

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE ULAŞIM YOLLARI, PSİKIYATRI HASTALARININ AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMASINI KULLANIMI VE AİLE HEKİMİ ALGISI**

**Dr. Elif Hilal ÜNVERDİ
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cengiz KILIÇ**

**ANKARA
2019**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE ULAŞIM YOLLARI, PSİKİYATRİ HASTALARININ AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMASINI KULLANIMI VE AİLE HEKİMİ ALGISI**

**Dr. Elif Hilal ÜNVERDİ
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cengiz KILIÇ**

**ANKARA
2019**

TEŞEKKÜR

Birlikte çalıőmaktan onur duyduğum tez danıőmanım Sayın Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Desteklerini ve ilgisini bizden esirgemeyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Baőkanı Sayın Mustafa Cankurtaran'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Her konuda özveriyle yardımcı olan Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Duygu Ayhan Baőer'e sonsuz teşekkür ederim.

Tezimin baőından sonuna kadar bana verdiği büyük destek için baőta sevgili arkadaőım Dr. Özge Mıhçı olmak üzere bölümümüzdeki tüm asistan arkadaőlarıma teşekkür ederim.

Araőtırmam sürecinde birlikte çalıőtıėım tüm psikiyatri asistanı arkadaőlarıma yardımları ve gösterdikleri samimiyet için teşekkür ederim.

Kliniklerinde alıőma fırsatı verdikleri, misafirperverlikleri ve ilgileri için Sayın Prof. Dr. Sibel Örsel'e teşekkür ederim.

Varlıklarından güç aldığım sevgili annem, babam ve kardeőime sonsuz teşekkür ederim.

Elif.

ÖZET

ÜNVERDİ EH, Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları, Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanımı ve Aile Hekimi Algısı, Hacettepe Üniversitesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara 2019.

Ruhsal hastalıklar dünya çapında engelliliğin, yeti yitiminin, iş gücü kaybının başlıca nedenlerinden biridir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metnine göre, ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi kararlaştırılmıştır. Çalışmamızın temel amacı hastaların, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yollarını, bu ulaşım yolunda aile hekimliği uygulamasını ne oranda kullandıklarını incelemek ve hastaların aile hekimlerinin ruhsal ve bedensel hastalıkların tedavisi konusunda yetkinlikleriyle ilgili algılarını değerlendirmektir. Çalışmamız tanımlayıcı gözlemsel tipte bir çalışma olup Ocak 2018 ve Ağustos 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği (HÜTF) ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne (DYBEAH) başvurmuş 265 hastanın katılımıyla gerçekleşmiştir. Hastaların ruhsal bir şikayetle ilk başvurusunda en küçük payı alan grup aile hekimleri olmuştur (%6.8). Hastalarımızın büyük çoğunluğu (%54.5) doğrudan psikiyatriste ulaşmaktadır. Hastanın tanısının ne olduğu aile hekimine başvuruyu etkilemektedir: ilk başvuru noktası olarak aile hekimine başvurma anksiyete bozukluklarında diğer tanı gruplarına göre daha fazladır. Ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra ise aile hekimine başvuru yüksek orandadır. Hastaların çoğu (%76) bedensel hastalığı için aile hekimine başvurmaktadır. Ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra, şizofrenisi olan hastalar arasında aile hekimine "psikiyatrik ilaçları yazdırmak için gitme", anksiyete bozuklukları grubu hastalarda "ruhsal hastalığı hakkında danışmanlık almak için gitme" diğer gruplardan daha fazla bildirilmiştir. Aile hekiminin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisini yeterli bulan hastaların, ruhsal sorunlar için ilk olarak aile hekimine

başvurma ihtimali artmaktadır. Aile hekimine başvurunun tedavi başvurusunda gecikmeye yol açmadığı saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu aile hekiminin bedensel hastalıklar konusundaki mesleki becerisini iyi bulurken, büyük çoğunluğunun aile hekimlerinin ruhsal hastalık becerisi hakkında fikri yoktur.

Anahtar kelimeler: birinci basamak, ruh sağlığı hizmetleri, ulaşım yolları, gecikme

ABSTRACT

ÜNVERDİ EH, Pathways to Mental Health Care and Utilization of Primary Care Services, and Patients Thoughts About Family Physicians' Professional Skills, Hacettepe University, Thesis in Family Medicine, Ankara 2019.

Mental disorders are the leading causes of disability worldwide. The Mental Health Policy Act, issued in 2006 by the Ministry of Health, advised that mental services need to be community-based, and integrated with primary care services. The main aim of our study was to examine the pathways to mental health care and the role of family physicians in this process. We also wanted to learn opinions and attitudes of patients about the competence levels of family physicians in treating mental and physical disorders. This study was conducted between January 2018 and August 2018 with 265 participants. The family physicians were the least likely to be the first point of contact for psychological problems (%6.8); most of the patients (%54.5) contacted a mental health specialist directly. Psychiatric diagnosis had an effect on the choice of type of doctor for the first contact: anxiety patients attend family physicians as first contact more often compared to patients with other diagnoses. Once the psychiatric diagnosis is established, contact with family physicians is common: most patients go to their family physician for physical symptoms. Schizophrenic patients go for refills, whereas anxiety patients go to their family physician for counselling more often than others. Patients who see family physicians as competent for treating mental patients tend to choose family physicians as the first point of contact more often than others. There were no differences in delay to treatment among patients who contacted different carers as first contact. The majority of patients think that family physicians are capable about treating physical disorders; most of them don't have any idea, however, about family physicians' ability to manage mental disorders.

Key words: *primary care, mental health services, pathways to care, delay*

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	4
ÖZET.....	5
ABSTRACT.....	7
İÇİNDEKİLER.....	8
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	10
ŞEKİLLER.....	11
TABLolar.....	12
1. GİRİŞ.....	15
2. GENEL BİLGİLER.....	17
2.1. Ruh Sağlığı Tanımı, Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Küresel Ruhsal Hastalık Yüğü	17
2.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Organizasyonu.....	19
2.3. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Birinci Basamağın Önemi ve Dünyadaki Mevcut Durumu	22
2.4. Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları.....	24
2.5. Ruhsal Hastalıklarda Doktora Başvuruda Gecikme	26
2.6. Ruhsal Hastalığı Olan Hastaların Aile Hekimi Algısı.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Hasta Seçimi	29
3.2. Uygulama	30
3.3. Veri Toplama Aracı.....	30
3.4. İstatistiksel Analiz	31
3.5. Analize Katılan Değişkenlerin Seçilmesi ve Oluşturulması.....	32
3.5.1 Tanılar	32
3.5.2 Tedaviciler	32
3.5.3 Başvuruda Gecikme ve Nedenleri.....	33
3.5.4 Aile hekimi, Ruh Sağlığı Uzmanı, ve Damgalama ile İlgili Tutum ve Yargılar	33
3.6 Etik Kurul Onayı.....	33
4. BULGULAR	34
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	34
4.1.1 İki Araştırma Merkezinin Karşılaştırılması	36
4.1.2. Son Bir Yılda Aile Hekimine Başvuranlar ve Başvurmayanların Karşılaştırılması	38
4.1.3 Kadın ve Erkek Hastaların Karşılaştırılması	40
4.2. Hastaların Ruhsal Hastalık Tanıları.....	42

4.3. Ruhsal Şikayet Nedeniyle İlk Başvurulan Tedavici	43
4.4. Şifacılara Başvuru	53
4.5. Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanım Durumları	53
4.6. Psikiyatri Hastalarının Aile Hekiminin Mesleki Becerisi Hakkındaki Düşünceleri	55
4.7. Psikiyatri Hastalarının Aile hekimi Algısı	56
5. TARTIŞMA	64
5.1. Örneklemin Özellikleri	64
5.2. Hastaların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları	66
5.3. Ruhsal Hastalıklarda Doktora Başvuruda Gecikme	69
5.4. Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanım Durumları	72
5.5 Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimi Hakkında Tutum ve Yargıları	73
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7.KAYNAKÇA	76

SİMGELER VE KISALTMALAR

AH: Aile Hekimi

ANK: Anksiyete Bozuklukları

BAB: Bipolar afektif bozukluk

BU: Başka Uzman

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

DALY: Disability Adjusted Life Years

DEP: Depresyon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DŞ: Dini şifacı

DYBEAH: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HÜTF: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

KW: Kruskal-Wallis

MWU: Mann-Whitney U

PSK: Psikiyatri

ŞİZ: Şizofreni

TOP: Toplam

YLD: Years Lived with Disability

ŞEKİLLER

- Şekil 2.1. DSÖ'ne Göre Optimal Ruh Sağlığı Hizmetleri Organizasyonu.....
- Şekil 4.1. Ruhsal Şikayeti Olan Hastaların Psikiyatriye Ulaşım Yolu.....
- Şekil 4.2. Ruhsal Şikayet İçin Doktora Başvurudaki Gecikmeler.....
- Şekil 4.3. Ruhsal Hastalık Tanılarına Göre Gecikme Süresi.....

TABLolar

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4.2. Hastanelere Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.3. Son Bir Yılda Aile Hekimine Başvurusu Olanlar ve Olmayanların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Kadın ve Erkek Hastaların Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Ruhsal Hastalık Tanılarının Araştırma Merkezlerine Göre Dağılımı

Tablo 4.6. Ruhsal Hastalık Tanılarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo 4.7. Araştırma Merkezlerinin İlk Başvurulan Tedavici Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4.8. Kadın ve Erkek Hastalarının İlk Başvurulan Tedavici Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4.9. İlk Başvurulan Tedaviciye Göre Ruhsal Hastalık Tanılarının Karşılaştırılması

Tablo 4.10. Araştırma Merkezleri, Cinsiyet ve Ruhsal Hastalık Tanılarının Başvuruda Gecikme Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4.11. Hastaların Bildirdiği Gecikme Nedenleri

Tablo 4.12. Aile Hekiminden Alınan Hizmetlerin Hastalık Tanı Grupları Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.13. Aile Hekimleriyle İlgili Tutum ve Yargıların Araştırma Merkezleri Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.14. Aile Hekimleriyle İlgili Tutum ve Yargıların Kadınlar ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.15. Aile Hekimleriyle İlgili Tutum ve Yargıların Hastalık Tanıları Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.16. Ruh Sağlığı Uzmanı ile İlgili Önermelerin Araştırma Merkezleri Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.17. Ruh Sağlığı Uzmanı ile İlgili Önermelerin Kadınlar ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.18. Ruh Sağlığı Uzmanı ile İlgili Önermelerin Ruhsal Hastalık Tanıları Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.19. Damgalama ile İlgili Önermelerin Araştırma Merkezleri Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.20. Damgalama ile İlgili Önermelerin Kadınlar ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.21. Damgalama ile İlgili Önermelerin Ruhsal Hastalık Tanıları Arasında Karşılaştırılması

1. GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar dünya çapında engelliliğin, yeti yitiminin, iş gücü kaybının başlıca nedenlerinden biridir (1). 2010 yılında yapılan uluslararası “Küresel Hastalık Yüğü” çalışmasında ruhsal hastalıklar için hesaplanan “Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY)” oranı %7.4’tür (Bir DALY, yaşamdan kaybedilmiş bir sağlıklı yıl anlamına gelmektedir) (2). “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” çalışması Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmaya göre Türkiye’de erişkin nüfusun yaklaşık %18’inde herhangi bir ruhsal hastalık bulunmaktadır. Bu bulgular dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermektedir (3). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde, ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması, ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması, damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün arttırılması hedefleri yer almaktadır (4). Ruh sağlığı politika metninin yayımlanmasından sonra, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçileceğinin ifade edildiği bir “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı” (2011) oluşturulmuştur. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nda Türkiye’de 2010 yılı sonu itibariyle tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçildiği, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun da bu yeni modele uygun hale getirilmesi gerektiği, aile hekimliği uygulamasında hekim-hasta ilişkisinin daha uzun süreli ve yakın olması nedeniyle ruh sağlığı hastalarına hizmetin birinci basamakta verilmeye başlanması ve gerek olduğunda ikinci veya üçüncü basamağa sevkinin daha uygun olduğu açıklanmıştır. Gelecekte evde sağlık hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, toplum temelli madde bağımlılığı tedavi merkezleri, gençlik evleri ve toplum merkezleri uygulamalarının yaygınlaştırılması planlanmaktadır. Bu merkezlerin aile hekimleri ile eşgüdüm içinde çalışmaları gerektiği açıktır (5).

Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar, ruhsal hastalıklar nedeniyle pratisyen hekimlere başvurunun; psikiyatriye doğrudan başvuru ve diğer uzmanlıklara başvurudan çok daha az olduğunu göstermiştir (3,6). Aile Hekimliği uygulamasına geçildikten sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada ise ruhsal sorunlar nedeni ile ilk başvurusunu aile hekimine yapanların oranı %3.8, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada ise %4.4 bulunmuştur (7,8). Ruhsal hastalıkların birinci basamakta tanısının ve tedavisinin öngörülüyor olmasına karşılık başvuru oranları beklenenden düşüktür. Bu durumun nedenlerini araştıran kapsamlı çalışmalar henüz yapılmamıştır.

Çalışmamızın temel amacı, ruhsal şikayetleri olan hastaların ruh sağlığı hizmetlerine nasıl ulaştıklarını araştırmaktır. Bu amaçla üçüncü basamak psikiyatri polikliniğine başvurmuş olan hastaların, bu hizmete ulaşım yolları, bu ulaşım yolunda aile hekimliği uygulamasını ne oranda kullandıkları incelenecek, ayrıca hastaların aile hekimlerinin ruhsal ve bedensel hastalıkların tedavisi konusunda yetkinlikleriyle ilgili algıları değerlendirilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı Tanımı, Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Küresel Ruhsal Hastalık Yüğü

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı olma halini, yalnızca hasta olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (9). Ruh sağlığı kavramı kişinin kendini iyi hissetmesi, kendine yetebilmesi, entelektüel ve duygusal potansiyelinin farkında olması, nesiller arası bağlılık ve iletişim öğelerini içerir. Aynı zamanda, bireylerin yeteneklerini tanımaları, günlük streslerle başa çıkabilmeleri, üretken bir şekilde çalışabilmeleri ve topluma katkıda bulunabilmelerini kapsayan bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (10).

Ruhsal hastalıklar;

- Düşük özgüven, yetersiz bilişsel ve duygusal kapasite gibi bireysel özelliklere,

-İletişim sorunları, bedensel hastalıklar, madde kullanımı, yalnızlık, yakın birinin ölmesi, ihmal edilme, ailede huzursuzluk, şiddete ve istismara maruz kalma, yoksulluk, okulda veya işte başarısızlık, işsizlik gibi sosyal olaylara ve koşullara,

-Temel hizmetlere ulaşmada güçlük, adaletsizliğe, ayrımcılığa, sosyal eşitsizliğe ve cinsiyet eşitsizliğine uğrama, savaş veya doğal felaketlere maruz kalma gibi çevresel şartlara bağlı olarak ortaya çıkabilir (11). Bu nedenle yoksullar, evsizler, işsizler, düşük eğitimli kişiler, şiddet mağdurları, göçmenler ve mülteciler, çocuklar ve ergenler, istismara uğramış kadınlar ve ihmal edilen yaşlıların ruhsal hastalıklara yakalanma riski daha yüksektir (12). Toplumdaki savunmasız gruplarda ruhsal hastalığa yakalanma riski daha yüksek olsa da ruhsal hastalıklar cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, yaşanan bölge ve ülke ayrımı olmaksızın tüm toplumlarda yaygın görülen hastalıklardır (13).

DSÖ'nün raporuna göre dünya genelinde yaklaşık 450 milyon kişinin ruhsal hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Erişkinlerin yaklaşık %10'unun mevcut bir ruhsal hastalığı vardır ve %25'i hayatları boyunca bir ruhsal hastalık geçirecektir (13).

Yapılan geniş çaplı epidemiyolojik araştırmalarda ruhsal hastalıkların sanıldığından çok daha yaygın olduğu görölmüştür. Hayat boyu ruhsal hastalıklara yakalanma riski ölkeler arasında değişiklik göstermektedir. "World Mental Health" çalışmasına katılan Kolombiya, Fransa, Yeni Zelanda, Ukrayna ve Amerika Birleşik Devletleri'nde her üç kişiden birinde; Belçika, Hollanda, Lübnan, Meksika, Hollanda, Güney Afrika'da her dört kişiden birinde; İsrail, İtalya, Japonya ve İspanya'da ise altı kişiden birinde bir ruhsal hastalık görölmektedir (14).

Ölkemizde günümüze kadar yapılmış olan en geniş çaplı epidemiyolojik çalışma 1998 yılında yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasıdır. Bu çalışma tüm toplumu temsil eden 7479 kişiyle yapılmıştır. Çalışmaya katılan kişiler evlerinde ziyaret edilerek bu kişilere "Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi" (Composite International Diagnostic Interview-CIDI) uygulanmıştır. Bu görüşmeyle, depresif nöbet, distimi, kısa yineleyici depresyon, agorafobi, yaygın bunaltı bozukluğu, panik bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza, somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, nevrasteni, somatoform ağrı bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu hastalıklarının yaygınlığı belirlenmiştir. Katılımcıların % 17.2'sine en az bir ruhsal hastalık tanısı konulmuştur (3). Bu çalışma dışında yapılmış olan çalışmalar il, bölge ya da hastalık tanısı bazında olup ölk genelini yansıtan daha güncel tarihli bir çalışma bulunmamaktadır.

