

# İstanbul'daki kamu sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik inançları

*Beliefs of health workers in Istanbul towards individuals with mental health problems*

Özlem Özaydın<sup>1</sup>, Hande Perk Gürün<sup>2</sup>, Sabanur Çavdar<sup>3</sup>, Seda Tanrıverdi<sup>4</sup>, Begüm Dağ<sup>5</sup>, Seçil Yüzal<sup>6</sup>, Osman Akay<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Dr., İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <https://orcid.org/0000-0003-0929-1302>

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü, <https://orcid.org/0000-0001-5180-6213>

<sup>3</sup>Uzm. Dr., Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü, <https://orcid.org/0000-0001-5490-6877>

<sup>4</sup>Uzm. Dr., İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH, <https://orcid.org/0000-0002-9423-0303>

<sup>5</sup>Psik.Hem., Nişantaşı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, <https://orcid.org/0000-0002-4966-214X>

<sup>6</sup>Uzm. Psk., Bakırköy Gençlik Sağlık ve Danışma Merkezi, <https://orcid.org/0000-0002-9661-1222>

<sup>7</sup>Sosyal Çalışmacı, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH, <https://orcid.org/0000-0002-2723-0901>

## ÖZET

**Amaç:** İstanbul'da kamuda görev yapan sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunu olan bireylerle ilgili inançları ve görüşlerinin sosyal içerme perspektifiyle değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün "Linking Partners: Ruh Sağlığı Sorunu Olan Kişilerin Sosyal İçermesi için İyi Uygulamaları Paylaşacak Ortakları Bir Araya Getirme" Erasmus+ Mesleki Eğitim Stratejik Ortaklık Projesi'nin (2018-1-TR01-KA202-058379) saha araştırmasıdır. Kurum içi resmi duyuru kanallarıyla yapılan araştırmaya gönüllü olarak katılan 588 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Sosyodemografik özellikler ve konuyla ilgili görüşlerini araştıran 25 soru sorulmuş ve "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" (RHYİÖ) uygulanmıştır. RHYİÖ puanında artış olumsuz inanç göstermektedir. **Bulgular:** Katılımcıların RHYİÖ puanı  $49,2 \pm 17,3$ ; alt ölçek puanları ise "Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" için  $25,9 \pm 10,5$ ; "Tehlikelilik" için  $21,6 \pm 7,0$ ; "Utanma" için  $1,6 \pm 2,2$ 'dir. Ölçek puanları cinsiyet, meslek grubu, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kendisinde veya bir yakınında tanı konulmuş ruhsal hastalığı olma durumuna göre farklıdır. **Sonuç:** İstanbul'daki kamu sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik olumsuz inançlarının orta düzeyde olduğu; çoğunun ruh sağlığı hizmetlerinin daha toplum temelli olması görüşüne katıldığı; sosyal içerme konusunda eğitim ihtiyaçları olduğu söylenebilir. Bu çalışma hem sağlık meslek mensupları hem de sağlık kurumlarında çalışan sağlık dışı meslek mensuplarını içerdiği için literatürdeki çalışmalara göre daha kapsayıcıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, sağlık çalışanları, sosyal içerme, sosyal dışlanma, Linking Partners

(*Klinik Psikiyatri Dergisi 2022;25:278-288*)

DOI: 10.5505/kpd.2022.34033

## SUMMARY

**Objective:** The aim of the study is to evaluate the beliefs and thoughts of healthcare workers in Istanbul about individuals with mental health problems from a social inclusion perspective. **Method:** This cross-sectional study is the field research of a Strategic Partnership for Vocational Education and Training Erasmus+ Project named "Linking Partners: Linking Partners to Share Good Practices for Social Inclusion of People with Mental Health Problems" (2018-1-TR01-KA202-058379) coordinated by Istanbul Provincial Health Directorate. Healthcare workers who voluntarily participated in the research conducted through official announcement channels were included (n=588). Questions investigating sociodemographic characteristics and the views of the participants on the subject were asked, and the "Beliefs Towards Mental Illness Scale" (BMI) was applied. An increase in BMI score indicates negative belief towards individuals with mental health problems. **Results:** The participants' BMI score was  $49.2 \pm 17.3$ ; subscale scores were  $25.9 \pm 10.5$  for "incurability/poor social and interpersonal skills";  $21.6 \pm 7.0$  for "dangerousness";  $1.6 \pm 2.2$  for "embarrassment". BMI scores differ according to gender, occupational group, education level, marital status, having a child, and having a diagnosed mental illness in himself/herself for a relative. **Conclusion:** The negative beliefs towards individuals with mental health problems of healthcare workers working at public institutions in Istanbul are moderate; most of them agreed with the view that mental health services should be more community-based; It can be said that there is a need for training on social inclusion. Since this study includes both healthcare professionals and non-health professionals working in healthcare institutions, it is more inclusive than studies in the literature.

**Key Words:** Beliefs Towards Mental Illness Scale, healthcare professionals, social inclusion, social exclusion, Linking Partners

## GİRİŞ

Dezavantajlı grupları toplumsal hayata kazandırmayı amaçlayan bir kavram olan sosyal içerme, genel olarak bu grupların eğitim, sağlık, istihdam, sosyal yardım gibi hizmetlere erişimini artırmaya yönelik politika ve uygulamalar bütünü olarak tanımlanabilir (1, 2). Sosyal içerme, genellikle zıttı olan “sosyal dışlanma” ile birlikte açıklanmaktadır. Sosyal dışlanma, bireylerin ekonomik, sosyal ve kültürel yaşamın kilit alanlarına katılamama derecesini ifade eder. Bu tanımdaki vurgu seçimden çok, kısıtlamadan kaynaklanan katılmama üzerinedir (3). Dışlanma, ruh sağlığı sorunlarının bir nedeni olarak görülebileceği gibi bunun bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Örneğin yakın kişisel ilişkilerdeki eksiklikler ruh sağlığı sorunlarının hem nedeni hem de sonucu olabilir. Genel olarak sosyal dışlanmayı “sürdüren” üç temel sosyal değişkenin nedensel bir etkiye sahip olduğu düşünülebilir. Bunlar yoksulluk; sosyal sermaye eksikliği ve damgalama olarak ifade edilmektedir (4). Daha geniş bir açıklama ile [i] kişiler yeterli maddi kaynaklardan yoksun olabilir, [ii] istihdam ve eğitim gibi ekonomik veya sosyal olarak değerli faaliyetlere katılmayı zor bulabilir veya [iii] sosyal ilişkilerden, mahallelerden ve daha geniş topluluktan izole edilebilir ve dışlanabilirler (5).

Ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik olumsuz tutumlar ve ayrımcılık, genel nüfusta hala oldukça yaygındır. Dickerson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireyi; toplum (%61), işveren (%36), ruh sağlığı çalışanları (%20), aile üyeleri (%19), arkadaşları (%14) ve eş-yakınlarının (%11) damgaladığı belirlenmiştir (6). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hekimlerin, yarısının şizofreni hastalarını saldırgan ve tehlikeli kişiler olarak değerlendirdikleri görülmüştür. (7). Olumsuz tutumlar, ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi başarısı, rehabilitasyonu ve topluma dahil edilmesinin önündeki en ciddi engeller olarak görülmektedir. Ayrıca, damgalanma ve ayrımcılığın sonucunda ruhsal hastalığı olan birçok insan için işsizlik, gelir kaybı, bakım aramama veya gecikmiş bakım, sınırlı bir sosyal ağ, bozulmuş benlik saygısı, izolasyon ve yalnızlık söz konusu olabilir (8).

