde daha sık görülen ruh sağlığı bozukluklarına yönelik maddeler seçilmiş, birçok madde birleştirilmiş, maddelerin daha iyi anlaşılmasına yönelik düzeltmeler yapılmıştır. Böylece 50 maddelik ölçek formu oluşturulmuştur.

5.3. Madde Analizi

ÖRSO-ÖA madde analizi için %27'lik alt ve %27'lik üst grubun ortalamaları farkı ve madde toplam korelasyon değeri kullanılmıştır. Likert, ölçülmek istenen özelliği her maddenin ayrı ayrı ölçüp ölçmediğini ve ölçme gücünü belirlemeyi önermiştir (155). Bir madde en yüksek puan alanlarla en düşük puan alanlar gibi iki grubu birbirinden ayırabiliyorsa, bu maddenin ölçekte olması gerekmektedir (156). Bu durum da %27'lik alt ve %27'lik üst grubun ortalamaları farkı ile ölçülebilmektedir. Bizim araştırmamızda yaptığımız madde analizi ile bütün maddelerin iki uç grubunu önemli bir şekilde ayırt ettiği görülmüştür. Likert diğer bir madde analizi yöntemi olarak madde-ölçek puanı arasındaki korelasyonların hesaplanmasını önermektedir. Bu değer negatif, 0 veya 0'a yakın olması ölçülmek istenen özelliği ölçmede güçsüz olduğunu göstermektedir. Bu durumda düşük madde-toplam korelasyonu düşük olan maddeler elenmelidir. Maddelerin aynı boyutta ölçüm yaptığını birbirleriyle ve toplam ölçek puanıyla yüksek korelasyonlara sahip olmaları ile anlayabiliriz (157). Bu çalışmada madde analizi sonucu madde-toplam korelasyon değeri 0,30'dan küçük olan Madde 9 "Aile bireylerinde ölüm olması öğrenci ruh sağlığını etkilemez", Madde 10 "Sosyoekonomik düzeyi düşük olması öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşımaz", Madde 28 "Sosyal iletişim

bozukluğu gösteren (otizm) öğrenciyi fark edemem”, Madde 32 “İnternet bağımlılığı bulunan öğrenciyi fark edemem”, Madde 43 “Cinsel istismara maruz kalan bir öğrenci fark ettiğimde izlemem gereken adımları bilmiyorum”, Madde 7 “Parçalanmış aileye sahip olmak öğrenci ruh sağlığını etkiler”, Madde 8 “Aile bireylerinde ruh sağlığı bozukluğu olması öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır”, Madde 11 “Göç öğrenci ruh sağlığını etkiler”, Madde 12 “İstismara maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır”, Madde 13 “Savaşa maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır” maddeleri çıkarılmıştır. Bu maddelere bakıldığında bazı ortak özellikler fark edilmektedir. Bu maddeler ya olumsuz kökte düzenlenmiş önermeler ya da risk faktörü bilgisini sorgulayan maddelerdir. Veriler incelendiğinde olumsuz kökte düzenlenen maddelerin araştırma grubu tarafından tam anlaşılamadığı düşünülebilir. Risk faktörü bilgilerini içeren maddelerin çıkması ise öğretmen adaylarının bu konuyla ilgili bilgi ya da deneyiminin eksik olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle Eğitim Fakültesi’ndeki ders programlarına ve stajlara öğrenci ruh sağlığı bozukluklarına neden olabilecek risk faktörleriyle ilgili ders konularının eklenmesi ya da düzenlenmesi gerektiğini de düşündürmektedir. Öğretmenler tarafından bu risk faktörlerinin bilinmesi ve farkına varılması öğrenci ruh sağlığının primer korunması ve erken tanı açısından oldukça önemlidir. Öğrencilerle uzun saatler birebir temas halinde bulunan öğretmenler aileye göre öğrenciyi daha objektif gözlemleyerek risk faktörlerini daha objektif değerlendirebilirler. Bu konuda bütün eğitimcilere ulaşmak ve gerekli eğitimleri sağlamak bütün ailelere ulaşmaktan daha mümkün ve ekonomik bir yoldur.

5.4. Temel Bileşenler Analizi

Madde analizi ardından en sık madde çıkartma yöntemi olan Temel Bileşenler Analizi yöntemi uygulanmıştır (158–162). Bu yöntem ile 0,10’dan daha az bir farkla birden fazla faktörde yük değeri taşıyan, faktör yük değeri 0,40’tan daha düşük faktör yük değerine sahip olan maddeler ve 3 maddeden az olan faktörler ölçekten çıkarılmıştır. İlk yapılan Temel Bileşenler Analizi’nde Madde 33 “Aşırı tıknırcasına yeme, yedikten sonra çıkarma, kısıtlı yeme gibi belirtiler gösteren (yeme bozuklukları) öğrenciyi fark ederim”, Madde 18 “Başkalarıyla etkileşimde bulunmalarını gerektiren ya da bir eylemi başkalarının yanında yapmaktan korkan ve

bundan kaçınmaya çalışan (sosyal fobi) öğrenciyi fark ederim”, Madde 26 “Okulda damgalanma (aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya negatif bir davranış sergilenmesi) yaşanan bir durum olduğunda bunu fark ederim”, Madde 25 “Fiziksel nedeni bulunmayan karın ağrısı gibi yakınmaları olan (somatizasyon) öğrenciyi fark ederim”, Madde 34 “İstismara uğrayan bir öğrenciyi fark ederim” maddeleri çıkarılmıştır. Bu maddelerin RSO’yu yeterince güçlü ölçememesinin nedeni yeme bozukluğu, istismar, somatizasyon, damgalanma gibi zor konuları içeriyor olması olabilir. Somatizasyon, yeme bozuklukları gibi tanımlar uzmanlık gerektiren hastalıklar olup, öğretmen adaylarının bu tanımlar hakkında bilgi sahibi olmaları oldukça zordur. Tüm bölümlerin ortak dersi Eğitim Psikolojisi dersinin içeriğinde daha çok öğrenme ve çocuk gelişim süreçleri hakkında konular bulunmakta ruh sağlığı bozuklukların tanımları öğretmen adaylarının eğitim içeriğinde bulunmamaktadır. İkinci defa yapılan Temel Bileşenler Analizi’nde ise Madde 16 “Öğrencilerde takıntılı davranışlar olduğunu fark ederim”, Madde 17 “Aniden ortaya çıkan ve zaman zaman tekrarlayan, dehşet içinde bırakan yoğun sıkıntı ya da korku nöbetleri (panik atak) yaşayan öğrenciyi fark ederim”, Madde 15 “İleri düzeyde sınav kaygısı bulunan öğrenciyi fark ederim” maddeleri çıkarılmıştır. Bu maddeler ise panik atak ve takıntılı davranışlar gibi tanımlanabilmesi için o kişiyle uzun zaman geçirilmesini ve uzmanlık gerektirecek tanımları içermektedir. İleri düzey sınav kaygısını sorgulayan önerme ise hangi düzeyde sınav kaygısının sorun teşkil ettiğini ayıramayacaklarını düşündükleri için güçsüz çıkmış olabilir.

5.5. Faktör Analizi

ÖRSO-ÖA faktör analizi uygunluğu göstermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi uygulanmıştır. KMO değeri 0,913 çıkarak örneklemin yeterli olduğunu gösterilmiştir. KMO değeri 0-1 arasında değişen bir değerdir ve 1’e ne kadar yakınsa örneklem yeterliliği o kadar iyidir (163). KMO değeri; 0,50’den küçük ise “ kabul edilemez” 0,50-0,60 ise “kötü”, 0,60-0,70 ise “zayıf –vasat”, 0,70-0,80 ise “orta”, 0,80-0,90 ise “iyi”, 0,90 üzerinde ise “mükemmel” sonucuna ulaşılır (164). Bartlett Küresellik Testi; Bartlett tarafından öne sürülen önermeler arasında anlamlı bir şekilde korelasyonlar olup olmadığını belirten bir testtir (165). Bizim

çalışmamızda Bartlett Küresellik Test sonucu maddeler arasında anlamlı bir korelasyon olduğu gözlenmiştir.

ÖRSO-ÖA'nın faktör analizine uygun olduğu görüldükten sonra 30 maddeye AFA uygulandı. Bu analizde Kaiser'in önerisi olan özdeğeri 1'den büyük olan faktörler kabul edilmiştir. (142,160,166–168). Screeplot grafiği ise diğer bir faktör sayısı belirleme yöntemidir. Bu grafikte de yatay olan X grafiğinde bileşenler, dikey olan Y grafiğinde ise özdeğerler bulunur. Birden büyük olan özdeğerler sonrasında grafikte keskin bir düşüş olur (168).