1990'dan beri yapılan "Küresel Hastalık Yüğü" çalışmaları ruhsal hastalıkların yaygınlıklarının yanı sıra ciddi derecede yeti yitimine de neden olduklarını göstermiştir. 2010 yılındaki Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre tüm "Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yıllarının (DALY)" %7.4'ünü ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları oluşturmaktadır. Ruhsal hastalıklar yeti yitimiyle geçen yılların (YLD: years lived with disability) başlıca nedenidir. Ruhsal hastalık yüğünün %40.5'ini depresyon, %14.6'sını anksiyete bozukluğu, %10.9'unu madde kullanım bozukluğu, %9.6'sını alkol kullanım bozukluğu, %7.4'ünü şizofreni, %7'sini bipolar afektif bozukluk, %4.2'sini yaygın gelişimsel bozukluk, %1.2'sini yeme bozuklukları oluşturmaktadır (2).

“Türkiye Ruh Sağlığı Profili” raporuna göre Türkiye’de ruhsal hastalıkları olan kişilerin yalnızca %14’ü tedavi almak için bir tedaviciye başvurmuştur (15). Bu durum Türkiye’de ruhsal hastalığı olan milyonlarca kişinin tedavisiz kaldığını göstermektedir.

Bedensel hastalıkların çoğuna oranla toplumsal yükü çok daha fazla olmasına rağmen birçok ülkede ruh sağlığına ve ruhsal bozukluklara gereken önemin verilmediği bir gerçektir. Oysa, ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmesi, kronikleşme eğilimi göstermesi, en az bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmesi ve iş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır (9). Ruhsal hastalıkların tanısı ve takibi güçlü bir ruhsal sağlık hizmeti sunumu gerektirmektedir.

2.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Organizasyonu

Ruh sağlığı hizmetleri ruh sağlığının iyileştirilmesi için gereken etkili müdahalelerin uygulanmasını sağlayan hizmetler bütünüdür. Dünyada bu zamana kadar temel olarak üç ruh sağlığı hizmeti modeli kullanılmıştır: hastane temelli model, toplum temelli model, toplum-hastane denge modeli.

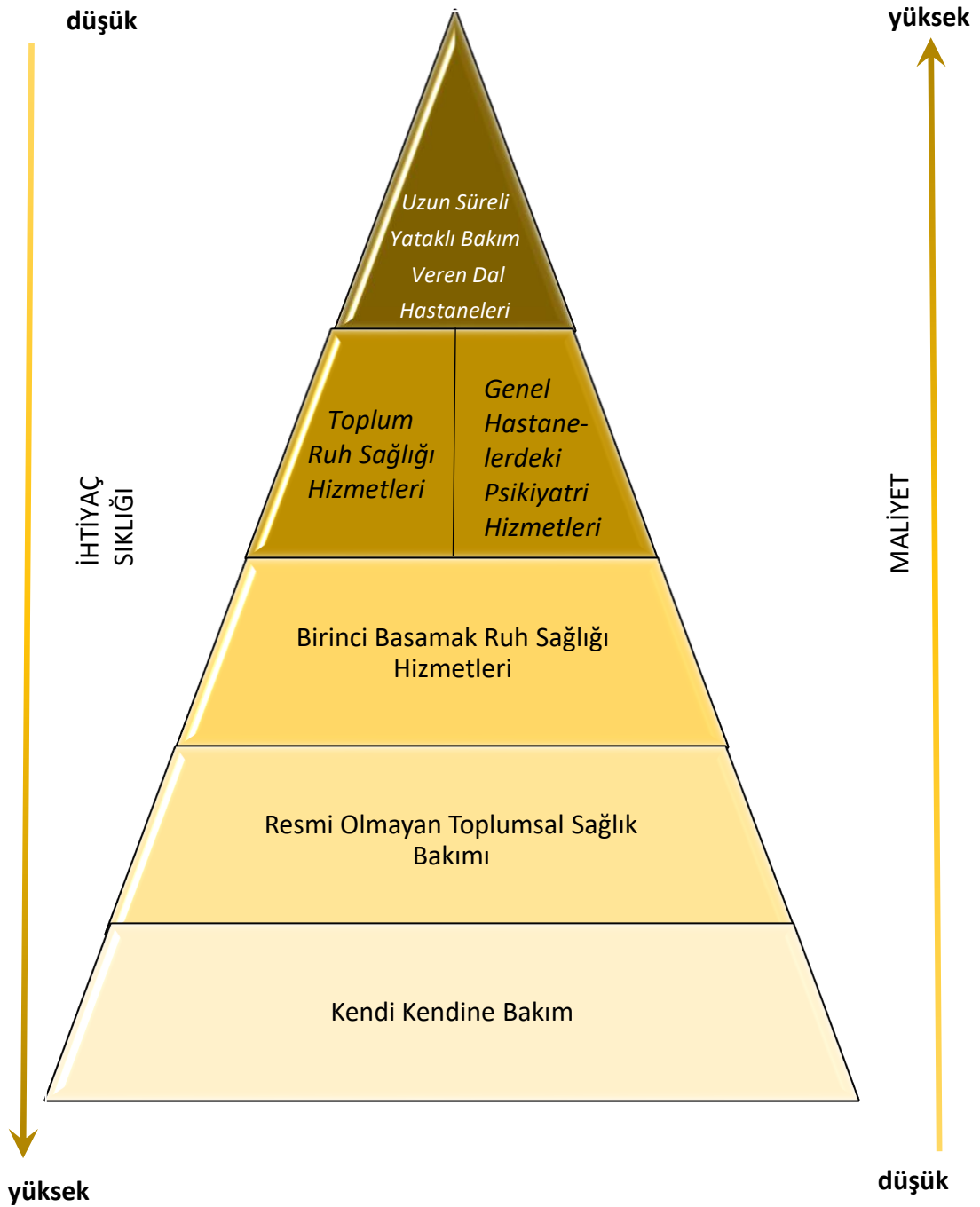
Hastane temelli model çok uzun yıllar boyunca çoğu Avrupa ülkesinde kullanılmıştır. Bu modelde ağır ve kronik ruhsal hastalıklara sahip hastalar büyük hastanelerde bir araya getirilmiş zaten az sayıda olan sağlık personeli sadece büyük merkezlerde istihdam edilmiştir. Bu model hem bakımı zor olan hastalarla yaşamak zorunda olan aileler, hem toplum için tercih nedeni olmuştur. Zamanla insan hakları ihlaliyle ilgili skandalların ortaya çıkması, yapılan araştırmalarda verilen tedavinin kalitesiz oluşunun görülmesi nedeniyle bu model terkedilmiş, birçok ülke toplum temelli ruh sağlığı modeline geçmiştir (16). Ülkemizde var olan hastane temelli sistemde ise hastaneler psikiyatri hastalarına ayaktan poliklinik hizmetleri vermekte ve hastalar hastalıkların atak dönemlerinde hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir. Ağır hastalığı olan, ailesi tarafından bakılamayan hastalar uzun yıllar hastanelerde

kalmaktadır. Bu hizmet modeli hastalıkların atak döneminde tedavi edilmesine yoğunlaşmıştır. Hastalığın kötüleşmesinin altta yatan nedenlerine çözüm üretmemektedir. Bu nedenle tedavi olup hastaneden taburcu olan hastalar bir süre sonra tekrar kötüleşmeyle hastaneye başvurmaktadır (17).

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruh sağlığı hastalarının kişisel haklarına önem veren, hastalara tecrit edilmiş kalabalık hastaneler yerine hastanın yaşadığı yerde bakım verilmesini destekleyen bir hizmet şeklidir. DSÖ'nün önerdiği toplum temelli ruh sağlığı modeli öncelikle Avrupa ülkelerinde uygulanmaya başlanmıştır. Son otuz yılda dünya çapında birçok ülke toplum temelli modele geçmeye başlamıştır. Bu modelde ruh sağlığı hastalarının damgalanması azalmakta ve sağlık hizmetlerine erişim daha kolay olmaktadır. Ayrıca bu hizmet modelinde hastaların ihtiyaçları daha yüksek seviyede karşılanmakta, hastalıkların tekrarlama önlenmekte ve hizmet kullananların memnuniyetleri artmaktadır (5).

Thornicroft ve Tansella ise kapsamlı bir bakım sisteminin hem toplum temelli hem de hastane temelli hizmetlerin dengeli kullanılmasıyla mümkün olabileceğini belirtmiş ve toplum-hastane denge modelini sunmuşlardır (18). Ruhsal hastalıkların tedavisi ve hastaların bakımı konusunda ne hastane temelli modelin ne de toplum temelli modelin tek başına yeterli olmadıkları düşüncesiyle ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu için bu iki modelin faydalı yönlerini bir araya getirdikleri karma bir model oluşturmuşlardır. Denge modelinde dikkat edilmesi gereken hususlar ise, sunulan hizmetlerin yaşanılan çevreye yakın olması, hastane yatış sürelerinin mümkün olduğu kadar azaltılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçenin hastaneler yerine toplum temelli hizmetlere aktarılması olarak belirlenmiştir (19). Psikiyatri hastanelerinin tamamen kapatılmasını ve psikiyatrik yataklı hizmetlerin ülke geneline yayılmasını hedefleyen toplum temelli modelin, özellikle insan kaynakları bakımından maliyeti oldukça yüksektir. İngiltere'de halen uygulanmakta olan bu modelde psikiyatri hastaneleri 200 yatak veya altına düşürülerek korunmuş, ayrıca toplum ruh sağlığı sistemi de kurulmuştur (5).

DSÖ ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinin nasıl olması gerektiğini gösteren örnek bir model geliştirmiştir. Ülkelerin bu modeli kendi sosyal, kültürel, ekonomik durumlarına ve ihtiyaçlarına göre uyarlaması gerektiği belirtilmiştir. Bu model genel sağlık hizmetleri ile ruh sağlığı hizmetlerinin entegrasyonunu içermektedir (20). Şekil 2.1’de DSÖ’nün optimal ruh sağlığı hizmetleri organizasyonu piramidi gösterilmiştir.



Şekil 2.1 DSÖ'ne göre optimal ruh sağlığı hizmetleri organizasyonu

Bu piramitte ilk basamağı kişinin kendine bakımı oluşturur. İkinci basamakta ise resmi olmayan toplumsal sağlık bakımı bulunur. Resmi olmayan sağlık bakımını; aile, geleneksel şifacılar, kendine yardım ve destek grupları, klinik ve okullarda ebeveynlere ve gençlere ruhsal hastalıklar konusunda eğitim veren gönüllüler, din adamları oluşturmaktadır. Piramidin üçüncü basamağında resmi sağlık hizmetleri başlar. Bu basamağı ruhsal bozukluklar için tanı, tedavi ve sevk hizmetleri ya da ruhsal hastalıkların takibi için evde bakım hizmeti veren birinci basamak kliniklerinde çalışan pratisyen hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personeli oluşturmaktadır. Dördüncü basamakta toplum ruh sağlığı merkezleri/ayaktan tedavi klinikleri, gündüz bakım merkezleri, istihdam/ rehabilitasyon atölyeleri, mobil kriz ekipleri bulunmaktadır. İkinci basamak hastaneler ya da üçüncü basamak üniversite hastaneleri de bu basamakta bulunmaktadır. Bu hastaneler psikiyatri servislerine sahip olan genel hastanelerdir. Ruhsal hastalıkları olan hastalar yatırılarak tedavi edilir. Diğer servislerde yatan hastalara konsültasyon hizmeti verilir. Akademik personel yetiştirme ve birinci basamağa danışmanlık verme görevlerini üstlenir. Piramidin son basamağında ise psikiyatri hastaneleri bulunmaktadır. Bunlar uzun süreli yataklı bakım verirler. Çocuklar ve yaşlılar için özel üniteler ya da yüksek güvenli üniteler içerebilirler. Adli psikiyatri hizmeti verebilirler. Piramitte üst basamaklara çıkıldıkça ihtiyaç sıklığı azalmakta ancak maliyet artmaktadır (20).

2.3. Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Birinci Basamağın Önemi ve Dünyadaki Mevcut Durumu

Birçok sağlık modelinde, birinci basamak hekimleri, hem bedensel hem ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde önemli rol üstlenir. Ruhsal hastalıkların toplumda yaygınlığının tahmin edilenden çok daha fazla olması nedeniyle geçtiğimiz yirmi yılda, birinci basamakta ruhsal hastalıkların tedavisi gündeme gelmiş ve aile hekimlerinin/pratisyen hekimlerin önemi artmıştır. Uluslararası epidemiyolojik

çalışmalara göre, birinci basamak doktorları ruhsal hastalığı için tedavi alan hastaların büyük bölümüne en azından asgari düzeyde müdahale etmektedir. Birinci basamağın öneminin artmasına diğer bir neden ise psikiyatri hastanelerinin yatak sayılarının azaltılma eğiliminin devam etmesi ve ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarının sayısının artmasıdır. Klinik nöro bilim ve klinik psikoloji alanlarındaki hızlı gelişmeler, birçok nöropsikiyatrik hastalık için yeni ve çeşitli tedavi seçenekleri sunmaktadır. Bu tedavilerin çoğu birinci basamakta uygulanabilir tedavilerdir (21).

Çoğu sağlık sisteminde, hastaların büyük kısmı yılda en az bir kez birinci basamağa başvurmaktadır. Böylece hasta ve hekim arasında sürekli ve kalıcı bir ilişki mümkün olmaktadır. Birinci basamak hekimleri hastaların aile ilişkileri, işle ilgili sorunları, sosyal, çevresel ve ekonomik durumlarıyla ilgili bilgi sahibidir. Bu nedenle hastalığa yakalanma riskini, hastalık davranışını, hastalığın kötüleşmesi veya gerilemesini daha iyi gözlemleyebilir. Bedensel ve ruhsal komorbiditelerin gelişimi durumunda bunların dolaylı ve doğrudan etkilerinin üstesinden gelme becerisini gösterebilir. Birinci basamağa başvuru bir ruh sağlığı uzmanına başvuru kadar damgalayıcı olmadığından yardım arama ve tedavi alma önündeki engeller daha azdır (21).

Kronik hastalıkları olan hastaların hem hastalık stresi ve hem de bedensel yakınmaları nedeniyle ruhsal Şikayetleri ortaya çıkabilmekte ya da var olan ruhsal Şikayetleri ktleşebilmektedir. Yapılan çalışmalarda bedensel hastalıklara komorbid gelişen ruhsal hastalıkların morbiditeyi artırdığı gösterilmiştir (22). Birinci basamak hekimlerinin takip ettiği kronik bedensel hastalığı olan hastaları ruhsal hastalıklar açısından da değerlendirmesi gerekmektedir (23).

Birinci basamakta ruhsal hastalıkların hangilerinin tedavi edilebileceği hastanın durumuna, birinci basamağın yeterliliğine, ikinci ve üçüncü basamakların yapısına ve basamaklar arası koordinasyona göre de değerlik gösterir. Birinci basamakta ruhsal hastalıkların tedavisinde aile hekiminin rolünün artması aynı zamanda sorumluluklarının da artmasını birlikte getirmektedir. Bu nedenle ruhsal hastalıklardan hangilerinin birinci basamakta tedavi edilip, hangi durumlarda sevk

edileceğinin iyi tanımlanması, psikotrop ilaç reçetelenmesi konusunda yetkilerinin belirlenmesi gerekmektedir (24).

2.4. Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları

Ruh sağlığı hizmetine ulaşım yollarının anlaşılması, ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması açısından çok önemlidir. Ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yollarını ve bu yollardaki aksaklıkları belirlemek, bu ulaşım yolları üzerinde yer alan ve sevk ve konsültasyon konusunda doğru kararlar vermesi gereken ruh sağlığı uzmanı olmayan tedavcilerin eğitimi açısından da gereklidir.

Sekiz Doğu Avrupa ülkesinde yürütülen, her ülkeden 50 katılımcıyla yapılan ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yolları çalışmasında, katılımcıların %40'ı pratisyen hekimlere, %33'ü psikiyatri uzmanlarına, %14'ü ise başka uzmanlara başvurmuşlardır. Geri kalan hastalar ise hemşire, geleneksel şifacı, dini şifacılara başvurmuşlardır. Şizofreni hastalarının yarısından fazlası psikiyatri uzmanlarına doğrudan başvurmuş, dörtte birinin ilk başvurusu ise pratisyen hekimlere olmuştur. Doğrudan psikiyatriste başvuru oranı diğer ruhsal hastalık tanısı alanlarda daha azdır (25).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Hollanda, Almanya, Kanada ve Şili'deki ruh sağlığı hizmeti kullanımını inceleyen bir çalışmada, son on iki ayda ruhsal sağlık hizmeti alanların oranları belirlenmiştir. Kanada'da son on iki ayda ruhsal sağlık hizmeti alanların oranı %7, Şili'de %17.3, ABD'de ise %10.9'dur. Hastaların; Kanada'da % 65.4'ü, Hollanda'da %74'ü, Şili'de %83'ü, ABD'de %43'ü, Almanya'da ise %39'u ruh sağlığı hizmetlerini pratisyen hekimlerden almıştır. Hastalar, ABD ve Almanya'da direkt ruh sağlığı uzmanına başvurabilirken, diğer ülkelerde ise önce birinci basamağa başvururlar, gerekirse psikiyatriye sevkleri yapılır. Şili' de ulusal sağlık sigortası birinci basamak hizmetlere kolay erişim sağlamaktadır. Bu yüzden pratisyen hekimlere başvuru oranı yüksektir (26).

