

Ankara’da Çalışan Aile Hekimlerinin Toplum Ruh Sağlığına Yaklaşımı

Family Physicians’ Approaches to Community Mental Health in Ankara

Hülya ŞİRİN¹, Hatice Şeyma ERDEM²

ÖZ

Bu çalışmada, aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara bakımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ankara'daki aile hekimlerinin ilçelere göre tabakalı örnekleme yöntemi ile %10'una ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışmada Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) kullanılmıştır. Ulaşılan 170 hekiminin %50'si kadın, %47'si 47-56 yaşta, %83,5'i evli, %84,1'i çocuk sahibidir. %84,7'si pratisyen; %15,3'ü uzman; %50,6'sı ruh sağlığı ile ilgili özel bir eğitim veya kurs almıştır; %66,5'inin Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ile ilgili bilgisi yoktur; %58,8'inin bölgesinde TRSM olduğunun farkında olup %41,9'u hasta gruplarını eksiksiz tanımlamıştır. RHYİÖ puan ortalamaları; tehlikelilik alt ölçeği 19,89±6,50, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeği 25±9,39 ve utanma alt ölçeği 1,49±1,92 ve toplam ölçek puanı 46,38±15,44'tür. Bir yıldan az süre çalışanların, RHYİÖ'nin utanma alt ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. TRSM hakkında fikri olmayan hekimlerin ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli buldukları, ruhsal hastalıklı bireylerle ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca ailesinde ruhsal hastalık olmayanlar ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, Damgalama

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, ruh sağlığı yalnızca hastalıkların olmaması durumunu değil; bireyin becerilerini kullanabildiği, günlük hayatının stresiyle başa çıkabildiği, verimli bir şekilde çalışabildiği ve topluma katkı sağlayabildiği bir sağlık durumunu kapsayan bir kavramdır (1). Buna

1-Dr. Öğretim Üyesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Ankara

E-posta Adresi: hulya.sirin@sbu.edu.tr

ORCID ID: 0000-0001-8489-5005

2-Arş.Gör.Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

E-posta Adresi: haticeseyma.erdem@sbu.edu.tr

ORCID ID: 0000-0002-5785-4395

Gönderim Tarihi:15.06.2021 - Kabul Tarihi: 01.07.2021

ABSTRACT

In this study, it was aimed to evaluate belief and attitudes of family physicians towards mental illnesses. It was targeted to reach 10% of the family physicians in Ankara, with stratified sampling technique based on districts. The Beliefs towards Mental Illness Scale (BMIS) was used in the study. Among 170 family physicians reached, 50% are women, 47% are between the ages of 47-56, 83.5% are married, 84.1% have child, 84.7% are general practitioners, 15.3% are specialists. 50.6% received a specific training or course on mental health, 66.5% have lack of knowledge about Community-Based Mental Health System, 58.8% are aware that their district has a service of community mental health center, 41.9% could identify their patients who can benefit from these centers. BMIS score average values: dangerousness subscale was 19.89±6.50, incurability and poor social skills subscale was 25±9.39, embarrassment subscale was 1.49±1.92 and total scale was 46.38±15.44. There was a significant difference between the mean scores of BMIS's shame subscale of those who worked for less than one year. It has been found that physicians who do not know about CMHS think people with mental illnesses are dangerous, those physicians also have incurability and poor social skills with these patients. In addition, physicians who do not have any relative with mental illness find these patients dangerous.

Keywords: Family Physician, Primary Care Services, Community Mental Health, The Beliefs towards Mental Illness Scale, Stigmatism

bağlı olarak, toplum ruh sağlığı da yalnızca ruh sağlığı hastalıklarının görülmesi ve engellenmesi ile ilgili değildir, ayrıca ruh sağlığı hakkında farkındalık yaratmaktır. Dolayısıyla toplum ruh sağlığı, nüfusun ruh sağlığının iyileştirilmesi ve sağlıklı bir toplum yaratılması yönündeki eylemler olarak tanımlanabilir.

