

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
DOKTORA YÖN.: Doç. Dr. M. Kemal AKTAN

PSİKIYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN ASTALARIN AİLE YAPISI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

(Doktora Tezi)

İGNELNDİ

REMZİ ÖTO

45954

T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0045954
Tasnif No.	616.89156
	OTO

1984

İ Ç İ N D E K İ L E R

ÖNSÖZ

I- GİRİŞ	1
II- AMAÇ	2-3
III- YÖNTEM	4-5
IV- GENEL BULGULAR.....	6-
a- Psikiyatride Ailenin Önemi.....	7-9
b- Aile Tanımları.....	10-12
c- Ailenin Karakteristik Özellikleri..	12-14
d- Aile Biçimleri	15-17
V- BULGULAR.....	18-40
VI- TARTIŞMA.....	41-52
VII- SONUÇLAR.....	53-56
VIII- ÖZET	57-
IX- KAYNAKLAR.....	58-62

Ekler: 1- Ön Deneme Anketi

2- Araştırma Anketi

TABLÖLAR

<u>TABLO</u> :	<u>SAYFA</u>
1- Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	19
2- Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	20
3- Hastaların aldıkları tanıya Göre Dağılımı.....	20
4- Hastaların Cinsiyete Göre Medeni Durum Dağılımı	21
5- Kontrol grubunun Cinsiyete Göre Medeni Durum Dağılımı.....	21
6- Hastaların Aile Yapısına Göre Dağılımı.....	22
7- Hastaların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	23
8- Hastaların Ebeveynlerinin Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı.....	23
9- Hastaların Anne-Baba Ölümlerine Göre Dağ.....	24
10- Kontrol Grubunun Anne-Baba Ölümlerine Göre Dağılımı.....	24
11- Akraba Evliliği yapan Hastaların Dağılımı.....	25
12- Akraba Evliliği Yapan Hasta Ebeveynlerinin Dağılımı.....	25
13- Hastaların Doğum Yerlerine Göre Dağılımı.....	26
14- Hastaların Anne-Babalarının Doğum Yerlerine Göre Dağılımı.....	27
15- Hastaların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı...	28
16- Hastaların Göç Durumlarına Göre Dağılımı.....	28
17- Ebeveynlerin Göç Durumlarına Göre Dağılımı....	29
18- Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı..	29
19- Hastaların Ebeveynlerinin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.....	30
20- Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı.....	31

21- Hastaların Ebeveynlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	32
22- Hastaların Meslekleri ile Babalarının Mesleklerinin Karşılaştırılması/Erkek Hastalar için	32
23- Hastaların Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı...	33
24- Hastaların Ebeveynlerinin Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı.....	34
25- Hastaların Evlerinin Oda Sayısına Göre Dağı.	35
26- Ailesinde Benzer Hastalık Olan Hastaların Dağılımı.....	36
27- Hastaların Anne-Babalarının Kişilik Yapısı...	36
28- Psikiyatrik Tedavi Gören Anne-Babaların Dağı..	37
29- Hastaların Dinsel Tutumlarına Göre Dağı.....	38
30- Hastaların Ebeveynlerinin Dinsel Tutumlarına Göre Dağılımı.....	38
31- Tedavi Ediciliği Açısından Türbe ve Hocaya İnanç Dağılımı.....	39
32- Tedavi İçin Türbe ve Hocaya Başvuru Dağıl.....	40
33- Hastaların Hastalık Süresine Göre Dağılımı...	40

ÖNSÖZ

Ruh Hastalıkları, bugün gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde başta gelen toplum sağlığı konusu olmuştur. Hastalığın genellikle genç yasta başlaması ve uygun tedaviye alınmadığında aileye ve topluma sosyal-ekonomik yük oluşturmaları hastalığın önemini daha da arttırmaktadır.

Bu çalışmada hastaların bazı sosyal, ekonomik ve kültürel özellikleri saptanarak, olabilecek ruh sağlığı planlaması ve örgütlenmesine katkıda bulunmak istenmiştir.

