**T.C.**
**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE SANAL EĞİTİM PROGRAMI PİLOT ÇALIŞMASI

**Hazırlayan**
**Emel GÜDEN**

**Danışman**
**Doç. Dr. Arda BORLU**

**Doktora Tezi**

**Nisan 2024**
**KAYSERİ**

**T.C.**
**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE SANAL EĞİTİM PROGRAMI PİLOT ÇALIŞMASI

**Doktora Tezi**

**Hazırlayan**
**Emel GÜDEN**

**Danışman**
**Doç. Dr. Arda BORLU**

**Bu Tez TUBİTAK 3005 Sosyal ve Beşeri Bilimlerde Yenilikçi Çözümler Araştırma Projeleri Destek Programı tarafından 3005-122G055 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**Nisan 2024**
**KAYSERİ**

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Emel GÜDEN

İmza:

## YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"**Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sanal Eğitim Programı Pilot Çalışması**" adlı **Doktora Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

**Tezi Hazırlayan** **Danışman**

**Emel GÜDEN** **Doç. Dr. Arda BORLU**

**Anabilim Dalı Başkanı**

**Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**Doç. Dr. Arda BORLU** Danışmanlığında **Emel GÜDEN** tarafından hazırlanan "**Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sanal Eğitim Programı Pilot Çalışması"** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Tarih:**

**JÜRİ**

**İmza**

Danışman : Doç. Dr. Arda BORLU ……

Üye : Prof. Dr. Saliha DEMİREL ÖZSOY……

Üye : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA…….. ……

Üye: Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN …….

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Selma Durmuş SARIKAHYA…….

**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ……...… tarih ve …….

sayılı kararı ile onaylanmıştır.

……. /……../ ……

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanması, yürütülmesi sırasında desteğini ve emeğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Arda BORLU' ya çok teşekkür ederim.

Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Fevziye ÇETİNKAYA, Prof. Dr. Elçin BALCI ve Prof. Dr. İskender GÜN ve tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanlarına, akademik bilgi ve tecrübelerini paylaştıkları için çok teşekkür ederim.

Tez çalışmasının müdahale aracını hazırlayan ve sunan hocalarım Prof. Dr. Saliha DEMİREL ÖZSOY'a, Dr. Öğr. Üyesi Özlem OLGUNER EKER'e çok teşekkür ediyorum. Olumlu eleştirileriyle, eğitim içeriğinin planlanmasına katkı sağlayan Prof. Dr. Zeynep BAYKAN'a, Doç Dr. Hafize CAN ÖZTÜRK'e çok teşekkür ederim.

3005-122G055 proje kodu ile tez projemi destekleyen TUBİTAK 3005 Sosyal ve Beşeri Bilimlerde Yenilikçi Çözümler Araştırma Projeleri Destek Programına çok teşekkür ederim.

Bu araştırmaya katılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına, proje bursiyerlerimize çok teşekkür ederim.

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim, annem Zekiye ALTINTAŞ'a, babam Üsame ALTINTAŞ'a

Ve canım çekirdek ailem, eşim Ahmet GÜDEN, Duran Mert GÜDEN ve Mehmet Yağız GÜDEN'e çok teşekkür ederim.

Emel GÜDEN

Kayseri, Nisan 2024

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE SANAL EĞİTİM PROGRAMI PİLOT ÇALIŞMASI

**Emel GÜDEN**

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi, Nisan 2024**

**Danışman: Doç. Dr. Arda BORLU**

## ÖZET

Artan ruh sağlığı sorunları ile birlikte birinci basamak sağlık personelinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi, inanç ve tutumları ruhsal bozuklukların önlenmesi ve erken tanısı açısından çok önemlidir. Bu tez çalışmasında aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına verilen ruh sağlığı okuryazarlığı eğitiminin, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları üzerine etkisi incelenmiştir.

Bu araştırmada, iki kollu, paralel grup, tek kör randomize kontrollü çalışma tasarımı uygulanmıştır. Araştırmanın evreni Kayseri'de 95 aile hekimliği birimlerinde görev yapan 461 aile hekimi ve 438 aile sağlığı çalışanıdır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 184 aile hekimi ve 171 aile sağlığı çalışanı kontrol ve deney grubuna ayrılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası tüm gruplara anket uygulanmıştır. Müdahale grubuna tek günlük ruh sağlığı eğitimi online ve canlı uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği", "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" ve ''Ruhsal hastalıklara yönelik Toplum tutumları Ölçeği'' kullanılmıştır.

Kontrol ve deney grupları, demografik özellikler, ruh sağlığı bilgisi, ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara ilişkin inanç ve tutum puanları açısından karşılaştırılmıştır. Müdahalenin etkilerini değerlendirmek Mann Whitney U Testi ve Wilcoxson İlişkili Örneklem Testi kullanılmıştır.

Analiz sonuçları, eğitim müdahalesinin aile hekimlerinde, ruh sağlığı bilgisi (p=0,032), yardım arama yeterliliği (p=0,043) ve iyi niyet tutumunu (p=0,032) geliştirdiği, tehlikelilik inancı (p=0,043) azalttığı belirlenmiştir. Aile sağlığı çalışanlarında ise eğitim müdahalesinin, ruh sağlığı bilgisi (p=0,029) ve iyi niyet tutumunu (p=0,007) geliştirdiği, tehlikelilik inancını (p=0,044) azalttığı belirlenmiş olup, eğitim müdahale grupları için anlamlı katkı sağlamıştır.

Eğitim müdahalesi, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarında ruh sağlığı bilgisi düzeyinde önemli etkisi olduğu, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum üzerine etkisinin daha düşük olduğu belirlenniştir. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumun farklı boyutları arasındaki ilişkilere dair daha derinlemesine analizler yapmak için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği**;** Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Ruh sağlığı; Toplum Sağlığı; Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

**PILOT STUDY OF MENTAL HEALTH LITERACY AND VIRTUAL EDUCATION PROGRAM IN PRIMARY HEALTH CARE WORKERS**

**Emel GÜDEN**

**Erciyes University, Institute of Health Sciences**

**Department of Public Health**

**PhD Thesis, Nisan 2024**

**Supervisor: Assoc. Prof. Arda BORLU**

## ABSTRACT

The increased prevalence of mental health issues underscores the importance of the beliefs, knowledge, and attitudes of primary healthcare personnel towards mental illnesses for their prevention and early diagnosis. This thesis examines the impact of mental health literacy training provided to family physicians and primary healthcare workers on their beliefs and attitudes towards mental illnesses.

In this study, a two-armed, parallel-group, single-blind randomized controlled trial design was employed. The population of the study consisted of 461 family physicians and 438 primary healthcare workers serving in 95 family medicine units in Kayseri. A total of 184 family physicians and 171 primary healthcare workers who agreed to participate were allocated to control and intervention groups. Surveys were administered to all groups before and after the intervention. The intervention group received a one-day mental health education session conducted online and live. Data were collected using a "Personal Information Form," "Mental Health Literacy Scale," "Beliefs about Mental Illness Scale," and "Community Attitudes towards Mental Illness Scale."

Control and intervention groups were compared in terms of demographic characteristics, mental health knowledge, mental health literacy, beliefs about and attitudes towards mental illnesses. Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Signed-Rank Test were used to evaluate the effects of the intervention.

The analysis revealed that the educational intervention improved mental health knowledge ($p=0.032$), help-seeking efficacy ($p=0.043$), and benevolent attitudes ($p=0.032$), while reducing perceived dangerousness beliefs ($p=0.043$) among family physicians. Among primary healthcare workers, the intervention improved mental health knowledge ($p=0.029$) and benevolent attitudes ($p=0.007$), and reduced perceived dangerousness beliefs ($p=0.044$), demonstrating significant contributions of the educational intervention for both groups.

The educational intervention had a significant impact on mental health knowledge among family physicians and primary healthcare workers, while its effect on beliefs and attitudes towards mental illnesses was comparatively lower. Further research is needed for a more in-depth analysis of the relationships between different dimensions of beliefs and attitudes towards mental illnesses.

**Keywords:** Family medicine; Mental health; Mental Health Literacy; Public health; Primary healthcare services

## İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK .....
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK .....i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....ii
ONAY .....iii
TEŞEKKÜR.....iv
ÖZET.....v
ABSTRACT.....vi
İÇİNDEKİLER .....vii
KISALTMALAR ve SİMGELER .....x
TABLOLAR LİSTESİ.....xi
ŞEKİLLER LİSTESİ .....xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER .....4
2.1. Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırması.....5
2.2. Ruhsal Sağlık Sorunlarının Yaygınlığı.....6
2.2.1. Dünyada ruhsal sağlık sorunlarının yaygınlığı .....6
2.2.2. Türkiye'de ruhsal sağlık sorunlarının yaygınlığı .....11
2.3. Ruhsal Bozuklukların Belirleyicileri.....12
2.3.1. Ruhsal Bozuklukların Bireysel Belirleyicileri .....12
2.3.2. Ruhsal Bozukluklarının Sosyal Belirleyicileri.....15
2.4. Ruh Sağlığı Hizmetleri .....17
2.4.1. Hastane temelli model.....17
2.4.2. Toplum temelli model.....18
2.4.3. Toplum hastane denge modeli .....19
2.5. Birinci Basamakta Ruh Sağliği Hizmetleri .....19
2.5.1. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri: personel eğitimi ve entegrasyonu .....22
2.5.2. Birinci Basamak Sağlik Hizmeti Uygulamalarinda Ruh Sağliği Hizmetlerinin Önündeki Engeller.....24
2.5.2.1. Ruh Sağlığı Sorunlarına Yönelik Damgalama.....24
2.5.2.2. Ruh sağlığı hizmetlerine ve profesyonellerine sınırlı erişim .....26

2.5.2.3. Sosyal-kültürel faktörler ..... 27
2.5.2.4. Ruh sağlığı hizmetine yönelik motivasyon ..... 27
2.5.2.5. Sağlık yönetimi ve politikaları ..... 27
2.5.2.6. Sağlık profesyonellerinin eğitim eksikliği ..... 27
2.5.2.7. Düşük ruh sağlığı okuryazarlığı ..... 28
2.6. Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı ..... 28
2.6.1. Ruh sağlığı okuryazarlığının ölçülmesi ..... 29
2.6.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi ..... 30
3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi ..... 33
3.2. Araştırmanın Hipotezleri ..... 33
3.3. Araştırmanın Değişkenleri ..... 33
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ..... 34
3.5. Araştırma Evreni ve Örneklemi ..... 34
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları ..... 36
3.7. Verilerin Toplanması ..... 38
3.9. Araştırmanın Müdahale Aracı ..... 40
3.9.1. Eğitim içeriğinin hazırlanması ..... 40
3.9.2. Eğitim içeriğinin sunumu (Eğitim müdahalesi) ..... 41
3.10. İstatistiksel Analiz ..... 42
3.11. Araştırma Etiği ..... 43
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 43
3.13 Klinik Araştırma Kaydı ..... 44
4. BULGULAR ..... 45
4.1 Aile Hekimlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Inançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu ..... 46
4.2. Aile Hekimlerine Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisinin Değerlendirmesi ..... 50
4.3. Aile Sağlığı Çalışanlarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu ..... 55

4.4. Aile Sağlığı Çalışanlarına Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastaliklara Yönelik Inançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisinin Değerlendirmesi ..... 60
5. TARTIŞMA ..... 65
5.1. Aile Hekimlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Inançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu ..... 66
5.2 Aile Hekimlerine Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisi ..... 71
5.3. Aile Sağlığı Çalışanlarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu ..... 76
5.4. Aile Sağlığı Çalışanlarına Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisi ..... 80
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 84
7. KAYNAKLAR ..... 88
EKLER
ÖZGEÇMİŞ

## KISALTMALAR ve SİMGELER

| | |
|---|---|
| APA | : American Psychiatric Association |
| AIDS | : Acquired immunodeficiency syndrome |
| DALY | : Disability Adjusted Life |
| DNA | : Deoksiribo Nükleik Asit |
| DSM | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| GSYİH | : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü |
| mhGAP | : Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruh Sağlığı Açığı Eylem Programı |
| OECD | : Organisation for Economic Co-operation and Development |
| RSOY | : Ruh Sağlığı Okuryazarlığı |
| SKH | : Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri |
| TUİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| WHO | : World Health Organization |
| WONCA | : Dünya Aile Hekimleri Örgütü |
| YLD | : Engellilikle Kaybedilen Yaşam Yılı |
| $\chi 2$ | : Ki-Kare Değeri |

## TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 2.1.** Küresel nüfus içinde ruhsal bozukluğu olanların sayısı ve cinsiyete göre dağılımı (IHME, 2019) ..... 8

**Tablo 4.1**. Aile hekimlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı ..... 47

**Tablo 4.2.** Aile hekimlerinin ruh sağlığı hakkındaki mesleki eğitim alma ve görev algıları ..... 48

**Tablo 4.3.** Aile hekimlerinin beden ve ruh sağlığı hakkında kişisel deneyimleri ..... 48

**Tablo 4.4.** Ruhsal sağlık sorunu yaşayan aile hekimlerinin tedaviye yönelik tercihleri ..... 49

**Tablo 4.5**. Aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara yönelik sağlık hizmeti alma yönündeki tercihleri ve tercihlerini etkileyen faktörler ..... 50

**Tablo 4.6.** Kontrol ve müdahale grubundaki aile hekimlerinin ön anket uygulaması ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırması ..... 51

**Tablo 4.7**. Kontrol grubu aile hekimlerinin ön anket uygulaması- son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=93) ..... 52

**Tablo 4.8.** Müdahale grubu aile hekimlerinin ön anket uygulaması- son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=91) ..... 53

**Tablo 4.9.** Kontrol ve müdahale grubundaki aile hekimlerinin son anket uygulaması ölçeklerin ve alt boyut puanlarının karşılaştırması ..... 55

**Tablo 4.10.** Aile sağlığı çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı ..... 56

**Tablo 4.11.** Aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı hakkındaki mesleki eğitim alma ve görevi olarak algılama durumu ..... 57

**Tablo 4.12.** Aile sağlığı çalışanlarının sağlık ve ruh sağlığı hakkında kişisel deneyimleri ve ruh sağlığı hizmeti alımına dair tercihleri ..... 58

**Tablo 4.13.** Ruhsal sağlık sorunu yaşayan aile sağlığı çalışanlarının tedaviye yönelik tercihleri ..... 58

**Tablo 4.14.** Aile sağlığı çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik sağlık hizmeti alma yönündeki tercihleri ve tercihlerini etkileyen faktörler ..... 59

**Tablo 4.15.** Aile sağlığı çalışanlarının ön anket uygulaması ölçeklerin ve alt boyut puanlarının karşılaştırması ..... 61

**Tablo 4.16.** Kontrol grubu aile sağlığı çalışanlarının ön - son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=89) ..... 62

**Tablo 4.17.** Müdahale grubu aile sağlığı çalışanlarının ön - son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=82)..... 63

**Tablo 4.18.** Aile sağlığı çalışanlarının son anket uygulaması ölçeklerin ve alt boyut puanlarının karşılaştırması ..... 64

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 2.1.** G-Power Örneklem büyüklüğü analizi ..... 35

**Şekil 2.2.** Aile hekimlerinin araştırma CONSORT 2010 akış şeması ..... 39

**Şekil 2.3.** Aile sağlığı çalışanları araştırma CONSORT 2010 akış şeması ..... 40

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ne göre; sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (DSÖ, 2013). Bu tanımın önemli bir anlamı, ruh sağlığının, yalnızca zihinsel bozuklukların veya engellerin yokluğundan daha fazlası olduğudur. DSÖ ruh sağlığını "her bireyin kendi potansiyelini fark ettiği, normal yaşam stresleriyle baş edebildiği, etkili ve verimli çalışabileceği ve topluluğuna katkıda bulunabileceği bir refah durumu" olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2013). Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz ve temel bir bileşenidir. İyi bir ruh sağlığı, insanların sağlıklı ve üretken bir yaşam sürdürebilmeleri için hayati önem taşır. Ruh sağlığı, insanların düşünme, duygularını ifade etme, birbirleriyle etkileşim kurma, geçimini sağlama ve hayattan zevk alma gibi kolektif ve bireysel yeteneklerinin temelidir. Bu nedenle, ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve restorasyonu tüm dünyadaki bireyler ve toplumlar için önemlidir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Ruh sağlığını etkileyen çok sayıda faktör olduğu bilinmekle birlikte etki düzeyleri halen karmaşıktır. Gebeliğin ilk oluşumundan yaşamın sonlanmasına kadar, her türlü kişisel ve biyolojik gelişim, sosyal, fiziki, biyolojik ve psikolojik çevre ve bu çevreye ait olaylar, istihdam durumu, gelir, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin tümü, yaşam boyunca ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Taycan ve Coşkun, 2020).

2017 verilerine göre herhangi bir ruhsal bozukluğun küresel yaygınlığının %13 olduğu bildirilmiştir (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017). Ancak ortalama olarak, insanların yarısı yaşamlarının bir noktasında bir ruh sağlığı sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir (OECD, 2021). Depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu dünyada en çok görülen ruhsal bozukluklardır. Ruhsal bozukluklarının

tamamı küresel hastalık yüküne önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Ruhsal sorun yaşayan bireylerin kendisi dışında aile üyeleri, çalışma ve yaşadığı toplum üyelerinin de hayatını etkilemektedir. Ruh sağlığı sorunları olan insanlar, hak ihlalleri, ayrımcılık ve damgalanma ile karşı karşıyadır. Zihinsel sağlık koşulları yaşayan kişilerin % 80'inden fazlası, kaliteli ve erişilebilir zihinsel sağlık hizmeti alamamaktadır (DSÖ, 2019). Ruhsal sorun yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmak ve ruhsal sorunların erken teşhisi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin olması tavsiye edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumuda ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için son 10 yıldır küresel olarak çabaların arttığı fakat bu çabaların yeterli olmadığı bildirilmektedir (OECD, 2021).

Sağlık Bakanlığı 2011-2023 Ruh Sağlığı Eylem Planında ‘’Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu için öncelikle buralarda çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi eğitim planlanması, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik yürütülmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması hedeflenmektedir. Bu amaçla aile hekimlerine ve birinci basamak çalışanlarına bu sistemler ve kurumları hakkında bilgi verilmeli ve işbirliği için tedbirler alınmalıdır’’ ifadesine yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Ruh sağlığı korunması ve geliştirilmesine yönelik, sağlık personeli başta olmak üzere toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması ve damgalama tutumundan uzaklaşması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığının 2011-2023 Ruh Sağlığı Eylem planında, ruh sağlığının geliştirilmesi faaliyetlerinin yerine getirilmesi sürecinde uzman personel yetersizliği ve toplumsal damgalama karşılaşılabilecek riskler olarak gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Sağlık personelinin bilgi düzeyinin artırılması ve damgalama karşıtı politika ve eğitimler ruh sağlığının geliştirilmesi için önemlidir.

Sağlık personelinin ruh sağlığına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, hem sağlık hizmetlerinin kalitesini hem de sağlık çalışanlarının kendi ruh sağlıklarını koruyup geliştirmelerine katkı sağlayacaktır. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar, bu değerlendirme sürecinde kilit rol oynar.

Ruh sağlığı okuryazarlığı, zihinsel bozuklukların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar olarak tanımlanmıştır (Jorm, 2012). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli görevleri arasında bulunan sağlığı koruma ve geliştirme çalışmaları arasında ruh sağlığını koruma ve geliştirmenin yetersizliği dikkate çekmektedir (DSÖ, 2018). Ülkemizde sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığının değerlendirildiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu belirlenmiştir. Dünya'da ruh sağlığı okuryazarlığı hakkında standart bir eğitim programı bulunmamakla birlikte ülkemizde literatüre yansıyan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı ve damgalama inanç ve tutum düzeyine eğitim müdahalesinine etkisi incelenmiştir. Araştırmanın temel varsayımı, hazırlanan eğitim içeriği verilen sağlık personelinin daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlık düzeyine ve daha düşük damgalama inanç ve tutumu göstereceği yönündedir. Bu araştırma; sanal /çevrim içi ruh sağlığı eğitiminin ruh sağlığı okuryazarlığını artırdığı, damgalamaya yönelik inanç ve tutumu azalttığı ve ayrıca ruhsal hastalıklar hakkında düzenli hatırlatmaların birinci basamakta çalışan sağlık personelinin farkındalığını artırdığını ortaya koymaktadır.

# 2. GENEL BİLGİLER

Ruh sağlığı, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarının dengeli olması ve yaşamı sürdürebilmesi için önemli bir unsurdur. Ancak, günümüzde ruh sağlığı sorunları, küresel sağlık sistemlerinin karşılaştığı önemli bir zorluk haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, ruhsal hastalıklar, dünya genelindeki en yaygın ve en önemli hastalıklardan biridir (DSÖ, 2013).

Ruh sağlığı sorunları, herhangi bir yaş, cinsiyet, kültürel veya sosyo-ekonomik gruptan insanı etkileyebilir. Toplumda artan stres, iş ve ilişki baskıları, modern yaşamın getirdiği zorluklar, ekonomik belirsizlikler gibi faktörler, ruh sağlığı sorunlarının yaygınlaşmasına katkıda bulunmaktadır (OECD, 2018).

Gelişen tıp ve sağlık hizmetleri sayesinde, bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranları azalmış ve yaşam süreleri uzamıştır. Ancak, bu durum yaşlılık döneminde daha fazla ruh sağlığı sorunuyla karşılaşılmasına yol açmıştır. Ayrıca, ruh sağlığı sorunlarının toplum üzerindeki etkisi sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda ekonomik ve sosyal düzeylerde de önemli olabilir. Ruh sağlığı sorunları, iş kaybı, ekonomik kayıplar, aile içi sorunlar gibi faktörlerle birlikte toplumun genel refahını etkileyebilir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Gelişmiş ülkelerde, ruh sağlığına yönelik farkındalık ve hizmetlerde artış olduğu, ancak, bu ülkelerde bile ruh sağlığı hizmetlerine erişimde ve kalitesinde bazı eksiklikler bulunduğu bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise ruh sağlığı hizmetlerine erişim ve kalite konusundaki zorluklar daha belirgindir. Bu bağlamda, ruh sağlığına yönelik küresel çabaların artması ve daha kapsamlı politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çabalar, ruh sağlığına ilişkin farkındalığın artırılması, ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğinin ve kalitesinin artırılması, stigmatizasyonun azaltılması

ve toplumun ruh sağlığına yönelik destekleyici bir ortamın oluşturulması gibi alanlarda yoğunlaşmalıdır. (DSÖ, 2013).

Sonuç olarak, ruh sağlığı sorunları, küresel bir sorun olup, etkili bir şekilde ele alınması için toplumsal ve politik çabaların birleştirilmesini gerektirir. Bu çabalar, bireylerin ve toplumun genel refahını artırarak sağlıklı bir geleceğin inşasına katkı sağlayabilir.

### 2.1. Ruhsal Hastalıkların Sınıflandırması

Ruhsal sorunlar için dünyada iki çeşit tanı rehberi yayınlamıştır. DSÖ'nün hazırlamış olduğu Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi (International Classification of Diseases; ICD) rehberinin bir bölümde ruhsal hastalıklara yer verilmiştir. Bir diğeri Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) daha yaygın kullanılan rehberdir.

APA tarafından Eylül 2023'de güncellenen TR-DMS 5'e göre ruhsal hastalıklar 20 başlık altında sınıflandırılmaktadır.

1. Nörogelişimsel bozukluklar (Neurodevelopmental Disorders)
2. Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar (Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders)
3. Bipolar ve ilgili bozukluklar (Bipolar and related disorders)
4. Depresif bozukluklar (Depressive disorders)
5. Anksiyete bozuklukları (Anxiety disorders)
6. Obsesif-kompulsif ve ilgili bozukluklar (Obsessive-compulsive and related disorders)
7. Travma ve strese bağlı bozukluklar (Trauma- and stressor-related disorders)
8. Disosiyatif bozukluklar (Dissociative disorders)
9. Somatik semptom ve ilgili bozukluklar (Somatic symptom and related disorders)
10. Beslenme ve yeme bozuklukları (Feeding and eating disorders)
11. Eliminasyon bozuklukları (Elimination disorders)
12. Uyku-uyanma bozuklukları (Sleep–wake disorders)
13. Cinsel işlev bozuklukları (Sexual dysfunctions)
14. Cinsel kimlik disforisi (Gender dysphoria)

15. Yıkıcı, dürtü kontrol ve davranış bozuklukları (Disruptive, impulse-control, and conduct disorders)
16. Substance-related and addictive disorders
17. Nörobilişsel bozukluklar (Neurocognitive disorders)
18. Kişilik bozuklukları (Personality disorders)
19. Parafilik bozukluklar (Paraphilic disorders)
20. Diğer ruhsal bozukluklar (Other mental disorders).

## 2.2. Ruhsal Sağlık Sorunlarının Yaygınlığı

### 2.2.1. Dünyada ruhsal sağlık sorunlarının yaygınlığı

Ruhsal bozukluklar, dünya genelinde, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde oldukça yaygındır. Dünya çapında zihinsel sorunlardan yaklaşık 1 milyar insanın muzdarip olup, yaygınlığın %13 olduğu belirtilmektedir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022; Öntaş, 2020). En yaygın görülen ruhsal sorunlar, depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (DSÖ, 2017a; Kafes, 2021). Depresyon dünya çapında yaygın görülen bir hastalıktır ve yetişkinlerde %5,0 ve 60 yaşından büyük yetişkinlerde %5,7 olmak üzere nüfusun tahmini %3,8' ini etkilemektedir (DSÖ, 2013). Anksiyete ve depresyonun, küresel ekonomiye her yıl bir trilyon dolar maliyeti olduğu tahmin edilmektedir. Toplamda, ruh sağlığı sorunlarının maliyetinin, 2030 yılına kadar 6 trilyon dolara çıkacağı belirtilmektedir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Ruh sağlığı sadece hastalığı yaşayan kişiler değil aynı zamanda birlikte yaşadıkları insanları ve toplumu doğrudan etkileyebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur (DSÖ, 2013).

Ruhsal bozukluklar için bilinen etkili tedaviler olmasına rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki insanların %75'inden fazlası tedavi görememektedir (Evans-Lacko ve ark., 2018). Etkili bakımın önündeki engeller; kaynak eksikliği, eğitimli sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliği ve zihinsel bozukluklarla ilişkili sosyal damgalanmadır. Depresyon yaşayan kişilere doğru teşhis konulamadığı ve ruhsal bozukluğu olmayan kişilere de yanlış teşhis konularak gereksiz antidepresanlar reçete edildiği bildirilmektedir (DSÖ, 2013).

Dünyada;

• İntihardan yılda 800.000 kişi hayatını kaybetmektedir.

• İntihar, gençler arasında en fazla ikinci ölüm nedenidir.

• Ruh sağlığı sorunları ile geçirilen her 5 yılın 1'i engellilikle yaşanmaktadır.

•Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan etkilenen kişiler arasında ruhsal hastalıklar daha yaygındır.

•Ruhsal hastalıkların tedavisi için sağlık hizmetlerine başvuru sayısı oldukça düşüktür.

•Ruhsal hastalıklar, özellikle insani krizlerden ve diğer sıkıntı süreçlerden (cinsel şiddet, savaş) etkilenen popülasyonda daha yaygındır.

•Ruh sağlığı sorunları olan kişiler genellikle ağır insan hakları ihlalleri, ayrımcılık ve damgalanma yaşar.

• Ruh sağlığına ayrılan bütçe diğer hastalıklara göre daha düşüktür.

• Etkili kanıta dayalı tedavi ve bakım imkânları olmasına rağmen hizmet sağlanması ve sunulması tüm dünyada eksiktir (DSÖ, 2021a).

Ruhsal sağlık sorunları ulusal hastalık yükü nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra % 4,92 ile yedinci sırada gelmektedir (IHME, 2019). Ruhsal hastalıklara bağlı küresel olarak DALY kaybı % 7, Afrika Kıtasında da % 4,0, Amerika'da % 11,0, Güney Doğu Asya'da % 6,0, Avrupa'da % 9,0, Doğu Akdeniz'de % 6,0, Batı Pasifik'te % 7,0 olarak tahmin edilmektedir (DSÖ, 2020a).

**Tablo 2.1.** Küresel nüfus içinde ruhsal bozukluğu olanların sayısı ve cinsiyete göre dağılımı (IHME, 2019)

| Küresel nüfus içinde ruhsal bozukluğu olanların payı, sayısı, cinsiyete göre dağılımı. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ruhsal bozukluk | Küresel nüfus içinde ruhsal bozukluğu olanların payı (2017) (ülkeler arasında farklılık | Ruhsal bozukluğu olan kişi sayısı (2017) | Ruhsal bozukluğu olan erkek (2017) | Ruhsal bozukluğu olan kadın (2017) |
| Herhangi bir ruhsal bozukluk ya da alkol/madde kullanım bozukluğu | %13<br>%11-18 | 970 milyon | %12,6 | %13,3 |
| Depresyon | %3,4<br>%2-6 | 264 milyon | %2,7 | %4,1 |
| Bipolar bozukluk | %0,6<br>%0,3-1,2 | 46 milyon | %0,55 | %0,65 |
| Yeme bozuklukları (klinik anoreksiya veya bulimia) | %0,2<br>%0,1-1 | 16 milyon | %0,13 | %0,29 |
| Şizofreni | %0,3<br>%0,2-0,4 | 20 milyon | %0,26 | %0,25 |
| Alkol kullanım bozukluğu | %1,4<br>%0,5-5 | 107 milyon | %2 | %0,8 |
| Madde kullanım bozukluğu (alkol dışında) | %0,9<br>%0,4-3,5 | 71 milyon | %1,3 | %0,6 |

OECD verilerine göre Avrupa'da 2018 terihinde, yetişkinlerde ortalama ruh sağlığı sorunu görülme oranının % 11 olduğu, İrlanda, Polonya, Estonya, Slovakya gibi ülkelerde % 5,0 Hırvatistan, Portekiz gibi ülkelerde ise % 20,0'lere ulaşan bir aralıkta olduğu bildirilmiştir. Ruh sağlığı desteğini yeterince alamayan kişilerde intihar oranlarının arttığı bildirilmektedir. Avrupa ülkelerinde 2017 yılında 48.000 kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybettiği, bu oranın 11/100.000 olduğu, en çok 45 yaş üzeri

erkeklerde, Litvanya ve Slovenya'da olduğu bildirilmiştir. En düşük intihar olayı Kıbrıs, Yunanistan, İtalya ve Malta'dan bildirilmiştir (OECD, 2023).

Afrika'da ruh sağlığı sorunları 2000 ile 2015 yılları arasında kıta nüfusunun % 49'0'ı oranında artarken, zihinsel hastalıklar ve madde kullanım bozukluklarının bir sonucu olarak engellilik nedeniyle kaybedilen yılların sayısı % 52,0 oranında artmıştır. 2015 yılında zihinsel sağlık sorunlarının sonucu olarak 17,9 milyon yıl sakatlık nedeniyle kaybedilmiştir. Ruhsal rahatsızlıklara bağlı kaybedilen yıl, neredeyse bulaşıcı ve paraziter hastalıkların neden olduğu kaybedilen 18,5 milyon yıl kadar önemli bir noktaya ulaşmıştır (Sankoh ve ark., 2018).

Amerika kıtasında zihinsel bozuklukların 12 aylık prevalansı % 17,0'dır. Kuzey Amerika'da %22,5; Latin Amerika %14,8 ve Güney Amerika %17,0'dır. Amerika'daki DALY' lerin %10,5' ini zihinsel ve madde kullanım bozuklukları oluşturmaktadır. Çocuklarda tüm DALY' lerin %5,2' si zihinsel ve madde kullanım bozukluklarından kaynaklanırken, 15-59 yaş grubundakilerde bu oran %16,6' dır. Ruhsal bozukluk ve madde kullanım bozuklukları, Amerika'daki YLD' lerin %22' sini ve 15-59 yaşındakiler arasında %28,5'ini oluşturmaktadır. Kuzey Amerika, Latin Amerika ve Karayipler' e ait verilerine göre daha fazla zihinsel sağlık ve madde kullanım bozuklukları gösterilmektedir (Kohn ve ark., 2018).

DSÖ Güneydoğu Asya Bölgesi, 12 ülkeyi (Bangladeş, Bhutan, Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti, Hindistan, Endonezya, Maldivler, Myanmar, Nepal, Sri-Lanka, Tayland ve Doğu Timor ve DSÖ bölge ofisini içeren Kamboçya'nın üye devletleri) içermektedir ve burası dünya nüfusunun dörtte birini oluşturur (DSÖ, 2017b). Bölgedeki ülkelerin çoğu, Dünya Bankası kriterlerine göre düşük gelir grubuna aittir ve önemli zihinsel sağlık sorunlarıyla karşı karşıyadır. Güneydoğu Asya bölgesindeki depresif ve anksiyete bozukluğu vakalarının tahmini nüfus yaygınlık oranları sırasıyla %12,9 ila %23 arasında olduğu bildirilmektedir (DSÖ, 2017b; Naveed ve ark., 2020). Güney Asya ülkeleri arasında en yüksek psikiyatrik hastalık yüküne sahip ülke Pakistan'dır. Ayrıca Güney Asya'da intihar prevalansı %6,4 olarak belirtilmiştir. Farklı Güney Asya ülkelerinde ruhsal bozuklukların yaygınlığındaki çeşitliliğin, değişen seviyelerdeki psikososyal, kültürel ve politik stres etkenlerinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Ekonomik strese yol açan artan enflasyon seviyeleri, dinler arası, mezhepsel ve etnik

şiddet, Hindistan ve Pakistan gibi ülkelerdeki savaş histerisi gibi stres faktörlerinin varlığına dayandırılmaktadır (Naveed ve ark., 2020).

Avustralya'da yetişkin nüfusun yaklaşık % 20,0'si, çocukların ve gençlerin % 14,0' ü son 12 ayda zihinsel bir sağlık bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir. Yeme bozuklukları, nüfusun % 4,0-16,0'ını etkileyen bir grup ruhsal hastalıktır. Yeme bozuklukları, 2011 yılında 15-44 yaş arası kadınlarda ölümcül olmayan hastalık yükünün 10. önde gelen nedenidir ve özellikle genç kadınlar için endişe vericidir (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). Avustralya'da intihar nedeniyle 2016'da 2.866, 2017'de 3.128 kişi hayatını kaybetmiştir. Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü'nün Hastalık Yükü Çalışmasına göre, 2011 yılında Avustralya nüfusu zihinsel ve madde kullanım bozukluklarının bir sonucu olarak toplam 542.554 yıl sağlıklı yaşam kaybedilmiştir. Ruhsal hastalıklar toplam hastalık yükünün %12,1'ini oluşturmaktadır ve hastalık yükü sıralamasında üçüncü sıradadır (Cook, 2019).

