**Beliefs of Primary Health Service Professionals Towards Mental Disorders**

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların İncelenmesi

*Adile Tümer1\*, Nükhet Kırağ2, Sibel Coşkun3*

**ABSTRACT**

**Introduction:** Individuals with mental illnesses have been excluded today from past. While the role of health professionals in fighting with stigma is important, negative attitudes and beliefs about mental illnesses can be seen in health workers as well. In this study, it is aimed to examine the beliefs of primary health care workers regarding mental illnesses. **Method:** This is a descriptive study.Ethics committee approval and permissions were taken for the study conducted by web survey method in 2016. One hundred and ninety-seven primary health care workers were voluntarily included in the study. "Beliefs Towards Mental Illness Scale (BMIS)" which was adapted to Turkish by Bilge and Çam (2008) was used as data collecting tool. Statistical analysis was performed by using SPSS 20 package program. **Results:** The mean age of the participants was 40,5±8,4, 66% were female, 32,5% were physicians and 85,8% were married. The average total BMIS score is 51,0±20,8, dangerousness dimension score average is 21,7±8,3, incurability / poor social. and interpersonal skills dimension score average is 27,8±12,3 and embarrassment dimension average score is 1,5±2,4. Significant differences were found in terms of scale total score and some sub-dimensions’ scores according to gender, income status and relatives with mental illness. **Conclusion**: Negative beliefs of primary health care workers towards to mental disorders may be sugegsted to be moderate.In order to reduce the stigmatization of mental illnesses and to integrate the of patients to community, the primary health care professionals need to be more conscious and active, and therefore the awareness of the health professionals about the subject should be increased.

**Key words:** Mental illness, belief, primary health services, health workers

**ÖZET**

**Giriş:** Dünden bugüne ruhsal hastalığı olan bireyler toplumdan dışlanmaktadır. Damgalama ile mücadelede sağlık çalışanlarının rolü önemli olmakla birlikte, sağlık çalışanlarında da ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz tutum ve inançlar görülebilmektedir. Bu çalışmada, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı bir araştırmadır. Etik kurul onayı ve gerekli izinler alınarak 2016 yılında web anketi yöntemi ile gerçekleştirilen çalışmada, birinci basamak sağlık çalışanlarından 197 kişi araştırmaya gönüllü katılım sağlamıştır. Veri toplama aracı olarak, Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)” kullanılmıştır. Veriler SPSS 20,0 paket programında değerlendirilmiştir. **Bulgular**: Araştırmada katılımcıların yaş ortalaması 40,5±8,4 olup, %66’sı kadın, %32,5’i hekim, %85,8’i evlidir. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği toplam puan ortalaması 51,0±20,8, alt ölçek puanları ise sırasıyla; tehlikelilik 21,7±8,3, çaresizlik-kişilerarası ilişkilerde bozulma 27,8±12,3 ve utanma puan ortalaması 1,5±2,4 olarak belirlenmiştir. Cinsiyete, gelir durumuna göre ve ruhsal hastalığa sahip yakını bulunma durumuna göre ölçek toplam puanı ve bazı ölçek alt boyutları açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p<0.05). **Sonuç:** Çalışmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın azaltılması ve hastaların topluma entegrasyonunda birinci basamak çalışanlarının daha bilinçli ve etkin olması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının konu ile ilgili farkındalığı arttırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Ruhsal hastalık, inanç, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık çalışanları

**Received / Geliş tarihi:** 18.10.2018, **Accepted / Kabul tarihi:** 07.05.2019

1 Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Menteşe, MUĞLA

2 Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, AYDIN

3 Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İZMİR

\***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Adile Tümer, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Menteşe, MUĞLA-TÜRKİYE, E-mail: tadile@mu.edu.tr

Tümer A, Kırağ N, Coşkun S. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançların İncelenmesi. TJFMPC, 2019;13 (3): 241-247.

