

Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunucuları Arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruh Sağlığına Yönelik Tutumlar ve Ruh Hastalıklarına İlişkin İnançların Değerlendirilmesi

Assessment of Mental Health Literacy, Attitudes Towards Mental Health and Beliefs About Mental Illnesses Among Primary Healthcare Providers

Emel Güden¹, Arda Borlu², Özlem Olguner Eker³, Saliha Özsoy⁴, Zeynep Baykan⁵, Selma Durmuş Sarıkahya⁶

Atıf/Cite as: Güden E, Borlu A, Olguner Eker Ö, Özsoy S, Baykan Z, Durmuş Sarıkahya S. Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları arasında ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığına yönelik tutumlar ve ruh hastalıklarına ilişkin inançların değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(4):121-132.

ÖZ

Amaç: Ruhsal sorunlar toplumda en çok görülen kronik hastalıklar arasındadır. Sağlık personelinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve tutumu bu hastalıkların tedavisinde önemli yere sahiptir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesinde önemli bir rol üstlenen aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları arasında ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığına yönelik tutumlar ve ruh hastalıklarına ilişkin inançları değerlendirmektir.

Yöntem: Bu analitik ve kesitsel çalışmada, 636 birinci basamak sağlık personeli ile çalışılmıştır. Veriler, "Kişisel Özellikler Formu," "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği," "Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği" ve "Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği" bölümden oluşan bir anket formu ile toplanmıştır. Anket formları, katılımcıların iş adreslerine posta yoluyla dağıtılmış ve aynı şekilde yeniden toplanmıştır. Ölçek verilerinin normal dağılım göstermemesi nedeniyle karşılaştırmalar için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği için ortanca değer $16 \pm 3,92$, Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği için $47 \pm 15,41$ ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği için $51 \pm 8,66$ olarak bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçek puanı ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği alt boyutlardan tehlike ($r = -0,07$ $p < 0,05$) ve utanç ($r = -0,10$ $p < 0,05$) arasında negatif yönde güçlü ilişki tespit edilmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçek puanı ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçek puanı ($r = 0,20$ $p < 0,01$) ve iyi niyet ($r = 0,15$ $p < 0,01$) ölçek puanı arasında pozitif güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları temsil eden RSOY-2 ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinin Utanç alt boyutu arasında güçlü negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,113$, $p < 0,01$).

Sonuç: Bu araştırma, birinci basamakta sağlık hizmeti sunucularının ruh sağlığı okuryazarlığının ortalamasının üzerinde olduğunu, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inanç düzeyinin ortalama düzeyde olduğunu ortaya çıkarmıştır. Olumsuz tutum ve inanç konusunda daha derinlemesine araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, Ruh sağlığı, Okuryazarlık, Tutum, İnançlar

ABSTRACT

Objective: Mental health issues are among the most common chronic conditions in society. The knowledge and attitudes of healthcare personnel towards mental illnesses play a crucial role in their treatment. The aim of this study is to assess the mental health literacy, attitudes towards mental health, and beliefs about mental illnesses among family physicians and family health workers, who play a key role in integrating mental health services into primary care.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 636 primary care healthcare personnel. Data were collected using a questionnaire consisting of the "Personal Characteristics Form," "Mental Health Literacy Scale," "Beliefs About Mental Illness Scale," and the "Community Attitudes Toward Mentally Ill Scale." The questionnaires were distributed and collected via postal service to and from participants' work addresses. Since the scale data did not follow a normal distribution, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used for comparisons. The relationships between the scales were examined using Pearson correlation analysis.

Results: The median score for the Mental Health Literacy Scale was 16 ± 3.92 , for the Beliefs About Mental Illness Scale it was 47 ± 15.41 , and for the Community Attitudes Toward Mentally Ill Scale it was 51 ± 8.66 . A strong negative correlation was found between the mental health literacy scale score and the subscales of danger ($r = -0.07$, $p < 0.05$) and shame ($r = -0.10$, $p < 0.05$) from the beliefs about

Received/Geliş: 28.08.2024

Accepted/Kabul: 19.11.2024

Publication date: 27.12.2024

Corresponding Author:

E. Güden

ORCID: 0000-0003-3492-4298

Kapadokya Üniversitesi, Sağlık

Yüksekokulu, Nevşehir, Türkiye

✉ emelguden@gmail.com

A. Borlu

ORCID: 0000-0002-1424-8037

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

Ö. Olguner Eker

ORCID: 0000-0003-1485-3293

Erciyes Üniversitesi, Tıp

Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

S. Özsoy

ORCID: 0000-0003-2757-9641

Erciyes Üniversitesi, Tıp

Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

Z. Baykan

ORCID: 0000-0001-9450-985X

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Tıp Eğitimi Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

S. Durmuş Sarıkahya

ORCID: 0000-0002-0318-3098

Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık

Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı

Hemşireliği Anabilim Dalı,

Artvin, Türkiye

mental illness scale. A strong positive correlation was also found between the mental health literacy scale score and the community attitudes towards mentally ill scale score ($r=0.20$, $p<0.01$) as well as the goodwill subscale ($r=0.15$, $p<0.01$). The help-seeking behavior for mental health represented by MHL-2 showed a strong negative correlation with the shame subscale of BMI-3 ($r=-0.113$, $p<0.01$).

Conclusion: This study revealed that primary care healthcare providers have above-average mental health literacy, and that the level of negative attitudes and beliefs towards mental illnesses is moderate. Further in-depth research on negative attitudes and beliefs is recommended.

Keywords: Primary care, Mental health, Literacy, Attitudes, Beliefs

GİRİŞ

Ruh sağlığı bozuklukları yüksek ölüm oranları sergilememekte olup yaygınlıkları ve topluma getirdikleri ekonomik yükler nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorununu teşkil etmektedir.^[1] Ruh sağlığı bozuklukları bölgesel oranlar ve türler bakımından farklılık göstermekle birlikte, dünya genelinde yaygındır ve küresel olarak yaklaşık her sekiz kişiden birini etkilemektedir.^[2] Bu bozukluklar, dünya genelinde yaşam yıllarıyla kaybedilen özürülük nedenleri arasında önde gelen nedenler arasındadır. Ruh sağlığı bozukluklarının ekonomik sonuçları, üretkenlik kayıpları, sağlık harcamaları ve diğer dolaylı maliyetler gibi unsurlar göz önüne alındığında oldukça büyüktür.^[2]