Dünyada, 2019 yılı sonlarında ortaya çıkan COVID-19 pandemisi ile artan sağlık endişesi, sağlık hizmetine erişim sorunları, sosyalleşmenin azalması, ekonomik sıkıntılar nedeniyle ruhsal sorunlar ve intihar vakalarında artış görülmüştür. Özellikle majör depresyon COVID-19 pandemisinin doğrudan psikolojik etkileri, uzun vadeli ekonomik ve sosyal sonuçları yoluyla ruh sağlığı üzerindeki etkileri hakkında birçok sorun gündeme gelmiştir. COVID-19 döneminde küresel olarak; depresyon %28.0, anksiyete %26, 9, travma sonrası stres bozukluğu %24,1 ve uyku sorunları %27.6 oranlarında görüldüğü tahmin edilmektedir (Nochaiwong ve ark., 2021). Küresel Hastalık Yükü 2021 çalışmasına göre COVID-19 pandemisi 2020'de dünya çapında majör depresif bozukluk olgularında %27,6 ve anksiyete olgularında %25,6 artışa yol açtığını tahmin edilmektedir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

COVID-19 salgını, ülkelerin toplum ruh sağlığına ilişkin yeterli alt yapısı olmadığını ve ruh sağlığı çalışmalarında sorunlar yaşadığını ortaya çıkarmıştır. DSÖ üye devletlerinin yalnızca %28,0 'inin acil durumlar veya afetler sırasında zihinsel sağlık ve psikolojik hazırlığa sahip olduğu saptanmıştır (Campion ve ark., 2022). DSÖ'nün "COVID-19 salgını sırasında temel sağlık hizmetlerinin devamlılığı hakkında nabız araştırması" isimli çalışma sonuçlarına göre ruhsal hastalıkların tedavisinde %61,0'lık bir aksaklığın olduğu ortaya konulmuştur (DSÖ, 2020b). Ruhsal sorunlara neden olan en önemli

faktörlerin insan hareketliliğinin azalması ve günlük COVID-19 enfeksiyon oranlarında görülen artış olduğu gösterilmiştir. Kadınların erkeklerden, gençlerin (özellikle 20-24 yaşları arasındakiler) yaşlı yetişkinlerden, düşük ve orta gelirli ülkelerin ise gelişmiş ülkelere göre fazla etkilendiği bildirilmiştir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

### 2.2.2. Türkiye'de ruhsal sağlık sorunlarının yaygınlığı

Ülkemizde ulusal ölçekli ilk ve tek psikiyatrik epidemiyoloji çalışması olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışması 1998 yılında tamamlanmıştır. Çalışmada son bir yılda alınan tanılara göre halkın % 17,2'sine en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur. Bu çalışmaya göre toplumda en yaygın görülen ruhsal sorunlar; ağrı bozukluğu %8,4, depresif nöbet %4,0 ve özgül fobi %2,7 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranı erkeklerin iki katı fazladır. Eğitim, medeni durum gibi değişkenler ruhsal hastalık yaygınlığını etkilemektedir. Şehirlerde ruhsal hastalık görülme oranı, kasaba ve köylerden daha fazladır (Erol ve ark., 1998).

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü tarafından 2004 yılında yürütülen Ulusal Hastalık Yükü Çalışması sonuçlarına göre unipolar depresif hastalıklar, kadınlarda birinci, erkeklerde ise ikinci sırada Engellilikle Kaybedilen Yaşam Yılı (YDL) nedenidir. Aynı çalışmanın tahmin edilen sonuçlarına göre unipolar depresif hastalıkların prevelansı %21,1 dir (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi sonuçlarına (2013) göre de en fazla yeti yitimine neden olan hastalık depresyondur. Aynı çalışmaya göre ulusal düzeyde YLD dağılımları iki cinsiyete göre ayrı ayrı incelendiğinde kadınlarda birinci (%10,7) erkeklerde ise ikinci (%6,4) sırada unipolar depresif hastalıkların yer aldığı görülmektedir. Çalışmada, Türk toplumu içerisinde depresyon yaygınlığının %10 olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında, depresyon yaygınlığı %9,0, somatizasyon bozukluğu %5,0, panik bozukluk ise %2,0 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından 2019 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Araştırması Raporu'na göre depresyon, bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca

hastalık/sağlık sorunları arasında 10. sırada yer almaktadır ve insidansı % 9 (erkekler: %5,7-kadınlar: %12,2) dur. Depresyon insidansında 2016 yılına oranla %25 artış görülmüştür (TÜIK, 2019). 2022 raporuna göre ise depresyon insidansı %6,9 (erkekler:%4,5 – kadınlar:%9,2) olduğu bildirilmiştir (TUİK, 2023).

Türkiye'de ruh sağlığı yaygınlığı hakkında özel gruplar üzerinde çalışmalar yapıldığı ancak topluma genelleyebilecek çalışmaların sınırlı sayıda yapıldığı görülmüştür. 6 Şubat 2023 depremleri, ekonomik koşullar ve sosyal nedenlerle sıkıntı yaşayan topluluklar özelinde ruhsal güncel durumun değerlendirildiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasının üzerinden uzun bir zaman geçmiş olması, nüfus, ekonomi, sağlık, sosyal ve kültürel çok sayıda değişim olması nedeniyle yeni ve kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Kılıç, 2020).

### 2.3. Ruhsal Bozuklukların Belirleyicileri

Yapılan çalışmalar, zihinsel bozukluklar için sayısız risk faktörünü ortaya çıkarmış olmasına rağmen etki düzeyleri belirsizliğini korumaktadır (Arango ve ark., 2021). Ruh sağlığını etkileyen faktörleri anlamak, ruh sağlığı sorunlarını önlemek ve müdahale fırsatı yakalamak için oldukça değerlidir. Ruh sağlığı tek başına sağlık sisteminin üstesinden gelebileceği bir konu değildir. Birçok yaygın ruhsal bozukluk, insanların biyolojik özellikleri ve içinde yaşadıkları sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre tarafından büyük ölçüde şekillenmektedir. Yaş, biyolojik durum, cinsiyet, sosyal statü, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu / çalışma yaşamı özellikleri, sosyoekonomik durum, önemli fiziksel hastalık (kronik hastalık, malignite vb.) varlığı ruh sağlığını etkileyen bireysel faktörlerdendir. Risk faktörü sayısı ve süresindeki artış ruhsal hastalık görülme düzeyini artırmaktadır (Gültekin, 2010).

#### 2.3.1. Ruhsal bozuklukların bireysel belirleyicileri

**Biyoloji/genetik:** Çocukluktan ergenliğe ve yetişkinliğe kadar beyindeki gri madde yoğunluğu, serebral metabolizma hızı, sinaptik yoğunluk, beyaz madde büyümesi ve miyelinasyonu gibi değişimler ruhsal bozukluklar açısından risk faktörüdür (Solmi ve ark., 2022). DNA'nın uç kısımlarını koruyan telomerin, psikolojik rahatsızlara veya yoğun stres nedeniyle kısalması ve epigenetik mekanizmaların genleri etkilediği ve ruhsal sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (Gevrekçi ve ark., 2017).

**Kronik hastalıklar:** Tip 2 diabetes mellitus, yaralanmalar, HIV / AIDS, perinatal ve üreme koşulları dâhil olmak üzere çeşitli kronik sağlık sorunları ile depresyon arasında ilişki gösterilmiştir. Örneğin tip 2 diabetes mellitus hastalarında depresyon olasılığı önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (Arango ve ark., 2021). Fiziksel sağlığın koruyucularından fiziksel aktivitenin kronik hastalıkları ve depresyonu azalttığı, depresyon tedavisinde de fiziksel aktivitenin kullanıldığı belirtilmektedir (Lovell ve ark., 2015).

**Yaş:** 55 yaş ve üzeri kişilerin % 20' sinin bir tür ruh sağlığı sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir. En sık görülen ruhsal sorunlar anksiyete, ciddi bilişsel bozukluk ve duygu durum bozukluklarıdır (depresyon veya bipolar bozukluk). Yaşlı erkekler her yaş grubunda en yüksek intihar oranına sahiptir. Seksenbeş yaş ve üzeri erkeklerin intihar oranı 100.000' de 45.23 iken, tüm yaşlar için 100.000' de 11.01'dir (CDC, 2008). Yaşlılarda en önemli ruhsal sorunlar depresyon ve bunamadır. Diğer taraftan ruhsal hastalıkların 15,5-18 yaşlarında en yüksek düzeyde görüldüğü, yetişkinlerde görülen ruhsal bozuklukların yaşamın nörogelişimsel evrelerinden kaynaklandığı ve ergenliğin ortasından geç dönemine kadar zirveye ulaştığı belirtilmektedir. Ruhsal bozuklukların yaklaşık %50'sinde hastalık başlangıcı 18 yaşından çok önce meydana gelmektedir (Solmi ve ark., 2022). Aynı zamanda 15–29 yaş grubunda görülen intihar, gençler arasında ikinci sırada gelen ölüm nedeni olarak gösterilmektedir (Alptekin ve Duyan 2019).

**Cinsiyet:** Zihinsel ve davranışsal bozuklukların genel prevalansında cinsiyet farklılıkları görünmese de, bozuklukların örüntü ve semptomlarında belirgin farklılıklar vardır. Bu farklılıklar yaş gruplarına göre değişir. Çocukluk çağında, saldırgan ve antisosyal davranışların erkeklerde kızlara göre daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu bildirmektedir. Ergenlik döneminde, kızların depresyon ve yeme bozuklukları, intihar düşüncesi ve intihar girişimi prevalansı erkeklerden daha yüksektir. Erkeklerin, öfke sorunları, yüksek riskli davranış ve ölümlü intihar girişimleri kızlara göre daha yüksektir. Genel olarak, ergen kızlar daha çok duygusal semptom gösterirken, ergen erkekler harekete geçmeye daha yatkındır. Yetişkinlikte depresyon ve anksiyete prevalansı kadınlarda çok daha yüksekken, madde kullanım bozuklukları ve antisosyal davranışlar erkeklerde daha yüksektir. Şizofreni ve bipolar depresyon gibi ciddi ruhsal

bozukluklar söz konusu olduğunda, prevalansta cinsiyet farklılıkları yoktur, ancak erkekler tipik olarak daha erken şizofreni başlangıcına sahipken, kadınların ciddi bipolar depresyon biçimleri gösterme olasılığı daha yüksektir. İleri yaş gruplarında, genellikle 65 yaşından sonra ortaya çıkan beynin dejeneratif bir hastalığı olan Alzheimer hastalığının insidans oranları kadınlar ve erkekler için aynı olsa da, kadınların daha uzun yaşamasına bağlı daha fazla kadında demans görülmektedir (Kiely, 2019).

**Medeni durum:** Medeni durumun ruhsal sorunlar üzerine etkisini gösteren sonuçlara da rastlanılmaktadır. Örneğin dul (boşanmış veya eşini kaybetmiş) olanların depresyona yakalanma oranı diğerlerine göre daha yüksektir (Arango ve ark., 2021). İntihar oranlarına bakıldığında da boşanmış olanların evlilere oranla daha fazla intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir (Kposowa, 2000).

**Beslenme:** Doğrudan genel vücut sağlığı ile ilişkili olmakta birlikte, düşük bilişsel gelişim ve düşük eğitim seviyesine de neden olmaktadır. Yetersiz iyot ve demir alımı zihinsel yetersizliklerle ilişkilendirilmektedir. Aynı zamanda beslenme şeklinin (özellikle probiyotik alımı) iyi ruh sağlığının gelişimine katkı sağladığını gösteren çalışmalara son yıllarda rastlanılmaktadır (Järbrink-Sehgal ve Andreasson, 2020). Bağırsak beyin iletişiminin ruh sağlığı üzerinde etkisi olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Bastiaanssen ve Cryan 2021; Liu ve ark., 2020).

**Yaşam seyrinde kritik zamanlar:** Doğum öncesi, gebelik ve postnatal dönemlerde yetersiz bakım desteği, erken çocukluk dönemi bağlanma sorunları, ergenlik, çalışmaya başlama ve aile kurma yılları, yaşlılık dönemlerindeki aksamalar veya travmalar ruh sağlığı ile ilişkilendirilmektedir (Taycan ve Coşkun, 2020; Taylor, 2010). Organik olmayan psikotik bozukluklarının en önemli risk faktörleri, esrar kullanımı ve çocuklukta yaşanan travmalardır (Arango ve ark., 2021).

**Eğitim:** Düşük eğitim düzeyi, sağlığın doğrudan bireysel ve sosyal belirleyicisidir. Düşük eğitim düzeyi, iş ve ekonomik fırsatlara ulaşımı da engeller. Düşük eğitim kişisel hakların korunması ve doğru bilgiye erişim durumunu da düşüren bir faktördür. Dünyanın birçok bölgesinde kız çocukları yeterli eğitime erişememektedir (Taycan ve Coşkun, 2020).

### 2.3.2. Ruhsal bozukluklarının sosyal belirleyicileri

Ruh sağlığını etkileyen sosyal belirleyiciler ruhsal sorunların ortaya çıkmasına büyük ölçüde neden olur. Ruh sağlığına ilişkin prevelans farklılıklarının ortaya çıkmasında sosyal belirleyicilerin daha etkili olmaktadır (Kurt ve Akbaba, 2018). Sosyal belirleyicilerin alanına giren tüm sektörlerin de önleyici faaliyetler için sorumluluk alması beklenir (DSÖ, 2013; Güzel ve Yanardağ, 2021).

**Sosyal eşitsizlikler**: Birçok yaygın ruhsal bozukluk riskinin artmasıyla ilişkilidir. Sosyal eşitsizliklerin altında çoğunlukla ekonomik koşullardaki problemlerin derinliğine bağlı olarak ek sağlık sorunları da görülmektedir (Güzel ve Yanardağ, 2021).

**Barınma:** Barınma yetersizlikleri, yoksullukla ilişkilidir ve sağlığın doğrudan etkileyicisidir. Yeterli barınma sağlanamayanların ruhsal olarak güvensiz hissettiği, suç oranlarında artış görüldüğü, sosyal ve toplumsal hayata kalıtım sorunları yaşadıkları belirtilmiştir (Güzel ve Yanardağ, 2021).

**Ebeveynler, aileler ve haneler**: Ebeveynlik davranışları / tutumları, gelir, çalışma koşulları ve işsizlik, ebeveynlerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumu, sosyal destek koşulları doğrudan ruhsal sağlık ve sağlığa erişimi etkilemektedir (Carod-Artal, 2017; DSÖ, 2020b). Yakınlarını kaybedenlerin ve yalnız yaşayan kişilerin, ruhsal sorunlara yatkınlığı aile ortamında yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Güzel ve Yanardağ, 2021). Özellikle COVID-19 döneminde artan ruhsal problemli kişilerin çoğunlukla yalnız yaşayanlar olduğu gösterilmiştir (Jacob ve ark., 2019; Xu ve Zhang, 2022).

**Topluluk ve kültür:** Yaşanılan toplumun, kadına, çocuğa, yaşlıya, marjinal gruplara verdiği değer, ırkçılık ve adalet algısı, ruhsal sorunlara yönelik tutumları, mahalledeki güven ve emniyet, toplumsal katılım ve destek, şiddet ve suç oranları gibi koşullar ruh sağlığını etkileyen toplumsal koşullardır (Carod-Artal, 2017; Fidan, 2018).

Başarılı olma, kabul görme, takdir edilme, sosyal ve politik katılımcı olma, gönüllülük faaliyetleri, yaşam boyu öğrenmeye dâhil olmak, iyi sağlık, işlevsellik ve yaşam doyumuna ulaşmayı sağladığı, depresyon ve mortaliteyi azalttığı belirtilmiştir (Lovell ve ark., 2015).

Ayrıca yaratıcılık ve hayal gücünün ortaya çıkarabilecek sanatsal aktiviteler, kendini ifade etme yöntemlerinden birisidir ve ruh sağlığı ile doğrudan ilişkilidir (Stuckey ve Nobel, 2010).

**İnanç ve din:** Din, insanlık için psikolojik bir gereklilik olarak görünmektedir. Ruh sağlığı açısından bakıldığında, din, bireylerin yaşamları için bir yol tasarlamalarına yardımcı olabilecek birçok kılavuzu sağlar. Hayatın getirdiği belirsizlikler kadar stres ve gerginliklerin daha kolay tolere edilebilmesine katkı sağlar. Dini uygulamalar, dogmalara ve batıl inançlara dönüştüğü durumlarda doğrudan stres faktörü haline dönüşebilir (Behere ve ark., 2013).

**Yerel hizmetler:** Sağlıklı olmayan okul ortamları, gençlik/ergenlik destek hizmetlerin yetersizliği, sağlık hizmetlerine erişimin yetersizliği, sosyal hizmetlerin niteliklerinin uygun olmaması, temiz su ve sanitasyonun sağlanamaması, güvenlik hizmetlerinin yetersizliği ülke veya bölge yönetiminin hizmetlerine dair koşullardır. Bu hizmetlerin sağlıklı bir şekilde sunulmadığı ortamlarda fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlar daha fazla görülecektir (Carod-Artal, 2017; DSÖ, 2020b).

Bir diğer yerel hizmet ise şehirleşme ve şehir planlamasıdır. Daha az yeşil alana kıyasla daha fazla yeşil alana sahip kentsel alanlarda yaşayan bireyler daha az zihinsel sıkıntıya, daha az kaygı ve depresyona, daha fazla refaha ve daha sağlıklı kortizol düzeyine sahiptir. Sosyoekonomik durum kontrol edildikten sonra bile, çok yeşil ve daha az yeşil ortamlarda yaşayanlar karşılaştırıldığında, hastalık prevalansında büyük farklılıklar bildirilmektedir (Barton ve Rogerson, 2017).

**İş ve iş ortamı:** İşin kendisine ve iş ortamına dair koşullar ruh sağlığını etkileyen faktörlerdendir. İş yükü, düşük karar verme özgürlüğü, zorbalık ve mobbing, liyakat eksikliği, kariyer planlayamama, çaba ödül dengesizliği, düşük destek, olumsuz sosyal iklim, iş adaleti eksikliği, çatışmalar, iş güvencesizliği ve uzun çalışma saatleri, iş sağlığı ve güvenliği eksiklikleri, tükenmişlik ve dahası sinizm tutumunun, ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Theorell ve ark., 2015).

**Afetler ve toplumsal olaylar:** Afetlere hazırlıklı olmamak, afet sonrası travma ve yoksunluğa cevap verememe, güvenlik ve sosyal destek eksikliği de ruhsal sorunlar için önemli nedenlerden birisidir (Taycan ve Coşkun, 2020). Savaş, silahlı çatışma, doğal ya

da endüstriyel felaketler gibi insani krizler veya acil bir durum yaşayan kişilerin zihinsel bozukluk geliştirme riski daha yüksektir. İnsani bir kriz sadece bireyleri değil, toplulukları ve sosyal kurumları da etkilemekte, ailelerin, sosyal ağların ve toplum bağlarının bozulmasına yol açarak durumun olumsuz etkisini daha da kötüleştirmektedir. Yaşanan felaketler sonrası mülteci/sığınmacı olarak yaşamak zorunda kalmak da ruhsal sağlığı tehdit eden önemli toplumsal olaylar arasındadır (Başterzi, 2017). Bu nedenle, acil durumlarda ruh sağlığını destekleme eylemleri, nüfusu etkileyen psikolojik faktörlerin yanı sıra sosyal çevreyi de ele almaya çalışmalıdır (DSÖ, 2020b).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve politika yapıcıları ruhsal bozuklukları önlemek, ruh sağlığını geliştirmek ve tedavi hizmetlerini iyileştirmeyi amaçlayan politikalar ve müdahaleler tasarlanırken bu koşulları dikkate almalıdır (Lovell ve ark., 2015; Silva ve ark., 2016).

## 2.4. Ruh Sağlığı Hizmetleri

### 2.4.1. Hastane temelli model

Hastane temelli model, ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımı için en eski ve geleneksel model, dünyada kullanılan bir sistemdir. Avrupa ve Amerika'da, ıslah evleri sisteminin terk edilmesiyle birlikte "Asylum" olarak bilinen ve genellikle şehirlerin dışında kurulan büyük kapasiteli hastaneler geliştirilmiştir. Bu hastaneler, genellikle 1500 ila 2000 yatak kapasitesine sahiptirler. Bu modelin gelişiminde, "Moral Tedavi" anlayışının önemli bir rolü vardır. Moral tedavi yaklaşımı, bir kişinin yaşadığı çevrenin onun ruh sağlığını etkilediğini ve bu nedenle hastaların çevrelerinden uzaklaştırılarak tedavi edilebileceklerini savunur (Alataş ve ark., 2009).

1900'lerin başlarında, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da akıl hastaneleri sistemi bu mantıktan dolayı yaygınlaşmıştır. Ancak, bu hastaneler, binlerce hasta barındırmalarına rağmen, hastalara yeterli bakım ve tedavi sunamadığı, birçok hastanın uzun süre tedavi görmesine rağmen hastalığının ilerlediği kurumlar haline gelmiştir. Psikiyatrik ilaçların keşfi öncesinde, bu kurumlarda hastalara insanlık dışı tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Beyin loblarının cerrahi olarak kesilmesi ve hastaların şok geçirmesi için yüksek elektrik akımı veya insülin enjeksiyonu gibi bazı uygulamalar,

tedavi yöntemleri arasında yer almıştır. 1950'lerden itibaren, akıl hastanelerinde kötü muamele ve işkence yapıldığı, hastaların toplumdan tecrit edilmesinin hastalıkları kadar zararlı olduğu konuları gündeme gelmeye başlamıştır (Patel ve ark., 2014).

### 2.4.2. Toplum temelli model

Toplum temelli model, geleneksel hastaneler yerine, hastaların kendi yaşadıkları çevrede tedavi ve bakım hizmetlerine eriştiği bir yaklaşımdır. Bu modelin öncelikli amacı, ruh sağlığı sorunu olan bireylerin hastaneye yatışını engellemek ve mümkün olduğunca desteksiz bir şekilde yaşayabilecek seviyeye gelmelerini sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda, Gündüz Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ve genel hastanelerdeki psikiyatri servisleri gibi kurumlar, hastaneye yatışın alternatif hizmetlerini sunmuştur (Yanık, 2007).

Bu model ile hastaların kişisel haklarına ve insan haklarına saygı gösterilirken, damgalanma riski azalır ve sağlık hizmetlerine erişimleri kolaylaşır. Ayrıca, hastaların ihtiyaçları daha iyi karşılanır, hastalıkların tekrarlaması önlenir ve hizmet kullananların memnuniyeti artar (Alataş ve ark., 2009).

Toplum temelli modelin finansal ve yönetimsel açıdan da birçok faydası vardır. Örneğin, Almanya'da toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla hastanelerde yatak sayısında büyük bir azalma yaşanmıştır (Yıldız, 2004).

TRSM'ler, kronik ruh sağlığı sorunlarına sahip hastalara, toplum temelli yaklaşım çerçevesinde, hafta içi çalışma saatlerinde ayaktan hizmet sunan kuruluşlardır. Bu merkezler, hastalara aile içi ve toplumsal destek sağlar ve alternatif tedavi yöntemleri sunarak ruhsal bozuklukların etkili bir şekilde tedavi edilmesine katkı sağlar. Türkiye'de uygulanan toplum temelli ruh sağlığı modeli, birinci basamak (Aile Hekimliği), ikinci basamak (Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı Hastaneleri) ve üçüncü basamak (Üniversite) sağlık hizmetlerini içerir. Bu modelde, hasta klinikte belirli bir süre tedavi edildikten sonra taburcu edilir ve tedavi ve bakımına yaşadığı toplumda devam edilir. Bu süreçte hastaya aile içi ve toplumsal destek sağlanır ve alternatif tedavi yöntemleri uygulanır (Ensari, 2008).

### 2.4.3. Toplum hastane denge modeli

Ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımı konusunda, hem hastane temelli modelin hem de toplum temelli modelin tek başına yeterli olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda her iki modelin de faydaları dikkate alınarak karma bir modelin oluşturulması gerekmektedir. Bu denge modelinde önemli hususlar, sunulan hizmetlerin yaşanılan çevreye yakın olması, hastane yatış sürelerinin mümkün olduğunca azaltılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçenin hastaneler yerine toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır (Everet, 2012).

Dünya genelinde ruh sağlığı hastalarına toplum temelli hizmet modeli çerçevesinde tedavi ve bakım sağlanması yönünde büyük bir talep vardır. Ancak, hastaya bakım verecek kimsenin olmaması, hastanın kendisinin ve toplumun güvenliği açısından tehlike oluşturması, hastanın toplumdan ve kendisinden korunması gerekliliği, hastanın tedavide iş birliği yapmaması, hastaya uygun tanının konulması ve yüksek riskli ilaçların kullanılması gibi durumlarda hastaneye yatış kaçınılmazdır (Ensari, 2008).

## 2.5. Birinci Basamakta Ruh Sağliği Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin en temel seviyesini oluşturan, bireylerin ilk olarak sağlık sistemiyle temas ettiği, genel sağlık sorunlarının değerlendirildiği ve yönetildiği hizmetlerdir. Bu hizmetler, genellikle toplumun sağlık ihtiyaçlarının büyük bir kısmını karşılayacak şekilde tasarlanmıştır ve hem koruyucu sağlık hizmetlerini hem de temel tedavi hizmetlerini içerir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel amacı, sağlığın korunması, hastalıkların erken teşhisi, tedavi ve takibi ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasıdır (Akman ve Tarım, 2020).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri şunları içerir:

Erişilebilirlik: Toplumun tüm kesimlerine yakın mesafede, kolay erişilebilir sağlık hizmetleri sunar.

Bütüncül Yaklaşım: Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, kişiye özel bütüncül bir yaklaşım sunar.

Koruyucu Hizmetler: Aşılama, sağlıklı yaşam biçimi danışmanlığı gibi koruyucu sağlık hizmetlerini içerir.

Süreklilik: Bireyin yaşamı boyunca sürekli sağlık hizmeti sunar, kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir rol oynar.

Koordinasyon: Hastanın sağlık sistemi içindeki diğer hizmet seviyeleriyle olan ilişkisini koordine eder (Ayhan Başer ve ark., 2015).

Türkiye'de, 2003 yılında pilot çalışma ile hayata geçirilen aile hekimliği sistemi, 2010 yılından itibaren ülke genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaya başlamıştır. Aile hekimleri, aşılama, gebe, lohusa, bebek ve çocuk takipleri ile yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalar gibi sağlık hizmetleri sunmaktadır. Bu merkezler ayrıca hastalık riski taşımayan bireyleri risklerden uzak tutmayı, risk altındaki bireylerin risklerini azaltmayı ve mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların önlenmesini sağlamakla görevlidir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti vermekle yükümlü bir diğer sağlık yapılanması İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleridir. İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri, bulundukları bölgelerdeki sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyerek bunların düzeltilmesi ve önlenmesi amacıyla faaliyetler yürütmektedirler. Bu merkezler, toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için gereken düzeltici ve önleyici faaliyetleri koordine ederler. Ayrıca birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izler, değerlendirir, denetler ve desteklerler (Sağlık Bakanlığı, 2023).

DSÖ, 2001 yılında ruh sağlığı hizmetlerinin birincil bakıma entegre edilmesinin ruh sağlığı alanında oluşan tedavi boşluğunu azaltmak için kritik bir strateji olduğunu belirtmiştir (DSÖ, 2001). Bu strateji, 2007'deki Lancet serisinde küresel ruh sağlığı için temel bir yaklaşım olarak vurgulanmıştır (Lancet Global Mental Health Group, 2007). DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), ruh sağlığı hizmetlerinin birincil bakıma entegre edilmesinin önemini vurgulamıştır (DSÖ ve WONCA, 2008). Birinci basamak, hafiften orta şiddete kadar olan yaygın ruh sağlığı bozuklukları için sürekli bakımı sağlayabilecek, sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Bu açıdan aile hekimleri, ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde özellikle ruhsal hastalıklarının neden olduğu tedavi eksikliğini gidermek için, ruh sağlığı hizmetlerine uzman olmayanların katılımı teşvik edilmektedir. DSÖ bu görevin birinci basamak sağlık çalışanları ile sağlamanın önemini vurgulamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler, fiziksel, ruhsal veya her ikisi de olabilen tüm hastalık türlerinin teşhisi, tedavisi ve gerektiğinde uzman hekime yönlendirmesi konusunda önemli rol oynamaktadırlar. Son yıllarda ise, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların tedavisiyle ilgili olarak bu rolün daha da önem kazandığı gözlemlenmektedir (DSÖ, 2018).

Ülkemizde, 2011 yılında yayımlanan (2011-2023) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ile birlikte ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli yaklaşıma geçilmiştir. Eylem planıyla birlikte, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, fiziki, beşeri ve hukuki altyapının güçlendirilmesi, ruh sağlığı alanındaki eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Aynı rehberde ‘’ruh sağlığına yönelik teşhis ve tedavi hizmetlerinin verilmesinde birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyon yeterince sağlanamamıştır. Birinci basamakta görev yapan hekimlerin ruh sağlığı alanındaki hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Ruh sağlığı alanında kolay uygulanabilir rehber ve protokollere ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca, çocuk ve ergen gibi riskli gruplara yönelik verilen destek hizmetleri de yaygınlaştırılmalıdır’’ ifadeleri yer almaktadır. Ayrıca, ‘’Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu için öncelikle buralarda çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi eğitim planlanması, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik yürütülmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla aile hekimlerine ve birinci basamak çalışanlarına bu sistemler ve kurumları hakkında bilgi verilmeli ve işbirliği için tedbirler alınmalıdır’’ ifadesine yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamada ve olumlu ruh sağlığını geliştirmede, insanların sağlık hizmetine ulaşmasında ilk temas noktası olup, önemli bir role sahiptir. Ruhsal bozuklukların erken tanımlanmasına ve ilerlemesinin

önlenmesine yardımcı olur. Birinci basamak sağlık hizmeti aracılığıyla zihinsel sağlık hizmeti sunmanın temel avantajları, zihinsel sağlık sorunları olan kişiler ve aileleri için sağlık eşitsizliklerinin önlenmesi ve bu nüfus için bakımın sürekliliğini sağlamanın erişilebilir, uygun fiyatlı ve kabul edilebilir olmasıdır. Zihinsel sağlık sorunları olan çoğu insan birinci basamağa kolayca erişebilir. Ayrıca ruhsal bozuklukların daha az damgalanması ve uygun şekilde tedavi edilmesi sağlanır. Birinci basamakta ruh sağlığı entegrasyonu ile fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları olan birçok insan için kapsamlı, koordineli ve kişi merkezli bakım sağlanabilir (DSÖ, 2018).

Ruh Sağlığı Eylem Planına göre, minör depresyon ve anksiyete gibi yaygın görülen ruhsal hastalıkların aile hekimlerince tanı konulup müdahale edilmesi, danışma ve destek hizmetleri konusunda ise sağlıklı hayat merkezlerinin de bu gruba hizmet vermesi planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). DSÖ, aile hekimlerinin yönlendirme ve süpervizyon için psikiyatri hizmeti veren birimlerle ilişki içinde olmasını tavsiye etmektedir (DSÖ, 2021b).

### 2.5.1. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri için personel eğitimi ve entegrasyonu

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hasta ile hekim arasında uzun süreli, istikrarlı bir ilişki bulunmaktadır (Coronado-Vázquez ve ark., 2022). Bundan dolayı, birinci basamak hekimleri, bireylerin, ne tür hastalıklara karşı hassasiyeti olduğu, hastalık durumundaki davranışını, sağlık sorunlarının artma ve azalma dönemlerini daha yakından gözlemlemekte, eşlik eden hastalıkları erken dönemde fark etme ve tedavi etme fırsatını yakalayabilmektedir. Bireylerin sağlık sorunlarının, sosyal, psikolojik ve çevresel bağlamını daha yakından takip edebilmektedir. Hastalar açısından da, birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan ziyaretler, ruh sağlığı sorunlarına dair yardım arama ve tedaviyi kabul etme konusundaki engelleri azaltmakta, damgalamadan uzak, psikiyatrik yardım almalarına olanak sağlamaktadır (WHO, 2018).

Ancak, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerini sağlamak için yeterli zaman bulamadıkları, ruh sağlığı sorunlarına yönelik eğitim eksikliği yaşadıkları ve algılanan yetkinlik konusunda eksiklik yaşadıkları belirtilmektedir (Keeley ve ark., 2018).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre, ruh sağlığı hizmeti almak için başvuran kişilerin %39'u psikiyatri uzmanına, %33'ü diğer uzman doktorlara, %21'i pratisyen hekimlere başvurmaktadır. Ruhsal hastalığı olanların %51'i, ilaçlarını psikiyatrist dışında diğer uzman hekimlerden almaktadır. Birinci basamak hekimine başvurup tedavi alanların oranı sadece %18'dir. Bu veriler, pratisyen hekimlerin ruh sağlığı konusunda sağlık hizmetlerinde yeterince tanınmadığını göstermektedir (Erol ve ark. 1998). Türkiye'de 2021 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; birinci basamakta görev yapan hekimlerin, psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına yönelik öz yeterlilik algıları düşük bulunmuştur. Aynı çalışma, mezuniyet öncesi eğitim programlarının psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamaları açısından gözden geçirilmesini önermiştir (Coşkun ve ark.. 2021). Benzer şekilde, Kanada'da yapılan bir çalışmada birçok aile hekiminin ruhsal hastalıkların teşhis ve tedavi konusunda uzmanlık eksikliği ve düşük öz yeterliliği olduğu bildirilmiştir (Canadian Institute for Health Information, 2019).

Birçok çalışma, birinci basamakta çalışan ve çalışacak sağlık personelinin ruh sağlığı konularında istenilen düzeyde yeterlilik gösterebilmesi için, eğitim programlarının psikiyatri bölümleri ile tasarlanmasını tavsiye etmektedir. Kates ve ark. (2019), birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan ruh sağlığı hizmetlerini geliştirmek için, üniversitelerin akademik bölümleri ile disiplinler arası eğitim ve çalışma organizasyonlarını önermiştir. Bourgeault ve Mulvale (2007), birinci basamakta çalışacak sağlık öğrencilerinin, disiplinler arası eğitim almasının önemini vurgulamıştır. Birinci basamak ruh sağlığı hizmeti sunumunda çalışacak sağlık personelinin sürekli eğitiminin disiplinler arası diyalogla geliştirilebileceği belirtilmektedir. Kroenke ve Unutzer (2017), birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve ruh sağlığı uzmanlarının takım tabanlı işbirlikçi bakım modeli üzerine eğitilmesinin önemini vurgulamışlardır. Durbin ve ekibi (2016), mesleki beceri ve uygulamalı eğitimin birinci basamakta hizmet verecek sağlık personelinin mesleki özgüveni artırabileceğini belirtmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada genelinde yapılan çalışmalar, bazı birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının ruhsal hastalıkları yönetmeye karşı genel bir

ilgisizlik gösterdiğini belirtmiştir (Kroenke ve Unutzer, 2017; Fleury ve ark., 2016). Ülkemizde ise bu konuda yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Eylem Planında; "Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu için öncelikle buralarda çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi eğitim planlanması, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik yürütülmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla aile hekimlerine ve birinci basamak çalışanlarına bu sistemler ve kurumları hakkında bilgi verilmeli ve işbirliği için tedbirler alınmalıdır" ifadesine yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Sağlık Bakanlığı tarafından Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ) 2019'da hayata geçirilmiştir. Bu eğitim projesinin içeriğinde; yaygın görülen ruhsal hastalıkların yönetimine yer verilmiştir. Eğitim hedef grubunu aile hekimleri oluşturmakta olup, aile sağlığı çalışanlarına yönelik planlama yapılmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Ülkemizde sağlık personeline yönelik toplum ruh sağlığı eğitimleri lisans eğitimi sürecinde Yüksek Öğretim Kurumu Ulusal Çekirdek Eğitimi Programları kapsamında verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunun başarılı olup olmadığına dair ise yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yaptığımız araştırma sonuçlarına göre hem hekim hem hekim dışı sağlık personelinin birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerine yönelik bilgi, beceri, yeterlilikleri ve bunlarla ilişkili damgalama tutumu hakkında literatür boşluğu bulunduğu görülmüştür.