**DOI:**

**GİRİŞ**

Ruhsal hastalık durumunda bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk veya yetersizlik görülmektedir. Ruhsal hastalıklara neden olan ve etkileyen pek çok değişken bulunmakta, belirtileri ise çok çeşitli ve değişken olup bireyin günlük yaşamını ve toplumsal uyumunu olumsuz etkilemektedir.1,2 Ruhsal hastalığın oluşturduğu olumsuzluklar, uzun ve zorlu tedavi süreçleri ile mücadele eden bireyler, ilave olarak bir de ötekileştiren toplumsal tutumla karşılaşmaktadırlar. Damgalama, “bir kişinin içinde yaşadığı toplumun normal saydığı ölçütlerin dışında olması nedeniyle toplumu oluşturan bireyler tarafından kusurlu ve / veya değersiz olarak nitelenmesidir.” 3 Ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin olumsuz inanç, tutum ve davranışların tarihçesi insanlık tarihi kadar eskiye dayanmakta, nesilden nesile ve kültürden kültüre bu bireyler benzer isimler ile etiketlenmeye, dışlanmaya devam edilmektedir.4 Toplumsal yaşamda bireyler birbirinden etkilenmekte, olumsuz inanç ve tutumların genelleşmesi ile damgala(n)ma görülmektedir. Konu ile ilgili çalışmalarda, hastaların yarıdan fazlasının aile ve yakın arkadaşları tarafından damgalandığı ve dışlandığı görülmektedir.5,6,7 Olumlu tutum hastaları rahatlatarak, tedaviye katılımlarını ve toplumsal uyumu kolaylaştırırken; olumsuz tutumlar ise, ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin sosyalleşmesini, yaşam kalitesini ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduğuna dair yaygın inanış sonucu hem hasta hem de aileler etiketlenerek toplumdan izole olmaktadır.3,8,9,10 Sağlık konusunda ‘danışman’ ve ‘model’ rolleri olan sağlık çalışanları ruhsal hastaları dışlayan damgalayıcı yaklaşımları, olumsuz etkileri azaltmada11, toplumsal farkındalığı oluşturmada önemli rollere sahiptir.12 Sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmaların bazılarında ruhsal hastalara yönelik tutumların daha olumlu olduğu belirtilmekte, bazı çalışmalarda ise toplumla karşılaştırıldığında farklılıklar bulunmamaktadır.8,10 Karakaş ve ark.’nın (2017)11 çalışmasında, bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutum sergiledikleri ve orta düzeyde tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Bir araştırmada, İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının orta düzeyde (X=52,8±16,6) ve toplumdaki diğer bireylere göre nispeten daha olumlu olduğu saptanmıştır.13 Başka bir çalışmada ise ruhsal sorunu olan bireyler ile karşılaşan ve çalışan kişilerin empati fırsatı bulduğu, hastaların zorluklarını daha iyi anladığı öne sürülmektedir.7 Bazı çalışmalarda hastaların taşkınlık dönemlerine tanıklık edebildiklerinden sağlık çalışanlarında olumsuz inanç ve tutumların artabileceği vurgulanmıştır.10 Oban ve Küçük (2011)14 tarafından yapılan derlemede, incelenen ulusal ve uluslararası çalışmaların çoğunda eğitim uygulanan gençlerde eğitim sonrası damgalamanın azaldığı belirtilmekte, erken yaşlarda başlaması önerilen eğitimlerin yanı sıra damgalama karşıtı protestoların, ruhsal hastalığı olan bireylerle etkileşim sağlamanın ve medya işbirliğinin katkılarından bahsedilmektedir. Dolayısı ile ruhsal hastalıklar konusunda bilgi ve deneyimin etkisi oldukça önemlidir.

Ruhsal hastalıkların ülkemizdeki yaygınlığı yüksek olup, yapılan bir çalışmada %18, bir diğer çalışmada ise oran %20 olarak bildirilmiştir.3,15 Kronikleşme eğilimleri, iş gücü kayıpları nedeniyle ruhsal hastalıkların birey ve topluma maliyeti yüksektir.3,9 Birinci basamağa başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yaygın olması, kronik ruhsal hastalıkların izlem gerektirmesi, sıklıkla fiziksel sağlık sorunlarının eş zamanlı bulunması, ayrıca pek çok hastanın ruh sağlığı uzmanlarına ulaşamaması birinci basamak düzeyinde verilen ruh sağlığı hizmetlerini önemli kılmaktadır.16 Ruhsal hastalığı olanların tedavi ve izlemin yanı sıra, damgalama ile mücadelede de birinci basamak sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.17 İncelenen çalışmaların çoğunun örneklemini daha çok tedavi kurumlarında çalışanlar oluşturmakta olup Türkiye’de özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını inceleyen araştırmalar çok sınırlıdır.8,11,13,16,18,19