Dâhil etmek istediğimiz faktör yüklerinin sınır değeri için çeşitli araştırmalarda fikir birliği yoktur. Stevens'a göre bir faktör yükü en az 0,30 olmalıdır ve iki faktör arasındaki fark en az 0,10 olmalıdır (122). Tabacnick ve Fidellise bu değer en az 0,32 olması gerektiğini vurgulamıştır (142). Bazı kaynaklarda ise faktör yük değerinin en az 0,40 olması gerektiği vurgulanmıştır (140). Bu çalışmada maddelerin yüklendikleri faktörlerde yük değerlerinin arasındaki farkın en az 0,10 olması ve faktör yük değerinin en az 0,40 olması kriterleri uygulanmıştır. Ölçeğimizin faktör yük değerlerinin 0,821-0,537 aralığında olduğu görülmüştür.

ÖRSO-ÖA'nın AFA bulgularına göre, özdeğeri 1'den büyük olan yedi faktörden meydana geldiği ve açıklanan toplam varyans %62,072 olduğu bulunmuştur. Açıklanan toplam varyansın kabul edilebilir olması için De Vellis'e göre en az %40, Hair'e göre ise %60 olması gerekmektedir (134,169). Mac Callum, Widaman, Zhang ve Hong'a göre ortak varyans 0,60'dan yüksek olduğunda örneklem büyüklüğü görece olarak küçük olabilir; ancak ortak varyanslar büyük olmadığında daha büyük örnekleme gereksinimi vardır (120). Bu görüşe göre örneklem büyüklüğümüzün yeterli olduğu düşünülmektedir.

Özdeğeri 1'den büyük olan 7 faktörün isimlendirilmesinde Kutcher ve Jorm'un RSO komponentlerinden yararlanılmıştır (3,87). Faktör 1 "Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma", Faktör 2 "Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme", Faktör 3 "Yasal Durumları Yönetme", Faktör 4 "Sosyal Sorunları Yönetme", Faktör 5 "Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme", Faktör 6 "Profesyonel Yardım" ve Faktör 7 ise "Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma" olarak adlandırılmıştır.

Ölçek madde analizi sonucu çıkarılan ruh sağlığı bozuklukları risk faktörleri önermeleri hariç diğer RSO bileşenlerini içermektedir. “Ruh sağlığı bozukluklarını tanıma becerisi” başlığı altında düşünerek oluşturduğumuz “Alkol kullanan öğrenciyi fark ederim”, “Sigara kullanan öğrenciyi fark ederim”, “Madde kullanan öğrenciyi fark ederim” önermeleri bizim çalışmamızda ayrı bir faktör altında toplanmıştır. “Ruh sağlığı bozukluklarını yönetme” bileşeni bizim çalışmamızda “Yasal Durumları Yönetme ve Sosyal Sorunları Yönetme” olarak iki faktör altında dağılım göstermiştir. Bütün bu bilgiler doğrultusunda oluşturmak istediğimiz ölçüm aracı “ruh sağlığı bozuklukları risk faktörleri” bileşenini içermemekle birlikte diğer faktörler daha detaylı olarak oluşmuştur.

Araştırma grubunun ÖRSO-ÖA’nın önermelerinin aldığı ortalama ve standart sapmaları incelendiğinde, “Yasal Durumları Yönetme”, “Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme” faktörlerine ait önermelerinin ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebi olarak henüz mesleki deneyimi olmayan öğretmen adaylarının zararlı alışkanlıklar ve yasal durumlar gibi ciddi konularda kendilerini yeterli görmemiş olabileceklerinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

5.6. ÖRSO-ÖA Güvenirliği

Ölçek güvenirliliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach Alfa katsayısı hesaplama, iki yarıya bölme, interclass korelasyon analizi, Hotelling’s T-Squared analizi ve Tukey’s nonadditivity testi yapılmıştır (170,171).

ÖRSO-ÖA’nın Cronbach Alfa katsayısı 0,908, alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları Faktör 1; 0,827, Faktör 2; 0,828, Faktör 3; 0,843, Faktör 4; 0,781, Faktör 5; 0,827, Faktör 6; 0,762 ve Faktör 7; 0,691 şeklindedir. Cronbach Alfa katsayısının değerlendirmesini Tavşancıl’a göre 0,40’tan düşükse güvenilir değil, 0,40 ve 0,60 arasında ise ölçeğin güvenirliliği düşük, 0,60 ve 0,80 arasında ise ölçek oldukça güvenilir ve 0,80 ve 1,00 arasında ise ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde yapabiliriz (138). Bu durumda ÖRSO-ÖA yüksek derecede güvenilir, Faktör 1, Faktör 2, Faktör 3, Faktör 5 alt boyutları yüksek derecede güvenilir, Faktör 4, Faktör 6 Faktör 7 oldukça güvenilir olarak görülmüştür.

ÖRSO-ÖA iki yarıya bölme metodunda 0,816 olarak çıkan Guttman Split-Half katsayısıyla ve 0,827 Spearman–Brown katsayısıyla oldukça yüksek korelasyon göstermiştir. Bu metotda ölçek rasgele ikiye bölünür ve bu iki yarının birbiri ile korelasyonu hesaplanır (145).

ÖRSO-ÖA'nın homojenliğini ve ölçüm gücünü belirlemek amacıyla Hotelling's T-Squared analizi yapılmış ve ölçmek istediğimiz özelliği güçlü bir şekilde ölçtüğü, özgün ve homojen olduğu görülmüştür. Intraclass Correlation Coefficient analizi sonucu ölçüm aracındaki maddelerin sıralanma şekli, yapı özelliklerinin uygun olduğu görülmüştür. Tukey's nonadditivity testi ile ölçek puanının toplanabilir olmadığını saptanmıştır (144). Bu durumda ölçek alt boyutlarının kendi içinde değerlendirileceği ve puan arttıkça her alt boyutun ölçme gücünün artacağı kararına varılmıştır.

5.7. ÖRSO-ÖA Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

ÖRSO-ÖA'nın Faktör 1, Faktör 2, Faktör 6, Faktör 7 alt boyutlarının puan dağılımları cinsiyete göre karşılaştırıldığında; puan ortalamaları Faktör 1 için kadınlarda $26,71 \pm 2,86$, erkeklerde $25,96 \pm 2,71$; Faktör 2 için kadınlarda $27,15 \pm 2,40$ erkeklerde $26,32 \pm 3,25$; Faktör 6 için kadınlarda $18,02 \pm 2,16$, erkeklerde 18 ($p:0,009$); Faktör 7 için kadınlarda $15,92 \pm 2,52$, erkeklerde $15,07 \pm 2,63$ sonuçlarıyla kadınlarda önemli bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. RSO'yu ölçmek amaçlı yapılmış birçok çalışmada da kadınların, erkeklerden önemli ölçüde daha yüksek düzeyde RSO'ya sahip olduğu görülmüştür (172–175). RSO'nun önemli bir bileşeni olan yardım aramanın araştırıldığı çalışmada; kadınların %79,9'unun yardım arama davranışı göstermesi ile erkeklerden daha iyi olduğu belirtilmiştir (172). Kanebo ve arkadaşları ise depresyon için yetersiz bilgi ve tutuma sahip olmanın erkeklerde 2 kat daha fazla olduğunu göstermişlerdir (173). Avustralya'da yapılmış olan çalışmada ise kadınların %60,7'si depresyon senaryosunu doğru tanıyarak, erkeklerden önemli bir farkla daha başarılı oldukları bulunmuştur (175). Kadınların erkeklere göre sağlığa ilişkin aktiviteleri daha yeterli gerçekleştirmelerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek çıkmasında etkili olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte kadınların erkeklere göre daha iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları

toplumsal cinsiyet eşitsizliği bağlamında kadınlardan beklenen aile üyelerine ve yakınlarına bakım davranışları ile ilişkilendirilebilir. Diğer yandan kadınlar; sağlıkla ilgili konularda yetersiz bilgi sahibi olduklarında daha yüksek oranda çeşitli kaynaklardan bilgi sahibi olmaya çalışacakları ve bu konuda doktoru, ailesi ya da arkadaşları ile fikir paylaşımı yapacakları da sağlık okuryazarlıklarının daha iyi olmasının sebepleri arasında yer alabilir.

