

Keşmir'de Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisine Yönelik Sevk Yolları - Hindistan'dan Bir Çalışma



Shoib SHEIKH¹, Mohd Saleem SHEIKH², Mohammed Shaiful Islam SHEIKH³

ÖZET

ABSTRACT

Referral Network Pathways of Care for Psychiatric Disorders in Kashmir – A Study from India

Amaç: Keşmir bölgesinde devam eden çatışmalar, emniyetsizlik ve sağlık personelinin üstlendiği temel görevler psikiyatri hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Bu nedenle bu çalışma kapsamında Keşmir, Hindistan bölgesinde ruh sağlığı hizmetlerine ana erişim yollarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Objective: Access to psychiatry services in Kashmir is challenging because of active enduring conflict, insecurity and a fundamental role played by the traditional health workers. We aimed to assess the main pathways to mental health services in Kashmir, India.

Yöntem: Kesitsel ve hastane temelli bu çalışma, Mart 2012 ile Haziran 2017 tarihleri arasında Keşmir'de bulunan psikiyatri hastalıkları hastanesinin psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Bu hizmete yeni sevk edilen hastaların seçilmesi için kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların demografik verilerine ve ruhsal bozukluklarına yönelik tedavi almak amacıyla başvurdukları ana yollara ilişkin bilgi toplamak amacıyla bir anket oluşturulmuştur.

Methods: This cross-sectional hospital-based study was performed from March 2012 to June 2017 in the outpatient psychiatry department at a psychiatric disease hospital in Kashmir. A convenience sampling method was used to select newly referred patients to the services. A survey was developed to collect information on demographic data and the main pathways for patients when seeking care for mental disorders.

Bulgular: Çalışma 518 hasta ile yürütülmüştür. Katılımcıların yarısına yakını (%48,8) bir doktor veya nörolog gibi genel bir sevk ağı ile; %31,8'i ise önemli bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle klinik konsültasyona başvurmuştur. Hastaların bir kısmı (%17,8) ise geleneksel şifacılar tarafından ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmiştir.

Results: A total of 518 patients were interviewed. About half of the respondents (48.8 %) attended clinical consultation from a general pathway like a physician or a neurologist, while 31.8% were visiting a psychiatrist for a significant psychiatric disorder. For some patients (17.8%), their initial pathway to mental health services is traditional healers.

Sonuç: Çalışmada Keşmir Hindistan bölgesinde ruh sağlığı hizmet ağına ulaşımın çeşitli yollarla sağlandığı gözlemlenmiştir. Keşmir nüfusunun ruh sağlığı hizmetlerine erişiminin artırılması ve tedavi açığının ele alınması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Conclusion: The current study revealed different pathways to seeking psychiatric care in Kashmir India. Further studies are needed to address the treatment gap and ways to improve access to mental health services for the Kashmir population.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatrik Hastalıklar, Sevk, Yol, Çatışma

Keywords: Psychiatric Disorders, Referral, Pathway, Conflict

GİRİŞ

Dünya genelinde 450 milyondan fazla insan bir tür zihinsel, psikososyal veya nörolojik sorundan muzdariptir (Sagat ve ark. 2020). Hindistan'da neredeyse her yedi Hintliden biri ruhsal zorluk ile karşı karşıyadır. Çalışma bölgesi özelinde Keşmir'in yetişkin nüfusunun %45'inin (1,8 milyon) hayatının herhangi bir döneminde bir ruhsal hastalığa sahip olduğu,

bu ruhsal hastalıkların ise en sık depresyon (%41), anksiyete (%26) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (%19) şeklinde olduğu öngörülmektedir (Housen ve ark. 2017). Dikkate alınması gereken bir diğer husus da, ruhsal bozuklukların oluşturduğu yükün yeterince üstesinden gelinememesi nedeniyle dünya genelinde ruh sağlığı bozukluklarına yönelik büyük bir tedavi açığının bulunmasıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, ruhsal bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte

Geliş Tarihi: 20.09.2021, **Kabul Tarihi:** 12.02.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 04.03.2024

¹Nöropsikiyatrist, Jawahar Lal Nehru Memorial Hastanesi, Psikiyatri Bl., Srinagar, Keşmir, Hindistan; ²Halk Sağlığı Uzmanı, Bağımsız Halk Sağlığı Araştırmacısı, Srinagar, Jammu ve Keşmir, Hindistan; ³Doç., Deakin Üniv. Fiziksel Aktivite ve Beslenme Enstitüsü, Melbourne, Avustralya.

Dr. Shoib Sheikh, e-posta: sheikhshoib22@gmail.com

ikisinin tedavi görmediği tahmin edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü 2013). Dünya genelinde insan kaynakları açısından psikiyatr sayısı azdır; küresel ortalamalara göre her 100 bin insan başına yaklaşık bir psikiyatr düşmektedir. Yüksek gelirli ülkeler, düşük gelirli ülkelere kıyasla neredeyse 120 kat daha fazla sayıda psikiyatra sahiptir (Dünya Sağlık Örgütü 2021). Hindistan Hükümeti'nin toplam harcamasının %1,30'unun sağlık sektörüne ayrılmasına karşın ülkede her 100 bin kişi başına 0,29 psikiyatr görev yapmaktadır. Bu çerçevede ruh sağlığı hizmetlerinin nitelik, nicelik ve ülke geneline dağılımı bakımından eksik olduğu aşikardır (Dünya Sağlık Örgütü 2017). Arzu edilen oranın her 100 bin insan başına üç üzeri psikiyatr olmasına karşın Hindistan'da 100 bin kişi başına 0,75 psikiyatr düşmektedir (Singh Bhandari ve ark. 2020). Bu bağlamda, arzu edilen oranın belirtilen düzeyde kabul edildiği bu çalışmada, Hindistan'da bu oranın karşılanabilmesi için 36 bin psikiyatra ihtiyaç olduğu; mevcut nüfus göz önünde bulundurulduğunda ülkenin 27 bin psikiyatr açığı olduğu belirtilmektedir (Garg ve ark. 2019).