Sağlık çalışanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara yönelik inançlarının toplum ruh sağlığı hizmetlerini etkilediği bilinmektedir.20 Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele edilmesi ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması bağlamında özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi, konuyla ilgili farkındalık oluşturulması açısından da önemlidir. Bu çalışma birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**YÖNTEM**

**Araştırmanın Evreni / Örneklemi:**

Tanımlayıcı tipte tasarlanan bu araştırma, gerekli kurum izinleri ve etik kurul onayı alınarak 2016 yılında Muğla’da yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Muğla ilinde, birinci basamak sağlık çalışanları (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru) oluşturmuştur (N=991). Örnekleme yöntemine gidilmemiş, tüm çalışanlar online anket linkini de içeren e-posta yoluyla bilgilendirilmiş ve link aracılığı ile araştırmaya gönüllü katılımı onaylayan ve sorulara cevap veren 197 kişi örneklemi oluşturmuştur. Katılım oranı ise %19.8’dir.

**Veri Toplama Araçları ve Uygulama:**

Veriler elektronik ortamda, online anket yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)” kullanılmıştır. Veri formu, uzman desteği ile online anket haline getirilmiş ve anket linki birinci basamak sağlık çalışanlarının tümüne toplu e-posta olarak gönderilmiştir. Araştırmanın amacı açıklanmış, katılımın gönüllü olduğu ve gizliliğin sağlandığı belirtilmiştir. Geri dönüş için iki ay süre verilmiş, bu süreçte iki kez hatırlatma yapılmıştır.

**Tanıtıcı Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür desteği ile hazırlanan bu formda, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, yetiştiği sosyal çevre, eğitim durumu, medeni durumu, ruhsal hastalığı olan yakınının varlığını belirlemeye yönelik 9 soru yer almıştır.

**Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ):** RHYİÖ, Hirai ve Clum (1998)**21** tarafından geliştirilmiş, Bilge ve Çam (2008) **22** tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Üç alt ölçeği, toplamda 21 maddesi olan, altılı Likert tipi bir ölçektir, 0-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekteki ifadeler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içermektedir. Toplamda ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 105’dir. RHYİÖ ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. *Tehlikeli Alt Ölçeği:* Bu alt ölçek (8 madde), ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduklarına yönelik inançları sorgulamaktadır. *Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği:* Bu alt ölçek (11 madde), ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik yaşamakta olduklarına yönelik inançları sorgulamaktadır.*Utanma Alt Ölçeği:* Bu alt ölçek (2 madde), ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eder. RHYİÖ Cronbach alfa katsayısı 0.82, *Tehlikeli Alt Ölçeği* 0.71, *Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği* 0.80, *Utanma Alt Ölçeği* 0.69’dur.**22** Bu çalışmada ise RHYİÖ ve alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.88, 0.86, 0.91, 0.66 olarak belirlenmiştir.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Veriler SPSS 20,0 paket programında değerlendirilmiştir. Analizde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Kolmogorov Smirnov testi, normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler (t testi ve ANOVA), normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler (Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyleri için p<0,05 değeri kabul edilmiştir.

**BULGULAR**

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 40,5±8,4 ve %66’sı kadındır. Katılımcıların %32,5’inin hekim, %28,4’ünün ebe, %19,8’inin sağlık memuru, %19,3’ünün hemşire, %47,2’sinin lisans mezunu, %85,8’inin evli ve %49,7’sinin gelir durumunu “gelir-gidere eşit” olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %14,7’sinde ruhsal hastalık öyküsü, %25,9’unun ruhsal hastalığa sahip bir yakınının olduğu ve %38,1’inin mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi aldığı saptanmıştır.