Ancak, geniş açıdan bakıldığında, sosyal dışlanma sadece sosyal rollerden dışlanmayla değil, aynı zamanda temel hizmetlere erişimin azalmasıyla da ilgilidir. Temel hizmetler bağlamında, çeşitli sağlık

eşitsizliklerini de yansıtmaktadır. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin, önemli fiziksel sağlık sorunları açısından daha büyük risk altında olduğu belirtilmektedir. Özellikle genç yaşta kalp hastalığı, şeker hastalığı ve bazı kanserlere yakalanma olasılıkları ve teşhis edildikten sonra 5 yıl içinde ölme olasılıkları genel popülasyondan daha yüksektir. Ayrıca beklenen kanıta dayalı kontrol ve tedavilerden bazılarını alma olasılıkları daha düşüktür; genellikle fiziksel sağlık sorunları tam olarak araştırılmaz veya tedavi edilmez (9).

Yapılan çalışmalar ruhsal hastalığı olan bireylerin yeterli sağlık hizmetine erişmelerinin önündeki engellerden birisinin sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve davranışları olduğunu göstermektedir. Ruhsal hastalığı olan bireyler sağlık çalışanları tarafından genellikle zor ve hatta tehlikeli olarak kabul edilmektedir (10). 2014 yılında yapılan bir sistematik derleme, bu fenomeni incelemiş ve zorlukların hastalara bakım sağlama sürecinde saldırganlık potansiyeli korkusuna odaklandığını bulmuştur (11). Avustralya'da yapılan bir araştırmada, ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumları ve damgalanma açısından sağlık profesyonelleri kendi içinde ve toplumun geneli ile karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda genel pratisyenlerin damgalayıcı tutumda olmaları ve sosyal mesafeyi arzulamalarının psikologlar ve psikiyatristlere göre daha olası olduğu; ayrıca sağlık profesyonellerinin toplumun genelinden daha az kişisel damgalayıcı tutumda olduğu bildirilmiştir. (12).Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalanma süreçlerini psikiyatristlerin deneyimleri aracılığıyla anlamak ve keşfetmeye yönelik yapılan bir çalışmada ise, psikiyatristlerin çoğu fiziksel hastalığı olan psikiyatri hastalarının diğer hastalara göre aynı kalitede sağlık hizmetlerine erişimlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Bunun başlıca nedenlerinin; psikiyatrik bozukluklarda somatik varsanların incelenmemesi ve psikiyatri eğitimi almamış hekimlerin damgalayıcı tutumu olduğunu düşünmektedirler (13). Ayrıca, kişilik bozuklukları gibi belirli bozuklukları olan hastaların, sağlık personeli tarafından özellikle reddedilme eğiliminde olduğu ve genellikle zor, manipülatif ve bakımı daha az hak eden kişiler olarak hissedildiği bildirilmektedir (14). Oysa ruhsal hastalığı olan bireyler sağlık çalışanlarının tutumlarına karşı çok duyarlıdırlar. Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları hastaların gereken

yardımı alabilmelerini ve gerektiğinde yönlendirilmelerini etkileyen önemli bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda “danışman” ve “model” işlevi gören sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyici bir rol oynamaktadır (15).

Bu durum hastalar için daha kötü klinik sonuçlara yol açma potansiyeline sahiptir (16). Bunun ışığında, damgalanmanın sağlık eşitsizliklerinin temel bir nedeni olduğu açık olduğundan, hizmet sunumu bağlamında damgalanmayı anlamak faydalıdır (17). Geçmiş çalışmalardan elde edilen sonuçlar hem sağlık profesyonelleri hem de halk için daha fazla damgalanma azaltma stratejisinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda ruhsal hastalığı olan bireyler için sosyal içermeyi iyileştirmek için kullanılabilecek dört yaklaşımı; yasal mevzuat düzenlemeleri, toplum temelli destekler ve hizmetler, damgalama ve ayrımcılık karşıtı girişimler olarak bildirilmiştir (18). Ülkemizde de konunun önemini ortaya koyan yasal düzenlemeler mevcuttur. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında, Sağlık Bakanlığı damgalama ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütülmesi için baş aktörlerden birisi olarak belirlenmiştir (19). Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda çalışanların ruhsal hastalıklara sahip bireylere yönelik tutumlarının incelenmesinin etkin savunuculuk faaliyetleri için önemli bir husus olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı, İstanbul'da kamu sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunu olan bireylerle ilgili inançlarının sosyal içermeye perspektifiyle değerlendirilmesi, bu konuyla ilgili görüşlerinin ve eğitim ihtiyaçlarının ortaya konulmasıdır. Ülkemizde ve dünyada sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıklarla ilgili tutum ve inançlar ile yapılmış çalışmalar olmakla beraber, literatürde sağlık çalışanlarının ruh sağlığı alanında sosyal içermeye ve sosyal dışlanma kavramları hakkında görüşlerini de inceleyen çalışma saptanmamıştır. Araştırmamızın bu alanda literatüre katkı ve sosyal içermeyi desteklemek için kanıt sağlayacağını düşünmekteyiz.

## YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün “Linking Partners: Linking Partners to Share Good Practices for Social Inclusion of People with Mental Health Problems” (Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylerin Sosyal İçermesi için İyi Uygulamaları Paylaşacak Ortakları Bir Araya Getirme) Erasmus+ Mesleki Eğitim Stratejik Ortaklık Projesi'nin (2018-1-TR01-KA202-058379) saha araştırması faaliyeti olarak 30 Eylül 2019 - 13 Şubat 2020 tarihleri arasında elektronik anket yöntemi ile yürütülmüştür.

Araştırmanın evreni Türkiye'nin en kalabalık nüfuslu ili olan İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında görev yapmakta olan sağlık çalışanlarıdır. Olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme kullanılmış olup bir örnek büyüklüğü hesaplanmamıştır. 2019 yılında İstanbul'daki ilgili sağlık kurumlarında görev yapmakta olan yaklaşık 100 bin sağlık çalışanı vardır. (İl Sağlık Müdürlüğü, Başkanlıkları ve diğer bağlı birimleri; 38 İlçe Sağlık Müdürlüğü, 1 Toplum Sağlığı Merkezi; kamu hastaneleri, aile sağlığı merkezleri, vs.) Araştırmaya katılım duyurusunun iletildiği sağlık çalışanı sayısı bilinemediğinden soru formunun ulaştığı kişi sayısı hesaplanamamıştır.

Araştırmada kullanılan soru formu, araştırmacılar tarafından literatürden derlenen 25 soru ve 1 ölçekten oluşmaktadır. Soru formunun ilk kısmı cinsiyet, yaş, meslek, meslekte geçen süre, çalıştığı kurum tipi, mevcut kurumda çalışma süresi, yetiştiği çevre (kent/kır), eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu gibi sosyodemografik bilgiler; kendisinde ve yakınında ruhsal hastalık bulunma, ruhsal hastalığı bulunan birey ile yakınlığı, aynı evde yaşama, ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşattığı duygu; ruh sağlığı sorunu olan bireylerin sosyal içermesi ile ilgili görüşleri, sosyal içermeye ve sosyal dışlanma kavramlarını duyma; ayrıca, sosyal içermeye düzeyini artırmak için bireysel, toplumsal ve kurumsal olarak yapılanlar ve yapılabilecekler ile ilgili görüşlerin alındığı açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Soru formunun ikinci kısmında Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiş olan “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” (RHYİÖ) vardır (20). 21 maddelik 6'lı Likert tipi olan ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değeri 0,82 olarak bildirilmiştir (21). Türkçe ölçeğin 3 fak-

törü vardır.