Toplum ruh sağlığının geliştirilmesi, 2013-2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Hedef 3.4 ve Hedef 3.5) kapsamında da yer almaktadır.^[3] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu konuda çeşitli öneriler sunmuş ve 2022 yılında yayımladığı Dünya Ruh Sağlığı Raporu'nda ilerlemeleri değerlendirmiştir.^[2] Bu raporda vurgulandığı üzere, ruh sağlığı bozuklukları toplumlarda yaygındır, ancak küresel ruh sağlığı hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Bu yetersizliklerin başlıca nedenleri arasında, ruh sağlığı alanında uzman sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliği, ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan finansal kaynakların yetersizliği, hastane yatışı ve farmakolojik tedaviler dışındaki tedavi seçeneklerinin sınırlı olması ve ruh sağlığı sorunu olan bireylerin karşılaştığı sürekli ayrımcılık ve damgalama yer almaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu, bireylerin ruh sağlığı desteğine erişimini artırmak için önemli bir adım olarak güçlü bir şekilde tavsiye edilmektedir. Ancak, bu stratejinin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının ruh sağlığı hizmeti sunmaya istekli ve motive olmaları, gerekli bilgi ve farkındalığı edinmeleri ve ruh sağlığı bozukluğu yaşayan bireylere yönelik ayrımcılık ve damgalamadan arınmış bir tutum sergilemeleri gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularını ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık sistemine entegre etmek için gerekli

bilgi ve becerilerle donatmak amacıyla eğitim ve politika müdahaleleri gereklidir. Ancak, birçok ülkenin, ruh sağlığı desteği gerektiren herkesin ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli eğitilmiş personelden yoksun olduğu bir gerçektir ve yalnızca DSÖ'ye üye ülkelerin %25'i ruh sağlığını birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre ettiğini bildirmiştir.^[2]

Türkiye'de, aile sağlığı merkezleri (ASM), birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumludur. ASM'lerde, bir aile hekimi (AH) ve bir aile sağlığı çalışanının (ASÇ) birlikte çalıştığı aile hekimliği birimleri kurulmuştur ve her birimde ortalama olarak yaklaşık 3000 kişiye sağlık hizmeti sunulmaktadır. İnsanlar, kayıtlı oldukları aile hekimliği birimini herhangi bir kısıtlama olmaksızın seçme ve değiştirme özgürlüğüne sahiptir.^[4] AH ve ASÇ'ler, bakım verdikleri nüfusla yakın bağlar kurmaktadır. Dolayısıyla, AH ve ASÇ'ler, ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirme, ruh sağlığını teşvik eden sağlıklı seçimler yapma ve toplumda damgalamayı azaltma konusunda önemli bir rol oynayabilirler. Ayrıca, bakımları altındaki nüfusla olan yakın ilişkileri sayesinde, ruh sağlığı bozukluklarının erken tanısı, takibi ve tedavi yönetimine aktif olarak katkıda bulunabilirler. Bu bağlamda, Türkiye'deki AH ve ASÇ'ler, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonunda kilit bir rol oynayabilirler.^[4]

DSÖ tarafından tavsiye edilen ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın eylem planlarına dahil edilen birinci basamağın ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonu, toplum ruh sağlığının teşvik edilmesini, ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler için erken tanı ve düzenli takip sağlamayı mümkün kılacaktır. Böylece, daha kapsamlı, kolay erişilebilir ve maliyet açısından etkili bir ruh sağlığı hizmeti sunulmasında önemli bir adım atılabilir. Ancak, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu, çeşitli zorlukları da barındırmaktadır. Beklenen zorluklar arasında, ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere yönelik sağlık profesyonellerinin damgalayıcı davranışları, sağlık profesyonellerinin konu hakkında yetersiz eğitimi, birinci basamak sağlık çalışanlarının ağır iş yükü, toplumdaki düşük ruh sağlığı okuryazarlığı,

birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının konuya olan düşük ilgisi ve yetersiz motivasyonu, sağlık sistemindeki seviyeler arası koordinasyon eksikliği, sınırlı ve adil olmayan finansman, fiziksel ve ruh sağlığının birlikte değerlendirilmemesi yer almaktadır.^[5] Sağlık hizmeti sağlayıcılarının damgalayıcı tutumları, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin gerekli tedaviye erişimini engelleyebilecek önemli bir durum olarak karşımıza çıkabilir.^[5]

Bu beklenen zorluklar, entegrasyonun gerçekleştiği bölgeye, topluma ve zaman dilimine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonundaki potansiyel engellerin belirlenmesi ve bu engellerin proaktif bir şekilde ele alınması zorunludur. DSÖ, ruh sağlığını, “insanların yaşamın stresleriyle başa çıkabilmesini, yeteneklerini gerçekleştirebilmesini, etkili bir şekilde öğrenebilmesini, verimli bir şekilde çalışabilmesini ve topluma olumlu katkılarda bulunabilmesini sağlayan bir zihinsel esenlik durumu” olarak tanımlamaktadır.^[6] Birinci basamak sağlık çalışanlarının iyi bir ruh sağlığını sürdürmeleri ve ruh sağlığı bozukluklarının önlenmesi, erken tespiti ve tedavisinde etkin bir şekilde görev yapabilmeleri için yeterli ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olmaları zorunludur.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonunda kilit bir rol oynayan AH ve ASÇ’lerin ruh sağlığı okuryazarlığını, ruh sağlığına yönelik tutumlarını ve ruh sağlığı sorunlarına ilişkin inançlarını değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Tasarımı: Çalışma, analitik ve kesitsel nitelikte olup, STROBE kriterlerine uygun olarak raporlanmıştır.

Araştırma Evreni ve Örneklem: Çalışma, Kayseri’deki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan tüm birinci basamak sağlık hizmeti sunucularını (aile hekimi:461; aile sağlığı çalışanı:438; toplam=899) kapsamaktadır. Araştırma için hesaplanan minimum örneklem büyüklüğü aşağıda gösterildiği gibi 385’tir:

$$N = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

$$N = \frac{853 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,50)^2 \cdot (853 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50} = \text{örneklem büyüklüğü: } 385$$

Dahil Edilme Kriterleri: Kayseri’deki bir ASM’de aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olarak görev yapmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak.

Hariç tutma kriterleri: Aile hekimliği uzmanı olan aile hekimleri (n=46).

Herhangi bir örnekleme yapılmamış; tüm evrene araştırmaya katılma teklifi sunulmuş ve 636 kişi gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir. Hedeflenen kitlenin %74,6’sına ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları: Çalışmada veriler dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılarak toplanmıştır; “Kişisel Özellikler Formu,” “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY),” “Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ),” ve “Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ).”

Kişisel Özellikler Formu: Demografik detaylar ve ruh sağlığına ilişkin kişisel deneyimler bu bölümde araştırılmıştır.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY): Jung tarafından 2016 yılında geliştirilmiş, 2019 yılında Göktaş ve ark. tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^[7,8] RSOY, toplamda 22 maddeden oluşmakta ve üç alt ölçeğe ayrılmaktadır; RSOY-1: Ruh sağlığı sorunları belirtileri ve semptomlarına dair bilgi (madde 1–10), RSOY-2: Ruh sağlığına dair inançlar (madde 11–18), RSOY-3: Ruh sağlığı kaynaklarına dair bilgi (madde 19–22). Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 22 arasında değişmektedir. İlk iki alt boyut, “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum” gibi yanıt seçenekleriyle 6’lı Likert tipi sorulardan oluşan 18 sorudan oluşmaktadır. RSOY-3 alt ölçeğindeki 4 soruya verilen yanıtlar “evet” ve “hayır” seçeneklerinden oluşmaktadır. “Kesinlikle katılıyorum,” “katılıyorum,” ya da “evet” yanıtları “1 puan” olarak değerlendirilirken, diğer yanıtlar “0 puan” olarak değerlendirilmiştir. 11. ile 18. maddeler arasındaki maddeler ters kodlanmıştır. RSOY ölçeğinden alınan puanların artması, bireyin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu gösterir.

Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ): Katılımcıların ruh sağlığı sorunlarına yönelik damgalama inançlarını ölçmek amacıyla ‘Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği’ (RHİÖ) uygulanmıştır. RHİÖ,

Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında geliştirilmiş, Türkçe versiyonu Bilge tarafından 2008 yılında doğrulanmıştır.^[9,10] RHİÖ, psikolojik bozukluklara yönelik olumsuz stereotipik algıları değerlendirmek için tasarlanmış 21 maddelik bir ölçektir ve üç alt ölçeğe ayrılır. Her madde, 0 (tamamen katılmıyorum) ile 5 (tamamen katılıyorum) arasında değişen 6'lı Likert tipi ölçek üzerinde puanlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 105 arasında değişmektedir. RHİÖ-1 (Tehlikelilik - 8 madde): Ruh sağlığı sorunu olan bir birey, sağlıklı bir bireye göre başkalarına zarar verme olasılığı daha yüksek olarak değerlendirilir. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0 ile 40 arasındadır. RHİÖ-1 (İyileşmezlik ve Sosyal İşlev Bozukluğu - 11 madde): Bu faktör, ruh sağlığı sorunu olan kişilerin sosyal işlevselliğine yönelik tutumları inceler; bunlar arasında, iş ortamlarındaki güvenilirlikleri, dakiklikleri, bağımsız yaşam yetenekleri, ruh sağlığı sorunlarının kronik ve iyileşmez doğasına dair inançlar, tekrar, yaşam boyu etkileri ve uzun süreli tedavi gereksinimleri gibi algılar yer alır. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0 ile 55 arasındadır. RHİÖ-3 (Utanch-2 madde): Bu faktör, bireyin kendisi veya aile üyelerinin psikolojik bir bozukluk teşhisi alması durumunda yaşadığı utanç veya damgalanma duygularını araştırır. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0 ile 10 arasındadır. Ölçekten ve alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar, psikolojik bozukluklara yönelik daha yüksek derecede damgalama olduğunu gösterir.

Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ): Katılımcıların ruh sağlığı sorunu olan bireylere ilişkin toplumsal tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Taylor ve Dear tarafından 1979 yılında geliştirilmiş, Türkçe versiyonu Bağ ve Ekinci tarafından 2006 yılında doğrulanmıştır.^[11,12] RSTTÖ, üç alt ölçekten oluşan 21 madde içermektedir: RSTTÖ-1: İyi niyet, RSTTÖ-2:Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi) ve RSTTÖ-3: Korku/Dışlama. RSTTÖ-1 ve RSTTÖ-2 alt ölçeklerindeki yüksek toplam puanlar, olumlu bir tutumu yansıtırken, RSTTÖ-3 alt ölçeğindeki yüksek toplam puanlar, olumsuz bir tutumu gösterir.

Veri Toplama: Anket formları, aile hekimliği birimlerine posta yolu ile gönderilmiş ve posta yolu ile geri toplanmıştır.

Veri Analizi: Veri analizi için IBM SPSS Statistics sürüm 26 yazılımı kullanılmıştır. Veri analizine başlamadan önce, değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek karar verilmiştir. Normal dağılım için pratik bir kural olarak, çarpıklık ve basıklık değerlerinin +/-1,0 veya +/-1,5 aralığında olması normal dağılım olarak kabul edilebilir.^[13] Ölçek verileri normal dağılım göstermediği için karşılaştırmada Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans, ortalama ve yüzdeler kullanılarak sunulmuştur. Mann-Whitney U testi iki değişkeni karşılaştırırken, Kruskal-Wallis H testi ikiden fazla değişkeni karşılaştırmak için kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki kare testi kullanılmıştır. Ölçekler için Cronbach α değerleri incelenmiştir. P değeri, 0,05'ten küçük olduğunda sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Etik Onay: Araştırma, Dünya Tıp Birliği Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüş olup Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06.10.2021 - 2021/643) ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alınmıştır. Katılımcılar, araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve ankete katılmadan önce onayları alınmıştır.

Bu çalışmada kullanılan veriler, "Toplum ruh sağlığını iyileştirmek için birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik eğitim ve politika geliştirilmesi" isimli ve ACTRN12622001223729 numarasıyla kayıtlı randomize kontrollü klinik araştırmanın sahadan toplanan ilk verilerinden oluşmaktadır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan birinci basamak sağlık personelinin yaş ortalaması 42,7±8,5 yıl (min: 21, maks: 65) olup, ortalama toplam çalışma deneyimi 18,4±8,2 yıl (min: 1, maks: 40) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %42,5'i hekim, %69,5'i kadın, %81,0'ı ise üniversite mezunudur. Eğitim açısından, AH'lerin %53,7'si ve ASÇ'lerin %74,6'sı mezuniyet sonrası herhangi bir ruh sağlığı eğitimi almadıklarını belirtmiştir. Katılımcılara ait diğer özellikler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri (n:636)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	442	69,5
	Erkek	194	30,5
Yaş (yıl)	20-29	33	5,2
	30-39	191	30,0
	40-49	262	41,2
	50-59	141	22,2
	60 ve üstü	9	1,4
Medeni durum	Evli	543	85,4
	Bekar	83	13,0
	Diğer	10	1,6
Eğitim düzeyi	Lise	46	7,2
	Ön lisans	53	8,3
	Lisans	515	81,0
	Lisans üstü	22	3,5
Çalışma süresi (yıl)	1-10	118	18,6
	11-20	256	40,2
	21-30	215	33,8
	31-40	47	7,4
Ekonomik durumu	Gelir=Gider	292	45,9
	Gelir<Gider	244	38,4
	Gelir>Gider	100	15,7
Aile tipi	Çekirdek aile	561	88,2
	Geniş aile	37	5,8
	Yalnız yaşayan	16	2,5
	Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	3,5
Mesleği	AH	270	42,5
	ASC	366	57,5
Çalışma yeri	Kentsel	516	81,1
	Kırsal	120	18,9

AH: Aile hekimi, ASC: Aile sağlığı çalışanı

Katılımcıların %26,3'ü kendisinin, %20,6'sı ise bir akraba/çok yakın arkadaşının ruh sağlığı sorunu yaşadığını bildirmiştir. Ruhsal sorun yaşadığını bildiren katılımcıların %59,3'ü bir sağlık profesyoneli destek almış, %20,3'ü farmakolojik olmayan yöntemlere başvurmuş, %10,8'i hiçbir şey yapmamış ve %9,6'sı kendi kendine psikiyatrik ilaç başladığı belirlenmiştir. Ruhsal sorun yaşamaları durumunda hangi sağlık profesyoneli tercih edecekleri sorulan katılımcıların %57,9'u psikiyatristi, %27,5'i psikoloğu, %10,6'sı aile hekimi ve %4'ü diğer sağlık profesyonellerini tercih edeceğini belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmamızda kullanılan RSOY ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,79'dur. RSOY toplam puanının medyan değeri 16 (0-22), ruh sağlığı sorunları hakkında bilgi alt ölçeği puanının medyan değeri 9 (0-10), ruh sağlığı sorunlarına dair inançlar puanının medyan değeri 5 (0-8)

ve ruh sağlığı kaynaklarına dair bilgi alt ölçeği puanının medyan değeri 2 (0-5) olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılar, erkeklere göre bilgi ve inanç alt ölçeklerinde daha yüksek puanlar elde etmiştir. Lisansüstü eğitim alan bireyler, diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek bilgi puanları göstermektedir. Geliri giderinden fazla olan bireyler, diğerlerine göre daha yüksek bilgi ve inanç puanlarına sahiptir. ASC'lerin toplam RSOY, RSOY-1 ve RSOY-3 alt boyutları puanları AH'lerden daha yüksektir. Hayatında ruhsal sağlık sorunu geçirmiş bireylerin RSOY puanları, geçirmemiş olanlara göre farklılık göstermemektedir. Ancak, ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı, RSOY-1 alt ölçeğinde anlamlı farklar ortaya çıkarmıştır. Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim almış kişiler, almamış olanlara göre RSOY-1 alt ölçeğinde daha yüksek puanlar elde etmiştir. Ruh sağlığı hizmeti sunma görevini kesinlikle kendi görevleri olarak gören bireyler, bu konuda daha yüksek RSOY-1 puanına sahipken, bu konuyu kesinlikle görev olarak görmeyenler daha düşük puanlar almıştır (Tablo 3).