Hindistan'da kamu sağlık sistemi ve özel sağlık sistemini içeren karma bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Kamu ve özel sağlık sistemlerinin her ikisi de Hindistan'ın kentsel ve kırsal bölgelerine sağlık hizmeti sunmaktadır. Özel sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı şehir bölgelerinde yer almakta olup ciddi vakalara yönelik uzman müdahaleler de dâhil olmak üzere ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaktadır. Kamu sağlık sistemi nüfus normları temel alınarak üç basamaklı şekilde tasarlanmış olup, sistem kapsamında sunulan hizmetler koruyucu hizmetler, tıbbi tedavi ve sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu üç basamaklı sistem dahilinde alt merkezler ve birinci basamak sağlık merkezleri de birinci basamak sağlık sistemleri de mevcuttur. İkinci basamak sağlık hizmetleri sistemi toplum sağlığı merkezlerini ve alt bölge hastanelerini; üçüncü basamak sağlık hizmetleri bölge hastanelerini, üçüncü basamak hastaneleri ve tıp fakültelerini içermektedir (Aggarwal 2008). Tedavi yolları, bir psikiyatri hastasının bir ruh sağlığı uzmanına (RSU) sevkini ile beraber takip ettiği adımlar olarak tanımlanmaktadır. Jammu ve Keşmir'de ikinci ve üçüncü aşama sistemleri kapsayan, kamu sağlık sisteminin temel alındığı iki aşamalı bir model (ente gre ruh sağlığı sistemi) kademeli olarak geliştirilmiştir. Bu iki aşamalı sistem, bölgenin yalnızca birkaç büyük ilçesinde uygulanmaktadır ve bölgede bulunan ilçelerin birçoğunda henüz toplum ruh sağlığı çalışanı bulunmamaktadır. İllerde ve büyük ilçelerde bulunan ruh sağlığı kuruluşları sistemin en yüksek aşamasını oluşturmaktadır ve yönetim kılavuzlarının hazırlanmasından bölgedeki tüm ruh sağlığı hizmetlerine rehberlik ve destek sunumundan sorumludur. Alt düzey (kasaba veya semt aşaması) ise az gelişmiş ilçe hastanelerinde yer alan ruh sağlığı kliniklerini kapsamaktadır. Yetkililer ruh sağlığı hizmetlerinin temini için bu modeli yıllardır uygulamaya çalışmaktadır. Bölgemizde özel ve kamu sağlık kuruluşları

arasında maliyet eşitsizliği bulunmaktadır ve nüfusun büyük bir bölümü finansal yönden istikrarsız olup cepten harcamalar ile hayatlarını idame ettirmektedir.

Hindistan sağlık sektörü, ruh sağlığı hizmetleri ve bu hizmetlere erişim bakımından eşitsizlikler içermektedir. Bu hizmetlere yalnızca özel hastanelerin yüksek ücretlerini karşılayabilen veya mahallesinde/ilçesinde bulunan hastanelere kolaylıkla başvurabilen bireyler erişebilmektedir (Gater ve ark. 1991). Keşmir'de etkili konsültasyon ve iletişime yönelik bir eksiklik bulunmakta olup bu eksiklik zaten istikrarsız durumda olan sağlık sistemine mali bir yük teşkil etmektedir. Ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavisi, bölümler arası iyi düzeyde eş güdüm ve sevk sistemlerinin varlığını gerektirmektedir (Gania ve ark. 2016). Ayrıca, başta Hindistan olmak üzere gelişmekte olan ülkelerdeki toplumların ruh sağlığı okuryazarlığı hususunda belirgin düzeyde bilgi eksikliği içinde olması da bu sorunu daha da derinleştirmektedir. Düşük ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı kuruluşlarının hâlihazırda az sayıda olduğu yoksul ülkelerde halk açısından vahim sonuçlar doğurabilmekte ve akıl hastalıklarının tedavisi ve teşhisi önünde bir engel oluşturabilmektedir (Saxena ve ark. 2007). Geleneksel ve ruhani şifacılar, yoksul ülkelerin ruh sağlığı sisteminde önemli bir rol oynamaktadır (Mushtaq ve Margoob 2006). Keşmir bölgesinde de ruhani ve dini şifa geleneği mevcuttur. Halk, tedavi ihtiyaçları için bu şifacılarla başvurmaktadır. Bu bağlamda Pir ve Fakirler, hastaların öncül travmatik vakalar ile ilk yüzleştiği alanları oluşturmaktadır (Saldanha 2005). Pir ve Fakirler, Keşmir bölgesinin ruhani ve geleneksel şifacılarıdır. Yukarıda belirtilen sebeplerin yanı sıra mevcut kaynakların dağılımında meydana gelen eksiklikler veya bu kaynakların adaletsiz dağıtılması nedeniyle Keşmir ruh sağlığı sistemleri, herhangi bir akıl hastalığından muzdarip hastalara iyi düzeyde ruh sağlığı hizmeti sunacak düzeyde sistematize değildir.