• Faktör 1 - “Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma”: 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20 ve 21. maddeler ile hesaplanır. Ruhsal hastalığı olan bireylerle kişilerarası ilişkide engellenmeyi ve çaresizlik yaşamayı ifade eder.

• Faktör 2 - “Tehlikelilik”: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 13. maddeler ile hesaplanır. Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili inancı gösterir.

• Faktör 3 - “Utanma”: 12. ve 15. maddeler ile hesaplanır. Ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğu inancını gösterir.

Ölçek maddeleri arasında ters kodlanan madde bulunmamakta, her bir maddeye verilen cevaba göre (tamamen katılmıyorum: 0, çoğunlukla katılmıyorum: 1, kısmen katılmıyorum: 2, kısmen katılıyorum: 3, çoğunlukla katılıyorum: 4, tamamen katılıyorum: 5) puanı toplanarak 0-105 arasında bir ölçek puanı elde edilmektedir. (Sırasıyla faktör puan aralıkları: 0-55, 0-40, 0-10) Faktör puanları da ilgili maddelerin puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. Puandaki yükselme ruhsal hastalığa yönelik daha olumsuz inancı göstermektedir (21).

Soru formu Google Forms altyapısı kullanılarak düzenlenmiş ve katılımcılarla anket linki paylaşılmıştır. Yanıtlar anonim ve otomatik olarak Google E-tablolar formatında kaydedilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır. Araştırmaya katılım daveti İl Sağlık Müdürlüğü Ar-Ge ve Projeler Birimi tarafından hazırlanan resmi yazı ile elektronik belge yönetim sistemi (EBYS) aracılığıyla ilgili kurumlara iletilmiştir. Sağlık kurumları duyuruları bünyelerinde çalışan sağlık personelleriyle kurum içi duyuru kanallarını (Hastane Yönetim Bilgi Sistemi-HYBS, Elektronik Belge Yönetim Sistemi-EBYS, kurum içi elektronik posta grupları, kurum içi Whatsapp grupları, kurum içi SMS, yazılı duyuru vd.) kullanarak paylaşmaktadır. İlk duyuru 30 Eylül 2019’da ikinci duyuru 15 Ocak 2020’de yapılmıştır. İlk duyuru sonrasında 219, ikinci duyuru sonrasında ise 391 yanıt gelmiştir. Sonuç olarak araştırmaya toplam 610 yanıt gelmiştir.

Veri seti temizliği ve verilerin düzenlenmesi Microsoft Excel ile yapılmıştır. Yapılan veri seti kontrolünde tüm sorulara -açık uçlular dahil- aynı cevap vermiş olan 8 mükerrer tespit edilip hariç tutulmuştur. Bunun yansısı, İstanbul dışındaki

sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanları tarafından doldurulmuş olan 14 yanıt analiz dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak analize 588 sağlık çalışanına ait veri dahil edilmiştir.

İstatistiksel analiz SPSS v.21 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde; sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma (Ort±SS), en küçük değer (min.), en büyük değer (maks.) ve ortanca değer ile sunulmuştur. Önemlilik testlerinde, sürekli değişkenler normal dağılım koşulları sağlanmadığından nonparametrik testler (iki grup için Mann-Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup için Kruskal-Wallis testi) ile değerlendirilmiştir. Birden fazla grubun karşılaştırıldığı durumda anlamlı farkın hangi gruplara arasında olduğunu açıklamak için posthocTukey testi yapılmıştır. Ayrıca, sürekli değişkenlerin birbirleri ile ilişkisini değerlendirmek için Spearman korelasyon yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi. Araştırmamızda cronbach alfa değeri genel ölçek puanı için 0,904 olarak, faktörler için sırasıyla 0,873, 0,775 ve 0,757 olarak hesaplandı. Bu sonuçlara göre ölçek geçerli kabul edildi. Araştırmanın etik izni, Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındı.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan 588 sağlık çalışanının tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması  $36,7\pm 8,5$  iken, %71,6’sı kadın, %28,4’ü ebe-hemşire-sağlık memuru grubunda, %63,8’i evli, %54,1’i çocuk sahibi, %35,5’i kamu hastanesi çalışanı, %91,9’u üniversite ve üzeri düzey mezundur. %7,8’inin tanı konmuş ruhsal hastalığı varken, %28,1’inin ruhsal hastalığı olan bir yakını (%10,2 birinci derece yakın/eş) vardır.

Tanı konmuş ruhsal hastalığı bulunma durumu bekar katılımcılarda ( $n=23$ , %10,8), evlilere ( $n=23$ , %6,1) göre anlamlı olarak fazladır ( $p=0,043$ ). Aynı evde birlikte yaşanan ruhsal sağlığı sorunu olan birey varlığı bekarlarda ( $n=23$ , %34,3) evlilere göre ( $n=12$ , %12,2) ( $p=0,001$ ); çocuk sahibi olmayanlarda ( $n=23$ , %29,9) çocuk sahibi olan bireylere göre ( $n=12$ , %13,6) anlamlı olarak fazladır ( $p=0,011$ ).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ruh sağlığı

Istanbul'daki kamu sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik inançları

**Tablo 1.** Araştırma grubunun tanımı ve özellikleri (n=588)

Değişken	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	421	71,6
	Erkek	167	28,4
Meslek grubu	Ebe-Hemşire-Sağlık memuru	167	28,4
	Diğer meslek mensubu*	154	26,2
	Diğer sağlık meslek mensubu**	149	25,3
	Doktor	118	20,1
Çalıştığı kurum tipi	Kamu Hastanesi	209	35,5
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	199	33,8
	İl Sağlık Müdürlüğü	110	18,7
	Aile Sağlığı Merkez (ASM)	59	6,6
	Diğer	51	5,3
Yetiştiği çevre	Kentsel	504	85,7
	Kırsal	84	14,3
Eğitim durumu***	Lise ve altı****	47	8,1
	Üniversite	369	62,8
	Lisansüstü	172	29,3
Medeni durum	Evlü	375	63,8
	Bekar	213	36,2
Çocuk sahibi olma	Evet	318	54,1
	Hayır	270	45,9
Tanı konmuş ruhsal hastalığı olma durumu	Evet	46	7,8
	Hayır	542	92,2
Ruhsal hastalığı olan bir yakını olma durumu	Evet	165	28,1
	Hayır	423	71,9
Ruhsal hastalığı olan biri ile yakınlık derecesi	Bir akraba arkadaş	105	17,9
	Birinci derecede yakın eş	60	10,2
Aynı evde birlikte yaşanılan ruhsal sorunu olan birey varlığı (n=165)	Evet	35	21,2
	Hayır	130	78,8
Yaş	Ortalama±SS	Ortalama	En küçük-En büyük
	36,7±8,5	36	20-61
Meslekte alışma süresi (yıl)	12,6±9,0	11	1-38
	5,8±5,4	4	1-32

\*Diğer meslek mensubu: tıbbi sekreter (n=11), sağlık dışı diğer meslek (n=133) \*\*Diğer sağlık meslek mensubu: psikolog (n=19), sosyal çalışmacı (n=15), dış bekçisi (n=39), diğer sağlık meslekleri (n=76) \*\*\*Son mezun olunan okula göre \*\*\*\*İlkokul mezunu (n=1), Ortaokul mezunu (n=1) ve Lise mezunu (n=45)

sorunu olan bireyler, ruh sağlığı hizmetleri ve sosyal içerme ile ilgili ifadelere ait görüşlerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Katılımcıların %54,1'i sosyal içerme terimini daha önce duymadığını belirtmiştir. Sosyal içerme terimini duyma durumu katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirildiğinde, sosyal içerme terimini duyanlarda yaş ortalamasının (37,8±8,4), duymayanların yaş ortalamasından (35,8±8,4) anlamlı olarak yüksek olduğu (p=0,003); mesleği yapma süresinin de terimi duyanlarda (13,5±9,2)