### 2.5.2. Birinci basamakta ruh sağliği hizmetlerinin önündeki engeller

#### 2.5.2.1. Ruh sağlığı sorunlarına yönelik damgalama

DSÖ, damgalanmayı "bir bireyin reddedilmesine, ayrımcılığa uğramasına ve toplumun bir dizi farklı alanına katılmaktan dışlanmasına neden olan utanç veya onaylamama işareti" olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2006).

Damgalama ve ayrımcılık birçok toplumda yaygındır. Bireyler genellikle ekonomik durumları, cinsiyetleri veya cinsel yönelimleri, barınma durumları, sosyal konumları, etik-ırksal durumları, ruh sağlığı sorunları, madde ve alkol kullanımı, fiziksel

farklılıkları nedeniyle ayrımcılığa veya damgalanmaya maruz kalmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireyler, onları desteklemek için tasarlanmış sosyal hizmetler ve sağlık bakım ortamlarında bile damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Şiddet içeren veya tehlikeli davranışlar ile anti-sosyal özellikler ve durumlarından sorumlu olma, madde ve alkol kullanım varlığı gibi genellemeler ruh sağlığı sorunları olan bireylere karşı yapılan damgalama ve ayrımcılık örnekleridir (Mejia-Lancheros ve ark., 2020)

Ruh sağlığının damgalanması, birey (içsel), toplum (kişiler arası) ve sağlık sistemleri (yapısal) düzeyinde kendini gösterir. Kendini damgalama; büyük ölçüde utanca dayalı, benlik hakkındaki olumsuz inançları duygusal/bilişsel olarak özümsemeyi, zihinsel hastalık klişelerini kabul etmeyi, kendini diğerlerinden uzaklaştırma ile görülür. Toplumsal düzeyde damgalanma, nedenler, semptomlar ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklanır (Javed ve ark., 2021). Psikiyatrik tanı ve tedavi süreci damgalamaya neden olurken, diğer yandan toplumsal damgalama, kendini damgalama ve yapısal ayrımcılık nedeniyle ruhsal hastalıklarda da artış görülmektedir. Damgalama süreci psikiyatrik hastalıkların seyrini olumsuz etkiler ve çoğu zaman profesyonel yardım almayı engeller (Schomerus ve Riedel-Heller, 2020).

Sağlık çalışanlarının hastalara yönelik olumsuz tutum ve davranışları da hastanın kendini damgalamasını pekiştirmektedir. Ruhsal sorunlarına atfedilen damgalama ve dışlanmaya bağlı olarak eğitim, evlilik, ebeveynlik, istihdam, barınma ve tatmin edici sağlık hizmeti alımı gibi yaşamın çeşitli alanlarında düşük yaşam kalitesine neden olur (Javed ve ark., 2021).

Ruh hastalığının damgalanması öncelikle psikiyatrik bir sorun değil, sosyal bir sorundur ve toplumun ruh hastalığıyla nasıl başa çıktığının bir ifadesidir. Damgalanma, bir toplum olarak ruh hastalığıyla ne kadar iyi veya ne kadar kötü başa çıktığımıza bağlı olarak daha fazla veya daha az ölçüde ortaya çıkar (Schomerus ve Riedel-Heller, 2020).

Birleşmiş Milletler, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 3.4'te (SKH 3.4) toplum ruh sağlığına öncelik verilmiştir (United Nations, 2015). Ruh hastalığı olan kişilerin korunmasına ve ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine ilişkin BM ilkeleri, ruh hastalığına dayalı her türlü ayrımcılığı reddeder ve her hastanın kendi toplumunda tedavi edilme ve kısıtlamasız tedavi görme hakkını savunur. Ancak, bu ilkelerin

uygulanması tatmin edici olmaktan uzaktır. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmanın yolarından en önemlisi ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesidir. Düşük ruh sağlığı okuryazarlığı olanların ruhsal damgalama düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Svensson ve Hansson, 2016).

Damgalayıcı tutum sergileyen sağlık çalışanları, birinci basamaktan ruh sağlığı hizmet almanın önünde engel teşkil edebilir. Tam aksine, aile hekimlerine rutin sağlık kontrolü veya tedavisi için giden bir hastanın ruh sağlığı sorununu damgalama endişesi taşımadan giderebilir (Ahi Hana, 2022).

#### 2.5.2.2. Ruh sağlığı hizmetlerine ve profesyonellerine sınırlı erişim

Ruh sağlığı tedavisinin önündeki temel engellerden biri, tedaviye olan talebin yüksek olması ve eğitimli profesyonel sayısının az olmasının birleşiminden kaynaklanan mevcut hizmet eksikliğidir (Andary ve ark., 2023).

Dünyada genelinde, doktor sıkıntısıyla karşı karşıya olunan tıp alanlarından birisi ruh sağlığı profesyonelleridir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ülkemizde de birçok bölgede ruh sağlığı hizmeti sunan uzman sayısı yetersizdir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Özellikle kırsal alanlarda, belirli uzmanlık alanlarına sahip sağlayıcıların bulunması oldukça zordur. Bu yerlerde birinci basamak sağlık çalışanlarının, ruh sağlığı hizmetleri için istenilen yeterliliği göstermesi gerekir.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının, diğer ruh sağlığı profesyonelleri ile yetersiz iletişimi, hizmet için engel teşkil edebilir. Aile hekimlerinin, ruhsal sorunları olan hastalar hakkında, danışmanlık, yönlendirme ve takip için TRSM'lere erişimi ve iletişimi de oldukça önemlidir (Druss ve ark., 2010).

Ayrıca, dijital terapi gibi alternatif yöntemler Türkiye'de henüz yaygınlaşmamıştır. İnternet bağlantısına ve güvenilir bir ortama erişimi olmayan kişiler için bu seçenekler kullanılamaz hale gelebilir. Bu durum, ruh sağlığına erişimde adaletsizliklere ve eşitsizliklere neden olabilir.

#### 2.5.2.3. Sosyal-kültürel faktörler

Toplumun ruh sağlığı tedavisine erişimini engelleyen birçok sosyokültürel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında ruh sağlığı hakkındaki yanlış inançlar, damgalama ve kültürel normlar önemli bir yer tutar.

Ayrıca, halkın, birinci basamak sağlık merkezlerindeki ruh sağlığı hizmetlerini yetersiz bulması, bu merkezlerden hizmet alınmasının önünde engeldir (Ramez ve Nasir, 2023).

#### 2.5.2.4. Ruh sağlığı hizmetine yönelik motivasyon

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar, ruh sağlığı hizmetlerinin kendi uygulama alanlarının bir parçası olmadığını düşünebilirler. Bu da ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşan bireylere uygun bakımın sağlanmasını engelleyebilir.

Sağlık çalışanlarının, ruh sağlığı sorunlarını teşhis etme veya tedavi etme konusundaki mesleki endişeleri, bu hizmetleri sunmaktan kaçınmaları neden olabilir. Bu konu ruh sağlığı bilgi düzeyini artırıcı eğitim ve farkındalık faaliyetleri ile giderilebilir (Ramez ve Nasir, 2023).

#### 2.5.2.5. Sağlık yönetimi ve politikaları

Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları ile sağlık yöneticileri arasında organizasyon ve koordinasyon eksikliğinin bulunması, mevzuat ve politikaların tasarlanması için uygun planlamanın yapılmaması, etkili hizmet sunumunu engellemektedir.

Sağlık yöneticilerinin, birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerine duyarlı politikaları ve programları geliştirmek ve uygulamak konusunda yeterince ilgi göstermemesi, öncelik tanımaması ve kaynak sağlamaması, bu alandaki hizmetlerin geliştirilmesini ve genişletilmesini engelleyebilir (Khatri ve ark., 2023).

Sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ruh sağlığı alanındaki bilgi ve becerilerini geliştirmek için yeterli kaynak ve destek sağlanmaması, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkiler (Ramez ve Nasir, 2023).

#### 2.5.2.6. Sağlık profesyonellerinin eğitim eksikliği

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, ruhsal hastalıkların düşük tanı ve tedavisi, psikososyal müdahalelere ilişkin yetersiz bilgi, ruh sağlığı sorunlarına yönelik eğitim ve

farkındalık eksikliği, yeterli tarama araçlarının bulunmamasına bağlı yeterli ruh sağlığı hizmeti verilememektedir (Khatri ve ark., 2023).

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarında bu tür sorunlar sıkça görülmektedir. Bu engellerin üstesinden gelmek için, sağlık çalışanlarının eğitimi ve bilgilendirilmesi, tarama araçlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gibi önlemler alınmalıdır (Ramez ve Nasir, 2023).

#### 2.5.2.7. Düşük ruh sağlığı okuryazarlığı

Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY), önleyici ruh sağlığı süreçlerinin her basamağında önem verilmesi gereken bir konudur. Daha yüksek düzeyde zihinsel sağlık okuryazarlığı olan bireylerin zihinsel hastalıkları tanıma ve uygun tedavi kaynaklarını belirleme olasılıkları daha yüksekken, düşük zihinsel sağlık okuryazarlığı zihinsel sağlık tedavisinin erken sonlandırılması, alkol ve diğer uyuşturucu kullanımı gibi uygunsuz başa çıkma stratejilerinin kullanılması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. RSOY düzeyinin yüksek olması ruhsal hastalıklara yönelik koruyucu ve erken tanı hizmeti olarak topluma fayda sağlayacaktır (Kutcher ve ark., 2016; Svensson ve Hansson, 2016).

RSOY, ruhsal hastalığı olan kişiler, ruh sağlığı uzmanları ve hatta ruh sağlığı uzmanı olmayan veya mevcut ruhsal hastalığı yaşamayan topluluk üyeleri için de önemlidir (Jorm, 2012). .

### 2.6. Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık durumunu ve buna müdahale eden faktörleri anlama yeteneğidir. Yalnızca sağlık durumunun iyileştirilmesi değil, aynı zamanda hastaların güçlendirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılmasına da yol açabilen bir sosyal sağlık belirleyicisidir. Düşük sağlık okuryazarlığının çok sayıda kötü sağlık sonucu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kutcher ve ark., 2016). Ruh sağlığı hakkında bilgi düzeyini ifade etmek ve ölçümlemek için ‘’Ruh Sağlığı Okuryazarlığı’’ terimi 1996 yılında hayatımıza girmiştir. RSOY ilk olarak Jorm tarafından 1996 yılında; zihinsel bozuklukların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar olarak tanımlanmıştır. RSOY, zihinsel sağlığı iyileştirmek amacıyla zihinsel sağlık bilgisini

geliştirmeye, yardım aramaya ve zihinsel sağlık damgalamasını ele almaya vurgu yapan çok yönlü bir kavramdır (Jorm, 2012).

RSOY, yeni ortaya çıkan veya daha önceden var olan bir zihinsel bozukluğu (anksiyete veya depresyon gidi) veya madde kullanımı hakkında uyarı işaretleri ve semptomları hakkında yeterli bilgiye sahip olmak, ruh sağlığı sistemi içinde nasıl hareket edileceğini ve nereye gidileceğini bilmek, destek alınabilecek kişi ve kurumlar hakkında bilgi sahibi olmak olarak yeniden tanımlanmıştır (Fusar-Poli ve ark. 2020).

RSOY'un temelinde 4 bileşen yer almaktadır

- İyi bir ruh sağlığının nasıl elde edileceğini ve sürdürüleceğini anlamak
- Ruhsal bozuklukları bilme ve tedavilerini anlamak
- Ruhsal hastalıklara yönelik oluşan damgalamaya azaltmak
- Profesyonel destek almaya yönelik farkındalığı artırmaktır.

### 2.6.1. Ruh sağlığı okuryazarlığının ölçülmesi

RSOY seviyesinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi, onu teşvik etmeye yönelik eğitim programlarının geliştirilmesine ve bu programların etkinliğinin değerlendirilmesine olanak tanır. Bu nedenle, bireylerin RSOY düzeyini ölçmek için çeşitli psikolojik araçlar geliştirilmiştir. Bugüne kadar, ölçüm biçimine göre, mevcut ölçüm araçları kabaca iki kategoride sınıflandırılabilir: vaka görüşme yöntemleri ve ölçeğe dayalı ölçümler.

RSOY düzeyini ölçmeye ilişkin ilk değerlendirme Jorm tarafından geliştirilmiş ve bir tür vaka görüşme yöntemi kullanılmıştır. Orijinal modelde sadece depresyon ve anksiyete hakkında iki tür vaka hikâyesi bulunmaktadır (Jorm ve ark., 1997). Daha sonraki süreçte sosyal fobi, intihar düşünceleri olan depresyon, erken şizofreni, kronik şizofreni, madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu konularını da içeren hikayeler eklenmiştir (Jorm ve ark., 2010). Dünyada yaygın bir şekilde kullanılan bu yöntemde ruhsal bozukluğun semptom ve tarifleri üzerinden katılımcı cevapları değerlendirilmiştir. Ancak puanlama yapılmadığı için sadece katılımcıların bilgi düzeyi sorgulanırken, RSOY'un alt düzeylerinde değerlendirilmediği, uygulama için uzun bir süreye ihtiyaç duyulması ve karşılaştırma yaparken de kullanım güçlüğü nedeniyle yeni bir ölçüm yöntemine ihtiyaç duyulmuştur (O'Connor ve ark., 2014).

RSOY ölçümünün diğer bir yöntemi de ölçeğe dayalı ölçümdür. Compton ve diğerleri tarafından geliştirilen Çoktan Seçmeli Ruhsal Hastalıklar Bilgisi Testi (MC-KOMIT) 33 maddeden oluşan, sadece sıradan örnekler arasında ciddi ve yaygın ruhsal hastalıkların bilgisini ölçmek için kullanılmış ve RSOY'un tutum ve damgalanma yönlerini kapsamamıştır (Compton ve ark., 2011). Evans-Lacko ve diğerleri tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Bilgi Çizelgesi 12 maddeden oluşmakta olup RSOY'un tanımlanmasını, etiyolojisini ve diğer yönlerini göz ardı ederek, genel halkın damgalanma ile ilgili ruh sağlığı bilgisini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Evans-Lacko ve ark., 2010).

Ancak, bu ölçümlerin hiçbirinin RSOY'un tamamını değerlendiremeyeceği, sınırlı psikometrik veri içerdiği ve rapor edemez olduğu gerekçesi ile O'Connor ve arkadaşları 2015 de Jorm'un modelini temel alarak altı boyutlu yeni bir ölçek modeli geliştirmiştir (O'Connor ve ark., 2014). Bu ruh sağlığı okuryazarlığı ölçümü için tercih edilebilir bir ölçüm aracıdır ve Türkçe geçerlilik güvenirliliği çalışılmıştır (Kesgin ve ark., 2020).

Jung, 2016 yılında ruh sağlığı eğitimine duyulan ihtiyacı yeterince tespit edebilmek için vaka örneğinin de ötesine geçen, çeşitli ve daha büyük topluluk gruplarına uygulanması kolay, güvenilir, geçerli ve kapsamlı bir ölçüm aracını yayınlamıştır. Bu çalışmada çok bileşenli bir zihinsel sağlık okuryazarlığı anketi geliştirilmiş ve bunu zihinsel sağlık uzmanı olmayan ancak zihinsel hastalık riski daha yüksek olan sakinlerle çalışma olasılığı daha yüksek olan gruplarla test etmiş ve etkinliğini kanıtlamıştır (Jung ve ark., 2016). Jung tarafından geliştirilen ölçek Göktaş ve ark. (2019) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır.

### 2.6.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi

Ruh sağlığı okuryazarlığını artırmak için farkındalığının artırılması temel hedeftir. İnsanları ruh sağlığı konusunda bilinçlendirmeye yönelik hangi bileşenlerinin işe yaradığına dair kanıt sayısı oldukça azdır. Ancak genel olarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusundaki literatür bilgileri yol gösterici olabilir.

Ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler dört şekildedir. Bunlar;

- Toplumun tamamına yönelik çalışmalar
- Gençlere yönelik çalışmalar
- Yardım arama becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar

- Ruh sağlığı krizleri için doğru karar vermeyi kolaylaştırıcı çalışmalar (Kelly ve ark., 2007).

Bahsi geçen müdahale çalışmalarının temelinde eğitim faaliyetleri önemli bir yere sahiptir. Ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim planlamasında aşağıda noktalara dikkat edilmesi tavsiye edilmektedir.

- ✓ Mesajların hedef kitlesi belirlenmeden önce ön araştırma yapılmalıdır. Odak grup araştırması veya diğer nitel araştırma tasarımları, mesajların uygun şekilde uyarlanmasını sağlayacaktır.
- ✓ Hedef kitlenin mesleklerine ve iş yerlerine uygun bir eğitim sunulmalıdır. Örneğin, intihar oranlarının yüksek olduğu bir meslek grubuna intihar önleme odaklı bir eğitim içeriği sunulabilir.
- ✓ Eğitimler sağlam bir temele dayanmalıdır. Kanıta dayalı eğitim içerikleri çok daha faydalı olacaktır.
- ✓ Mesajların hedef kitleye ve tercihlerine göre uyarlanması için hedef kitlenin nispeten homojen gruplara ayrılması önemlidir.
- ✓ Eğitim içeriği ve materyalleri, hedef grubun kültürüne uygun olmalıdır.
- ✓ Mesajlar uygun iletişim kanallarıyla sunulmalıdır. Örneğin, ergenlere yönelik mesajlar gazeteden ziyade gençlik medyası ile (sosyal medya) daha etkili bir şekilde ulaştırılabilir.
- ✓ Mesajların hedef kitleye ulaşmasını sağlamak için değerlendirme yapılmalıdır. Eksiklikler varsa, farklı bir yaklaşım denemek gerekebilir.
- ✓ Eğitim süresi ve yoğunluğu, hedef grubun ihtiyaçlarına göre belirlenmelidir. Personelin iş yükü ve mevcut zamanı da dikkate alınmalıdır.
- ✓ Maliyetler düşük tutulmalı ve etkin eğitim programları geliştirilmelidir.
- ✓ Eğitim formatı, hedef grubun erişimine, motivasyonuna ve içeriğe göre değişiklik gösterebilir. Çevrimiçi, yüz yüze veya karışık formatlar kullanılabilir (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2022).

RSOY eğitimiyle ilgili önemli bir tartışma konusu, nasıl uygulanması gerektiği ve hangi eğitim içeriğini içermesi gerektiğidir. RSOY hakkında dünyada standart bir eğitim modeli bulunmamaktadır (Ueda ve ark., 2021). Literatürde, RSOY eğitimine yönelik, yüz yüze, web tabanlı, video gösterileri şeklinde farklı eğitim müdahaleleri uygulandığı

görülmüştür (Brijnath ve ark., 2016; Casanas ve ark., 2018; Olyani ve ark., 2021; Ueda ve ark., 2021)

Çevrimiçi eğitimler, özellikle pandemi nedeniyle uygulanan karantinalar sırasında evrensel düzeyde artan eğitim ihtiyacını karşılamıştır. Çevrim içi kurs programları, daha fazla sayıda bireye, istedikleri zamanda, istedikleri yerde eğitim alma olanağı sunan gelişen platformlardır. Çevrim içi eğitim uygulamalarının başarılı ve etkili olduğuna dair çalışmalar olduğu kadar, etkisinin sınırlı olduğunu gösteren araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Nikdel Teymori ve Fardin, 2020)

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum düzeylerinin eğitim müdahalesiyle değişimini incelemektir.

Bu araştırmada iki kollu, paralel grup, tek kör randomize kontrollü çalışma uygulanmıştır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının lisans eğitim farklılıkları ve mesleki sorumlulukları göz önünde bulundurularak iki farklı grup olarak çalışılmıştır. Araştırmanın uygulanma süreci Şekil 2 ve 3'de gösterilmiştir.

## 3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H 1: Aile hekimlerine verilen "Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı uygulamaları ve yaklaşımları" başlıklı eğitimi, katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini arttıracak, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç düzeylerini azaltacak ve olumsuz toplumsal tutumları azaltacaktır.

H 2: Aile sağlığı çalışanlarına verilen "Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı uygulamaları ve yaklaşımları başlıklı eğitimi, katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini arttıracak, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç düzeylerini azaltacak ve olumsuz toplumsal tutumları azaltacaktır.

## 3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve ruhsal hastalıklara yönelik toplum tutumları ölçek puanları.

Bağımsız Değişken:

"Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı uygulamaları ve yaklaşımları" eğitimidir.

### 3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri, 01 Ağustos 2022 - 30 Haziran 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın ön anket uygulamasıuygulaması 01- 30 Eylül 2022 tarihleri arasında Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanmıştır. Araştırmanın müdahale aracı olan eğitim uygulaması, 11-12 Mart 2023 tarihlerinde çevrim içi platformdan canlı olarak uygulanmıştır. Araştırmanın son anket uygulaması uygulaması 01-30 Haziran 2023 tarihlerinde uygulanmıştır.

### 3.5. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Kayseri İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 95 aile hekimliği birimlerinde 461 aile hekimi ve 438 aile sağlığı çalışanı (ASE) görev yapmaktadır.

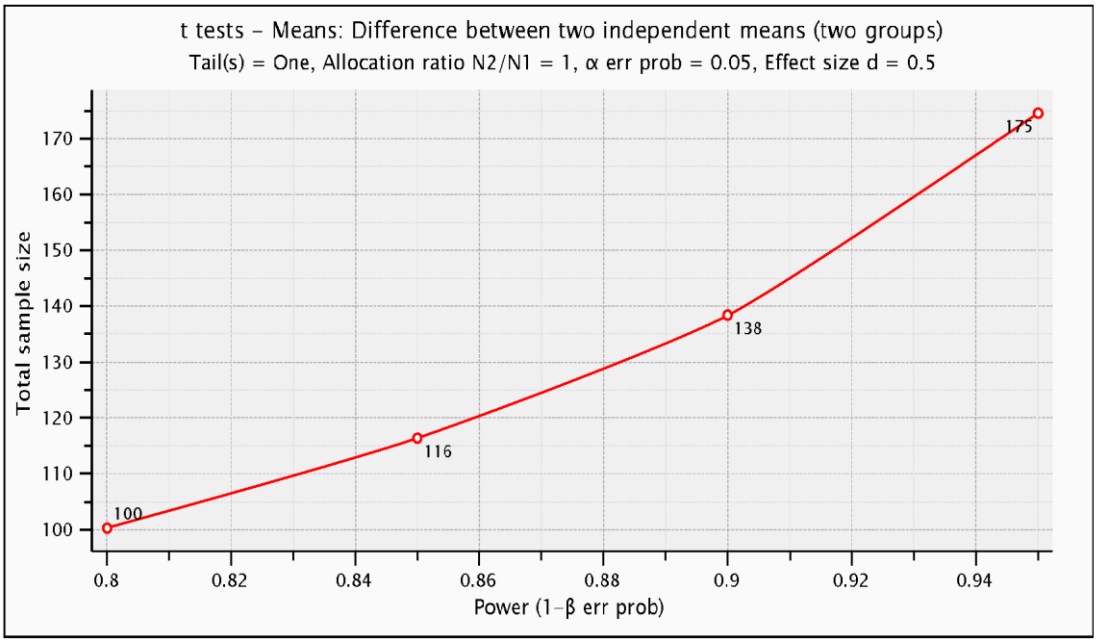
Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için G-power analizi kullanılmıştır. Etki büyüklüğü, müdahalenin etkisinin ne kadar anlamlı veya önemli olduğunu gösteren bir ölçüttür. Genellikle, Cohen's d ve Hedges' g gibi istatistiksel ölçütler kullanılır. Bu ölçütler, müdahale öncesi ve sonrası farklılıkları, müdahale grubu ile kontrol grubu arasındaki farklılıkları ya da her ikisini birden değerlendirerek bir sonuca varmamıza yardımcı olur. Cohen's d, iki grubun ortalamaları arasındaki farkın, bu grupların birleştirilmiş standart sapması cinsinden ifade edilmesidir (Cohen, 2013). Cohen's d için genel kabul görmüş etki büyüklüğü değerlendirmeleri şöyledir:

0,2 = Küçük etki, 0,5 = Orta etki, 0,8 = Büyük etki

Bu araştırmada Cohen's d orta düzey etki büyüklüğü (0,5) örneklem seçimi için kullanılmıştır.

Çalışmanın gücü 1-β (β = II. tip hata olasılığı) olarak gösterilir ve genel olarak araştırmaların %80'in üzerinde bir güce sahip olmaları gerekmektedir. G*Power (v3.1.9) test sonucuna göre; etki büyüklüğü = 0,5, hata payı = 0,05 ve çalışmanın gücü (1- β ) = 0,90 olarak veri girişi yapılmış, hem aile hekimi hem aile sağlığı

çalışanlarından 140 kişinin örneklem büyüklüğü için yeterli olduğu ve kontrol ve deney gruplarına 70'er kişiden alınmasının yeterli olduğu belirlenmiştir (Şekil 1).




**Şekil 3.1.** G-Power Örneklem büyüklüğü analizi

Araştırmanın dâhil etme kriterleri:

1-Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı aile hekimliği alanında pratisyen aile hekimi olarak çalışıyor olmak.

2- Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı aile hekimliğinde aile sağlığı çalışanı olarak çalışmak

3- Eğitim saatlerinde çevrim içi eğitime erişebilecek altyapıya sahip olmak

4- Eğitim programının en az %90'ına katılmak

5- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmada yaş ve cinsiyet sınırlaması yapılmamıştır.

Araştırmanın dışlama kriterleri:

1. Araştırma amaçlı eğitim ve anket uygulamasına katılmayı kabul etmemek.

2. Eğitim programının %90'undan az katılmış olmak

3. Aile hekimi uzmanı olmak

### 3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları

**Kişisel Bilgi Formu:** Bu araştırma için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formudur (Marangu ve ark., 2021). Toplam 23 adet kişisel ve mesleki bilgilerden oluşmaktadır (Ek 1).

**Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (RSOY):** Mental Health Literacy Scale (MHLS): Mental Orjinal formu Jung tarafından 2016 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2019 yılında Göktaş ve ark. tarafından yapılmıştır (Jung ve ark..2016; Göktaş ve ark., 2019). Ölçek üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Bilgi Odaklı RSOY alt boyutunda 10 madde, İnanç Odaklı RSOY alt boyutunda 8 madde, Kaynak Odaklı RSOY alt boyutunda 4 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-22 arasında değişmektedir. Ölçeğin ilk iki alt boyutunda bulunan 18 soru altılı likert tipinde olup, cevapları "kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum" şeklindedir. Kaynak odaklı RSOY alt boyutunda bulunan 4 sorunun cevabı ise 'evet' ve 'hayır' şeklindedir. Sorulara 'kesinlikle katılıyorum', 'katılıyorum' ve 'evet' cevabı verildiğinde '1 puan' diğer cevaplar '0 puan' olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 11-18'inci maddeleri arasındaki maddeler (11 ve 18 dâhil yani inanç odaklı RSOY alt boyuta ait maddeler) ters kodlanmaktadır.

RSOY düzeyinin yüksek olması, bireylerin ruh sağlığı bozukluklarının farkında olmalarını ve uygun tedavi kaynaklarını doğru tanımlamalarını sağlar. RSOY düzeyinin düşük olması bireylerin kendisinde ve yakınındaki kişilerdeki ruh sağlığı bozukluğu belirtilerinden haberdar olamamasına, profesyonel yardım arayışında gecikmeler olmasına, uygun olmayan yardım arayışlarına yönelmelerine, tedavi aldıklarında bu tedaviyi süresi dolmadan birden sona erdirmelerine neden olabilir. RSOY yetersizliği ve ruh sağlığı ile ilgili sağlık çıktıları arasındaki ilişkiden sorumlu mekanizmaları anlamak, ruh sağlığı bozuklukları için yapılacak müdahaleler açısından kritik önem taşımaktadır. Orijinal makalede RSOY-Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı 0,71 olarak belirtilmiş olup, çalışmamızda Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,79' dur (Ek 2).

**Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ):** The Beliefs Toward Mental Illness Scale (BTMI): Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika'da geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Bilge ve Çam tarafından 2008'de yapılmıştır (Bilge ve Çam, 2008; Hirai ve Clum, 2000). Ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip kişilerin olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma olmak üzere üç alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek 21 adet 6'lı likert sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorulara 'Tamamen katılmıyorum: 0', 'Çoğunlukla katılmıyorum: 1', 'Kısmen katılmıyorum: 2', 'Kısmen katılıyorum: 3', 'Çoğunlukla katılıyorum: 4', 'Tamamen katılıyorum: 5' şeklinde cevaplanmış ve puanlama yapılmıştır.

Tehlikelilik alt ölçeği ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkileri etkileme durumu, utanma alt ölçeği ise ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığıyla ilgili maddeleri içermektedir. Ölçekteki ifadeler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içermektedir. Bu nedenle, ölçekten elde edilen puan ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyini göstermektedir. Ölçek, hem toplam puan hem de alt ölçek puanlarına göre yorumlanmaktadır, yüksek puan olumsuz inancı göstermektedir. Orijinal makalede Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak belirtilmiş olup, çalışmamızda Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.86' dır (Ek 3).

**Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ):** Community Attitudes Toward Mental Health Scale (CATMHS): Orijinal formu Taylor ve Dear tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Bağ ve Ekinci tarafından 2006'da yapılmıştır (Bağ ve Ekinci, 2006; Taylor ve Dear, 1981). Ölçek 21 maddeden oluşmakta olup "Korku/Dışlama", "Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi" ve "İyi Niyet" bölümlerinden oluşmaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipi 'Tamamen katılıyorum: 1', ' Katılıyorum: 2', 'Karazsızım: 3', 'Katılmıyorum: 4' ve 'Kesinlikle Katılmıyorum: 5' şeklinde cevaplanmış ve puanlama yapılmıştır. Ölçeğin 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 21. maddeleri ters kodlanmaktadır.

Ölçekte ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin toplum tarafından anlaşılması, toplumun onlara karşı görevlerini yerine getirmesi, tedavi imkânlarının sağlanması ve toplumdan korku gibi olumsuz düşüncelerle uzak tutulması değerlendirilmektedir.

İyi Niyet ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt ölçeklerinden alınan toplam puanın yüksekliği olumlu tutumu, Korku/Dışlama alt ölçeğinden alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir. Orijinal makalede Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.72 olarak belirtilmiş olup, çalışmamızda Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.74' dır (Ek 4).

### 3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma ön - son anket uygulaması içermektedir. Ön anket uygulaması için veri toplamak amacıyla hazırlanan anket formlarının, basımı yapılarak Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü kurum içi posta dağıtım sistemi ile 01-30 Eylül 2022 tarihlerinde, 95 aile hekimliği biriminde görev yapan 461 aile hekimi ve 438 aile sağlığı çalışanına aile hekimliği birim numarası ile gönderilmiştir. Doldurulan anket formları, İl Sağlık Müdürlüğü kurum içi posta sistemiyle geri toplanmıştır. Ön anket uygulaması ile aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının eğitim ihtiyacının tespiti ve araştırmada gönüllü olup olmadıkları hakkında bilgi toplanmıştır. Araştırmada gönüllü olmak istemediğini belirtenler, İl Sağlık Müdürlüğü aile hekimliği excel listesinde silinmiş ve kalanlar randomizasyona alınmıştır.