Geçmişte bedensel hastalıklar toplum içinde görünen yüzüyle daha önemli idi ve ruh sağlığı sorunları geri planda kalmaktaydı. Günümüzde ise toplumsal olarak bilişim çağına hızla geçiş yaşandığından dolayı, ruh sağlığı her zamankinden daha büyük önem taşımaktadır. Bu bilişim çağında toplumun zihinsel sermayesi (toplumsal

olarak işlev gösterebilmek için gereken bilişsel, duygusal ve toplumsal beceri temelli kaynaklar) bireylerin, kurumların ve toplumların refahı için gerekli bir kaynak oluşturmaktadır. Ruh sağlığı bozukluklarının bireylere, ailelere, toplumlara ve ekonomiye zararları, bu sorunların engellenmesini ve ruh sağlığı hakkında farkındalık yaratılmasını gerekli kılmaktadır. Bu da hem ruh sağlığı bozukluklarını tedavi etmek için, hem de bu bozuklukları engellemek ve ruh sağlığı hizmetleri hakkında farkındalık yaratmak için toplum ruh sağlığı açısından eyleme geçilmesini zorunlu kılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ruh sağlığı sorunları tüm dünyada artış göstermektedir. Özellikle demografik değişikliklerin yaşanmasıyla ruhsal hastalıklar ve madde kullanımı-son 10 yılda yaklaşık %13 artış göstermiştir. Dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20'si bir ruhsal hastalığa sahiptir ve 15-29 yaş grubunda intiharlar ikinci sırada yer almaktadır (2). Sıklığına bakıldığında Dünya'da herhangi bir ruhsal hastalığa sahip birey yüzdesi %10,7 olup, yaklaşık 792 milyon kişiye karşılık gelmektedir (3). Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette, yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri sıralamasında, ilk sırada yer alan 20 sağlık sorununun 5 tanesi (unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, bipolar afektif bozukluk, Alzheimer ve diğer demanslar) ruhsal sorunlardır(4). Depresyon, tek başına, en çok yeti yitimine yol açan 3. hastalıktır ve 2030 yılında ilk sıraya yükselmesi beklenmektedir (5). Ruhsal hastalıklara bağlı olan kayıp yaşam yılları (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) tüm kanserlerle aynı, tüm nörolojik hastalıkların ise iki katıdır (6).

Ülkemizde gerçekleştirilmiş en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği gösterilmiştir (7). Sağlık Bakanlığının yaptığı 2011-2023 ulusal ruh sağlığı eylem planındaki Türkiye Hastalık Yüklü Çalışmasında, hastalık yükü nedenleri arasında temel hastalıklara göre bir sıralama yapıldığında % 19 ile ikinci sırada ruhsal hastalıklar yer almaktadır (8).

Ruh sağlığı koşulları, okul / iş performansı, aile ve arkadaşlarla ilişkiler ve topluma katılma becerisi gibi yaşamın tüm alanlarında önemli bir etkiye sahiptir (2). Ruhsal hastalığı olan insanlar, fiziksel hastalığı olan insanlara göre, toplum içi yaşamda iki kat daha fazla zorlanmaktadırlar. Ruhsal hastalığı olanlar, kaliteli yaşam şartları, iyi bir iş, güvenli bir yuva, yeterli sağlık bakımı ve farklı gruplarla ilişki kurma bakımından zorluklarla karşılaşmaktadırlar (12). Hem hastalığın semptomları hem de ruhsal hastalıklar hakkında bilinen yanlışlardan kaynaklanan damgalama ile mücadele etmeleri gerekmektedir (10). Dickerson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireyi; toplum (%61), işveren (%36), ruh sağlığı çalışanları (%20), aile üyeleri (%19), arkadaşları (%14) ve eş-yakınlarının (%11) damgaladığı belirlenmiştir (11). Damgalanma, kişiye yönelik önyargılı bir tutumu ve ayrımcılığa sebep olacak davranışları beraberinde getirdiğinden, rahatsızlığı olan kişinin işini daha da zorlaştırır (12). Bu tutumların sonucu olarak da tanı ve tedaviden yararlanamayan hastalar kronikleşip hastalığın ağır evrelerinde ortaya çıkabilmektedir. Bu durum gereksiz sayıda hizmet kullanımı, işgücü kaybı gibi nedenlerle topluma ve ekonomiye büyük yük getirmektedir (13). En yaygın ruh sağlığı durumlarından ikisi, depresyon ve anksiyete, küresel ekonomiye her yıl 1 trilyon dolara mal olmaktadır. Bu rakamlara rağmen, ruh sağlığına giden devlet sağlık harcamalarının küresel ortalaması %2'den azdır (2).