**Tablo 2.** Katılımcıların ruh sağlığı sorunu olan bireyler ve sosyal içerme ile ilgili görüşleri (n=588)

İfadeler	Cevaplar	n	%
"Ruhsal bozukluğı olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır."	Katılıyorum	444	75,5
	Katılmıyorum	22	3,7
	Kararsızım	122	20,7
"Bir semte ruh sağlığı hizmetleri verici bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır."	Katılıyorum	16	2,7
	Katılmıyorum	553	94,0
	Kararsızım	19	3,2
"Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir."	Katılıyorum	533	90,6
	Katılmıyorum	9	1,5
	Kararsızım	46	7,8
"Sosyal içerme terimini daha önce duydum."	Evet	270	45,9
	Hayır	318	54,1
"Sosyal dışlanma terimini daha önce duydum."	Evet	540	91,8
	Hayır	48	8,2
"Ruhsal hastalığı olan bireylerin ayrımcılığına uğradığını düşünüyorum."	Evet	523	88,9
	Hayır	65	11,1
"Sosyal içerme konulu bir eğitime katılmak istemim."	Evet	441	75,0
	Hayır	147	25,0

duymayanlara (11,9±8,9) göre anlamlı yüksek olduğu (p=0,031); cinsiyet, meslek grubu, çalıştığı kurum tipi, yetiştiği çevre, eğitim düzeyi, medeni duruma göre ise farklı olmadığı (sırasıyla p'ler: 0,127; 0,124; 0,601; 0,417; 0,859; 0,408) görülmüştür. Sosyal içerme terimini duyma oranı çocuk sahibi olanlarda %50 (n=159) iken, çocuk sahibi olmayanlarda %41,1 (n=111) olarak saptanmıştır (p=0,031).

Katılımcıların RHYİÖ ölçek puanları ve faktör puanları tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 3). Yaş ile ölçek puanları korelasyonuna bakıldığında, yaş ile "utanma" faktörü arasında pozitif yönde düşük korelasyon (r=0,118; p=0,004) saptanmıştır; yaş ile "aresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" faktörü (r=0,078; p=0,059), "tehlikelilik" faktörü (r=-0,007; p=0,857) ve toplam ölçek puanı (r=0,059; p=0,151) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Meslek grupları arasında "aresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma", "tehlikelilik" ve RHYİÖ

**Tablo 3.** Sağlık alışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine göre Ruhsal Hastalığı Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) Puanları

Değişken	Gruplar	"aresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma"				"Tehlikelilik"				"Utanma"				Toplam RHYİÖ		
		Ort.±SS	Ort. ea	min-maks	p	Ort.±SS	Ort. ea	min-maks	p	Ort.±SS	Ort. ea	min-maks	p	Ort.±SS	Ort. ea	min-maks
Cinsiyet	Kadın (n=421)	26,6±10,5	27	0-55	0,008	22,0±6,8	22	0-40	0,107	1,7±2,2	1	0-10	0,101	50,3±17,0	51	3-105
	Erkek (n=167)	24,2±10,5	24	0-54		20,7±7,6	22	0-38		1,5±2,2	0	0-10		46,4±18,0	46	0-99
Meslek grubu	Ebe-hemşire-sağlık memuru (n=167)	26,1±9,6	26	0-48	<0,001	22,2±6,7	23	0-39	<0,001	1,6±2,1	1	0-10	0,083	49,8±16,3	51	4-88
	Diğer meslek mensubu (n=154)	29,1±11,6	29	0-53		23,4±7,6	24	0-40		2,01±2,5	1	0-10		54,5±18,9	55	0-100
	Diğer sağlık meslek mensubu (n=149)	23,9±9,7	23	2-55		20,9±6,7	22	1-40		1,3±1,8	0	0-10		46,1±15,8	46	3-105
	Doktor (n=118)	24,3±10,5	25	2-55		19,6±6,5	20	6-40		1,5±2,2	0	0-10		45,3±16,9	45	8-105
Çalıştığı kurum tipi	Hastane/ASM (n=248)	26,4±10,7	26	0-55	0,582	21,3±7,3	22	0-40	0,306	1,7±2,4	0	0-10	0,991	49,3±17,9	49	0-105
	İdari diğer kurum (n=340)	25,6±10,4	26	0-54		21,9±6,9	22	0-39		1,5±2,0	1	0-10		49,1±16,9	50	0-99
Yetiştiği çevre	Kentsel (n=500)	25,7±10,5	26	0-55	0,084	21,5±7,0	22	0-40	0,083	2,0±2,2	1	0-10	0,682	48,7±17,3	49	0-105
	Kırsal (n=84)	27,4±10,5	28	2-50		22,8±7,3	24	1-39		1,8±2,4	1	0-10		51,9±17,6	53,5	3-90
Eğitim durumu	Lise ve altı (n=47)	30,4±11,4	30	0-50	0,001	22,9±9,0	24	0-40	0,149	2,5±3,0	2	0-10	0,092	55,8±30,4	56	0-100
	Üniversite ve üzeri (n=541)	25,6±10,4	25	0-55		21,5±6,8	22	0-40		1,5±2,1	1	0-10		48,6±16,9	49	0-105
Medeni durum	Bekar (n=213)	23,9±10,6	24	0-50	<0,001	20,4±7,2	21	0-39	0,002	1,4±2,0	0	0-9	0,111	45,6±17,5	45	0-90
	Evlü (n=375)	27,1±10,3	27	0-55		22,4±6,8	23	0-40		1,7±2,3	1	0-10		51,2±16,9	52	0-105
Çocuk sahibi olma	Evet (n=318)	27,5±10,3	27	0-55	<0,001	22,5±7,0	23	0-40	0,002	1,9±2,4	1	0-10	0,016	51,8±17,0	52	0-105
	Hayır (n=270)	24,1±10,6	24	0-53		20,7±7,0	21	0-39		1,3±1,8	0	0-10		46,1±17,2	46	0-92
Toplam		25,9±10,5	26	0-55		21,6±7,0	22	0-40		1,6±2,2	1	0-10		49,2±17,3	49,5	0-105

**Tablo 4.** Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Sorunlarıyla İlgili Görüşlerine göre Ruhusal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİYÖ) Puanları