Bu çalışmanın amacı, akıl hastalığından muzdarip kimselerin yüzde kaçının yardım aldığı, yardım almak amacıyla kimlere başvurduğu ve terapi alması için gereken sürenin sahip olunan soruna göre değişip değişmediğini tespit etmektir.

Çalışmada bu boşluğun ele alınmasına yönelik olarak ruh sağlığı ve hastalıklarının sevk boyutu değerlendirilmiş, böylece Keşmir bölgesindeki ruh sağlığı sisteminin daha iyi kayranması sağlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma Tasarımı

Kesitsel ve hastane temelli bu çalışma, Mart 2012 ile Haziran 2017 tarihleri arasında Keşmir'de bulunan psikiyatri hastalıkları hastanesinin psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Keşmir Psikiyatrik Hastalıklar Hastanesi tüm bölgelerden

hastalara açıktır. Hastane, ruh sağlığı hizmetleriyle tanınmaktadır ve hastanede psikiyatrlar görev yapmaktadır.

Örneklem Boyutu

Tedavi yolları, bir psikiyatri hastasının bir ruh sağlığı uzmanına (RSU) sevk ile takip ettiği adımlar olarak tanımlanmaktadır. İlgili ruh sağlığı sisteminin fizibilite sorunları göz önünde bulundurularak ve sevk yolları yöntemine ilişkin, (Gupta ve ark. 2021) merkez başına en az 50 katılımcı içeren çalışma deneyimlerinden faydalanılarak toplamda 518 hasta ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir (GPDH ve toplum merkezi, SMHS Hastanesi olmak üzere iki merkez seçilmiştir.)

Örneklem

Kolayda örneklem yöntemi kullanılarak RSU'ya yakın zamanda yönlendirilen ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kişilerle görüşülmüştür. Yakın zamanda yönlendirilen hastalar, Keşmir Psikiyatrik Hastalıklar Hastanesi Psikiyatri Bölümüne ilk defa başvurmuş ve önceki bir yıl içinde ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmamış ruhsal bozukluğu olan genel nüfus olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, Hindistan'ın iki aşamalı sağlık sistemine dâhil olan farklı kuruluşlar arasında gerçekleşen sevk sistemini incelemektir. Bu nedenle, Keşmir Psikiyatrik Hastalıklar Hastanesi Psikiyatri Bölümünün farklı bölümlerinden sevk edilmiş hastalar örnekleme alınmamıştır. Ağır düzeyde akıl hastalığı teşhisi nedeniyle soruları yanıtlandıramayan katılımcılar yerine bu katılımcılara eşlik eden aile fertleri veya akrabalar; 18 yaşının altındaki katılımcılar yerine de bu katılımcıların ebeveynleri görüşmeye alınmıştır.

Çalışma Aracı

Veriler yapılandırılmış anketler ile toplanmıştır. Bu yapılandırılmış anket, DSÖ'nün bakım hizmetlerine erişim yolu çalışmasının metodolojisi ve erişim yolu temas formu takip edilerek diğer bakıp hizmetlerine erişim yolu çalışmalarının kavramlarına uygun olacak şekilde oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan diğer anket ise sosyodemografik ve kişisel özellikleri içermektedir (Gater ve ark. 1991). Toplumsal cinsiyet, yeterlilik, medeni duruma ilişkin temel demografik ve kişisel özellikler bilgi formuna dâhil edilmiştir.

Etik Hususlar

Araştırma protokolü kurumsal inceleme kurulu tarafından onaylanmıştır (KU-2019). Her bir görüşmeden önce katılımcılar bilgilendirilmiş olup, yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veriler bir Microsoft Excel tablosuna girilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler

yüzde olarak özetlenmiştir. İki kategorik değişken arasındaki bağımsız ki-kare testi ile ölçülmüştür. 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 20.0 ile yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 518 hasta katılmıştır. Bu katılımcıların çoğu 31-40 yaşları arasındaki (%35,1) kadınlardır (%68,7) ve bu yaş grubunu %24,3 ile 41-50 yaş grubu takip etmektedir (Tablo 1). Hastalık semptomlarının başlangıcından itibaren deneyimlenen ortalama gecikme ve bir psikiyatriste başvurmak için takip edilen yol Tablo 2'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların çoğu sırasıyla majör depresif bozukluk (MDB) (%26,64), bipolar affektif bozukluk (BAB) (%16,98), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%16,02) ve şizofreni (%14,67) tanısı almıştır. Tutulma (possession) bozukluğunda ortalama hastalık süresinin nispeten daha az olduğu gözlemlenmiştir (5, 6 hafta). BAB, dissosiyasyon bozukluğu, MDB, OKB, panik bozukluk ve şizofreni gibi akıl hastalıklarının ortalama hastalık süresi sırasıyla 6, 12-6, 80 hafta arasında değişmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve fobik bozukluklar gibi hastalıkların ortalama hastalık süresinin sırasıyla 7,33 ve 8,08 hafta ile diğer hastalıklardan nispeten daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Ortalama kat edilen mesafe bağlamında dissosiyasyon bozukluğu, YAB, panik bozukluk ve şizofreni gibi rahatsızlıkları olan hastaların RSU'ya ulaşmak amacıyla 60 km'den fazla yol kat ettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, akıl hastalığı türü ile ortalama hastalık süresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Tanı almış tüm katılımcılara ilişkin açıklamalar, psikiyatriste başvurmadan önce tedavi amacıyla başvurdukları doktorların türü ve uzmanlıklarına yönelik detaylarla beraber Tablo 3'te listelenmektedir. MDB teşhisi konan hastaların çoğu (%26,64) RSU'ya başvurmadan önce bir doktora (%5,79), nöroloğa (%4,05) veya bir şifacıya (%1,73) başvurmuştur. Bu hastaların birçoğu (%2,50) aynı zamanda kesin tanılarını alana kadar kendi kendini tedavi yöntemlerine başvurmuştur. Benzer