|  |
| --- |
| **Tablo 1. Katılımcıların RHYİÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=197)** |
| **RHYİÖ ve alt ölçekleri** | **Madde sayısı** | **Min-Maks.** | **Toplam puan****X̅ ± Ss** | **Madde puanı****X̅ ± Ss** |
| **Tehlikelilik**  | 5 | 0-40 | 21,7±8,3 | 2,7±1,0 |
| **Çaresizlik-kişilerarası ilişkilerde bozulma** | 11 | 2-55 | 27,8±12,0 | 2,5±1,1 |
| **Utanma** | 2 | 0-10 | 1,5±2,4 | 0,7±1,1 |
| **Toplam ölçek**  | 21 | 7-105 | 51,0±20,8 | 2,4±0,9 |

Çalışma kapsamındaki sağlık çalışanlarının RHYİÖ toplam puan ortalaması 51,0±20,8’dir. Alt boyutlara bakıldığında, tehlikelilik alt ölçeği 21,7±8,3, çaresizlik-kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği 27,8±12,3 ve utanma alt ölçek puan ortalaması 1,5±2,4 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Cinsiyete göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, kadınların puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu, tehlikelilik alt ölçeği (p=0,026) ve RHYİÖpuan ortalamasında (p=0,015) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan sağlık çalışanlarının, RHYİÖpuan ortalaması (p=0,023), tehlikelilik (p=0,014) ve çaresizlik-kişilerarası ilişkilerde bozulma (p=0,032) alt ölçek puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ruhsal hastalığa sahip yakını bulunanların tehlikelilik alt ölçek puanının (p=0,033) ruhsal hastalığa sahip yakını olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların mesleği, eğitim düzeyi, yetiştiği sosyal çevre (kentsel/kırsal) ve ruhsal hastalık öyküsü gibi değişkenlere göre RHYİÖ ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05), (Tablo 2).

|  |
| --- |
| **Tablo 2. RHYİÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre dağılımı (n=197)** |
| **Değişkenler** | **n** | **RHYİÖ** | **Tehlikelilik** | **Çaresizlik** | **Utanma** |
| **X̅ ± Ss** | **X̅ ± Ss** | **X̅ ± Ss** | **X̅ ± Ss** |
| **Cinsiyet** |  |  |  |  |  |
| Kadın | 130 | 53,5±20,5 | 22,7±8,2 | 29,1±12,2 | 1,5±2,4 |
| Erkek | 67 | 46,3±20,7 | 19,8±8,2 | 25,3±12,0 | 1,3±2,3 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | Z=-2,439 **p=0,015\*** | Z=-2,221 **p=0,026\*** | Z=-1,956 p=0,051 | Z=-0,816 p=0,415 |
| **Eğitim Durumu** |  |  |  |  |  |
| Lise | 21 | 45,5±17,5 | 18,9±7,3 | 24,9±11,5 | 1,7±2,0 |