Durum		"Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma"				"Tehlikelilik"				"Utanma"				Toplam RHİYÖ			
		Ort.±SS	Ortanca	min-maks	p	Ort.±SS	Ortanca	min-maks	p	Ort.±SS	Ortanca	min-maks	p	Ort.±SS	Ortanca	min-maks	p
Tanı konmuş ruhsal hastalığı olma	Evvet (n=46)	22,8±10,4	23	0-53	0,044	18,7±7,2	19	0-35	0,002	1,0±1,3	0	0-5	0,123	42,5±16,5	45,5	0-89	0,009
	Hayır (n=542)	26,2±10,5	26	0-55		21,9±7,0	22	0-40		1,7±2,2	1	0-10		49,8±17,3	50	0-105	
Ruhusal hastalığı olan bir yakını olma	Evvet (n=165)	24,5±9,6	25	0-53	0,028	20,3±6,4	21	5-36	0,001	1,3±1,9	0	0-9	0,013	46,1±15,5	47	5-89	0,004
	Hayır (n=423)	26,5±10,8	27	0-55		22,2±7,2	22	0-40		1,7±2,3	1	0-10		50,4±17,9	51	0-105	
Ruhusal hastalığı olan biri ile yakınlık derecesi	Bir akraba/arkadaş (n=105)	25,1±9,6	25	0-53	0,271	21,6±6,0	21	9-36	0,001	1,1±1,8	0	0-9	0,345	47,8±14,9	49	15-89	0,083
	Birinci derecede yakın/ eş (n=60)	23,5±9,5	23	0-49		18,0±6,5	19	5-31		1,6±2,2	0	0-9		43,0±16,2	44	5-79	
Aynı evde ruhsal sorunu olan birey varlığı	Evvet (n=35)	26,7±7,6	27	8-43	0,076	20,0±5,5	21	9-31	0,836	1,5±2,2	0	0-9	0,447	48,2±12,8	49	19-70	0,293
	Hayır (n=130)	24,0±10,0	24	0-53		20,3±6,6	21	5-36		1,2±1,9	0	0-9		45,5±16,1	45,5	5-89	
<b>Diğerleri*</b>																	
Sıkıntı	Evvet (n=257)	27,0±10,5	26	0-55	0,034	22,6±6,7	23	0-40	0,003	1,7±2,2	1	0-10	0,075	51,4±17,0	51	4-105	0,014
	Hayır (n=331)	15,1±10,5	26	0-55		20,9±7,2	21	0-40		1,5±2,2	0	0-10		47,5±17,4	49	0-105	
Korku	Evvet (n=187)	29,8±9,6	30	5-55	<0,001	25,2±5,8	25	9-40	<0,001	2,0±2,2	2	0-10	<0,001	57,0±14,9	56	20-105	<0,001
	Hayır (n=401)	24,1±10,5	24	0-54		20,0±6,9	21	0-39		1,4±2,1	0	0-10		45,5±17,2	46	0-99	
Üzümü	Evvet (n=127)	24,4±9,2	25	4-50	0,068	19,8±6,0	21	0-33	0,001	1,4±2,2	0	0-10	0,045	45,6±14,6	46	4-83	0,006
	Hayır (n=461)	26,4±10,8	26	0-55		22,1±7,2	22	0-40		1,7±2,2	1	0-10		50,2±17,9	50	0-105	
Öfke	Evvet (n=33)	30,2±11,8	29	4-55	0,027	23,3±8,4	23	7-40	0,318	2,7±2,3	2	0-10	<0,001	56,1±20,6	53	15-105	0,043
	Hayır (n=555)	25,7±10,4	26	0-55		21,5±6,9	22	0-40		1,6±2,2	0	0-10		48,8±17,1	49	0-105	
Utanç	Evvet (n=25)	32,7±10,3	32	14-50	0,002	23,1±6,4	21	11-35	0,489	2,8±2,1	3	0-8	<0,001	58,6±17,0	55	31-88	0,011
	Hayır (n=563)	25,6±10,5	26	0-55		21,6±7,1	22	0-40		1,6±2,2	1	0-10		48,8±17,2	49	0-105	
Notr	Evvet (n=26)	21,9±7,7	21	8-41	0,022	17,1±5,4	18	5-29	<0,001	1,0±1,9	0	0-6	0,053	40,0±11,9	38,5	13-63	0,002
	Hayır (n=562)	26,1±10,6	26	0-55		21,9±7,0	22	0-40		1,6±2,2	1	0-10		49,6±17,4	50	0-105	
Mutluluk	Evvet (n=5)	20,2±10,6	21	4-30	0,286	19,8±5,3	19	12-26	0,493	2,0±2,6	1	0-6	0,658	42,0±17,8	40	16-62	0,425
	Hayır (n=383)	26,0±10,5	26	0-55		21,7±7,0	22	0-40		1,6±2,2	1	0-10		49,3±17,3	50	0-105	

toplam puanları anlamlı farklıdır (Tablo 3). Farklı oluşturan gruplar değerlendirildiğinde,

- "Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" puanının "diğer sağlık meslek grubu"nda "diğer meslek grubu (sağlık dışı)"na ve "doktor" grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu (p<0,001; p<0,001);

- "Tehlikelilik" puanının "doktor" grubunda "ebe-hemşire-sağlık memuru"na ve "diğer meslek grubu (sağlık dışı)"na göre anlamlı olarak düşük olduğu (p=0,005; p<0,001); ayrıca, "diğer sağlık meslek grubu"nda "diğer meslek grubu (sağlık dışı)"na göre anlamlı olarak düşük olduğu (p=0,003);

- RHİYÖ toplam puanının puanının "doktor" grubunda "diğer meslek grubu (sağlık dışı)"na göre anlamlı olarak düşük olduğu (p<0,001); ayrıca, "diğer sağlık meslek grubu"nda "diğer meslek grubu (sağlık dışı)"na göre anlamlı olarak düşük olduğu (p<0,001);

- Bunların dışında gruplar arasında ölçek puanlarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Ölçek puanları katılımcıların çalıştığı kurum tipine ve yetiştiği çevreye göre değişmemektedir (Tablo 3). Eğitim durumu lise ve altı olanların "çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" ve RHİYÖ toplam

puanları üniversite ve üzeri mezunlara göre anlamlı olarak düşüktür (p=0,001 ve p=0,003); "tehlikelilik" ve "utanma" puanları ile farklı değildir. RHİYÖ puanları evli olanlarda bekarlara göre anlamlı olarak yüksek iken (p<0,001), çocuğu olanlarda olmayanlara göre anlamlı yüksektir (p<0,001). (Tablo 3)

Katılımcıların kendilerinin veya yakınlarının ruh sağlığı sorunu olması, yakınlık derecesi ve aynı evde yaşama durumlarına göre ölçek puanları Tablo 4'te sunulmuştur. Tablo 4'te ayrıca katılımcıların hissettikleri duygulara göre ölçek puanları da görülmektedir. Ruh sağlığı sorunu olan bireylerin kişide yarattığı duygu sorulduğunda en sık belirtilen duygular %43,7 (n=257) sıkıntı, %31,8 (n=187) korku ve %21,6 (n=127) üzüntüdür.

Kişinin kendisinde tanı konulmuş ruh sağlığı sorunu olma durumunda "utanç" faktörü puanı değişmezken "çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma", "tehlikelilik" ve RHİYÖ toplam puanı anlamlı olarak düşüktür. Ruh sağlığı sorunu olan bir yakını olduğunu belirtenlerde ise tüm puanlar anlamlı olarak düşüktür; bu durum daha olumlu inançları olduğunu gösterir. Kişinin ruh sağlığı sorunu olan yakınının birinci derece yakın/eş olması durumunda bir akraba/arkadaş olmasına

göre ölçek puanları anlamlı olarak daha düşüktür, bu da ilk grubun görece daha olumlu inançları olduğunu göstermektedir. Aynı evde yaşayan ruh sağlığı sorunu olan birey olanlar ile olmayanlar arasında ise ölçek puanları farklı değildir. (p'ler Tablo 4'te)

Katılımcıların sosyal içerme terimini duyma durumlarına göre ölçek puanları değerlendirilmiştir. RHYİÖ puanları, sosyal içerme terimini duyanlarda (46,5±17,8) duymayanlara (51,5±16,6) göre anlamlı olarak düşüktür (p=0,001). "Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" puanı, sosyal içerme terimini duyanlarda (24,6±10,6) duymayanlara (27,1±10,3) göre anlamlı olarak düşüktür (p=0,003). "Tehlikelilik" puanı da sosyal içerme terimini duyanlarda (20,4±7,3) duymayanlara (22,7±6,6) göre anlamlı olarak düşüktür (p<0,001). "Utanma" puanı ise sosyal içerme terimini duyanlarda (1,5±2,2) duymayanlara (1,7±2,2) göre farklı değildir (p=0,060).