Tablo 1. Çalışma Popülasyonunun Yaş ve Cinsiyet Dağılımı (n=518)

Özellik	Alt grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	35	68,72
	Erkek	162	31,27
	15-20	14	2,70
Yaş (yıl)	21-30	151	29,15
	31-40	185	35,17
	41-50	126	24,32
	51-60	38	7,33
	61-70	4	0,77

Tablo 2. Ruhsal Bozukluk Türü ve İlk Başvurudan Ruh Sağlığı Uzmanına (RSU) Kadar Geçen Ortalama Zamanın Dağılımı

Tanı	Hasta Sayısı n (%)	İlk başvuru n (%)	İkinci başvuru n (%)	Üçüncü başvuru n (%)	Dördüncü başvuru n (%)	Beşinci başvuru n (%)	Ortalama Zaman (Ay; Ort.±S.S.)	Ortalama Uzaklık (SS/Km; Ort.±S.S.)	Kareler Toplamı (df)	F p-değeri
Genel ortalama	-	-	-	--	-	-	6,68±1,21	58,31±0,18	25,697 (6)	1 0,649
Fobik bozukluk	12(2,31)	2 (16,6)	7 (58,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	1(8,3)	8,08±0,82	55,00±9,69		
BAB	88(16,9)	32(36,3)	39(44,3)	10(11,3)	4(0,0)	3(0,0)	6,34±0,30	57,59±3,58		
Tutulma (posession) bozukluğu	10(1,9)	1(10,0)	9(90,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5,6±0,90	53,6±10,61		
Dissosiyasyon bozukluğu	40(7,7)	3(7,5)	29(72,5)	3(7,5)	2(5,0)	3(7,5)	6,8±0,45	62,58±5,31		
YAB	12(2,3)	1(8,3)	10(83,3)	0(0,0)	1(8,3)	0(0,0)	7,33±0,82	61,16±9,69		
MDB	138(26,6)	23(16,6)	94(68,1)	5(3,6)	9(3,6)	7(5,0)	6,78±0,24	50,09±2,87		
OKB	83(16,0)	20(24,0)	51(61,4)	9(10,8)	2(2,4)	1(1,2)	6,53±0,31	48,75±3,68		
Panik Bozukluk	59(11,3)	4(6,7)	45(76,2)	1(1,6)	6(10,1)	3(5,0)	6,12±0,37	63,25±3,67		
Şizofreni	76(14,6)	27(35,5)	38(50,0)	5(6,5)	5(6,5)	1(1,3)	6,48±0,33	61,74±3,85		
Toplam	518(100,0)	113(21,8)	322(62,1)	34(6,5)	30(5,7)	19(3,6)	-	-		

BAB= Bipolar affektif bozukluk; MDB=Major depresif bozukluk; OKB= Obsesif kompulsif bozukluk; Ort.= Ortalama, S.S.= Standart Sapma; YAB= Yaygın anksiyete bozukluğu; p<0,05 %95 güven aralığında anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3. Hastalık Özellikleri ve Hastaların Psikiyatrik Tedaviye İlk Başvurdıkları Yerlerin Çapraz Tablosu

Ayrıntılar	Fobik bozukluk	BAB	Tutulma (posession) bozukluğu	Dissosiyatif bozukluk	YAB	MDB	OKB	Panik Bozukluk	Şizofreni	χ^2 (df)	P-değeri	Toplam
Psikiyatrlar	2(1,7)	32(28,3)	1(0,8)	3(2,6)	1(0,8)	23(20,3)	20(17,6)	4(3,5)	27(23,8)	36,606(8)	<0,001*	113(21,8)
Doktor	2 (4,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	25(51,0)	14(28,5)	6(12,2)	2(4,0)	45,560 (8)	<0,001*	49(9,4)
Cerrah	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(20,0)	1	6(40,0)	0(0,0)	23,997(8)	0,002*	15((2,8)
Kardiyolog	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(14,2)	5(14,2)	3(8,5)	7(20,0)	13(37,1)	2(5,7)	74,181(8)	<0,001*	35(6,7)
KBB Uzmanı	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(7,6)	10(76,9)	1(7,6)	0(0,0)	1(7,6)	30,588(8)	<0,001*	13(2,5)
Nörolog	0(0,0)	19(23,4)	0(0,0)	20(24,6)	0(0,0)	21(25,9)	6(7,4)	0(0,0)	15(18,5)	62,909(8)	<0,001*	81(15,6)
Endokrinolog	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	10(71,4)	0(0,0)	4(28,5)	0(0,0)	27,409(8)	<0,001*	14(2,7)
Eczane	2(4,4)	9(20,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	8(17,7)	5(11,1)	9(20,0)	12(26,6)	26,099(8)	<0,001*	45(8,6)
Kendi Kendine Tedavi	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	12(92,3)	0(0,0)	1(7,6)	0(0,0)	32,826(8)	<0,001*	13(2,5)
Allopatik olmayan tedavi	1(5,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(25,0)	5(25,0)	4 (20,0)	5(25,0)	16,776(8)	0,03*	20(3,8)
Gastroenteroloji	5(17,8)	6(21,4)	0(0,0)	0(0,0)	4(14,2)	4(14,2)	5(17,8)	0(0,0)	4(21,2)	102,992(8)	<0,001*	28(5,4)
Göğüs Hastalıkları Uzmanı	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(7,6)	5(38,4)	2(15,3)	5(38,4)	0(0,0)	25,208(8)	<0,001*	13(2,5)
Dini şifacı	0(0,0)	22(27,8)	9 (11,3)	12(15,1)	0(0,0)	9(11,3)	12(15,1)	7(8,8)	8(10,1)	81,778(8)	<0,001*	79(15,2)
Toplam	12(2,3)	88(16,9)	10(1,9)	40(7,7)	12(2,3)	138(26,6)	83(16,0)	59(11,3)	76(14,6)	-	-	518(100)