| Ön Lisans | 59 | 52,3±23,2 | 22,3±8,3 | 28,4±13,9 | 1,6±2,6 |
| Lisans | 93 | 53,0±21,0 | 22,5±8,7 | 29,0±11,9 | 1,6±2,5 |
| Lisansüstü | 24 | 45,2±14,9 | 20,1±6,8 | 24,3±9,1 | 0,7±1,2 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | χ2=3,365 p=0,339 | F=1,421 p=0,236 | F=1,411 p=0,241 | χ2=3,365 p=0,354 |
| **Gelir Durumu** |  |  |  |  |  |
| Gelir giderden az | 71 | 56,6±24,1 | 23,9±9,0 | 30,4±13,7 | 2,2±3,2 |
| Gelir gidere denk | 98 | 49,0±18,3 | 20,9±7,6 | 27,1±11,3 | 1,1±1,7 |
| Gelir giderden fazla | 28 | 43,9±17,3 | 19,2±7,8 | 23,6±10,5 | 1,0±1,2 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | χ2=7,541 **p=0,023\*** | F=4,354 **p=0,014\*** | F=3,497 **p=0,032\*** | χ2=2,409 p=0,300 |
| **Yaşanılan Yer (0-12 yaş)** |  |  |  |  |  |
| İl/ilçe | 118 | 51,1±20, | 22,0±8,4 | 27,9±12,3 | 1,3±2,3 |
| Köy/belde | 79 | 50,8±20,91 | 21,4±8,2 | 27,7±12,3 | 1,6±2,5 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | Z=-0,224 p=0,808 | t=0,483 p=0,629 | t=0,068 p=0,946 | Z=-0,811 p=0,418 |
| **Meslek** |  |  |  |  |  |
| Hemşire | 38 | 54,7±25,5 | 23,2±10,0 | 29,2±14,5 | 2,2±3,0 |
| Ebe | 56 | 52,6±20,0 | 22,0±8,1 | 29,0±11,5 | 1,6±2,5 |
| Hekim | 64 | 51,2±19,1 | 21,8±7,6 | 28,2±11,2 | 1,3±2,3 |
| Sağlık memuru | 39 | 44,8±19,0 | 19,7±7,7 | 24,1±12,3 | 0,9±1,4 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | χ2=3,413 p=0,332 | F=1,154 p=0,329 | F=1,538 p=0,206 | χ2=3,984 p=0,263 |
| **Mezuniyet Sonrası Ruh Sağlığı Eğitimi Alma** |  |  |  |  |  |
| Alan | 75 | 49,3±22,5 | 21,5±9,2 | 26,2±12,4 | 1,5±2,7 |
| Almayan | 122 | 52,1±19,7 | 21,9±7,7 | 28,8±12,1 | 1,4±2,2 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | Z=-0,224 p=0,808 | t=-0,310 p=0,757 | t=-1,451 p=0,148 | Z=-0,227 p=0,820 |
| **Ruhsal Hastalık Öyküsü** |  |  |  |  |  |
| Var | 29 | 52,6±26,8 | 21,7±9,8 | 28,4±15.0 | 2,4±3,4 |
| Yok | 168 | 50,8±19,7 | 21,7±8,0 | 27,7±11.8 | 1,3±2,1 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | Z=-0,136 p=0,892 | t=0,008 p=0,994 | t=0,263 p=0,793 | Z=-1,100 p=0,271 |
| **Ruhsal Hastalıklı Yakın Varlığı** |  |  |  |  |  |
| Var | 51 | 55,1±22,3 | 23,9±8,4 | 29,2±13,2 | 1,9±2,8 |
| Yok | 146 | 49,6±20,2 | 21,0±8,1 | 27,3±11,9 | 1,3±2,2 |
| **İstatistiksel Analiz** |  | Z=-1,494 p=0,135 | t=2,150 **p=0,033\*** | t=0,968 p=0,334 | Z=-1,267 p=0,205 |