Avusturalya'da yapılan ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım çalışmasında, hastaların ilk başvuru yerinin % 45 oranında pratisyen hekim, %19 psikiyatri uzmanı, %12 acil

servis, %11 polis, %10 yardımcı sağlık personeli, %5 ise geleneksel ya da dini Şifacılar olduğu gösterilmiştir. Hastaların %53'ü ruhsal Şikayetleri için en az bir kez pratisyen hekimlere başvurmuşlardır. Psikotik hastalığı olanlar diğer hastalarla kıyaslandığında daha fazla oranda ilk başvuru yeri olarak psikiyatri uzmanlarını tercih etmiŐlerdir ve diğer hastalara göre daha hızlı doktora ulaŐmıŐlardır. Psikotik olmayan ruhsal hastalığa sahip hastaların ilk başvuru yeri ise büyük oranda pratisyen hekimlerdir (27).

İtalya'da yapılan çalışmada ise hastaların ilk başvuru yeri %34 psikiyatri, %33 pratisyen hekim, %20 başka uzmanlar, %10 özel muayenehane hekimidir. Hastaların %1'i ise polis aracılığıyla başvurmuştur. İtalya'da yapılan daha önceki çalışmalarda psikiyatriye doğrudan başvuru oranı daha azdır. Bu durumun, hastaların ve yakınlarının ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisinin artmıŐ olabileceğinden kaynaklandığı düşünölmüŐtür. Ruhsal hastalığı olanların ilk başvuru yerinin %10 oranında özel muayenehaneler oluşu ise, hastalığın gizli kalması isteği ve psikiyatriye başvurudan daha az damgalayıcı bulunması Şeklinde yorumlanmıştır (28).

Asya ölkelerinde yapılan çalışmada, diğer ölkelerden farklı olarak pratisyen hekimlere başvurunun az olduğu görölmüŐtür. Bu ölkelerde geleneksel Şifacıların ruh sağlığına ulaŐımda önemli bir yeri vardır. Psikiyatri uzmanlarının az olduğu bölgelerde geleneksel ve dini Şifacılara başvuru oranı yükselmektedir. Diğer çalıŐmalardan farklı olarak geleneksel Şifacılara başvuranların gecikmesi diğer merkezlere başvuranların gecikmesinden farklı değildir. Bangladeş ve Hindistan'da geleneksel Şifacılara ruhsal hastalıklar açısından eğitimler verilmiştir. Gecikmenin az oluşu Şifacıların eğitimi olmasına bađlanmıŐtır. Yine diğer çalıŐmalardan farklı olarak psikotik hastalıkları olanların ulaŐımda diğer hastalara oranla daha fazla geciktiği belirlenmiştir (29).

2015 yılında 23 ölkenin ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yollarını inceleyen çalışmada, ölkelerin çoğunda ilk başvuru merkezi birinci basamaktır. Küba, Yemen, İngiltere, İspanya ve Portekiz'de psikiyatri uzmanına doğrudan ulaşım yoktur. Hastalar öncelikle birinci basamağa başvurmaktadır, sonra sevk edilmektedirler. Pratisyen hekimlere başvuru, ruhsal sağlık hizmetlerindeki yoğunluğu azaltıp, erken teŐhis oranını artırmaktadır. Ancak pratisyen hekimlere başvurunun hastaların uygun

tedavi almaları için geçen süreyi uzatabileceği belirtilmiştir. Kenya’da ilk başvuru en fazla oranda hastane doktorlarına yapılmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin hastaneler içinde olması ulaşımı kolaylaştırmış ve gecikmeyi azaltmıştır, ancak doktorların merkezlerde oluşundan dolayı kırsal kesimdeki hastaların doktorlara ulaşabilmek için günlerce seyahat etmesi gerekmektedir. Yemen, Bangladeş, Endonezya, Hindistan, Moğolistan, Romanya, Makedonya ve Hırvatistan'da hastane doktorlarına başvuru %10’un altında kalmıştır. Geleneksel şifacılar, Makedonya, Hindistan ve Endonezya'da önemli rol oynamaktadır. Bu şifacılar, hastaları eninde sonunda psikiyatri uzmanlarına yönlendirse de ulaşımında gecikmeye neden olmaktadır (30).

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları hakkında yapılan iki çalışmanın sonuçları ise şu şekildedir: 1994 yılında Ankara’da beş farklı merkezde 427 hastayla yürütülen çalışmada ilk başvuru merkezi: %50 psikiyatri, %42 başka uzman, %5 pratisyen hekim, %1 dini şifacılar, %1’ise polistir (6). 1998’de Erzurum’da 102 kişiyle yapılan çalışmada ise ilk başvuru merkezi %43.2 başka uzman, %23.5 pratisyen hekim, %18.6 ise psikiyatridir (31).

Örneklerde görüldüğü üzere birinci basamak, ruh sağlığına ulaşımında hem Türkiye’de hem dünyada önemli rol üstlenmektedir.

2.5 Ruhsal Hastalıklarda Doktora Başvuruda Gecikme

Ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım birçok nedene bağlı olarak gecikmektedir. Bu nedenler arasında hastalıkla ilgili farkındalık, ekonomik nedenler, coğrafi nedenler, damgalanma sorunları sayılabileceği gibi o ülkeye ait sağlık hizmetleri örgütlenmesinin de etkili olacağı düşünülebilir.

Andrade ve ark.nın 25 ülkede benzer yöntemle yaptığı çalışmada ruhsal hastalığı olduğu halde tedaviye başvurmama nedenleri incelenmiştir. Doktora başvurmama nedeni olarak hastaların tutumlarıyla ilgili nedenlerin, yapısal nedenlerin önüne geçtiği görülmüştür. Tutumla ilgili engeller ve yüzdeleri; “Kendim halletmek istedim” (%63.8), “kendiliğinden geçer diye düşündüm” (%16), “ tedavi işe

yaramaz diye düşündüm” (%16), “damgalanma korkusu” (%7.7) olarak bulunmuştur. Yapısal engeller ve yüzdeleri ise; “finansal sorunlar” (%16), “bulunduğu yerde doktorun olmaması” (%12.4), “randevu alamama” (%6.5), “ulaşım sorunu” (%5.5) olarak bildirilmiştir (32).

“World Mental Health” çalışmasına katılan ülkelerde yapılan çalışmada hastalık tanılarına göre gecikme karşılaştırılmıştır. Duygulanım bozuklukları hastaları diğer hastalara göre başvuruda daha az gecikmiş, bu durum bazı ülkelerde yapılan ruhsal hastalıklarla ilgili eğitim ve farkındalık kampanyalarının etkisi olarak yorumlanmıştır. Anksiyete bozuklukları grubundaki hastaların gecikmesinin çok uzun olmasını ise fobilerin erken yaşta başlamasına ve hayatını daha az etkilemesine ya da hastalığı nedeniyle doktora gidememesine (örn. Sosyal fobi) bağlamışlardır. Çalışmada kadınların ruhsal sorunlarını erkeklere göre daha hızlı tanıyabildiği ve doktora daha hızlı ulaştığı görülmüştür. Eski çalışmalar incelendiğinde yıllar içinde ruhsal hastalıklar için başvuruda gecikmenin azaldığı belirtilmiştir (33).

Altı Avrupa ülkesinde hastaların ruhsal hastalık tanılarını ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan, 8796 kişiyle yapılan çalışmada CIDI ile hastalık taraması yapılmış ve hastalara dört tutum sorusu yöneltilmiştir: “Bir ruhsal şikayetiniz olsa profesyonel yardım alır mısınız?”, “Sorunlarınızı rahatça konuşabilir misiniz?”, “Arkadaşlarınızın profesyonel yardım almasını bilmesinden utanır mıydınız?”, “Sizce ruhsal hastalıkların tedavisi ne kadar mümkündür?”. Kadınlar, 65 yaşından küçükler, gelir düzeyi yüksek olanlar bu sorulardan iki ya da daha fazlasına diğer gruplara göre daha ılımlı cevaplar vermişlerdir; yardım alma ve sorunlarını konuşabilme oranları daha yüksektir (34).

Damgalamanın doktora başvurudaki gecikmeye etkisinin araştırıldığı bir meta-analizde etnik azınlıkların, erkeklerin, askeri personelin ve sağlık çalışanlarının damgalamadan daha fazla çekindiği gösterilmiştir (35).

2.6. Ruhsal Hastalığı Olan Hastaların Aile Hekimi Algısı

Ruh sađlıđı hizmetlerinde önemli paya sahip olan birinci basamak hizmetlerinin ruhsal Őikayeti olan hastalar tarafından benimsenmesi ve bu hastalarca birinci basamađın kullanılması bűyűk önem taŐımaktadır.

Ŭlkemizde ruhsal hastalıđı bulunan hastaların birinci basamađa baŐvuru oranı ve birinci basamak hekimleri hakkındaki dűŐűnceleri ile ilgili bazı çalıŐmalar yapılmıŐtır. 2006 yılında Adnan Menderes Ŭniversitesi Tıp Fakűltesi Psikiyatri Polikliniđi'ne baŐvuran 249 hastayla yapılan çalıŐmada ruhsal sorunlar nedeniyle ilk baŐvuru merkezi %17.7 oranında pratisyen hekimler olmuŐtur. Tűm katılımcıların %22.9'u ruhsal hastalıklar konusunda birinci basamak hekimine gűvendiđini, %58.2'si gűvenmediđini, %18.9'u kısmen gűvendiđini belirtmiŐtir. Gűvenmeme nedenleri sorulduđunda sırasıyla: kendilerini uzman hekimin anlayabileceđini, psikiyatri konusunda diđer hekimlerin eđitimlerinin yetersiz olduđunu dűŐűndűklerini, psikiyatrik hastalıkların farklı ve zgűn olduđunu belirtmiŐlerdir (36).

2016 yılında Dokuz Eylűl Ŭniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniđi'ne baŐvuran 185 hastayla yapılan benzer bir çalıŐmada; hastaların %3.8'inin ilk baŐvuru yeri aile hekimleridir. Hastaların %13.7'si ruhsal sorunları nedeniyle en az bir kez aile hekimine baŐvurmuŐtur. BaŐvuranların %40'ı ruhsal hastalıklarının tedavisinde aile hekimine gűvenmekte, %52'si gűvenmemekte, %8'inin ise bu konuda fikri bulunmamaktadır. Ruhsal hastalıklarının tedavisinde aile hekimine gűvenmeyen katılımcıların belirttiği baŐlıca nedenler: "ruhsal hastalıkları sadece uzman hekim tedavi edebilir", "aile hekimlerinin eğimleri yetersizdir" Őeklinindedir (7).

2016 yılında Kocaeli Ŭniversitesi Tıp Fakűltesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniđi'ne baŐvuran 92 hastayla yapılan çalıŐmada ise ruhsal hastalık nedeniyle ilk olarak aile hekimine baŐvuranların oranı %4.4 olup, hastaların %24'ű ruh sağlığı hizmeti almak için en az bir defa birinci basamak sağlık kuruluşuna baŐvurmuŐtur. Katılımcıların sadece %21.7'si aile hekiminin ruhsal hastalıklar konusunda bilgi ve becerisine kesinlikle gűvendiđini belirtmiŐtir. Ruhsal hastalıkların sadece psikiyatri uzmanının alanı olduğunu dűŐűnmesi nedeniyle ilk baŐvuruyu birinci basamakta çalıŐan hekime yapmadığını belirtenlerin sıklığı %53.4 olarak tespit edilmiŐtir (8).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Hasta Seçimi

Çalışma tanımlayıcı gözlemsel tipte bir çalışma olup Ocak 2018 ve Ağustos 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği (HÜTF) ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde (DYBEAH) yürütülmüştür. Başlangıçta çalışmanın sadece HÜTF'nde yapılmasının yeterli olacağı düşünülmüşse de, ilk dört ayda yeterli sayıda hastaya ulaşılamaması nedeniyle, sorumlu araştırmacının ve etik kurulun onayı ile DYBEAH'nden de hastaların katılmasına karar verilmiştir. Temel araştırma sorularımızdan biri "aile hekimine başvurmuş olmanın ruh sağlığı uzmanına ulaşmada etkisinin değerlendirilmesi" olduğundan, araştırmaya alınan hastalar arasında aile hekimine başvurmuş kişi sayısının analizlere izin verecek oranda olması hedeflenmiştir. Gerekli izinler alınarak Mayıs 2018 ve Ağustos 2018 tarihleri arasında DYBEAH'nden hastalar da çalışmaya alınmıştır.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Hastayı tedavi eden doktorun görüşmeye onay vermesi
- İletişim kurmayı engelleyecek derecede zihinsel veya ruhsal engeli (ağır psikoz, demans, zeka geriliği gibi) bulunmaması

3.2. Uygulama

18 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve tedavi eden doktorunun görüşmeye onay verdiği hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Polikliniğe başvuran hastalara, tedavi eden doktoruyla görüşükten sonra çalışmaya katılmak isteyip istemeyecekleri sorulmuş, kabul edenlerin doktorlarından da onay alınmıştır. Mahremiyetin sağlanması için hasta ile her iki araştırma merkezinde de psikiyatri polikliniği içinde özel bir odada görüşülmüştür. Hastalara önce aydınlatılmış onam okutularak imzalatılmış, daha sonra yaklaşık 5-10 dakikalık kısa klinik değerlendirme yapılmış, ardından anket soruları yöneltilmiştir. Anket formları yüz yüze görüşme tekniğiyle görüşmeci (E.H.Ü.) tarafından doldurulmuştur. Görüşme esnasında anket sorularına cevap veremeyecek derecede psikotik yakınmaları veya zihinsel engeli bulunan üç hastanın görüşmesi sonlandırılmış ve bu kişiler çalışmadan dışlanmıştır. Görüşmeler ortalama 45 dakika sürmüştür. Hastaların tanı ve tedavi bilgileri takip eden doktorundan edinilmiştir. Çalışmaya Hacettepe Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 152 kişi, Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 113 kişi dahil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Google Scholar ve PubMed veritabanlarında "aile hekimliği", "birinci basamak", "ruhsal hastalık", "birinci basamak sağlık hizmetleri", "ruh sağlığı hizmetleri", "mental health care", "mental health care services", "primary care", "family medicine", "primary care health services", "primary care services use" terimleri aratılarak literatür taraması yapılmıştır. Tarama sonucunda, bu konuda yapılmış araştırmalarda incelenmiş olan değişkenlere ek olarak araştırma sorumuzla ilgili değişkenleri birlikte değerlendiren 81 soruluk bir anket formu oluşturulmuştur. Anketin ilk kısmında hastaların sosyodemografik özellikleri, (cinsiyet, yaş, eğitim,

meslek, gelir, medeni durum, sosyal güvence) ve antropometrik özellikleri (boy, kilo) sorgulanmıştır. İkinci kısımda son bir yılda aile hekimlerine ve diğer doktorlara başvuru nedenleri ve sayısı, aldıkları tedaviler, kronik bedensel hastalıkları ve bedensel hastalıklarının günlük işlerine ve sosyal yaşamlarına etkisi sorgulanmıştır. çnc kısımda geçmişteki ve şu anda mevcut olan ruhsal şikayetleri, bu şikayetleri için hangi doktora ve ne zaman başvurdukları, yardım aramalarında bir gecikme mevcutsa bu gecikmenin süresi ve nedeni, kullandıkları psikotrop ilaçlar, ruhsal şikayetlerinin iş ve sosyal yaşamlarına etkisi, genel sağlık ve ruhsal sağlık hakkındaki bilgilerini nereden edindikleri, hastaneye yatış öyküleri, psikoterapi alıp almadıkları, bir din görevlisi veya şifacidan yardım alma durumları sorgulanmıştır. Dördüncü kısımda ise hastaların aile hekimleri, ruh sağlığı uzmanları ve damgalama hakkında tutum ve yargıları sorgulanmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmamızın temel amacı, psikiyatri kliniğine başvurmuş olan hastaların ulaşım yollarında aile hekiminin yerini araştırmak olduğu için bununla ilgili değişkenler seçilmiştir.

Analizlerde kullandığımız değişkenler şunlardır:

1. Son bir yılda herhangi bir nedenle aile hekimine başvurmuş olma,
2. Aile hekimine başvuru sayısı ve nedeni,
3. Kronik bedensel hastalık olup olmaması durumu,
4. Ruhsal şikayet nedeniyle ilk başvurulan tedavicinin kim olduğu,
5. Başvuruda ne kadar gecikildiği,
6. Başvuruda gecikme nedenleri,
7. Ruhsal hastalık tanıları,
8. Ruhsal hastalık için aile hekimine gitme durumu,
9. Aile hekimi ve ruh sağlığı uzmanı ile ilgili tutum ve düşünceler
10. Damgalama ile ilgili tutum ve düşünceler

Sürekli değişkenlerin cinsiyetler ve araştırma merkezleri arasında dağılımı normal dağılıma uymadığından Mann-Whitney U (MWU) testiyle, hastalık grubu için Kruskal-Wallis ile incelenmiştir. Kategorik değişkenlerin yüzde dağılımı için ise ki-kare istatistiği kullanılmıştır.