Ruh Sağlığı yaklaşımı ve politikaları son yıllarda değişim göstermektedir. Önceden izlenen yalnızca bireyin tedavisini ön plana koyan yaklaşım yerini bireyin toplum içinde uyumu ve işlevselliği arttıran, damgalamayan, ötekileştirmeyen Toplum Temelli Ruh Sağlığı yaklaşımına bırakmıştır. Toplum Temelli Ruh Sağlığı anlayışı, hastaların tekrar tekrar hastaneye yatarak toplumdan uzaklaşmalarının, işlevselliklerindeki azalmanın önüne geçilmesi, takip ve tedavilerinin sürdürülmesi amacıyla; hastanın evinde, mahallesinde veya işyerinde temel yaşam ihtiyaçlarını karşılamayı, sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi ve gerekli destek sistemlerini devreye sokmayı, kısacası toplum içinde tedaviyi hedeflemektedir (14). Dünya Sağlık Örgütü daha ulaşılabilir, aksamayan

ve bütüncül sağlık hizmeti sunumu için, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu ile ilgili öneride de bulunmaktadır (15).

Büyük çoğunluğunun hekimle ilk karşılaşma yeri olan birinci basamakta ruhsal hastalığı olanlara erken dönemde teşhis konulması, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları açısından aile hekimlerinin yaklaşımı büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma ile ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri olan birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara bakış açısı, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) ile değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kesitsel-tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Kasım 2019-Mart 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ankara ilinin 25 ilçesinde 447 aile sağlığı merkezinde hizmet veren 1.718 aile hekimi araştırma evrenini oluşturmaktadır. Evrenin en az %10'na ulaşmak planlanmıştır. Ankara'nın merkez ilçelerindeki aile hekimi sayısına göre ağırlıklandırılarak 170 aile hekimi (AH) örneğe alınmıştır. 170 AH ve yedek olarak alınan 20 AH bilgileri Aile Hekimliği derneğinden alınmıştır. Çevirim içi hazırlanan anket aile hekimlerine e-posta yoluyla gönderilmiştir. İkişer haftalık aralıklarla e-posta ile anketi doldurma yönünde hatırlatma yapılmıştır. 2. Hatırlatma sonrası yanıt alınamayan 17 AH yerine aynı ilçelerden yedeklerine ulaşılmıştır.

Veri toplama aracı olarak oluşturulan anket 2 kısımdan oluşmaktadır; sosyodemografik bilgiler ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ). Ölçek Hirai ve Clum (16) tarafından geliştirilmiş, ve ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (17) tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ruhsal hastalığa yönelik inancı değerlendiren ölçek maddelerinde, "ruhsal hastalık" ve "ruhsal hastalığı olan birey" şeklinde genel ifadeler yer almaktadır. Ölçekteki ifadeler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içermektedir. Bu nedenle, ölçekten elde edilen puan ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyini göstermektedir. RHYİÖ Ölçeği hem toplam puan hem de alt ölçek

puanlarına göre yorumlanmaktadır. RHYİÖ 3 alt ölçekten oluşmaktadır: **Tehlikelilik alt ölçeği:** Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili 8 maddeden oluşur ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır. **Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği:** Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını içeren 11 maddeden oluşur. Ruhsal hastalıklı bireylerle kişiler arası ilişkide engellenmeyi ve çaresizlik yaşamayı ifade eder. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-55 arasındadır. **Utanma alt ölçeği:** Ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunu ifade eden 2 maddeden oluşur ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasında değişir.

Anketi aile hekimlerine uygulamak için S.B.Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden (22.11.2019/49654233-604.02) ve etik kurul için Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nden izinler alınmıştır (2019/14-No:19/335). Kullanılan ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan çalışmacılardan da e-posta yoluyla kullanım izni alınmıştır (17).

Çalışmamızda istatistiksel analizde katılımcıların sosyodemografik verileri sayı ve yüzde olarak verilmiştir. RHYİÖ'nün bağımsız değişkenlere göre normal dağılıma uyup uyumadığını bakabilmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri yapılmış ve Q-Q plotlarına bakılmıştır. RHYİÖ'nin ortalama puanları katılımcıların sosyodemografik ve diğer bağımsız değişkenlerine göre Student-t testi ve tek yönlü ANOVA testini kullanarak karşılaştırılmıştır. Bütün analizlerde p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın veri yönetimi ve istatistiksel analizleri IBM SPSS versiyon 25 paket programı kullanılmıştır