Çalışmamızda “Şu ana kadar almış olduğunuz herhangi bir doktor tanıli ruhsal hastalık tanısı var mı?” sorusuna “Yok” (%93,5) yanıtı verenlerin Faktör 6 “Profesyonel Yardım” alt boyut puan ortalamaları “Var” (%6,5) yanıtı verenlerden istatistiksel olarak önemli bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu soruya “Var” yanıtı verenlerin Faktör 6 alt boyutunun puan ortalaması ve standart sapması $17,12 \pm 2,01$ iken “Yok” yanıtı verenlerin $17,89 \pm 2,16$ ’dır. Ruhsal bir hastalığa sahip olmak bireylerin RSO’sunu olumsuz bir şekilde etkilemiştir. “Yok” yanıtı verenlerin karşısındaki kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarıyla ilgili daha doğru değerlendirmeler yapabilmesi beklenen bir durumdur. Ruhsal sağlığı bozuk olanların ise gerek kendilerinin ruh sağlık durumlarını değerlendirmeleri, gerekse karşısındakilerin ruh sağlığı durumlarını değerlendirmeleri bilişsel yetilerinin bozukluğu dolayısıyla sağlıklı olmayacaktır. İncelenen bazı çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığının kötü sağlık hizmeti kullanımı ve kötü sağlık çıktıları ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur (176,177). Daha çok depresif belirtilere sahip olmanın daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olduğu da bazı çalışmalarda gösterilmiştir (178,179).

Araştırmamızda Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencilerinin Faktör 1, Faktör 2, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve Faktör 7 alt boyutları puan dağılımlarının branş öğretmenlik bölümleri öğrencilerinin puan dağılımlarından önemli bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Çorum’da yapılan bir çalışmada ise aralarında önemli bir fark olmasa da branş öğretmenlerinin sınıf öğretmenlerinden daha iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilmiştir (180). Araştırma grubumuzdaki Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencilerinin RSO düzeylerinin daha yüksek çıkması aynı öğrencilerle daha uzun süreler temasta olacakları ve daha çok problem çözmek zorunda olacakları için bu konuya daha çok önem vermelerinden kaynaklanıyor

olabileceği gibi fakülte ders içeriklerinde branş bölümlerine göre daha farklı ve ayrıntılı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Branş öğretmenleri öğrencilerini kısıtlı sürelerde görmekte ve yeteri kadar iyi gözlemlene şansını elde edememektedirler.

Bizim çalışmamızda anne eğitim durumu ölçek alt boyut puan dağılımlarında önemli bir farklılık yaratmasa da; baba eğitim durumu okuryazar değil, okuryazar ve ilkökul mezunu olanlarda ölçek alt boyutlarından Faktör 5'in (Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme) puan ortalaması ve standart sapması $11,32 \pm 2,14$ iken, diğer öğrenim durumunda olanlarda $11,79 \pm 2,33$ olduğu görülerek daha düşük olarak saptanmıştır. Aile öğrenim durumunun bireylerin eğitime, sağlık davranışlarına ve çıktılarına, yaşam tarzına etkisi olduğu gibi aynı zamanda sağlık okuryazarlığı düzeylerini birincil olarak etkilemektedir. Frauenholtz ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada; ebeveyn eğitiminin kendi ruh sağlığı okuryazarlıklarına etkisi ve dolaylı olarak çocuklarının ruh sağlığına etkileri incelenmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi %75,9 oranında çocuklarının ruh sağlığını etkilediği gösterilmiştir (181). Aile içindeki öğrenme modeli çerçevesinde ve iyi ruh sağlığının iyi ruh sağlığı okuryazarlığı sağlaması düşünüldüğünde araştırmamızdaki bu sonuç ön görülebilir.

Portekiz'de öğretmenler için geliştirilen bir RSO ölçeğinde öğretmenlerin ruhsal bozukların tetikleyici faktörlerine, risk faktörlerine, tedavileri, hastaneye yatışa neden olan ruhsal bozukluklara ve okul ortamında ruh sağlığına yönelik bilgi düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır (116). ÖRSO-ÖA; öğretmen adaylarının pozitif ruh sağlığını geliştirme, ruhsal bozuklukları tanıma, zararlı alışkanlıkları saptama, yasal ve sosyal sorunları yönetme, bilgi kaynaklarına ulaşma ve profesyonel yardım bilgisi gibi yönlerini hedef almış bir ölçüm aracıdır. Risk faktörlerine yönelik olan önermeler elenmiş olsa bile; RSO kavramının bileşenlerini daha detaylı olarak ele almaktadır. Ölçüm yapılmak istenen grubun RSO kavramının hangi yönlerinin geliştirmeye ihtiyacı olduğunu tespit etmek için kullanışlı olduğu düşünülmektedir. Kanada'da öğretmen adaylarının RSO'yu ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçta ise ruhsal olarak sağlıklı bir sınıfta öğretme ve liderlik yapma, iletişim becerileri, mesleki hayatındaki beklentileri, mesleki sorumluluklarına özellikle değinilmiştir. Bu ölçüm aracında öğrenci ruh sağlığı haricinde eğitimcinin kendi ruh sağlığına yönelik önermeler, meslektaşlarıyla ve okul ortamında karşılaşabileceği diğer kişilerle olan

iletişim becerileri dikkat çekmektedir (117). Eğitimcilerin kendi ruh sağlığı, meslektaşlarıyla, velilerle ve öğrencilerle olan iletişimleri okul ruh sağlığına bütüncül baktığımızda bütün bu faktörlerin birbirini etkilediği bu döngüde önemli faktörlerdir. ÖRSO-ÖA; ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı çerçevesinde sadece öğrenci ruh sağlığına yöneliktir. Wei ve arkadaşlarının 2019 yılında öğretmenler için geliştirdiği ölçüm aracında; birincil hedef öğretmenler için geliştirdikleri eğitim materyalinin etkinliğini ve RSO'nun damgalanma ile ilişkisini göstermektir. Bu nedenle ek olarak damgalanma ölçeği uygulanmış ve eğitim öncesi-sonrası iki değerlendirme yapılmıştır (118). ÖRSO-ÖA; damgalanma sorununu yönetebilme yetisini sorgulasa da Madde 26 “Okulda damgalanma yaşanan bir durum olduğuunda bunu fark ederim” madde analizi sırasında elenmiştir. Türkiye’de eğitimciler için geliştirilmiş özellikle ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, risk faktörlerini bilme, bu sorunları yönetme, profesyonel yardıma yönlendirme ve bu konularda doğru bilgi kaynaklarına ulaşabilme konularına yönelik eğitim uygulaması bulunmamaktadır. Yüksek Öğretim Kurumu’nun bütün öğretmen adayları için ortak müfredat olarak belirlediği Eğitim Psikolojisi dersi psikoloji kuramları, çocuk gelişim aşamaları, bireysel farklılıklara yönelik öğrenme yöntemleri ile sınırlı kalmakta; öğretmen adaylarının öğrenci RSO’ya katkısı yeterli olmamaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

ÖRSO-ÖA'nın geliştirilmesi amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir;

- Araştırma grubunda yer alan öğretmen adaylarının yaş ortalaması yaklaşık 22 olup, kadınlar ve Anadolu Lisesi mezunları çoğunluktadır. Tamamı 4.sınıfta olan araştırma grubunun %23,5'i Sınıf Öğretmenliği, %16,1'i Türkçe Öğretmenliği, %14,1'i İngilizce Öğretmenliği, %12,7'si Fen Bilgisi Öğretmenliği Bölümü'nde okumaktadır. Araştırma grubu birinci sınıftan itibaren Eğitim Psikolojisi dersi aldıklarını belirtmiştir.
- Araştırmaya katılan öğretmen adaylarının yarısından fazlasının anne-baba öğrenim durumu ilkokul mezunu, okuryazar ve okuryazar değildir.
- Araştırma grubunda ruhsal bir hastalık tanısı alma ve yakınlarının ruhsal bir hastalık tanısına sahip olma yaygınlığı DSÖ'nün belirttiği ruhsal bozukluk yaygınlığından düşüktür.
- Geliştirmek istediğimiz ölçeğe yönelik oluşturduğumuz 90 maddelik madde havuzu 4 uzman görüşüne sunulmuş, Davis Tekniği ile değerlendirilmiş ve 50 madde ile sınırlandırılmıştır.
- Araştırma grubuna uygulanan 50 maddelik ölçeğe ilk olarak madde analizi ve Temel Bileşenler Analizi uygulanmıştır. Bu analizler sonucu 30 maddelik ÖRSO-ÖA oluşturulmuştur.
- ÖRSO-ÖA'nın KMO değeri; 0,913 saptanmış olup, Bartlett Küresellik Testi analiz sonucuna göre faktör analizi için uygun olduğuna karar verilmiştir.
- ÖRSO-ÖA'nın AFA sonuçlarına göre madde yük değerlerinin 0,821-0,537 aralığında değiştiği, özdeğeri 1'den büyük 7 faktörden oluştuğu saptanmıştır. Bu 7 faktörün açıkladığı toplam varyans %62,072 olarak bulunmuştur.
- Faktör 1 "Ruh Sağlığı Bozukluklarını Tanıma", Faktör 2 "Pozitif Ruh Sağlığını Geliştirme ve Sürdürme", Faktör 3 "Yasal Durumları Yönetme", Faktör 4 "Sosyal Sorunları Yönetme", Faktör 5 "Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme", Faktör 6

“Profesyonel Yardım”, Faktör 7 “Ruh Sağlığı ile İlgili Doğru Bilgiye Ulaşma” olarak adlandırılmıştır.