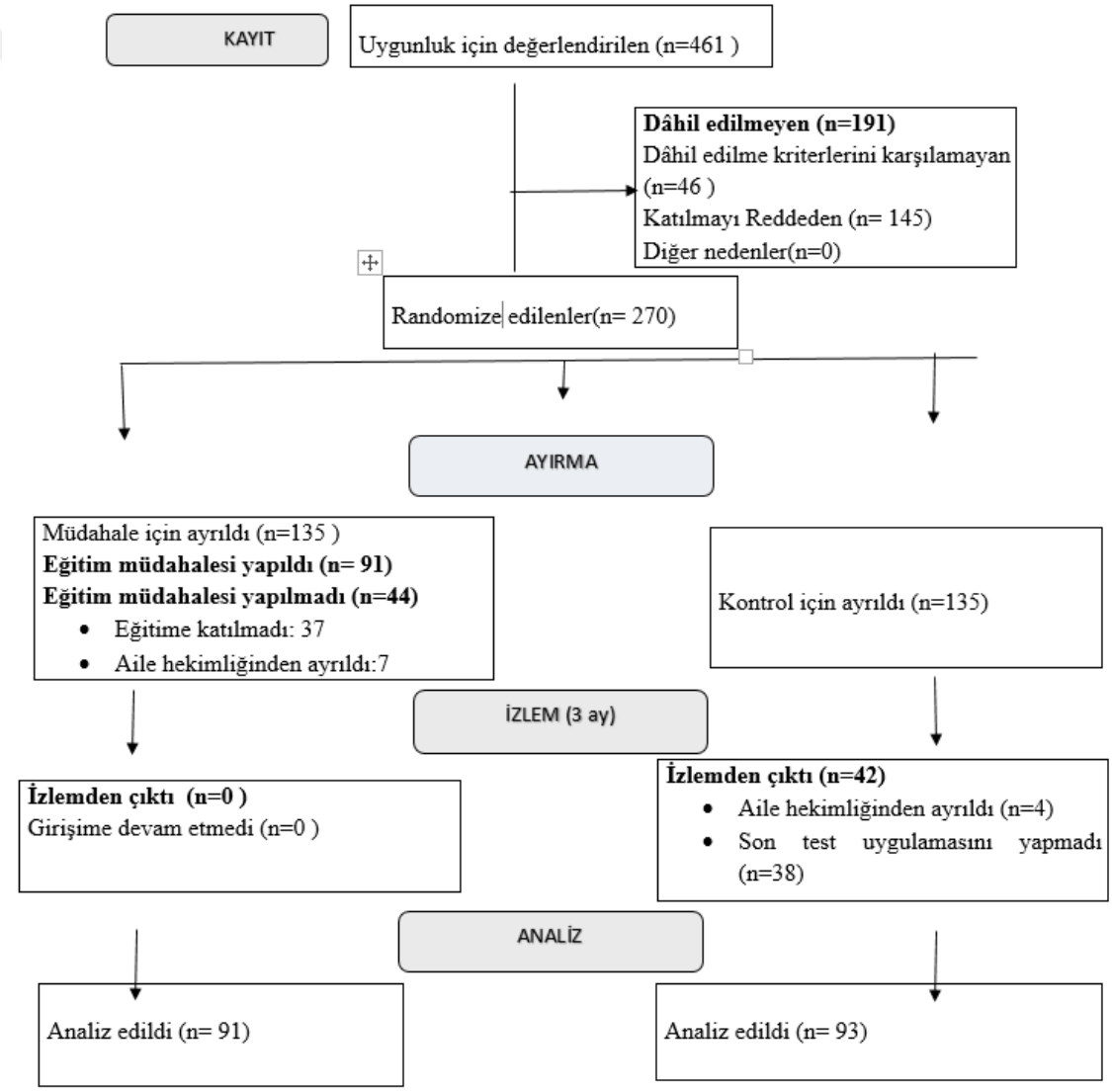
Araştırmanın son anket uygulaması 01-30 Haziran 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön anket uygulamasındaki gibi basımı yapılan anket formları İl Sağlık Müdürlüğü kurum içi posta dağıtım sistemi ile dağıtılmış ve toplanmıştır. Anket formları aile hekimliği birim numarasına göre dağıtımı yapılmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Randomizasyonu

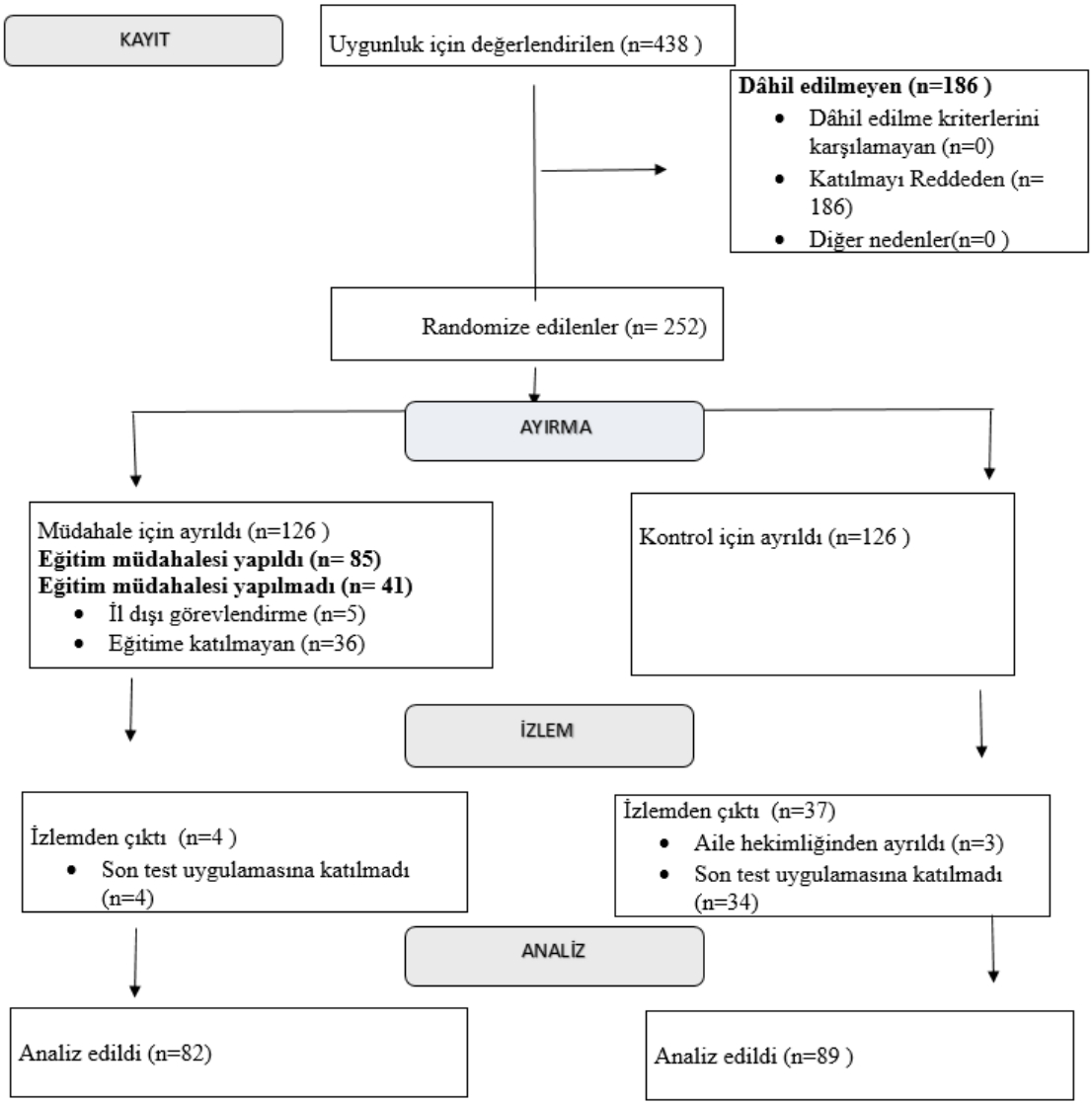
İl Sağlık Müdürlüğünün aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları için kayıt altında tutmakta olduğu Excel dosyasında kır ve kent aile hekimlikleri, ilçe sıralaması oldukça belirgin ve düzenlidir. Araştırmada aile hekimi uzmanları hariç tutulduğu için 46 aile hekimi uzmanı doğrudan örneklemden çıkarılmıştır. Araştırmaya katılmayı isteyen aile hekimi sayısı 270 kişi, aile sağlığı çalışanı 252 kişidir. Araştırmaya katılmak isteyen aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları İl Sağlık Müdürlüğünün kayıtlarında bulunan

listenin sıra numarası üzerinden, müdahale ve kontrol grubu listesine rastgele dağıtılmıştır. Grupların belirlenmesinde bilgisayar destekli randomizasyon yapılmıştır (www.randomizer.org). Ortaya çıkan sayı gruplarında aynı rakam veya rakamların her iki gruba düşmesi kontrol edilmiş ve olmadığı görülmüştür. Araştırmada, aynı aile hekimliği biriminde çalışan doktorlar ve aile sağlığı çalışanlarının müdahale veya kontrol gruplarına benzer şekilde dağıtılıp dağıtılmadığı incelenmemiştir.

Şekil 2.2 ve Şekil 2.3'de araştırmaya alınan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının, randomizasyonu, süreç akış şeması ve sayısal dağılımları gösterilmiştir.




**Şekil 3.2.** Aile hekimlerinin araştırmaya dâhil edilme ve analizi akış şeması




**Şekil 3.3.** Aile sağlığı çalışanları araştırmaya dâhil edilme ve analizi akış şeması

### 3.9. Araştırmanın Müdahale Aracı

#### 3.9.1. Eğitim içeriğinin hazırlanması

Araştırmanın ön anket uygulamasına toplam 270 pratisyen aile hekimi (%65) ve 366 aile sağlığı çalışanı (%83,6) katılmıştır. Ön anket uygulamasına, grupların eğitim ihtiyaçlarını tespit etmek için açık uçlu sorular eklenmiştir. Eğitim ihtiyacı analizine göre aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının, hem ortak hem gruplara özel eğitim talepleri olduğu belirlenmiştir. DSÖ'nün ''Uzmanlaşmamış sağlık ortamlarında zihinsel, nörolojik ve madde kullanımı bozuklukları için mhGAP Müdahale Kılavuzu

(versiyon 1.0)''(DSÖ, 2023) ve Sağlık Bakanlığı'nın, ''Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ) Eğitimi'' programları, literatür taraması ve ön anket uygulaması sonuçlarından elde edilen bulgular doğrultusunda iki grup için eğitim içeriği hazırlanmıştır.

Aile hekimlerine yönelik eğitim başlıkları;

- Birinci basamakta ruhsal hastalıklar
- Psikiyatrik hastalıkları tanıma, değerlendirme ve ayırt etme
- Psikiyatrik aciller ve önemli durumlar
- Sağlık personeli için stresle baş etme ve stres yönetimi

Aile sağlığı çalışanlarına yönelik eğitim başlıkları;

- Birinci basamakta ruhsal hastalıklar
- Psikiyatrik hastalıkları tanıma, değerlendirme ve ayırt etme
- Psikiyatrik aciller ve önemli durumlar
- Sağlık personeli için stresle baş etme ve stres yönetimidir.

### 3.9.2. Eğitim içeriğinin sunumu

Araştırmaya katılmak istediğini belirtenlerin bildirmiş olduğu iletişim kanalları aracılığı ile çevrim içi ve canlı eğitim platformu bağlantı adresi ve içeriği eğitimden 1 gün önce katılımcılarla paylaşılmıştır. Eğitimler, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına çevrim içi ve canlı olarak uygulanmıştır. Eğitimler bir gün arayla (11-12 Mart 2023), iki oturum (bir grup aile hekimi eğitimi ve bir grup aile sağlığı çalışanı eğitimi) şeklinde yapılmıştır. Her bir derse ait oturum ortalama 35'er dakika sürmüştür. Aile hekimlerine beş, aile sağlığı çalışanlarına dört oturumla eğitim içeriği sunulmuştur. Çevrim içi ders esnasında izleyicilerin soru sormasına olanak vermek için chat ve Whatsap grupları kullanılmıştır. Her bir oturum arasında 10 dakikalık ara verilmiştir. Eğitimler hafta sonu mesai dışında yapılmıştır.

Eğitimlerin başlığı, süresi ve sunum yapanların özellikleri aşağıda listelenmiştir.

Aile hekimlerine yönelik eğitim içeriği;

•Birinci basamakta ruhsal hastalıklar: (35 dk). Halk sağlığı ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

•Psikiyatrik hastalıkları tanıma, değerlendirme ve ayırt etme: (35x2 dk). Psikiyatri ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

•Psikiyatrik aciller ve önemli durumlar: (35 dk). Psikiyatri ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

•Sağlık personeli için stresle baş etme ve stres yönetimi: (35 dk). Psikiyatri ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

Aile sağlığı çalışanlarına yönelik eğitim içeriği;

•Birinci basamakta ruhsal hastalıklar: (35 dk). Hhalk sağlığı ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

•Psikiyatrik hastalıkları tanıma, değerlendirme ve ayırt etme: (35 dk). Psikiyatri ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

•Psikiyatrik aciller ve önemli durumlar: (35 dk). Psikiyatri ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

•Sağlık personeli için stresle baş etme ve stres yönetimi: (35 dk). Ppsikiyatri ABD öğretim üyesi tarafından verilmiştir.

### 3.10. İstatistiksel Analiz

Sonuçlar SPSS, sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın ön ve son anket uygulamalarında yer alan ölçek maddelerine verilen cevapların normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için;

1. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında olup olmadığı,
2. Verilerin histogramının çan eğrisi şeklini gösterip göstermediği
4. Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına bakılmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre aile hekimlerinin ön anket uygulaması bulgularından RHİÖ verilerinin normal dağılım gösterdiği, ancak diğer ölçeklerin

ön ve son anket uygulaması sonuçlarının normal dağılım göstermediği belirlenmiştir.

Aile sağlığı çalışanlarına ait verilerin ön anket uygulaması bulgularından RHİÖ, son anket uygulaması bulgularından RSTTÖ ölçek sonuçlarının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre araştırmada parametrik olmayan ölçüm teknikleri kullanılmıştır.

Demografik değişkenlere ait verilerin gösterilmesinde frekans ve yüzde, kategorik değişkenler arasındaki farkı belirlemek için ki-kare, normal dağılım özelliği göstermeyen iki bağımsız grubun ortalamalarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U Test, normal dağılım özelliği gösteren iki bağımsız grubun ortalamalarını karşılaştırmak için t testi, bağımlı değişkenlerin ön-son anket uygulaması incelemesinde Wilcoxon İlişkili İki Örneklem Testi kullanılmıştır. Bulgular %95 güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Nicel verilerin iç güvenirlilik analizi (Cronbach's Alpha sayısı) hesaplanmıştır.

### 3.11. Araştırma Etiği

Araştırma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesine uygun olarak yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.10.2021 tarih 2021/643 sayılı kararı ile etk izni ve Kayseri İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izin alınmıştır. Katılımcılardan bilgi ve rıza içeriği içeren bir tanıtım metnini onaylayarak ankete katılmaları istenmiştir. Araştırmada kullanılacak tüm ölçeklerin çalışmada kullanılabilmesi için Türk toplumu için geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan izin alınmıştır.

### 3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Bu araştırma bir şehirde sadece aile hekimliği birimlerinde görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına uygulanmıştır.
- Araştırmada, aynı aile hekimliği biriminde çalışan doktorlar ve sağlık çalışanlarının müdahale veya kontrol gruplarına benzer şekilde dağıtılıp dağıtılmadığı dikkate alınmamıştır.

- Araştırma sadece çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle yapılmıştır. Katılımcıların gönüllü olması özellikle ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve toplum tutumları ölçeği açısından daha olumlu tutuma sahip kişiler araştırmaya katılmış olabilir.
- Çalışma Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (RSOY), Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçekleri ve bu ölçeklere ait alt ölçek sonuçları ile sınırlıdır.
- Türkiye'de uygulanan örnek bir eğitim modeli olmamasından dolayı pilot çalışma olarak tasarlanmıştır.
- Eğitimin çevrim içi yapılmış olması nedeni ile eğitime katılanların eğitimi dinleme kalitesi farklılık gösterebilir.

### 3.13. Klinik Araştırma Kaydı

Bu çalışma Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)'a ACTRN12622001223729 numarası ile kayıt olmuştur.

# 4. BULGULAR

Bu araştırma, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarından oluşan iki grup üzerinde, birinci basamak sağlık çalışanları için hazırlanan bir eğitim programının ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve ruh sağlığı okuryazarlığı üzerindeki etkisini incelemiştir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular iki grup için ayrı ayrı incelenmiştir. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının bulguları karşılaştırılmamış olup, her iki grup kendilerini temsil eden kontrol ve müdahale grupları üzerinden karşılaştırılmıştır. Gruplar, tanıtıcı özellikleri, ruhsal hastalıklara ilişkin eğitim ve deneyimleri, ön anket uygulaması ve son anket uygulaması RSOY, RHİÖ ve RSTTÖ puan ortalamaları şeklinde gösterilmiştir.

Araştırmanın bulguları aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır;

1. Aile hekimlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik ınançları ve toplum tutumlarının mevcut durumu
2. Aile hekimlerine verilen eğitiminin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve toplum tutumları üzerine etkisinin değerlendirmesi
3. Aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik ınançları ve toplum tutumlarının mevcut durumu
4. Aile sağlığı çalışanlarına verilen eğitiminin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve toplum tutumları üzerine etkisinin değerlendirmesi.

### 4.1. Aile Hekimlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu

Araştırmaya toplam 184 aile hekimi katılmıştır. Aile hekimlerinin yaş ortalamaları 48,98±7,35 (kontrol: 50,04±6,68 ve müdahale: 47,91±7,87), mesleki yıl ortalamaları 23,90±7,38 (kontrol: 25,09±6,73 ve müdahale: 22,69±7,84), %65,8'i erkek (kontrol: 73,1 ve müdahale: 58,2), %92,9'u (kontrol: 96,8 ve müdahale: 89,0) il merkezi aile sağlığı merkezinde görev yapmaktadır.

Müdahale ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikler açısından homojen olup olmadığını tespit etmek için istatistiksel değerlendirme yapılmış; iki grubun yaş ($p=0,063$), cinsiyet ($p=0,330$), mesleki yıl ($p=0,057$), gelir düzeyi ($p=0,996$), medeni durum ($p=0,499$), aile tipi ($p=0,131$), ASM'nin konumu (0,470) karşılaştırılmıştır ve iki grup arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.1).

**Tablo 4.1**. Aile hekimlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

| **Özellikler** | **Kontrol Grubu (N=93)** | | **Müdahale Grubu ( n=91)** | | **Tüm Grup (n=184)** | | **t testi / p değeri** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş, ortalama ± S.S.** | 50,04 ± 6,68 | | 47,91 ± 7,87 | | 48,98 ± 7,35 | | t=1,981 / p=0,063 |
| **Mesleki Yıl ± S.S.** | 25,09 ± 6,73 | | 22,69 ± 7,84 | | 23,90 ± 7,38 | | t=2,231 / p=0,057 |
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **Ki-kare / p değeri** |
| **Cinsiyet** | | | | | | | |
| Kadın | 25 | 26,9 | 38 | 41,8 | 63 | 34,2 | $X^2$=4,521/ p=0,330 |
| Erkek | 68 | 73,1 | 53 | 58,2 | 121 | 65,8 | |
| **Medeni Durum** | | | | | | | |
| Evli | 82 | 88,2 | 83 | 91,2 | 165 | 89,7 | $X^2$=0,458 /p=0,499 |
| Evli değil | 11 | 11,8 | 8 | 8,8 | 19 | 10,3 | |
| **Aile Tipi** | | | | | | | |
| Çekirdek | 77 | 82,8 | 83 | 91,2 | 160 | 86,9 | $X^2$=4,064/ p=0,131 |
| Geniş | 6 | 6,5 | 5 | 5,5 | 11 | 6,0 | |
| Yalnız yaşayan | 10 | 10,7 | 3 | 3,3 | 13 | 7,1 | |
| **Gelir durumu** | | | | | | | |
| Gelir = Gider | 45 | 48,4 | 44 | 48,4 | 89 | 48,4 | $X^2$=0,008 / p=0,996 |
| Gelir < Gider | 21 | 22,6 | 21 | 23,1 | 42 | 22,8 | |
| Gelir > Gider | 27 | 29,0 | 26 | 28,5 | 53 | 28,8 | |
| **Aile sağlığı merkezinin (ASM) konumu** | | | | | | | |
| İl merkezi ASM | 90 | 96,8 | 81 | 89,0 | 171 | 92,9 | $X^2$=4,222 /p=0,470 |
| Kırsal ASM | 3 | 3,2 | 10 | 11,0 | 13 | 7,1 | |

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %52,2'si mezuniyet sonrası ruh sağlığı hakkında eğitim aldığını (kontrol: 54,8 ve müdahale: 49,5) belirtmiştir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetlerinin görevleri arasında olduğunu belirtenlerin oranı %71,2' dir. Ruh sağlığının koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında görevi olduğunu belirtilenler ve mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alma durumu açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (p>0,05; Tablo 4.2).

**Tablo 4.2.** Aile hekimlerinin ruh sağlığı hakkındaki mesleki eğitim alma ve görev algıları

| Özellikler | Kontrol Grubu (n=93) | | Müdahale Grubu ( n=91) | | Tüm Grup (n=184) | | Ki-kare / p değeri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| **Mezuniyet sonrası birinci basamak ruh sağlığı eğitimi alma durumu** | | | | | | | |
| Alan | 51 | 54,8 | 45 | 49,5 | 96 | 52,2 | $X^2$=0,535 / p=0,464 |
| Almayan | 42 | 45,2 | 46 | 50,5 | 88 | 47,8 | |
| **Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini görevim olarak düşünme** | | | | | | | |
| Görevim | 63 | 67,7 | 68 | 74,7 | 131 | 71,2 | $X^2$=3,768/ p=0,438* |
| Görevim değil | 2 | 2,2 | 1 | 1,1 | 3 | 1,6 | |
| Emin değilim | 28 | 30,2 | 22 | 24,2 | 50 | 27,2 | |

*Fisher's exact test.

Aile hekimlerinin %36,4'ü en az bir kronik hastalığı olduğunu, %24,5'i hayatının bir döneminde ruhsal bir sağlık sorunu yaşadığını, %28,3'ü ruh sağlığı hastalığı tanısı almış bir yakını olduğunu belirtmiş olup kontrol ve müdahale grupları arasında fark yoktur (p>0,05; Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Aile hekimlerinin beden ve ruh sağlığı hakkında kişisel deneyimleri

| Özellikler | Kontrol Grubu (n=93) | | Müdahale Grubu (n=91) | | Tüm Grup (n=184) | | Ki-kare /p değeri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| **En az bir kronik hastalığı olan** | | | | | | | |
| Var | 35 | 37,6 | 32 | 35,2 | 67 | 36,4 | $X^2$=0,121 / p=0,728 |
| Yok | 58 | 62,4 | 59 | 64,8 | 117 | 63,6 | |
| **Ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu** | | | | | | | |
| Evet | 22 | 23,7 | 23 | 25,3 | 45 | 24,5 | $X^2$=1,117 / p=0,572 |
| Hayır | 71 | 76,3 | 68 | 74,7 | 139 | 75,5 | |
| **Ruhsal hastalık tanısı alan yakını olma durumu** | | | | | | | |
| Var | 22 | 23,7 | 30 | 33,0 | 52 | 28,3 | $X^2$=1,967 / p=0,161 |
| Yok | 71 | 76,3 | 61 | 67,0 | 132 | 71,7 | |

Ruhsal bir sağlık sorunu yaşayan aile hekimlerinin yaklaşık yarısının (%51,1) bir sağlık profesyonelinden yardım aldığı belirlenmiştir. Ruhsal sağlık problemini ilaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalıştığını belirtenlerin oranı %20'si iken, kendi kendine ilaç başlayanların oranı %13,3'dür (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** Ruhsal sağlık sorunu yaşayan aile hekimlerinin tedaviye yönelik tercihleri

| **Ruhsal sağlık sorunu yaşadığınızda ne yaptınız?** | **Kontrol Grubu (n=22)** | | **Müdahale Grubu (n=23)** | | **Tüm Grup (n=45)** | | **Ki-kare / P Değeri** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** | Sayı | % | |
| Hiç bir şey yapmadım | 2 | 2,2 | 5 | 6,6 | 7 | 15,6 | $X^2$=5,264/ p=0,261* |
| Kendimi ilaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalıştım | 7 | 7,5 | 2 | 2,2 | 9 | 20,0 | |
| Kendime ilaç başladım | 3 | 3,2 | 3 | 3,3 | 6 | 13,3 | |
| Bir sağlık profesyonelinden yardım aldım | 10 | 10,8 | 13 | 14,3 | 23 | 51,1 | |

*Fisher's exact test.

Her iki grup içinde ruhsal problem yaşadığında yardım aramak için ilk tercih edeceği sağlık profesyonelinin psikiyatri uzmanları olduğu belirlenmiştir. Bunu aile hekimi ve psikolog takip etmektedir. Tercih edilen/edilecek sağlık kurumu/kuruluşu her iki grup için de özel hastane olurken, ikinci sırada kontrol grubu aile hekimlerinin devlet hastanesi, müdahale grubunda ise özel muayenehanedir. Aile hekimliğini tercih etme durumu her iki grup için de dördüncü sırada olurken, üniversite hastanesi her iki grup için de beşinci sırada yer almıştır (Tablo 4.5).

Sağlık hizmeti alınan/alınacak sağlık kurumu/kuruluşunu tercih etmelerine neden olan faktörlere yönelik her iki grup için de yeterli muayene süresi sağlaması ilk sırada yer alırken, sırasıyla mahremiyet, hizmet alınan/alınacak doktorun tavsiye edilmesi, ulaşım kolaylığı, ücretsiz olması ve kuruma duyulan güvene ait özellikler takip etmektedir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5**. Aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara yönelik sağlık hizmeti alma yönündeki tercihleri ve tercihlerini etkileyen faktörler

| Tercih edilecek kurum ve uzmanlıklar | Kontrol Grubu (n=93) | | Müdahale Grubu (n=91) | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| **Ruh sağlığı hizmeti almak için tercih edilen/edilecek sağlık profesyonelleri** | | | | |
| Psikiyatri uzmanı | 72 | 77,4 | 66 | 72,5 |
| Aile hekimi | 11 | 11,8 | 17 | 18,7 |
| Psikolog | 8 | 8,6 | 5 | 5,5 |
| Diğer | 2 | 2,2 | 3 | 3,3 |
| **Ruh sağlığı hizmeti almak için tercih edilen/edilecek sağlık kurum/kuruluşu** | | | | |
| Özel hastane | 27 | 29,0 | 22 | 24,2 |
| Devlet hastanesi | 23 | 24,7 | 18 | 19,8 |
| Özel muayenehane | 22 | 23,7 | 22 | 24,2 |
| Aile hekimliği | 13 | 14,0 | 15 | 16,5 |
| Üniversite hastanesi | 7 | 7,5 | 11 | 12,1 |
| Diğer | 1 | 1,1 | 3 | 3,3 |
| **Ruh sağlığı hizmeti almak için tercih edilen/edilecek sağlık kurum/kuruluşunu belirleyen faktörler (Birden fazla tercih işaretlenmiştir)** | | | | |
| Yeterli muayene süresi sağlanması | 55 | 59,1 | 65 | 71,4 |
| Mahremiyetin iyi olması | 42 | 45,2 | 43 | 47,3 |
| Doktorun tavsiye edilmesi | 38 | 40,9 | 36 | 39,6 |
| Ulaşımın kolay olması | 33 | 35,5 | 34 | 37,4 |
| Ücretsiz olması | 29 | 31,2 | 30 | 33,0 |
| Kuruma duyulan güven | 29 | 31,2 | 6 | 6,6 |

## 4.2. Aile Hekimlerine Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisinin Değerlendirmesi

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin ön anket uygulaması toplam RSOY puan ortalaması 14,80±3,84 (kontrol: 14,70±4,25 ve müdahale: 14,90±4,43) olarak bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarındaki aile hekimlerinin bilgi, inanç RSOY, kaynak RSOY ve toplam RSOY ön anket uygulaması ölçek puanları açısından deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan aile

hekimlerinin ön anket uygulaması toplam RHİÖ ortalaması 43,20±14,38 (kontrol: 43,31±13,53 ve müdahale: 43,08±19,30) olarak bulunmuştur. RHİÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutlarında kontrol ve müdahale grupları arasında fark bulunmamıştır (p>0,05). Araştırmaya katılan aile hekimlerinin ön anket uygulaması toplam RSTTÖ ortalaması 50,34±10,48 (kontrol: 50,35±9,81 ve müdahale: 50,32±10,99) bulunmuştur. RSTTÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutlarında kontrol ve müdahale grupları arasında fark bulunmamıştır (p>0,05; Tablo 4.6). Kontrol ve müdahale grubu aile hekimlerinin ön anket uygulaması ölçek puan ortalamalarına sonuçlarına gruplar arasında fark bulunmamıştır (p>0,05; Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** Kontrol ve müdahale grubundaki aile hekimlerinin ön anket uygulaması ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırması

| **Ölçekler ve alt boyutları** | **Kontrol Grubu (n=93)** | **Müdahale Grubu (n=91)** | **Tüm grup (n=184)** | **Mann Whitney-U** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Ortalama/ S.S.** | **Ortalama/ S.S.** | **Ortalama/ S.S.** | | |
| Bilgi RSOY | 8,78±2,33 | 8,76±3,03 | 8,77±2,69 | 3217,5 | 0,063 |
| İnanç RSOY | 3,44± 2,81 | 3,94±2,71 | 3,69±2,76 | 3802,5 | 0,230 |
| Kaynak RSOY | 2,47±1,36 | 2,20±1,25 | 2,34±1,30 | 3723,5 | 0,147 |
| Toplam RSOY | 14,70±4,25 | 14,90±4,43 | 14,80±3,84 | 4009,0 | 0,536 |
| | | | | | |
| Tehlikelilik RHİÖ | 18,86±6,97 | 18,64±6,40 | 18,77±6,62 | 4175,5 | 0,871 |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 22,46±9,45 | 22,35±8,82 | 22,40±9,12 | 4014,0 | 0,547 |
| Utanma RHİÖ | 1,99±2,29 | 2,09±2,54 | 2,04±2,41 | 8496,5 | 0,760 |
| Toplam RHİÖ | 43,31±13,53 | 43,08±19,30 | 43,20±14,38 | 4180,0 | 0,887 |
| | | | | | |
| İyi niyet RSTTÖ | 21,70±4,32 | 21,26±4,75 | 21,48±4,53 | 4000,5 | 0,521 |
| İdeoloji RSTTÖ | 21,62±6,56 | 21,64±6,60 | 21,63±6,65 | 4014,0 | 0,547 |
| Korku RSTTÖ | 7,03±1,36 | 7,42±2,42 | 7,22±1,98 | 4125,5 | 0,760 |
| Toplam RSTTÖ | 50,35±9,81 | 50,32±10,99 | 50,34±10,48 | 3796,5 | 0,228 |

Kontrol grubundaki aile hekimlerinin son test bulgularına göre RSOY toplam (p=0,031) ve RSOY alt boyutlarından bilgi (p=0,043) puan ortalamalarında artış olduğu görülmüştür. İnanç ve kaynak alt boyutunun son test sonuç puanında artış olmasına rağmen anlamlı değildir (p=0,081 ve p=0,074). RHİÖ ölçeği kontrol grubu ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ölçek toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının azalması beklenmektedir. Alt boyut ve toplam ölçek ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir, ancak istatistiki olarak anlamlı değildir (p>0,05).

RSTTÖ ölçeği kontrol grubu ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(p>0,05) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7**. Kontrol grubu aile hekimlerinin ön anket uygulaması- son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=93)

| **Ölçekler ve alt boyutları** | **Ön anket uygulaması** | **Son anket uygulaması** | **Wilcoxon Test Z** | **Wilcoxon Test P** |
|---|---|---|---|---|
| | **Ortalama/S.S.** | **Ortalama/S.S.** | | |
| Bilgi RSOY | 8,78±2,33 | 8,95±2,12 | -2,230 | **0,043** |
| İnanç RSOY | 3,44± 2,81 | 3,73±1,78 | -0,668 | 0,081 |
| Kaynak RSOY | 2,47±1,36 | 2,80±1,28 | -1,018 | 0,074 |
| Toplam RSOY | 14,70±4,25 | 15,48±4,11 | -4,999 | **0,031** |
| | | | | |
| Tehlikelilik RHİÖ | 18,86±6,97 | 18,58±5,46 | -0,493 | 0,622 |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 22,46±9,45 | 22,24±8,77 | -0,676 | 0,499 |
| Utanma RHİÖ | 1,99±2,29 | 1,98±1,83 | -0,744 | 0,457 |
| Toplam RHİÖ | 43,31±13,53 | 42,80±15,88 | -0,380 | 0,104 |
| | | | | |
| İyi niyet RSTTÖ | 21,70±4,32 | 22,15±4,32 | -0,267 | 0,789 |
| İdeoloji RSTTÖ | 21,62±6,56 | 22,05±6,66 | -1,645 | 0,100 |
| Korku RSTTÖ | 7,03±1,36 | 6,93±1,39 | -1,081 | 0,280 |
| Toplam RSTTÖ | 50,35±9,81 | 51,13±9,93 | -0,706 | 0,480 |

Müdahale grubundaki aile hekimlerinin son anket uygulaması bulgularına göre toplam RSOY (p=0,035), bilgi (p=0,001), inanç (p=0,041) ve kaynak (p=0,001) alt boyutlarında puan ortalamalarında ön anket uygulaması sonuçlarına göre artış görülmüştür ve anlamlıdır (p<0,05). RHİÖ ölçeğine toplam RHİÖ (p=0,034) ve tehlikelilik alt boyutu (p=0,046) ön ve son anket uygulaması puanları arasında fark olduğu belirlenmiş olup, diğer alt boyutlarda fark anlamlı değildir (p>0,05). RSTTÖ ölçeği son anket uygulaması sonuçlarına göre ölçek toplamı (p=0,003) ile iyi niyet (0,001) ve korku (0,006) alt boyutlarına ait puan ortalamalarında değişim olduğu görülmüştür. İdeoloji alt boyutunda (p=0,056) puan artışına rağmen eğitimin yeterince etkin olmadığı belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** Müdahale grubu aile hekimlerinin ön anket uygulaması- son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=91)

| **Ölçekler ve alt boyutları** | **Ön anket uygulaması** | **Son anket uygulaması** | **Wilcoxon Test Z** | **Wilcoxon Test P** |
|---|---|---|---|---|
| | **Ortalama/S.S.** | **Ortalama/S.S.** | | |
| Bilgi RSOY | 8,76±3,03 | 9,48±0,77 | -4,889 | **0,001** |
| İnanç RSOY | 3,94±2,71 | 4,28±1,50 | -6,369 | **0,041** |
| Kaynak RSOY | 2,20±1,25 | 3,21±0,89 | -6,041 | **0,001** |
| Toplam RSOY | 14,90±4,43 | 16,97±2,16 | -5,407 | **0,035** |
| Tehlikelilik RHİÖ | 18,64±6,40 | 17,03±7,15 | -2,544 | **0,046** |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 22,35±8,82 | 22,18±9,40 | -1,906 | 0,057 |
| Utanma RHİÖ | 2,09±2,54 | 1,92±2,24 | -0,613 | 0,070 |
| Toplam RHİÖ | 43,08±19,30 | 41,13±15,20 | -2,975 | **0,034** |
| İyi niyet RSTTÖ | 21,26±4,75 | 23,23±3,64 | -3,668 | **0,001** |
| İdeoloji RSTTÖ | 21,64±6,60 | 22,29±5,61 | -1,998 | 0,056 |
| Korku RSTTÖ | 7,42±2,42 | 6,54±1,55 | -2,724 | **0,006** |
| Toplam RSTTÖ | 50,32±10,99 | 52,06±7,82 | -2,945 | **0,003** |

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son test toplam RSOY ortalaması 16,22±2,93 (kontrol:15,48±4,11 ve müdahale:16,97±2,16) bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarındaki aile hekimlerinin bilgi (p=0,032), kaynak (0,043) ve toplam RSOY (0,005) son test ölçek puanları arasında fark bulunmaktadır (p<0,05)(Tablo 4.9). Kontrol ve müdahale grubunun RSOY inanç alt boyut puan ortalamasında son test sonuçları açısından fark bulunmamıştır (p=0,058).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son test toplam RHİÖ ortalaması 41,95±14,53 (kontrol:42,80±15,88 ve müdahale:41,13±15,20) bulunmuştur. RHİÖ toplam ölçeği kontrol ve müdahale grupları puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur (p=0,037). Tehlikelilik alt boyutu için kontrol ve müdahale grupları arasında fark bulunmuştur (p=0,244). Çaresizlik ve kişiler arası ilişkiler (0,638) ile utanma (p=0,537) alt boyutu puan ortalamaları arasında ise fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin son test toplam RSTTÖ ortalaması 51,60±7,75 (kontrol:51,13±9,93 ve müdahale: 52,06±7,82) bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarının RSTTÖ ideoloji (p=0,261) ve korku (p=0,201) alt boyutu son test puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (p>0,05). İyi niyve arkt boyutu (p=0,032) ve RSTTÖ toplam (p=0,044) ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** Kontrol ve müdahale grubundaki aile hekimlerinin son anket uygulaması ölçeklerin ve alt boyut puanlarının karşılaştırması

| Ölçekler ve alt boyutları | Kontrol Grubu (n=93) | Müdahale Grubu (n=91) | Tüm Grup (n=184) | Mann Whitney-U | P |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ortalama /S.S. | Ortalama /S.S. | Ortalama /S.S. | | |
| Bilgi RSOY | 8,95±2,12 | 9,48±0,77 | 9,21±1,40 | 2732,0 | **0,032** |
| İnanç RSOY | 3,73±1,78 | 4,28±1,50 | 4,00±1,55 | 3534,5 | **0,058** |
| Kaynak RSOY | 2,80±1,28 | 3,21±0,89 | 3,00±1,10 | 3602,5 | **0,043** |
| Toplam RSOY | 15,48±4,11 | 16,97±2,16 | 16,22±2,93 | 3231,0 | **0,005** |
| Tehlikelilik RHİÖ | 18,58±5,46 | 17,03±7,15 | 17,81±6,37 | 2711 | **0,043** |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 22,24±8,77 | 22,18±9,40 | 22,21±9,24 | 4145,5 | 0,638 |
| Utanma RHİÖ | 1,98±1,83 | 1,92±2,24 | 1,95±2,04 | 4017,5 | 0,537 |
| Toplam RHİÖ | 42,80±15,88 | 41,13±15,20 | 41,95±14,53 | 2514,5 | **0,037** |
| İyi niyet RSTTÖ | 22,15±4,32 | 23,23±3,64 | 22,69±4,14 | 2118 | **0,032** |
| İdeoloji RSTTÖ | 22,05±6,66 | 22,29±5,61 | 22,17±8,84 | 3629 | 0,261 |
| Korku RSTTÖ | 6,93±1,39 | 6,54±1,55 | 6,74±7,75 | 3351 | 0,201 |
| Toplam RSTTÖ | 51,13±9,93 | 52,06±7,82 | 51,60±7,75 | 2811,5 | **0,044** |

### 4.3. Aile Sağlığı Çalışanlarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu

Araştırmaya toplam 171 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Aile sağlığı çalışanlarının yaş ortalamaları 39,2±6,6 (kontrol:40,23±5,91 ve müdahale: 438,14±7,12), mesleki yıl ortalamaları 17,49±7,58 (kontrol:18,13±7,37 ve müdahale: 16,79±7,79) dür. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının tamamı kadın, %67,3'ü ebe, %28,7'si hemşire ve %4,0'ı acil tıp teknisyenidir. %68,4'ü lisans mezunu ve %83,6'sı il merkezi aile sağlığı merkezinde (kontrol: 83,1 ve müdahale: 84,1) görev yapmaktadır. Aile sağlığı çalışanlarına ait demografik özelliklerine ilişkin diğer bilgiler Tablo 4.10' da gösterilmiştir.