BULGULAR

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Çalışmaya eşit sayıda kadın ve erkek aile hekimi katılmıştır. Çalışmaya katılanların %47'si 47-56 yaş grubu arasındadır. %83,5'i evli, %84,1'i çocuk sahibidir. Katılanların %75,3'ü çekirdek ailede büyümüş ve %85,9'u kentte yetişmiştir. Katılanların %84,7'si pratisyen

hekim, %15,3'ü uzman hekimdir. Katılanların %51,8'i 10 yıldan uzun süredir aile hekimi olarak çalışmaktadır. Aile hekimlerinin %57,1'i hizmet sundukları kendilerine kayıtlı bireylerin sosyoekonomik durumunu orta, %24,1'i iyi olarak değerlendirmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=170) –Ankara, 2020

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	85	50,0
Kadın	85	50,0
Yaş (n=169) (ortalama= 48,05; SS= 8,128)		
27-36	17	10,1
37-46	49	29,0
47-56	80	47,3
57 ve üzeri	23	13,6
Medeni durum		
Evli	142	83,5
Bekâr	28	16,5
Çocuk sahibi		
Evet	143	84,1
Hayır	27	15,9
Aile yapısı		
Çekirdek	128	75,3
Geniş	38	22,4
Parçalanmış	4	2,4
Yetiştirdiği sosyal çevre		
Kent	146	85,9
Kırsal	24	14,1
Eğitim durumu		
Pratisyen Hekim	144	84,7
Uzman Hekim	26	15,3
Aile hekimi/birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim olarak çalışma süresi		
1 yıldan az	3	1,8
1-5 yıl	13	7,6
5-10 yıl	66	38,8
10 yıldan fazla	88	51,8
Bulunduğu ASM'ye bağlı nüfusun sosyoekonomik durumunun genel değerlendirmesi		
Çok kötü	1	0,6
Kötü	22	12,9
Orta	97	57,1
İyi	41	24,1
Çok iyi	9	5,3

SS: Standart sapma, ASM: Aile sağlık merkezi

Tablo 2. Katılımcıların Toplum Ruh Sağlığı Modeli bilgi düzeyi ve ilişkili faktörleri (n=170) –Ankara, 2020

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruh sağlığı ile ilgili özel bir eğitim veya kurs aldınız mı?		
Evet	86	50,6
Hayır	84	49,4
Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli hakkında bir fikriniz var mı?		
Evet	57	33,5
Hayır	113	66,5
Size kayıtlı nüfus içerisinde ruh sağlığı sorunu olan hastanız var mı?		
Var	139	81,8
Yok	1	0,6
Bilmiyorum	30	17,6
Bölgemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi var mı? (n=165)		
Evet	97	58,8
Hayır	68	41,2
TRSM'lerden hangi tanılarıdaki hastalar hizmet almaktadır?		
Kronik Ruhsal Hastalıklar; Bipolar bozukluk, Şizofreni	65	41,9
Kronik Ruhsal Hastalıklar; Depresyon, Anksiyete	26	16,8
Kronik Ruhsal Hastalıklar; Depresyon, Demans, Anksiyete	26	16,8
Diğer	38	24,5
İzlemine yaptığınız hastalarınızdan TRSM'lerden hizmet alanlar var mı?		
Var	28	16,8
Yok	53	31,7
Bilmiyorum	86	51,5
Ruhsal hastalığı olan bir yakınınız var mı?		
Var	51	30,0
Yok	119	70,0
Ruhsal hastalığı olan hastaya yakınlığınız nedir? (n=51)		
Anne/Babasıyım	4	7,8
Kardeşiyim	12	23,5
Çocuğuyum	3	5,9
Bir akrabasıyım	30	58,8
Arkadaşıyım	2	3,9
Ruhsal hastalığı olan yakınınız TRSM'lerden hizmet alıyor mu? (n=51)		
Evet	2	3,9
Hayır	45	88,2
Bilmiyorum	4	7,8
Yukarıda söz ettiğiniz hastanızla birlikte aynı evde mi yaşıyorsunuz? (n=51)		
Evet	9	17,6
Hayır	42	82,4

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Tablo 3. RHYİÖ ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri (n=170) –Ankara, 2020

	En küçük	En büyük	Ortalama	SS
RHYİÖ Total	3,00	90,00	46,38	15,444
Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	0,00	51,00	25,00	9,39
Tehlikeli	0,00	39,00	19,89	6,50
Utanma	0,00	10,00	1,49	1,92

RHYİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, SS: Standart Sapma

Tablo4. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre RHYİÖ puan ortalamaları – Ankara, 2020