- ÖRSO-ÖA’nın Cronbach Alfa katsayısının 0,908 olduğu ve alt boyutlarının Cronbach Alfa değerlerinin 0,762-0,843 arasında değişmekte olduğu görülmüştür.
- ÖRSO-ÖA’nın güvenirliğine yönelik diğer bulgular olarak Guttman Split-Half katsayısı 0,816, Spearman–Brown katsayısı 0,827 olarak saptanmıştır. Bu değerler ÖRSO-ÖA’nın iç tutarlığının ve yarıya bölündüğünde iki yarının korelasyonun yüksek olduğunu göstermiştir. Hotelling’s T-Squared analizi ile ölçeğin ölçmek istenilen özelliği ölçen, güçlü ve homojen bir test olduğu gösterilmiştir. Intraclass Correlation Coefficient analizi sonucu ölçek önermelerinin sıralanma şekli ve birbirleriyle uyumu bakımından geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna karar verilmiştir.
- Yapılan analizler sonucu ölçeğin toplamda toplanabilir olmadığı, alt boyutlarının ayrı ayrı değerlendirileceği görülmüştür. Yüksek puanın o alt boyutun tutumunu daha iyi yansıttığı şeklinde değerlendirilmiştir.
- Bütün bu analizler ışığında ÖRSO-ÖA’nın ruh sağlığı okuryazarlığının bileşenlerini büyük ölçüde içerdiği, öğretmen adaylarının öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığını ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir.
- ÖRSO-ÖA’nın bizim araştırma grubumuzdaki değerlendirmesine bakacak olursak, literatürdeki birçok çalışma ile uyumlu bir şekilde kadınların belirgin olarak erkeklerden daha iyi düzeyde öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür.
- ÖRSO-ÖA alt boyut puanları dağılımları anne öğrenim durumuna göre değerlendirildiğinde önemli bir fark görülmemiştir. “Zararlı Alışkanlıkları Fark Etme” faktörü puan dağılımı baba öğrenim durumuna göre değerlendirildiğinde ise baba öğrenim durumu okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul mezunu olanların oluşturduğu grubun diğer öğrenim durumuna sahip olanların oluşturduğu gruptan da düşük puanlara sahip olduğu saptanmıştır.
- Ruhsal hastalığa sahip bireylerde “Profesyonel Yardım” alt boyutu puanının önemli bir şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

- Ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal bir hastalığa sahip olan ve olmayanlar arasında alt boyutların puan ortalamalarındaki dağılımda herhangi bir fark gözlenmemiştir.
- Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencilerinin Faktör 1, Faktör 2, Faktör 4, Faktör 5, Faktör 6 ve Faktör 7 alt boyutları puan dağılımlarının branş öğretmenlik bölümleri öğrencilerinin puan dağılımlarından önemli bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Bu sonuçlar doğrultusunda; eğitimciler için hem hizmet öncesi hem de hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması oldukça gereklidir. Bu eğitimler için eğitimcilerin tercihlerinin ve görüşlerinin göz önünde bulundurulması gerekir. Eğitimcilerin çocukların gelişimi üzerindeki önemli etkisi, akademik ve psikososyal gelişimlerdeki rolleri çok sayıda çalışmada dökümanate edildiği göz önüne alındığında, eğitimciler arasında RSO'yu geliştirmenin etkili yolları aranmalıdır. Öğretmenler öğrenciler, ebeveynler ve profesyonel uzmanlar arasında köprü görevi görebilmeli, pozitif ruh sağlığını destekleyebilmelidir.
- Okul ruh sağlığı için eğitim materyalleri eğitimci, öğrenci, ebeveyn odaklı olarak ayrı ayrı hazırlanmalı ve standart olmalıdır. Bu materyaller her zaman erişilebilir, modüler ve kısa, belirli konulara odaklanmayı sağlayan, kanıta dayalı, etkileşimli, anında geri bildirim sağlayan, pratik ve becerilere dayalı olmalıdır. Kanada ve Avustralya okul ruh sağlığı adına oluşturdukları çevrimiçi ve müfredatlara entegre ettikleri örgün eğitimlerle çok önemli örneklerdir. Bu eğitimlerle tüm okul çalışanlarının iyi düzeyde RSO'na sahip olmaları sağlanmaya çalışılır.
- Hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerin etkinliğini ölçme ve değerlendirme yapmak planlama ve ilerleme açısından zorunluluktur.
- ÖRSO-ÖA fakülte yıllarında yer alan ruh sağlığına yönelik derslerin, kursların değerlendirilmesinde kullanılabilir ve yapılabilecek diğer çalışmalarla da öğretmenler için de kullanılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Ghebreyesus TA. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. :4.
2. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sorensen K. International Handbook of Health Literacy. :766.
3. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust. 1997 Feb;166(4):182–6.
4. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry. 2000 Nov;177(5):396–401.
5. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015 Mar;56(3):345–65.
6. UNICEF. Not there yet: Canada's implementation of the general measures of the Convention on the Rights of the Child. [Internet]. Florence, Italy: United Nations Children's Fund; 2012 [cited 2019 Aug 5]. Available from: <http://ra.ocls.ca/ra/login.aspx?inst=centennial&url=https://www.deslibris.ca/ID/231665>
7. Kutcher S, McDougall A. Problems with access to adolescent mental health care can lead to dealings with the criminal justice system. Paediatr Child Health. 2009 Jan;14(1):15–8.
8. Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. 2011;16.
9. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü; 1998.
10. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2006.
11. World Health Organization, editor. Mental Health Atlas 2017. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. 62 p.
12. World Health Organization. Adolescent mental health [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. "Indicator D4: How much time do teachers spend teaching?", in Education at a Glance 2014

[Internet]. OECD Publishing; 2014 [cited 2019 Aug 15]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/888933120005>

14. Green JG, McLaughlin KA, Alegría M, Costello EJ, Gruber MJ, Hoagwood K, et al. School Mental Health Resources and Adolescent Mental Health Service Use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 May;52(5):501–10.
15. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental Health Literacy in Secondary Schools. A Canadian Approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Apr 1;24:233–44.
16. Millî Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2017-2018. Ankara: T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı; 2018.
17. Dursun S, Karagün E. Öğretmen Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi: Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2012;(24):93–112.
18. Pekcan H. Okul Sağlığı. In: *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1*. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015. p. 453–4.
19. Larrivee B. *Cultivating Teacher Renewal: Guarding Against Stress and Burnout*. R&L Education; 2012. 218 p.
20. Stormont M, Young-Walker L. Supporting professional development needs for early childhood teachers: an exploratory analysis of teacher perceptions of stress and challenging behavior. *Int J Disabil Hum Dev*. 2017 Feb 1;16(1):99–104.
21. Kutsyruba B, Godden L, Tregunna L. Curbing Early-Career Teacher Attrition: A Pan-Canadian Document Analysis of Teacher Induction and Mentorship Programs. :42.
22. Seferoğlu SS, Yıldız H, Avcı Yücel Ü. Teachers' Burnout: Indicators of Burnout and Investigation of the Indicators in terms of Different Variables. *TED Eğitim Ve Bilim*. 2014 Aug 6;39(174).
23. Gür S. Müzik Öğretmenlerinde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. 2008;14.
24. Promoting Mental Health Literacy Among Educators:Critical in School-Based Prevention and Intervention Article.
25. Kılıççı Y. *Okulda Ruh Sağlığı*. 5th ed. Ankara: Anı yayınları; 2006. 246 p.
26. Bilgin Aydın H. *Çocuk Ruh Sağlığı*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları; 2003.
27. Freud S. The Ego And The Id (1923). *TACD J*. 1989 Mar 1;17(1):5–22.