3.5. Analize Katılan Değişkenlerin Seçilmesi ve Oluşturulması

3.5.1 Tanılar

Hastaların poliklinik tanıları, tedavi eden doktorlarından öğrenilmiş ve dosya notlarının incelenmesiyle kesinleştirilmiştir. Birçok hastanın birden fazla tanısının olması, tanılara göre gruplamayı veya analizi zorlaştırmaktadır. Klinik anlamlılık ve hastalık şiddeti temel alınarak, hastalık tanıları, her hasta bir tanı grubuna girecek şekilde yeniden kodlanmıştır. Kodlama yaparken, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, özgül fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alanlar “anksiyete bozuklukları” grubu olarak sınıflanmıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozukluğu gibi tanısı olanlar ise, her bir gruptaki hasta sayısının az olması nedeniyle “diğer tanılar” başlığı altında toplanmıştır. Diğer hastalık grupları ise “depresyon”, “bipolar afektif bozukluk” ve “şizofreni” olarak belirlenmiştir. Birden fazla tanısı olan hastalar, tanılar arasında şizofreni varsa şizofreni grubuna; şizofreni yok, ancak bipolar afektif bozukluk ve diğer tanılar varsa bipolar afektif bozukluk grubuna katılmıştır. Diğer hastalık tanılarının bir arada olduğu durumlarda son bir yıldaki başvuru yakınmasına göre karar verilmiştir.

3.5.2 Tedaviciler

Ruhsal şikayetler için ilk başvuru olan tedavi değişkeni, içinde aile hekiminin de yer aldığı 20’den fazla tedavi türünü içermekteydi. Bu nedenle tedavi türleri, literatürdeki eğilime de uygun olarak, aile hekimi, ruh sağlığı uzmanı ve başka uzmanlar olarak gruplanmıştır.

3.5.3 Başvuruda Gecikme ve Nedenleri

Daha önce yapılan çalışmalar ve genelde hekime ulaşma yolları göz önüne alınarak, ruhsal şikayetleri başladıktan sonraki bir ay içinde bir doktora başvurmayan hastalar “gecikmiş” olarak değerlendirilmiştir. Hastalara tarafımızca oluşturulan gecikme nedenleri sorulmuş ve bu nedenleri “gecikmeyi hiç etkilemedi”, “az etkiledi”, “orta derece etkiledi” ya da “çok etkiledi” şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Birçok soruda cevapların “hiç etkilemedi” şikkında yoğunlaşması nedeniyle, cevap şıkları ikiye indirilecek şekilde yeniden gruplanmış, “az”, “orta” veya “çok” etkiledi şıkları “etkiledi” olarak kodlanmıştır.

3.5.4 Aile hekimi, Ruh Sağlığı Uzmanı ve Damgalama ile İlgili Tutum ve Yargılar

Hastaların aile hekimleri, ruh sağlığı uzmanları ve damgalamayla ilgili tutum ve yargılarını anlamak amacıyla 18 önerme oluşturulmuş, bu önermelere “Hiç katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Her önermeye hiç katılmıyorum için 1, katılmıyorum için 2, kararsızım için 3, katılıyorum için 4, tamamen katılıyorum için 5 puan verilerek ortalama puanları hesaplanmıştır.

3.6 Etik Kurul Onayı

Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 19.12.2017 tarihinde GO 17/981 proje numarası ile onay alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Ocak 2018 Ağustos 2018 tarihleri arasında Hacettepe Tıp Fakóltesi Psikiyatri Poliklinikleri'ne ve Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri'ne başvuran 265 kişi dahil edilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4.1'de hastaların yaşı, aylık geliri, çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı ortalamaları, başvurduğu hastane, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir getiren işte çalışma durumu, medeni hali ve sağlık güvencesi durumunun dağılımları verilmiştir. Hastaların 152'si Hacettepe Tıp Fakóltesi Hastanesine, 113'ü Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurmuştur. Kadın hasta sayısı erkek hasta sayısından fazladır. Hastaların ortalama yaşı 39.35, aylık hane geliri 4030 TL, hanede yaşayan kişi sayısı 3.37, çocuk sayısı 1.25'dir. Araştırmaya katılanların %54'ünün lise veya üniversite mezunu olduğu görölmektedir. Hastaların 84'ü (%31.6) gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Hiç evlenmemişlerin oranı %36.2'dir. Hastaların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi vardır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	N	En küçük	En büyük	Ortalama
Yaş	265	18	79	39.35
Aylık hane geliri (TL)	265	200	50000	4030
Hanede yaşayan kişi sayısı	265	1	8	3.37
Çocuk sayısı	265	0	7	1.25
				N
				%
Hastane				
Hacettepe			152	57.4
Dışkapı			113	42.6
Cinsiyet				
Erkek			84	31.7
Kadın			181	68.3
Eğitim				
Okur yazar değil			6	2.3
Okur yazar			4	1.5
İlkokul			65	24.5
Ortaokul			47	17.7
Lise			97	36.6
Üniversite ve üstü			46	17.4
Gelir getiren işte çalışma				
Evet			84	31.7
Hayır			181	68.3
Medeni hal				
Hiç evlenmemiş			96	36.2
Evli/beraber yaşama			137	51.7
Boşanmış			25	9.4
Dul			7	2.6
Sigorta				
Var			257	96.9
Yok			8	3.1

4.1.1 İki Araştırma Merkezinin Karşılaştırılması

Tablo 4.2’de başvuru hastaneye göre yaş, aylık gelir, çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı ortalamaları, cinsiyet, eğitim, gelir getiren işte çalışma durumu, medeni hal, sağlık güvencesi durumu sayısı ve yüzdeleri karşılaştırılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne (HÜTF) başvuran hastalar ile Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne (DYBEAH) başvuran hastalar karşılaştırıldığında yaş ($p=0.086$), hanede yaşayan kişi sayısı ($p=0.806$), cinsiyet ($p=0.627$), gelir getiren bir işte çalışma ($p=0.961$), sağlık güvencesi olup olmaması ($p=0.36$) açılarından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

HÜTF’ne başvuranların aylık gelir ortalaması (4.532 TL), DYBEAH’ne başvuranlara oranla (3.357 TL) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.007$). Benzer şekilde HÜTF’ne başvuranların eğitim düzeyi, DYBEAH’ne başvuran hastalardan fazladır ($p<0.0001$): Lise ve üstü eğitim alanların oranı HÜTF’ne başvuranlarda %63.8, DYBEAH’ne başvuranlarda ise %40.7’dir.

İki merkez arasında medeni durum açısından da farklılık vardır: HÜTF’ne başvuranlarda bekarların oranı DYBEAH’ne başvuranlara oranla fazladır ($p<0.0001$). Buna paralel olarak HÜTF’ne başvuranların sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması (0.94) da DYBEAH’ne başvuranlara oranla (1.67) daha azdır ($p<0.0001$).

Tablo 4.2. Hastanelere Göre Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Hacettepe Ortalama	Dışkapı Ortalama	P (*Mann- Whitney U)
Yaş	38.38	40.66	0.086
Aylık hane geliri (TL)	4532	3357	0.007
Çocuk sayısı	0.94	1.67	<0.0001
Hanede yaşayan kişi sayısı	3.39	3.35	0.806
	Sayı (%)	Sayı (%)	P (Ki-kare)
Cinsiyet			
Erkek	50 (32.9)	34 (30.1)	0.627
Kadın	102 (67.1)	79 (69.9)	
Eğitim			<0.0001
Okur yazar değil	3 (2.0)	3 (2.7)	
Okur yazar	2 (1.3)	2 (1.8)	
İlkokul	26 (17.1)	39 (34.5)	
Ortaokul	24 (15.8)	23 (20.4)	
Lise	63 (41.4)	34 (30.1)	
Üniversite ve üstü	34 (22.4)	12 (10.6)	
Gelir getiren işte çalışma			0.961
Evet	48 (31.6)	36 (31.9)	
Hayır	104 (61.8)	77 (68.1)	
Medeni hal			<0.0001
Hiç evlenmemiş	70 (46.1)	26 (23.0)	
EvliBeraber yaşama/ Boşanmış	65 (42.8)	72 (63.7)	
Dul	11 (7.2)	14 (12.4)	
	6 (3.9)	1 (0.9)	
Sigorta			0.36
Var	146 (96.1)	111 (98.2)	
Yok	6 (3.9)	2 (1.8)	

4.1.2. Son Bir Yılda Aile Hekimine Başvuranlar ve Başvurmayanların Karşılaştırılması

Tablo 4.3'de son bir yılda herhangi bir şikayetle aile hekimine başvuran ve başvurmayan hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır.

Son bir yılda herhangi bir şikayetle aile hekimine başvuranların başvurmayanlara göre daha yaşlı olduğu görülmektedir ($p=0.02$). Gelir getiren işi olmayanların (%68.3) başvuru oranı da çalışanlara oranla daha yüksektir ($p=0.048$). Aylık geliri yüksek olanlar aile hekimine daha az başvurmuştur ($p=0.014$). Kronik bedensel hastalığı olanların son bir yılda aile hekimine başvurma oranı daha fazladır ($p=0.012$).

Son bir yılda aile hekimine herhangi bir şikayetle başvurma ile cinsiyet ($p=0.297$), eğitim durumu ($p=0.129$), medeni durum ($p=0.097$), çocuk sayısı ($p=0.716$), hanede yaşayan kişi sayısı ($p=0.418$), sağlık güvencesi olup olmaması ($p=0.071$) ile anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.3 Son Bir Yılda Aile Hekimine Başvuranlar ve Başvurmayanların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Aile hekimine son bir yılda başvuru		P (*MWU)
		Yok	Var	
		Ortalama	Ortalama	
Yaş		34.96	40.70	0.02
Aylık hane geliri (TL)		4581	3863	0.014
Hanede yaşayan kişi sayısı		3.45	3.34	0.418
Çocuk sayısı		1.18	1.28	0.716
		N (%)	N (%)	P (*Ki-kare)
Cinsiyet	Erkek	23 (27.4)	61 (72.6)	0.297
	Kadın	39 (21.5)	142 (78.5)	
Eğitim	Okur yazar değil	1 (1.6)	5 (2.5)	0.129
	Okur yazar	0 (0)	4 (2)	
	İlkokul	8 (12.9)	57 (28.1)	
	Ortaokul	14 (22.6)	33 (16.3)	
	Lise	28 (45.2)	69 (34.0)	
	Üniversite	11 (17.7)	35 (17.1)	
Gelir getiren işte çalışma	Evet	26 (31)	58 (69)	0.048
	Hayır	36 (19.9)	145 (80.1)	
Medeni hal	Hiç evlenmemiş	26 (41.9)	70 (34.5)	0.097
	Evli/beraber yaşama	34 (54.8)	103 (50.7)	
	Boşanmış	2 (3.2)	23 (11.3)	
	Dul	0 (0)	7 (3.4)	
Sigorta	Var	58 (93.5)	199 (98)	0,071
	Yok	4 (6.5)	4 (2)	

4.1.3 Kadın ve Erkek Hastaların Karşılaştırılması

Tablo 4.4'de cinsiyete göre yaş, aylık gelir, çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısının ortalamaları; eğitim, gelir getiren işte çalışma, medeni hal ve sağlık güvencesi durumlarının sayı ve yüzdeleri verilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın hastaların evli olma oranı (%56.4) erkeklere göre (%41.7) daha fazla bulunmuştur ($p=0.015$). Buna paralel olarak kadın hastaların çocuk sayısı da erkeklere göre fazladır ($p=0.002$). Erkeklerin ve kadınların eğitim seviyesi karşılaştırıldığında erkeklerin eğitim düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.005$). Gelir getiren işte çalışma oranı erkeklerde daha fazla iken ($p<0.0001$), erkeklerin sosyal güvencesi kadınlara göre daha azdır ($p=0.001$).

Kadın ve erkek hastalar arasında yaş ($p=0.114$), aylık gelir ($p=0.071$), hanede yaşayan kişi sayısı ($p=0.212$) açılarından ise istatistiksel anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.4 Kadın ve Erkek Hastaların Karşılaştırılması

		Erkek Ortalama	Kadın Ortalama	P (*MWU)
Yaş		37.83	40.06	0.114
Aylık hane geliri (TL)		4670	3734	0.071
Hanedeyen yaşayan kişi sayısı		3.20	3.45	0.212
Çocuk sayısı		0.93	1.4	0.002
		N (%)	N (%)	P (*Ki-kare)
Eğitim	Okur yazar değil	0 (0)	6 (3.3)	0.005
	Okur yazar	0 (0)	4 (2.2)	
	İlkokul	11 (13.1)	54 (29.8)	
	Ortaokul	19 (22.6)	28 (15.5)	
	Lise	40 (47.6)	57 (31.5)	
	Üniversite	14 (16.7)	32 (17.7)	
Gelir getiren işte çalışma	Evet	41 (48.8)	43 (23.8)	<0.0001
	Hayır	43 (51.2)	138 (76.2)	
Medeni hal	Hiç evlenmemiş	42 (50)	54 (29.8)	0.015
	Evli/beraber yaşama	35 (41.7)	102 (56.4)	
	Boşanmış	6 (7.1)	19 (10.5)	
	Dul	1 (1.2)	6 (3.3)	
Sigorta	Var	77 (92)	180 (99.4)	0.001
	Yok	7 (8)	1 (0.6)	

4.2. Hastaların Ruhsal Hastalık Tanıları

Hastaların 101'inin (%38.1) tanısı depresyon, 77'sinin (%29.1) anksiyete bozuklukları, 36'sının (%13.6) şizofreni, 32'sinin (%12.1) ise bipolar afektif bozukluktur (BAB). "Diğer hastalıklar" grubunu 19 kişi (%7.2) oluşturmaktadır.

İki merkeze başvuran hastaların ruhsal hastalık tanıları, sayısı ve yüzdesi Tablo 4.5'te verilmiştir. HÜTF'ne başvuranlar arasında hem şizofreni hem de bipolar afektif bozukluk hastalarının oranı %17.1 olup, her iki tanı grubu oranı da DYBEAH'ne başvuran şizofreni (%8.8) ve bipolar afektif bozukluk (%5.3) hastalarının oranından fazladır. Buna karşılık DYBEAH'ne başvuran depresyon (%42.5) ve anksiyete bozuklukları (%37.2) hastalarının oranı, HÜTF'ne başvuran depresyon (%34.9) ve anksiyete bozuklukları (%23) hastalarının oranından fazladır ($p=0.02$). Her iki merkezde en büyük grubu depresyon hastaları oluşturmaktadır.

Tablo 4.5 Ruhsal Hastalık Tanılarının Araştırma Merkezlerine Göre Dağılımı

		Hacettepe	Dışkapı	Toplam	P (Ki-kare)
Anksiyete bozuklukları	n	35	42	77	0.02
	%	23	37.2	29.1	
Bipolar afektif bozukluk	n	26	6	32	
	%	17.1	5.3	12.1	
Depresyon	n	53	48	101	
	%	34.9	42.5	38.1	
Şizofreni	n	26	10	36	
	%	17.1	8.8	13.6	
Diğer	n	12	7	19	
	%	7.9	6.2	7.2	
Toplam	n	152	113	265	
	%	100	100	100	

Hastalık tanılarının cinsiyete göre dağılımı, sayı ve yüzdeleri Tablo 4.6’da görülmektedir. Erkeklerde şizofreni tanısı oranı (%23.8) kadınlardan fazlayken (%8.8), kadınlarda anksiyete bozuklukları (%33.1) ve bipolar afektif bozukluk tanıları (%13.8) oranı erkeklerden fazladır. Depresyon tanısı hem kadın hem erkeklerde en büyük grubu oluşturmaktadır. Erkeklerde bipolar afektif bozukluk grubu en küçük grupken, kadınlarda ise “diğer hastalık” grubu en küçük grubu oluşturmaktadır.