Özellikler	Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma			Tehlikeli			Utanma			Toplam		
	Ort.	SS	p	Ort.	SS	p	Ort.	SS	p	Ort.	SS	p
Eğitim durumu												
Pratisyen	24,26	7,29	0,668	18,26	7,04	0,168	1,23	1,50	0,450	43,77	13,50	0,350
Uzman	25,13	9,73		20,18	6,37		1,54	1,99		46,85	15,76	
Çalışma süresi												
1 yıldan az	32,33	6,65	0,204	21,00	8,88	0,848	0,33	0,57	0,039	53,67	16,07	0,383
1- yıl	22,46	6,56		18,53	6,25		0,15	0,37		41,15	11,22	
5- 0 yıl	23,89	9,89		19,75	7,04		1,69	2,02		45,35	16,31	
10 yıldan fazla	25,95	9,30		20,14	6,11		1,57	1,94		47,68	15,25	
TTRSM hakkında fikriniz var mı?												
Evet	22,92	8,61	0,041	18,31	6,09	0,025	1,47	2,24	0,922	42,72	14,36	0,028
Hayır	26,04	9,62		20,68	6,57		1,50	1,75		48,23	15,70	
Ruhsal hastalığı olan bir yakınınız var mı?												
Var	23,01	10,02	0,072	18,27	7,00	0,034	1,23	1,95	0,252	42,53	16,49	0,033
Yok	25,84	9,01		20,57	6,17		1,60	1,90		48,03	14,74	

RHYİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, TTRSM: Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli, T testi ve varyans analizi testi yapılmıştır.

Tablo 2’de çalışmaya katılan aile hekimlerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)’ler hakkındaki bilgi düzeyleri ve varsa ruhsal hastalığı olan biriyle yakınlık derecesi sunulmaktadır. Katılanların %50,6’sı ruh sağlığı ile ilgili özel bir eğitim ya da kurs almıştır. Katılanların %66,5’inin Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ile ilgili bilgisi yoktur. Katılanların %81,8’inin kendisine kayıtlı nüfus içerisinde psikiyatri hastası vardır. %58,8’inin bölgesinde TRSM olduğunun farkında olup %41,9’u TRSM’lerden hizmet alabilecek hastaları eksiksiz tanımlamıştır. Katılanların %51,5’i takibini yaptığı psikiyatri hastalarının TRSM’lerden hizmet alıp almadığını bilmemektedir. Katılanlarının %30’unun ruhsal hastalığı olan bir yakını olup, %17,6’sı ruhsal hastalığı olan yakını ile birlikte yaşamaktadır. Ruhsal hastalığı olan yakınların sadece %3,9 TRSM’lerden hizmet almaktadır.

Çalışmaya katılan Ankara’da çalışan aile hekimlerinin RHYİÖ’nden aldıkları toplam ölçek ve alt ölçek boyutlarına ait puanlar Tablo 3’te verilmiştir. Ankara’da çalışan aile hekimlerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla, tehlikeli alt ölçeğinden 40 üzerinden 19,89±6,50, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinden 55 üzerinden 25±9,39 ve utanma alt ölçeğinden 10 üzerinden 1,49±1,92, toplam ölçek puanından 105 üzerinden 46,38±15,44 puan aldığı belirlenmiştir.

Sosyodemografik özelliklere göre RHYİÖ puan ortalamaları Tablo 4’te verilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutlarının puanları ile aile hekimlerinin; cinsiyeti, yaşı, aile yapısı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, yetiştiği sosyal çevre, eğitim durumu (pratisyen ya da

uzman hekim olma), psikiyatri hastası takip ediyor olma ve çalıştığı bölgede TRSM bulunması özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; hekimlerin bu özellikler ile RHYİÖ'nin toplam ölçek ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Ruh sağlığı ile ilgili eğitim veya kurs almış olan hekimler %50,6 iken hekimlerin bu özellik ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçek boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bir yıldan az süre aile hekimi olarak çalışanların, diğerleriyle karşılaştırıldığında RHYİÖ'nin utanma alt ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,039$). Bir yıldan az süre çalışan hekimler, ailesinde ruhsal hastalığı olan birinin olmasından ve ruhsal hastalığı olan biriyle arkadaşlık yapmaktan anlamlı ölçüde daha az utanmaktadır. Hekimlerin Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli hakkındaki bilgisi ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin çaresizlik ve tehlikelilik alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,041$ ve $p=0,025$). Bu sonuçlara göre TRSM hakkında fikri olmayan hekimlerin ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşündükleri, ruhsal hastalıklı bireylerle kişiler arası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşadıkları saptanmıştır. Hekimlerin yakınlarında ruhsal hastalık olma durumu ile RHYİÖ'nin tehlikelilik alt ölçek boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,034$). Bu sonuca göre ailesinde ruhsal hastalık olmayan hekimler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir.