BAB= Bipolar affektif bozukluk; KBB= kulak burun boğaz; MDB= Majör depresif bozukluk; OKB= Obsesif kompulsif bozukluk; YAB= Yaygın anksiyete bozukluğu; *p<0,05 %95 güven aralığında anlamlı kabul edilmiştir.

şekilde, BAB tanısı konulan hastaların (%16,90) RSU'ya başvurmadan önce dinî şifacıları (%3,47) veya nörologları (%27,02) ziyaret ettiği bulgulanmıştır. Dissosiyasyon bozukluğu olan hastaların da (%7,72) bir RSU'ya danışmadan önce nörologlara (%3,86) veya dinî şifacılara (%2,89) başvurduğu gözlemlenmiştir. Panik bozukluğu olan hastaların (%11,38) öncelikle kardiyologlara (%2,89) başvurduğu görülmüştür. Bu grubu eczacıların rahatsızlıklarına yönelik verdikleri tedavi tavsiyeleri (%2,50) takip etmektedir. Ruhsal bozukluk ile başvuru uzmanlık alanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada Keşmir bölgesinde bulunan ve ruhsal bozukluklardan muzdarip insanların takip ettiği yollara dair bilgiler sunulmaktadır. Bulgular, kamu psikiyatri kuruluşuna başvurmuş ruhsal bozukluklara sahip insanların çoğunun resmî kamu ruh sağlığı hizmet merkezlerinden önce ilk temas noktası olarak psikiyatri dışı tedavi merkezlerine başvurduğunu göstermektedir. Hastaların çoğu başlangıçta diğer psikiyatri dışı hizmet sağlayıcılarına başvurmuş olsa da bulgular, ruhsal bozukluğu olan hastaların sadece küçük bir yüzdesinin (%31,8) tedavi için doğrudan resmî psikiyatri kurumuna başvurduğunu göstermektedir. Bu durum, dünyanın diğer bölgelerinde yapılan benzer çalışmalarla çelişki içerisindedir (Appiah-Poku ve ark. 2004, Ngoma ve ark. 2003). Ruhsal bozukluklar, Hindistan'ın toplam hastalık yükünün %5,6'sını teşkil etmektedir. Hindistan'da ruhsal bozuklukların yalnızca %10'u tedavi edilmektedir (Hashimoto ve ark. 2015). Birinci basamak tedavi hizmetleri Hindistan'ın ulusal ruh sağlığı programı kapsamında sunulmakta olup Hindistan, gelişmekte olan ülkeler arasında toplum temelli ruh sağlığı tedavisi aracılığıyla birinci basamak ruh sağlığı tedavi hizmeti sunan ilk ülkedir (Venkatesh ve ark. 2015). Keşmir'deki ruh sağlığı hizmetleri, Srinagar'daki iki hastaneyle (GMC Srinagar ve SKIMS Hastanesi) sınırlıdır; ancak Ulusal Ruh Sağlığı Planı ve ilçe ruh sağlığı programları, Keşmir'in birçok ilçesinde başlatılmıştır. Hindistan'ın çeşitli bölgelerinde bölgesel ruh sağlığı programı (DMHP) başlatılmıştır. DMHP, Temmuz 2008'de uygulanmaya başlanmıştır (Shoib ve ark. 2021a, Shoib ve ark. 2021b, Shoib ve Arafat 2020).

Eczaneye giden (%8,8) veya kendi iradesiyle ilaç alan (%2,7) hasta sayıları da gözlemlere dâhil edilmiştir. Bu oran, ruh sağlığı hizmetlerinin hâlihazırda sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde gözlemlenen, halk açısından vahim sonuçlar doğuran ve akıl hastalıklarının tedavisi ve teşhisi önünde bir engel oluşturan düşük ruh sağlığı okuryazarlığı ile açıklanabilir (Mushtaq ve Margooob 2006).