Katılımcıların sosyal dışlanma terimini duyma durumlarına göre ölçek puanları değerlendirilmiştir. Sosyal dışlanma terimi duyma durumuna göre "çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" ve RHYİÖ toplam puanı farklıdır (p=0,049 ve p=0,041). "Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" puanı sosyal dışlanma terimini duymuş olanlarda 25,8±10,5 iken, duymayanlarda 28,0±10,7'dir. RHYİÖ toplam puanı ise sosyal dışlanma terimini duymuş olanlarda 48,9±17,3 iken, duymayanlarda 52,9±17,9'dur. "Tehlikelilik" puanı sosyal dışlanma terimini duyanlarda (21,5±7,0) duymayanlara (22,7±7,0) göre farklı değildir (p=0,118). "Utanma" puanı ise sosyal dışlanma terimini duyanlarda (1,6±2,1) duymayanlara (2,1±2,7) göre farklı değildir (p=0,320).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ayrımcılığa uğradığını düşünenlerde "çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma", "tehlikelilik", "utanma" ve RHYİÖ toplam puanları sırasıyla 26,1±10,5; 21,6±7,1; 1,6±2,2; 49,3±17,4 iken, düşünmeyenlerde sırasıyla 25,0±10,7; 21,7±6,5; 1,4±1,7; 48,2±16,6 olarak saptanmıştır. Ruh sağlığı sorunu olan bireylerin ayrımcılığa uğradığını düşünme durumuna göre faktör puanları ve RHYİÖ toplam puanı farklı değildir (sırasıyla p'ler: 0,624; 0,902; 0,907; 0,719).

Sosyal içerme konulu bir eğitime katılmak istemediğini belirtenlerin "tehlikelilik" ve "utan-

ma" puanları eğitime katılmak isteyenlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. "Tehlikelilik" puanı eğitime katılmak isteyenlerde 21,4±6,8 iken katılmak istemeyenlerde 22,4±7,5 olarak saptanmıştır (p=0,045). "Utanma" puanı eğitime katılmak isteyenlerde 1,5±2,2 iken katılmak istemeyenlerde 1,9±2,2 olarak saptanmıştır (p=0,015). Sosyal içerme konulu eğitime katılmak isteyenler ve istemeyenlerde "çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma" (25,8±10,5 ve 26,4±10,6) ve RHYİÖ toplam puanı (48,7±17,2 ve 50,7±17,8) ise farklı değildir (p'ler 0,257 ve 0,065).

## TARTIŞMA

Yapılan çalışmalar, ruhsal hasta ve hastalığa yönelik olumsuz inanç ve tutumların damgala(n)maya neden olduğunu belirtmektedir. Damgalamanın sonucunda ise hasta ve yakınları toplumdan izole olmakta, bununla birlikte sağlık yardımı arama davranışları negatif yönde etkilenmektedir. Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan sağlık profesyonelleri başta olmakla birlikte, toplumun tüm bireylerinin bu olumsuzluklarla mücadele etmeleri için mevcut durumun farkında olmaları gerektiği düşünülmektedir (22). Ülkemizde yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının ruhsal sorunu olan hastaya yönelik inanç ve tutumlarının değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda sağlık personelinin tutumunun olumlu yönde olduğu belirtilirken, diğerlerinde çalışanların yetersiz bilgiye sahip olduğu ve damgalama gibi olumsuz tutumlara sahip oldukları görülmektedir (15,22,23). Bunun yanı sıra, psikiyatri kliniğinde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığına yönelik tutumlarının psikiyatri dışı birimlerde çalışan meslektaşlarından daha olumsuz olduğu yönünde bulgulara da rastlanmaktadır (24).

Bu çalışma kamu sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık personelinin, ruh sağlığı sorunu olan bireylerle ilgili inançlarının sosyal içerme perspektifiyle değerlendirilmesi, bu konuyla ilgili görüşlerinin ve eğitim ihtiyaçlarının ortaya konulması amacıyla yapılmıştır.

Sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan araştırmalarda, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalayıcı tutum ve davranışların bulunduğu bildirilmektedir (14, 25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan sağlık personelinin %30 gibi azımsanmayacak bir oranı, ruhsal bozukluğu olan bireylerin zeka seviyelerinin

toplumdaki diğer bireylerden farklı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada sağlık çalışanları “Ruhsal sorunu olan birey ile aynı iş yerinde çalışmak ister misiniz?” sorusuna büyük oranda olumsuz (%45,1) yanıt vermişlerdir (26). İsveç’te ruhsal sorunları olan bireylere hizmet verilen birimlerde çalışan sağlık personeli ile yapılan çalışmada ise çalışanlar arasında olumsuz tutumların yaygın olduğu bildirilmiştir. Katılımcılar ruhsal sorunu olan bir bireyin iş başvurusunu kabul edip etmeme, hastanede tedavi gören bir bireyle çıkmaya istekli olup olmama ve çocuklara bakması için ruhsal hastalığı olan bir birey tutup tutmama konularında olumsuz yaklaşım sergilemişlerdir. Ayrıca, psikoza olan hastaları tedavi eden personelin en olumsuz tutuma sahip olduğuna dikkat çekilmiştir (8). Diğer yandan literatürde olumlu sonuçları gösteren çalışmalar da mevcuttur. Yıldırım ve arkadaşları acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik orta düzeyde olumlu inanca sahip olduklarını belirtmektedir (27). Özer ve arkadaşlarının ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada ise RHYİÖ ölçeğinin toplam puanı hekimlerde  $35,95 \pm 13,10$ , diğer sağlık çalışanlarında  $47,29 \pm 19,40$  olarak tespit edilmiş ve psikiyatristlerin topluma göre daha az damgalayıcı tutuma sahip olduğu kanısına varılmıştır (28). Çalışmamızda tüm katılımcıların ölçek puanları toplamının ortalama düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcılar büyük oranda “Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır” ifadesine katıldıklarını ve “Bir semte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır” ifadesine ise büyük oranda katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumda çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığı sorunu olan bireylere yönelik inançlarının genel olarak olumlu yönde olduğu söylenebilir.

Damgalamanın ilk boyutunun tehlike (diğer bir deyişle tehlikelilik) olduğu bilinmektedir. Tehlike, damgalanma gelişiminde önemli bir unsur olarak kabul edilmekte ve araştırma literatüründe sıklıkla bahsedilmektedir (29). Ülkemizde birinci basamak hekimler ile yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının saldırgan olduğuna inananların oranının oldukça yüksek olduğu (%73) görülmüştür (30). Başka bir çalışmada ise hemşire ve doktorların, psikiyatri hastalarının büyük bir

oranda (%42,8) saldırgan olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir (26). Bunun yanı sıra, bu durumun psikiyatri alanında çalışanlarda daha olumsuz olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Işık, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin “hastaların tehlikeli olduğu ve sosyal olarak kısıtlanması gerektiği” inancı psikiyatri dışı kliniklerde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (24). Bu çalışmada tehlikelilik boyutu genel olarak ortalama bir düzeyde tespit edilmiştir. Diğer yandan gruplar arası karşılaştırma yapıldığında evliler, çocuk sahibi olanlar ve sağlık dışı meslek grubunda görev yapanlarda ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduğu inancı daha yüksek bulunmuştur. En olumlu inanca sahip olanlar ise doktorlardır. Benzer şekilde Özer ve arkadaşları da tehlikelilik alt boyutunu hekimlerde diğer çalışanlara kıyasla anlamlı şekilde daha düşük tespit etmişlerdir (28).