Bu çalışmayı yöneten, planlaması ve yürütülmesinde bana rehberlik eden, Hocam Sayın Doç.Dr.M.Kemal AKTAN'a, değerli eleştirilerinden yararlandığım Sayın Y.Doçent Nuran ELMACI'ya, İstatistik analizlerin yapılmasında yardımlarını gördüğüm Bio-İstatistik Ar.Gör.Yusuf ÇELİK'e teşekkür ederim.

Diyarbakır, Ocak, 1984

Remzi OTO

GİRİŞ

Kişi çevresiyle bir bütündür. Sosyal, fizik ve biyolojik olarak tanımladığımız bu çevredeki tüm özellikler ve süreç içinde tüm değişiklikler bireyi farklı düzeyde etkiler. Bireyin sağlığı da bu bio-psiko-sosyal alan içinde değerlendirilmesi gereken bir özelliğidir.

Hastalıkları, birey merkezli etmenler olarak görmek gerekir. Hastalıkların oluşumunda, biyolojik etkenlerin yanında sosyal etkenlerin de önemli rolleri vardır. Biyolojik etkenler gerçekte sosyal etkenlerin sonucu da olabilir.(17) Yalnız hastalığın oluşumunda değil, tedavisi ve prognozunda da ailenin ve yakın çevresinin büyük etkisi vardır. Bu nedenle çevresel etkenlerin düzeltilmediği durumlarda bireyin tedavisi yalnızca geçici olarak sağlanabilir. Çünkü varolan bozuk çevresel etkenler, bireyin sağlığını tekrar tekrar yitirmesine neden olurlar.

Dünya sağlık örgütü Sağlığı "Sadece hastalık ve sakatlığın bulunmadığı durumlar değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal denge halinde olması" olarak tanımlamaktadır. Günümüz sağlık hizmetlerinde, bu bütüncü yaklaşım benimsenmektedir. Bu bütüncü yaklaşım içinde, hastanın bazı sosyal faktörlerle, (Eğitim, meslek, medeni durum vb) durumunun saptanması zorunlu olmaktadır.

AMAÇ

Hastaneye tedavi amacıyla yatmış hastalar, çeşitli sosyal kesimlerden gelmektedir. Hastaların içinde bulundukları sosyal kesimlerin, hastalıkla ilgili tutumları da farklıdır.

Ruh sağlığının bozulmasının birçok nedeni vardır. Sosyo-ekonomik nedenler de hastalığın ortaya çıkışında, tipinde, tedavisinde ve prognozunda etkilidir. Psikiyatrik hastanın ve anne babasının -ebeveynlerinin- çeşitli sosyal etkenlerle tanınması, yalnızca hastaların erkenden tanınması ve tedavi edilmesi açısından değil, hastaneden sonraki döneminde izlenmesi açısından da önemlidir. (5,46,32)

Ruh sağlığı diğer sosyal bilimlerle (Sosyoloji, pedagoji, sosyal Psikoloji, sosyal antropoloji vb.) de yakından ilgilidir. Bu dallarda yapılan bilimsel çalışmalar, Ruh sağlığının korunmasında ve tedavisinde işbirliğini arttırmaktadır. Günümüzde Psikiyatrik tedavi, farklı mesleklerden oluşan bir "Psikiyatrik ekip" tarafından yürütülmektedir.

Kliniğimiz bölgemizde bulunan yaklaşık 14 kentte çağdaş anlamda psikiyatrik tedavi sunan, bölgedeki tek klinikdir. Sunulan hizmetin, klinikle sınırlı olmaması ve koruyucu hizmetleri geliştirebilmesi ancak yatan hastaların tanınmasıyla olanaklıdır. Bu çalışma, bu amaçla yapılmıştır. Betimleyici bir çalışmadır. Psikiyatrik has-

tanın ve aile yapısının bazı sosyal etkenlerle saptanması amaçlanmıştır. Psikiyatrik hastanın aile yapısının diğer hastaların aile yapısından farklı olabileceği düşünülerek, diğer kliniklerde yatan hastalara da aynı anket formu uygulanmıştır.