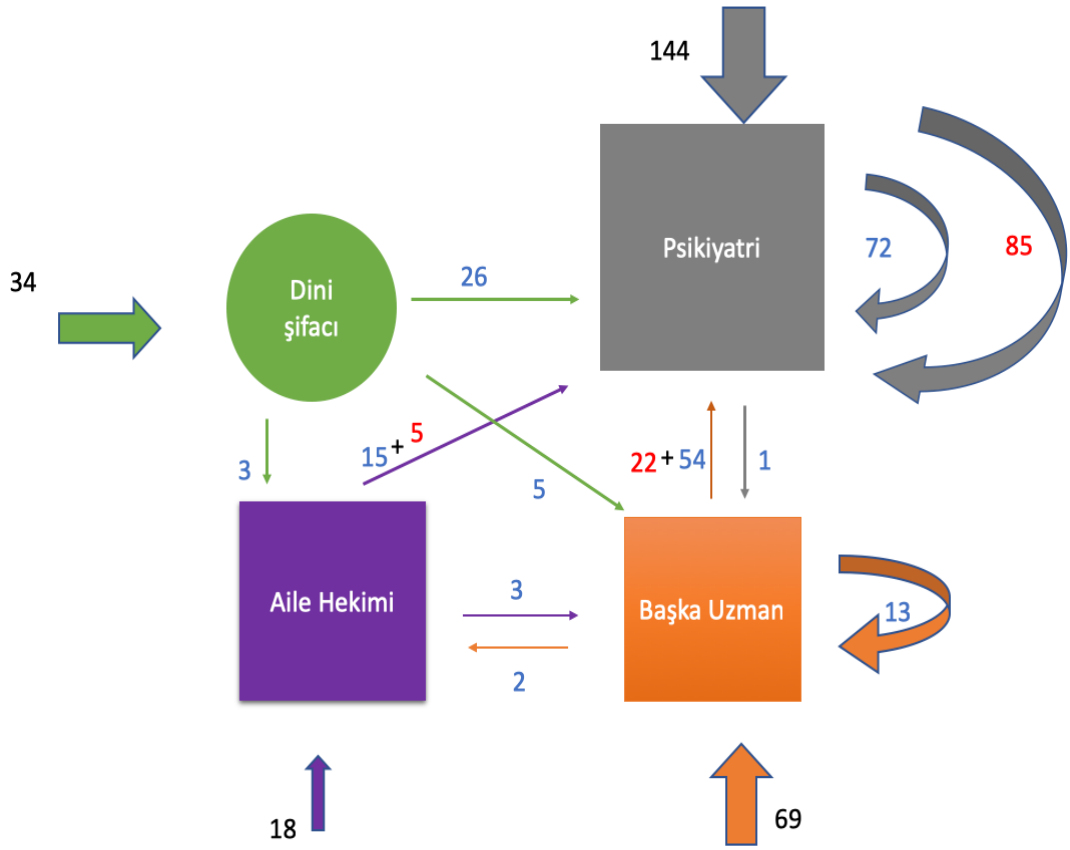
Tablo 4.6 Ruhsal Hastalık Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		Erkek	Kadın	Toplam	P (Ki-kare)
Anksiyete bozuklukları	n	17	60	77	0.03
	%	20.2	33.1	29.1	
Bipolar afektif bozukluk	n	7	25	32	
	%	8.3	13.8	12.1	
Depresyon	n	31	70	101	
	%	36.9	38.7	38.1	
Şizofreni	n	20	16	36	
	%	23.8	8.8	13.6	
Diğer	n	9	10	19	
	%	10.7	5.5	7.2	
Toplam	n	84	181	265	
	%	100	100	100	

4.3. Ruhsal Şikayet Nedeniyle İlk Başvurulan Tedavici

Hastaların ruhsal bir şikayet nedeniyle yaptıkları ilk başvuruda en küçük payı alan grup aile hekimleriydi (N=18, %6.8). Hastaların 34’ü (%12.8) dini şifacılar, 69’u (%26) başka uzmanlara, büyük bölümü ise doğrudan psikiyatriye başvurmuştu (N=144, %54.3). Hastaların ruhsal şikayetleri için ilk başvurduğu merkezler ve bu merkezler arasındaki sevkleri Şekil 4.1’de verilmiştir. Şekilde gösterilen sayılar kişi sayısıdır. Siyah renkli sayılar tedavcilere ilk başvuruyu yapan kişi sayısını, mavi renkli sayılar ikinci tedaviye giden kişi sayısını, kırmızı renkli sayılar da üçüncü tedaviye giden kişi sayısını göstermektedir. Düz oklar hastaların gidiş yönünü, kıvrımlı oklar

aynı kategoride farklı tedavcilere gidişi temsil etmektedir. Aile hekimine başvuran 18 hastanın 15'i daha sonra psikiyatrye, 3'ü ise başka uzmana gitmiştir. Dini şifacıya başvuran 34 kişinin 26'sı daha sonra psikiyatrye, 5'i başka uzmanlara, 3'ü aile hekimine gitmiştir. Psikiyatri dışı uzmanlara başvuran 69 hastanın 54'ü daha sonra psikiyatrye, 2'si aile hekimine, 13'ü ise başka uzmanlara gitmiştir.



Şekil 4.1 Ruhsal Şikayeti Olan Hastaların Psikiyatrye Ulaşım Yolu

Hastaların ruhsal bir şikayetle ilk başvurdukları tedavici oranlarının araştırmanın yürütüldüğü iki merkez arasında karşılaştırılması Tablo 4.7'de görülmektedir. Merkezler arasında ilk başvurunun hangi tedaviye yapıldığı konusunda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.7 Araştırma Merkezlerinin İlk Başvurulan Tedavici Açısından Karşılaştırılması

Hastane		İlk başvuru alan tedavici					Top.	P _(Ki-kare)
		AH	BU	PSK	DŞ			
Hacettepe	n	6	41	85	20	152	0.207	
	%	3.9	27.0	55.9	13.2	100		
Dışkapı	n	12	28	59	14	113		
	%	10.6	24.8	52.2	12.4	100		
Toplam	n	18	69	144	34	265		
	%	6.8	26	54.3	12.8	100		

(AH: Aile Hekimi, BU: Başka Uzman, PSK: Psikiyatr, DŞ: Dini Şifacı Top.: Toplam)

Kadın ve erkek hastaların ruhsal şikayetleri için ilk başvurduğu doktorlar Tablo 4.8'de verilmiştir. Cinsiyetin başvuruyu anlamlı olarak etkilediği görülmektedir. Her iki cinsiyette de psikiyatriye doğrudan başvuru en büyük grubu oluştursa da, erkeklerde doğrudan psikiyatri başvurusu (%67.9) kadınlardan anlamlı olarak daha fazladır. Kadınlarda ise başka uzmana başvuru erkeklerden fazladır (p=0.001)

Tablo 4.8 Kadın ve Erkek Hastaların İlk Başvurulan Tedavici Açısından Karşılaştırılması

		İlk başvurulan tedavi						
		AH	BU	PSK	DŞ	Top.	P _(Ki-kare)	
Cinsiyet	Erkek	n	3	10	57	14	84	0.001
	%	3.6	11.9	67.9	16.7	100		
Kadın	n	15	59	87	20	181		
	%	8.3	32.6	48.1	11.0	100		
Toplam		n	18	69	144	34	265	
		%	6.8	26	54.3	12.8	100	

(AH: Aile Hekimi, BU: Başka Uzman, PSK: Psikiyatr, DŞ: Dini Şifacı Top.: Toplam)

Hastaların aldığı tanıların ilk olarak başvurulan tedavcinin kim olduğu değişkeniyle karşılaştırılması Tablo 4.9’da verilmiştir. Hastaların tanısının kime başvurulduğu ile anlamlı ilişkisinin olduğu görülmektedir. Tüm hastalık gruplarında ilk başvuru yeri olarak en büyük payı psikiyatri almaktadır. Şizofreni hastalarının %30.6’sının ilk başvuru yeri dini şifacılarıdır. Anksiyete bozuklukları hastaları diğer hastalara göre ilk başvuruda daha çok “başka uzmanları” tercih etmiştir. Aile hekimine başvuru oranı da anksiyete hastalarında diğer hasta gruplarından daha fazladır.

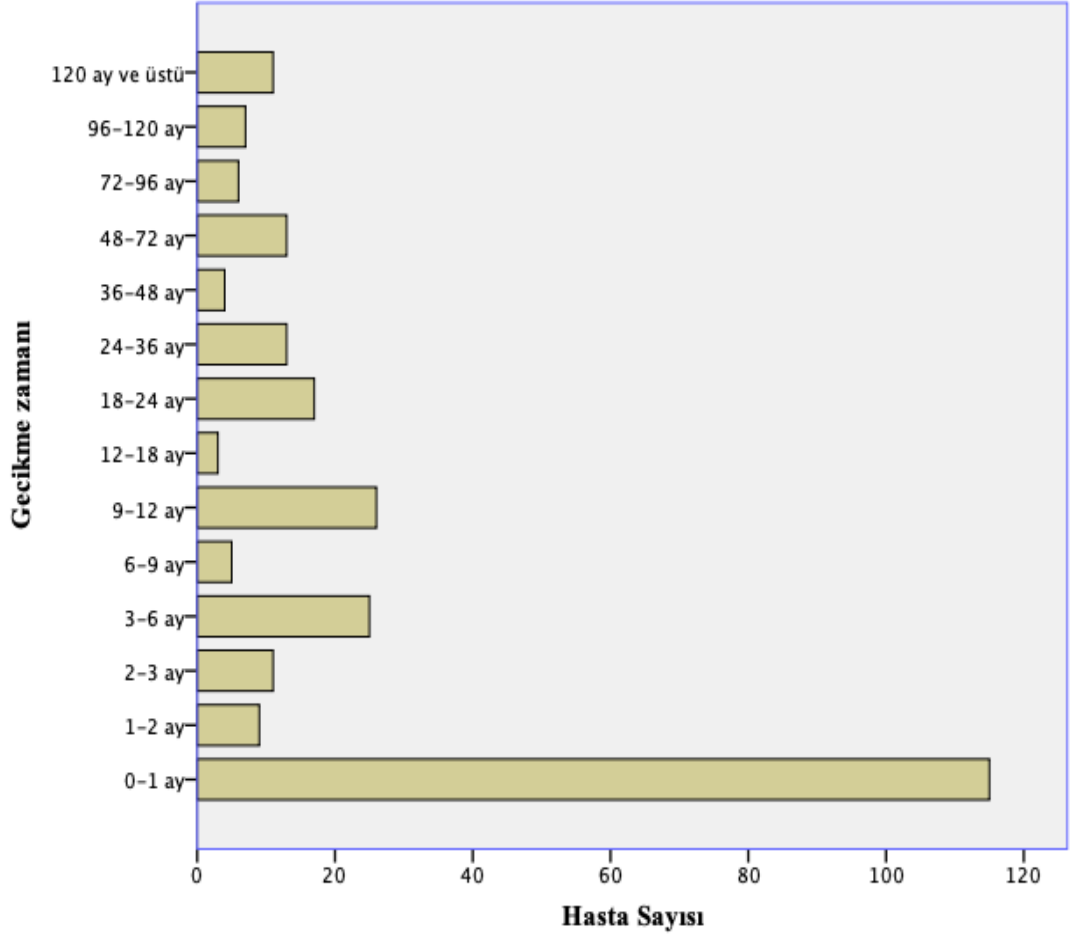
Tablo 4.9 İlk Başvurulan Tedaviciye Göre Ruhsal Hastalık Tanılarının Karşılaştırılması

		AH	BU	PSK	DŞ	Top.	P _(Ki-kare)
Anksiyete bozuklukları	n	8	29	33	7	77	0.002
	%	10.4	40.3	45.5	9.1	29.1	
Bipolar afektif bozukluk	n	1	10	15	6	32	
	%	3.1	37.5	56.3	18.8	12.1	
Depresyon	n	8	20	63	10	101	
	%	7.9	18.8	73.3	9.9	38.1	
Şizofreni	n	1	4	20	11	36	
	%	2.8	16.7	77.8	30.6	13.6	
Diğer	n	0	6	13	0	19	
	%	0	26.8	63.2	0	7.2	
Toplam	n	18	69	144	34	265	
	%	6.8	28.3	63	12.8	100	

(AH: Aile Hekimi, BU: Başka Uzman, PSK: Psikiyatr, DŞ: Dini Şifacı Top.: Toplam)

4.4. Doktora Başvuruda Gecikme Süreleri ve İlişkili Faktörler

Hastaların ruhsal şikayetlerinin başlangıcından bir tedaviciye ulaşıncaya kadar geçen ortalama süre 22 aydır. Gecikme değişkeni normal dağılıma uymadığı için analizlerde hem kategorik biçimde kullanılmış, hem de non-parametrik analizler yapılmıştır. Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi ruhsal şikayetleri başladıktan sonra bir ay içinde herhangi bir doktora başvurmamış olan hastalar “gecikmiş” olarak gruplanmıştır. Bu gruplamaya göre ruhsal şikayetleri için doktora başvuruda gecikenlerin oranı %61’dir (N=162). Hastaların şikayetleri başladıktan sonra bir doktora başvurana kadar geçen süre Şekil 4.2’de verilmiştir.



Şekil 4.2 Ruhsal Şikayet Nedeniyle Doktora Başvurudaki Gecikmeler

Şikayetler başladıktan sonra doktora başvurmaya kadar geçen sürenin (gecikme) cinsiyetler arası, araştırmanın yapıldığı merkezler arası veya hastalık tanıları açısından farklılaşıp farklılaşmadığı açısından karşılaştırmalar Tablo 4.10'da verilmiştir.

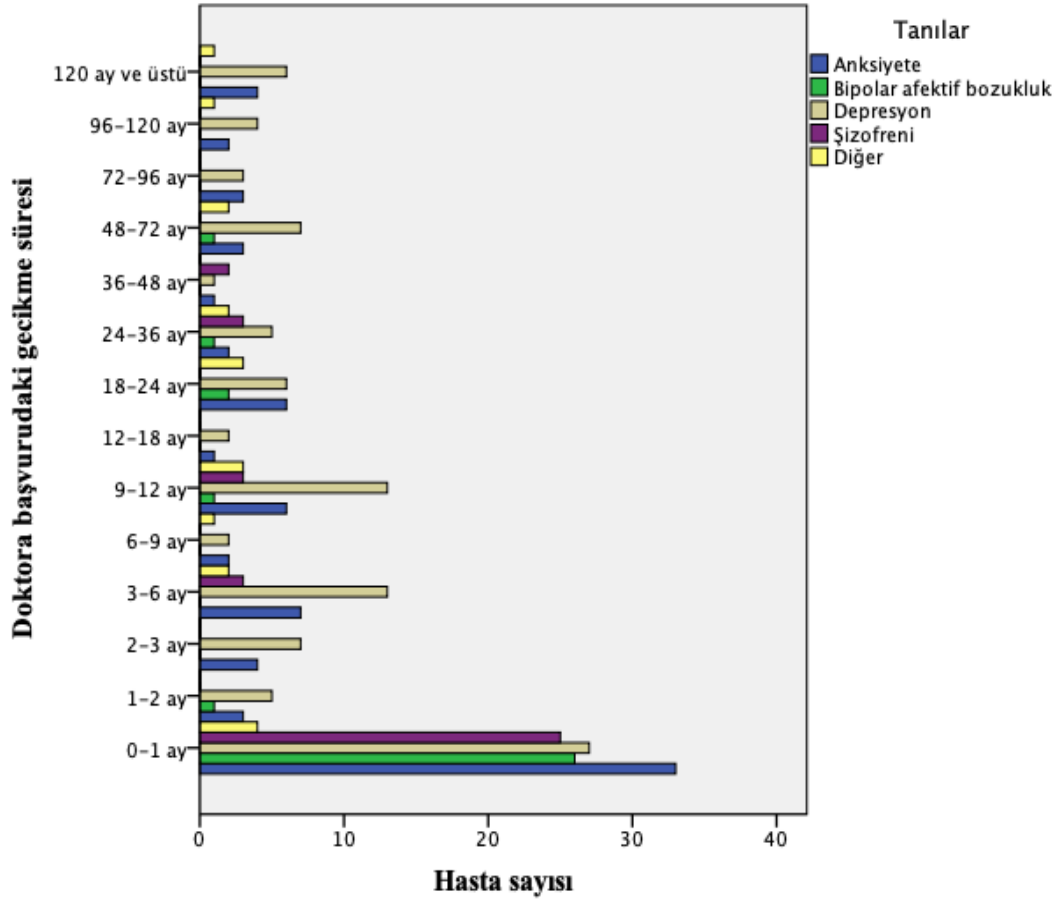
Gecikme açısından her iki çalışma merkezine başvuran hastalar arasında ve ($p=0.492$) kadınlarla erkekler arasında ($p=0.523$) anlamlı fark yoktur.

Doktora başvurudaki gecikme süresi normal dağılıma uymadığından Kruskal-Wallis testi uygulanmış ve gecikme süresi ruhsal hastalık tanısı ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.0001$). Post hoc analiz için tüm hastalık grupları ikiyeşerli şekilde gruplanmış ve Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre BAB ve şizofreni hastaları diğer tüm hastalardan daha hızlı doktora ulaşmıştır. BAB hastalarının doktora başvuruya kadar geçen süre ortalaması 5.07 ay, şizofreni hastalarının ortalaması 7.2 aydır. Buna karşılık, anksiyete bozuklukları tanılı hastaların doktora ilk başvuru süresi ortalaması 25.30 ay, depresyon hastalarının 30.13 ay, “diğer” tanı kategorisindeki hastaların doktora ilk başvuru süresi ortalaması 32.68 aydır.

Tablo 4.10 Araştırma Merkezleri, Cinsiyet ve Ruhsal Hastalık Tanılarının Başvuruda Gecikme Açısından Karşılaştırılması

	Gecikme ortalama (ay)	P (MWU)
Hacettepe	24.22	0.492
Dışkapı	20.82	
P (MWU)		
Erkek	32.55	0.523
Kadın	18.23	
P (Kruskal-Wallis)		
Anksiyete bozuklukları	25.30	0.0001
Bipolar afektif bozukluk	5.07	
Depresyon	30.13	
Şizofreni	7.2	
Diğer	32.68	

Hastalık tanılarına göre gecikme süresi Şekil 4.3’de gösterilmiştir.



Şekil 4.3 Ruhsal Hastalık Tanılarına Göre Gecikme Süresi

Başvuruda geciken 162 hastaya (%61) yöntemde de belirtildiği gibi önceden belirlediğimiz gecikme nedenleri sorulmuş, verdikleri cevaplar daha sonra bu durum geç kalmayı “etkiledi” veya “etkilemedi” şeklinde kodlanmıştır. Verilen cevaplar ve yüzdeleri Tablo 4.11’de gösterilmiştir. Verilen cevaplar arasında en büyük iki grubu “sorununu kendi halletmek istemek” (%51.2) ve “problemin kendiliğinden kaybolacağını düşünmek” (%49.4) oluşturmaktaydı.

Gecikme için bildirilen nedenler cinsiyetler, hastalık tanı grupları, araştırma merkezleri ve bir işte çalışma durumu arasında farklılıklar göstermektedir. HÜTF’ne başvuranlar DYBEAH’ne başvuranlara göre daha fazla oranda “hangi doktora başvuracağına emin olamamak” ($p=0.001$), “randevu alamamak” ($p<0.0001$), “tedavinin işe yaramayacağını düşünmek” ($p=0.021$), “kendi iradem dışında

hastaneye yatırılmaktan korkmak” (p=0.001) ve “şikayetim çok da rahatsız etmemesi” (p=0.048) cevaplarını vermişlerdir. Kadınların, erkeklere oranla “ailem izin vermedi” cevabını daha fazla bildirdikleri görülmüştür (p=0.034). Diğer nedenler için kadınlarla erkekler arasında fark bulunmamıştır.