TARTIŞMA

Ruh sağlığı küresel bir sorundur ve sosyoekonomik statülerine bakılmaksızın tüm ülkelerde “sürdürülebilir kalkınma” ile çok yakından ilişkilidir. Bu çerçeveden bakıldığında tüm ülkeler ruh sağlığı açısından gelişmekte olan ülkeler diye düşünülebilir (18). Çalışmamızda birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları bunu etkileyen faktörler ve TTRSM'ler hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

Ülkemizde birinci basamakta yapılan bir çalışmada hekimlerin yarısından fazlası şizofreni hastalarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğine, saldırgan olduklarına, kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca %80 i bir şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %71'i şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını belirtmiştir. Dolayısıyla hekimlerin de damgalamayı toplumla paylaştığı görülmüştür (19).

Yapılan birçok çalışmada görülmüştür ki bireyler genel olarak ruhsal hastalığı olan kişilerden korkmakta ve onlardan uzaklaşma davranışı sergilemektedir (20). Damgalama davranışı üzerinde hangi özelliklerin etkili olduğuna bakıldığında; Yunanistan'da yapılan bir çalışmada erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük sosyoekonomik statü, düşük eğitim düzeyi ve kırsal alanlarda ikamet, ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik olumsuz tutumlarla ilişkilendirilmiştir (21). Kanada'da yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üzerindeki bu hastalara karşı daha mesafeli bulunmuştur (22). Malezya'da yapılan bir çalışmada evli olmayan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır (23). Latin Amerika ülkelerinde birinci basamak hekimlerinin ruhsal hastalıklara karşı damgalama davranışlarını inceleyen bir çalışmada ise yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma yılı (deneyimi) damgalanma açısından etkili bulunmamıştır (24). Bizim çalışmamızda ise yaş ve diğer sosyodemografik özellikler damgalama davranışı üzerinde etkili bulunmazken, çalışma yılı bir yıldan az olan aile hekimlerinde damgalama davranışının daha az olduğu saptanmıştır. Bu durum yeni mezun hekimlerin, toplum ruh sağlığı modeli ile ilgili daha güncel bilgilere sahip olması ile açıklanabilir.

Damgalama yönünden iki farklı ülkeden insanlarla yapılan bir çalışmada, bir ülkenin diğerinden daha toleranslı olduğu, bunun da en çok eğitim ve ruhsal hastalıkları tanımakla ilgili olduğu görülmüştür (25). Ancak bu çalışmadaki durum ülkeler arası kültür farkı ile de ilgili olabilir. Beaulieu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim müdahalesi yapılan ve

yapılmayan bir grup birinci basamak hekiminin ruhsal hastalıkları yönetmede daha güvende ve rahat hissettikleri görülmüştür (26). Benzer şekilde Zambia’da sağlık hizmet sunucuları ile yapılan bir çalışmada ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesinin damgalamanın azaltılmasına ve bu kişilerin haklarının geliştirilmesine katkı sağlayacağını düşündükleri görülmüş ancak sağlık hizmet sunanlar bunun için eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmişler (27). Manzanera ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada aile hekimlerinin depresyonla ilgili bir eğitim programından sonra depresyon hastalığı yönetimine yönelik tutumlarını olumlu yönde değiştirdikleri görülmüştür (28). Mezuniyet sonrası toplum ruh sağlığı eğitimi alan ve almamış olan birinci basamak hekimlerinin ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutumlarını araştıran bir çalışmada, eğitim alan grubun daha az damgalama eğiliminde olduğu saptanmıştır (29). Bizim çalışmamızda ise eğitim durumu ile damgalama davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmazken, TTRSM hakkında bilgili olmak daha az damgalama davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Eğitimin anlamlı fark oluşturmaması genel popülasyonla yapılan çalışmaların aksine, çalışmamızı hekim grubu ile yapmamız ve sorguladığımız eğitimin de tıp fakültesi mezuniyeti üzerine alınan özel bir ruh sağlığı eğitimi şeklinde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak TTRSM hakkında bilgisi olmayan ve çalışma grubumuzun %66,5’ini hekimlerin, damgalama davranışının daha yüksek olması aile hekimlerine verilen toplum ruh sağlığı ile ilgili eğitimlerin farkındalık yarattığını ve önemini göstermektedir.