YÖNTEM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde Kasım 1982 -~~31~~Ekim 1983 tarihleri arasındaki bir yıllık süre içinde yatarak tedavi görmüş 113 hastanın aile yapısının saptanması amacıyla yapılmıştır. Araştırma kontrol gurubuyla karşılaştırılmalı, betimleyici bir araştırmadır.

Bilindiği gibi betimleyici araştırmalar, sağlık hizmetlerinin planlanması, hastalıkların sınıflandırılması ve hastalıkların doğal gidişinin tanımlanması ile ilgili bilgiler vermesi yönünden değerlidir. Hastalıkların etiyolojisine yönelik soruşturmalardan ortaya çıkan sonuçlar, bazan yeni hipotezler kurma ve bunları incelemeyi sağlayabilirler.(8)

Araştırmaya, ekler bölümünde (ek:1) verilen ön deneme anketiyle başlandı. 25 hasta üzerinde yapılan bu pilot çalışmadan sonra anketin bazı bölümleri çıkarılıp, yeni bazı bölümler eklenerek anket formu son biçimini aldı.(ek:2)

Anket formu toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Düşey sütunların başında yer alan aile üyelerinin (Anne, baba, hasta ve eş) hepsine yönelik bu sorularla, her üyenin araştırılan özellikleri ilgili kutuya kaydedildi.

Araştırmaya alınan hastalar tesadüfi örnekleme sonucu seçilmişlerdir. Kontrol gurubu olarak diğer kliniklerde yatan (Kadın-Doğum, Nöroşirürji, Çocuk ve Nöro-

loji hariç) 100 hasta seçilmiştir.

Hastaların kendisine, annesine, babasına ya da aileyi bilen en yakın kişiyle konuşularak anket formu dolduruldu. Değerlendirme sırasında hastalara uygulanan anket formlarından 7'si ve kontrol gurubuna uygulanan formlardan 18'i yeterli bilgi içermediğinden değerlendirmeye alınmadı.

113 hasta ve 82 kişilik kontrol gurubuna uygulanan anket formundaki bilgiler kodlanarak, sonuçların genel dökümü yapıldı. İstatistik analizlerde iki oran arasındaki farklılığın önemliliğini analiz etmek için Student's T testi kullanıldı. Diğer istatistik analizler için Khi-Kare analizi ile çözüm yapıldı. Genel döküm literatürdeki bilgilerle karşılaştırılarak araştırma raporu yazıldı.

GENEL BİLGİLER

Ruh hastalıklarının nedenleri, sürekli araştırılmaktadır. Bugün de bu konuda bir görüş birliği yoktur. Genel olarak kabul edilen, hastalığın birçok nedeni olabileceğidir. Bu nedenleri bio-psiko-sosyal nedenler olarak bir başlık altında toplayabiliriz.

Organizmada, üzerinde ruh hastalıklarının gelişebileceği uygun bir ortam meydana getiren etkenlere "Ortam Hazırlayıcı-Predispozan" etkenler ve uygun kişilik ortamı üzerinde hastalığın ortaya çıkmasına neden olan stres durumları da "Ortaya çıkarıcı-Presipitan" etkenlerdir. Ortam hazırlayıcı ve ortaya çıkarıcı etkenler her kişide farklı etkiler yaparlar. Biri için ortam hazırlayıcı etken olan, bir diğeri için ortaya çıkarıcı etken olabilir.(13)

Ailenin ortam hazırlayıcı etkisi yanında, tedavi sürecinde de önemi vardır. Bu nedenle aile ve çevresinin iyi tanınması zorunludur. Hastalığın nedeni olarak görülen bozuk aile içi ilişkiler, ekonomik yoksunluk, işsizlik vb. sorunlar düzeltilmedikçe, hastanın tedavisi de uzayacaktır.