Araştırmamızda kullanılan RHİÖ ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,86'dır. RHİÖ ölçeğinin medyan değeri $47 \pm 15,41$ (0-105) olarak bulunmuştur. RHİÖ'nün toplam puanları, 60 yaş ve üzeri kişilerde, kadınlarda, geliri giderlerinden fazla olanlarda ve aile sağlığı çalışanlarında daha yüksek bulunmuştur. Bu ölçek ve alt ölçeklerdeki yüksek puanlar, ruh sağlığı sorunları hakkında olumsuz inançları gösterir. RHİÖ-1 alt ölçeğinde; kadınlar, 60 yaş ve üzeri olanlar, önlisans mezunları, geliri giderlerinden fazla olanlar, aile sağlığı çalışanları ve mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi almamış olanlar en yüksek puanları almıştır ($p<0,05$). RHİÖ-2 alt ölçeğinde, geliri giderlerinden fazla olanlar, ASC'ler daha yüksek puanlar almıştır ($p<0,05$). RHİÖ-3 alt ölçeğinde gruplar arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Araştırmamızda kullanılan RHİÖ ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,75'dir. RSTTÖ ölçeğinin medyan değeri ortalama $51 \pm 8,66$ olarak bulunmuştur. RSTTÖ-1 evli kişilerde daha yüksektir ($p=0,026$). Yakın bir akraba veya akraba arasında ruhsal sağlık sorunu varlığı, mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi almış olmak ve ruh sağlığı hizmeti sunmayı kesinlikle görevleri olarak görenlerin RSTTÖ-2 puanı diğerlerine göre

Tablo 2. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin deneyimleri ve ruh sağlığı hizmet tercihlerini etkileyen faktörler

n=636	Toplam		AH		AŞÇ		Test χ^2 /p
	n	%	n	%	n	%	
Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu							
Aldım	218	34,3	125	46,3	93	25,4	30,08 / 0,001
Almadım	418	65,7	145	53,7	273	74,6	
Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu							
Yaşadı	167	26,3	67	24,8	100	27,3	0,505 / 0,477
Yaşamadı	469	73,7	203	75,2	266	72,7	
Ruhsal sağlık sorunları için ilk tercih edilen sağlık profesyoneli							
Psikiyatri uzmanı	368	57,9	204	75,6	164	44,8	80,07 / 0,001^a
Aile hekimi	68	10,7	30	11,1	38	10,4	
Psikolog	175	27,5	26	9,6	14	40,7	
Psikiyatri dışı uzman hekim	25	3,9	10	3,7	15	4,1	
Ruhsal sağlık sorunları için ilk tercih edilen kurum/kuruluş							
Özel hastane	175	27,5	76	28,1	99	27,0	4,21 / 0,378
Muayenehane	181	28,5	69	25,5	112	30,6	
Devlet hastanesi	159	25,0	65	24,1	94	25,7	
Aile hekimliği	66	10,4	32	11,9	34	9,3	
Üniversite hastanesi	55	8,6	28	10,4	27	7,4	
Ruhsal sağlık sorunları için kurum tercihini etkileyen faktörler *							
Yeterli muayene süresi sağlanması	395	62,1	162	60,0	233	63,7	0,88 / 0,347
Mahremiyetin iyi olması	348	54,7	131	48,5	217	59,3	13,07 / 0,001
Doktorun tavsiye edilmesi	269	42,3	106	39,3	163	44,5	1,77 / 0,106
Ulaşımın kolay olması	270	42,5	96	35,6	174	47,5	9,13 / 0,002
Ücretsiz olması	219	34,4	85	31,5	134	36,6	1,81 / 0,178
Kuruma duyulan güven	260	40,9	94	34,8	166	45,4	7,14 / 0,005
Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı							
Var	131	20,6	71	26,3	60	16,4	9,317 / 0,002
Yok	505	79,4	199	73,7	306	83,6	
Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı							
Kesinlikle görevim	373	58,6	185	68,5	188	51,4	21,42 / <0,001^b
Kısmen görevim	212	33,4	73	27,0	139	38,0	
Görevim değil	35	5,5	7	2,6	28	7,7	
Fikrim yok	16	2,5	5	1,9	11	3,0	

*Birden çok seçeneğe tercih edilebilmiştir. AH: Aile hekimi; AŞÇ: Aile sağlığı çalışanı
^a Pearson ki-kare, ^b Continuity Correction Test

daha düşüktür ($p<0,05$). Korku alt ölçeği puanları ise kadınlar, yakın bir arkadaş veya akraba arasında ruhsal sağlık sorunu varlığı, mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alanlar ve ruh sağlığı hizmeti sunmayı görevleri arasında görenlerde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. RSOY toplam puanının tüm RSOY alt boyutları ile pozitif yönde güçlü bir ilişkiye sahiptir ($r=0,54$; $r=0,81$; $r=0,40$, $p<0,01$). RSOY ile RHİÖ toplam puanı arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($r=0,02$, $p>0,05$). Ancak alt boyutlardan RHİÖ-

1 ($r=-0,07$ $p<0,05$) ve RHİÖ-3 ($r=-0,10$ $p<0,05$) ile RSOY arasında negatif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir. RSOY toplam puanı ile RSTTÖ toplam ($r=0,20$ $p<0,01$) ve RSTTÖ-1 ($r=0,15$ $p<0,01$) toplam puanı arasında pozitif zayıf bir ilişki, RSTTÖ-2 ile pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,19$ $p<0,05$). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları temsil eden RSOY-2 ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinin Utanç alt boyutu arasında güçlü negatif bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,113$, $p<0,01$). Bulgular ışığında, RSOY düzeyi arttıkça, ruh sağlığı sorunlarının tehlikeli ve utanç verici olduğuna dair olumsuz düşünceler azalmakta, ruh sağlığına dair soruların tedavi edilebilirliğine olan inanç ve olumlu iletişim artmaktadır (Tablo 6).