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, cinsiyetin sağlık çalışanlarının inançlarında farklılık oluşturduğu gözlenmektedir. Kadın katılımcıların RHYİÖ toplamı ve “Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma” alt boyutunda erkeklere kıyasla daha olumsuz inanca sahip oldukları görülmüştür. Diğer yandan acil servis çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise “utanma” alt boyutunda erkeklerin inancının daha olumsuz olduğu görülmüştür (27). Başka çalışmalarda ise cinsiyet açısından farklılık tespit edilmemiştir (8, 26).

Yaş ile ölçek puanları korelasyonuna bakıldığında, ölçek toplam puanında anlamlı farklılık görülmemesine karşın, “utanma” faktörü ile pozitif yönde düşük korelasyon saptanmıştır. Diğer bir deyişle, yaşı yüksek olan katılımcılar ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğuna daha az inanmaktadırlar. Aker ve arkadaşlarının (30) birinci basamak hekimlerinin şizofreni ve tedavisine yaklaşımı ile ilgili bilgi, eğitim ya da algılamaları ile bunu etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, 46-55 yaş arasındaki hekimlerinin şizofreni tanısı, etiyolojisi ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin, tutum ve yargılarının diğer yaş gruplarına oranla daha olumsuz olduğu belirtilmektedir. Işık, hemşirelerin yaşı arttıkça hastaların tehlikeli olduğu ve sosyal olarak kısıtlanması gerektiği inancının arttığını belirtmektedir (24). Diğer yandan yaşa göre farklılığın olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (26, 27). Hansson ve arkadaşları ölçeğin toplam puanında yaş grupları bakımından anlamlı



bir farklılık bulmamışlar ancak, daha genç personelin “eski bir hastanın küçük çocukların öğretmeni olarak kabul edilmesine” ilişkin olarak anlamlı ölçüde daha fazla olumsuz tutum sergilediği belirtmişlerdir (8).

Çalışmada doktorların RHYİÖ toplam puanının diğer tüm meslek gruplarından daha düşük olduğu görülmüştür (ort= 45,3±16,9). Bu kapsamda çalışmada en olumlu inanç gösteren grubun hekimler olduğu söylenebilir. Diğer yandan daha önceki yapılan çalışmalarda doktorların tutumları daha olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Yüksel ve Taşkın ülkemizde psikiyatri dışı hekimlerin ruhsal hastalıklar konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmektedir (15). Aker ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlerinin %80'i şizofreni hastası ile çalışmayacağını, %97'si şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %71'i şizofren bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, %74'ü evi olsa bir şizofrene asla kiraya vermeyeceğini, %63'ü şizofreni hastalarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini, %87'si şizofrenlerin kendi hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacağını belirtmiştir (30).

Hemşirelerin ölçek toplamı ve alt boyutlardan aldığı puanlar incelendiğinde; sağlık dışı meslek gruplarından düşük olmasına karşın, doktorlardan ve diğer sağlık meslek grubu katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ross ve Goldner hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, olumsuz tutumlar ve ayrımcılığa ilişkin görüşlerini inceledikleri literatür taramasında; hemşirelerin kendilerine zarar veren kişilere karşı düşmanca tutumlar sergilediklerini ve genellikle onları hayat kurtarmaya yönelik değerli sağlık bakım kaynaklarını çarçur eden kişiler olarak gördüklerini ifade etmektedirler (31). Özellikle acil servis ve yoğun bakım hemşirelerinin, kendine zarar veren hastalara karşı en düşmanca tavır alan hemşireler olduğu belirtilmektedir. Ruh sağlığı hemşirelerinin ise, diğerlerine kıyasla daha az düşmanca tavır takınmaları ve daha kabul edici olmalarına rağmen, özellikle borderline kişilik bozukluğu tanısı konan veya zor, sinir bozucu, manipülatif, ilgi arayan olarak tanımlanan hastalara karşı önyargılı tutumlar ve ayrımcı muamele göstermekte olduğunu belirtmektedirler. Ülkemizde bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı iyi niyet-

lerinin ve toplum içindeki tedavi ve bakımlarının sürdürülmesi hakkındaki düşüncelerinin olumsuz olduğu, ruhsal sorunlu bireylerin toplumdan uzaklaştırıldığı, bu bireylerden korkulduğu ve dışlanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin artması ile hastalara karşı daha fazla olumsuz sergilemeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür (23).

Diğer meslek mensubu (sağlık dışı) grubunun, RHYİÖ toplamı ve ölçek alt boyutlarında en yüksek puanı aldığı görülmektedir. Alt boyutlar açısından incelendiğinde ise; “Çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma” alt boyutunda diğer sağlık meslek grubundan ve “Tehlikelilik” alt boyutunda doktorlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar sağlık profesyoneli olmayan çalışanların ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumsuz olduğunu göstermektedir. Her ne kadar bu grupta yer alan çalışanlar hastanın tedavisinde direkt rol oynamasa da hasta ile teması olmaları nedeniyle gözden kaçırılmaması gerektiği düşünülmektedir. Nyblade ve arkadaşları bu duruma dikkat çekerek, hastalarla teması olan herhangi bir sağlık kuruluşu çalışmasının damgalama yapabileceğini, bu nedenle tüm sağlık çalışanları kadrolarıyla çalışmanın önemi vurgulamaktadır (32).

Çalışmada tanı konulmuş ruhsal bir hastalığı olan bireylerin oranı %7,8 ve ruhsal hastalığı olan bir yakını olanların oranı ise %28,1 olarak tespit edilmiştir. Her iki durumda da çalışanların daha olumlu inanca sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, ruhsal hastalığı olan yakınının birinci derece yakın/eş olması durumunda bir akraba/arkadaş olmasına göre ölçek puanları anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Elde edilen sonucun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Işık'ın çalışmasında kendisinde psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olan hekim ve hemşirelerde koruyuculuk, kollayıcılık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (24). Ailesinde öykü olanlarda ise ruhsal hastalığa ilişkin görüşlerin daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığının damgalayıcı tutumları etkilemediği ancak kendisi psikiyatrik hastalık geçirenlerin daha az damgalayıcı tutumlara sahip olduğu saptanmıştır (28). Diğer yandan Yıldırım ve arkadaşları yakın çevresinde ruhsal hastalığı olanlarda tutumun farklı olmadığını ifade etmektedirler

(27).

Genel olarak ifade edildiğinde çalışmada kendisinde ve/veya çevresinde ruhsal hastalığı olan çalışanların inançlarının ve diğer ruhsal hastalığı olan bireylere karşı hissettikleri duyguların daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu durum, çalışanlar ile hasta bireylerin sosyal etkileşimde olmalarının pozitif yönde etkisini göstermektedir. Benzer şekilde bir başka çalışmada da hastalar ile etkileşime dikkat çekilmektedir. Hemşirelik öğrencilerine verilen psikiyatri hemşireliği eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerine etkisinin olmadığı görülen bu çalışmada, bu sonucun öğrencilerin henüz klinik uygulama yapmamış olmaları ve psikiyatri servislerinde uygulama fırsatı bulamaması nedeniyle olabileceği ifade edilmektedir (33).