PSIKIYATRİDE AİLENİN ÖNEMİ

İnsanın yaşamında, hemen hemen belirleyici bir rolü olan aile, Psikiyatrik hastalıklarla ve tedavisiyle de yakından ilgilidir. Birincisi, hastalığa ortam hazırlayıcı etken olarak, ikincisi hastalığın tedavisinde hastaya ve hastalığına takınacağı tutum açısından önemlidir.

İnsan, nerede yaşarsa yaşasın, çeşitli elemanları ile tabiatı oluşturan "fizik çevre" ve "sosyal çevre"nin oluşturduğu Psiko-sosyal alanda yaşamını sürdürür. Bu alan kişinin ruh sağlığını en başta etkiler.(2)

Aileler fonksiyonları gereği, gerek ilk çocuklukta-sosyalleşme sürecinde-gerekse ileriki yaşlarda kişilik oluşumunda önemli etkilere sahiptir. Aile geçimsizlikleri, işsizlik, yanlış tutumlar, olumsuz yaşantılar, göçler vb. birçok etken kişinin ruhsal dengesini yavaş yavaş bozar. Ruh hastalarının ailesinde yapılan araştırmalarda, hastaların anne babasında da hastalarinkine benzeyen anomaliler saptanmıştır.(2,3,7) Bir başka araştırmanın sonuçlarında Toksikomanların yarısının parçalanmış ailelerden geldiği görülmüştür.(33)

Sosyo-ekonomik durumun çocuğun toplumsal gelişimi üzerine yaptığı etkiyi araştıran bir çalışmanın sonuçlarında yoksul çevrelerden gelen çocukların tutumlarında , daha saldırgan ve cezalandırıcı oldukları, suç işlemeye karşı daha eğilimli oldukları görülmüştür.(25) Aynı

karşılaştırmada bu ailelerin eğitim konusundaki tutumları da araştırılmıştır. Üst tabakalarda yer alanlar çocuklarının okula gitmesi konusunda daha kesin kararlı görünmüşlerdir.

Sevgi ve saygıya dayalı, sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip anne ve babadan oluşan ve bunun yanı sıra eğitim, meslek ve kültürel yönden çevresiyle uyum içinde olan ailelerden gelen çocukların, diğer etkenler dışlanırsa, sağlıklı bir ruhsal yapıya sahip olacakları söylenebilir.(2,15,45)

Ülkemizde ruhsal yapısı bozulmuş olanlara yönelik bir ruh sağlığı politikası oluşturulmamıştır.(4,10) Bu nedenle hastaların tedavi olma şansları, sınırlı kapasiteyle çalışan bölge hastaneleri ve üniversite kliniklerinde yine sınırlı olanaklarla gerçekleşmektedir.

Ülkemizde Psikiyatrik kurumların yatak kapasitesi gereksinimin çok altındadır.(10,32,42,43) Diğer gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde hastanelerin toplam yatak sayısının yarısı Psikiyatrik hastalara ayrılırken Türkiye'de bu oran 1/9'a düşmektedir.(43) Birçok hasta erken ve yeterli düzeyde tedaviye alınmadığı için, hastalıkları kronikleşerek, aileye ve topluma yük olmaktadır.(32)

Bu koşullarda Ruh Sağlığı çalışmaları içinde aileye de görevler düşmektedir. Ailenin Ruh sağlığı ko-

nusunda aydınlatılması hastanede bir süre tedavi görmüş hastanın iyileşmesi için yeni bir seçeneğin devreye girmesi demektir.