Hindistan'da ruh sağlığı hizmetlerinin temini önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Damgalanma, sağlık hizmeti

sunulan birimlerin sayısının düşük olması, sosyoekonomik etmenler, düşük ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı hizmetlerinin temini önündeki başlıca engellerdir. Ruh sağlığına ilişkin damgalama, bu hizmetlerin temini önündeki en büyük engellerden birisidir. Bu bağlamda ruh hastalıklarına ilişkin damgalamanın azaltılmasına yönelik ihtiyaç karşılanamamaktadır. Bu ihtiyacın karşılanması, ruh sağlığı hizmetlerinin teminini iyileştirecektir (Appiah-Poku ve ark. 2004).

Keşmir bölgesinde bulunan ruh sağlığı hizmetleri, kaynak eksiklikleri veya mevcut kaynakların eşitsiz dağılımı nedeniyle herhangi bir ruh sağlığı sorunundan muzdarip insanlar için ideal düzeyde ruh sağlığı hizmeti sağlayacak düzeyde sistematize edilmemiştir. Bu nedenle hastalar, ulaşımda kolaylık ve fiyatta uygunluğu gözeterek erişilebilir yolları tercih etmektedir. Psikiyatri dışı yollara başvuran hastaların oranı (%48,8), uzmana başvuran hastaların oranından daha yüksektir (%31,8). Bu çalışmaya dahil edilen katılımcıların yarısından azının dinî veya geleneksel şifacılar gibi psikiyatri dışı hizmet sağlayıcılara başvurmasına karşın geleneksel ve ruhani şifacıların ruh sağlığı hizmeti alanında ciddi bir yeri olduğu bilinmektedir. Hindistan'ın başkaca bölgelerinde yürütülen çalışmalarda da aynı bulgular gözlemlenmiş olup, dünyanın diğer bölgelerinde de bazı hastaların kamu psikiyatri hastanelerine başvurmadan önce ilk temas noktası olarak dinî şifacılara ve aktarlara başvurduğu yönünde benzer gözlemler yapılmıştır (Girma ve Tesfaye 2011). Bu çalışmada hastaların yalnızca %31,8'inin ilk temas noktası olarak psikiyatrya başvurduğu bulgulanmıştır. Bu bulgu ile düzgün bir ruh sağlığı eğitimine duyulan ihtiyaç gözler önüne serilmekte ve ruh sağlığı bozukluklarına ilişkin damgalamaların azaltılması gerekliliği vurgulanmaktadır.

Ayrıca, ruh sağlığı bozukluğu olan hastaların %17,1'inin ilk teması dinî şifacılar ile olmaktadır. Dinî şifacılara gitme ülke genelinde yaygın olup bu çalışmada bulgularan oran, dinî şifacılara başvurma oranının %30-80 aralığında bulgularandığı öncül çalışmalara da benzerlik göstermektedir. Geleneksel ve dinî şifacılar, gelişmekte olan ülkelerin ruh sağlığı yollarında önemli bir rol oynamaktadır (Jalal ve ark. 2020, Khoso ve ark. 2018). Dinî şifacılar, Keşmir'de uzun bir geçmişe sahiptir. Halk, özellikle tedavi ihtiyaçları için bu şifacılara başvurmaktadır. Pir ve Fakirler, travma geçiren hastaların ilk temas noktalarıdır. Ruh hastalığından muzdarip kişiler genellikle dinî şifacılara başvurur; bu şifacılar, psikiyatri hastalarının %56'sının ruh hastalıklarını hayaletler, kötü ruhlar ve başkaca görünmez güçler ile açıklaması nedeniyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Dinî şifacılar, dua ve ritüeller yoluyla bu şeytani güçleri kontrol altına almalarını sağlayan özel yeteneklere sahiptir (Sethi ve Trivedi 1979, Village ve Revd 2005).

Gelişmekte olan ülkelerde ruh hastalığı hastalarının ruh sağlığı hizmetlerine doğrudan erişimi bulunmaktadır ve aynı protokolün Keşmir'de de uygulandığı görülmektedir. Bu durum, Yıldız ve ark. (2003)'nin de ruh hastalıkları alanında