Hastalık tanısına göre yardım aramada gecikme sebepleri analiz edildiğinde ise, bipolar afektif bozukluk hastaları diğer hastalara göre daha fazla oranda “kendi iradem dışında hastaneye yatırılmaktan korkmak” (p=0.045) ve “doktorumun görev yerinin değişmesi” (p=0.047) cevabını vermiştir. “Diğer” hastalık grubunda olan hastaların “şikayetim çok da rahatsız etmemesi” cevabını başka hastalara göre daha çok verdiği belirlenmiştir (p =0.009).

Bir işte çalışanlar çalışmayanlara göre daha çok “tedavinin çok zaman alacağını düşünmek ” (p=0.007) ve “başkalarının tedavi aldığını öğrenmelerinden çekinmek” (p=0.043) cevabını vermiştir.

Tablo 4.11 Hastaların Bildirdiği Gecikme Nedenleri

	Gecikmeyi etkiledi	Gecikmeyi etkilemedi
	%	%
Tedavinin maddi olarak yük getireceğini düşünmek	6.8	93.2
Hangi doktora başvuracağına emin olamamak	11.7	88.3
Randevu alamamak	11.1	88.9
Ulaşım, çocuk bakımı, zaman planlaması gibi sorunların olması	22.2	77.8
Tedavinin çok zaman alacağını düşünmek	19.1	80.9
Tedavinin işe yaramayacağını düşünmek	25.9	74.1
Sorununu kendi halletmek istemek	51.2	48.8
Daha önce tedavi alınmış ancak fayda etmemiş olması	10.5	89.5
Başkalarının tedavi aldığını öğrenmelerinden çekinmek	25.9	74.1
Kendi iradem dışında zorla hastaneye yatırılmaktan korkmak	11.7	88.3
Problemin kendiliğinden kaybolacağını düşünmek	49.4	50.6
Şikayetimin çok da rahatsız etmemesi	27.8	72.2
Doktorumun görev yerinin değişmesi	4.3	95.7
Başka bir yere taşınma	6	96.9
İlaç kullanmak istememe	35.6	65.4
Hasta olduğunu farketmeme	21.6	78.4
Ailenin doktora gitmeye izin vermemesi	5.6	94.4
Başka sebep	9.3	90.7

4.4. Şifacılara Başvuru

73 hasta (%27.5) ruhsal hastalık şikayeti ile hastalıklarının herhangi bir döneminde dini şifacılara başvurmuştur. Dini şifacılara başvuran ve başvurmeyen hastalar karşılaştırıldığında; iki grup arasında yaş ($p=0.458$), gelir düzeyi ($p=0.605$), başvurduğu araştırma merkezi ($p=0.384$), cinsiyet ($p=0.799$), eğitim düzeyi ($p=0.924$), gelir getiren işte çalışma durumu ($p=0.967$), medeni hal ($p=0.784$), sigortalı olma durumu ($p=0.149$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Dini şifacılara başvuran hastaların tanıları karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının diğer hastalara göre dini şifacılara daha çok gittiği belirlenmiştir ($p<0,0001$).

Dini şifacılara başvuran hastaların 34'ü (%46.5) bir doktora başvurmadan önce dini şifacılara gitmiştir. İlk başvuru yeri dini şifacılar olan hastaların 11'inin tanısı (%32.4) şizofreni, 10'unun (%29.4) depresyon 7'sinin (%20,6) anksiyete bozukluğu, 6'sının (%17.6) ise bipolar afektif bozukluktur. Hastalık tanıları ile şifacıya başvuru arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0.808$). Bu hastaların sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında, hastaların ilk başvuruda dini şifacılara gidip gitmeme durumları ile yaş ($p=0.843$), gelir düzeyi ($p=0.354$), başvuru araştırma merkezi ($p=0.566$), cinsiyet ($p=0.281$), eğitim düzeyi ($p=0.954$), gelir getiren işte çalışma durumu ($p=0.404$), medeni hal ($p=0.487$), sigortalı olma durumu ($p=0.978$) arasında anlamlı fark yoktur.

4.5. Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanım Durumları

Çalışmaya alınan 265 hastanın 203'ü (%76.6) son bir yılda herhangi bir şikayetle aile hekimlerine başvurmuştur. Daha önceden ruhsal hastalık tanısı almış hastalara tanı aldıktan sonra aile hekimlerine gidip gitmedikleri, eğer gittilerse aile hekiminden aldıkları hizmetler sorulmuştur. Aile hekimlerine başvuranların aldıkları hizmetler "psikiyatrik ilaçları yazdırmak için gitme", "ruhsal hastalığı hakkında danışmanlık almak için gitme", "bedensel hastalıkları için gitme" şeklinde belirlenmiştir. "Psikiyatrik ilaçları yazdırmak için gitme" için ruhsal tanıları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Şizofreni hastaları diğer hastalara göre psikiyatrik ilaçlarını yazdırmak

için daha yüksek oranda aile hekimine başvurmuşlardır ($p=0.02$). İlaç yazdırmak için aile hekimine gitme oranı HÜTF'ne başvuranlarda anlamlı olarak daha fazladır ($p=0.01$), kadınlarla erkekler arasında bu açıdan fark yoktur ($p=0.081$).

Ruhsal hastalığı için aile hekiminden danışmanlık alan hastaların tanılarını karşılaştırıldığında, anksiyete bozuklukları tanı grubundaki hastaların aile hekiminden diğer hastalara göre daha fazla oranda ruhsal hastalığı için danışmanlık aldığı; "diğer hastalıklar" tanı grubundaki hastaların ise aile hekimlerinden hiç danışmanlık almadıkları bulunmuştur ($p=0.036$). Ruhsal hastalığı için aile hekimlerinden danışmanlık alan hastalarda cinsiyet ($p=0.66$) ve başvuru merkeze ($p=0.565$) göre karşılaştırılma yapıldığında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ruhsal hastalığı olan kişilerin bedensel hastalığı için aile hekimine başvuru oranı %76.9'dur. Bedensel hastalık nedeniyle aile hekimine başvuranlarla başvurmayanlar arasında ruhsal hastalık tanılarını, cinsiyet ($p=0.978$) ve araştırma merkezi ($p=0.851$) bakımından da anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 4.12'de aile hekiminden alınan hizmetlere göre hastalık tanılarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Aile Hekiminden Alınan Hizmetlerin Hastalık Tanı Grupları Arasında Karşılaştırılması

			Tanılar					Top	P _(Ki-kare)
			Ank	Bab	Dep	Şiz	Diğ		
Psikiyatrik ilaç yazdırma	Yok	n %	19 28.8	5 7.6	29 43.9	5 7.6	8 12.1	66 100	0.02
	Var	n %	33 25.6	22 17.1	43 33.3	25 19.4	6 4.7	129 100	
Ruhsal hastalık için danışmanlık alma	Yok	n %	32 22.4	18 12.6	56 39.2	23 16.1	14 9.8	143 100	0.036
	Var	n %	20 38.5	9 17.3	16 30.8	7 13.5	0 0	52 100	
Bedensel hastalık için gitme	Yok	n %	15 33.3	7 15.6	17 37.8	4 8.9	2 4.4	45 100	0.505
	Var	n %	37 24.7	20 13.3	55 36.7	26 17.3	12 8.0	150 100	

(Ank: Anksiyete Bozuklukları, Bab: Bipolar Afektif Bozukluk, Dep: Depresyon, Şiz: Şizofreni, Diğ: Diğer Tanılar, Top: Toplam)

4.6. Psikiyatri Hastalarının Aile Hekiminin Mesleki Becerisi Hakkındaki Düşünceleri

“Aile hekiminin bedensel ve ruhsal hastalıklarla ilgili mesleki becerisini nasıl değerlendirirsiniz” sorusuna verilen cevaplar araştırma merkezlerine, cinsiyete, hastalık tanılarına, yaşa, eğitim seviyesine göre karşılaştırılmıştır.

Araştırma merkezlerine göre aile hekiminin bedensel hastalık becerisi değerlendirildiğinde DYBEAH’ne başvuran hastalar aile hekimlerinin bedensel hastalık becerisini daha iyi bulmuştur (p=0.023). Ruhsal hastalıkla ilgili becerisi her iki merkezde aynıdır. Kadınlar ve erkekler arasında aile hekiminin mesleki becerisiyle ilgili fikirlerinde fark yoktur. Yaşla aile hekiminin mesleki becerisi arasında korelasyon

bulunmamıştır. Daha eğitimli kişiler aile hekiminin bedensel hastalıklar hakkındaki mesleki becerisini daha az bulmaktadır ($p<0.0001$).

4.7. Psikiyatri Hastalarının Aile hekimisi Algısı

Araştırmaya katılan hastalara aile hekimisi ve ruh sağlığı uzmanıyla ilgili tutum ve yargılarını anlamak ve damgalamayı ölçmek için önermeler yöneltilmiş, bu önermelere "Hiç katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, tamamen katılıyorum" şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Hiç katılmıyorum için 1, katılıyorum için 2, kararsızım için 3, katılıyorum için 4, tamamen katılıyorum için 5 puan verilmiştir.

Aile hekimleriyle ilgili tutum ve yargıları içeren bu önermelerde en çok puanı "aile hekimisi mahremiyete saygı gösterir" (4.40) ve "ruhsal şikayetim için aile hekimisine başvurmadan utanmam, çekinmem" (4.27) almıştır. "Aile hekiminin cinsiyeti mesleki becerisini etkiler" (1.79) ve "ruhsal sıkıntılarımı daha yaşlı bir aile hekimisiyle daha rahat paylaşırım" (2.26) ise en az puanı alan önermeler olmuştur.

Her önerme için verilen cevapların ortalaması ve standart sapmasının araştırma merkezlerine göre karşılaştırılması tabloda verilmiştir. HÜTF'ne başvuran hastalar DYBEAH'ne başvuran hastalara göre daha fazla oranda "aile hekiminin dünya görüşünün ruhsal sıkıntılarını paylaşabilmelerini etkilediğini" bildirmişlerdir ($p=0.049$). DYBEAH'ne başvuran hastalar HÜTF'ne başvuran hastalara oranla daha fazla "ruhsal bir sorun için ilk önce aile hekimisine başvururum" cevabını vermiştir ($p=0.006$). Diğer önermeler için araştırma merkezleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

"Aile hekiminin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir", "Ruhsal bir sorun için ilk önce aile hekimisine başvururum" önermelerine katılmayla aile hekiminin ruhsal hastalıklar hakkındaki mesleki becerisini iyi bulma arasında korelasyon vardır.

Tablo 4.13. Aile Hekimleriyle İlgili Tutum ve Yargıların Araştırma Merkezleri Arasında Karşılaştırılması

	Hacettepe Ort	Dışkapı Ort	P_(MWU)
Aile hekiminin yaşı arttıkça mesleki becerisi artar.	3.38	3.41	0.829
Aile hekiminin cinsiyeti mesleki becerisini etkiler.	1.78	1.79	0.872
Ruhsal sıkıntılarımı akranım olan bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.55	2.47	0.647
Ruhsal sıkıntılarımı daha yaşlı bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.34	2.15	0.181
Ruhsal sıkıntılarımı benimle aynı cinsiyette olan bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.55	2.74	0.304
Aile hekiminin dünya görüşü ruhsal sıkıntılarımı paylaşabilmemi etkiler.	2.71	2.33	0.049
Aile hekiminin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir.	2.84	2.93	0.367
Aile hekiminin bedensel hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir.	3.70	3.69	0.930
Aile hekimi hastalarına yeterince zaman ayırır.	3.80	4	0.082
Aile hekimi mahremiyete saygı gösterir.	4.35	4.46	0.178
Ruhsal bir şikayetim olduğunda aile hekimine başvurmaktan utanmam, çekinmem.	4.19	4.37	0.240
Ruhsal bir sorun için ilk önce aile hekimine başvururum.	2.28	2.78	0.006

Kadınlar ve erkekler arasında verilen cevaplar açısından anlamlı farklılıklar vardır. Erkek hastalar daha fazla oranda “ruhsal sıkıntılarını yaşlı bir aile hekimiyle paylaşabileceklerini” ($p=0.002$), kadın hastalar ise daha fazla oranda “ruhsal

sıkıntılarını kendileriyle aynı cinsiyette bir aile hekimiyle paylaşabileceklerini” ifade etmiştir (p=0.001). Kadınlar “aile hekimi mahremiyete saygı gösterir” önermesine erkeklere oranla daha fazla katılmaktadır (p=0.024) ve erkeklere oranla daha fazla oranda “ruhsal sorunlarım için ilk aile hekimine başvururum” cevabını vermişlerdir. Diğer önermeler için erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.14. Aile Hekimleriyle İlgili Tutum ve Yargıların Kadınlar ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

	Erkek Ort	Kadın Ort	P _(MWU)
Aile hekiminin yaşı arttıkça mesleki becerisi artar.	3.35	3.33	0.139
Aile hekiminin cinsiyeti mesleki becerisini etkiler.	1.76	1.80	0.689
Ruhsal sıkıntılarımı akranım olan bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.71	2.43	0.083
Ruhsal sıkıntılarımı daha yaşlı bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.60	2.09	0.002
Ruhsal sıkıntılarımı benimle aynı cinsiyette olan bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.16	2.85	0.001
Aile hekiminin dünya görüşü ruhsal sıkıntılarımı paylaşabilmemi etkiler.	2.65	2.50	0.533
Aile hekiminin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir.	2.80	2.92	0.241
Aile hekiminin bedensel hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir.	3.61	3.73	0.481
Aile hekimi hastalarına yeterince zaman ayırır.	3.85	3.90	0.478
Aile hekimi mahremiyete saygı gösterir.	4.26	4.46	0.024
Ruhsal bir şikayetim olduğunda aile hekimine başvurmaktan utanmam, çekinmem.	4.20	4.30	0.548
Ruhsal bir sorun için ilk önce aile hekimine başvururum.	2.20	2.64	0.013

Tablo 4.15 Aile hekimleriyle İlgili Tutum ve Yargıların Hastalık Tanıları Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.15’de aile hekimleriyle ilgili tutum ve yargıların hastalık tanıları arasında karşılaştırması verilmiştir. Hastalık grupları arasında verilen cevaplar açısından farklılık yoktur.

	Ank	Bab	Dep	Şiz	Diğ	P (KW)
Aile hekiminin yaşı arttıkça mesleki becerisi artar.	3.32	3.65	3.30	3.55	3.42	0.310
Aile hekiminin cinsiyeti mesleki becerisini etkiler.	1.94	1.62	1.80	1.77	1.42	0.444
Ruhsal sıkıntılarımı akranım olan bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.55	2.93	2.35	2.44	2.68	0.308
Ruhsal sıkıntılarımı daha yaşlı bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.44	2.46	2.08	2.16	2.26	0.195
Ruhsal sıkıntılarımı benimle aynı cinsiyette olan bir aile hekimiyle daha rahat paylaşıyorum.	2.75	2.62	2.66	2.25	2.73	0.539
Aile hekiminin dünya görüşü ruhsal sıkıntılarımı paylaşabilmemi etkiler.	2.61	2.96	2.31	2.86	2.31	0.100
Aile hekiminin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir.	2.74	3.03	2.98	3.05	2.42	0.061
Aile hekiminin bedensel hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir.	3.66	3.81	3.71	3.80	3.36	0.337
Aile hekimi hastalarına yeterince zaman ayırır.	3.71	4.25	3.88	4.2	3.42	0.055
Aile hekimi mahremiyete saygı gösterir.	4.31	4.65	4.36	4.41	4.52	0.171
Ruhsal bir şikayetimin olduğunda aile hekimine başvurmadan utanmam, çekinmem.	4.29	4.09	4.32	4.19	4.31	0.868
Ruhsal bir sorun için ilk önce aile hekimine başvururum.	2.63	2.46	2.58	2.27	2	0.358

(Ank: Anksiyete Bozuklukları, Bab: Bipolar Afektif Bozukluk, Dep: Depresyon, Şiz: Şizofreni, Diğ: Diğer Tanılar, Top: Toplam)

Hastaların ruh sağlığı uzmanlarıyla ilgili önermelere verdikleri cevaplar araştırma merkezleri, cinsiyet ve ruhsal hastalık tanıları arasında karşılaştırılmıştır. Tablo 4.16'da verilen cevaplar araştırma merkezlerine göre karşılaştırılmıştır. Verilen cevaplarda her iki merkez arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.16. Ruh Sağlığı Uzmanı ile İlgili Önermelerin Araştırma Merkezleri Arasında Karşılaştırılması

	Hacettepe Ort	Dışkapı Ort	P_(MWU)
Ruhsal bir sorun için ilk önce psikiyatru başvururum.	4.23	4.11	0.298
Ruhsal bir şikayetim olduğunda psikiyatru başvurmaktan utanmam, çekinmem.	4.46	4.44	0.984
Psikiyatru'nun dünya görüşü ruhsal sıkıntılarımı paylaşabilmemi etkiler.	2.63	2.37	0.231

Tablo 4.17'de önermelere verilen cevaplar kadınlar ve erkekler arasında karşılaştırılmıştır. Kadınlar ve erkeklerin ruh sağlığı uzmanı ile ilgili düşüncelerinde fark yoktur.