**Tablo 4.10.** Aile sağlığı çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

| Özellikler | Kontrol Grubu (n=89) | | Müdahale Grubu ( n=82) | | Tüm Grup (n=171) | | t testi / p değeri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş, ortalama± S.S.** | 40,23 ± 5,91 | | 38,14±7,12 | | 39,2±6,6 | | t=2,143 / p=0,054 |
| **Mesleki Yıl ± S.S.** | 18,13 ± 7,37 | | 16,79 ± 7,79 | | 17,49 ± 7,58 | | t=1,157 / p=0,249 |
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **Ki-kare / p değeri** |
| **Medeni Durum** | | | | | | | |
| Evli | 77 | 86,5 | 65 | 79,3 | 142 | 83,0 | 2,45 / 0,294 |
| Evli değil | 12 | 13,4 | 17 | 20,7 | 29 | 17,0 | |
| **Aile Tipi** | | | | | | | |
| Çekirdek | 82 | 92,1 | 74 | 90,2 | 156 | 91,2 | 1,793 / 0,616* |
| Geniş | 4 | 4,5 | 2 | 2,4 | 6 | 3,5 | |
| Yalnız yaşayan | 3 | 3,3 | 6 | 7,3 | 9 | 5,3 | |
| **Gelir durumu** | | | | | | | |
| Gelir = Gider | 41 | 46,1 | 36 | 43,9 | 77 | 45,0 | 1,814 / 0,404* |
| Gelir < Gider | 44 | 49,4 | 38 | 46,3 | 82 | 48,0 | |
| Gelir > Gider | 4 | 4,5 | 8 | 9,8 | 12 | 7,0 | |
| **ASM Yeri** | | | | | | | |
| İl merkezi ASM | 74 | 83,1 | 69 | 84,1 | 143 | 83,6 | 0,031 / 0,863 |
| Kırsal ASM | 15 | 16,9 | 13 | 15,9 | 28 | 16,4 | |
| **Meslek** | | | | | | | |
| Ebe | 61 | 68,5 | 54 | 65,9 | 115 | 67,3 | 1,612 / 0,447* |
| Hemşire | 26 | 29,2 | 23 | 28,0 | 49 | 28,7 | |
| Sağlık memuru | 2 | 2,2 | 5 | 6,1 | 7 | 4,0 | |
| **Öğrenim düzeyi** | | | | | | | |
| Lise | 5 | 5,6 | 10 | 12,2 | 15 | 8,8 | |
| Ön Lisans | 18 | 20,2 | 8 | 9,8 | 26 | 15,2 | 5,389 / 0,145 |
| Lisans | 60 | 67,4 | 57 | 69,5 | 117 | 68,4 | |
| Lisansüstü | 6 | 6,7 | 7 | 8,5 | 13 | 7,6 | |

*Fisher's exact test.

Müdahale ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikler açısından farklı olup olmadığını tespit etmek için istatistiksel değerlendirme yapılmış; iki grubun yaş (p=0,054), mesleki yıl (p=0,249), meslek (p=0,447), eğitim düzeyi (p=0,145), gelir

düzeyi (p=0,404), medeni durum (p=0,294), aile tipi (p=0,616), ASM'nin konumu açısından (0,863) fark olmadığı belirlenmiştir(p>0,05) (Tablo 4.10).

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının %28,1'i mezuniyet sonrasında ruh sağlığı hakkında eğitim aldığını (kontrol: 30,3 ve müdahale: 25,6) belirtmiştir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetlerinin görevleri arasında olduğunu belirtenlerin oranı %56,1' dir (kontrol: 53,9 ve müdahale: 58,5). Gruplar arasında ruh sağlığının koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında görevi olduğunu belirtilenler ve mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alanlar açısından fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11.** Aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı hakkındaki mesleki eğitim alma ve görevi olarak algılama durumu

| **Özellikler** | **Kontrol Grubu (n=89)** | | **Müdahale Grubu (n=82)** | | **Tüm Grup (n=171)** | | **Ki-kare/ p değeri** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** | |
| **Mezuniyet sonrası birinci basamak ruh sağlığı eğitimi alma durumu** | | | | | | | |
| Eğitim alan | 27 | 30,3 | 21 | 25,6 | 48 | 28,1 | 0,472 / 0,492 |
| Eğitim almayan | 62 | 69,7 | 61 | 74,4 | 123 | 71,9 | |
| **Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini görev olarak düşünme** | | | | | | | |
| Görevim | 48 | 53,9 | 48 | 58,5 | 96 | 56,1 | 0,886 /0,829 |
| Görevim değil | 7 | 7,9 | 4 | 4,9 | 11 | 6,5 | |
| Emin değilim | 34 | 38,2 | 30 | 36,5 | 64 | 37,4 | |

Aile sağlığı çalışanlarının %22,2'si en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu (kontrol:23,6 ve müdahale: 20,7) belirtmiştir. Aile sağlığı çalışanlarının %29,2'si hayatının bir döneminde ruhsal bir sağlık sorunu yaşadığını (kontrol:27,0 ve müdahale:31,7) ve %19,9'u ruh sağlığı hastalığı tanısı almış bir yakını olduğunu (kontrol:21,3 ve müdahale:18,3) belirtmiş olup, kontrol ve müdahale grupları arasında fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Aile sağlığı çalışanlarının sağlık ve ruh sağlığı hakkında kişisel deneyimleri ve ruh sağlığı hizmeti alımına dair tercihleri

| Özellikler | Kontrol Grubu (n=89) | | Müdahale Grubu ( n=82) | | Tüm Grup (n=171) | | Ki-kare / P değeri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| **En az bir kronik hastalığı olan** | | | | | | | |
| Var | 21 | 23,6 | 17 | 20,7 | 38 | 22,2 | 0,203 /0,653 |
| Yok | 68 | 76,4 | 65 | 79,3 | 133 | 77,8 | |
| **Ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu** | | | | | | | |
| Yaşayan | 24 | 27,0 | 26 | 31,7 | 50 | 29,2 | 0,464 /0,496 |
| Yaşamayan | 65 | 73,0 | 56 | 68,3 | 121 | 70,8 | |
| **Ruhsal hastalık tanısı alan yakını olma durumu** | | | | | | | |
| Var | 19 | 21,3 | 15 | 18,3 | 34 | 19,9 | 0,250 /0,617 |
| Yok | 70 | 78,7 | 67 | 81,7 | 137 | 80,1 | |

Ruhsal bir sağlık sorunu yaşadığını belirten aile sağlığı çalışanlarının yaklaşık %68,0'ı bir sağlık profesyonelinden yardım aldığı belirlenmiştir. Ruhsal sağlık problemini ilaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalıştığını belirtenlerin oranı %18'i olurken, kendi kendine ilaç başlayanların oranı %8'dir. Gruplar arasında bir ruhsal sağlık sorunu yaşayan sayısı dağılımı açısından homojendir (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** Ruhsal sağlık sorunu yaşayan ailesağlığı çalışanlarının tedaviye yönelik tercihleri

| Ruhsal sağlık sorunu yaşadığınızda ne yaptınız? | Kontrol Grubu (n=24) | | Müdahale Grubu (n=26) | | Toplam (n=50) | | Ki kare /p değeri |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Hiç bir şey yapmadım | 2 | 2,2 | 1 | 1,2 | 3 | 6,0 | 1,948 /0,745* |
| Kendimi ilaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalıştım | 5 | 5,6 | 4 | 4,9 | 9 | 18,0 | |
| Kendime ilaç başladım | 1 | 1,1 | 3 | 3,7 | 4 | 8,0 | |
| Bir sağlık profesyonelinden yardım aldım | 16 | 18,0 | 18 | 22,0 | 34 | 68,0 | |

*Fisher's exact test.

Ruhsal problem yaşadığında yardım aramak için ilk tercih edeceği sağlık profesyoneli her iki grup için de psikiyatri uzmanları olduğu belirlenmiştir. Bunu psikolog ve aile hekimi takip etmektedir. İlk tercih edilen/edilecek sağlık kurumu/kuruluş kontrol grubu için devlet hastanesi olurken, müdahale grubu için özel hastane olmuştur. Kontrol grubu için ikinci tercih edilen/edilebilecek özel hastane olurken, müdahale grubu için özel muayenehane olmuştur. Aile hekimliğini tercih etme durumu her iki grup için de dördüncü sırada olurken, üniversite hastanesi her iki grup için de altıncı sırada yer almıştır (Tablo 4. 14).

**Tablo 4.14.** Aile sağlığı çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik sağlık hizmeti alma yönündeki tercihleri ve tercihlerini etkileyen faktörler

| **Tercih edilecek kurum ve uzmanlıklar** | **Kontrol Grubu (n=89)** | | **Müdahale Grubu (n=82)** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** |
| Ruh sağlığı hizmeti almak için tercih edilen/edilecek sağlık profesyonelleri | | | | |
| Psikiyatri uzmanı | 41 | 46,1 | 38 | 46,3 |
| Psikolog | 35 | 39,3 | 28 | 34,1 |
| Aile hekimi | 9 | 10,1 | 13 | 15,9 |
| Diğer | 4 | 4,5 | 3 | 3,7 |
| Ruh sağlığı hizmeti almak için tercih edilen/edilecek kurum/kuruluşlar | | | | |
| Devlet hastanesi | 25 | 28,1 | 14 | 17,1 |
| Özel hastane | 24 | 27,0 | 23 | 28,0 |
| Özel muayenehane | 21 | 23,6 | 20 | 24,4 |
| Aile hekimliği | 9 | 10,1 | 13 | 15,9 |
| Diğer | 6 | 6,7 | 6 | 7,3 |
| Üniversite hastanesi | 4 | 4,5 | 6 | 7,3 |
| Ruh sağlığı hizmeti almak için tercih edilen/edilecek sağlık kurum/kuruluşunu belirleyen faktörler (Birden fazla tercih işaretlenmiştir) | | | | |
| Yeterli muayene süresi sağlanması | 64 | 71,9 | 50 | 61,0 |
| Mahremiyetin iyi olması | 49 | 55,1 | 48 | 58,5 |
| Doktorun tavsiye edilmesi | 44 | 49,4 | 35 | 42,7 |
| Ulaşımın kolay olması | 43 | 48,3 | 32 | 39,0 |
| Kuruma duyulan güven | 43 | 48,3 | 35 | 42,7 |
| Ücretsiz olması | 34 | 38,2 | 24 | 29,3 |
| Diğer | 6 | 6,7 | 9 | 11,0 |

Sağlık hizmeti alınan/alınacak sağlık kurumu/kuruluşunu tercih etmelerine neden olan faktörlere yönelik her iki grup için de yeterli muayene süresi sağlaması ilk sırada yer alırken, sırasıyla mahremiyet, hizmet alınan/alınacak doktorun tavsiye edilmesi benzer şekilde tercih edildiği görülmüştür. Kontrol grubu için ulaşım kolaylığı, müdahale grubu için kuruma duyulan güven ve ücretsiz olması gibi özellikler tercih sürecinde etkili olan faktörler olmuştur (Tablo 4.14).

### 4.4. Aile Sağlığı Çalışanlarına Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastaliklara Yönelik İnançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisinin Değerlendirmesi

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının ön anket uygulaması toplam RSOY ortalaması 16,0±3,50 (kontrol:16,01±3,57 ve müdahale:15,99±3,19) bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarındaki aile sağlığı çalışanlarının RSOY toplam ve alt boyut ölçek puanları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Aile sağlığı çalışanlarının ön anket uygulaması RHİÖ ortalaması 48,56±15,19 (kontrol:48,12±14,83 ve müdahale:49,02±14,64) bulunmuştur. RHİÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutlarında kontrol ve müdahale grupları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Aile sağlığı çalışanlarının ön anket uygulaması toplam RSTTÖ ortalaması 50,01±8,39 (kontrol:50,61±7,60 ve müdahale: 49,40±8,59) bulunmuştur. RSTTÖ toplam ölçek ve tüm alt boyutlarında kontrol ve müdahale grupları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15). Ön anket uygulaması bulgularına göre müdahale ve kontrol gruplarının dağılımı homojendir ($p>0,05$).

**Tablo 4.15.** Aile sağlığı çalışanlarının ön anket uygulaması ölçeklerin ve alt boyut puanlarının karşılaştırması

| Ölçekler ve alt boyutları | Kontrol Grubu (n=89) | Müdahale Grubu (n=82) | Tüm Grup (n=171) | Mann Whitney-U | P |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ortalama/S.S | Ortalama/S.S | Ortalama/S.S | | |
| Bilgi RSOY | 8,35±1,93 | 8,58±1,55 | 8,46±1,84 | 5126,5 | 0,641 |
| İnanç RSOY | 5,04±2,01 | 5,02±1,95 | 5,03±2,00 | 5127,5 | 0,649 |
| Kaynak RSOY | 2,62±1,45 | 2,39±1,41 | 2,51±1,43 | 4829,5 | 0,234 |
| Toplam RSOY | 16,01±3,57 | 15,99±3,19 | 16,0±3,50 | 5183,5 | 0,749 |
| | | | | | |
| Tehlikelilik RHİÖ | 21,17±7,32 | 21,82±7,17 | 21,50±7,43 | 5001,5 | 0,458 |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 24,33±9,79 | 24,78±9,56 | 24,55±9,81 | 4905 | 0,334 |
| Utanma RHİÖ | 2,62±2,96 | 2,40±3,11 | 2,51±2,87 | 5281,5 | 0,927 |
| Toplam RHİÖ | 48,12±14,83 | 49,02±14,64 | 48,56±15,19 | 4994,5 | 0,448 |
| | | | | | |
| İyi niyet RSTTÖ | 21,27±3,59 | 21,07±3,41 | 21,17±3,63 | 5241 | 0,853 |
| İdeoloji RSTTÖ | 22,71±5,22 | 22,01±6,19 | 22,36±5,77 | 4983 | 0,432 |
| Korku RSTTÖ | 6,62±1,26 | 6,31±1,34 | 6,46±1,31 | 4521 | 0,055 |
| Toplam RSTTÖ | 50,61±7,60 | 49,40±8,59 | 50,01±8,39 | 4961 | 0,403 |

Kontrol grubundaki aile sağlığı çalışanlarının ön anket uygulaması ortalamalarına göre son anket uygulaması toplam RSOY ve alt boyutlarında son anket uygulaması sonuçlarına göre ortalama artışı görülmesine rağmen istatistiki olarak anlamlı değildir (p=0,126, p=0,061).

RHİÖ ölçeği ve alt boyutları ön anket uygulaması ve son anket uygulaması sonuçları arasında anlamlı bir değişim bulunamamıştır (p>0,05). RSTTÖ ölçeği ve alt boyutları ön anket uygulaması ve son anket uygulaması sonuçları arasında anlamlı bir değişim bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16.** Kontrol grubu aile sağlığı çalışanlarının ön - son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=89)

| Ölçekler ve alt boyutları | Ön anket uygulaması | Son anket uygulaması | Wilcoxon Test Z | Wilcoxon Test P |
|---|---|---|---|---|
| | Ortalama/S.S. | Ortalama/S.S. | | |
| Bilgi RSOY | 8,35±1,93 | 8,76±1,77 | -2,051 | 0,152 |
| İnanç RSOY | 5,04±2,01 | 5,42±1,36 | -1,529 | 0,126 |
| Kaynak RSOY | 2,62±1,45 | 2,96±1,19 | -1,88 | 0,261 |
| Toplam RSOY | 16,01±3,57 | 17,14±2,78 | -4,039 | 0,051 |
| | | | | |
| Tehlikelilik RHİÖ | 21,17±7,32 | 21,51±6,67 | -1,313 | 0,189 |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 24,33±9,79 | 24,11±8,62 | -1,204 | 0,228 |
| Utanma RHİÖ | 2,62±2,96 | 2,06±1,92 | -1,395 | 0,163 |
| Toplam RHİÖ | 48,12±14,83 | 47,68±14,18 | -2,593 | 0,210 |
| | | | | |
| İyi niyet RSTTÖ | 21,27±3,59 | 22,01±3,75 | -1,36 | 0,174 |
| İdeoloji RSTTÖ | 22,71±5,22 | 22,00±4,71 | -1,348 | 0,178 |
| Korku RSTTÖ | 6,62±1,26 | 6,71±1,19 | -0,796 | 0,426 |
| Toplam RSTTÖ | 50,61±7,60 | 50,72±7,01 | -0,076 | 0,939 |

Müdahale grubundaki aile sağlığı çalışanlarının son test bulgularına göre toplam RSOY (P=0,001) ve RSOY alt boyutlarından bilgi (P=0,001) ve kaynak (P=0,001) puan ortalamalarında ön test sonuçlarına göre artış görülmüştür ve anlamlıdır ($p<0,05$). İnanç alt boyutu puan ortalamaları arasında ise fark görülmemiştir (p=0,599) (Tablo 4. 17).

Müdahale grubundaki aile sağlığı çalışanlarının son test bulgularına göre toplam RHİÖ (p=0,053) ve RHİÖ alt boyutlarından tehlikeliliğe (p=0,025) ait ölçek puan ortalamaları arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma (p=0,208) ve utanma (p=0,161) alt boyutundaki ortalama puan farkları anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

RSTTÖ ölçeği son test sonuçlarına göre toplam ölçek (p=0,008), iyi niyet (p=0,001) ve korku (p=0,002) alt boyutlarındaki puan ortalamalarındaki değişim anlamlıdır ($p<0,05$). İdeoloji alt boyutunda (p=0,151) görülen puan artışı anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17.** Müdahale grubu aile sağlığı çalışanlarının ön - son anket uygulaması ölçekleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (n=82)

| Ölçekler ve alt boyutları | Ön anket uygulaması | Son anket uygulaması | Wilcoxon Test Z | Wilcoxon Test P |
|---|---|---|---|---|
| | Ortalama/S.S. | Ortalama/S.S. | | |
| Bilgi RSOY | 8,58±1,55 | 9,37±1,04 | -4,453 | **0,001** |
| İnanç RSOY | 5,02±1,95 | 5,15±2,05 | -0,526 | 0,599 |
| Kaynak RSOY | 2,39±1,41 | 3,46±0,97 | -5,187 | **0,001** |
| Toplam RSOY | 15,99±3,19 | 18,0±2,30 | -5,502 | **0,001** |
| Tehlikelilik RHİÖ | 21,82±7,17 | 20,88±4,66 | -1,620 | **0,025** |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 24,78±9,56 | 24,42±8,30 | -1,259 | 0,208 |
| Utanma RHİÖ | 2,40±3,11 | 2,28±2,18 | -1,538 | 0,161 |
| Toplam RHİÖ | 49,02±14,64 | 47,58±12,27 | -0,548 | **0,053** |
| İyi niyet RSTTÖ | 21,07±3,41 | 23,74±3,5 | -4,759 | **0,001** |
| İdeoloji RSTTÖ | 22,01±6,19 | 23,32±4,09 | -1,44 | 0,151 |
| Korku RSTTÖ | 6,31±1,34 | 5,63±1,72 | -3,143 | **0,002** |
| Toplam RSTTÖ | 49,40±8,59 | 52,70±6,43 | -2,657 | **0,008** |

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının son anket uygulaması toplam RSOY ortalaması 17,57±2,67 (kontrol:17,16±2,78 ve müdahale:18,0±2,30) bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarındaki aile sağlığı çalışanlarının toplam RSOY (p=0,05) bilgi alt boyutu (0,029) ve kaynak alt boyutu (0,053) son anket uygulaması ölçek puanları arasında fark bulunmaktadır (p<0,05). Kontrol ve müdahale gruplarının inanç alt boyut (p=0,068) puan ortalamasında son anket uygulaması sonuçları açısından fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.18).

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının son anket uygulaması toplam RHİÖ ortalaması 47,66±13,15 (kontrol:47,68±14,18 ve müdahale:47,58±12,27) bulunmuştur. RHİÖ toplam ölçek (p=0,147), çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma (p=0,066) ve utanma (p=0,537) alt boyutlara ait puan ortalamaları arasında ise fark bulunmamıştır

(p>0,05). Bu ölçeğe ait tehlikelilik alt boyutuna ait kontrol ve müdahale grupları arasında fark olduğu belirlenmiştir (p=0,044) (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18.** Aile sağlığı çalışanlarının son anket uygulaması ölçeklerin ve alt boyut puanlarının karşılaştırması

| **Ölçekler ve alt boyutları** | **Kontrol Grubu (n=89)** | **Müdahale Grubu (n=82)** | **Tüm Grup (n=171)** | **Mann Whitney-U** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Ortalama/S.S** | **Ortalama/S.S** | **Ortalama/S.S** | | |
| Bilgi RSOY | 8,76±1,77 | 9,37±1,04 | 9,05±1,50 | 3832,0 | **0,029** |
| İnanç RSOY | 5,42±1,36 | 5,15±2,05 | 5,35±1,72 | 3534,5 | 0,068 |
| Kaynak RSOY | 2,96±1,19 | 3,46±0,97 | 3,20±1,11 | 3602,5 | 0,053 |
| Toplam RSOY | 17,14±2,78 | 18,0±2,30 | 17,57±2,67 | 3231,0 | **0,005** |
| | | | | | |
| Tehlikelilik RHİÖ | 21,51±6,67 | 20,88±4,66 | 21,20±5,74 | 3811,0 | **0,044** |
| Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma RHİÖ | 24,11±8,62 | 24,42±8,30 | 24,30±8,42 | 3745,5 | 0,066 |
| Utanma RHİÖ | 2,06±1,92 | 2,28±2,18 | 2,17±1,96 | 4017,5 | 0,537 |
| Toplam RHİÖ | 47,68±14,18 | 47,58±12,27 | 47,66±13,15 | 3714,5 | 0,147 |
| | | | | | |
| İyi niyet RSTTÖ | 22,01±3,75 | 23,74±3,5 | 22,87±4,06 | 3257,5 | **0,007** |
| İdeoloji RSTTÖ | 22,00±4,71 | 23,32±4,09 | 22,65±6,15 | 4105,0 | 0,726 |
| Korku RSTTÖ | 6,71±1,19 | 5,63±1,72 | 6,14±1,48 | 3636,5 | 0,091 |
| Toplam RSTTÖ | 50,72±7,01 | 52,70±6,43 | 51,67±8,95 | 3801,5 | 0,233 |

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının son anket uygulaması toplam RSTTÖ ortalaması 51,67±8,95 (kontrol:50,72±7,01 ve müdahale: 52,70±6,43) bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarının toplam RSTTÖ (p=0,233), ideoloji (p=0,726) ve korku (p=0,091) alt boyutları ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (p<0,05). RSTTÖ ölçeği iyi niyet alt boyutu eğitim verilen müdahale grubunda daha yüksektir ve anlamlıdır (p=0,007) (Tablo 4.18).

# 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik hazırlanan ve çevrim içi platformdan sunulan ’Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı uygulamaları ve yaklaşımları’’ eğitimi sonrası aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar, ruhsal hastalıklara yönelik toplum tutumları üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmanın hipotezleri; eğitimin birinci basamak sağlık çalışanı aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini arttıracağı, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve olumsuz toplumsal tutum düzeylerini azaltacağı yönündedir.

Araştırma aşağıda belirtilen dört konu başlığına göre tartışılmıştır;

5.1. Aile hekimlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve toplum tutumlarının mevcut durumu

5.2. Aile hekimlerine verilen eğitiminin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve toplum tutumları üzerine etkisi.

5.3. Aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve toplum tutumlarının mevcut durumu

5.4. Aile sağlığı çalışanlarına verilen eğitiminin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve toplum tutumları üzerine etkisi.

### 5.1. Aile Hekimlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaş ortalamaları 48,9±7,3 (kontrol:50,0±6,6 ve müdahale: 47,9±7,8), mesleki çalışma yıl ortalamaları 23,9±7,3'dır (kontrol:25,0±6,7 ve müdahale: 22,6±7,8). Katılımcıların %65,8'i erkek (kontrol:73,1 ve müdahale:58,2) ve %92,9'u il merkezi aile sağlığı merkezinde görev yapmaktadır (kontrol:96,8 ve müdahale:89,0). Araştırmamıza katılan aile hekimleri, mezuniyetlerinin üzerinden uzun bir süre geçmiş olduğu halde yalnızca %52,2'si mezuniyet sonrasında ruh sağlığı hakkında eğitim aldığını belirtmişlerdir. Ruh sağlığı sorunları, giderek artan bir şekilde toplumun birçok kesimini etkilemekte ve tıbbi, psikososyal ve ekonomik açılardan ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerinin, ruh sağlığı alanında yeterli eğitim ve donanıma sahip olmaları kritik öneme sahiptir (Ayano ve ark., 2017). Bulgumuz, sürekli eğitim / hizmet içi programlarının gözden geçirilmesi ve güncellenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Lisans eğitim programlarında, ruh sağlığına yönelik konulara daha fazla yer verilmesi ve aile hekimlerinin bu konularda daha derinlemesine eğitilmesi gerekmektedir.

Eğitim programlarının güncellenmesi kadar, bu eğitimlere erişimin artırılması da önemlidir. Sağlık hizmeti sunucularına, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerine, ruh sağlığı eğitimlerine daha kolay erişim imkânı sağlanmalıdır. Çevrimiçi eğitim programları, seminerler, konferanslar gibi farklı formatlarda sunulan eğitimler, sağlık profesyonellerinin eğitimlerini güncellemeleri ve ruh sağlığı alanındaki gelişmeleri takip etmeleri için önemli bir kaynak olabilir (Reis ve ark., 2022).

Araştırmaya katılanların %71,2'si, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini, birinci basamak sağlık hizmetleri esansında görevi olarak düşündüğünü belirtmişlerdir. Bu durum, aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine önem verdiğini ve bu hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul ettiklerini göstermektedir. Ancak, bu oranın kontrol grubunda %67,7 iken müdahale grubunda %74,7'dür. Bu bulgu, müdahale grubundaki aile hekimlerinin koruyucu ruh

sağlığı hizmetlerine yönelik daha yüksek bir farkındalığa sahip olduğunu işaret etmektedir.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %24,5'i hayatının bir döneminde ruhsal bir sağlık sorunu yaşadığını (kontrol:23,7 ve müdahale:25,3) ve %28,3'ü ruh sağlığı hastalığı tanısı almış bir yakını olduğunu (kontrol:23,7 ve müdahale:33,0) belirtmiştir. Ruhsal sağlık sorunu yaşayan aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (%51,1) bir sağlık profesyonelinden yardım almıştır. Ancak, ruhsal sağlık sorunu yaşayan aile hekimlerinin %20'sinin ilaç dışı yöntemlerle kendisini tedavi etmeye çalıştığı ve %13,3'ünün kendisine ilaç başladıkları belirtilmektedir. Profesyonel destek almayı tercih etmeyenlerin, tercih etmeme nedenleri sorgulanmamıştır. Ancak, damgalanma endişesi, tedaviye ilişkin özgüven, ruhsal sorunu ciddiye almama, ruh sağlığı profesyoneline erişim sorunu gibi nedenlerin profesyonel yardım almaya engel teşkil edebilir (Asan, 2019).

Aile hekimlerinin, ruhsal sağlık sorunlarıyla karşılaşıldığında, yardım aramak için tercih ettikleri sağlık profesyoneli, her iki grup için de psikiyatrist olarak belirlenmiştir. Psikiyatristleri takip eden tercihin sırasıyla, aile hekimleri ve psikologlar olduğu görülmüştür. Sağlık kuruluşu açısından, her iki grup için de ilk tercih özel hastaneler olmuştur. Ruhsal sağlık sorunlarıyla karşılaşan aile hekimlerinin tercih ettikleri sağlık profesyonelleri ve bu tercihleri etkileyen faktörleri anlamak, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi geliştirmek, erken müdahaleyi teşvik etmek ve sağlık çalışanlarının kendi ruh sağlıklarını yönetme ihtiyaçlarını karşılamak için stratejiler oluşturmak açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Vilovic ve ark., 2021).

Sağlık çalışanlarının, kendi ruh sağlığı ihtiyaçlarını anlaması, yönetmesi ve ruh sağlığı hizmeti verebilmesi için ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin toplumdan daha yüksek olması gerekir. RSOY, bireylerin zihinsel sağlıkla ilgili bilgiye, anlayışa ve becerilere sahip olma yeteneğini ifade ederken, yardım arama davranışı ise kişinin zihinsel sağlık sorunlarıyla başa çıkmak için profesyonel yardım arama eğilimini ifade eder. Araştırmamızda, aile hekimlerinin ön anket uygulaması RSOY puanlarının ortalamasının 14,8±3,8 olduğunu tespit edilmiştir. Kontrol grubunun ortalaması 14,7±4,2 iken müdahale grubunun ortalaması 14,9±4,4'dir. RSOY düzeyinin değerlendirmesi hakkında kesim noktaları yayınlanmamıştır. Ancak en düşük sıfır, en

yüksek 22 puan alınmasından dolayı, aile hekimlerinin genel ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesinin ortalama düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. RSOY'un bileşenleri arasında en yüksek puan ortalamasına sahip olan "bilgi" alt boyutu, aile hekimlerinin ruh sağlığı hakkındaki temel bilgilerinin yeterli olduğunu işaret etmektedir. Ancak, en düşük puan ortalamasına sahip olan "İnanç" alt boyutu, aile hekimlerinin ruh sağlığı konusunda olumsuz inanç ve damgalama konusunda gelişmeye ihtiyacını işaret etmektedir. Bu durum, ruh sağlığı hizmetlerine erişimde ve yardım arama davranışlarında belirleyici olabilecek önemli bir faktördür. Ancak araştırmaya katılan aile hekimlerinin yardım arama davranışını gösteren "Kaynak" alt boyutu puan ortalaması daha iyi düzeydedir ve aile hekimlerinin ruhsal sağlık sorunlarında yardım arama niyetinin olumlu olduğuna işaret etmektedir.

Literatür taramasında, Türkiye'de aile hekimleri, birinci basamak sağlık çalışanları veya tıp öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini değerlendiren az sayıda çalışma olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre pediatristlerin yarısının yetersiz ve sınırlı ruh sağlığı okuryazarlığı (MHL) olduğu bildirilmiştir (Kılınçel ve Muratdağı, 2021).

Uluslararası literatür, sağlık profesyonellerinin genellikle ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, aile hekimlerinin de dâhil olduğu sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı konusunda daha fazla eğitim ve farkındalığa ihtiyaç duyduğunu vurgulamaktadır. Örneğin, Kenya ve Ürdün'de birinci basamak aile hekimlerinin, düşük ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (Dalky ve ark., 2020; Marangu ve ark., 2021). Benzer şekilde, İngiltere'de doktorların ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu, iyileştirilmesi gereken yönleri olduğu belirtilmiştir (Varvari ve ark., 2022). Malezya'da tıp fakültesi öğrencilerinin de ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (Samar ve Perveen, 2021).

Uluslararası literatürde, RSOY hakkında farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı çalışma sonuçlarına da rastlanılmıştır. Örneğin, Mısır'da tıp öğrencileri arasında, ruhsal sağlık sorunlarından depresyon ve intihar okuryazarlığının düşük olduğu bildirilmiştir (Abdelsalam ve Said, 2022). Türkiye'de yapılan çalışmaların sınırlı olması ve bu alandaki literatür eksikliği, aile hekimlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini tam olarak anlamamızı zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, aile hekimlerinin ruh sağlığı

okuryazarlığını değerlendirmek ve iyileştirmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı inançları, ruhsal bozukluğu olan kişilerin arayabileceği yardımları olumsuz yönde etkilemekte ve hastaların kendilerini 'etiketlenmiş' ve 'ötekileştirilmiş' hissetmelerine yol açabilmektedir (Knaak ve ark., 2017). Aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları, bu hastalıkların önlenmesinde, tanı ve tedavisinde etkilidir. Aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara yönelik olumlu veya olumsuz inanç durumunu değerlendirmek için bu çalışmada RHİÖ kullanılmıştır. RHİÖ, ruhsal hastalıklara yönelik bireysel inanç ve tutumu değerlendirmek için kullanılmıştır.

Araştırmamızda, aile hekimlerinin ön anket uygulaması toplam RHİÖ ortalaması 43,2±14,4 olarak bulunmuştur. Tehlikelilik puan ortalaması: 18,8±6,6; çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma: 22,4±9,1 ve utanç puan ortalaması: 2,0±2,4'dur. Kontrol grubunun ortalaması 43,3±13,5 iken müdahale grubunun ortalaması 43,08±19,30 olarak hesaplanmıştır. Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği ve alt boyutlarında ölçek ortalamasının düşük olması beklenen ve istenilen bir durumdur. Literatür ışığında yapılan kıyaslamalar, araştırmanıza katılan aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğunu, damgalama tutumlarının ise literatüre göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Ankara Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin toplam RHİÖ skor ortalamasının 43,6±13,5 olduğu belirtilmiş olup araştırma sonuçlarımızla benzerdir (Duman ve ark., 2019). Ancak, Ege Üniversitesi acil servisinde görev yapan hekimlerin RHYİÖ alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla "Tehlikelilik" 22,3 ±5,3, "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" 27,5±8,5, "Utanma" 2,3±2,4 olup, toplam puan ortalaması 53,9±9,7 almış oldukları belirtilmiştir ve araştırmamızın sonuçlarına göre daha yüksektir (Yıldırım ve ark.., 2018). Birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışmada da "Tehlikelilik" 21,8±7,6, "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" 28,2±11,2, '"Utanma" 1,3±2,3 ve toplam skor 51,2±19,1 olup, genel olarak bizim bulgularımıza göre daha yüksek olumsuzu tutumu işaret etmektedir (Tümer ve ark., 2019).