#### **Kısıtlılıklar**

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan birincisi sağlık kuruluşlarının araştırmaya katılım gibi duyuruları kurum içinde farklı kurum içi yöntemlerle yapmışlardır, bu nedenle çalışmaya katılan çalışanların kurumlara göre dağılımının farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Diğer yandan, duyuruda resmi yazışma ve kurumsal iletişim kanallarının kullanılmasının, idari görevi olanların daha yüksek oranda katılımına neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmada katılımcılardan gönüllülük esasına göre veri toplanmasının konuya hassasiyeti olan kişilerin çalışmaya katılmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Yapılan duyurularla çalışmaya katılan sağlık çalışanları zaten araştırma konusuna ilgi duyan kişiler olmuş olabilir. Bu nedenle çalışmanın katılımcılarının İstanbul'daki sağlık kurumlarında çalışanların tamamının görüşlerini temsil ettiği söylenemez.

#### **SONUÇ**

Kamu sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık personelinin, ruh sağlığı sorunu olan bireylerle ilgili inançlarının sosyal içerme perspektifiyle değerlendirildiği bu çalışmada sağlık çalışanlarının inançlarının ortalama düzeyde ve bireylere yönelik görüşlerinin büyük ölçüde olumlu olduğu görülmüştür. Ancak kişilerin ifadelerine dayanan bu sonucun davranışlarına ne düzeyde yansıdığı bilinmemektedir. Bu nedenle davranışa yönelik ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Diğer yandan, çalışanların inançlarının sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve meslek) göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir. Bu kapsamda, yapılacak iyileştirici çalışmalarda olumsuz tutum sergileyen çalışanların hedef kitlenin odağına yerleştirilmesinin etkili olacağı düşünülmektedir. Özellikle sağlık sektöründe görev alacak olan sağlık dışı meslek mensuplarının, işe başlama sürecinde yapılan oryantasyon eğitimleri içeriğine ruh sağlığı sorunu olan bireyler gibi özellikli gruplarla ilgili oturumlar eklenmesi ihtiyaca yönelik bir müdahale olacaktır.

Çalışanlar çok büyük oranda sosyal dışlanma terimini duyduğunu belirtmiştir, buna karşılık katılımcıların yarısından azı sosyal içerme terimini duymuştur. Büyük oranda katılımcı ise sosyal içerme konulu bir eğitime katılmak istediğini ifade etmiştir. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik bilgi eksikliğinin olduğunu, ancak yapılacak olan eğitime katılmaya gönüllü olduklarını göstermektedir. Ayrıca ruhsal hastalık tanısı konmuş bireyler ile etkileşimde bulunan çalışanların, inançların ve hastaya karşı hissettiği duyguların belirgin şekilde daha olumlu tespit edilmiştir. Bu noktadan hareketle, çalışanların bilgi düzeyinin artırılması için eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir. Ruhsal sorunu olan bireylerin deneyimlerini paylaştığı, hasta ve çalışanların karşılıklı etkileşimde bulunabildikleri ya da psikiyatri kliniklerinde gözlem yapılabilecek faaliyetlerin eğitimin etkinliğini artıracığı düşünülmektedir.

**Not:** Çalışma 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur. The study was presented as oral presentation at 5th International and 23rd National Public Health Congress.

Yazışma Adresi: Dr. Özlem Özaydın, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul - Türkiye, gudukozlem@gmail.com

## KAYNAKLAR

- 1.Kurtipek R. A critical analysis of Social inclusion in Turkey: The case study of sodes (Social support programme). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Disiplinlerarası Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2012.
- 2.Biçerli MK. Sosyal Dışlanmayla Mücadelede Hayat Boyu Öğrenme. 1.Baskı. İstanbul: Beta Basım, 2016, p.32.
- 3.Walker A, Walker C. Britain Divided: the Growth of Social Exclusion in the 1980s and 1990s, London: Child Poverty Action Group.1997.
- 4.Boardman J. Social exclusion and mental health – how people with mental Health problems are disadvantaged: an overview, *Mental Health and Social Inclusion* 2011; 15(3):112-121. <https://doi.org/10.1108/20428301111165690>
- 5.Çakır Ö. Sosyal dışlanma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2002; 4(3):83-104.
- 6.Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among out patients with schizophrenia. *SchizophrBull* 2002; 28:143-155.
- 7.Üçok A, Erkoç Ş, Ataklı C. Psikiyatri dışındaki hekimlerin şizofreniyeye ilişkin tutumları, 5. Bahar Sempozyumları (24-29 Nisan 2001), 2001; 46.
- 8.Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental Health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?. *Int J SocPsychiatry* 2013; 59(1):48-54.
- 9.Royal College of Psychiatrists. Mental health and social inclusion: making psychiatry and mental health services fit for the 21st century. London: Royal College of Psychiatrists, 2009
- 10.Zolnierok CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: Systematic review. *JAN* 2009; 65:1570-1583.
- 11.Giandinoto J, Edward K. Challenges in acutecare of people with co-morbidmental illness. *British Journal of Nursing* 2014; 23: 728-732.
- 12.Reavley NJ, Mackinnon AJ, Morgan AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian Health professionals with the general community. *Australiaand New Zealand Journal of Psychiatry* 2014; 48:433-441.
- 13.Saillard EK. Psychiatristviews on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Turkish Journal of Psychiatry* 2010; 21(1):1-10.
- 14.Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to Access and care and evidence-based solutions. In *Healthcare management forum* 2017; 30(2):111-116.
- 15.Yüksel EG, Taşkın EO. Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:113-121.
- 16.Mather B, Roche M, Duffield C. Disparities in treatment of people with mental disorder in non psychiatric hospitals: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014; 20:80-86.
- 17.Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population Health in equalities. *American Journal of Public Health* 2013; 103:813-821.
- 18.Cobigo V, Stuart H. Social inclusion and mental health. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23(5):453-457.
- 19.T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Ankara: 2011, 16-20. ISBN: 978-975-590-391-0.
- 20.Hirai M, Clum GA. Development, reliability and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment* 2000; 22(3):221-236.
- 21.Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği/Validity and reliability of beliefs towards mental illness scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9(2): 91.
- 22.Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistemantik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(2):91-101.
- 23.Asi Karakaş S, Polat H, Ay E, Küçüköğlü S. Türkiye'de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 2017; 7(1):40-48.
- 24.Işık S. Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi. 2010.
- 25.Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry* 2014; 1(6):467-482.
- 26.Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi (elektronik)* 2005; 3(11):107-127.
- 27.Yıldırım S, Ersoysal F, Güler C. Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2018; 21(4):380-388.
- 28.Özer Ü, Varlık C, Çeri V, İnce B, Delice MA. Değişim bizden başlar: ruh sağlığı çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlar ve damgalayıcı dilin kullanımı. *Düşünen Adam* 2017; 30(3):224-232.
- 29.Ahmedani BK. Mental health stigma: society, individuals, and the profession. *Journal of Social work values and ethics* 2011; 8(2):4-1.
- 30.Aker T, Özmen E, Ögel K. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniyeye bakış açısı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:5-13.
- 31.Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness with in the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2009; 16(6):558-567.
- 32.Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, McLean R, Mithchell EMH, Nelson ELR, Sapag JC, Siraprasasiri T, Turan J, Wouters E. Stigma in healthfacilities: why it mattersand how we can change it. *BMC medicine* 2019; 17(1):1-15.
- 33.Evli M. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2021; 4(1):64-74.