Tablo 3. Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile RSOY ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

n:636	RSOY		RSOY-1		RSOY-2		RSOY-3		
	n	Ortanca (Min-Maks)	test/p	Ortanca (Min-Maks)	test/p	Ortanca (Min-Maks)	test/p	Ortanca (Min-Maks)	test/p
Yaş grupları									
20-29	33	16 (1-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		4 (1-4)	
30-39	191	16 (0-21)	1,16 ^k	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
40-49	262	15 (0-21)	0,890	9 (0-10)	0,494	5 (0-8)	0,935	2 (0-4)	0,258
50-59	141	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
60 ve üstü	9	15 (12-18)		9 (8-10)		4 (0-8)		2 (0-4)	
Cinsiyet									
Kadın	442	16 (1-21)	389 ^u	9 (0-10)	0,002	5 (0-8)	<0,001	2 (0-4)	0,822
Erkek	194	15 (0-21)	0,067	9 (0-10)		4 (0-8)		2 (0-5)	
Medeni durumu									
Evli	543	16 (0-21)	0,28 ^k	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
Bekar	83	16 (0-21)	0,868	9 (0-10)	0,908	5 (0-8)	0,697	3 (0-4)	0,192
Diğer	10	17 (9-19)		9 (8-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Eğitim durumu									
Lise	46	16 (9-21)		9 (4-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
Ön lisans	53	16 (4-21)	5,96 ^k	9 (2-10)	0,017	5 (0-8)	0,090	3 (0-4)	0,144
Lisans	515	16 (0-21)	0,114	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
Lisans üstü	22	18 (9-21)		9 (7-10)		6 (2-8)		3 (0-4)	
Çalışma yılı									
1-10	118	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
11-20	256	16 (0-21)	3,55 ^k	9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
21-30	215	15 (0-21)	0,315	9 (0-10)	0,431	5 (0-8)	0,635	2 (0-5)	0,388
31-40	47	16 (9-21)		9 (4-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
Ekonomik durumu									
Gelir=Gider	292	15 (0-21)	2,18 ^k	9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
Gelir<Gider	244	16 (0-21)	0,337	9 (0-10)	<0,001	5 (0-8)	0,105	2 (0-4)	0,622
Gelir>Gider	100	16 (1-21)		10 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
Aile tipi									
Çekirdek aile	561	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
Geniş aile	37	16 (0-21)	0,06 ^k	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Yalnız yaşayan	16	16 (0-20)	0,996	10 (0-10)	0,631	4 (0-8)	0,610	3 (0-4)	0,851
Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	15 (10-20)		9 (2-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Mesleği									
ASÇ	366	16 (1-21)	439 ^u	9 (0-10)		4 (0-8)		3 (0-4)	
AH	270	15 (0-21)	0,016	9 (0-10)	<0,001	4 (0-8)	0,126	2 (0-5)	0,029
Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu									
Yaşadı	167	16 (4-21)	369 ^u	9 (2-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Yaşamadı	469	16 (0-21)	0,277	9 (0-10)	0,324	5 (0-8)	0,311	3 (0-5)	0,104
Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı									
Var	131	16 (0-21)	319 ^u	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Yok	505	16 (0-21)	0,531	9 (0-10)	0,011	5 (0-8)	0,971	3 (0-5)	0,254
Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu									
Aldım	218	16 (0-21)	426 ^u	9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
Almadım	418	16 (0-21)	0,188	9 (0-10)	0,014	5 (0-8)	0,617	2 (0-5)	0,135
Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı									
Kesinlikle görevim	373	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-5)	
Kısmen görevim	212	16 (9-21)	1,74 ^k	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Görevim değil	35	16 (0-21)	0,628	9 (3-10)	0,007	5 (0-8)	0,876	3 (0-4)	0,070
Fikrim yok	16	16 (8-20)		8 (3-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	

^u: Mann-Whitney U test; ^k: Kruskal Wallis-H Test. AH: Aile hekimi; ASÇ: Aile sağlığı çalışanı

Tablo 4. Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile RHİÖ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

N:636	RHİÖ			RHİÖ-1		RHİÖ-2		RHİÖ-3	
	n	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p
Yaş grupları (yıl)									
20-29	33	50 (21-76)		23 (6-34)		25 (9-42)		1 (0-10)	
30-39	191	50 (9-94)	3,39 ^k	21 (1-40)		25 (0-55)		2 (0-10)	
40-49	262	45 (3-105)	0,007	20 (1-40)	0,004	23 (0-55)	0,045	2 (0-10)	0,943
50-59	141	44 (0-89)		19 (0-38)		24 (0-52)		2 (0-10)	
60 ve üstü	9	62 (44-66)		24 (16-29)		33 (22-36)		2 (0-8)	
Cinsiyet									
Kadın	442	48 (9-105)	3708 ^u	21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
Erkek	194	44 (0-89)	0,004	19 (0-37)	<0,001	22 (0-55)	0,57	2 (0-10)	0,943
Medeni durumu									
Evlü	543	46 (3-99)	1,10 ^k	21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
Bekar	83	48 (0-105)	0,574	21 (0-40)	0,849	26 (0-55)	0,318	0 (0-10)	0,142
Diğer	10	49 (23-76)		21 (10-30)		24,5 (8-39)		2 (0-7)	
Eğitim durumu									
Lise	46	50 (9-93)		22 (1-40)		24 (7-53)		2 (0-9)	
Ön lisans	53	52 (10-105)	6,82 ^k	24 (2-40)	0,012	25 (0-55)	0,238	2 (0-10)	0,756
Lisans	515	46 (0-99)	0,075	23 (0-55)		23 (-55)		2 (0-10)	
Lisans üstü	22	54 (21-84)		22,5 (5-36)		26,5 (9-53)		2 (0-10)	
Çalışma süresi (yıl)									
1-10	118	49 (7-84)		21 (1-35)		25 (3-55)		2 (0-10)	
11-20	256	48 (3-105)	2,29 ^k	21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
21-30	215	45 (9-90)	0,514	20 (2-40)	0,308	23 (0-51)	0,919	2 (0-10)	0,872
31-40	47	50 (0-86)		22 (0-38)		25 (0-47)		2 (0-10)	
Ekonomik durumu									
Gelir=Gider	292	44 (7-105)	9,17 ^k	20 (1-40)		23 (0-55)		2 (0-10)	
Gelir<Gider	244	48 (3-93)	0,01	21 (1-40)	0,010	24 (0-55)	0,039	2 (0-10)	0,848
Gelir>Gider	100	49 (0-94)		22 (0-37)		25 (0-53)		2 (0-10)	
Aile tipi									
Çekirdek aile	561	47 (7-105)		21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
Geniş aile	37	46 (3-81)	1,30 ^k	19 (1-40)		24 (0-43)		1 (0-10)	
Yalnız yaşayan	16	47,5 (21-84)	0,728	20,5 (5-29)	0,784	26,5 (13-52)	0,241	1 (0-10)	0,475
Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	47 (0-75)		20 (0-37)		26 (0-42)		1 (0-9)	
Mesleği									
ASÇ	366	50 (9-105)	4120 ^u	22 (1-40)		25 (0-55)		2 (0-10)	
AH	270	43 (0-90)	0,001	19 (0-37)	<0,001	22 (0-55)	0,009	2 (0-10)	0,871
Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu									
Yaşadı	167	45 (0-81)	373 ^u	20 (0-35)		22 (0-55)		2 (0-10)	
Yaşamadı	469	47 (7-105)	0,378	21 (1-40)	0,320	24 (0-55)	0,121	2 (0-10)	0,306
Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı									
Var	131	46 (3-90)	3162 ^u	20 (1-38)		24 (0-55)		1 (0-10)	
Yok	505	47 (0-105)	0,437	21 (0-40)	0,087	24 (0-55)	0,959	2 (0-10)	0,291
Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu									
Aldım	218	44 (3-99)	4206 ^u	19 (1-40)		23 (0-53)		1 (0-10)	
Almadım	418	48 (0-105)	0,111	21 (0-40)	0,018	24 (0-55)	0,449	2 (0-10)	0,227
Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı									
Kesinlikle görevim	373	46 (3-105)		20 (1-40)		23 (0-55)		2 (0-10)	
Kısmen görevim	212	48 (22-80)	6,47 ^k	21 (1-40)		24 (0-53)		2 (0-10)	
Görevim değil	35	48,5 (9-99)	0,091	22 (6-35)	0,119	23 (12-53)	0,441	2 (0-9)	0,163
Fikrim yok	16	50 (0-81)		21,5 (0-40)		24 (0-42)		2 (0-10)	