birincil bakım düzeyinde etkili tanılarının koyulabilmesi için pratisyen hekimlerin eğitimine yönelik olan ihtiyacı vurguladığı çalışmasında da belirtildiği üzere, Hindistan'da birinci düzey sağlık uzmanlarının ruh hastalıklarının teşhis ve tedavisi hususlarında yeterli eğitim almamasıyla daha da güç bir hâl almaktadır. Ayrıca Ayrancı ve Yenilmez (2002), birinci basamakta psikiyatrik bozuklukların teşhis ve tedavi edilme oranlarının düşük olmasına neden olan bazı faktörleri doktorların bu konuda eğitim almalarına rağmen ruhsal bozuklukları yeterince tanınamaları, ruhsal tarama ölçeklerinin kullanılmaması, hastaların hastalıklarının farkında olmamaları ve doktorlara ruhsal semptomları hakkında yetersiz bilgi vermeleri ve psikiyatrik bozuklukların birlikte görülmesi şeklinde sıralamaktadır. Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı (MOHFW) sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerinden sorumlu kuruluştur. Kaynaklar, eyalet sağlık birlikleri aracılığıyla eyaletlere ve bölge sağlık birliklerine dağıtılmaktadır. Hastane ve birinci basamak sağlık hizmetleri için ayrı yönetimler bulunmakta olup hastane hizmetleri sırasıyla Keşmir Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü ile Sağlık ve Tıp Eğitimi Departmanına bağlıdır. Dolayısıyla hastane hizmetlerinden daha sonra uygulamaya konulan birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri, özel sektör tarafından ayrı bir şekilde yönetilmektedir. Özel kuruluşların ruh sağlığı hizmetlerinin teminine olan katkısı, büyük oranda ruhsal hastalıklara yönelik kötü algı sebebiyle az olmuştur. Bu kuruluşlar özel uzmanlık hizmetleri ve yerel sivil toplum kuruluşlarıdır (STK). Uzman, tüketici ve kariyer unsurları içeren birkaç STK geçtiğimiz on yıl içinde kurulmuştur. Sosyal medya platformlarını kullanan birey ve tüketici gruplarının ruh sağlığı alanındaki savunuculuk faaliyetlerinde önemli bir artış olması dikkat çekicidir. Ulusal düzeyde koalisyonların kurulması ve hizmet teminine ilişkin ulusal planlara mümkün olan en yüksek sayıda paydaşın dâhil edilmesine yönelik çabalar yakın geçmişte tekrar gündeme gelmiştir. Diğer devlet kurumlarından, özel sektörden ve STK'lardan alınan hizmetlerin eş güdümünün sağlanması, gelecekte ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanacağı yeni merkezlerin oluşmasına aracı olma potansiyeline sahiptir. Keşmir bölgesinde ruh sağlığı hizmetleri hâlâ büyük oranda ruh sağlığı kuruluşlarıncaya sağlanmaktadır. Desantralizasyon yoluyla ruh sağlığı hizmet kapsamının artırılarak ruh sağlığı hastanelerini aşması; hizmetlerin genel hastanelere taşınması ve birinci basamak sağlık programlarına ruh sağlığı hizmetlerinin de dâhil edilmesi yönünde uzun yıllardır çaba gösterilmektedir. Sistem kapsamında sunulan hizmetler, ruh sağlığı hastaneleri, genel hastaneler ve birinci basamak sağlık hizmetleri/uzmanlık hizmetleri olarak üç düzeyde kategorize edilebilir. Ana odak, söz konusu kaynakları sınırlı çatışma bölgesi olduğundan bu kategoriler içinde tedavi gören hastalara hizmet temini olmuştur. Bununla beraber, ruh sağlığına ilişkin ihtiyaçları farklı düzeylerde olan farklı gruplara dâhil bireylerin ihtiyaçlarının kapsamlı bir şekilde ele alınabilmesi için sağlık teşkilatı bünyesinden ve

dışarıdan eş güdümlü ve kapsamlı ruh sağlığı hizmeti sağlanmasına ihtiyaç vardır. Bu tür bir yapılanma, yeterli düzeyde ruh sağlığı tanıtımı ve ruh hastalıklarını önlemeye yönelik faaliyetler, erken tanıya yönelik hizmetler, yaygın ruh hastalıklarının tedavisi ve ciddi ruh hastalıklarından muzdarip bireylere uygun tedavi ve bakım hizmetlerinin teminini içermelidir. Bu amaç çerçevesinde nüfusun ruh sağlığı hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarının incelenmesi, ilgili hizmetlerin ihtiyaçlara göre ve adil bir şekilde oluşturulabilmesi bakımından önem arz etmektedir.

Bu çalışma ile tedavi amacıyla dinî şifacılar veya başkaca uzmanlara başvuran bireylerin uygun psikiyatrik tedaviyi alana kadar yaşadıkları gecikmeye yönelik bulgular sunulmaktadır. Çalışma, ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesini, ruhsal hastalıklara içkin damgalamanın azaltılmasını, psikiyatrik hastalıklar ve bu hastalıkların yönetimine yönelik bilgi birikiminin artırılmasını ve kaliteli yönetimin teminatını savunmaktadır. Sağlık sisteminin genel olarak gözden geçirilmesine ve ruh sağlığı okuryazarlığını iyileştirmek için yenilikçi programlar geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma tek bir merkezde yapılmıştır ve çalışmada seçim yanlılığı olma ihtimali bulunmaktadır. Çalışmanın kayda değer kısıtlılıklarından birisi de çalışılan hasta sayısının sınırlı olmasıdır. Buna ek olarak çalışmada hastaların takip ettikleri yolun geçmişe dönük bir şekilde sorgulanması nedeniyle hatırlama yanlılığı olabilir.