Tablo 4. 17. Ruh Sağlığı Uzmanı ile İlgili Önermelerin Kadınlar ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

	Erkek Ort	Kadın Ort	P_(MWU)
Ruhsal bir sorun için ilk önce psikiyatru başvururum.	4.26	4.14	0.278
Ruhsal bir şikayetim olduğunda psikiyatru başvurmaktan utanmam, çekinmem.	4.34	4.50	0.191
Psikiyatru'nun dünya görüşü ruhsal sıkıntılarımı paylaşabilmemi etkiler.	2.54	2.50	0.793

Ruhsal hastalık tanılarına göre verilen cevaplar tablo 4.18’de görülmektedir. Hastalık tanıları arasında karşılaştırma yapıldığında ruh sağlığı uzmanı ile ilgili yargılar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.18. Ruh Sağlığı Uzmanı ile İlgili Önermelerin Ruhsal Hastalık Tanıları Arasında Karşılaştırılması

	Ank	Bab	Dep	Şiz	Diğ	P (Kruskal-Wallis)
Ruhsal bir sorun için ilk önce psikiyatra başvururum.	4.20	4.25	4.09	4.22	4.31	0.874
Ruhsal bir şikayetim olduğunda psikiyatra başvurmadan utanmam, çekinmem.	4.41	4.56	4.46	4.33	4.57	0.766
Psikiyatrin dünya görüşü ruhsal sıkıntılarımı paylaşabilmemi etkiler.	2.49	3	2.24	2.94	2.47	0.072

(Ank: Anksiyete Bozuklukları, Bab: Bipolar Afektif Bozukluk, Dep: Depresyon, Şiz: Şizofreni, Diğ: Diğer Tanılar, Top: Toplam)

Damgalamayı ölçmek için hastalara sunulan önermeler araştırma merkezleri, (Tablo 4.19) kadınlar ve erkekler arasında (Tablo 4.20) karşılaştırılmıştır. Araştırma merkezleri arasında ve cinsiyetler arasında verilen cevaplar açısından fark yoktur.

Tablo 4.19. Damgalama ile İlgili Önermelerin Araştırma Merkezleri Arasında Karşılaştırılması

	Hacettepe Ort	Dışkapı Ort	P (MWU)
İnsanların bir ruhsal hastalığının olduğunu bilmesi/düşünmesi beni rahatsız eder.	3.23	4.01	0.893
Ailem beni ruhsal hastalığının tedavisinde destekler	4.01	3.78	0.060
Eskiye göre insanlar ruhsal hastalıkları için doktora giderken daha rahatlar.	4.01	3.86	0.146

Tablo 4.20. Damgalama ile İlgili Önermelerin Kadınlar ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

	Erkek Ort	Kadın Ort	P (MWU)
İnsanların bir ruhsal hastalığının olduğunu bilmesi/düşünmesi beni rahatsız eder.	3.40	3.14	0.258
Ailem beni ruhsal hastalığının tedavisinde destekler	4.03	3.86	0.185
Eskiye göre insanlar ruhsal hastalıkları için doktora giderken daha rahatlar.	3.89	3.98	0.269

Tablo 4.21’de damgalamayla ilgili önermelere verilen cevapların hastalık tanıları arasındaki karşılaştırmaları gösterilmiştir. Damgalamayla ilgili önermelere verilen cevaplarda ruhsal hastalık tanıları arasında farklılık gözlenmiştir. Bipolar afektif bozukluk ve şizofreni tanı grubundaki hastalar daha fazla oranda “insanların bir ruhsal hastalığının olduğunu bilmesi/düşünmesi beni rahatsız eder” cevabını vermişlerdir ($p=0.008$). Diğer iki önerme için hastalık tanıları arasında istatistiksel

anlamli fark bulunmamıştır.

Tablo 4.21 Damgalama ile İlgili Önermelerin Ruhsal Hastalık Tanı Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Ank	Bab	Dep	Şiz	Diğ	P(Kruska II-Wallis)
İnsanların bir ruhsal hastalığının olduğunu bilmesi/düşünmesi beni rahatsız eder.	3.05	3.78	3.05	3.83	2.78	0.013
Ailem beni ruhsal hastalığımın tedavisinde destekler	3.84	4.18	3.72	4.25	4.21	0.113
Eskiye göre insanlar ruhsal hastalıkları için doktora giderken daha rahatlar.	3.92	4.03	4.01	3.72	4.05	0.274

(Ank: Anksiyete Bozuklukları, Bab: Bipolar Afektif Bozukluk, Dep: Depresyon, Şiz: Şizofreni, Diğ: Diğer Tanılar, Top: Toplam)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ruhsal şikayetleri olan hastaların ruh sağlığı hizmetlerine ulaşma yolları araştırılmıştır. Üçüncü basamak psikiyatri polikliniklerine başvurmuş olan hastalar üzerinde yürüttüğümüz çalışmada, hastaların bu hizmete ulaşım süreçlerinin yanı sıra ulaşım yolunda aile hekimliği uygulamasını ne oranda kullandıkları incelenmiş, ruhsal şikayeti olan hastaların ruhsal ve bedensel hastalıklarının tedavisi konusunda aile hekimleri ile ilgili yargı ve tutumları değerlendirilmiştir. Bulgularımız, örneklemin özellikleri, ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları, ruhsal hastalığı olanların doktora başvuruda gecikmesi, hastaların aile hekimliği uygulamasını kullanımı ve aile hekimiyle ilgili tutum ve yargılar başlıkları altında incelenecektir.

5.1. Örneklemin Özellikleri

Çalışmamızın örneklemini üçüncü basamak psikiyatri polikliniklerine başvurmuş hastalar oluşturmaktadır. Araştırmamızın yürütüldüğü iki araştırma merkezi hem buldukları semt hem de başvuran kişilerin sosyoekonomik durumları açısından farklılık arz etmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında bu klinik gözlemimizin istatistiksel olarak da desteklendiğini, üniversite hastanesine başvuranların eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi açısından daha iyi seviyede olduğunu belirledik. Bu durum büyük olasılıkla iki hastanenin kentin farklı sosyoekonomik kesimlerine hitap etmesiyle ilgilidir. Bu çeşitlilik çalışmamızın örneklemini güçlendirmiş olup çeşitli sosyoekonomik düzeylerde hastalara ulaşma imkanı tanımıştır. İki merkeze başvuranlar arasında farklılıklar bulunması nedeniyle tüm analizlerimizi iki merkez açısından karşılaştırmaya karar verdik.

Örnekleminin cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların erkeklerden iki kat daha fazla sayıda olduğu görülmüştür. Bu duruma ruhsal hastalıkların kadınlarda daha sık görülmesi ve kadınların erkeklere göre ruhsal hastalıkları için daha fazla yardım araması neden olmuş olabilir. Yapılan çalışmalarda kadınların ruhsal sorunları için erkeklere göre daha fazla yardım aradığı belirlenmiştir (32,37). Toplum temelli

çalışmalar yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon, özgül fobiler, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu gibi yaygın görülen ruhsal hastalıkların kadınlarda daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (38). Türkiye Ruh Sağlığı Profili raporuna göre alkol ve madde kullanım bozuklukları dışında diğer tüm ruhsal hastalıklar kadınlarda daha sık görülmektedir (15). Giriş bölümünde özetlenen çalışmaların tümünde ruh sağlığı hizmetine başvuran kadınların oranı erkeklerden fazladır.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olduğu ve gelir getiren işte çalışma oranlarının daha az olduğu saptanmıştır. Her ne kadar düşük eğitimin ruhsal hastalıklar için bir risk faktörü olduğu bilinse de, araştırmamız epidemiyolojik bir çalışma olmadığı için örneklemimiz toplum genelini veya psikiyatrik hasta grubunun genelini yansıtmada iddiasında değildir.

Çalışmamızda son bir yıl içinde herhangi bir şikayet nedeni ile en az bir kez aile hekimine başvurusu olanların başvurmayanlara göre daha yaşlı olduğu (ortalama yaş=40.7) görülmüştür. Türkiye’de yapılan çalışmalarda aile hekimine başvuranların yaş ortalaması 42.8 olup bulgularımıza benzerlik göstermektedir (39,40). Tüm hastalık nedenleri için aile hekimine başvuran 1697 kişilik bir çalışmada kadınların ve yaşlıların aile hekimine daha çok başvurduğu gösterilmiştir (40). Ayrıca bedensel hastalığı olanların olmayanlara göre aile hekimine başvuru oranı da fazladır. Bekleneceği üzere bedensel hastalıkların yaşla beraber artması aile hekimine gitme sayısını artırmaktadır.

Araştırmamızda toplam 265 hastayla görüşme yapılmıştır. Bu sayı ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yollarını inceleyen çalışmaların birçoğuna oranla daha büyük bir örnelemdir. Görüştüğümüz hastaların tanı dağılımı da birçok çalışmadakine benzerlik göstermektedir. Her ne kadar örneklemimiz genel toplumdaki alınmamış olsa da, örneklemin özelliklerinin birçok çalışmayla benzerlikler göstermesi, sonuçlarımızı genelledebileceğimizi düşündürmektedir. Ankara kent merkezinde

yapılmış olması nedeniyle tüm ülkedeki durumu yansıtmıyor olabilir, ancak Ankara'dan farklı sosyoekonomik kesimleri içermesi temsil gücünü arttırmaktadır.

5.2. Hastaların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları

Araştırmamıza katılan 265 kişiden sadece 18'i (%6.8) ruhsal sorunları için ilk başvurduğu kişinin aile hekimi olduğunu belirtmiştir. Başvuranların büyük çoğunluğu doğrudan psikiyatri hekimine başvurmuş olup, (%54.3) ikinci sırada ise diğer uzmanlar gelmektedir (%26). Dini şifacılara başvuru oranı ise %12.8 olarak bulunmuştur.

Üçüncü basamak psikiyatri polikliniğine başvuranlarda yapılan bir çalışmada ruhsal hastalık için ilk başvuru noktası olarak aile hekimini tercih eden hastaların oranı %3.8'dir (7). Üçüncü basamağa başvuranlarla yapılan bir diğer çalışmada ruh sağlığı hizmeti için ilk başvuru yeri %4.3 oranında birinci basamaktır (8). Bu oranlar çalışmamızdaki aile hekimine başvuru oranıyla benzerlik göstermektedir. Bu iki çalışmada psikiyatriye ve diğer uzmanlara yapılan başvuru yüzdesi verilmediğinden çalışmamızın diğer verileriyle karşılaştırma yapılamamıştır.

1994 yılında Ankara'da yapılan ruh sağlığı hizmetine ulaşım yolları çalışmasında katılımcıların %50'si psikiyatriye, %42'si başka uzmanlara, %5'i ise pratisyen hekimlere, %1'i polise, %1'i ise dini şifacılara başvurmuştur. Bu çalışmadaki psikiyatriye doğrudan başvuru ve birinci basamağa başvuru oranları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (6); ancak başka uzmanlara ve dini şifacılara başvuru oranında farklılıklar vardır. 1998 yılında Erzurum'da yapılan çalışmada ise ilk başvuru merkezi %43.2 başka uzman, %23.5 pratisyen hekim, %18.6 ise psikiyatridir (31). Erzurum ve Ankara çalışmaları arasındaki belirgin fark bölgedeki psikiyatri uzman sayısının başvuru yolunu etkilediğini düşündürmektedir. Ankara kent merkezinde çok fazla hastane olması, psikiyatri doktoruna ulaşmanın kolaylığı, aile hekiminin ilk başvuru noktası olarak tercih edilmemesinin bir nedeni olabilir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ruhsal şikayetler nedeniyle birinci basamağa başvuru oranı

%20.7'dir. Bu çalışma toplum temelli bir çalışma olup örnekleme tüm ülkeyi yansıtmaktadır. Ayrıca çalışmamızın deseni gereği aile hekimlerine başvurup, tedavisini aile hekimiyle sürdüren hastalar hakkında bilgimiz bulunmamaktadır. Gerçekte aile hekimine başvuru oranı daha yüksek olabilir.

Araştırmanın yapıldığı iki hastane arasında ilk başvuru yeri tercihi açısından fark yoktur. İki merkeze başvuran hastaların sosyoekonomik düzeyleri farklı olsa da başvuru tercihi açısından fark olmaması önemlidir. Bu durum başvuru tercihini başka faktörlerin belirlediğini düşündürmektedir. Başvuru tercihi üzerinde eğitim ve cinsiyetin etkisi olup olmadığı da incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha eğitilmiş olanların ilk başvuru yeri olarak psikiyatryi seçme eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir.

İlk başvuru noktası aile hekimi olanlar arasında, kadınların oranının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınlar ayrıca, erkeklere oranla, diğer uzmanlara da daha fazla başvurumaktadırlar. Bu durumun, kadınlarda anksiyete tanısının daha fazla olması ve anksiyetenin çarpıntı, nefes darlığı gibi bedensel şikayetler oluşturması ile ilgisi olabilir. Anksiyete bozuklukları grubu hastalarının hastalıklarını daha hafif olarak görmesi, daha kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak düşünmeleri, anksiyete hastalıkları konusunda aile hekiminin becerisine güvenilmesi daha çok başvurularını açıklayabilir.

Çalışmamızda "Aile hekiminin ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgisi yeterlidir." önermesine tüm tanı grupları benzer cevaplar vermişlerdir. "Aile hekimi hastalarına yeterince zaman ayırır." önermesine, anksiyete bozuklukları hasta grubu, bipolar afektif bozukluk grubundan ve şizofreni grubundan daha az puan vermiştir. Tüm bunlara rağmen anksiyete bozuklukları hastaları aile hekiminden daha çok danışmanlık almıştır. Bu durum anksiyete bozuklukları hastalarının aile hekimine daha çok başvurmasıyla ya da aile hekimlerinin anksiyete bozuklukları konusunda daha fazla bilgisiyle ilgili olabilir.

Diğer hastalık gruplarına göre daha ciddi sayılabilecek şizofreni, bipolar afektif bozukluk gibi ruhsal hastalık gruplarının ilk başvuru noktası olarak aile hekimini seçme oranları çok düşüktür. Şizofreni ve bipolar afektif bozukluk hastalıklarının belirtileri gereği toplum tarafından daha kolay tanınması, psikotik belirtileri olan ya da kendisine ve çevresine zarar verebilecek durumda olan hastaların; ailesi, çevredekiler ya da polis tarafından doktora getirilmesi, bu tanılara sahip hastaların ilk başvurusunun aile hekimine olmamasını açıklayabilir. Nitekim daha önce yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının diğer hastalara göre psikiyatrye doğrudan başvurusunun daha fazla olduğu gösterilmiştir (27). Şizofreni ve bipolar afektif bozukluk hastaları çevresindeki, mahallesindeki insanların hastalıklarını öğrenmesini istemediklerinden aile hekimine başvurumuyor olabilirler.

Aile hekimlerinin ilk başvuru merkezi olarak tercih edilmemesinin birçok nedeni olabilir. Urgan ve ark.nın yaptığı çalışmada hastaların yarısı, sadece psikiyatri hekiminin ruhsal sağlık hizmeti verebileceğini söylemiştir. Hastaların %20'si ise aile hekimlerinin ruhsal sağlık hizmeti verebildiğini bilmediğini bildirilmiştir (8). Özden ve ark.nın çalışmasında ise hastaların %52'si ruhsal hastalıkların tedavisinde aile hekimine güvenmediklerini belirtmiştir (7). Benzer şekilde ruhsal hastalıklar konusunda aile hekimine güvenmeme oranı Gültekin ve ark.nın çalışmasında da %58 bulunmuştur (36). Çalışmamızda "aile hekiminin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisi yeterlidir" önermesine verilen cevabın "katılmıyorum" ya da "kararsızım"da yoğunlaşması önceki çalışmaları desteklemektedir. Bu durum, aile hekimine başvuramada, aile hekiminin ruhsal hastalıklar konusundaki mesleki becerisine güvenmemenin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Hastaların aile hekiminin ruh sağlığı hizmeti verdiğini bilmemesi de başvurmaya engel bir nedendir.

Türkiye'de sevk sisteminin olmayışı ve üçüncü basamağa doğrudan başvurabilme, aile hekimine başvuruları azaltmış olabilir. Ruh sağlığına ulaşım yolu çalışmalarında sevk sistemi olmayan ülkelerde psikiyatrye doğrudan başvuru oranı

yüksektir. Sevk sistemi olan İngiltere, Nepal, Kenya ve Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamağa başvuru oranı %70-80'lere çıkmaktadır (25,30).

Aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarının yeterince açık olmaması, psikotrop ilaç reçetelemeyle ilgili yetkilerinin değişikliklere uğraması hastalarda sağlık sistemi kullanım alışkanlıklarının yerleşmesine engel olmaktadır. Daha önceki çalışmalarda da birinci basamağa başvurunun az olmasının, birinci basamak hekiminin tedaviler konusundaki yetkisinin az ya da belirsiz oluşundan kaynaklandığı belirtilmektedir (30).

İlk başvuru merkezi olarak dini şifacıların %12.8 oranında tercih edilmesi dikkat çekicidir. Şizofreni hastalarının üçte biri ilk başvuru merkezi olarak dini şifacıları tercih etmiş olsa da, ilk başvuru merkezi dini şifacılar olan hastaların tanıları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Tüm hastaların yaklaşık üçte birlik kısmı, ruhsal şikayetleri için dini şifacılara başvurmuşlardır. Şizofreni hastaları diğer hastalara göre daha çok dini şifacılara başvurmuştur. Varsanılarının, dini öğelere benzetilmesi şizofreni hastalarının daha çok dini şifacılara başvurmasını açıklayabilir. Dini şifacılara başvurmayla eğitim, cinsiyet, yaş, aylık gelir arasında ilişkinin olmaması şaşırtıcıdır. Tedaviden fayda görmeyen hastaların alternatif olarak bu yola başvurduğu düşünülmüştür.