AİLE TANIMLARI

Aile kavramı ile ilgili tanımlar toplumdan topluma değişmektedir. Ayrıca çeşitli bilim dalları da kendi alanlarına uygun tanımlar geliştirmeye çalışmışlardır. Bu bakımdan aile ile ilgili bir kavram kargaşasından sözedilebilir. Bu kargaşalık ailenin doğuşu, şekillenışı ve gerekli olup olmaması konusunda da vardır. (23,20,41)

Aile kişinin hayatla ilişkisinin başladığı, ilk guruptur. Ancak ailenin bir birlik mi, grup mu yoksa örgüt mü olduğu konusunda çeşitli yaklaşımlar vardır.(23)

Amerikalı sosyal bilimci Malinowski'ye göre aile, evlilik, kan akrabalık ve evlat edinme yoluyla birbirine bağlanmış ve birbiri ile ailevi rollerine göre ilişki kurmuş iki ya da daha fazla sayıdaki bireyin oluşturduğu bir gruptur. MacIver ve Pagev'e göre "sex ilişkilerine dayalı, çocuk sahibi olma ve bu çocukları yetiştirme özellikleri gösteren bir grup, Nimkoff'a göre "karı ve koca, çocuklardan veya yalnızca karı-kocadan kurulu, az veya çok devamlılık gösteren bir birlik", Sumner ve Keller'e göre "enaz iki neslin bir arada bulunduğu, kan bağıyla karakterize edilen küçük bir sosyal örgüttür.(23)

İster grup, ister örgüt'ya da birlik olarak tanımlansın, Aile "anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan

oluşan ayrı bir sosyal birim özelliğini bütün toplum-
larda göstermektedir. Bu açıdan ailenin evrenselliği
konusunda, kesin bir yargıya varabiliriz.

Ailenin, evrenselliği dışında en önemli özelliği
kendini saran toplumdaki maddi ve manevi sınırlarla ay-
rılmış olmasıdır. Ancak bu ifadeyle ailenin daha geniş
toplumla ilişkileri bulunmayan, kapalı bir sosyal büt-
tün olduğu anlaşılmamalıdır. (20,41) Tersine aile, içinde
bulunduğu toplum tarafından biçimlendirilerek, toplumla
bütünleşmesi sağlanan, "en küçük yapı taşıdır". Aile de
kişinin toplumla bütünleşmesinin tohumlarının atıldığı
ilk ve en küçük sosyal ünedir. Sosyalleşme süreciyle
kişinin içgüdüleri, toplumdaki hakim değer yargıları ve
davranış kalıpları içine yerleştirilir.

Böylece çocuk kişilik oluşumunda bir takım yete-
nekler, alışkanlıklar, tutumlar ve tepkiler geliştirerek
yetişkinlikte aile içinde ve dışında oynayacağı rollere
hazırlanır. (20) Bu durum ailenin kurumsal özelliğinden-
dir. Kurum, insanların organize ettiği ve insan ihtiya-
yaçlarına cevap veren ve onları yöneten bir sosyal ya-
pı ve mekanizmadır. (12) Ward, toplumsal kurumu "toplum-
sal enerjinin kullanılmasında ve kontrolünde başvurulan
bir araç olarak tanımlamaktadır. Ailede insanı biçim-
lendiren "sosyal-moral bir kurum olarak insanın doğu-
mundan ölümüne kadar geçen tüm yaşamını etkiler. (32)

İnsan için bu ilk çevre, toplum içinde yaşama ve belirli bir yere, insan grubuna ait olma psiko-sosyal ihtiyacının da doyurma kaynağıdır. Bu ilk çevrede bulunanların başında anne, baba, kardeşler ve diğer yakınları onların içinde yaşadığı odalar, çevrenin kendine özgü yoğunluğu, güven ve destek verme özelliği vardır. Sonuçta, Aile için genel bir tanım vermek gerekirse, Aile anne, baba, çocuklar ve tarafların kan akrabalarından oluşan ekonomik ve toplumsal bir kurumdur.