SONUÇ

Bu çalışma, Hindistan'ın Keşmir bölgesinde psikiyatrik bakım almak için farklı yöntemlerin mevcut olduğunu ortaya koymuştur, bu yöntemler arasında doğrudan bir devlet psikiyatri hastanesine gitmek, psikiyatri alanında uzmanlığı olmayan bir pratisyen hekime gitmek ve inanç temelli ya da geleneksel şifa merkezlerine gitmek yer almaktadır. Dua kampları, geleneksel şifacılar veya genel hastaneler gibi temas noktaları, birçok bireyin ruh sağlığı tedavisi için öncelikli olarak başvurmayı tercih ettiği unsurlardır. Devlet psikiyatri tesisinde bulunan hastaların az sayıda olması, nüfusun eğitime ve nihayetinde Keşmir bölgesinde daha iyi yapılandırılmış bir psikiyatrik tedavi tesisine geçişe yönelik ihtiyaca işaret etmektedir. Keşmir bölgesindeki kamu ruh sağlığı yetkililerinin bu inanç temelli ve geleneksel şifacıların ruh sağlığı hizmetlerine dâhil edilmesi amacıyla finansman sağlamanın ve ruh sağlığı alanında sürekli bakımın bir parçası olarak genel sağlık kuruluşlarında psikiyatri hizmetleri sunmanın önemini tanıması gerekmektedir. Bu çabalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin başlangıçta hangi yolu tercih ettiklerine bakılmaksızın uygun tedaviye ulaşmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Aggarwal AK (2008) Strengthening Health Care System in India : Is Privatization the Only Answer ? *Indian J Community Med* 33: 69–70.
- Appiah-Poku J, Laugharne R, Mensah E ve ark. (2004) Previous help sought by patients presenting to mental health services in Kumasi, Ghana. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 208–11.
- Ayranci U, Yenilmez C (2002) Evaluation of mental health services in primary health care settings in the city centre of Eskişehir. *Türk Psikiyatri Derg* 13: 115–24.
- Gania AM, Ahmad Suhaff A, Ahmad Hakak B ve ark. (2016) Pattern of psychiatric morbidity among referred patients to the department of psychiatry in super speciality hospital of Kashmir. *J Evol Med Dent Sci* 5: 5695–700.
- Garg K, Kumar CN, Chandra PS (2019) Number of psychiatrists in India: Baby steps forward, but a long way to go. *Indian J Psychiatry* 61: 104–5.
- Gater R, de Almeida e Sousa B, Barrientos G ve ark. (1991) The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med* 21: 761–74.
- Girma E, Tesfaye M (2011) Patterns of treatment seeking behavior for mental illnesses in Southwest Ethiopia: a hospital based study. *BMC Psychiatry* 11: 138.
- Gupta AK, Grover S, Thapaliya S ve ark. (2021) Pathways to care and supernatural beliefs among patients with psychotic disorders in Nepal. *Middle East Curr Psychiatry* 28: 61.
- Hashimoto N, Fujisawa D, Giasuddin NA ve ark. (2015) Pathways to mental health care in Bangladesh, India, Japan, Mongolia, and Nepal. *Asia Pac J Public Health* 27: NP1847-57.
- Housen T, Lenglet A, Ariti C ve ark. (2017) Prevalence of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in the Kashmir Valley. *BMJ Glob Health* 2: e000419.
- Mushtaq H, Margooob M (2006) Pir, Faqir and psychotherapist: Their role in psychosocial intervention of Trauma; *JK Practitioner* 13 (Suppl.1): S89.
- Jalal A, Premnath A, Suni MS ve ark. (2020) Delay and treatment factors of psychiatric treatment among patients seeking faith healers. *Kerala J Psychiatry* 33: 42–51.
- Khosro A, Soomro RA, Quraishy AM ve ark. (2018) An insight into frequency and predictors leading psychiatric patients to visit faith healers : A hospital-based cross-sectional survey , Karachi , Pakistan. *Int J Soc Psychiatry* 64: 217–24.
- Ngoma MC, Prince M, Mann A (2003) Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania. *Br J Psychiatry* 183: 349-55.
- Sagar R, Dandona R, Gururaj G ve ark. (2020) The burden of mental disorders across the states of India : the Global Burden of Disease Study 1990 – 2017. *Lancet Psychiatry* 7: 148-61
- Saldanha D (2005) Mental Health: An Indian perspective 1946-2003. *Med J Armed Forces India* 61: 205.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M ve ark. (2007) Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 370: 878-89.
- Sethi BB, Trivedi JK (1979) Socio-demographic variables and manifestation of ill-health of patients who attended traditional healers clinic. *Indian J Psychiatry* 21.
- Shoib S, Arafat SM, Saleem SM (2021) Development of mental health services in Kashmir. *Ind Psychiatry J* 30: 361-3
- Shoib S, Chandradasa M, Saleem SM ve ark. (2021) Psychiatry in Kashmir: a call for action. *Lancet Psychiatry* 8: 1031–2.
- Shoib S, Arafat SM (2020) Mental health in Kashmir: conflict to COVID-19. *Public Health* 187: 65–6.
- Singh Bhandari S, Joseph SJ, Udayasankaran JG ve ark. (2020) Telepsychiatry: A feasible means to bridge the demand–supply gaps in mental health services during and after the COVID-19 pandemic: preliminary experiences from Sikkim state of India. *Indian J Psychol Med* 42: 500–2.
- Venkatesh BT, Andrews T, Mayya SS ve ark. (2015) Perception of stigma toward mental illness in South India. *J Family Med Prim Care* 4: 449–53.
- Village A, Revd T (2005) Dimensions of belief about miraculous healing. *Ment Health Relig Cult* 8: 97–107.
- World Health Organization (2013) Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> [Erişim tarihi: 27 Aralık 2021].
- World Health Organization (2017) Mental Health ATLAS 2017 Member State Report (India) [Internet]. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/IND.pdf?ua=1. 2018 Jan. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAt5euBhB9EiwAdkXWO4oLDC_AhzObVR2m5BC5N5vclaFQsriI8LLbZW1VEELCGZJ3kD3jIRoC-PYQAvD_BwE [[updated 30 August 2021; cited 10/02/2024].
- World Health Organization (2021) Mental health atlas 2020. p. 516. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> [Erişim tarihi: 26 Ocak 2022].
- Yildiz M, Emin Onder M, Tural U ve ark. (2003) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları [General practitioners' attitudes towards psychotic disorders and their treatment in the primary health care system]. *Türk Psikiyatri Derg* 14: 106-15.