28. Roberts TB. Four psychologies applied to education: Freudian, behavioral, humanistic, transpersonal. Oxford, England: Schenkman; 1975. 588 p. (Four psychologies applied to education: Freudian, behavioral, humanistic, transpersonal.).
29. Mahrer AR. Experiencing: A humanistic theory of psychology and psychiatry. Oxford, England: Brunner/Mazel; 1978. 884 p. (Experiencing: A humanistic theory of psychology and psychiatry.).
30. Rogers CR. A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. :38.
31. Maslow AH. Motivation Personality. Harper RowPublishers Inc. 1970;
32. Sargın N. Çocuklarda Ruh Sağlığı. İkinci baskı. Konya: Eğitim Kitabevi; 2012.
33. Lippman LH, Moore KA, McIntosh H. Positive Indicators of Child Well-Being: A Conceptual Framework, Measures, and Methodological Issues. Appl Res Qual Life. 2011 Dec;6(4):425–49.
34. Yavuzer H. Okul Çağı Çocuğu. 8. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2002.
35. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. 25th ed. İstanbul: Özgür Yayınları; 2002.
36. World Health Organization. Adolescent Mental Health [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
37. World Health Organization. Atlas Child And Adolescent Mental Health Resources Global Concerns: Implications For The Future. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005.
38. Büyükkaragöz PDS, Kesici Ş. Öğretmenlerin Hoşgörü ve Demokratik Tutumları. Kuram Ve Uygulamada Eğitim Önetimi. 1996 Aug 1;7(7):353–65.
39. Rogers CR. Freedom to learn : a view of what education might become. 1969.
40. Ceylan A, Kivrak Y, Tangolar Ö. Lise son sınıf öğrencilerinde anksiyete-depresyon düzeyleri ve zararlı alışkanlıklar: Mardin çalışması. :7.
41. Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R, Sasmaz T, Kurt O, Camdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. Eur Psychiatry. 2004 Aug;19(5):264–71.
42. Unsal A, Ayranci U. Prevalence of Students With Symptoms of Depression Among High School Students in a District of Western Turkey: An Epidemiological Study. J Sch Health. 2008 May;78(5):287–93.
43. Eskin M, Ertek K, Harlak H. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008; 19(4):382-389.

44. Demir T, Demir DE, Alkas L, Copur M, Dogangun B, Kayaalp L. Some clinical characteristics of children who survived the Marmara earthquakes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Feb;19(2):125–33.
45. Karakaya I, Ağaoğlu B, Coşkun A, Şişmanlar Ş, Yıldız Ö. Marmara Depreminden Üç Buçuk Yıl Sonra Ergenlerde TSSB, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri. 2004;15(4):257–63.
46. Selvi Y, Beşiroğlu L, Akbaba AT, Aydın A, Özbebit Ö, Atli A, et al. Van İl Merkezi Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığı. *J Clin Psy*. 2010; 13(1): 5-13.
47. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar;56(3):345–65.
48. Kovess-Masfety V, Husky MM, Keyes K, Hamilton A, Pez O, Bitfoi A, et al. Comparing the prevalence of mental health problems in children 6–11 across Europe. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Aug;51(8):1093–103.
49. Institute of Medicine (U.S.), O’Connell ME, Boat TF, Warner KE, National Research Council (U.S.), editors. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington, D.C: National Academies Press; 2009. 562 p.
50. U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: A report of the Surgeon General. National Institute of Mental Health (U.S.); 1999.
51. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition [Internet]. American Psychiatric Association (APA);2018[cited2019Sep23].Availablefrom:https://psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update_October2018.pdf
52. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10 [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
53. Rao U, Chen L-A. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Clin Res*. 2009;11(1):18.
54. Ollendick TH, King NJ, Yule W. International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York; London: Plenum Press; 1994.
55. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ruhsal Duyusal Bozukluğu Olan Çocuklar. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2014.
56. Maj M, Akiskol H, Jose J, Sartorius N. Bipolar Disorders. 1st Edition. Wiley; 2002.

57. Campo JV, Fritz G. A Management Model for Pediatric Somatization. *Psychosomatics*. 2001 Nov;42(6):467–76.
58. Postilnik I, Eisman HD, Bs RP, Fogel J. An Algorithm for Defining Somatization in Children. 2006;11.
59. Pehlivan Türk B. Somatoform Bozukluklar. In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008.
60. Akvardar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N, Oral G. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2012.
61. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü. Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele 2007 Yılı Ulusal Raporu. Ankara; 2007.
62. Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010 Jul;19(3):505–26.
63. Özkan ŞY, Cavkaytar A. Otizm spektrum bozukluğu. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2015.
64. Giofrè D, Stoppa E, Ferioli P, Pezzuti L, Cornoldi C. Forward and backward digit span difficulties in children with specific learning disorder. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2016 Apr 20;38(4):478–86.
65. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe RD, Lask B, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2010 Mar;18(2):79–89.
66. Allen K, Byrne S, Oddy W, Crosby R. DSM-IV-TR and DSM-5 Eating Disorders in Adolescents: Prevalence, Stability, and Psychosocial Correlates in a Population-Based Sample of Male and Female Adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2013 Aug 1;122:720–32.
67. Potter HW. Schizophrenia In Children. *Am J Psychiatry*. 1933 May 1;89(6):1253–70.
68. Kydd RR, Werry JS. Schizophrenia in children under 16 years. *J Autism Dev Disord*. 1982 Dec 1;12(4):343–57.
69. Nutbeam D, Wise M, Bauman A, Harris E, Leeder S. Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond. Sydney: Public Health Dept., University of Sydney; 1993.
70. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p.

71. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: The National Academies; 2004.
72. European Commission. Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. Brussels; 2007.
73. Australian Bureau of Statistics (ABS). Adult literacy and life skills survey, summary results: Australia [Internet]. Australian Capital Territory: Australian Bureau of Statistics; 2008. Available from: <http://hdl.voced.edu.au/10707/14603>.
74. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053–8.
75. Kutner M, Greenberg E, Ying J, Christine P. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. *US Dep Educ*. 2003;76.
76. Özkan S, Aksakal Nu, Çalışkan D, Dikmen A, Tüzün H, Taşçı Ö, et al. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; 2018.
77. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot Int*. 2001 Jun 1;16(2):197–205.
78. Rothman RL, Yin HS, Mulvaney S, Co JPT, Homer C, Lannon C. Health Literacy and Quality: Focus on Chronic Illness Care and Patient Safety. *Pediatrics*. 2009 Nov;124(Supplement 3):S315–26.
79. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Elaborating a Definition of Health Literacy: A Commentary. *J Health Commun*. 2003 Jun 1;8(sup1):119–20.
80. Borzekowski DLG. Considering children and health literacy: a theoretical approach. *Pediatrics*. 2009 Nov;124 Suppl 3:S282—8.
81. Mancuso JM. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*. 2008;10(3):248–55.
82. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res*. 2007 Nov 17;23(5):840–7.
83. Paakkari Leena. Health literacy as a learning outcome in schools. Paakkari Olli, Venka Simovska, editors. *Health Educ*. 2012 Jan 1;112(2):133–52.
84. Wharf Higgins J, Begoray D, MacDonald M. A Social Ecological Conceptual Framework for Understanding Adolescent Health Literacy in the Health Education Classroom. *Am J Community Psychol*. 2009;44(3–4):350.

85. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health Literacy and Child Health Promotion: Implications for Research, Clinical Care, and Public Policy. *Pediatrics*. 2009 Nov;124(Supplement 3):S306–14.
86. Bjørnsen HN, Eilertsen MB, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health* (2017) 17: 717.
87. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016 Mar;61(3):154–8.
88. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997;166(4):182–6.
89. Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. Mental Health Literacy in Canada: Phase one report mental health literacy project. Ottawa; 2007.
90. Comeau J, Georgiades K, Duncan L, Wang L, Boyle MH, 2014 Ontario Child Health Study Team. Changes in the Prevalence of Child and Youth Mental Disorders and Perceived Need for Professional Help between 1983 and 2014: Evidence from the Ontario Child Health Study. *Can J Psychiatry*. 2019 Apr;64(4):256–64.
91. Hospital TRC. RCH National Child Health Poll [Internet]. [cited 2019 Oct 19]. Available from: <https://rchpoll.org.au>
92. Tully LA, Piotrowska PJ, Collins DAJ, Mairet KS, Black N, Kimonis ER, et al. Optimising child outcomes from parenting interventions: fathers’ experiences, preferences and barriers to participation. *BMC Public Health*. 2017 Jun 7;17(1):550
93. University of Western Australia LD. The Mental health of children and adolescents [Internet]. Australian Government Department of Health; [cited 2019 Oct19]. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-child2>
94. Tapp B, Gandy M, Fogliati VJ, Karin E, Fogliati RJ, Newall C, et al. Psychological distress, help-seeking, and perceived barriers to psychological treatment among Australian parents. *Aust J Psychol*. 2018;70(2):113–21.
95. Australian Government. Be You [Internet]. [cited 2019 Oct 19]. Available from: <http://beyou.edu.au/>
96. Canadian government. Teen Mental Health. [cited 2019 Oct 20]. Available from: <http://teenmentalhealth.org/>