AİLENİN KAREKTERİSTİK ÖZELLİKLERİ

Aile toplumsal yapıdan ve bu yapıda meydana gelen değişikliklerden en çok etkilenen kurumların başında gelir. Yaşamın birçok alanında (Aile, ekonomi, hukuk vb.) değişme çeşitli yoğunlukta ve hızda her zaman vardır. Değişme hızı her bir alanda farklı olabildiği gibi birindeki değişiklik diğerlerinin de çeşitli biçimlerde etkilemektedir. Kurumlar arası yoğun ve sürekli etkileşim her zaman söz konusudur. (26,30,41)

Ancak değişme hangi yönde ve hangi nedene dayanırılırsa dayandırılınsın, ailenin bazı fonksiyonlarının değişmediği ve karakteristik özelliklerinin sürekli olacağı görülmektedir. Parsons'a göre bozulmamış ailenin temel karakter ve fonksiyon özellikleri şöyle sıralanabilir: Kuşaklar arasında kültürün verdiği rol sınırlarının korunması, anne, baba ve çocuklar arasında

ilişkinin cinsellikten arınması, neslin sürekliliği yanında, kendi üyelerinin sosyalizasyonu ve onları yöneltmenin sağlanmasıdır.(23)

Ailenin karakteristik özellikleri ve fonksiyonları 7 ana grup altında toplanarak incelenmiştir.(23,21)

1- Aile evrenseldir. Bütün sosyal kurumlar içinde en çok evrensellik özelliğini gösteren kurumdur. Her toplumda ve sosyal değişimin her döneminde görülür. Her insan bir ailenin üyesidir.

2- Aile duygusal bir temele dayanır. Aile, kökleri organik yapımızda olan, karmaşık duygularla temellenmiştir. Bunlar; nesli sürdürme isteği, annelik, babalık duygularıdır. Bu duygular "romantik sevgi ve eşlerin şefkat duygularından, ekonomik güvenliğe kadar yükselir". Toplumsal ilişkiler sonucu beliren ve birbirine bağlı ikincil duygularla kuvvetlenmektedir. Örneğin; yemek yeme, günlük olarak kalori almanın ötesinde aile yaşamının duygusal değer taşıyan bir yönüdür. Böylece ailede, grup olarak biraraya gelme ve günlük sorunların gerginliğinden kurtulma rolünü üstlenir.

3- Aile biçimlendirme özelliğine sahiptir. Çocukun kişilik yapısı aile içinde gelişir. Aile üyeleri bireyin hem davranışsal, hem de zihinsel alışkanlıklar edinmesini sağlar. Bireydeki ilk sosyalleşme olayı ailede oluşur. Aile, bu özelliği nedeniyle "ikinci doğumu" sağlayan, sosyal organizasyonun embriyonu, anne ve

baba da bu embriyonun gametleridir denmektedir.

4- Ailenin kapsamı sınırlıdır. Biçimlenmiş sosyal yapının en küçüğüdür. Farklı toplumlarda ve farklı gelişme düzeylerinde her zaman sınırlı bir büyüklüğe sahiptir. Ya, iki kuşağın birlikte yaşadığı çekirdek aile, ya da ikiden çok kuşağın birlikte olduğu geniş biçiminde sınırlanır.

5- Aile üyelerinin sorumlulukları vardır. Aile üyelerinden sürekli ve çok sayıda isteklerde bulunur. Her aile son amaç olarak çocuğunun yetişkin, olgun bir birey olarak toplum içinde yer almasını ister. Bunun gerçekleşmesi, ailenin bireylerinin çocuğu buna adım adım yaklaştırması ile olur. Aile, üyelerine, rollerine uygun sorumluluklar verir. Üyeler, rolleri (anne, baba, abla, kardeş vb.) değiştikçe, yeni sorumluluklarla karşılaşır- lar. Sorumluluklar yaşam boyu değişerek sürer.