\*p < 0,05

t: t-test, F: ANOVA, Z: Mann-Whitney U testi, χ2: Kruskal Wallis testi

**TARTIŞMA**

Mesleki yaşamlarında ruhsal hastalarla karşılaşan sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili düşünceleri, onların tutum ve davranışlarını yansıtması açısından oldukça önemlidir. Yapılan bazı çalışmalarda beklenenin aksine sağlık çalışanlarının inanç ve tutumlarının, toplumdan çok farklı olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf, dini inançlar, kültür, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalıkla temas, psikopatoloji/tanı tipi, hastaların özellikleri, medya ruhsal hastalığa yönelik damgalamayı etkileyen etmenler olarak bildirilmiştir.8,9

Birinci basamakta yapılan bu çalışmada, genel olarak ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların orta düzeyde (51,0±20,8) olduğu saptanmıştır. Alt ölçek puanları incelendiğinde ise; hem ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu inancının (21,7±8,3), hem de kişilerarası ilişkilerde bozulma ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı inancının (27,8±12,3) orta düzeyde olduğu, ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğuna yönelik olumsuz inancın ise nispeten daha düşük (1,5±2,4) olduğu belirlenmiştir. Birinci basamakta çalışan sağlık personeli üzerinde aynı ölçüm aracı ile yapılan bir çalışmada23 ve hemşirelik öğrencileri örnekleminde yapılan iki farklı çalışmada da oldukça benzer sonuçlar elde edilmiştir (Unaldı ve ark 2010).2,20 Dolayısı ile ruhsal hastalıklar konusunda bilgili olduğu düşünülen profesyonellerde damgalama eğiliminin azalacağı kanısına varmak güç olsa da, topluma rol model olan meslek üyelerinde rol farkındalığını sağlamak önemlidir. Özellikle üniversite eğitimi sürecinde sadece bilgi artışı değil, olumsuz tutum ve önyargılarda da değişim amaçlanmalı ve mezuniyet sonrası eğitimler sürdürülmelidir. Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde, öğretmenler ile yapılan bir çalışmada RHYİÖ toplam puan ortalaması 50,4±14,1, tehlikelilik 23,1±6,3, çaresizlik-kişiler arası ilişkilerde bozulma 25,8±9,0 ve utanma alt ölçek puan ortalamaları 1,4±1,8 olarak bildirilmiştir.24 Literatür sağlık çalışanlarının inanç ve tutumlarının, toplumdan çok farklı olmadığı yönündedir.8,9 Birinci basamak sağlık personeli ile yapılan bazı çalışmalarda; özellikle psikotik hastalara yönelik önyargılar öne çıkmaktadır. Yıldız ve ark. (2003) tarafından birinci basamakta çalışan hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumlarını değerlendiren çalışmada, hekimlerin psikotik bozukluğu olan hastalarla düşük oranda da olsa karşılaştıkları, bu hastaların tedavilerinde fazla istekli olmadıkları, fakat eğitim almaya istekli oldukları saptanmıştır.19 Başka bir çalışmada, benzer olarak sağlık personelinin genelinin ruh sağlığı bozuk bireylere yönelik olumsuz tutum içinde oldukları ve çoğunun ruhsal bozukluğu olan bireyleri saldırgan buldukları belirtilmiştir.12 Sağlık çalışanlarının şizofreni hastalarına yönelik tutumlarını değerlendiren çalışmalarda; sağlık profesyonellerinin tutumlarının da genel halkın sahip olduğu tutumlara benzer olduğu görülmekte, literatürde de şizofreni en çok damgalanan hastalık olarak öne çıkmaktadır. Aker ve ark. (2002) tarafından birinci basamakta görevli hekimler ile yapılan bir çalışmada şizofreni ile ilgili hekimlerin toplum geneline benzer düşünce ve inançlara sahip oldukları, yarısından fazlasının şizofreni hastalarının tehlikeli olduğu ve toplum içinde serbest dolaşmamaları gerektiğini düşündükleri saptanmıştır.25 Çalışmamızda, RHYİÖ toplam puan ortalamasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0,05), kadınların puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, Kaya (2012)’nınçalışma bulgusu da benzerlik göstermektedir.23 Psikiyatri kliniğinde çalışanlar ile diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, cinsiyete göre damgalama puanlarında anlamlı farklılık olduğu, kadınların puanının daha düşük bulunduğu bildirilmiştir.10 Literatürde cinsiyetin ruhsal hastalığa yönelik inancı etkilemediğini gösteren bulgular da vardır.2,7,15 Çalışmamızda geliri giderinden az olanlarda; RHYİÖ toplam puan ortalaması ile tehlikelilik ve çaresizlik-kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir(p<0,05). Literatürde düşük sosyo-ekonomik durumun psikiyatrik hastalığa yönelik inancı olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.Ruhsal sorunu olan kişilerin tehlikeli olduğu inancı, beraberinde bu kişilerden korkma ve uzaklaşmayı getirebileceği için, bunun üzerinde durulması gereken önemli bir bulgu olduğu vurgulanmıştır.2 Bu çalışmada ruhsal hastalığa sahip yakını bulunan sağlık çalışanlarının, diğerlerine göre tehlikelilik alt ölçek puanının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu (p<0,05) saptanmıştır. Bulgular, ruhsal hastaların akut alevlenme dönemlerindeki taşkınlık sürecine tanıklık eden hasta yakınlarında hastalığın tehlikeli olduğuna ilişkin inançlarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Ruhsal hastaların iyilik haline tanıklık edenlerde damgalamada azalma olabileceği gibi akut dönemler damgalamayı arttırabilir. Literatürde de benzer olarak ruh sağlığı alanında çalışanların bu akut dönemlere tanıklık etmelerinin olumsuz inanç ve tutumları arttırdığı ifade edilmektedir.10