97. Tully LA, Hawes DJ, Doyle FL, Sawyer MG, Dadds MR. A national child mental health literacy initiative is needed to reduce childhood mental health disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019;53(4):286–90.
98. Murray NG, Low BJ, Hollis C, Cross AW, Davis SM. Coordinated School Health Programs and Academic Achievement: A Systematic Review of the Literature. *J Sch Health*. 2007;77(9):589–600.
99. Patterson S, Cinelli B, Sankaran G, Brey R, Nye R. Health Instruction Responsibilities for Elementary Classroom Teachers in Pennsylvania. *J Sch Health*. 1996;66:13–7.
100. Masia-Warner C, Nangle DW, Hansen DJ. Bringing Evidence-Based Child Mental Health Services to the Schools: General Issues and Specific Populations. :6.
101. Kay-Lambkin F, Kemp E, Stafford K, Hazell T. Mental Health Promotion and Early Intervention in Early Childhood and Primary School Settings: A Review. *J Stud Wellbeing*. 2007 Jun 27;1(1):31.
102. Koller JR, Svoboda SK. The Application of a Strengths-Based Mental Health Approach in Schools. *Child Educ*. 2002;78(5):291–4.
103. Eğitim Reformu Girişimi. 2017-2018 Eğitim İzleme Raporu Öğrenciler ve Eğitime Erişim. Eğitim Reformu Girişimi; 2018. 101–102 p.
104. Grier R, Morris L, Taylor L. Assessment Strategies for School-Based Mental Health Counseling. *J Sch Health*. 2001 Nov 1;71(9):467–9.
105. O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *J Ment Health*. 2014;23(4):197–204.
106. Yu Y, Liu Z, Hu M, Liu X, Liu H, Yang JP, et al. Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. *BMJ Open*. 2015 Oct;5(10):e009054.
107. Wang J, He Y, Jiang Q, Cai J, Wang W, Zeng Q, et al. Mental health literacy among residents in Shanghai. 2013;25(4):12.
108. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res*. 2015 Sep;229(1–2):511–6.
109. Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res*. 2016 Sep;243:278–86.
110. Moll S, Zanhour M, Patten SB, Stuart H, MacDermid J. Evaluating Mental Health Literacy in the Workplace: Development and Psychometric Properties of a Vignette-Based Tool. *J Occup Rehabil*. 2017 Dec;27(4):601–611.

111. Dias P, Campos L, Almeida H, Palha F. Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jun 23;15(7):1318.
112. Campos L, Dias P, Palha F, Duarte A, Veiga E. Desarrollo y propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario de evaluación de alfabetización en salud mental en jóvenes. *Univ Psychol*. 2016 Sep 20;15(2):61.
113. Riebschleger J, Costello S, Cavanaugh DL, Grové C. Mental Health Literacy of Youth That Have a Family Member With a Mental Illness: Outcomes From a New Program and Scale. *Front Psychiatry*. 2019 ubat;10:2–2.
114. Dods, J. (2016) Teacher Candidate Mental Health and Mental Health Literacy. *Exceptionality Education International*, 26, 42-61.
115. Whitley J, Gooderham S. Exploring mental health literacy among pre-service teachers. *Exceptionality Education International*. 2016;26:2,62–92.
116. Almeida A, Pinheiro P, Okan O, Pereira A, Mesquita E. Measuring Mental Health Literacy of Teacher: A Pilot Study. 5(12):7.
117. Hatcher, Amy K. "Measuring Mental Health Literacy in Education" (2018). *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. 5313.
118. Wei Y, Baxter A, Kutcher S. Establishment and validation of a mental health literacy measurement in Canadian educators. *Psychiatry Res*. 2019;279:231–6.
119. T.C. Hatay Valiliği. Hatay Nüfusu ve Dağılımı [Internet]. [cited 2019 Sep 19]. Available from: <http://www.hatay.gov.tr/nufus-ve-dagilimi>
120. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi. Sayılarla Hatay MKÜ [Internet]. [cited 2019 Sep 20]. Available from: <http://www.mku.edu.tr/bidb/sayilarlaMKU/>
121. Comrey AL, Howard B. L. A first course in factor analysis. 2nd edition. New York: Psychology Press; 1992.
122. Stevens JP. Applied Multivariate Statistics For The Social Sciences. 3rd Edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1996.
123. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. *Psychol Methods*. 1999;4(1):84–99.
124. Özbay Y. Eğitim psikolojisi. 6th ed. Ankara: Pegem Akademi; 2012.
125. Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A. Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jun;25(6):567–9.
126. Achenbach TM. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.

127. Erol N, Arslan L, Akçakın M. The adaptation and standardization of the Child Behaviour Checklist among 6-18 year old Turkish children. In: Eunothydis European Approaches to Hyperkinetic Disorders (Ed A Sergeant). Amsterdam: Klinische Psychologie Universiteit van Amsterdam; 1995. p. 109–13.
128. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res. 1992;5(4):194–7.
129. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. Türk Psikologlar Derneği; 2008.
130. McCowan RJ, McCowan SC. Item Analysis for Criterion Referenced Tests. Center for Development of Human Services; 1999.
131. Büyüköztürk Ş. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 6. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2010.
132. Metsämuuronen J. Underestimation of the item discrimination power and Somers' D as an alternative for the item-total-and item-rest correlations. 2019 [cited2019Nov7]; Available from: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.18487.16803>
133. Crocker L, Algina J. Introduction to Classical and Modern Test Theory. 10th ed. Ohio, USA: Wadsworth Pub Co; 2006.
134. DeVellis RF. Scale Development: Theory and Applications. 4th Edition. California: SAGE Publications; 2016.
135. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 25. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2019.
136. Can A. SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. 7.Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2019.
137. Gürbüz S, Şahin F. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 5. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2018.
138. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5.Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
139. Erkuş A. Psikolojide Ölçme Ve Ölçek Geliştirme I: Temel Kavramlar ve İşlemler. 2.Baskı. Pegem Akademi Yayıncılık; 2014.
140. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1.Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2005.
141. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli SPSS ve LISREL uygulamaları. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık;
142. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th Edition. Boston: Allyn and Bacon; 2001.

143. Abell N, Springer DW, Kamata A. Developing and Validating Rapid Assessment Instruments. New York: Oxford University Press; 2009.
144. Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 1. Baskı. Eskişehir: Nisan Kitabevi; 2016.
145. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2004 Sep 1;30(3):211–6.
146. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. 4.Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2002. 669–675 p.
147. Van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Ueters E. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. J Health Commun. 2013 Dec 4;18(sup1):172–84.
148. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec 1;67(12):2072–8.
149. Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does Literacy Mediate the Relationship between Education and Health Outcomes? A Study of a Low-Income Population with Diabetes. Public Health Rep. 2006 May 1;121(3):245–54.
150. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005 ubat;20(2):175–84.
151. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. BMC Public Health. 2010 Oct 16;10(1):614.
152. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. J Gen Intern Med. 2006 Aug 1;21(8):857–61.
153. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005 ubat;20(2):175.
154. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009;18(1):23–33.
155. McIver JP, Carmines EG. Unidimensional scaling. Beverly Hills: Sage Publications; 1981.
156. Sencer M, Irmak Y. Toplum Bilimlerinde Yöntem. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.; 1989.