Türkiye’de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerle daha önce karşılaşmış öğrencilerin utanma alt ölçek puanları daha düşük bulunmuştur (30). Hollanda’da yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızın aksine ruhsal hastalığı olan birini tanıyan olmak ve iş deneyimi damgalama ile ilişkili bulunmamıştır (31). Bizim çalışmamıza benzer olarak Hong Kong’da birinci basamakta çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada, daha uzun zamandır çalışanların ve akrabası ya da arkadaşında ruhsal hastalık olmayanların ruhsal hastalığı olan kişilere

karşı daha endişeli ve damgalayıcı yaklaşımları görülmüştür (32). Benzer şekilde Amerika’da yapılan bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bir bireyle teması olanlarda damgalama davranışının genç ve ileri yaşta, kadın ve erkek cinsiyette ve düşük ve yüksek eğitim seviyesinde damgalamayı azalttığı görülmüştür (33). Benzer olarak bizim çalışmamızda da ailesinde ruhsal hastalığı olan bireyler bulunan hekimlerin tehlikelilik alt ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Bu da bize ilişkili oldukları çevrede ruh sağlığı sorunu bulunanların, bu hastalıklara karşı daha olumlu tutum sergilediklerini ve daha az damgalama davranışı oluşturduklarını gösterir. Bu sonuç da ruhsal hastalığı olan bireylerin TTRSM’de önerildiği gibi toplum içinde yaşayarak, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde izole edilmeyerek toplumdaki diğer bireylerle bir arada olmasının onların tedavi sürecine olumlu katkısının yanında damgalamanın azaltılmasına katkı sağlayacağı şeklinde yorumlanabilir.

SONUÇ

Araştırmanın bulgularına göre, 1 yıldan az süredir aile hekimi olarak çalışanlar ruhsal hastalıklardan anlamlı ölçüde daha az utanmaktadır. TRSM hakkında bilgisi olmadığını ifade eden hekimler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmekte ve ruhsal hastalıklı bireylerle kişiler arası ilişkide engellenme, çaresizlik yaşamaktadır. Ailesinde ruhsal hastalık olmayan hekimler ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir. Birinci basamakta çalışan ve ruhsal hastalığı olan bireylerle çoğunlukla ilk karşılaşma yeri olan aile hekimlerinin %66,5 inin, bu bireylerin toplum içinde olabilecek en yüksek işlevsellikle tedavilerini amaçlayan Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ile ilgili bilgisi yoktur. Katılanların ancak %41,9 ‘u TRSM’lerden hizmet alabilecek hastaları tam ve doğru tanımlayabilmiştir.

Bu sonuçlar göz önüne alındığında ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancı değiştirebilmek ve Dünyada da en etkili model olarak belirlenen TTRSM hakkında farkındalık yaratabilmek ve kullanımlarını artırmak için Birinci Basamakta sağlık hizmeti sunan aile

hekimlerinin daha fazla hizmet içi eğitime ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Ayrıca konu üzerinde daha doğru sonuçlara ulaşabilmek ve daha etkili politikalar oluşturabilmek için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Farklı ölçme yöntemleri ile birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumlarını gösteren çalışmaların yapılması gereken eğitimler için kanıt olacaktır. Ayrıca yapılan çalışmalarla bizim çalışmamızda olduğu gibi yine TTRSM anlayışının yaygınlaştırılması ve TRSM'lerinin tanıtımlarının daha etkili yapılması gerekliliğini de ortaya koyacaktır.