5.3. Ruhsal Hastalıklarda Doktora Başvuruda Gecikme

Ruhsal hastalıkların çok yaygın olmalarının yanı sıra toplum üzerindeki hastalık yükünün pek çok bedensel hastalıktan daha fazla olduğu bilinmektedir. Ruhsal hastalıklar ciddi oranda işten güçten kalmaya, hatta ölüme yol açabilmektedir. Bu gerçekler göz önüne alındığında, tedaviye başvurmakta geç kalınmasının hem bireysel, hem de toplumsal düzeyde büyük kayıplara yol açacağı açıktır.

Araştırmamızda hastaların %61'i şikayetleri başladıktan en az bir ay sonra doktora başvurmuştur. Bir ruhsal şikayet ile herhangi bir tedaviciye başvuru için geçen ortalama süre 22 aydır. Bu süre 0-360 ay arası değişmektedir. 23 ülkede yapılan bir çalışmada ülkelerin çoğunda hastalar 3 aydan daha kısa sürede doktora başvurmuşlardır (30). Bu durum ülkemizin ruh sağlığına ulaşımında sorunlar yaşadığını göstermektedir.

Tedaviye başvuru gecikmesi ile araştırmanın yürütüldüğü merkezler, eğitim ve cinsiyetin etkisi arasındaki ilişki incelenmiştir. Her iki çalışma merkezine başvuran hastalar arasında gecikme açısından anlamlı fark saptanmamıştır. İki merkez açısından sosyodemografik farklılıklara rağmen hem ilk başvuru alan tedavici tercihleri hem de gecikme farkı olmaması, bu konudaki etkili faktörlerin sosyodemografik özelliklerden bağımsız olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, eğitim ve gelir düzeyi ile gecikme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki eğilim kadınların ruhsal şikayetleri için daha erken yardım araması iken, çalışmamızda kadınlarla erkekler arasında başvuruda gecikme arasında fark yoktu.

Doktora başvurudaki gecikme süresi ruhsal hastalık tanısı ile ilişkili bulunmuştur. Bipolar afektif bozukluk ve şizofreni tanısı olan hastaların diğer hastalara göre doktora daha çabuk ulaştığı tespit edilmiştir. Bipolar afektif bozukluk tanılı hastaların doktora başvuruya kadar geçen süre ortalaması 5 ay, şizofreni hastalarının ortalaması 7 ay iken, bu sayı anksiyete bozuklukları için 25 ay, depresyon hastaları için 30 ay, diğer tanı grubu için ise 32 aydır. Daha önce de tartışıldığı gibi şizofreni ve bipolar afektif bozukluk tanılı hastaların doktora erken başvurmalarının sebebi hastalığın kolay tanınması, belirtilerinin aciliyet göstermesi, diğer hastalıklara göre daha ağır seyretmesi olabilir. Psikotik ya da manik semptomları olan kişiler, başkaları tarafından hastaneye getirildiklerinden sağlık hizmetlerine ulaşımının daha hızlı olması anlaşılabilir.

Depresyon hastalığının doğası gereği hastanın dışarı çıkmaya, yardım aramaya isteksiz oluşu, depresyon hastalarının başvuruda gecikmesine yol açıyor olabilir. Hem hastanın hem de yakınlarının hastalığı tanımaması ya da hastanın yalnız yaşaması ve sosyal desteğinin olmaması gecikme süresini artırabilir. Hastalığın şiddeti de başvurudaki gecikmeyi etkileyebilir. Günlük işleri etkilemeyecek şiddette olan hastalıkların başvuruda gecikmesi muhtemeldir.

Diğer tanı grubundaki gecikmenin sebebi bu gruptaki hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarının olması olabilir. Alkol ve madde bozuklukları doktora geç başvurmaktadır. ABD’de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların sadece %20’si ilk bir yıl içinde doktora başvururken ortalama gecikme süresi 5 yıl olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada özgül fobiler ve sosyal fobinin ortalama gecikme süresi ise 20 yıldır (41).

Anksiyete bozuklukları grubunun içindeki özgül fobi hastaları, fobilerin erken yaşta ortaya çıkma eğilimi ve kişinin günlük yaşamını çok da etkilememesi nedeniyle başvuruda gecikmiş olup, gecikme ortalamasını artırmış olabilirler. Yaygın anksiyete bozukluğu hastaları somatik yakınmalarla başka doktorlara başvurur ve psikiyatriye ulaşmada zaman kaybeder. Hastalığın tanınması, hem doktor hem hasta açısından zorlayıcı olabilir.

Hastaların belirttiği gecikme nedenlerine baktığımızda hastaların tutumlarının yapısal nedenlerden daha fazla önem taşıdığı görülmüştür. Hastaların yaklaşık yarısı sorununu kendi halletmek istediği için geciktiğini bildirmiştir. “Sorunun kendiliğinden kaybolacağını düşündüm” ise ikinci en sık verilen cevaptır. Tedavinin maddi yük getireceğini düşünmek, ulaşım sorunları, başka bir yere taşınmak gibi yapısal gecikme nedenleri çok az bildirilmiştir. Literatürdeki gecikme nedenlerine bakıldığında sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Andrade ve ark.nın 25 ülkede yaptığı çalışmada “sorunu kendim halletmek istedim” cevabını verenlerin oranı %63.8’dir (32).

Araştırma merkezlerine göre gecikme nedenleri karşılaştırıldığında HÜTF'ne başvuranların daha çok gecikme nedeni olarak "randevu alamamak" cevabını verdiği görülmüştür. Sevk sisteminin olmadığı düşünüldüğünde, hastaların doğrudan başvuruları üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde aşırı yük oluşturmaktadır. HÜTF'ne başvuran hastalar "kendi iradem dışında hastaneye yatırılmaktan korkmak" cevabını DYBEAH'ne başvuranlara göre daha fazla bildirmişlerdir. HÜTF'ne başvuranlarda şizofreni ve bipolar afektif bozukluk tanısı daha fazladır. Bu hastaların gerektiğinde vasi tayin edilerek hastaneye yatırılabilir olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Hastalık tanısına göre gecikme nedenleri analiz edilmiş ve "diğer hastalıklar" tanı grubu geri kalan hastalara göre "şikayetin çok da rahatsız etmemesi" cevabını daha çok vermişlerdir. Diğer hastalıklar grubunda alkol ve madde kullanım bozukluğu hastaları mevcuttur. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun hastalığın başlangıcında hastayı rahatsız etmemesi ya da bir hastalık olarak görülmemesi bu cevabın daha fazla oranda verilmesine neden olmuş olabilir.

Bir işte çalışanlar çalışmayanlara göre daha fazla oranda gecikme sebebi olarak "tedavinin çok zaman alacağını düşünmek" cevabını vermiştir. Çalışan kişilerin zamanının daha az olabileceği düşünüldüğünde sonuç şaşırtıcı değildir.

5.4. Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanım Durumları

Aile hekimliği uygulamasını kullanan hastaların aldığı hizmetler psikiyatrik ilaçların yazılması, ruhsal hastalık hakkında danışmanlık alınması, bedensel hastalıklar için şeklinde belirlenmiştir. Şizofreni tanı grubunun diğer tanı gruplarına göre ilaç yazdırmak için aile hekimine daha çok gittiği görülmüştür. Kadınlarla erkekler arasında hizmet kullanım açısından fark yoktur. Anksiyete bozuklukları tanı grubu aile hekiminden daha fazla danışmanlık almıştır. Buna neden olabilecek durumlar daha önce tartışılmıştır. Bedensel hastalık için başvurma oranı %76.9 olup karşılaştırılan tanı ve cinsiyet grupları arasında fark yoktur.

5.5 Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimi Hakkında Tutum ve Yargıları

Hastaların büyük çoğunluğu, "aile hekimi mahremiyete saygı gösterir" ve "ruhsal bir şikayetim olduğunda aile hekimine başvurmadan utanmam, çekinmem" önermelerine "katılıyorum" ya da "tamamen katılıyorum" şeklinde cevap vermiştir. Bu durum aile hekimlerine başvurunun az oluşunun damgalamayla ilgili olmadığını düşündürmüştür. HÜTF'ne başvuran hastalar aile hekiminin dünya görüşünün ruhsal sıkıntılarını paylaşabilmelerini etkileyebileceğini DYBEAH'ne başvuranlara göre daha fazla bildirmiştir. Kadınlar kendileriyle aynı cinsiyette bir aile hekimiyle ruhsal sıkıntılarını daha rahat paylaşabileceğini bildirirken, erkekler daha yaşlı bir aile hekimiyle ruhsal sıkıntılarını daha rahat paylaşabileceğini bildirmiştir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında aile hekiminin çok önemli bir yer tuttuğu sadece ülkemizde değil tüm dünyada sağlık planlayıcılarının üzerinde uzlaştığı bir konudur. Ülkemizde sağlık bakanlığının bu konuya verdiği önem Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda ortaya konmuştur. Tüm bu çabalar ve planlara rağmen, ruhsal hastalığı olan kişilerin ruhsal sorunları için ilk başvuru noktası olarak aile hekimini tercih etmiyor olması, araştırmamızın en önemli bulgularından biridir. Bu bulgu yalnızca araştırmamıza özgü değildir; geçmişteki çalışmalarda saptanan oranlar da benzer bir tabloyu ortaya koymaktadır. Özellikle kent merkezlerinde, uzman hekim ve psikiyatri hekimine ulaşma imkanlarının nispeten daha kolay olduğu yerlerde, ruhsal hastalığı olanlar genelde ruh sağlığı uzmanına doğrudan ulaşmaktadır. İlginç olan, hastaların ilk başvuru yeri olarak şifacı hocaları aile hekiminden de daha fazla sıklıkla tercih etmeleridir. Bulgularımız, aile hekimine gitme oranının düşük olduğunu göstermemektedir. Nitekim son bir yılda araştırmamıza katılan hastaların büyük bir çoğunluğu ilaç yazdırmak için veya bedensel hastalıkları için aile hekimlerine başvurmuştur. Sorun, aile hekiminin ruhsal sorun için ilk başvuru seçeneği olarak görülmemesidir. Aile hekimine başvuru oranlarının arttırılması gerektiği açıktır. Bunu sağlayabilmek için aile hekimine başvurmama nedenlerinin iyi bilinmesi gerekir. Nedenleri kesin olarak saptamak için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olsa da, bulgularımız bu konuda ipuçları sağlamaktadır. Ruhsal hastalığı olan kişilerin, aile hekiminin ruhsal hastalıkların tedavisi konusundaki yetkileri, tedavi yetkinliği gibi alanlarda yeterince bilgili veya güvenli olmadığı görülmektedir. Aile hekimlerinin ruhsal hastalıkların tedavisi konusunda yetkinleşmesini sağlayacak eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması, yasal yetki ve sorumluluklarındaki belirsizliklerin ortadan kaldırılması, aile hekimlerinin ruhsal hastalıklar konusunda güvenle başvurulacak kişiler olduğu bilgisini yerleştirecek bir toplum eğitimi seferberliğinin başlatılması çözüm konusunda ilerleme sağlayabilir.

Tedaviye başvuru gecikmesi konusunda ülkemizdeki durum, birçok Avrupa ülkesine oranla daha kötüdür. Ruhsal hastalıkların ağır toplumsal yükü göz önüne alındığında tedavideki gecikmenin maliyeti anlaşılabilir. Sevindirici olan, tedaviye gecikme konusunda yapısal nedenlerden çok tutumla ilgili nedenlerin önem taşımasıdır. Bir başka deyişle, tedaviye başvurmada gecikme maddi imkansızlıklara, doktorun olmamasına, zaman olmamasına değil, hastaların ruhsal sorunları bir hastalık olarak adlandırmaması, yani ihtiyaç hissetmemesi, kendi başlarına çözmek istemesi, ya da damgalanmaktan korkmasına bağlıdır. Tutumla ilgili sorunların çözümü yapısal sorunlara oranla daha kolaydır. Bir başka sevindirici bulgu, aile hekimine başvurunun gecikmeyle ilişkisinin olmamasıdır. Yani aile hekimine başvurmak, tedaviyi geciktiren bir faktör değildir. Bu nedenle, ruhsal hastalıkların etkili tedavilerinin olduğu, bu tedavilerin önemli bölümünün birinci basamakta yapılabileceği konusunda toplum eğitime öncelik vermek, aile hekiminin ruhsal tedavi yetkinliklerini arttırmak, bu konudaki yetki ve sorumluluklarını netleştirmek, aile hekimine başvuru konusunda damgalanma korkusunun nedenlerini ortaya çıkararak, bunu azaltıcı önlemler üzerinde çalışmak toplum ruh sağlığına önemli bir katkı sağlayacaktır diye düşünüyoruz.

7.KAYNAKÇA

1. Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.
2. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS One*. 2015;10(2):1–14.
3. Kılıç C, Erol N, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT Ankara, Aydoğdu Ofset, TC Sağlık Bakanl. 1997
4. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. 2006.
5. TC Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. 2011.
6. Kılıç, C., Rezaki, M., Üstün, T. B., & Gater, R. A. (1994). Pathways to psychiatric care in Ankara. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(3), 131-136.
7. Özilice Ö, Uçku R, Akdede BB. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2017;31(2):63–9.
8. Urgan U, Çağlayan Ç. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Ruhsal Hastalıklar İçin İlk Başvuru Yerlerinin Ve Birinci Basamağı Tercih Etmeme Nedenlerinin Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2016;4(1):5–10.
9. World Health Organization, , & ... UNAIDS. (2001). *World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization.
10. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. p. http://www.who.int/features/factfiles/mental_healt. Access time: 20.12.2018
11. World Health Organization. Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. *Geneva: WHO*. 2012
12. World Health Organization. The Mental Health Context. Ment Health Policy Service Guidance Package. 2003;1–46.
13. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. 2009
14. Kessler RC, Angermeyer M, , James C. Anthony , Ron De Graaf, Koen, Demyttenaeres, Isabelle, Gasquet Girolamo, Giovanni de, Semyon Gluzman, Oye Gureje, Haro Josep Maria, Kawakami, Norito, Aimee Levinson, Daphna Medina, Maria Elena Mora, Browne, Mark A., Oakley, Posada-Villa, José, C for the WWMHS. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization ' s World Mental Health Survey Initiative *World Psychiatry* 2007; 6:168-176).

15. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M et al. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1998;
16. Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: Lessons from a systematic review of European experience. *Health and Social Care in the Community*. 2011 Mar;19(2):113-25
17. Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. 2011. 22-25 p.
18. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2013;43(4):849–63.
19. Thornicroft G, Alem A, Drake RE, Ito H, Mari J, McGeorge P, et al. Community mental health: Putting policy into practice globally. Vol. 29. John Wiley & Sons; 2011.
20. World Health Organization Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2003.
21. Wittchen HU, Mühlhig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(2):115-28.
22. Cimpean D, Drake RE. Treating co-morbid chronic medical conditions and anxiety/depression. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011;20(2):141–50.
23. Hamilton-Westra, K., Batesb, A., Hothamc, S., & Wilsond, P. (2018). Development of a training programme for primary care mental health staff to support management of depression and anxiety in long-term conditions. *Primary health care research & development*, 1-7.
24. WHO Primary Mental Health Care Factsheet. What is primary care mental health?: WHO and Wonca Working Party on Mental Health. *Ment Health Fam Med*. 2008;5(1):9–13.
25. Gater R, Jordanova V, Maric N, Alikaj V, Bajcs M, Cavic T, et al. Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *Br J Psychiatry*. 2005;186(6):529–35.
26. Bijl R V, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff*. 2003;22(3):122–33.
27. Steel Z, McDonald R, Silove D, Bauman A, Sandford P, Herron J, et al. Pathways to the first contact with specialist mental health care. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(4):347-354
28. Volpe U, Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V, Palumbo C, Calò S, et al. Pathways to mental health care in Italy: Results from a multicenter study. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(5):508–13.
29. Hashimoto N, Fujisawa D, Giasuddin NA, Kenchaiah BK, Narmandakh A, Dugerragchaa K, et al. Pathways to mental health care in Bangladesh, India, Japan, Mongolia, and Nepal. *Asia-Pacific J Public Heal*. 2015;27(2):NP1847-NP1857.
30. Volpe U, Mihai A, Jordanova V, Sartorius N. The pathways to mental healthcare worldwide: A systematic review. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(4):299–306.
31. Kırpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M. Erzurum’da ruh sağlığı birimlerine ulaşım

- yolları. *Türk Psikiyatr Derg.* 1994;5(3):175–81.
32. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;44(6):1303–17.
 33. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6(3):177–85.
 34. Ten Have M, De Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European study of epidemiology of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(2):153–63.
 35. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015;45(1):11–27.
 36. Gültekin, B.K., Söylemez, A., Arslantaş, H., Dişçigil, G., Dereboy, İ.F.(2011).Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastaların birinci basamak deneyimleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,12(1),25-30.
 37. Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Heal.* 2006;10(6):574–82.
 38. Boyd A, Van De Velde S, Vilagut G, De Graaf R, O'Neill S, Florescu S, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord.* 2015;173:245–54.
 39. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Filiz B, Seval O, Bayındır K, et al. Bir aile hekimliği merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg.* 2012;2(3):7–13.
 40. Çetinkaya, F., Baykan, Z., & Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).
 41. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):603–13.