157. Ghiselli EErnest, Campbell JP, Zedeck Sheldon. Measurement theory for the behavioral sciences. San Francisco: W.H. Freeman; 1981.
158. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research [Internet]. 2015. Available from: <http://site.ebrary.com/id/11001916>
159. Gorsuch RL. Exploratory Factor Analysis: Its Role in Item Analysis. J Pers Assess. 1997 Jun 1;68(3):532–60.
160. Thompson B. Exploratory and confirmatory factor analysis : understanding concepts and applications [Internet]. 2004. Available from: <http://search.ebscohost.com/direct.asp?db=pzh&jid=%22200413115%22&scope=site>
161. Hogarty KY, Hines CV, Kromrey JD, Ferron JM, Mumford KR. The Quality of Factor Solutions in Exploratory Factor Analysis: The Influence of Sample Size, Communalities, and Overdetermination. Educ Psychol Meas. 2005 Apr 1;65(2):202–26.
162. Henson RK, Roberts JK. Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. Educ Psychol Meas. 2006;66(3):393–416.
163. Dziuban CD, Shirkey EC. When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules. Psychol Bull. 1974;81(6):358–61.
164. Kaiser HF, Rice J. Little Jiffy, Mark Iv. Educ Psychol Meas. 1974 Apr 1;34(1):111–7.
165. Bartlett MS. Tests of Significance in Factor Analysis. Br J Psychol. 1950 Jun 1;3:77–85.
166. Kline Paul. An easy guide to factor analysis. London; New York: Routledge; 2000.
167. Velicer WF, Jackson DN. Component analysis versus common factor analysis: Some issues in selecting an appropriate procedure. Multivar Behav Res. 1990;25(1):1–28.
168. Fabrigar LR, Wegener DT, MacCallum RC, Strahan EJ. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. Psychol Methods. 1999;4(3):272–99.
169. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 2019.
170. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik – Geçerlilik. TAF Prev Med Bulletin. 2012 Nov 3;11(3):339–44.
171. Hergüner S. Ölçme Araçlarının Kullanımı İle İlgili Temel Kavramlar. In 2010. p. 1–7.

172. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 2005;186(4):297–301.
173. Kaneko Y, Motohashi Y. Male Gender and Low Education with Poor Mental Health Literacy: A Population-based Study. *J Epidemiol*. 2007;17(4):114–9.
174. Wong DFK, Lam AYK, Poon A, Chow AYM. Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia. *Int J Soc Psychiatry*. 2011 ubat;58(2):178–85.
175. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, Mcgorry PD. Influence of Gender on Mental Health Literacy in Young Australians. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Sep 1;40(9):790–6.
176. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. *Am J Public Health*. 2002 Aug 1;92(8):1278–83.
177. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *J Gen Intern Med*. 1998 Dec 1;13(12):791–8.
178. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, et al. Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction. *J Gen Intern Med*. 2006 Aug 1;21(8):818–22.
179. Berkman ND, RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center., United States., Agency for Healthcare Research and Quality. Literacy and health outcomes [Internet]. 2004. Available from: <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS47971>
180. Yilmazel G, Çetinkaya F. Health literacy among school teachers in Çorum, Turkey. *East Mediterr Health J*. 2015 Aug 1;21(8):598–605.
181. Frauenholtz S, Conrad-Hiebner A, Mendenhall A. Children's Mental Health Providers' Perceptions of Mental Health Literacy Among Parents and Caregivers, *Journal of Family Social Work*. 2015; 18:1,40-56.

8. EKLER

EK-A. Anket Formu

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz
 1. Kadın
 2. Erkek
3. Mezun olduğunuz lise hangisidir?
 1. Anadolu Lisesi
 2. Fen Lisesi
 3. Sosyal Bilimler Lisesi
 4. Anadolu İmam Hatip Lisesi
 5. Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi
 6. Özel yabancı Liseler
 7. Özel Liseler
4. Bölümünüz:
 1. Sınıf Öğretmenliği
 2. Türkçe Öğretmenliği
 3. İngilizce Öğretmenliği
 4. Özel Eğitim Öğretmenliği
 5. Resim Öğretmenliği
 6. Fen Bilgisi Öğretmenliği
 7. Psikolojik Rehberlik ve Danışmanlık
 8. Bilgisayar Öğretmenliği
5. Annenizin öğrenim durumu nedir?
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Lisans mezunu
 7. Yüksek Lisans/Doktora mezunu
6. Babanızın öğrenim durumu nedir?
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Lisans mezunu
 7. Yüksek Lisans/Doktora mezunu

7. Şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruhsal hastalık tanısı aldınız mı?
 1. Evet
 2. Hayır
8. Bir önceki sorunun cevabı “Evet” ise lütfen tanı ya da tanılarınızı yazınız
.....
9. Ailenizde ya da yakın çevrenizde şu ana kadar doktor tarafından herhangi bir ruhsal hastalık tanısı alan birey var mı?
 1. Evet
 2. Hayır
10. Bir önceki sorunun cevabı “Evet” ise yakınlık derecesini lütfen yazınız.
.....



EK-B.Ölçek Formu

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Öğrenciler arasında arkadaşlık ilişkilerini geliştirmeye çalışırım					
2.Öğrencinin kendine güvenini desteklerim					
3.Öğrencinin gerçeklikle bağlantı kopukluğunu ayırt ederim					
4.Öğrencinin kendi kararlarını oluşturmaya destek veririm					
5.Öğrencinin negatif duygularla baş etmesine yardımcı olurum					
6.Öğrencinin yaşına ve kapasitesine uygun görevler veririm					
7.Parçalanmış aileye sahip olmak öğrenci ruh sağlığını etkiler					
8.Aile bireylerinde ruh sağlığı bozukluğu olması öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır					
9.Aile bireylerinde ölüm olması öğrenci ruh sağlığını etkilemez					
10.Sosyoekonomik düzeyi düşük olması öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşımaz					
11.Göç öğrenci ruh sağlığını etkiler					
12.İstismara maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır					
13.Savaşa maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır					
14.Akran zorbalığı öğrenci ruh sağlığı bozukluğu risk faktörüdür					
15.İleri düzeyde sınav kaygısı bulunan öğrenciyi fark ederim					
16.Öğrencilerde takıntılı davranışlar olduğunu fark ederim					
17.Aniden ortaya çıkan ve zaman zaman tekrarlayan, dehşet içinde bırakan yoğun sıkıntı ya da korku nöbetleri (panik atak) yaşayan öğrenciyi fark ederim					
18.Başkalarıyla etkileşimde bulunmalarını gerektiren ya da bir eylemi başkalarının yanında yapmaktan korkan ve bundan kaçınmaya çalışan (sosyal fobi) öğrenciyi fark ederim					
19.Öğrenci endişe duymayı gerektirmeyen bir takım olaylar ve aktivitelere karşı yoğun endişe deneyimliyor ve bu endişesini kontrol etmede güçlük yaşıyorsa (genel kaygı bozukluğu) bunu fark ederim					
20.Sürekli mutsuzluk hali, ağlama nöbetleri, isteksizlik gibi belirtileri bulunan (depresyon) öğrenciyi fark ederim					
21.Kurallara karşı gelen öğrenciyi fark ederim					
22.Saldırgan davranışlar sergileyen öğrenciyi fark ederim					
23.Aşırı hareketliliği bulunan öğrenciyi fark ederim					
24.Okuma, matematik ve yazılı anlatımın beklenenin önemli ölçüde altında olan öğrenciyi fark ederim					
25.Fiziksel nedeni bulunmayan karın ağrısı gibi yakınmaları olan (somatizasyon) öğrenciyi fark ederim					

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
26.Okulda damgalanma(aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya negatif bir davranış sergilenmesi) yaşanan bir durum olduğunda bunu fark ederim					
27.Öğrenciler arasında akran zorbalığı durumunu fark ederim					
28.Sosyal iletişim bozukluğu gösteren (otizm) öğrenciyi fark edemem					
29.Sigara kullanan öğrenciyi fark ederim					
30.Madde kullanan öğrenciyi fark ederim					
31.Alkol kullanan öğrenciyi fark ederim					
32.İnternet bağımlılığı bulunan öğrenciyi fark edemem					
33.Aşırı tıknırcasına yeme, yedikten sonra çıkarma, kısıtlı yeme gibi belirtiler gösteren (yeme bozuklukları) öğrenciyi fark ederim					
34.İstismara uğrayan bir öğrenciyi fark ederim					
35.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili konularda bilgi kaynaklarına ulaşırım					
36.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili ulaştığım bilgilerin bilimsel olup olmadığını ayırırım					
37.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili kitap okumam					
38.Öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili yayınlanan güncel kılavuzları takip ederim					
39.Akran zorbalığı durumunu yönetirim					
40.Okulda damgalanma (aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya negatif bir davranış sergilenmesi) yaşandığında durumu yönetirim					
41.Kurallara karşı gelen öğrenciyi nasıl yöneteceğimi biliyorum					
42.Saldırgan davranışlar sergilenen durumları nasıl yöneteceğimi biliyorum					
43.Cinsel istismara maruz kalan bir öğrenci fark ettiğimde izlemem gereken adımları bilmiyorum					
44.İhmal edilmiş öğrenciyi fark ettiğimde izlemem gereken adımları biliyorum					
45.Madde kullanan öğrenciyi fark ettiğimde izlemem gereken adımları biliyorum					
46.Şiddete maruz kalan öğrenci ile karşılaştığımda izlemem gereken adımları biliyorum					
47.Sigara kullanan öğrenciyi sigara zararları hakkında aydınlatırım					
48.Öğrenci ruh sağlığı ile ilgili velilerle etkili iletişim kurarım					
49.Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenciyi rehberlik ve psikolojik danışma servisine yönlendiririm					
50.Ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenciyi uzmana yönlendiririm					