^u: Mann-Whitney U test; ^k: Kruskal Wallis-H Test. AH: Aile hekimi; ASÇ: Aile sağlığı çalışanı. RHİÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ-1: Tehlike; RHİÖ-2: İyileşmezlik ve Sosyal İşlev Bozukluğu; RHİÖ-3: Utanç)

Tablo 5. Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile RSTTÖ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

N:636	RSTTÖ		RSTTÖ-1		RSTTÖ-2		RSTTÖ-3		
	n	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p
Yaş grupları (yıl)									
20-29	33	48 (32-63)		21 (15-27)		22 (10-30)		6 (4-10)	
30-39	191	51 (31-75)	3,916 ^k	21 (12-32)		23 (10-40)		6 (3-10)	
40-49	262	51 (32-81)	0,418	21 (13-33)	0,345	23 (10-39)	0,527	7 (2-10)	0,117
50-59	141	51 (34-83)		22 (13-34)		23 (10-40)		7 (2-10)	
60 ve üstü	9	50 (41-63)		23 (17-27)		22 (13-30)		7 (4-10)	
Cinsiyet									
Kadın	442	51 (31-83)	4226 ^u	21 (13-34)	0,489	23 (10-40)	0,549	6 (2-10)	0,026
Erkek	194	51 (33-75)	0,776	21 (12-33)		23 (11-40)		7 (2-10)	
Medeni durumu									
Evlü	543	51 (32-83)	3,639 ^k	22 (12-34)		23 (10-40)		7 (2-10)	
Bekar	83	49 (31-75)	0,162	20 (13-30)	0,048	23 (10-40)	0,513	6 (3-10)	0,115
Diğer	10	48 (39-63)		20 (15-27)		21 (16-30)		8 (4-9)	
Eğitim durumu									
Lise	46	50 (36-67)		21 (15-32)		22 (13-35)		6 (4-10)	
Ön lisans	53	52 (34-67)	1,181 ^k	21 (13-29)	0,749	24 (11-33)	0,621	6 (3-9)	0,248
Lisans	515	51 (31-83)	0,758	21 (12-34)		23 (10-40)		7 (2-10)	
Lisans üstü	22	49 (32-64)		21 (15-27)		22 (10-32)		7 (2-10)	
Çalışma süresi (yıl)									
1-10	118	50 (32-75)		2 (0-10)		22 (10-40)		7 (3-10)	
11-20	256	52 (31-75)	2,789 ^k	21 (13-33)		24 (11-36)		6 (2-10)	
21-30	215	51 (33-83)	0,425	21 (13-33)	0,567	23 (10-40)	0,198	7 (3-10)	0,093
31-40	47	51 (34-81)		22 (14-34)		22 (11-40)		7 (2-10)	
Ekonomik durumu									
Gelir=Gider	292	51 (33-83)	1,379 ^k	21 (14-33)		23 (11-40)		7 (2-10)	
Gelir<Gider	244	52 (31-83)	0,502	21 (13-33)	0,372	23 (10-40)	0,495	6 (3-10)	0,529
Gelir>Gider	100	51 (32-81)		22 (12-34)		23 (10-40)		7 (3-10)	
Aile tipi									
Çekirdek aile	561	51 (32-83)		21 (12-34)		23 (10-40)		6 (2-10)	
Geniş aile	37	52 (36-67)	2,785 ^k	22 (15-32)		24 (12-31)		7 (3-10)	
Yalnız yaşayan	16	48 (33-75)	0,426	20 (13-31)	0,176	21 (10-40)	0,530	7 (6-10)	0,594
Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	50 (31-64)		20 (13-28)		24 (11-33)		7 (5-9)	
Mesleği									
ASÇ	366	51 (31-70)	49405 ^u	21 (13-32)		23 (10-38)		6 (2-10)	
AH	270	51 (33-83)	1,00	21 (12-34)	0,908	23 (10-40)	0,384	6 (2-10)	0,065
Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu									
Yaşadı	167	50 (32-83)	42346 ^u	21 (13-33)		22 (11-36)		7 (2-10)	
Yaşamadı	469	51 (31-81)	0,143	21 (12-34)	0,129	23 (10-40)	0,093	6 (2-10)	0,110
Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı									
Var	131	49 (31-83)	2805 ^u	21 (13-33)		21 (10-40)		6 (2-6)	
Yok	505	52 (32-81)	0,007	21 (12-34)	0,303	23 (10-40)	<0,001	7 (2-10)	0,012
Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu									
Aldım	218	50 (32-83)	42346 ^u	21 (13-33)		22 (10-40)		6 (2-10)	
Almadım	418	51 (31-81)	0,143	21 (12-34)	0,399	23 (10-40)	0,032	7 (3-10)	0,043
Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı									
Kesinlikle görevim	373	50 (31-83)		21 (12-33)		22 (10-40)		6 (2-10)	
Kısmen görevim	212	52 (40-70)	7,475 ^k	22 (14-34)		24 (11-40)		6 (2-10)	
Görevim değil	35	52 (34-81)	0,058	21 (17-30)	0,075	25 (15-32)	0,017	6 (3-10)	0,001
Fikrim yok	16	50 (39-67)		21 (16-32)		23 (12-29)		7 (5-8)	

^u: Mann-Whitney U test; ^k: Kruskal Wallis-H Test. AH: Aile hekimi; ASÇ: Aile sağlığı çalışanı. RSTTÖ: Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ-1: İyi niyet; RSTTÖ-2: Toplum ruh sağlığı ideolojisi; RSTTÖ-3: Korku)

Tablo 6. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ölçek puanlarına ilişkin medyan, standart sapma ve korelasyon değerleri