KAYNAKÇA

1. WHO. Draft Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020.Pdf [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 9]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_
2. Mental health [Internet]. [cited 2021 Apr 9]. Available from: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
3. Mental Health - Our World in Data [Internet]. [cited 2021 Apr 9]. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
4. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2021 Jun 9];380(9859):2197–223. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245608/>
5. Kiliç C. Türkiye'de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? *TOPLUM ve HEKİM*. 2020;35(3):179–87.
6. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* [Internet]. 2018 Nov 10 [cited 2021 Apr 9];392(10159):1789–858. Available from: <https://github.com/ihmeuw/>
7. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu [Internet]. 1998 [cited 2021 Apr 9]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/118803955/Turkiye-Ruh-Sagligi-Profil-Raporu-1998>
8. ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI (2011-2023) [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 9]. Available from: <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/30333/0/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf>
9. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* [Internet]. 2002 Feb [cited 2021 Apr 9];1(1):16–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946807>
10. Malas EM. Ruhsal Bozukluklara Karşı Stigma-Derleme. *MANAS Sos Araştırmalar Derg.* 2019;8(1):1203–21.
11. Dickerson FB, Somerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. *Schizophr Bull* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2021 Apr 9];28(1):143–55. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>
12. Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z, Eylül Üniversitesi Hemşirelik Psikiyatri Hemşireliği ABD DY, Üniversitesi Sağlık Psikiyatri Hemşireliği ABD AY, Özet İ. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar Attitudes of Health Professionals towards Mental Disorders: Studies in Turkey during the Last Decade [Internet]. Vol. 3, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2011 Jun [cited 2021 Apr 9]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/133407>
13. OCAKTAN ME, ÖZDEMİR O, ÇÖL M. BİRİNCİ BASAMAKTA RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ. *Kriz Derg* [Internet]. 2004 Jun 1 [cited 2021 Apr 9];12(2):063–73. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kriz/496457>
14. Çiçekoğlu P, Duran S. Dünyada ve Türkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 9];8–14. Available from: https://www.researchgate.net/publication/329519432_Dunyada_ve_Turkiye'de_Toplum_Temelli_Koruyucu_Ruh_Sagligi_Hizmetleri
15. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare [Internet]. Vol. 5, *Mental Health in Family Medicine*. Radcliffe Publishing and Wonca; 2008 [cited 2021 Apr 9]. p. 5–8. Available from: www.who.int/hpr/NPH/docs/
16. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale [Internet]. Vol. 22, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Springer; 2000 [cited 2021 Apr 9]. p. 221–36. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1007548432472>

17. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatr Derg* [Internet]. 2008 [cited 2021 Apr 9];9(2):91–6. Available from: <http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=6581&tammetinvar=yes>
18. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* [Internet]. 2018 Oct 27 [cited 2021 Apr 9];392(10157):1553–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30314863/>
19. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, et al. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2002;3(1):5–13.
20. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: A review and critique. *J Ment Heal* [Internet]. 1997 [cited 2021 Apr 9];6(4):345–54. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijmh20>
21. Economou M, Bechraki A, Charitsi M. The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches. *Psychiatrike* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Jun 10];31(1):36–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544075/>
22. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2021 Apr 9];46(3):245–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11320678/>
23. Riana AR, Osman CB, Ainsah O. Psychiatric morbidity and attitudes towards mental illness among patients attending primary care clinic of Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia. *Malaysian J Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2021 Apr 9];17(1):30–43. Available from: <https://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/view/25>
24. Rojas Vistorte AO, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Keeley JW, et al. Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. *PLoS One* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2021 Apr 9];13(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30440052/>
25. Shulman N, Adams B. A comparison of Russian and British attitudes towards mental health problems in the community. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2002 Dec 27 [cited 2021 Apr 9];48(4):266–78. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002076402128783307>
26. Beaulieu T, Patten S, Knaak S, Weinerman R, Campbell H, Lauria-Horner B. Impact of Skill-Based Approaches in Reducing Stigma in Primary Care Physicians: Results from a Double-Blind, Parallel-Cluster, Randomized Controlled Trial. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2021 Jun 14];62(5):327–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28095259/>
27. Mwape L, Sikwese A, Kapungwe A, Mwanza J, Flisher A, Lund C, et al. Integrating mental health into primary health care in Zambia: A care provider's perspective. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2010 Jul 25 [cited 2021 Apr 9];4(21):2–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20653981/>
28. Manzanera R, Lahera G, Álvarez-Mon MÁ, Alvarez-Mon M. Maintained effect of a training program on attitudes towards depression in family physicians. *Fam Pract* [Internet]. 2018 Jan 16 [cited 2021 Apr 9];35(1):61–6. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article/35/1/61/4004812>
29. Lam TP, Lam KF, Lam EWW, Sun KS. Does postgraduate training in community mental health make a difference to primary care physicians' attitudes to depression and schizophrenia? *Community Ment Health J* [Internet]. 2015 Aug 28 [cited 2021 Apr 9];51(6):641–6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-015-9829-9>
30. Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2010 Sep 30;23(3):145–50.
31. Gras LM, Swart M, Slooff CJ, van Weeghel J, Knegtering H, Castelein S. Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: something to worry about? A pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2021 Apr 9];50(2):299–306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25123701/>
32. Lam TP, Lam KF, Lam EWW, Ku YS. Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia-Pacific Psychiatry* [Internet]. 2013 Mar [cited 2021 Apr 9];5(1):E19–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23857792/>
33. Link BG, Cullen FT. Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *J Health Soc Behav*. 1986;27(4):289–302.