EK-C. Madde Havuzu

**“ÖĞRETMEN ADAYLARINDA ÖĞRENCİ RUH SAĞLIĞI
OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ”
UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU**

	A	B	C	D
1.Öğrencilerde sınav kaygısına neden olacak rekabetçi ortam oluşturmak gibi davranışlardan kaçınabilirim.				
2.Öğrencilerde sınav kaygısı olduğunda bunu fark edebilirim.				
3.Öğrencilerde sınav kaygısı olduğunda çocuk psikiyatrisine/psikoloğa yönlendirebilirim.				
4. Öğrencilerde sınav kaygısı hakkında kitap, bilimsel literatür, kılavuz ve güvenilir internet sitelerine ulaşabilirim.				
5. Öğrencilerde sosyal fobi gelişmesini engelleyebilirim.				
6. Öğrencilerde sosyal fobi olduğunda bunu fark edebilirim.				
7. Öğrencilerde sosyal fobi olduğunda çocuk psikiyatrisine/psikoloğa yönlendirebilirim.				
8. Öğrencilerde sosyal fobi hakkında kitap, bilimsel literatür, kılavuz ve güvenilir internet sitelerine ulaşabilirim.				
9. Öğrencilerde panik atak olduğunu fark edebilirim.				
10. Öğrencilerde panik atak olduğunda çocuk psikiyatrisine/psikoloğa yönlendirebilirim.				
11. Öğrencilerde panik atak hakkında kitap, bilimsel literatür, kılavuz ve güvenilir internet sitelerine ulaşabilirim.				
12. Öğrencilerde takıntılı davranışlar olduğunu fark edebilirim.				
13. Öğrencilerde takıntılı davranışlar olduğunda çocuk psikiyatrisine/ psikoloğa yönlendirebilirim.				
14. Öğrencilerde takıntılı davranışlar hakkında kitap, bilimsel literatür, kılavuz ve güvenilir internet sitelerine ulaşabilirim.				
15. Öğrenci endişe duymayı gerektirmeyen bir takım olaylar ve aktivitelere karşı yoğun endişe deneyimliyor ve bu endişesini kontrol etmede güçlük yaşıyorsa (genel anksiyete bozukluğu) bunu fark edebilirim.				
16. Genel anksiyete bozukluğu olan öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
17. Genel anksiyete bozukluğu hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
18. Sürekli mutsuzluk hali, ağlama nöbetleri, isteksizlik gibi belirtileri (depresyon) bulunan öğrencileri fark edebilirim.				
19. Depresyon belirtileri gösteren öğrenciyi çocuk psikiyatrisine/psikoloğa yönlendirebilirim.				

20. Öğrencilerde depresyon hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
21. Sınıfta öğrencilerin kurallara karşı gelmesini ve saldırgan davranışlar sergilemesini önleyen ortam hazırlayabilirim.				
22. Kurallara karşı gelen ve saldırgan davranışlar sergileyen öğrencileri tespit edebilirim.				
23. Öğrencilerde kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlar olduğunda durumu yönetebilirim.				
24. Öğrencilerde kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlar konusunda bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
25. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliği bulunan öğrencileri fark edebilirim.				
26. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliği bulunan öğrencilere daha uygun eğitim yöntemleri geliştirebilirim.				
27. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik konusunda bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
28. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliği bulunan öğrencileri çocuk psikiyatrisine/psikoloğa yönlendirebilirim.				
29. Okuma, matematik ve yazılı anlatımın beklenin önemli ölçüde altında (öğrenme güçlüğü) olan öğrencileri tespit edebilirim.				
30. Müfredatı öğrenme güçlüğü olan öğrenciler için uyarlayabilirim.				
31. Öğrenme güçlüğü olan öğrencileri çocuk psikiyatrisi ve psikoloğa yönlendirebilirim.				
32. Öğrenme güçlükleri hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
33. Fiziksel nedeni bulunmayan karın ağrısı gibi yakınmaları (somatizasyon) olan öğrencileri fark edebilirim.				
34. Somatizasyonu olan öğrencileri çocuk psikiyatrisi/psikoloğa yönlendirebilirim.				
35. Somatizasyon hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
36. Herhangi bir konuda öğrencinin damgalanmasına engel olabilirim.				
37. Okulda damgalanma yaşanan bir durum olduğunda bu durumu ortadan kaldırabilirim.				
38. Duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismara uğrayan bir öğrenciyi fark edebilirim.				
39. Duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismara uğrayan bir öğrenci tespit ettiğimde yasal işlemleri uygulayabilirim.				
40. Çocuk istismarı hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
41. Akran zorbalığı yaşanmayan bir sınıf ortamı oluşturabilirim.				

42. Öğrenciler arasında akran zorbalığı durumunu fark edebilirim.				
43. Akran zorbalığı durumunu yönetebilirim.				
44. Akran zorbalığı hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuzlara güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
45. Otizm (sosyal iletişim bozukluğu) bulguları gösteren öğrenciyi fark edebilirim.				
46. Otizm bulguları gösteren öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
47. Otizm hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
48. Tik bozukluğu bulunan öğrenciyi fark edebilirim.				
49. Tik bozukluğu bulunan öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
50. Tik bozukluğu hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim				
51. Kekemeliği bulunan öğrenciyi fark edebilirim.				
52. Kekemeliği bulunan öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
53. Kekemelik hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim				
54. Öğrencilerin sigara, alkol ve madde kullanımını engelleyebilirim.				
55. Sigara, alkol ve madde kullanan öğrenciyi fark edebilirim.				
56. Sigara, alkol ve madde kullanan öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
57. Öğrencilerde sigara, alkol ve madde kullanımı hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
58. Gerçeklerle olan ilişkilerin büyük ölçüde azalması, düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozulmaların ortaya çıkması gibi belirtiler (şizofreni) gösteren öğrenciyi fark edebilirim.				
59. Şizofreni belirtisi gösteren öğrenciyi çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
60. Şizofreni hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
61. Dönem dönem aşırı enerjik ve mutlu olan dönem dönem mutsuzluk yaşayan (bipolar bozukluk) öğrenciyi fark edebilirim.				
62. Bipolar bozukluk gösteren öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
63. Bipolar bozukluklar hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
64. Bir fiziksel kusuru olsun olmasın dış görünümü ile zihinsel olarak aşırı derecede meşgul olan (beden algısı bozukluğu) öğrenciyi fark edebilirim.				

65. Beden algısı bozukluğu olan öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
66. Beden algısı bozukluğu hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
67. Aşırı tıknırcasına yeme, yedikten sonra çıkarma, kısıtlı yeme (yeme bozuklukları) gibi belirtiler gösteren öğrenciyi fark edebilirim.				
68. Yeme bozukluğu olan öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
69. Yeme bozukluğu hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
70. Altına kaçırın (dışa atım bozukluğu) öğrenciyi fark edebilirim.				
71. Dışa atım bozukluğu bulunan öğrenciyi psikoloğa/ çocuk psikiyatrisine yönlendirebilirim.				
72. Dışa atım bozuklukları hakkında bilimsel literatür, kitap, kılavuz ve güvenilir internet kaynaklarına ulaşabilirim.				
73. Parçalanmış aileye sahip öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
74. Aile içi anlaşmazlıklara tanık olan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
75. Aile bireylerinde ruh sağlığı bozukluğu olan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
76. Aile içi kronik bir hastalığı olan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
77. Aile bireylerinde ölüm olan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
78. Aile içinde şiddete tanık olan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
79. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
80. Göç eden öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
81. Savaş ve travmaya maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
82. Doğal afete maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
83. Teröre maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				
84. İstismara maruz kalan öğrenci ruh sağlığı bozukluğu riski taşır.				

NOTLAR:

9. ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Mersin’de doğdum. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimimi Mersin’de 2008 yılında tamamladım. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2014 yılında mezun oldum. İlk görev yerim olan Şırnak Uludere Toplum Sağlığı Merkezi’nde ve Şırnak Uludere 001 No’lu ASM’de toplam 1,5 yıl çalıştım. 2016 yılının Mayıs ayında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda ihtisasa başladım. Halen burada Arş. Gör. Dr. Olarak görev yapmaktayım.