Değişkenler	Ortalama ± SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
RSOY (1)	16 ± 3,92	-											
RSOY-1 (2)	9 ± 2,07	,548**	-										
RSOY-2 (3)	5 ± 2,53	,812**	,134**	-									
RSOY-3 (4)	2 ± 1,39	,409**	,166**	0,071	-								
RHIÖ (5)	47 ± 15,41	0,02	0,021	0,022	-0,132*	-							
RHIÖ-1 (6)	21 ± 7,00	-,079*	0,031	-,094*	-0,007	,762**	-						
RHIÖ-2 (7)	24 ± 9,51	0,013	0,019	0,014	-0,039	,913**	,506**	-					
RHIÖ-3 (8)	2 ± 2,86	-,102*	-0,036	-,113**	-0,093*	,391**	0,029	,323**	-				
RSTTÖ (9)	51 ± 8,66	,204**	,204**	145*	0,021	,124*	0,04	,096*	,251**	-			
RSTTÖ-1 (10)	21 ± 3,90	,155**	,197**	,085*	0,021	0,027	-0,059	0,004	,282**	,825**	-		
RSTTÖ-2 (11)	23 ± 5,77	,195*	,178**	,161*	0,034	,160*	-,089	,131**	,222**	,919**	,586**	-	
RSTTÖ-3 (12)	7 ± 1,38	-0,017	-0,051	0,033	-0,043	0,017	0,013	0,012	,156**	-0,023	-0,073	-,134**	-

Spearman'a rho (**p<0,01, * P<0,05); SS: Standart sapma; RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY-1: Bilgi; RSOY-2: İnanç; RSOY-3: Kaynak); RHIÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ-1: Tehlike; RHIÖ-2: İyileşmezlik ve Sosyal İşlev Bozukluğu; RHIÖ-3: Utanç); RSTTÖ: Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ-1: İyi niyet; RSTTÖ-2: Toplum ruh sağlığı ideolojisi; RSTTÖ-3: Korku)

TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı AH ve ASÇ'ler, ruhsal sağlık sorunlarını ilk gören, tanılayan ve yönlendiren sağlık personelidir. Araştırmada aile hekimliği birimlerinde görev yapan sağlık personelinin ortalamasının üzerinde ruh sağlığı okuryazarlığına, orta düzeyde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inançları olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alma düzeyleri %34,3 olarak tespit edilmiştir. Eğitim alma oranı AH'lerde daha yüksekken, ASÇ'lerin önemli bir bölümünün mezuniyet sonrası herhangi bir ruh sağlığı eğitimi almamış olduklarını belirlenmiştir. Bu durum, uygulamalarında ruh sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele alma becerilerini etkileyebilecek olası bir eğitim eksikliğini işaret etmektedir. Katılımcıların %40,2'i 11-20 çalışma yılına sahiptir ve mezuniyetini üzerinde oldukça uzun bir zaman geçtiği görülmüştür. Ayrıca katılımcıların %26,3'ünün daha önce bir ruh sağlığı sorunu yaşamış olması dikkat çekicidir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumu, sadece bireysel iyi oluşları için değil, aynı zamanda halk sağlığı için de kritik öneme sahiptir. Türkiye'nin ilk ve tek psikiyatrik epidemiyoloji çalışması olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında, toplumda ruhsal hastalık prevalansı %17,2 olarak bildirilmiştir.^[14] Çalışmalar arasındaki zaman farkı ve ruhsal hastalıkların başlangıç zamanı hakkındaki tartışmalar göz önüne alındığında, birinci basamak sağlık çalışanları arasındaki ruhsal hastalık prevalansının genel toplumdan önemli ölçüde farklı olmadığı düşünülebilir. Bununla birlikte, her dört sağlık çalışanından birinde bir ruhsal hastalık öyküsünün bulunması, sağlık hizmetlerinin kalitesini riske atabilecek bir durum olarak görünmektedir. Ayrıca, çalışmanın

bulgularına göre, ruh sağlığı sorunu yaşayan sağlık çalışanlarının %59,3'ü profesyonel bir sağlık hizmeti sağlayıcısından yardım alırken, diğerleri alternatif tedavi seçeneklerini araştırmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının alternatif tedavi seçeneklerine olan yüksek ilgisi, kişisel başa çıkma stratejilerini sık kullanmalarına veya ruh sağlığı hizmetlerine erişimde karşılaştıkları engellere atfedilebilir. Ancak, bu çalışma bu durumu değerlendirmemiştir. Gelecekte, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumu ve başa çıkma stratejileri üzerine daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

Bu çalışmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının RSOY medyan değeri 16'dır. Ölçekteki en yüksek puanın 22 olduğu göz önüne alındığında, birinci basamak sağlık çalışanları RSOY düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar incelendiğinde, bilgi alt ölçeği puanlarının medyanının yüksek, inanç alt ölçeği puanlarının medyanının orta, kaynak alt ölçeği puanlarının medyanının ise düşük olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin araştırma bulguları literatürde farklılık göstermektedir. Örneğin, Güney Afrika ve Zambiya'da orta düzeyde, Kenya, Çin, İran ve Arap Yarımadası'nda düşük düzeyde ve Ürdün'de iyi düzeyde olduğu öne sürülmektedir.^[15-20] Ülkeler arasındaki kültürel farklılıklar, sağlık sistemlerinin yapısındaki değişiklikler ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki çeşitlilik, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve inançlarını etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerindeki farklılıklar, kültürel, yapısal ve eğitsel faktörlerin sonuçlarını yansıtabilir.^[21] Çalışmada, birinci basamak sağlık çalışanları yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma süresi veya ekonomik durum

gibi tanımlayıcı özelliklerine göre RSOY puanlarında farklılık bulunmamıştır. AH ve ASÇ'lerin RSOY puanı karşılaştırıldığında, ASÇ'lerin toplam RSOY puanlarının yanı sıra ruh sağlığı okuryazarlığına dair bilgi ve kaynak alt ölçeklerinde de daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür. Bu durum, ASÇ'lerin topluluk üyeleriyle olan doğrudan etkileşimleri sayesinde ruh sağlığı konularında daha kapsamlı bir anlayış geliştirdiğini göstermektedir.^[22]

Ruh sağlığı hastalıkları hakkındaki olumsuz inançlar, belirli demografik gruplar arasında daha yaygın bulunmuştur; bu gruplar arasında yaşlı bireyler, kadınlar, ASÇ'ler ve yüksek gelirli olanlar bulunmaktadır. Literatürde, daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip bireylerin ruh sağlığı hastalıklarını daha çok kontrol edilebilir faktörlere bağlama eğiliminde oldukları ve bu durumun artan damgalama ile sonuçlandığı belirtilmektedir.^[23] Ruh sağlığı sorunları olan bireylere yönelik damgalayıcı tutumların, özellikle yaşlı ve daha deneyimli doktorlar arasında, birinci basamak hekimler arasında yaygın olduğu belirtilmektedir.^[24] Araştırmamızda AH'lerin olumsuz inanç düzeyi ASÇ'lerden daha düşük bulunmuştur. Bu demografik gruplar arasında ruh sağlığı konusundaki yanlış anlamaları ve damgalamayı ele almak için hedeflenmiş müdahalelerin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, bu durum, bu gruplar arasında ruh sağlığı eğitiminin güncellenmesi gerekliliği için bir gösterge olarak da değerlendirilebilir.