6- Aile sosyal kurallarla çevrilidir. İçinde bulunduğu toplumsal yapının bir parçasıdır. Örneğin evlilik kurumu kesin geleneksel ve yasal kurallarla çevrili bir birliktir. Bu birliğin bozulması da, yine bazı geleneksel ve yasal kurallar sonucu olur.

7- Aile sürekli ve aynı zamanda geçici bir doğaya sahiptir. Aile toplumsal yapıdaki değişmeden en hızlı etkilenen kurumdur. Endüstrileşme ile geleneksel geniş aileden çekirdek aileye bir dönüşüm olmuş, aile büyüklüğü küçülmüştür. İşsizlik, göç vb. toplumsal zor

koşullarında ailelerde boşanmaların artması ailenin geçici doğasına örnektir. Ama toplumsal bütün içinde, aile, her iki koşulda da kurum olarak sürekliliğini korumuştur.

AİLE BİÇİMLERİ

Aile en ilkel toplumdaki, en modernine bütün toplumlarda vardır. İnsanların tümü bir aile birimi içinde doğmuş, yaşamış ya da yaşamını sürdürmektedir. Ancak ailenin biçimi hem toplumdaki topluma ve hem de farklı zaman boyutlarında değişebilmektedir. Değişen aile yapısının yüklendiği fonksiyonlarda süreç içinde farklılaşarak, aile içi ilişkileri yeniden biçimlendirmektedir.

Aile en yalın biçimiyle karı, koca ve çocuklardan oluşur. Ancak çeşitli ölçütlere göre aile sınıflamaları yapılmıştır. Bu sınıflamalarda bazan otorite, çevre akrabalık ve mülkiyet ilişkilerine, bazan hane halkı kompozisyonuna, bazan yerleşim yerine öncelik verilmiştir. Bir başka yaklaşım da ailenin toplumla kurduğu fonksiyonel bağlara göre yapılmıştır. Sınıflama aşağıdaki gibi yapılabilir.

1- Otorite örüntüsüne göre,

A- Ana ailesi

B- Baba ailesi

- a- Baba ailesi
- b- Bölünmez asaba Ailesi
- c- Ataerkil Aile

2- Hane Halkı ölçütüne göre,

- A- Büyük aile
 - a- Birleşik aile
 - b- Kök aile
- B- Küçük aile

3- Yerleşim yerine göre,

- A- Kırsal Aile
- B- Kentsel Aile
- C- Gecekondu Ailesi

4- Yapısal-Fonksiyonel yaklaşıma göre,

- A- Geniş Aile
- B- Çekirdek Aile

Farklı aile biçimleri toplumsal yapının bir ürünü olarak ortaya çıkarlar. Aile de bir toplumsal kurum olarak belirli tutum, davranış ve ilişkileri geliştirir. Bu yaklaşımla yapısal-fonksiyonel görüş aileyi; belirli görevleri yerine getiren, üyelerin belirli görevlerinin aile içi rol ve statüleri yaratarak aile yapısını şekillendirdiği ve bu yapının topluma fonksiyonel bağlarla bağlı olduğunu açıklamaya çalışır. Bu yaklaşım içinde Geniş aileyi, mutlak baba otoritesinin olduğu, birden çok kuşağın birlikte yaşadığı bir aile tipi olarak belirler.

Çekirdek aileyi, bütün diğer akrabalık gruplarının ve aile tiplerinin nüvesi olarak tanımlar. Bu aile tipi; karı, koca ve evlenmemiş çocuklardan oluşmaktadır. Ana-baba ailesinin çekirdek aile üzerindeki etkisi azdır. Ailenin birçok görevinide diğer toplumsal kurumlar üstlenmiş olduğundan çekirdek ailenin görevleride Biyolojik, sosyalleşme ve duygusal görevlerle sınırlandırılmıştır.(41) Ancak toplumsal değişimin aile yapısını hızla etkilemesi sonucu, bugün; saf, özellikleri sınırlandırılmış bir aile yapısıyla karşılaşmak olanaklı değildir. Bu nedenle bu araştırmada aile biçimleri ailede bulunan kuşak sayısına göre yapılmıştır.