Bu çalışmada kullanılan RSTTÖ, toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere karşı nasıl davrandığını, onları ne kadar anladığını, kabul ettiğini ve destek verip vermediğini

belirlemek için kullanılır. RSTTÖ toplam ölçek puanından ziyade alt ölçek puanları göz önüne alınmalıdır. Ruhsal hastalığı olan kişilere karşı ayrımcılık yapılmamasını, ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavisi için daha fazla kamu kaynağı harcanması ve ruhsal hastalığı olan kişilerin toplum içinde korkuya neden olduğu ve sosyal haklarının sınırlanmalıdır yönünde görüşleri ortaya çıkarmaktadır. Ölçekte iyi niyet ve ideoloji alt boyut puanının yüksek, korku puanının düşük olması beklenmektedir. Araştırmamıza katılan aile hekimlerinin ön anket uygulaması sonuçlarına göre, iyi niyet: 21,5±4,5; ideoloji: 21,6±6,7 ve korku: 7,2±2,0 puan ortalamalarına sahip oldukları belirlenmiştir. Aile hekimlerinin, iyi niyet, ideoloji ve korku alt ölçeklerindeki puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, hekimlerin ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutumlarında geliştirilmesi gereken yönler olduğunu göstermektedir. Özellikle, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ayrımcılığın azaltılması ve daha fazla kamu kaynağının tedavi imkânlarına yönlendirilmesi gibi konularda daha iyi bir anlayışın sağlanması için çaba gösterilmesi gerekebilir. Türkiye'de hekimler üzerinde yapılmış tek çalışma sonuçlarına göre; iyi niyet 35,8, ideoloji 37,0, korku 5,9 puan ortalamalarına sahip olduğu bildirilmiştir (Bağ ve Ekinci, 2005). Bağ ve Ekinci'nin (2005) çalışması ile karşılaştırdığımızda, bizim bulgularımız, daha yüksek toplumsal kabul ve tedavi desteğini onaylandığını ancak ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilere karşı korku hissedildiğini göstermektedir.

Dünya literatüründe de hekimlerin ruhsal hastalılara yönelik damgalayıcı tutumları olduğu kayıt edilmiştir (Alibrahim ve ark.,2023; Fernando ve ark.,2010; Van't Hof ve ark.,2020; Winkler ve ark.,2016; Vistorte ve ark.,2018). Bu konuda farkındalık ve eğitim programlarının daha yaygın bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Hekimlerin ruhsal sağlık konularında daha duyarlı ve empatik bir yaklaşım geliştirmeleri, bu hastalara daha iyi hizmet sunmalarını ve toplumun bu hastalıklara karşı daha olumlu bir tutum geliştirmesini sağlayabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma, aile hekimlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin ortalama düzeyde olduğunu, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının genellikle olumlu olduğu ancak bazı damgalayıcı inançların hala varlığını sürdürdüğü gözlemlenmiştir. Aile hekimlerine yönelik ruh sağlığı eğitimlerinin güncellenmesi ve daha kapsamlı hale getirilmesi, ayrıca bu eğitimlere daha kolay erişim imkânı sağlanması önerilmektedir.

## 5.2. Aile Hekimlerine Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisi

Bu bölümde, birinci basamakta çalışan aile hekimlerine verilen "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Uygulamaları ve Yaklaşımları" Eğitiminin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve toplum tutumları üzerine etkisi incelenmiştir.

Müdahale grubundaki aile hekimlerinin son anket uygulaması bulgularına göre toplam RSOY (p=0,035), bilgi (p=0,001), inanç (0,041) ve kaynak (p=0,001) alt boyutlarında puan ortalamalarında ön anket uygulaması sonuçlarına göre artış görülmüştür ve anlamlıdır ($p<0,05$). Araştırmada, eğitim ile RSOY'un tüm alt boyutları arasında pozitif ilişki bulunduğu görülmektedir. Aile hekimlerine yapılan eğitim müdahalesi, ruh sağlığına ilişkin bilgi ve destekleyici tutumlarını artırmada etkili olmuştur.

Bulgular, ‘’Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Uygulamaları ve Yaklaşımları’’ eğitiminin sağlık profesyonelleri üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle, müdahale grubundaki hekimlerin ruh sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi artmış, yardım arama davranışı ve destekleyici tutumlarında iyileşmeler gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, pilot çalışma olarak hazırlanan ve çevrim içi sunulan ruh sağlığı eğitim içeriğinin, sağlık hizmeti sunucularının ruh sağlığı hakkında farkındalığını ve bilgi düzeyini artırabileceğini göstermektedir. Çalışma bulgularımız, sağlık profesyonellerinin RSOY düzeyini artırmak için yapılan eğitim müdahalelerinin etkinliği konusundaki mevcut literatürle uyumludur. Araştırmalar, çevrimiçi kurslar da dâhil olmak üzere eğitim programlarının, sağlık profesyonelleri arasında ruh sağlığı okuryazarlığını artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Griffiths ve ark., 2016; Henderson ve ark., 2018; Jorm ve ark., 2010; Koly ve ark., 2021). Griffiths ve ark. (2016) yaptığı meta analiz araştırması, çevrimiçi bir ruh sağlığı eğitim programının tıp öğrencileri arasında ruh sağlığı bilgisini ve ruh sağlığı sorunlarıyla başa çıkma konusundaki özgüvenlerini önemli ölçüde artırdığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Henderson ve ark. (2018) sağlık hizmetlerinde çalışanların, ruh sağlığı bozukluklarını tanıma ve yönetme konusundaki özgüvenlerinin eğitim müdahalesiyle artacağını bildirmiştir. Jorm ve ark. (2010), lise öğretmenlerine yönelik ruh sağlığı ilk yardımı

eğitiminin etkili bir müdahale olduğunu ve gençlerin ruh sağlığı sorunlarını tanıma ve destek sağlama konusunda önemli bir rol oynayabileceğini vurgulamaktadır.

Araştırmamız kontrol grubu AH'lerinin de son anket uygulaması sonuçlarına göre toplam RSOY ve bilgi alt boyutu puan ortalamalarında artış olduğu belirlenmiştir. Bulgular, kontrol grubunun anket uygulamaya bağlı olarak basit hatırlatıcı bir müdahaleye maruz kaldığını düşündürmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'nde benzer şekilde birinci basamak hekimlerine gönderilen hatırlatmaların kolorektal kanser tarama sayısını artırdığı bildirilmiştir (Sequist ve ark., 2009). Bu bağlamda, kontrol grubunuzdaki bireyler üzerindeki hatırlatıcı müdahalenin, bilgi düzeylerinde ve belki de sağlık davranışlarında meydana gelen değişiklikler üzerinde bir etkisi olmuş olabilir. Böyle bir etki, hatırlatma mekanizmalarının, hedeflenen sağlık davranışlarını teşvik etmede kullanılabileceği geniş bir potansiyeli işaret ediyor. Bu tür bulgular, sağlık alanında politika yapıcılar, araştırmacılar ve sağlık profesyoneller için, yeni stratejiler geliştirmede yol gösterici olabilir.

Müdahale grubundaki aile hekimlerinin toplam RHİÖ ($p=0,034$) ve tehlikelilik alt boyutu ($p=0,046$) ön ve son anket uygulaması puanları arasında fark olduğu belirlenmiş olup, diğer alt boyutlarda fark anlamlı değildir ($p>0,05$). RSTTÖ ölçeği son anket uygulaması sonuçlarına göre de müdahale grubu aile hekimlerinin ölçek toplamı ($p=0,003$) ile iyi niyet (0,001) ve korku (0,006) alt boyutlarına ait puan ortalamalarında değişim olduğu görülmüştür. İdeoloji alt boyutunda ($p=0,056$) puan artışına rağmen eğitimin yeterli etkiyi göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Literatüre göre, ön anket uygulaması sonuçlarında, aile hekimlerinin tehlikelilik alt boyutunun diğerlerinden daha olumsuz tutumu işaret ettiği görülmüş olup, eğitim etkisinin en çok tehlikelilik alt boyutunda gerçekleşmiş olması dikkat çekicidir. Benzer şekilde, RSTTÖ ön anket uygulaması sonuçlarına göre "korku" literatüre göre en yüksek skorlu alt boyuttur. Ancak eğitim sonrası "iyi niyet" ve ‘’korku’’ boyutundaki olumlu değişim eğitimin aile hekimlerinin tehlikelilik ve korku algısını değiştirmede özellikle etkili olduğunu göstermektedir. Aile hekimleri genellikle birçok farklı sağlık durumu ile ilgilenirler ve hastalarına geniş bir yelpazede danışmanlık yaparlar, bu nedenle tutumlarının ve algılarının eğitim yoluyla şekillendirilmesi, hasta bakım kalitesi üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Çalışmamızla, eğitim müdahalesinin, ruhsal sorunlara yönelik olumsuz

inanç ve toplum tutumları üzerinde etkili olduğu ancak geliştirilmesi gereken yönleri olduğu tespit edilmiştir.

Literatüre göre, tıp eğitimi sürecinde damgalama karşıtı eğitimin etkinliğini değerlendiren çalışma sonuçları, eğitim müdahalelerinin damgalamaya yönelik düşüncelerinin değişmesine etkisinin yeterli olmadığını göstermiştir. Yanık ve ark. (2003) tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre, psikiyatrik eğitim alan tıp öğrencilerinin şizofreniye yönelik tutumları üzerinde bir etkisi olduğu, ancak, bu etkinin tam olarak olumlu olmadığı ve öğrencilerin hala şizofreniye karşı olumsuz tutumlar sergiledikleri bildirilmiştir. Aynı araştırmada, psikiyatrik eğitimin tıp öğrencilerinin ruh sağlığı hastalarına yönelik tutumlarını iyileştirmede tek başına yeterli olmadığı belirtilmiştir. Tıp eğitimi sürecinin damgalama tutumu üzerine çalışma yapan Demirören ve ark. (2015), öğrencilerin ruhsal bozukluklara karşı tutumlarını belirleyen etkenlerin neler olduğu ve bu tutumların tıp eğitimi sırasında nasıl değişebileceği araştırmış ve tıp eğitiminin yeterli olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Vila-Badia ve ark. (2016) yapmış oldukları bir çalışmada öğrencilere verilen eğitim sonrasında RSTTÖ alt boyutlarından iyi niyet ve toplumun ruh sağlığı ideolojisi alt boyutlarında belirgin bir iyileşme gözlenmediği bildirilmiştir. Winkler ve ark. (2016) çalışmasında, psikiyatri stajını tamamladıktan sonra, tıp öğrencilerinin damgalayıcı tutumlarında iyileşme gözlemlenmiş olmasına rağmen, sorumluluk almak ve psikiyatrik hastalığı olan kişilere bakım verme konusunda kendilerini hazır hissetme düzeylerinde bir iyileşme görülmemiştir. Aynı çalışmada, eğitim müdahalesinin inançları değiştirmek için yeterli olmayabileceği vurgulanmıştır. Tıp öğrencileri başta olmak üzere sağlık alanı öğrencilerinin ruhsal bozukluklara karşı tutumlarını olumlu yönde etkilemek için daha fazla eğitim ve farkındalık programlarına ihtiyaç bulunmaktadır. Dünyada da, tıp fakültelerinde, disiplinler arası eğitim modellerinin uygulanması gerektiği, psikiyatri profesyonellerinin birinci basamağa yönelik işbirliğine açık olmaları tavsiye edilmiştir (Kroenke ve Unutzer, 2017).

Literatürde, eğitim müdahalesinin damgalamayı azalttığına dair araştırma sonuçlarına da ulaşılmıştır. Yıldırım Birdoğan ve Berksun (2002) tarafından tıp fakültesindeki birinci sınıf ve altıncı sınıf öğrencilerinin psikiyatrik hastalara yönelik tutumlarını incelemiş, tıp fakültesindeki öğrenciler arasında psikiyatrik hastalıklara karşı tutumların

farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Özellikle, altıncı sınıf öğrencilerinin, birinci sınıf öğrencilere göre, psikiyatrik hastalıklara karşı daha olumlu ve anlayışlı bir tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Bu durum, tıp eğitiminin ilerleyen yıllarında, öğrencilerin psikiyatrik hastalıklara karşı daha empatik ve bilinçli bir tutum geliştirdiğini işaret etmektedir. Erbaydar ve Çilingiroğlu (2010) tarafından yapılan araştırmada, tıp eğitiminin, gelecekteki hekimlerin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkileyip etkilemediğini araştırmış, tıp eğitiminin, öğrencilerin ruh sağlığı sorunu olan bireylere karşı tutumlarını etkilediği görülmüştür. Özellikle, tıp eğitimi alan öğrencilerin, ruh sağlığı sorunu olan bireylere karşı daha olumlu, anlayışlı ve duyarlı bir tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Bununla birlikte, bazı öğrencilerin hala ruh sağlığı sorunu olan bireylere karşı negatif ön yargılar taşıdığı ve bu konuda eksik bilgiye sahip olduğu belirtilmiştir. Esen Danacı ve ark. (2016) tarafından, tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada beş yıl boyunca tıp öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumlarını izlenmiş ve değerlendirmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerinde belirgin bir etkisi olduğu, tıp öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumlarında önemli bir iyileşme ve değişim olduğu bildirilmiştir. Altındağ ve ark. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada da, damgalama karşıtı bir eğitim programının tıp öğrencilerinin şizofreni hastalarına yönelik tutumları üzerindeki etkisini incelemiş, karşı-damgalama programının tıp öğrencilerinin şizofreni hastalarına yönelik tutumlarında olumlu bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Knaak ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmada, bir grup sağlık çalışanına yönelik düzenlenen eğitim programının ardından ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeyinde önemli bir azalma olduğu bildirilmiştir. Mehta ve ark. (2015) yaptığı meta analizde, farklı müdahale türlerinin ruh sağlığı ile ilgili damgalama ve ayrımcılığı azaltmada etkili olduğunu bildirilmiştir. İran'da tıp öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireyler arasında erken müdahale, damgalamayı önleme ve yardım arama davranışını teşvik etmede ruh sağlığı okuryazarlığının rolü vurgulanmıştır (Sayarifard ve ark., 2015). Benzer şekilde, Reavley ve Jorm'un (2014) bir çalışması, ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalığı olan bireylere karşı damgalayıcı tutumların azaldığı belirtilmiştir.

Damgalama karşıtı eğitim müdahalelerinin etkinliği farklı sonuçlar gösterse de, bu çalışmaların gelişmiş ülkelerde de yeterli başarı göstermediği, aksine şizofreni gibi hastalıklarda eskiye göre daha fazla damgalama ile karşı karşıya kalındığı bildirilmektedir (Pescosolido ve ark., 2021; Schomerus ve ark., 2022). Damgala karşıtı eğitimler, ruh sağlığı sorunlarına yönelik toplumsal algıyı iyileştirmeye ve stigmatizasyonla mücadele etmeye yardımcı olan önemli bir araç olabilir. Bu eğitimlerin etkili olabilmesi için uzun vadeli ve kapsamlı bir stratejiyle birlikte uygulanmaları tavsiye edilmektedir. Gronholm ve ark. (2017) yapmış olduğu bir sistematik derlemeye göre kısa süreli eğitim müdahalelerin sonuçlarının, bizim sonuçlarımıza benzer şekilde küçük ve orta düzeyde etkisi olduğu gösterilmiştir. Mehta ve ark. (2015) yaptığı meta analizde damgalamayı azaltıcı müdahaleler arasında eğitim programları, sosyal kampanyalar, medya kampanyaları ve temas odaklı eğitimler gibi çeşitli yaklaşımların bulunduğunu belirtmektedirler. Özellikle, temas odaklı eğitimlerin, bireyler arasındaki iletişimi artırarak damgalama ve ayrımcılığı azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda kullanılan çevrim içi eğitim programı yüz yüzedir ve temas odaklı değildir. Damgalamaya yönelik ölçek skorlarında istenilen düzeyde etkili sağlayabilmek için yüz yüze başka bir eğitim programı ile değerlendirilmesi, eğitim ve program geliştirme çalışmaları açısından katkı sağlayabilir.

Araştırmamız eğitim müdahalesinin üç ay gibi bir süre sonraki etkisi üzerine odaklanmıştır. Ancak, Koly ve ark. (2021) Güney ve Güneydoğu Asya'daki sağlık çalışanlarına verilen ruh sağlığı eğitimi ve etkileri üzerine yaptıkları bir sistemik derlemede, az sayıda çalışmanın eğitimin uzun dönem etkilerini değerlendirildiğini belirtmiştir. Çalışma sonuçlarımız eğitim programımızın uzun dönem etkilerini içermemektedir. Eğitimin uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesi, sağlık personelinin kendi ruh sağlığına olan etkisinin yanı sıra sağlık hizmeti verdikleri bireylerin ruhsal sorunlarına yönelik deneyimlerini incelemek açısından son derece önemlidir. Gelecekte yapılacak araştırmalar için uzun dönem etkilerin değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilir.

Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları literatürle uyumludur ve ruh sağlığı eğitim müdahalesinin RSOY düzeyini artırmak, olumsuz inanç ve tutumları azaltmakta potansiyel bir araç olduğunu göstermektedir. Ancak, inanç ve tutum düzeylerinde sınırlı

bir düşüş olduğu ve daha iyi sonuçlar elde etmek için ek müdahalelere ve farklı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

### 5.3. Aile Sağlığı Çalışanlarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Toplum Tutumlarının Mevcut Durumu

Araştırmaya katılan ASÇ'lerin yaş ortalamaları 39,2±6,6 (kontrol:40,2±5,9 ve müdahale: 38,1±7,1), mesleki yıl ortalamaları 17,5±7,6 (kontrol:18,1±7,4 ve müdahale: 16,8±7,8) dür. Araştırmaya katılan ASÇ'lerin tamamı kadın, %67,3'ü ebe, %28,7'si hemşire ve %4,0'ı acil tıp teknisyenidir. %68,4'ü lisans mezunu ve %83,6'sı ildekiaile sağlığı merkezinde (kontrol:83,1 ve müdahale:84,1) görev yapmaktadır.

ASÇ'lerin yaklaşık ¾'ü, mezuniyet sonrası hiç ruh sağlığı eğitimi almamış ve yaklaşık yarısı birinci basamağın ruh sağlığını koruyucu sağlık hizmeti sunma görevi olup olmadığı konusunda emin değildir. Kenya'da birinci basamak sağlık çalışanlarının sadece %8,7'sinin son beş yıl içerisinde ruh sağlığı eğitimi aldığı bildirilmiştir (Marangu ve ark., 2021). Aile sağlığı çalışanlarının görev tanımları arasında, "Aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak" maddesi yer almaktadır (Aile Hekimliği Kanunu, 2004).

ASÇ'lerin büyük bir kısmının mezuniyet sonrasında hiç ruh sağlığı eğitimi almamış olmaları, bu alanda bilgi ve becerilerinin güncellenmesi gerektiğini işaret etmektedir. Ruh sağlığı, genel sağlık ve refahın önemli bir parçasıdır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu konuda yeterli bilgiye sahip sağlık çalışanlarının olması son derece önemlidir. Birinci basamak sağlık kuruluşları her çeşit sağlık sorunu olan bireylerin ilk başvuru yapacağı sağlık merkezleridir. ASÇ'ler çoğunlukla anne ve bebek sağlığına özel sağlık hizmeti vermektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin perinatal depresyon okuryazarlığı da orta düzeyde bulunmuştur (Branquinho ve ark., 2022). Atilla'nın (2018) de yaptığı araştırmada, Kayseri'deki ASÇ'lerin perinatal depresyon sorununu fark edebildikleri ancak tanıya yönelik ölçüm araçlarını yeterince kullanmadıkları ve mevcut bilgi birikimlerini tedavi hizmetlerine yeterince aktaramadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle, ASÇ'ler için ruh sağlığı eğitimine ve bilgilendirme çalışmalarına daha fazla önem verilmesi gerektiği

açıktır. Bu şekilde, ruh sağlığıyla ilgili sorunlar daha etkili bir şekilde ele alınabilir ve toplumun genel sağlık ve refahı artırılabilir.

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının %29,2'si hayatının bir döneminde ruhsal bir sağlık sorunu yaşadığını,, %68,0'ının bir sağlık profesyonelinden yardım aldığı belirtmiştir. Toplumda ruhsal sağlık sorunu görülme oranının %17,2 (Erol ve ark., 1998) olduğundan, bulgularımız ruhsal sağlık sorunlarının aile sağlığı çalışanları arasında oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Araştırma grubunda profesyonel yardım alma oranı %68,0 ile yüksektir. Ruhsal sağlık problemini ilaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalıştığını belirtenlerin oranı %18 olurken, kendi kendine ilaç başlayanların oranı %8'dir. Bu sonuç, kişilerin ilaç kullanmadan önce alternatif tedavi yöntemlerine başvurma eğiliminde oldukları, profesyonel yardımı reddetme veya geciktirme eğiliminde olduğunu gösterebilir.

Ön anket uygulama sonuçlarına göre araştırmamıza katılan ASÇ'lerin RSOY puan ortalaması ön anket uygulaması sonuçlarına göre 16,0±3,50 (Kontrol: 16,0±3,6 ve Müdahale: 16,0±3,2) olup orta düzeydedir. En yüksek puan ortalaması bilgi alt boyutunda olurken, en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut inanç boyutudur. Yardım arama davranışı temsil eden kaynak alt boyutu puanı orta düzeydedir. Öztaş ve Aydoğan'ın (2021) çalışmasında hastanede görev yapan hekim dışı sağlık personelinin RSOY puan ortalaması 17,0±3,3'dur. Aynı çalışmada ebelerin RSOY puan ortalaması 14 olurken hemşirelerin 17 olduğu bildirilmiştir. Uymaz ve ark. (2021) ebeler üzerinde farklı bir ölçekle yaptığı çalışmaya göre de ebelerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin istenilenden düşük olduğu bildirilmiştir. Çalışmamıza katılan ASE'ler, Öztaş ve Aydoğan'ın (2021) çalışmasındaki hekim dışı sağlık personeli ve hemşirelerle benzer düzeylerde, ancak Uymaz'ın çalışmasından daha yüksek RSOY skoruna sahip oldukları belirlenmiştir.

Dünyada da sağlık personelinin RSOY düzeyine ilişkin farklı ölçeklerle yapılmış çalışma sonuçları bulunmaktadır. Çin ve Arap yarımadasında sağlık personelinin RSOY düzeyinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (Elyamani ve Hammoud, 2020; Guo ve ark., 2021). Birleşik Arap Emirliklerinde de hemşirelerin psikiyatrik hastalara ilişkin tanı koyma becerileri oldukça düşük bulunmuştur (Al-Yatem ve ark., 2017). Avustralya'da da hemşirelik lisans öğrencilerinin %40'ının, RSOY düzeyinin düşük olduğu, ruhsal

hastalıklarının türleri, tedaviler, ruh sağlığı damgalamasının nasıl azaltılacağı ve ruhsal hastalığı olan kişilerle nasıl iletişim kurulacağı hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtilmiştir (Saito ve Creedy, 2021).

Güney Afrika ve Zambiya'da birinci basamak sağlık çalışanlarının orta düzeyde RSOY olduğu, yüksek eğitime sahip olanların ruh sağlığıyla ilişkili hastalıkları daha iyi tanıdığı belirtilmiştir (Hao ve ark., 2020; Korhonen ve ark., 2022). Tüm çalışmalardan farklı olarak Güney Afrika'da hemşirelik öğrencilerinin genel olarak ruhsal bozukluklar hakkındaki bilgi düzeyinin iyi olduğu, yeterli yardım aramayı sürdürdükleri ve ruhsal hastalığa karşı olumlu tutumlara sahip oldukları belirtilmiştir (Petersen, 2019).

İnançlar davranışların yordayıcısıdır (Avcı, 2016). Aile sağlığı çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançları, bu gruplara yönelik doğru danışmanlık, yönlendirme ve bakım sürecine etki edebilir. Örneğin İsrail'de doğum sonrası ağır ruhsal hastalığı olan kadınlara ve bebeklerine bakım veren hemşirelerin, damgalanma ve ebeveynlik becerilerine ilişkin olumsuz tutumları nedeniyle daha az rutin doğum sonrası bakım verildiği bildirilmiştir (Ordan ve ark., 2018).

ASÇ'lerin ön anket uygulaması bulgularına göre RHİÖ ortalaması 48,6±15,2 (kontrol: 48,1±14,8 ve müdahale: 49,0±14,6) dır. Tehlikelilik: 21,5±7,4, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma: 24,5±9,8 ve utanma:2,5±2,9'dur. Acil servis çalışanları ile yapılan bir çalışmada RHİÖ alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla tehlikelilik: 22.5±5.6, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma: 27.8±7.6, utanma: 2.1±2.1 olup, toplam puan ortalaması 52.4±11,7'tür (Yıldırım ve ark., 2018). Sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırma bulgularında da toplam puan 49,2±17,3, tehlikelilik:21,6±7,0, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma: 25,9±10,5, utanma:1,6±2,2 olarak bulunmuştur (Özaydın ve ark., 2022). Literatürle birlikte değerlendirildiğinde ASÇ'lerin, ruhsal hastalıklara dair algılarının ve stigmatizasyonun boyutları orta düzeydedir. Yıldırım ve ark. (2018) çalışmasına katılan acil servis çalışanlarının RHİÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının daha yüksek olmasının bir nedeni, psikiyatrik acil durumlarla doğrudan karşı karşıya olmaları ve bu tür durumlarla sık sık çalışmalarıdır. Psikiyatrik acil durumlar, acil servis çalışanlarının karşılaştığı günlük zorluklardan biridir ve bu durumlarla başa çıkmak için özel beceri ve dayanıklılık gerektirebilir. Bu nedenle, bu çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının ve

tutumlarının, maruz kaldıkları yoğun ve stresli çalışma ortamının bir sonucu olarak daha yüksek olması mümkündür (Örüm, 2020).

Araştırmamıza katılan ASÇ'lerin, ruhsal hastalıklara tutumlarının değerlendirildiği RSTTÖ ön anket uygulaması puan ortalaması: 50,0±8,4 (kontrol: 50,6±7,6 ve müdahale: 49,4±8,6) dir. RSTTÖ ölçeğini değerlendirirken iyi niyet ve ideoloji puanının yüksek, korku puanının ise düşük olması beklenir. ASÇ'lerin iyi niyet: 21,2±3,6, ideoloji: 22,4±5,8 ve korku puanı ortalaması: 6,5±1,3'dir. Bağ ve ark. (2005) çalışmasına katılan hemşirelerin RSTTÖ sonuçlarına göre; iyi niyet 35,0±4,6, ideoloji 35,0±4,6, korku: 5,7±1,8 olduğu belirtilmiştir. Psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin RSTTÖ sonuçları; iyi niyet 19,7±3,6, ideoloji:22,8±5,9, korku dışlanma:6,8±1,6 olduğu bildirilmiştir (Asi Karakaş ve ark., 2017). Hemşirelik öğrencilerinin sonuçlarına göre; iyi niyet 19,7±3,4, ideoloji:20,9±4,7, korku dışlanma: 6,3±1,6 bulunmuştur (Şahin ve ark., 2019). Karşılaştırmalı verilere göre, psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin ideoloji ve korku puanlarının ASÇ'lerden farklı olduğu gözlemlenmektedir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ASÇ'lere göre daha olumlu tutum göstermemiş olması dikkate değer bir sonuçtur. Bu durum, farklı çalışma ortamlarının ve mesleki deneyimlerin, ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkileyebileceğini göstermektedir. İran'da da hemşirelerin kişisel ve mesleki deneyimlerinin damgalamayla ilişkili olduğu ve orta düzeyde damgalama gösterdikleri (Ebrahimi ve ark., 2012) belirtilmiştir. Dünyada 'da genel olarak sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutumun reddedici ve dışlayıcı olduğunu bildirilmektedir (Arkan ve ark., 2011).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum için bir tehdit oluşturduğu, bu hastaların tehlikeli olduğu ve bu hastalarla bir arada olmaktan korkulmasına dair düşünceler damgalama davranışının bileşenlerindendir (Bağ ve Ekinci, 2005). Hemşirelerin ruh sağlığı kliniklerinde çalışmayı istememe niyetinin altında da bu ve benzer düşüncelerin var olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Foster ve ark., 2019; Happell ve Gaskin,2013; Slemon ve ark.., 2020).

Sağlık personelinin çalışma koşullarına bağlı olarak ruhsal hastalıklara yönelik tutum geliştirdiğini belirten çalışma sonuçlarına da ulaşılmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının olumsuz çalışma koşulları, kaynak eksikliği ve hemşirelerin moral

bozukluğuna bağlı olarak ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutum geliştirdiği bildirilmiştir (Mosaku ve Wallymahmed, 2017). Psikolojik danışmanlarla yapılan bir araştırmada yüksek düzeyde damgalama ve ruhsal destek aramaya yönelik olumsuz tutumların, daha yüksek düzeyde stres ve daha az yaşam doyumu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Crowe ve ark., 2018).

Sonuç olarak, ASÇ'lerin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve toplum tutumu düzeyinin orta seviyede olduğunu belirlenmiştir. ASÇ'lerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin artırılması ve olumsuz tutumların azaltılması, toplumun genel ruh sağlığına yönelik daha etkili bir destek sağlayabilir. Bu bağlamda, hem sağlık çalışanlarına hem de topluma yönelik kapsamlı ve sürdürülebilir stratejilerin hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu çabalar, ruh sağlığı alanında daha kapsayıcı ve destekleyici bir ortamın oluşturulmasına katkı sağlayabilir.

### 5.4. Aile Sağlığı Çalışanlarına Verilen Eğitimin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar ve Toplum Tutumları Üzerine Etkisi

Bu bölümde, birinci basamakta çalışan aile sağlığı çalışanlarına verilen 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Uygulamaları ve Yaklaşımları'' eğitiminin ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve toplum tutumları üzerine etkisi incelenmiştir.

Araştırmamıza katılan aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı son anket uygulaması sonuçlarına göre toplam puan ortalaması 17,6±2,7 (kontrol: 17,1±2,8 ve müdahale: 18,0±2,3)'dir. Kontrol grubu son anket uygulaması ölçek toplam puan ortalaması: 17,1±2,8, alt boyutlardan bilgi: 8,8±1,8, inanç:5,4±1,4 ve kaynak 3,0±1,2'dır. Müdahale grubu 18,0±2,3, alt boyutlardan bilgi: 9,4±1,0, inanç: 5,1±2,0 ve kaynak: 3,5±1,0'dır. Araştırmamızda deney grubuna uygulanan eğitim müdahalesinin, kontrol grubuna göre RSOY'un bilgi ve kaynak alt boyutlarında anlamlı bir artışa neden olduğu, ancak inanç alt boyutundaki artışın yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bulgular, eğitim müdahalesinin katılımcıların ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi seviyelerini ve uygun kaynaklara erişimlerini artırdığını göstermektedir. Ancak, inanç alt boyutundaki yetersiz artış, müdahalenin katılımcıların ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarını değiştirmede yetersiz kaldığını işaret etmektedir. Bu durum, eğitim müdahalesinin

kapsamının ve içeriğinin, katılımcıların ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarını etkileme potansiyelini gözden geçirme gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırmanızın sonuçları, uluslararası literatürde yer alan benzer çalışmalarla tutarlıdır. Örneğin, Avustralya'da yapılan çalışma, ruh sağlığı eğitimi alan sağlık öğrencilerinin, ruh sağlığı okuryazarlığında anlamlı iyileşmeler gösterdiğini belirtmektedir (Saito ve Creedy, 2021). Tayvan'da halk sağlığı öğrencilerine 18 hafta süresince uygulanan teorik eğitim müdahalesinde, ruh hastalığının tanınması, yardım arama etkinliği ve yardım arama tutumunda önemli değişikliklere ulaşıldığı belirtilmiştir (Lai ve ark., 2022). ABD'deki yapılan bir çalışma, sanal eğitim müdahalelerinin de ruh sağlığı okuryazarlığını artırabileceğini göstererek, eğitim yaklaşımlarının çeşitlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır (Liu, 2021). Araştırmamız bir sanal eğitim müdahalesi içermektedir ve mevcut literatürle uyumludur.

ASÇ'lerin ön anket uygulaması bulgularına göre RHİÖ ortalaması 48,6±15,2 olurken, son anket uygulaması puan ortalaması 47,7±13,1'dir. Son anket uygulaması sonuçlarına göre kontrol grubunda ölçek toplam puan ortalaması: 47,7, tehlikelilik: 21,5±6,7, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma: 24,1±8,6 ve utanma: 2,1±1,9'dir. Müdahale grubunda son anket uygulaması sonuçlarına göre ölçek toplam puan ortalaması: 47,6±12,3, tehlikelilik: 20,9±4,7, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma: 24,4±8,3 ve utanma: 2,3±2,2'dir. Araştırmamızın eğitim müdahalesinin ruhsal hastalıklara yönelik tehlikeli olduklarını düşünmeye dair bulguları gösteren "Tehlikelilik" alt boyutunda olumlu yönde bir değişime neden olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan aile sağlığı çalışanlarının ruhsal hastalıklara tutumlarının değerlendirildiği RHTTÖ son anket uygulaması ortalamaları 51,7 (iyi niyet: 22,9; ideoloji: 22,6; korku: 6,1) olarak ölçülmüştür. Son anket uygulaması sonuçlarına göre kontrol grubu RSTTÖ ölçek toplam puan ortalaması: 50,7±7,0 olurken alt boyutlarda iyi niyet: 22,0±3,8, ideoloji: 22,0±4,7 ve korku: 6,7±1,2' dir. Müdahale grubu RSTTÖ ölçek toplam puan ortalaması: 52,7±6,4, iyi niyet:23,7±3,5, ideoloji:23,3±4,1 ve korku alt boyutu puan ortalaması:5,6±1,7'dir. Eğitimin, RSTTÖ ölçeği alt boyutlarından iyi niyet ve korku puan ortalamalarının da olumlu yönde değiştirdiği belirlenmiştir.

Foster ve ark. (2019), staj uygulamaları ile tamamlanan ruh sağlığı eğitim müdahalelerinin damgalamaya yönelik olumsuz tutumu değiştirdiği bildirilmektedir. Avustralya'da yapılan bu çalışmada, ruh sağlığı kliniklerinde çalışma fırsatı bulan öğrencilerin ruh sağlığı konusunda damgalama tutumlarının olumu yönde geliştiği bildirilmiştir. Hawthorne ve ark. (2020), İskoçya'da hemşirelik ve ebelik lisans öğrencilerinin damgalamaya yönelik puanlarının yüksek olduğu, ancak daha fazla ruhsal sorunlu hastaya ve eğitim programına maruz kalma sonrası tutumlarının olumlu yönde değiştiği bildirmiştir. Benzer şekilde lisans hemşireliği eğitimi alanların, daha uzun süre ruh sağlığı dersi aldıklarında ruh sağlığı hemşireliğine yönelik daha olumlu tutumlara sahip olma eğiliminde olduklarını belirtilmiştir (Happel ve Gaskin, 2013). Kolb ve ark.. (2022), ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmak amacıyla hemşirelere yönelik staja dayalı ve eğitici damgalama karşıtı müdahalelerin geliştirilmesini önermektedir. Düşük ve orta gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerdeki damgalama karşıtı yürütülmüş eğitim müdahalelerinin incelendiği bir araştırma, bizim çalışmamıza benzer sonuçları içermektedir. Araştırmaya göre kısa eğitim müdahalelerinin (1 saat - 1 gün) damgalamaya yönelik hiç veya çok az etki ettiği gösterilmiştir. Ancak karma yöntemlerle daha uzun süreli eğitim müdahalelerinin daha etkili olduğu bildirilmiştir (Heim ve ark., 2018). Araştırmamıza katılanlara verilen eğitim programının süresi 4 saattir ve tek günlük bir programdır. Literatüre göre eğitim süresi damgalama tutumu için kısa eğitim müdahalesi kapsamına girmektedir ve istenilen sonuçlar için yeterli değildir.