Katılımcıların medeni durumu, meslek, eğitim düzeyi, çocukluk evresinde yaşadığı yer, mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alma ve ruhsal hastalık öyküsü gibi değişkenlere göre RHYİÖ ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Kaya (2012)’nın çalışmasında Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimlerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının da orta düzeyde (X=45,4) ve hekim dışı sağlık çalışanlarından (X=52,2) daha olumlu olduğu belirlenmiş, dolayısı ile meslek, eğitim gibi değişkenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerine etkisi vurgulanmıştır.23 Benzer olarak Bağ ve Ekinci (2005) sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyini anlamlı farklılığa neden olan bir değişken olarak bildirmişlerdir.18 Literatürde, birinci basamakta ebe ve hemşirelere yapılan ruhsal hastalıklar ile ilgili bilgilendirmenin, hemşirelerde iletişim becerilerini ve iş doyumunu arttırdığı, dolayısı ile bilgilendirmenin pek çok olumlu etkilerinin olduğu ifade edilmiştir.5 Bizim çalışmamızda bir farklılık bulunmaması, sağlık çalışanlarının çoğunun yüksek öğrenime sahip olması ile ilişkilendirilebilir. Çocukluk dönemi toplumsal yargıların şekillendiği bir süreç olup, örneklemde bu sosyal çevre değişkeninin anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmektedir. Bu bulgu bölgenin turistik ve çok kültürlü olması ile ilişkilendirilebilir. Yanı sıra kırsal ve kent arasında yaşam farklılığının nispeten azaldığı, kültürleşmenin arttığı da düşünülebilir. Öte yandan günümüzde ruhsal sorunların biyolojik nedenlerinin ortaya çıkması ve etkin psiko-farmakolojik tedavi seçeneklerinin bulunması, sosyal kabul düzeyinde ve ruhsal danışmanlık/tedavi başvurularının artmasında etkili olmuş olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarında, ruhsal hastalık öyküsünün varlığı, ölçek puanlarında farklılığa neden olmayan bir değişkendir ve örneklem sayısının azlığının bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabileceği düşünülmüştür. Bazı sonuçların yorumu için farklı kültürel özellikte ve daha büyük örneklemde benzer çalışmaların yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

**Çalışmanın Sınırlılıkları:**

Araştırma tasarımı yapılırken örneklem seçiminin ve tabakalandırmanın yapılamamış olması çalışmanın en önemli sınırlılığıdır.Verilerin online anket yöntemi ile toplanması nedeniyle katılım oranının öngörülenden düşük olması bir diğer sınırlılıktır. Ayrıca çalışmanın verileri katılımcıların öz bildirimine dayalıdır. Dolayısıyla ruhsal hastalık/hastaların damgalandığı ülkemizde, katılımcıların belirli sorulara cevap vermekten rahatsızlık duyma veya sosyal kabul edilebilirliği düşünerek cevap vermiş olma ihtimalleri göz önünde alınmalıdır.

**SONUÇ**

Araştırmada birinci basamak sağlık çalışanlarında, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar orta düzeydir ve pek çok farklı örneklem grubunun bulgusu ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Erkeklerde olumsuz inanç puanları daha düşük olup, damgalama ile mücadelede birinci basamak hizmetlerde çalışan erkekler önemli bir güç oluşturabilir. Hekimler ruhsal hastalıklar ile ilgili daha fazla bilgi ve deneyime sahip olsa da örneklemde meslek grubu ve eğitim düzeyi farklılığa sebep olmamış, sadece ruhsal hastalığı olan bir yakının olması olumsuz inançları besleyen bir faktör olarak değerlendirilmiştir.

Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumu hem hasta ve ailelerini hem de toplumun bir üyesi olan sağlık çalışanlarını etkilemektedir. Önyargı ile karşılaşan ya da karşılaşacağını düşünen hastalar sağlık hizmeti kurumlarına başvuruda çekingen ve gönülsüz davranabilir. Önyargılı sağlık çalışanları ise ruhsal hastaların ihtiyacı olan hizmeti ve bakımı sunamayabilir. Oysa sağlık çalışanlarının hem önyargıları ile yüzleşip inanç ve tutumlarını değiştirmesi, hem de toplumun değişiminde rol üstlenmesi gerekmektedir. Sağlık bakımı sunumunda bütüncül yaklaşımın giderek benimsenmesi, hizmet kalitesi ve hasta/insan haklarının daha fazla önem veriliyor olması damgalama ile mücadelede katkı sağlayıcı olabilir. Ayrıca toplum ruh sağlığı merkezlerinin ülkemizde yaygınlaşması kronik ruhsal hastaların topluma entegrasyonunu arttırmakta, hastaların toplumda daha görünür olması ile de önyargılı tutumların azalmasında olumlu katkı sağlayabilir. Damgalamanın azaltılmasında uygulanacak eğitimler ve projeler etkilidir ama sürekliliği sağlanamadığı için yeterli olmamaktadır. Özellikle ruhsal hastalıkların biyolojik temellerinin anlaşılması damgalamayı azaltmada etkili olabilir. Ülkemizde ruh sağlığı yasa tasarısı kapsamında ise; damgalamayı azaltma, ruhsal hastalığı olan hastaların otonomisine saygı duyma ve hasta haklarını iyileştirmeye yönelik maddelerin yer alması memnun edicidir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hasta/hastalıklara yönelik damgalamanın azaltılması ile ilgili farkındalık düzeyleri daha da arttırılmalıdır. Fakat ötekileştirme ve damgalamanın insanlık tarihinde çok eski zamanlara dayanması nedeniyle sorunun çözümü kolay olmayacağından uzun soluklu, sürekliliği olan projelere gereksinim vardır.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar bir çıkar çatışması tanımlamamıştır.

**KAYNAKLAR**

1. Bayındır SK, Ünsal A. Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanı ve girişimleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;6(2):115-119.
2. Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23(3):145-150.
3. Karagöl, A, Çalışkan D, Beyazyürek M. Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama, Sted, 2013;22(3):96-101.
4. Yüksel N, Yılmaz M, Temel GÖ. Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(1):26-3.
5. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:215-223.
6. Bates L, Stigley T. Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2013 Sep;20(7):569-75.
7. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors inﬂuencing mental health nurses’ attitudes towards people with mental illness. Int J Ment Health Nurs. 2015 Jun;24(3):272-80.
8. Arkan B, Bademli K, Çetinkaya-Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(2):214-231.
9. Çam Ö, Bilge A. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Prev Med Bull 2010; 9(1):71-78.
10. Ebrahimi H, Jafarabadi MA, Areshtanab HN, Pourabbas M, Dehghan A, Vahidi M. Comparing mental illness stigma among nurses in psychiatric and non-psychiatric wards in Tabriz University of Medical Sciences. Acta Facultatis Medicae Naissensis 2017;34(1):13-22.
11. Karakaş SA, Polat H, Ay E, Küçükoğlu S. Türkiye’de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Bozok Tıp Derg 2017;7(1):40-8.
12. Çam O, Bilge A, Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi- Journal of Psychiatric Nursing 2013; 4(2):91-10.
13. Aydöner H. İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009:39-53.
14. Oban G, Küçük L. Damgalama erken yaşlarda başlar… Gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(3):141-148.
15. Kutuk MO, Durmus E, Gokcen C, Toros F, Guler G, Evegu E. Determination of beliefs, attitudes of consulting teachers towards mental diseases, and referral reasons of their students to a child and adolescent psychiatrist. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2016;29(3):227-236.
16. Arı F, Öz F. Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005;16–28.
17. Çam O, Pektaş İ, Bilge A. Ebe ve hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerinin araştırılması. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2007;10:3.
18. Bağ B, Ekinci, M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2005;3(11):107-127.
19. Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta Hİ, Koçalım N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. Turk Psikiyatri Derg 2003; 14:106-115.
20. Günay S, Bekitkol T, Beycan-Ekitli G, Yıldırım S. Determination of the mental disorder beliefs of students in a nursing faculty. J Psy Nurs. 2016; 7(3):129-134.
21. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the Beliefs toward Mental Illness Scale. J Psychopathol Behav Assess 2000; 22(3): 221-236.
22. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9(2):91–6.
23. Kaya C. Edirne ilinde Aile Sağlığı Merkezlerinde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa karşı inanç ve tutumları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2012: 33-43.
24. Gur K, Sener N, Kucuk L, Cetindag Z, Basar M. The beliefs of teachers toward mental illness. Procedia- Social and Behavioral Sciences 2012; 47:1146-1152
25. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D ve ark. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(1):5-13.