Araştırmamızda, kadınlar, ruh sağlığı sorunu olan yakın arkadaşları veya akrabaları olanlar, mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alanlar ve ruh sağlığı hizmeti sunmayı görevleri arasında görenler ruh sağlığına karşı daha olumlu tutum sergilemiştir. Ancak literatürdeki birçok çalışma, doktorların ruh sağlığı hastalıklarına karşı diğer birinci basamak sağlık profesyonellerine kıyasla daha olumsuz tutumlar sergilediklerini ve damgalanmaya daha duyarlı olduklarını göstermektedir.^[5,25,26] Diğer çalışmalardan farklı olarak, Katar'da sağlık profesyonelleri arasında yapılan kesitsel bir çalışmada, damgalayıcı davranışların doktorlara kıyasla hemşireler arasında daha yüksek olduğu görülmüştür.^[27] Bir çalışmada, sağlık personelinin damgalayıcı inançları ile eğitim düzeyi bağlantılı bulunmuş; üniversite eğitimi olan katılımcıların iki yıllık diploma sertifikasına (önlisans eğitimi) sahip olanlara göre daha az damgalama tutumları sergilediği görülmüştür.^[28] Nijerya'da sağlık profesyonelleri arasında yapılan bir çalışmada, kadın cinsiyet ve daha kısa mesleki deneyim süresi (5 yıl veya daha az) olanların ruh sağlığı sorunlarına karşı daha damgalayıcı tutumlar sergilediği bulunmuştur.^[29]

Portekiz'de tıp öğrencileri ve profesyonelleri arasında yapılan bir çalışmada, daha yaşlı katılımcıların ruh sağlığı sorunu yaşayanlara karşı daha damgalayıcı tutumlar sergilediği, ruh sağlığı sorunu olan bir yakını olanların ise daha az damgalayıcı tutumlar sergilediği görülmüştür.^[30]

RSOY ile RHİÖ arasında güçlü bir ilişki bulunmazken, toplam RSTTÖ ve RSTTÖ-1 arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca, RSOY-3 ile RHİÖ-3 alt ölçeği arasında negatif korelasyon göstermiştir; bu da daha yüksek RSOY'a sahip bireylerin yardım aramaya daha eğilimli olduğunu ve ruh sağlığı sorunları hakkında daha az damgalayıcı inançlara sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, profesyonel ve toplum düzeyinde ruh sağlığına yönelik algıların şekillenmesinde eğitim ve farkındalığın merkezi rolünü vurgulamaktadır.

SONUÇ

Bulgularımız, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığının ortalamasının üzerinde olduğu, olumsuz tutum ve inançlar konusunda ise daha derinlemesine araştırmalar yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gelecekteki araştırmalar, inançlar ve tutumlarda zaman içinde meydana gelen değişiklikleri izleyen uzunlamasına çalışmalar, eğitim girişimlerinin ve politika müdahalelerinin etkisi hakkında değerli bilgiler sağlayabilir. Ayrıca, birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşadığı deneyimlere ve ruh sağlığı hastalarıyla olan etkileşimlerine ilişkin nitel araştırmalar, klinik uygulamalarda tutum ve davranışları etkileyen faktörleri daha derinlemesine anlamamıza olanak tanıyabilir.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışma gönüllü bir grupta gerçekleştirilmiş olup, gönüllülerin olumlu katkısı damgalama ile ilgili sonuçları etkileyebilir. Çalışma tek bir ilde gerçekleştirildiğinden genellenebilirliği sınırlıdır. Çalışma boyunca belirtildiği gibi kültürel, eğitsel ve sistem farklılıkları sonuçları etkileyebilir. Değerlendirmeler üç ölçek üzerinden yapılmış olup, farklı ölçeklerde farklı sonuçlar ortaya çıkabilir.

Etik Kurul Onayı: Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (06.10.2021 - 2021/643).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışma Türkiye Bilimsel Araştırmalar Kurumu (No: 122G055) tarafından desteklenmiştir.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Erciyes University Clinical Research Ethics Committee (06.10.2021 - 2021/643).

Conflict of Interest: None.

Funding: This study was supported by the Scientific Research Council of Türkiye (No: 122G055).

KAYNAKÇA

- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators . Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50.
- World Health Organization (WHO). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> adresinden 18/12/2023 tarihinde erişilmiştir.
- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98.
- T.C. Resmi Gazete. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013, Sayı: 28539. <https://www.mevzuat.gov.tr/> adresinden 16/12/2023 tarihinde erişilmiştir.
- Mittal D, Corrigan P, Sherman MD, et al. Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2014;37(4):297-303.
- World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report. <https://www.who.int/publications/i/item/924159215X> adresinden 16/12/2023 tarihinde erişilmiştir.
- 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;243:278-86.
- Göktaş S, Işıklı B, Önsüz MF, Yenilmez Ç, Metintaş S. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*. 2019;11(3):424-31.
- Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2000;22:221-36.
- Bilge A, Çam MO. Validity and reliability of beliefs towards Mental Illness Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(2):91-6.
- Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225-40.
- Bağ B, Ekinci M. Examining of Scale of the Community Attitudes towards the mentally ill in Turkish sample. *Electronic Journal of Social Sciences*. 2006;5(15):63-83.
- Bayram N. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Amos uygulamaları. Ankara: Ezgi Kitabevi; 2010:30-57.
- Kılıç C. Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Ana rapor. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z, editors. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 1998.
- Hao Y, Wu Q, Luo X, et al. Mental Health Literacy of Non-mental Health Nurses: A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Front Psychiatry*. 2020;11:507969.
- Elyamani R, Hammoud H. Mental Health Literacy of Healthcare Providers in Arab Gulf Countries: A Systematic Review. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720972271.
- Dalky HF, Abu-Hassan HH, Dalky AF, Al-Delaimy W. Assessment of Mental Health Stigma Components of Mental Health Knowledge, Attitudes and Behaviors Among Jordanian Healthcare Providers. *Community Ment Health J*. 2020;56(3):524-31.
- Guo S, Xiong J, Liu F, Su Y. Mental Health Literacy Levels of Medical Staff in China: An Assessment Based on a Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:683832.
- Marangu E, Mansouri F, Sands N, et al. Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: A cross-sectional survey. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):55.
- Korhonen J, Axelin A, Stein DJ, et al. Mental health literacy among primary healthcare workers in South Africa and Zambia. *Brain Behav*. 2022;12(12):e2807.
- Gopalkrishnan N. Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Front Public Health*. 2018;6:179.
- Öztaş B, Aydoğan A. Assessment of mental health literacy of health professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2021;12(3):198-204.
- Kotera Y, Jackson JE, Kirkman A, et al. Comparing the Mental Health of Healthcare Students: Mental Health Shame and Self-compassion in Counselling, Occupational Therapy, Nursing and Social Work Students. *Int J Ment Health Addict*. 2024;22:2787-804.
- Vistorte AOR, Ribeiro WS, Jaen D, Jorge MR, Evans-Lacko S, Mari JD. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *Int J Psychiatry Med*. 2018;53(4):317-38.
- Lam TP, Lam KF, Lam EW, Ku YS. Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;5(1):E19-28.
- Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 2014;218(1-2):35-8.
- Ghuloum S, Mahfoud ZR, Al-Amin H, Marji T, Kehyayan V. Healthcare Professionals' Attitudes Toward Patients With Mental Illness: A Cross-Sectional Study in Qatar. *Front Psychiatry*. 2022;13:884947.
- Koutra K, Mavroeides G, Triliva S. Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Ment Health J*. 2022;58(4):701-12.
- Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwe CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiop J Health Sci*. 2018;28(4):483-94.
- Oliveira AM, Machado D, Fonseca JB, et al. Stigmatizing Attitudes Toward Patients With Psychiatric Disorders Among Medical Students and Professionals. *Front Psychiatry*. 2020;11:326.