Sağlık personelinin, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama davranışının halka göre daha iyi düzeyde olması beklenir. Ancak, sağlık profesyonellerinin ve sağlık öğrencilerinin, ruh hastalığı olan kişilere karşı olumsuz tutumlara ve inançlara sahip olma eğiliminde oldukları ve bu nedenle ruh sağlığı sorunu olan kişilerin profesyonel yardım arama olasılığının azaldığı ve iyileşmelerin geciktiği gösterilmiştir (Chao ve ark., 2020). Sağlık profesyonelleri ve sağlık öğrencileri, kendi ruh sağlığı sorunlarını damgalanma endişesi ile ifşa etmekten kaçınabilir ve yardım arama konusunda isteksiz olabilir. Tedavi edilmeyen ruh sağlığı sorunları, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bakım kalitesini olumsuz etkileyerek, hastalar, sağlık hizmetleri ve toplum için sorunlara yol açabilir (Chao ve ark., 2020).

Sonuç olarak, araştırma bulguları, çevrim içi ruh sağlığı eğitiminin birinci basamakta çalışan aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, bu eğitim müdahalesinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını değiştirmede daha sınırlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Ruh sağlığı okuryazarlığının sadece bilgi ve kaynaklara erişimle ilgili değil, aynı zamanda bireylerin ruh sağlığı sorunlarına ve tedavi yöntemlerine yönelik inanç ve tutumlarını da içermektedir. Eğitim müdahalelerinin inanç boyutunu daha az etkilemesi, bu alanın daha derin sosyal ve kültürel inanç sistemlerine dayandığını ve muhtemelen daha uzun vadeli veya farklı yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak;

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı uygulamaları ve yaklaşımları eğitimi; aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini arttırmış, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç düzeylerini ve olumsuz toplumsal tutumunu azaltmıştır.

Bu sonuçlar; H1, H2 hipotezlerini doğrulamaktadır.

Araştırma sonuçlarımız doğrultusunda birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik öneriler oluşturulmuştur.

## 6.1. Aile Hekimlerine Yönelik Öneriler

### 6.1.1. Lisans eğitim sürecine yönelik öneriler

1. Tıp fakültelerinde mezuniyet öncesinde, psikiyatri eğitim içeriği birinci basamağa yönelik uygulamaları içerecek şekilde güncellenmelidir.
2. Sağlıklı Hayat Merkezleri ve TRSM'ler hakkında intörnler mezunyet öncesi eğitilmeli ve bu merkezlere ziyaretler gerçekleştirmelidir.
3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri müfredata eklenmeli. Halk sağlığı ve psikiyatri stajına zorunlu TRSM stajı eklenebilir.
4. Genel tıp nosyonu içinde bedensel, ruhsal, sosyal, iyilik hali vurgulanmalı. Herkes kendi branşını değil bütüncül değerlendirme temelli eğitim olmalı.
5. Ruh sağlığı hastalarının yakınlarını bilgilendirme için lisans eğitimine psikiyatrik hastanın ailesine yaklaşım dersi uygulamalı olarak eklenebilir.
6. Lisans eğitimi içinde damgalamaya yönelik teorik ders olarak değil ama tartışma, tutum değişikliğine yönelik eğitim yöntemi dâhil edilebilir. Bu eğitim

yöntemleri rolplay, tartışma, münazara, öğrencilerle vakit geçirecek etkinlikler şeklinde olabilir

7. Eğitim pasif, aktif eğitim olmalı, özellikle psikiyatri stajına entegre edilmelidir.
8. Meslekler arası eğitim müfredata eklenmeli. Psikiyatrist, psikolog, çocuk gelişimci ruh sağlığının hangi aşamasında devreye girmeli tanımlanmalıdır.

### 6.1.2. Mezuniyet sonrasına yönelik öneriler

1. Aile hekimlerine yönelik hizmet içi ruh sağlığı eğitimleri organize edilmeli, eğitimlerinin devamlılığı ve kapsamlılığının sağlanmalıdır.
2. Ruh sağlığı hizmeti verebilmeleri için aile hekimlerinin hasta yükünün azaltılması gereklidir. Böylece aile hekimlerinin, ruh sağlığı hizmetleri konusunda motivasyonu artırılabilir.
3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki işbirliği artırılmalıdır.
4. Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde çalışan psikologlarla ve TRSM ile mezuniyet sonrası eğitimler geliştirilmeli ve aile hekimleri ile iş birliği sağlanmalıdır.
5. Damgalama karşıtı eğitim müdahalelerine önem verilmeli, farklı eğitim metotları kullanılarak aile hekimlerinde uzun süreli olumlu değişim sağlanmalıdır.
6. Aile hekimlerinin ruh sağlığına yönelik, güvenilir ve güncel bilgi kaynaklarına erişiminin kolaylaştırılması, çevrim içi/ sanal eğitim uygulamaları kullanılmalıdır.
7. Ruh sağlığı hizmetlerinin, birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegre edilmesi ve aile hekimlerinin, ruh sağlığı konusunda destek alabilecekleri uzmanlara ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
8. Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerle iş birliği içinde olunması, bilgi ve deneyim paylaşımının teşvik edilmelidir.
9. Aile hekimlerinin, ruh sağlığı hizmetlerindeki performansının düzenli olarak değerlendirilmesi ve gelişim alanlarının belirlenmesi önerilmektedir.

### 6.2. Aile Sağlığı Çalışanlarına Yönelik Öneriler

#### 6.2.1. Lisans eğitim sürecine yönelik öneriler

1. Sağlık alanı lisans öğrencileri, Toplum Sağlığı Merkezi stajlarında; ruhsal sorunlara yönelik takip ve değerlendirmelerde yer alması sağlanmalıdır Mezuniyet öncesi vaka tartışmaları, videolarla ruhsal sorun tanılamasına yönelik eğitim teknikleri kullanılmalıdır.
2. Aile sağlığı merkezlerinde yapılan staj sürecinde aile sağlığı çalışanları tarafından etkili eğitimin sağlanması için örnek modellerin artırılması gerekmektedir.
3. Halk/Toplum sağlığı staj ortamında doğru ruh sağlığı uygulamasını gösterebilecek halk sağlığı ve ruh sağlığı akademisyenlerin ortaklaşa değerlendireceği ve öğrencilerle yeterli vakit geçireceği staj planlaması yapılmalıdır.
4. Aile sağlığı merkezlerinde yapılan takiplerde öğrencilere ruhsal sorunları belirlemeye veya tedavisine yönelik zorunlu bir uygulama eklenmelidir. Ve de bunun TRSM tarafından da takibi sağlanmalıdır.
5. Lisans eğitim programlarına sahada görev yapan sağlık çalışanları davet edilmeli ve bu uygulamalar hakkında öğrencilere bilgi verilmelidir.
6. Lisans eğitiminde, hastalarla, ruhsal hastalarla ve ruh sağlığı sorunu olanların yakınlarıyla doğru iletişim becerilerini geliştirmek amacıyla öğrencilere iletişim ve empati becerilerini geliştirecek uygulamalar ve eğitimler artırılmalıdır.

#### 6.2.2. Mezuniyet sonrasına yönelik öneriler

1. Aile Sağlığı Merkezlerindeki hasta sayısının personel başına düşen yükünün azaltılması, sağlık çalışanlarının hasta bakımında daha etkili olmalarını sağlar.
2. Mezuniyet sonrası sürekli ve düzenli hizmet içi eğitimlerin planlanması, sağlık personelinin bilgi ve becerilerini sürekli olarak geliştirmelerine yardımcı olur.
3. Sağlık personelinin öncelikle kendi duygusal durumunu tanıması ve kontrol etmesi, hasta ile güvenilir bir ilişki kurmalarına yardımcı olabilir.

4. Sağlıklı Hayat Merkezleri ve TRSM ile koordinasyon sağlanmalıdır. Bu merkezlerde verilen hizmetlerin varlığı ve nasıl erişilebileceği konusunda daha fazla bilgilendirme sağlanmalıdır.
5. Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların ruhsal sağlık sorunlarını değerlendirmek için düzenli olarak ölçekler uygulanarak takip ve sevk işlemleri gerçekleştirilmelidir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı Doğum öncesi izlem ve Doğum sonu izlem rehberinde post-partum depresyonu izlemek için lohusalara belirli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerin uygulanabilir olması ve sonuçlarının düzenli olarak değerlendirilmesi tedavi ve sevk kararlarının alınmasında yardımcı olabilir.
6. Aile sağlığı çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları değiştirmeye yönelik daha kapsamlı eğitim müdahaleleri içeren çalışmalar yapılmalıdır.
7. Çevrim içi programlar olmak üzere, erişilebilir eğitim materyalleri ve kaynaklar sağlanarak, çalışanların kendi kendilerine öğrenme imkânının sağlanması önerilmektedir.

# 7. KAYNAKLAR


Abdelsalam NM, Said RM. Level and predictors of mental health literacy of depression and suicide among undergraduate medical students. Middle East Current Psychiatry, 2022;29:64. doi:10.1186/s43045-022-00229-6.

Abi Hana R, Arnous M, Heim E, Aeschlimann A, Koschorke M, Hamadeh RS, Thornicroft G, Kohrt BA, Sijbrandij M, Cuijpers P, El-Chammay R. Mental health stigma at primary health care centres in Lebanon: qualitative study. International Journal of Mental Health Systems, 2022;7;16(1):23. doi: 10.1186/s13033-022-00533-y. PMID: 35525972; PMCID: PMC9077642.

Aile Hekimliği Kanunu (2004). Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258-20120704.pdf. Erişim tarihi: 25 Şubat 2024

Akman E, Tarım M. Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2020;6(2):303-316.

Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık M. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2009; 46. Özel Sayı, 25-29.

Alibrahim H, Bohsas H, Swed S, Abouainain Y, Othman ZA, Jabban YKE, Rakab A, Hafez W, Fathey S, Almoshantaf MB, Al Ibrahim M, Sawaf B, Shoib S, Reslan R, Saoud NAA, Abodest R, Schönfeldt-Lecuona C, Elsayed ME. Attitude of Syrian medical specialty trainees toward providing health care services to patients with mental disorders. Archives of Public Health, 2023;81(1):139. doi:10.1186/s13690-023-01132-0.

Alptekin K, Duyan V. What was the distribution of suicide rates by socio-demographic factors between 2007 and 2016 in Turkey. Journal of Psychiatric Nursing, 2019;10(4), 270–276. https://doi.org/10.14744/phd.2019.59354

Altindag A, Yanik M, Ucok A, Alptekin K, Ozkan M. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2006;60(3):283-288. doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01503.x.

Al-Yateem N, Rossiter R, Robb W. Mental health literacy among pediatric hospital staff in the United Arab Emirates. BMC Psychiatry, 2017;17:390. doi:10.1186/s12888-017-1556z.

American Psychiatric Association (APA) (2023). DSM-5-TR™ update supplement to diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Published September 2023. Erişim: https://www.psychiatry.org/getmedia/eecccfbe-91de-4171-b7ba-8d6c1aae3d11/APA-DSM5TR-Update-September-2023.pdf. Erişim tarihi: 23 Kasım 2023

Andary S, Bassani J, Burrell G, Cole E, Evans R, Redman E, Kumar S. Barriers and enablers to access and utilization of mental health care services across Southeast Asia: A preliminary scoping review. Asia-Pacific Psychiatry, 2023;15(4):e12549. doi:10.1111/appy.12549.

Arango C, Dragioti E, Solmi M. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: An evidence-based atlas. World Psychiatry, 2021;20(3):417-436. doi:10.1002/wps.20894.

Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Attitudes of health professionals towards mental disorders: studies in Turkey during the last decade. Current Approaches in Psychiatry, 2011;3(2):214-231.

Asan Ö. Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarında, her yerde, Sakarya Tıp Dergisi; 2019;199-205.

Asi Karakaş S, Polat H, Ay E, Küçükoğlu 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.

Atilla R. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin postpartum depresyonu tarama ve tedavi yaklaşımları. Journal Of Health Scıences, 2018;27(3):186-191.

Australian Institute of Health and Welfare (2018). Australia's health 2018. Erişim: https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2018/contents/table-of-contents. Erişim tarihi: 18 Eylül 2023

Avcı A. Örgüt kültürünün örgütsel vatandaşlık davranışlarına etkisi. Journal of Human Sciences, 2016;13(3),5373-5398. doi:10.14687/jhs.v13i3.4264

Ayano G, Assefa D, Haile K, Chaka A, Haile K, Solomon M, Yohannis K, Awoke A, Jemal K. Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). International Journal of Mental Health Systems, 2017; 12;11:63. doi: 10.1186/s13033-017-0169-8.

Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Medical Journal, 2015;15(1):26-31. doi:10.17098/amj.47853.

Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005;3(11):107-127.

Barton J, Rogerson M. The importance of greenspace for mental health. BJPsych International, 2017;14(4):79-81. doi:10.1192/s2056474000002051

Bastiaanssen TFS, Cryan JF. The microbiota-gut-brain axis in mental health and medication response: Parsing directionality and causality. International Journal of Neuropsychopharmacology, 2021;24(3):216-220. doi:10.1093/ijnp/pyaa088

Başterzi AD. Mülteci, sığınmacı ve göçmen kadınların ruh sağlığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2017;9(4):1-1. doi:10.18863/pgy.280392

Behere PB, Das A, Yadav R, Behere AP. Religion and mental health. Indian Journal of Psychiatry, 2013;55:187-194. doi:10.4103/0019-5545.105526

Bilge A, Çam MO. Validity and reliability of Beliefs towards Mental Illness Scale. Psikiyatri Dergisi, 2008;9(2):91-96.

Bourgeault IL, Mulvale G. Collaborative health care teams in Canada and the USA: Confronting the structural embeddedness of medical dominance. Health Sociology Review, 2006;15(5):481-495.

Branquinho M, Shakeel N, Horsch A, Fonseca A. Frontline health professionals' perinatal depression literacy: A systematic review. Midwifery, 2022;111:103365. doi:10.1016/j.midw.2022.103365

Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniades J. Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. Journal of Medical Internet Research, 2016 Jun 20;18(6):e165. doi:10.2196/jmir.5463.

Campion J, Javed A, Lund C, Sartorius N, Saxena S, Marmot M, Allan J, Udomratn P. Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. Lancet Psychiatry, 2022 Feb;9(2):169-182. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00199-1.

Canadian Institute for Health Information (2019). Health system resources for mental health and addictions care in Canada. Erişim: https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019 enweb.pdf. Erişim tarihi: 14 Ekim 2023

Carod-Artal FJ. Social Determinants of Mental Health. Global Mental Health Prevention and Promotion, 2017;33–46. doi:10.1007/978-3-319-59123-0_4.

Casañas R, Arfuch VM, Castellví P, Gil JJ, Torres M, Pujol A, Castells G, Teixidó M, San-Emeterio MT, Sampietro HM, Caussa A, Alonso J, Lalucat-Jo L. "EspaiJove.net"- a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. BMC Public Health, 2018 Jul 31;18(1):939. doi: 10.1186/s12889-018-5855-1.

Centers for Disease Control and Prevention and National Association of Chronic Disease Directors (CDC) (2008). The State of Mental Health and Aging in America. Issue Brief 1: What Do the Data Tell Us? Erişim: https://www.cdc.gov/aging/pdf/mental_health.pdf. Erişim tarihi: 12 Ekim 2023.

Chao HJ, Lien YJ, Kao YC, Tasi IC, Lin HS, Lien YY. Mental health literacy in healthcare students: An expansion of the mental health literacy scale. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020;17(3):948. doi:10.3390/ijerph17030948.

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge, 2013.

Compton MT, Hankerson-Dyson D, Broussard B. Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. Journal of Psychiatric Research, 2011;30;189(1):141-8. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.041.

Cook L. Mental Health in Australia: A Quick Guide. Analysis & Policy Observatory. 2019. Erişim: https://apo.org.au/node/220281.Erişim tarihi: 12 Ağustos 2023.

Coronado-Vázquez V, Gil-de-Gómez MJ, Rodríguez-Eguizábal E, Oliván-Blázquez B, Salgado JG, Magallón-Botaya R, Sánchez-Calavera MA. Evaluation of primary care responsiveness by people with mental illness in Spain. BMC Health Services Research, 2022;22(1):133. doi:10.1186/s12913-022-07516-2.

Coşkun Ö, Kıyak YS, Budakoğlu İİ, Öztaş D, Erdem Ö, Aslan S. Evaluation of self-perceived competency levels and perspectives of primary care physicians on psychiatry related basic practical skills: A nationwide study in Turkey. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2021;24:160-166. DOI: 10.5505/kpd.2020.38980.

Crowe A, Mullen PR, Harris JRA. Help for the helper: Mental health concerns, supports, and stigma in school counselors. Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research, 2017;44(1):33-54. doi:10.1080/15566382.2017.12033957.

Dalky HF, Abu-Hassan HH, Dalky AF. Assessment of mental health stigma components of mental health knowledge, attitudes and behaviors among Jordanian healthcare providers. Community Mental Health Journal, 2020;56(3):524-531. doi:10.1007/s10597-019-00509-2.

Demirören M, Şenol Y, Aytuğ Koşan AM, Saka MC. Tıp eğitiminde ruhsal bozuklukların karşı damgalama eğitiminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel tedavi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015;16(1):22-29.

Druss BG, Von Esenwein SA, Compton MT, Rask KJ, Zhao L, Parker RM. A randomized trial of medical care management for community mental health settings: the Primary Care Access, Referral, and Evaluation (PCARE) study. American Journal of Psychiatry, 2010;167(2):151-159. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09050691.

Duman B, Çolak B, Özdemir SN, Özkasap NS, Sabahi İS, Şahinoğlu MB, Taşçı D, Tatar MM, Ünalp C, Kar İ, Kumbasa H. Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2019;23(4):141-149. doi:10.15511/tahd.19.00441.

Durbin A, Durbin J, Hensel JM, Deber R. Barriers and enablers to integrating mental health into primary care: A policy analysis. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 2016;43(1):127-139. doi:10.1007/s11414-013-9359-6.

Dünya Sağlık Örgütü (2001). The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Erişim: [https://iris.who.int/handle/10665/42390], Erişim Tarihi:17 Mart 2023.

Dünya Sağlık Örgütü & Dünya Aile Hekimleri Birliği (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/9789241563680], Erişim Tarihi: 16 Nisan 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (2017a). Depression and Other Common Mental Disorders/ Global Health Estimates. Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates], Erişim Tarihi: 22 Mart 2022.

Dünya Sağlık Örgütü (2017b). Mental Health. Mental Health Status of Adolescents in South-East Asia : Evidence for Action. Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/9789290225737], Erişim Tarihi: 20 Kasım 2023

Dünya Sağlık Örgütü (2018). Mental Health in Primary Care: Illusion or Inclusion? Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.38], Erişim Tarihi: 12 Kasım 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (2019). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Erişim: [ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?ua=1.], Erişim Tarihi: 10 Kasım 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (2020a). WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000-2019. Erişim: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf.], Erişim Tarihi: 23 Kasım 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (2020b). Interim Report. Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic (August). Erişim: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1], Erişim Tarihi: 20 Kasım 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (2021a). WHO MH Atlas 2020. Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703], Erişim Tarihi:12 Kasım 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (2021b). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029], Erişim Tarihi: 12 Kasım 2023.

Dünya Sağlık Örgütü (2023). Integrating mental health in primary health care: part 1. The context for integration of mental health services in primary health care. Erişim: [https://www.emro.who.int/mnh/publications/integrating-mental-health-in-primary-health-care-package.html], Erişim Tarihi: 18 Nisan 2023.

Ebrahimi H, Namdar H, Vahidi M. Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. Iranian journal of nursing and midwifery research, 2012;17(7):534-538.

Elyamani R, Hammoud H. Mental health literacy of healthcare providers in Arab Gulf Countries: A Systematic Review. Journal of Primary Care and Community Health, 2020;11. doi:10.1177/2150132720972271.

Ensari H. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum. Kitap: Türkiye Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü 5. Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri" Bildirileri. Ankara: T.C. Başbakanlık; 2008. s. 88-92.

Erbaydar NP, Çilingiroğlu N. Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir? Türk Psikiyatri Dergisi, 2010;21(2):114-125.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci baskı. Ankara, 1998.

Esen Danacı A, Balıkçı K, Aydın O, Poyraz B Ç, Çakır S, Süner Ö, Aşık G, Eşsizoğlu A, Kurt E. The effect of medical education on attitudes towards schizophrenia: A five-year follow-up study. Turkish Journal of Psychiatry, 2016;27(3):176-184.

Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. Canadian Psychiatric Association Journal, 2010;55:440-448. doi:10.1192/bjp.197.1.82.

Everett A. Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally. Psychiatric Services, 2012; 63(8), 838-839. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20120p838

Fernando SM, Deane FP, McLeod HJ. Sri Lankan doctors and medical undergraduates attitudes towards mental illness. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2010;45:733-739. doi:10.1007/s00127-009-0113-6.

Fidan MB. Ruh sağlığı alanında sosyal adalet algısı: İngiltere Örneği. Akademik Platform Eğitim ve Değişim Dergisi, 2018;1(1):44-56.

Fleury MJ, Grenier G, Vallée C, Aubé D, Farand L, Bamvita JM, Cyr G. Implementation of the Quebec mental health reform (2005-2015). BMC Health Services Research, 2016;16(1):586. doi:10.1186/s12913-016-1832-5.

Foster K, Withers E, Blanco T, Lupson C, Steele M, Giandinoto JA, Furness T. Undergraduate nursing students' stigma and recovery attitudes during mental health clinical placement: A pre/post-test survey study. International Journal of Mental Health Nursing, 2019;28:1068-1080. doi:10.1111/inm.12634.

Fusar-Poli P, Pablo GS, Micheli AD, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, Pfennig A, Bechdolf A, Borgwardt S, Arango C, Amelsvoort T. What is good mental health? A scoping review. European Neuropsychopharmacology, 2020;31:33-46. doi:10.1016/j.euroneuro.2019.12.105.

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 Feb;9(2):137-150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.

Gevrekçi A. Genlerimiz ve ruh sağlığı. Kitap: Çocuğumuzun ruh sağlığında önemli aktörler gen, anne, baba, arkadaş, öğretmen ve toplum. Neyir Matbaacılık. Ankara 2017. s. 17-29.

Göktaş S, Işıklı B, Önsüz MF, Yenilmez Ç, Metintaş S. Evaluation of validity and reliability of the Turkish version of the Mental Health Literacy Scale (MHL Scale). Konuralp Tıp Dergisi, 2019;11(3):424-431. doi:10.18521/ktd.453411

Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. World Psychiatry, 2016;15(3):242-254.

Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2017;52(3):249-258. doi:10.1007/s00127-017-1341-9

Guo S, Xiong J, Liu F, Su Y. Mental health literacy levels of medical staff in China: An Assessment Based on a Meta-Analysis. Frontiers in Psychiatry, 2021;12:683832. doi:10.3389/fpsyt.2021.683832

Gültekin BK. Ruhsal Bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010;2(4):583-94.

Güzel S, Yanardağ MZ. Çevresel ve sosyal faktörler ile ruh sağlığı üzerine bir inceleme: Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin önemi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2020;8:142-150. doi:10.34087/cbusbed.721875

Hao Y, Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Long J, Xiong Y, Liao Y, Liu T. Mental health literacy of non-mental health nurses: a mental health survey in four general hospitals in Hunan Province, China. Frontiers in Psychiatry, 2020;11:1-10. doi:10.3389/fpsyt.2020.507969

Happell B, Gaskin CJ. The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. Journal of Nursing Research, 2013;22:148-158. doi:10.1111/jocn.12022

Hawthorne A, Fagan R, Leaver E, Baxter J, Logan P, Snowden A. Undergraduate nursing and midwifery student's attitudes to mental illness. Nursing Open, 2020;7(4):1118-1128. doi:10.1002/nop2.494

Heim E, Kohrt BA, Koschorke M, Milenova M, Thornicroft G. Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: a systematic review. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2018;29:e3. doi:10.1017/S2045796018000458

Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Kassam A, Wilson C, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. The Lancet Psychiatry, 2018;5(8):675-682.

Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental ıllness scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2000;22:221-236. doi:10.1023/A:1007548432472

Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). Global burden of disease study 2017.
Erişim:[https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf],: Erişim Tarihi: 02 Mart 2023.

Jacob L, Haro JM, Koyanagi A. Relationship between living alone and common mental disorders in the 1993, 2000 and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. PLoS ONE, 2019;14(5):1-12. doi:10.1371/journal.pone.0215182.

Järbrink-Sehgal E, Andreasson A. The gut microbiota and mental health in adults. Current Opinion in Neurobiology, 2020;62:102-14. doi: 10.1016/j.conb.2020.01.016.

Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M, Duailibi K, Ng B, Ramy H, Saha G, Arifeen S, Elorza PM, Ratnasingham P, Azeem MW. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. Asian Journal of Psychiatry, 2021 Apr;58:102601. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102601.

Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA, Cvetkovski S. Mental health first aid training by e-learning: A randomized controlled trial. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2010;44(12):1072-1081. doi: 10.3109/00048674.2010.516426

Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. The Medical Journal of Australia, 1997;166:182-186. doi: 10.1200/JCO.2004.06.140

Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. American Psychologist, 2012;67(3):231-43. doi: 10.1037/a0025957.

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 Research, 2016;243:278-286. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.034

Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective, 2021;3:186-94. doi: 10.47793/hp.867111.

Kates N, Arroll B, Currie E, Hanlon C, Gask L, Klasen H, Meadows G, Rukundo G, Sunderji N, Ruud T, Williams M. Improving collaboration between primary care and mental health services. The World Journal of Biological Psychiatry, 2019;20(10):748-765. doi: 10.1080/15622975.2018.1471218.

Keeley R, Engel M, Reed A, Brody D, Burke BL. Toward an emerging role for motivational interviewing in primary care. Current Psychiatry Reports, 2018;20:41. doi: 10.1007/s11920-018-0901-3

Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. The Medical Journal of Australia, 2007 Oct 1;187(S7):S26-30. doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x.

Kesgin M, Pehlivan Ş, Uymaz P. Study of Validity and Reliability of the Mental Health Literacy Scale in Turkish. Anatolian Journal of Psychiatry, 2020;2:1. doi: 10.5455/apd.102104.

Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Assefa Y. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. BMC Health Services Research, 2023;13;23(1):750. doi: 10.1186/s12913-023-09718-8.

Kılıç C. Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ıhtiyacı konusunda neredeyiz? Toplum ve Hekim Dergisi, 2020;35(3):179-87.

Kılınçel Ş, Muratdağı G. Knowledge and awareness level of mental health literacy among pediatricians. Annals of Clinical and Analytical Medicine, 2021;12(5):532-536.

Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing. Maturitas, 2019;129:76-84. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004

Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. Healthcare management forum, 2017;30(2):111-116. https://doi.org/10.1177/0840470416679413

Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, Saldivia S, Vicente B. Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. Revista Panamericana de Salud Pública, 2018;42:e165. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165

Kolb K, Liu J, Jackman K. Stigma towards patients with mental illness: An çevrim içi survey of United States nurses. International Journal of Mental Health Nursing, 2023;32(1):323-336. https://doi.org/10.1111/inm.13084

Koly KN, Baskin C, Khanam I, Rao M, Rasheed S, Law GR, Sarker F, Gnani S. Educational and training interventions aimed at healthcare workers in the detection and management of people with mental health conditions in South and South-East Asia: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry, 2021;12:741328. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.741328

Korhonen J, Axelin A, Stein DJ, Seedat S, Mwape L, Jansen R, Groen G, Grobler G, Jörns-Presentati A, Katajisto J, Lahti M, MEGA Consortium/Research Team. Mental health literacy among primary healthcare workers in South Africa and Zambia. Brain and Behavior, 2022;12(12):e2807. https://doi.org/10.1002/brb3.2807

Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. Journal of Epidemiology and Community Health, 2000;54(4):254-61. doi: 10.1136/jech.54.4.254.

Kroenke K, Unutzer J. Closing the false divide: Sustainable approaches to integrating mental health services into primary care. Journal of General Internal Medicine, 2017;32:404-410. doi: 10.1007/s11606-016-3967-9.

Kurt B, Akbaba M. Çukurova yöresinde kırsal bir bölgedeki yetişkinlerin ruh sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. Sakarya Tıp Dergisi, 2018;8(3):538-550. https://doi.org/10.31832/smj.430270

Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: past, present, and future. Canadian Journal of Psychiatry, 2016;61(3):154-158. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Lai HJ, Lien YJ, Chen KR, Lin YK. The effectiveness of mental health literacy curriculum among undergraduate public health students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022;19(9):5269. https://doi.org/10.3390/ijerph19095269

Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders: A call for action. Lancet, 2007;370:1241-1252. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61242-2.

Liu T, Pan X, Wang X, Feenstra KA, Heringa J, Huang Z. Predicting the relationships between gut microbiota and mental disorders with knowledge graphs. Health Information Science and Systems, 2020;9(1):3. https://doi.org/10.1007/s13755-020-00128-2

Liu W. The Effects of virtual simulation on undergraduate nursing students' mental health literacy: a prospective cohort study. Issues in Mental Health Nursing,2021;42(3):239-248. doi: 10.1080/01612840.2020.1793248.

Lovell R, Husk K, Cooper C, Stahl-Timmins W, Garside R. Understanding how environmental enhancement and conservation activities may benefit health and wellbeing: A systematic review. BMC Public Health, 2015;15(1):864. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2214-3

Marangu E, Mansouri F, Sands N, Ndetei D, Muriithi P, Wynter K, Rawson H. Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: A cross-sectional survey. International Journal of Mental Health Systems, 2021;15:55. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00481-z

Mehta N, Clement S, Marcus E, Stona AC, Bezborodovs N, Evans-Lacko S, Palacios J, Docherty M, Barley E, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, Henderson C, Thornicroft G. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 2015;207(5):377-384. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944

Mejia-Lancheros C, Lachaud J, O'Campo P, Wiens K, Nisenbaum R, Wang R, Hwang SW, Stergiopoulos V. Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental ıllness. PLoS ONE, 2020;15(2):1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0229385.

Miles R, Rabin L, Krishnan A, Grandoit E, Kloskowski K. Mental Health Literacy in a diverse sample of undergraduate students: demographic, psychological, and academic correlates. BMC Public Health, 2020;20(1):1-13. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09696-0

Mosaku KS, Wallymahmed AH. Attitudes of primary care health workers towards mental health patients: A cross-sectional study in Osun state, Nigeria. Community Mental Health Journal, 2017;53(2):176-82.

Naveed S, Waqas A, Chaudhary AMD, Kumar S, Abbas N, Amin R, Jamil N, Saleem S. Prevalence of common mental disorders in South Asia: A systematic review and meta-regression analysis. Front Psychiatry, 2020;11:573150. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.573150.

Nikdel Teymori A, Fardin M A. COVID-19 and Educational Challenges: A Review of the Benefits of Online Education. Annals of Military and Health Sciences Research, 2020;18(3):e105778. https://doi.org/10.5812/amh.105778.

Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K, Hutton B, Awiphan R, Phosuya C, Ruanta Y, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Scientific Reports, 2021;11(1):10173. https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8.

O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy–a review of scale-based measures. Journal of Mental Health, 2014;23(4):197-204.

Olyani S, Gholian Aval M, Tehrani H, Mahdiadeh M. School-Based Mental Health Literacy Educational Interventions in Adolescents: A Systematic Review. Journal of Health Literacy, 2021;6(2):69-77. https://doi.org/10.22038/jhl.2021.58551.1166.

Ordan R, Shor R, Liebergall-Wischnitzer M, Noble L, Noble A. Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. Journal of Clinical Nursing, 2018;27(7-8):1543-1551. https://doi.org/10.1111/jocn.14179.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2021). A new Benchmark for mental health systems: tackling the social and economic costs of mental ıll-health, oecd health policy studies. Erişim: [https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en]. Erişim Tarihi: 25 Eylül 2023

Organisation for Economic Co-operation and Development (2023). Suicide rates (indicator). Erişim: [https://doi.org/10.1787/a82f3459-en], Erişim Tarihi: 23 Şubat 2024.

Organisation for Economic Co-operation and Development / European Union (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Erişim: [https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en], Erişim Tarihi: 25 Eylül 2023

Öntaş E. Evaluation of the mental health law proposal from the public health perspective within the scope of the mental health law: 10 Basic principles criteria of the World Health Organization. Turk Klinikleri J Med Ethics-Law Hist., 2020;28(3):337–44. doi: 10.5336/mdethic.2020-73487.

Örüm MH. Acil servise başvuran psikiyatrik olgular ve konsültasyon-liyezon psikiyatrisi: bir derleme. Journal of Disaster and Emergency Medicine, 2020;1(2):31-52.

Özaydın Ö, Perk Gürün H, Çavdar S, Tanrıverdi S, Dağ B, Yüzal S, Akay O. Beliefs of health workers in Istanbul towards individuals with mental health problems. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2022;25(3):278–88. https://doi.org/ 10.5505/kpd.2022.34033.

Öztaş B, Aydoğan A. Assessment of mental health literacy of health professionals. Journal of Nursing Research, 2021;12(3):198–204. https://doi.org/10.14744/phd.2021.43265.

Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M. A brief history of global mental health. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M, eds. Global Mental Health: Principles and Practice. New York: Oxford University Press; 2014. p. 3-26.

Pescosolido BA, Halpern-Manners A, Luo L, Perry B. Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. JAMA Network Open, 2021;4(12):e2140202. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202.

Petersen C. Mental health literacy of undergraduate nursing students at A University in The Western Cape. Master's thesis, The University of the Western Cape, Faculty of Community and Health Sciences University, Western Cape 2019; s.: 52-58.

Rameez S, Nasir A. Barriers to mental health treatment in primary care practice in low- and middle-income countries in a post-COVID era: A systematic review. Journal of Family Medicine and Primary Care, 2023;12:1485-1504.

Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2014;48(9):826-836.

Reis T, Faria I, Serra H, Santos A, Mendes IA, Marques A. Barriers and facilitators to implementing a continuing medical education intervention in a primary health care setting. BMC Health Services Research, 2022;22(1):638. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08019-w.

Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Erişim[ https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/166], Erişim Tarihi: 14 Nisan 2023

Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf], Erişim Tarihi:15 Mart 2023.

Sağlık Bakanlığı (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarih/Sayı 25.01.2013 /28539. Erişim: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5], Erişim Tarihi:15 Ocak 2024

Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Erişim: [https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf], Erişim Tarihi: 15 Mart 2023.

Sağlık Bakanlığı (2020). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ) Eğitimi. Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/egitimlerimiz.html], Erişim Tarihi: 26 Ekim 2022.

Sağlık Bakanlığı (2023). Birinci Basamak Sağlık Hizmeti. Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html], Erişim Tarihi: 12 Mart 2023

Saito AS, Creedy DK. Determining mental health literacy of undergraduate nursing students to inform learning and teaching strategies. International Journal of Mental Health Nursing, 2021;30(5):1117–1126. https://doi.org/10.1111/inm.12862.

Samar N, Perveen A. Relationship between mental health literacy and help seeking behavior among undergraduate students. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 2021;11(6):216–230.

Sankoh O, Sevalie S, Weston M. Mental health in Africa. Lancet Global Health, 2018;6(9):e954–e955. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30303-6.

Sayarifard A, Ghadirian L, Mohit A, Eftekhar M, Badpa M, Rajabi F. Assessing mental health literacy: What medical sciences students know about depression. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran, 2015;29:161. https://doi.org/10.7508/mjiri.2015.01.019.

Schomerus G, Riedel-Heller S. Focus on the stigma of mental disease. Nervenarzt, 2020 Sep;91(9):777-778. doi: 10.1007/s00115-020-00964-3.

Schomerus G, Schindler S, Sander C, Baumann E, Angermeyer MC. Changes in mental illness stigma over 30 years - Improvement, persistence, or deterioration? Europan Psychiatry, 2022;65(1):e78. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2337.

Sequist TD, Zaslavsky AM, Marshall R, Fletcher RH, Ayanian JZ. Patient and physician reminders to promote colorectal cancer screening: a randomized controlled trial. Archives of İnternal Medicine, 2009;169(4):364–371. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.564.

Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: A review of the evidence. European Journal of Psychiatry, 2016;30(4):259–292.

Slemon A, Jenkins E, Bungay V, Brown H. Undergraduate students' perspectives on pursuing a career in mental health nursing following practicum experience. Journal of Clinical Nursing, 2020;29:163–171. https://doi.org/10.1111/jocn.15074.

Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Molecular Psychiatry, 2022;27(1):281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7.

Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. American Journal of Public Health, 2010;100(2):254–263. https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156497.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2022). Expanding Implementation of Mental Health Awareness Training (MHAT) in the Workplace. Advisory. SAMHSA Publication No. PEP22-06-04-004. Erişim: [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep22-06-04-004.pdf], Erişim Tarihi: 15 Ocak 2024

Svensson B, Hansson L. How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. Nordic Journal of Psychiatry, 2016;70(4):309–313. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1109140.

Şahin G, Amancalı M, Sayın SA, Yakar A, Buzlu S. Bir hemşirelik bölümündeki öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumları ve ilişkili faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;10(2):218-224. doi:10.31067/0.2019.144

Taycan O, Coşkun B. Ruh Sağlığını güçlendirme: kavramlar-kanıtlar-uygulamalar özet rapor. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara 2020, s 1-75.

Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2010;107(19):8507-12. doi:10.1073/pnas.1003890107.

Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophrenia Bulletin,1981;7(2):225.

Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, Marteinsdottir I, Skoog I, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. BMC Public Health, 2015;15:738. doi:10.1186/s12889-015-1954-4.

Tümer A, Kırağ N, Coşkun S. Beliefs of primary health service professionals towards mental disorders. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2019;13(3):241-247.

Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Türkiye sağlık araştırması. Erişim: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661], Erişim Tarihi: 16 Mart 2023.

Türkiye İstatistik Kurumu (2023). İstatistiklerle Türkiye. Erişim: [https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_turkiye.pdf], Erişim Tarihi: 12 Mart 2024.

Ueda J, Yamaguchi S, Matsuda Y, Okazaki K, Morimoto T, Matsukuma S, Sasaki T, Kishimoto T. A randomized controlled trial evaluating the effectiveness of a short video-based educational program for ımproving mental health literacy among schoolteachers. Frontiers in Psychiatry, 2021 Feb 26;12:596293. doi: 10.3389/fpsyt.2021.596293.

United Nations (2015). Sustainable development goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Erişim: [https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3], Erişim Tarihi: 18 Ocak 2023.

Uymaz P, Öztaş D, Akgün Ş. Mental Health Literacy of Midwives. ASEAN Journal of Psychiatry, 2021; 22(S1), 1–11.

Van ‘t Hof M, van Berckelaer-Onnes I, Deen M. Novel insights into autism knowledge and stigmatizing attitudes toward mental illness in Dutch youth and family center physicians. Community Mental Health, 2020; 56, 1318–1330. doi:10.1007/s10597-020-00568-w.

Varvari I, Foster H, Nirodi P. Mental health literacy in foundation doctors: a survey in the York and Humber Area. BJPsych Open, 2022; 8(S1), S38-S38. doi:10.1192/bjo.2022.161.

Vila-Badia R, Martínez-Zambrano F, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, Villellas R, Ochoa S. Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. World Journal of Psychiatry, 2016;6(2), 239–247. doi:10.5498/wjp.v6.i2.239.

Vilovic T, Bozic J, Vilovic M, Rusic D, Zuzic Furlan S, Rada M, Tomicic M. Family physicians' standpoint and mental health assessment in the light of COVID-19 pandemic: a nationwide survey study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021;18(4), 2093. doi:10.3390/ijerph18042093.

Vistorte AOR, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Keeley JW. Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. PLoS ONE, 2018; 13(11), e0206440. doi:10.1371/journal.pone.0206440.

Winkler P, Mladá K, Janoušková M. Attitudes towards people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2016; 51, 1265–1273. doi:10.1007/s00127-016-1263-y.

Xu J, Zhang L. The effect of living alone on the mental health of the economically active floating population during the COVID-19 pandemic. Frontiers in Public Health, 2022; 10, 931425. doi:10.3389/fpubh.2022.931425.

Yanık M (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, (Ekim Özel Sayı),1-80. Erişim: https://rusihak.org.tr/wp-content/uploads/2022/04/medaim_yanik_eylem_plani_onerisi_2007.pdf. Erişim tarihi: 25 Ağustos 2023

Yanik M, Şimşek Z, Kati M, Nebioğlu M. Tip fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşi tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. Yeni Symposium: Psikiyatri, Nöroloji ve Davraniş Bilimleri Dergisi, 2003;41(4), 194–199.

Yıldırım Birdoğan S, Berksun OE. Tıp fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. Kriz Dergisi, 2002; 10(2), 1-7. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000184.

Yıldırım S, Ersoysal F, Güler C. Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. Klinik Psikiyatri, 2018; 21, 380-388. doi:10.5505/kpd.2018.65477.

Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon. Kitap: Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Işık Sayıl (editor), Erler Matbaacılık. İstanbul 2004; s.151-164.

# EKLER

## EK-1 Kişisel Bilgi Formu

**Aile Hekimi Grubuna Yönelik Anket Formu**

1.Yaşınız:……. 2.Cinsiyetiniz: 1.( ) Kadın 2. ( ) Erkek

3.Medeni durumunuz: 1. ( ) Evli 2. ( ) Bekar 3. ( ) Diğer

4.Aile tipiniz: 1. ( ) Çekirdek 2. ( ) Geniş aile 3. ( ) Yalnız yaşayan 4. ( ) Boşanmış

5.Lütfen mezuniyet yılınızı yazınız.……

6.Tedavi gördüğünüz herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

7.Düzenli kullandığınız ilaç var mı? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

8.Gelir durumunuz nasıl değerlendirirsiniz? 1. ( ) Gelir=Gider 2. ( ) Gelir< Gider 3. ( ) Gelir> Gider

9.Çalışma yeri: 1. ( ) İl merkezi ASM 2.( ) Kırsal ASM

10.Birinci basamak hekimi olarak toplam çalışma süreniz nedir?.....

11.Mezuniyet sonrası birinci basamak ruh sağlığı eğitimi aldınız mı? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

12.Ruhsal hastalık tanısı konmuş olan bir yakınınız var mı? 1.( ) Var 2. ( )Yok

13.Hiç ruhsal sağlık sorunu yaşadınız mı? 1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

14. 13. soruya ‘’evet’’ cevabı vermişseniz bu sağlık sorununuzu gidermek için;

1.( ) Hiçbir şey yapmadım

2.( ) Kendi kendimi ilaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalıştım

3.( ) Kendi kendime ilaç başladım

4.( ) Bir sağlık profesyonelinden yardım aldım

15. Ruh sağlığı için hizmet almayı İLK OLARAK tercih ettiğiniz /edeceğiniz sağlık profesyoneli hangisidir?

1.( ) Aile Hekimi 2. ( )Psikiyatri Uzmanı 3. ( ) Psikiyatri Dışı Uzman Hekim 4. ( ) Psikolog Diğer ……

16. Ruh sağlığı için hizmet almayı tercih ettiğiniz / edeceğiniz kurum/kuruluş hangisidir?

1.( ) Aile hekimliği 2. ( ) Devlet Hastanesi 3. ( ) Özel Hastane 4.( ) Üniversite Hastanesi

5.( ) Muayenehane 6. ( ) Diğer

17. Ruh sağlığı hizmeti almayı tercih ettiğiniz veya edeceğiniz sağlık kurum ve kuruluşunu belirleyen faktörler aşağıdakilerden hangileridir? Birden fazla tercih yapabilirsiniz.

1.( ) Ücretsiz olması

2.( ) Ulaşımın kolay olması

3.( ) Mahremiyetin iyi olması

4.( ) Yeterli muayene süresi sağlaması

5.( ) Doktorun tavsiye edilmesi

6.( ) Kuruma duyulan güven

7.( ) Diğer…….

18. Birinci basamakta görev yapan bir Aile hekimi olarak **koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine** yönelik görevleriniz olduğunu düşünüyor musunuz?

1.( ) Evet

2.( ) Hayır

3.( ) Kısmen

4.( ) Bilmiyorum

**ASÇ Grubuna Yönelik Anket Formu**

Bu anket çalışması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel öğesi aile sağlığı çalışanlarının en yaygın ruhsal sorunlar hakkındaki bilgi, tutum ve düşünceleri, bu konulara ilişkin ihtiyaç duyulan eğitim konularını belirlemek amaçlanmıştır. Bu anket çalışmasına katılarak toplum ruh sağlığının geliştirilmesine katkı sağlamış olmanızdan dolayı teşekkür ederiz.

1.Yaşınız:……. 2. Cinsiyetiniz: 1.( )Kadın 2. ( )Erkek

3.Medeni durumunuz: 1.( ) Evli 2.( ) Bekar 3. ( ) Diğer

4.Çocuğunuz var mı? 1. ( ) Hayır 2. ( ) Evet

5.Aile tipiniz: 1. ( ) Çekirdek 2.( ) Geniş aile 3. ( ) Yalnız yaşayan 4.( ) Boşanmış

6.Eğitim durumunuz: 1. ( ) Lise 2. ( ) Ön lisans 3.( ) Lisans 4. ( ) Yüksek lisans/ doktora

7.Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1.( ) İyi 2. ( ) İdare eder 3. ( ) Kötü

8.Tedavi gördüğünüz bir kronik hastalığınız var mı? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

9.Düzenli kullandığınız ilaç var mı? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

10.Gelir durumunuz nasıl değerlendirirsiniz? 1. ( ) Gelir=Gider 2. ( ) Gelir< Gider 3. ( ) Gelir> Gider

11.Çalışma yeri: 1. ( ) İl merkezi ASM 2. ( ) Kırsal ASM

12.Mesleğiniz nedir? 1. ( ) Ebe 2. ( ) Hemşire 3. ( ) ATT 4. ( ) Diğer

13.Kaç yıldır aile hekimliğinde görev yapıyorsunuz?.....

14.Sağlık çalışanı olarak toplam görev süreniz?.....

15. Mezuniyet sonrası birinci basamak ruh sağlığı eğitimi aldınız mı? 1.( ) Evet 2.( )Hayır

16. Ruhsal hastalık tanısı konmuş olan bir yakınınız var mı? 1.( ) Var 2.( )Yok

17. Hiç ruhsal sağlık sorunu yaşadınız mı? 1.( )Evet 2. ( )Hayır

18. 17 .soruya ‘’evet’’ cevabı vermişseniz bu sağlık sorununuzu gidermek için;

1.( )Hiçbir şey yapmadım

2.( )Kendi kendimi ilaç dışı yöntemlerle tedavi etmeye çalıştım

3.( )Kendi kendime ilaç başladım

4.( )Bir sağlık profesyonelinden yardım aldım

19.Ruh sağlığı için hizmet almayı İLK OLARAK tercih ettiğiniz /edeceğiniz sağlık profesyoneli hangisidir?

1. ( )Aile Hekimi 2. ( )Psikiyatri Uzmanı 3.( )Psikiyatri Dışı Uzman Hekim 4. ( )Psikolog 5.( ) Diğer ……

20. Ruh sağlığı için hizmet almayı tercih ettiğiniz / edeceğiniz kurum/kuruluş hangisidir?

1.( )Aile hekimliği 2. ( )Devlet Hastanesi 3. ( )Özel Hastane 4. ( )Üniversite Hastanesi

5.( ) Muayenehane 6. ( )Diğer

21.Ruh sağlığı hizmeti almayı tercih ettiğiniz veya edeceğiniz sağlık kurum ve kuruluşunu belirleyen faktörler aşağıdakilerden hangileridir? Birden fazla tercih yapabilirsiniz.

1.( )Ücretsiz olması

2.( )Ulaşımın kolay olması

3.( )Mahremiyetin iyi olması

4.( )Yeterli muayene süresi sağlaması

5.( )Doktorun tavsiye edilmesi

6.( )Kuruma duyulan güven

7.( )Diğer…….

22.Aile hekimliğinde görev yapan bir sağlık personeli olarak koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine yönelik görevleriniz olduğunu düşünüyor musunuz?

1.( ) Evet 2. ( ) Hayır 3. ( ) Kısmen 4.( ) Bilmiyorum

## EK-2 RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (RSOY)

Lütfen aşağıda belirtilen ifadelerden size en uygun olan seçeneği puanlayınız.

1:Kesinlikle katılıyorum, 2: Katılıyorum,3: Kararsızım, 4: Katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılmıyorum, 6: Bilmiyorum

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.Bilgi Odaklı RSOY** | | | | | | |
| R1.Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir. | | | | | | |
| R2.Şizofreni olan insanlar gerçekte ortada olmayan şeyleri görürler. | | | | | | |
| R3.Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını arttırabilir. | | | | | | |
| R4.Akran destek gruplarına katılmak ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmaya yardım eder. | | | | | | |
| R5.Açıklanamayan fiziksel ağrı veya yorgunluk depresyon belirtisi olabilir. | | | | | | |
| R6.Bilişsel davranışçı terapi kişinin düşünme şeklini ve strese tepkisini değiştirebilir. | | | | | | |
| R7.Bipolar bozukluğu olan bir kişinin ruh halinde çok büyük değişimler görülebilir. | | | | | | |
| R8.Ruh sağlığı hastalıkları için doktorların yazdığı ilaçları kullanmak faydalıdır. | | | | | | |
| R9.Alkol kullanmak ruh sağlığı hastalıklarının belirtilerini kötüleştirebilir. | | | | | | |
| R10.Anksiyete bozukluğu olan kişi aşırı endişe ve korkuya sahiptir. | | | | | | |
| **2.İnanç Odaklı RSOY** | | | | | | |
| R11.İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı bozukluğu gelişmez. | | | | | | |
| R12.Ruh sağlığı hastalıkları kısa süreli hastalıklardır. | | | | | | |
| R13.Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak çoğunlukla şansa ya da kadere bağlıdır. | | | | | | |
| R14.Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır. | | | | | | |
| R15.Ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmeden de zamanla düzelir. | | | | | | |
| R16.Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak iyileşmekle aynı şeydir. | | | | | | |
| R17.Bir kişi istediği zaman biriktirme hastalığını (eşya vs) durdurabilir. | | | | | | |
| R18.Depresyonda olan kişi hiç tedavi edilmeden kendi başına iyileşir. | | | | | | |
| **3.Kaynak Odaklı RSOY** | **Evet** | | | **Hayır** | | |
| R19.Ruh sağlığı hizmeti almak için nereye gidebileceğimi biliyorum. | | | | | | |
| R20.Bir intiharı önlemek için nereyi arayacağımı biliyorum. | | | | | | |
| R21.Ruh sağlığı hastalıkları hakkında faydalı bilgileri nerden edinebileceğimi biliyorum. | | | | | | |
| R22.Yaşadığım yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğimi biliyorum. | | | | | | |

**EK-3. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHİÖ)**

Lütfen aşağıda belirtilen ifadelerden size en uygun olan seçeneği puanlayınız.

0: Tamamen katılmıyorum, 1: Çoğunlukla katılmıyorum, 2:Kısmen katılmıyorum, 3:Kısmen katılıyorum, 4:Çoğunlukla katılıyorum, 5:Tamamen katılıyorum

| **Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır. | | | | | | |
| 2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir. | | | | | | |
| 3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir. | | | | | | |
| 4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder. | | | | | | |
| 5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir. | | | | | | |
| 6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır | | | | | | |
| 7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır | | | | | | |
| 8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir. | | | | | | |
| 9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır. | | | | | | |
| 10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler. | | | | | | |
| 11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur. | | | | | | |
| 12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım. | | | | | | |
| 13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım. | | | | | | |
| 14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür. | | | | | | |
| 15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım. | | | | | | |
| 16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum. | | | | | | |
| 17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir. | | | | | | |
| 18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz. | | | | | | |
| 19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez. | | | | | | |
| 20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir | | | | | | |
| 21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem. | | | | | | |

**EK-4. RUHSAL SORUNLARI OLAN BİREYLERE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (RSTTÖ):**

Lütfen aşağıda belirtilen ifadelerden size en uygun olan seçeneği puanlayınız.

1: Tamamen katılıyorum, 2: Katılıyorum, 3:Kararsızım, 4: Katılmıyorum, 5: Kesinlikle Katılmıyoruıı

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Birisi, bir ruh hastalığı belirtisi gösterdiğinde hemen hastaneye yatırılmalıdır. | | | | | |
| 2.Sağlığa ayrılan bütçeden ruh hastalıklarının tedavisine daha fazla kaynak ayrılmalıdır | | | | | |
| 3.Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır. | | | | | |
| 4.Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yüktür | | | | | |
| 5.Bir semte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır | | | | | |
| 6.Ruhsal bozuklukları olan bireyler uzun zamandan beri alay konusu olmaktadır. | | | | | |
| 7.Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir. | | | | | |
| 8.Halkı ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma daha az gündemde tutulmalıdır. | | | | | |
| 9.Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boşa gitmesi anlamına gelir. | | | | | |
| 10.Ruhsal bozuklukları olan hastaların diğer insanlarla birlikte aynı semtte yaşaması tedavileri için iyi olabilir. Ama orada yaşayanlar için büyük bir risk vardır. | | | | | |
| 11.Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır. | | | | | |
| 12.Bir semtte yaşayanlar, gereksinimlerini karşılamak için o semtte ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini kabul etmelidirler. | | | | | |
| 13.Ruhsal bozuklukları olan bireylere verilen hizmet yeterlidir. | | | | | |
| 14.İnsanların, semtlerinde ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılmasına karşı direnmelerinde haklı nedenleri vardır. | | | | | |
| 15. Bir semtte ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılması orada yaşayan insanlar için herhangi bir tehlike içermez. | | | | | |
| 16.Ruhsal bozuklukları olan bireyler sempatimize layık değillerdir. | | | | | |
| 17.Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır. | | | | | |
| 18.Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüyüz. | | | | | |
| 19.Oturdukları semtte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur. | | | | | |
| 20.Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir. | | | | | |
| 21.Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür | | | | | |

## EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMLARI

**‘’Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sanal E Programı Pilot Çalışması”**

**Bilgilendirme**

Sağlık okuryazarlığı, “İyi sağlığın sürdürülmesi ve teşviki için bilgiyi elde etme, anlama ve kullanabilmede bireysel gücü belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) sağlık okuryazarlığının hala gelişmekte olan bir bileşeni olup, bireylerin ruh sağlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Ruhsal sağlık sorunları ulusal hastalık yükü nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada gelmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren siz aile hekimlerimiz ve aile sağlığı çalışanlarımız ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilere yönelik vermiş olduğunuz danışmanlık oldukça değerli ve hayatidir.

Bu araştırmada siz hekimlerimize verilecek olan çevrim içi ruh sağlığı farkındalığı eğitiminin etkisini değerlendirmeyi amaçlıyoruz. Tamamen gönüllü gruplar ile yapılacak çalışmada *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Saliha Demirel ÖZSOY, Dr. Öğr. Üyesi Özlem Olguner EKER ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Arda BORLU* tarafından hazırlanan eğitim modülü uygulanacaktır. Toplamda 135 aile hekiminin katılımı beklenilen eğitim öncesi tüm gruplara ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara ilişkin algılanan damgalama ölçeğini içeren bir anket uygulanacaktır. Eğitim müdahalesi yapılacak kişiler kadın erkek sayısı dengesi sağlanarak iki gruba ayrılacaktır. Eğitim alan ve almayan gruplara eğitim sonrası yeniden aynı anket uygulanacak ve sonuçlar analiz edilecektir. Anketlerin tamamlanmasının ardından eğitim almayan grubun eğitime erişimi için yeniden organizasyon yapılacaktır.

Tüm **eğitim süreci çevrim içi platformdan** yapılacaktır.

Bununla ilgili olarak size araştırmamıza dahil etmek için izninizi rica ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestiniz. Kararınızdan önce araştırmamız hakkında size bilgilendirmek istiyoruz.Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışma verileri Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Ar-Ge Birimi tarafından muhafaza edilecektir. İzin verdiğiniz taktirde size ait anket verileri değerlendirilecek ve bir rapor hazırlanacaktır. Çalışmada isim bilginiz istenilmemektedir. Anket sonuçları ile ilgili bilgiler yalnızca proje yürütücüsü Emel GÜDEN’ in kayıtlarında saklanacak ve bu şekilde size ait bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tıbbi dergilerde yayınlanacaktır. Ancak kişisel bilgi paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ödeme de yapılmayacaktır.

***Yapılacak araştırmanın getirebileceği herhangi bir olası risk yoktur.***

***Yapılacak araştırmanın getirebileceği olası yararlar:*** İlimizdeki ruh sağlığı hastalıklarına ilk müdahele süresini kısaltma, depresyon tedavisinde gecikmenin önlenmesi, ruh sağlığı hastalıkları hakkında farkındalık kazanma, Türkiye’de ilk defa uygulanacak bir modül ile tıp eğitimine katkı sağlamaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz.Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde çalışmaya dahil edilmeyeceksiniz. Çalışmaya katılmamanız size herhangi bir sorumluluk yüklemez. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılmanızı istediğimiz anket formu ortalama 10 dk.sürmektedir.

**Gönüllü Oluru**

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki yukarıda belirtilen tüm açıklamaları okudum.Bu bilgilerden sonra Doç. Dr. Arda BORLU tarafından böyle bir araştırmaya "gönüllü" olarak davet edildim. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama Arda BORLU tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum".

"Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı Kabul ediyorum".

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştirmaci ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zordurumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, hangi araştırıcıyı, hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

**Araştırmacının Adı:** Doç. Dr. Arda BORLU- Emel GÜDEN

İş Tel:

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim.Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana bir sorumluluk getirmediğini biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "gönüllü" olarak yer alma kararını aldım.Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde Kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllü**

Adı/Soyadı: Adres:

Tel:

İmza:

**EK-6.**

KAYSERİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAYSERİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
15/09/2021 13:30 - E-93079172 - 703.01 - 42757
00147916829

T.C
KAYSERİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-93079172-703.01
Konu : Araştırma İzni

Sayın: Emel GÜDEN

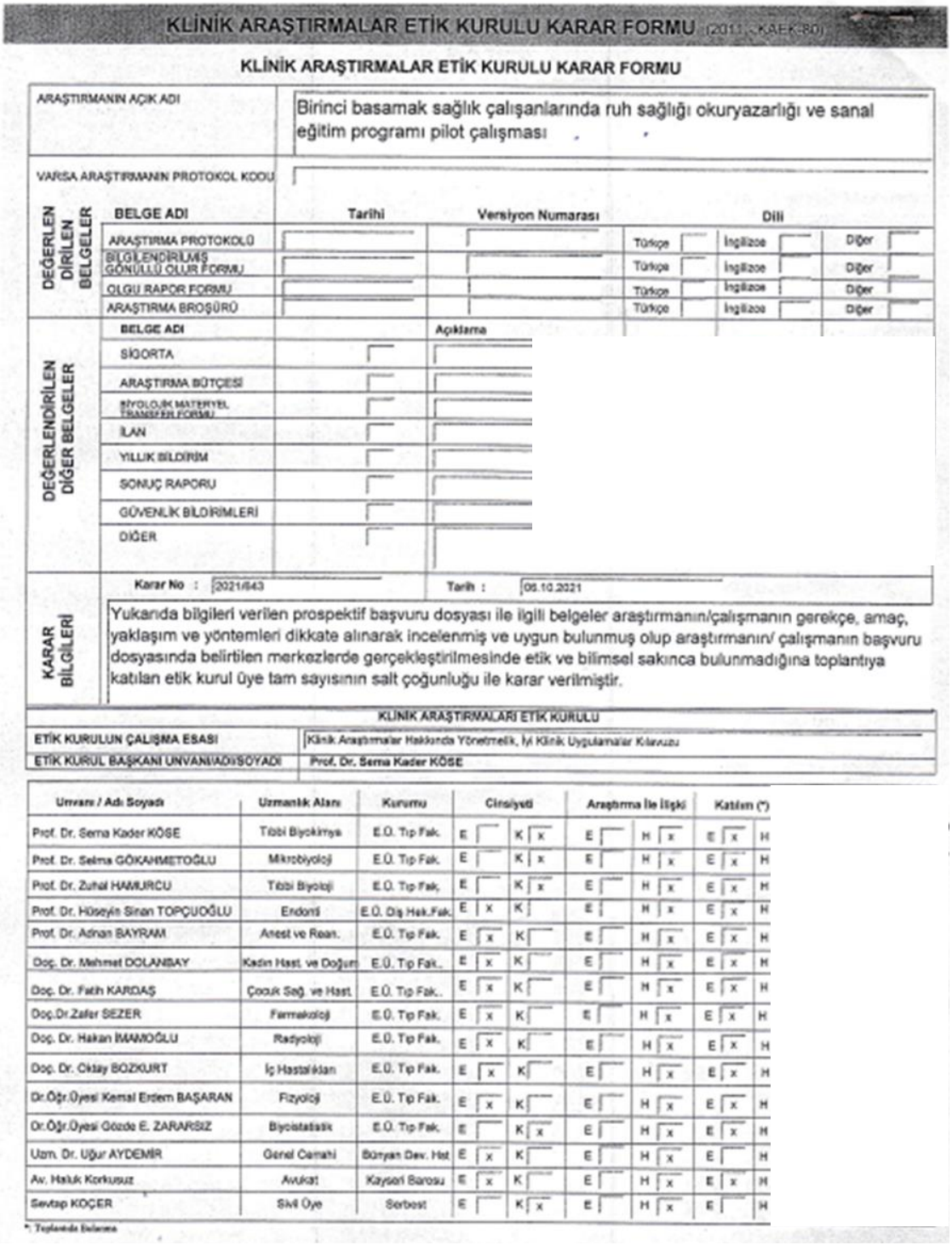
İlgi : 14/09/2021 tarihli ve 93079172 sayılı yazı.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Emel Güden'in ''Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sanal Eğitim Programı Pilot Çalışması'' isimli tez çalışması Müdürlüğümüz Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr. Ahmet ÖZYALÇIN
İl Sağlık Müdürü V.

**EK-7.**



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|---|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Birinci basamak sağlık çalışanlarında ruh sağlığı okuryazarlığı ve sanal eğitim programı pilot çalışması |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | |

**DEĞERLENDİRİLEN BELGELER**

| BELGE ADI | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe | İngilizce | Diğer |
| BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe | İngilizce | Diğer |
| OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe | İngilizce | Diğer |
| ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe | İngilizce | Diğer |

**DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER**

| BELGE ADI | | Açıklama |
|---|---|---|
| SİGORTA | | |
| ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | | |
| BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | | |
| İLAN | | |
| YILLIK BİLDİRİM | | |
| SONUÇ RAPORU | | |
| GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ | | |
| DİĞER | | |

**KARAR BİLGİLERİ**

Karar No : 2021/643 Tarih : 05.10.2021

Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/ çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

| KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU | |
|---|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu |
| ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI | Prof. Dr. Serra Kader KÖSE |

| Unvanı / Adı Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyeti | | Araştırma İle İlişki | | Katılım (*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prof. Dr. Serra Kader KÖSE | Tıbbi Biyokimya | E.Ü. Tıp Fak. | E | K x | E | H x | E x | H |
| Prof. Dr. Selma GÖKAHMETOĞLU | Mikrobiyoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E | K x | E | H x | E x | H |
| Prof. Dr. Zuhal HAMURCU | Tıbbi Biyoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E | K x | E | H x | E x | H |
| Prof. Dr. Hüseyin Sinan TOPÇUOĞLU | Endonti | E.Ü. Diş Hek.Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Prof. Dr. Adnan BAYRAM | Anest ve Rean. | E.Ü. Tıp Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY | Kadın Hast. ve Doğum | E.Ü. Tıp Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Doç. Dr. Fatih KARDAŞ | Çocuk Sağ. ve Hast. | E.Ü. Tıp Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Doç.Dr.Zafer SEZER | Farmakoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU | Radyoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Doç. Dr. Oktay BOZKURT | İç Hastalıkları | E.Ü. Tıp Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Dr.Öğr.Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN | Fizyoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E x | K | E | H x | E x | H |
| Dr.Öğr.Üyesi Gözde E. ZARARSIZ | Biyoistatistik | E.Ü. Tıp Fak. | E | K x | E | H x | E x | H |
| Uzm. Dr. Uğur AYDEMİR | Genel Cerrahi | Bünyan Dev. Hst | E x | K | E | H x | E | H |
| Av. Haluk Korkusuz | Avukat | Kayseri Barosu | E x | K | E | H x | E x | H |
| Sevtap KOÇER | Sivil Üye | Serbest | E | K x | E | H x | E | H |

*: Toplantıda bulunma

| | |
|---|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Birinci basamak sağlık çalışanlarında ruh sağlığı okuryazarlığı ve sanal eğitim programı pilot çalışması |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | |

| ETİK KURUL BİLGİLERİ | |
|---|---|
| **ETİK KURULUN ADI** | ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |
| **AÇIK ADRES** | Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ |
| **TELEFON** | 0 352 437 49 10 - 11 |
| **FAKS** | 0 352 437 52 85 |
| **E-POSTA** | serifeserim@erciyes.edu.tr |

| BAŞVURU BİLGİLERİ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI | Doç. Dr. Arda Borlu | | | | | | |
| KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Halk Sağlığı | | | | | | |
| KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Erciyes Üniveristesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., Kayseri | | | | | | |
| VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI | | | | | | | |
| DESTEKLEYİCİ | | | | | | | |
| PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) | | | | | | | |
| DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ | | | | | | | |
| ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ | FAZ 1 | | | | | | |
| | FAZ 2 | | | | | | |
| | FAZ 3 | | | | | | |
| | FAZ 4 | | | | | | |
| | Gözlemsel ilaç çalışması | | | | | | |
| | Tıbbi cihaz klinik araştırması | | | | | | |
| | İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları | | | | | | |
| | İlaç dışı klinik araştırma | x | | | | | |
| | Diğer ise belirtiniz | Doktora Tezi | | | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEKMERKEZ | x | ÇOKMERKEZ | | ULUSAL | x | ULUSLARARASI |

**EK-8**

14 Eylül 2021 12:03

Sevgili Emel Güden,

Türkçe geçerlilik ve analizini yaptığım 'Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumlar Ölçeği (RSTTÖ) 'ni çalışmanızda kullanmanızın beni mutlu edeceğini bildirmek isterim.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dileklerimle

19 Ekim 2021 09:59

Sevgili Emel,

RHİÖ'yü doktora tezinizde kullanabilirsiniz.

Başarılar

**Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği**
5 ileti

13 Eylül 2021 14:41

Merhabalar,
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Tez konusu için birinci basamakta ruh sağlığı okuryazarlığı konusunda bir çalışma yapmak istiyoruz. Sizin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yaptığınız ölçeği kullanmak istiyoruz. Tez dosyam için makale yazarı olarak sizden izin almamız gerekiyor. İzin verirseniz çok memnun kalırız.
İyi çalışmalar diler saygılar sunarım.

**saniye göktaş** 15 Eylül 2021 10:34
Alıcı: Emel güd

Sayın hocam,
Ölçeği araştırmanızdan kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçekle ilgili bilgiler ektedir.
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla.

**EK-9.**

T.C.
TÜRKİYE BİLİMSEL VE TEKNOLOJİK ARAŞTIRMA KURUMU BAŞKANLIĞI
Araştırma Destek Programları Başkanlığı

TÜBİTAK

Sayı : B.14.2.TBT.0.06.03.02-161-532238 27/03/2024

Konu : 124S368 Numaralı Proje Karar Yazısı

Sayın Emel GÜDEN

"1002-B Acil Destek Modülü" kapsamında Kurumumuza sunulan 124S368 numaralı ve "Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Verilen Ruh Sağlığı Eğitiminin Uzun Dönem Etkilerinin Değerlendirmesi." başlıklı projenize ilişkin bilimsel değerlendirme süreci tamamlanmıştır.

Konunun uzmanı danışmanlar tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda proje önerinize destek verilmesine karar verildiğini bildirmekten memnuniyet duyarım (*).

Desteklenmesine karar verilen proje önerinizin ilgili mevzuat çerçevesinde, mali ve benzeri konularda değerlendirme çalışmalarına başlanmıştır. Süreç tamamlandığında projelere ait sözleşme ve diğer belgeler imzalanmak üzere tarafınıza gönderilecektir.

Başarınızı tebrik eder, saygılar sunarım.

Dr. Hatice Mahur TURAN
Sağlık Bilimleri Araştırma Destek
Grubu (SBAG) Grup Koordinatörü V.

* Bir kişi kariyer hayatı boyunca 1002-A Hızlı Destek Modülü ve 1002-B Acil Destek Modülü kapsamında toplamda en fazla beş kez proje yürütücüsü olarak görev alabilir.

Windows

# "BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA RUH SAĞLIĞI OKUR YAZARLIĞI VE SANAL EĞİTİM PROGRAMI PİLOT ÇALIŞMASI"

ORİJİNALLİK RAPORU

| %16 | %15 | %8 | % |
|---|---|---|---|
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|---|---|---|
| 1 | www.halksagligiokulu.org<br>İnternet Kaynağı | %3 |
| 2 | acikbilim.yok.gov.tr<br>İnternet Kaynağı | %2 |
| 3 | www.researchgate.net<br>İnternet Kaynağı | %1 |
| 4 | docplayer.biz.tr<br>İnternet Kaynağı | %1 |
| 5 | dergipark.org.tr<br>İnternet Kaynağı | %1 |
| 6 | www.sp.gov.tr<br>İnternet Kaynağı | <%1 |
| 7 | konuralptipdergi.duzce.edu.tr<br>İnternet Kaynağı | <%1 |
| 8 | jag.journalagent.com<br>İnternet Kaynağı | <%1 |

# ÖZGEÇMİŞ

## KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı : Emel GÜDEN

Uyruğu :Türkiye (TC)

## EĞİTİM

| DERECE | KURUM | MEZUNİYET |
|---|---|---|
| Yüksek Lisans | Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD | 2007 |
| Lisans | Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu | 2001 |
| Ön lisans | Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Ebelik Bölümü | 1997 |
| Lise | Kayseri Atatürk Sağlık Meslek Lisesi | 1995 |

## İŞ DENEYİMLERİ

| YIL | KURUM | GÖREV |
|---|---|---|
| 2010-2023 | Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü | Ebe |
| 1999-2010 | Bünyan Devlet Hastanesi | Ebe |
| 1998-1999 | Antalya 112 Acil Sağlık Hizmetleri | Ebe |
| 1997-1998 | Develi/Kabaklı Köyü Sağlık Evi | Ebe |
| 1995-1997 | Kayseri Doğumevi Hastanesi | Ebe |

## YABANCI DİL

İngilizce (YÖKDİL=73)