BULGULAR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde 1.11.1982 ve 31.10.1983 tarihleri arasındaki 1 yıllık sürede, klinikte yatan 113 hasta ile diğer kliniklerde yatan ve kontrol grubu olarak alınan 82 (Psikiyatrik tanı almamış) hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Hastaların yaş ortalaması 24.2, kontrol grubun yaş ortalaması 28.3 yıldır.

Hastaların % 24.77'si Köy, % 45'i ilçe, % 47.78'i kentsel yerleşim merkezlerinden gelmektedir. Toplam 113 hastanın % 57.52'si Erkek, % 42.48'i Kadındır. Erkek hastaların % 46.15'i, kadın hastaların % 52.30'u evlidir. Evli hastaların % 40'ı Geniş aile yapısı, %59.19'u Çekirdek aile yapısı içinde yaşamaktadır.

Öğrenim durumu açısından yapılan dağılımda, hastaların % 38.05'i okula hiç gitmemiş, % 24.79'u ilkokul, % 30.97'si Ortaöğretim mezunudur. Yüksekokul mezunu hastaların oranı % 6.19 olarak saptanmıştır.

Yukarıdaki göstergelere göre kontrol grubunun dağılımı da aşağıdaki gibidir;

Kontrol grubunun %19.52'si Köy, % 21.95'i İlçe ve % 58.53'ü kentsel yerleşim merkezlerinden gelmektedir. 82 kişilik kontrol grubunun % 59.87'si Erkek, %40.23'ü kadındır. Kontrol grubunda evli olanların % 60.42'sini Erkek, %39.58'ini kadınlar oluşturmaktadır.

Öğrenim durumu açısından yapılan dağılımda kontrol grubunda; okula hiç gitmemişlerin oranı % 37.80, ilkokul mezunu % 25.64, Orta öğretim mezunu % 30.47, Yükseköğretim mezunu % 6.09 olarak bulunmuştur.

Yaş Grubu	Sayı	%
6-15 yaş	3	2.65
16-25 yaş	61	53.98
26-35 yaş	35	30.97
36- yaş	14	12.40
TOPLAM	113	100

Tablo-1: Hastaların bulundukları Yaş grubuna göre Dağılımı.

Hastaların bulundukları yaş grubuna göre dağılımı Tablo-1 de verilmektedir. Tablodan da görüldüğü gibi hastalar çoğunlukla 16-25 yaş grubunda toplanmıştır. (%53.98), 6-15 yaş grubunda 3 hasta (%2.65), 26-35 yaş grubunda 35 hasta (%30.97) ve 36 yaşından yukarı yaş grubunda 14 hasta (%12.40) saptanmıştır. Hastaların 96'sı (%84.9) 16-35 yaş grubunda en büyük oranı oluşturmuştur.

Tablo-2 de hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı verilmektedir. Kadınların erkeklere oranla daha az oluşları klinikte erkek hastalara ayrılan yatak sayısının fazla oluşundandır.

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	65	57.52
Kadın	48	42.48
Toplam	113	100

Tablo-2: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı.

Kliniğimizde daha çok Psikotik hastalar yatırılmaktadır(%61.94). Nöroz tanısı almış hastalar toplam 113 hastanın % 20.35'ini oluşturmaktadır. Tablo-3 de de görüldüğü gibi yatırılarak tedaviye alınmış olan nörozlarını çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır (%73.92). Psikoz tanısı almış hastaların % 61'i Erkek, %38,57'si kadın, nöroz tanısı almış hastaların %26.08'i erkek, %73.92'sini kadın hastalar oluşturmaktadır. Nöroz ve psikoz tanısı almış hastalar yatan hastaların %82.30 unu oluşturmaktadır.

TANI	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Psikoz	43	61.43	27	38.57	70	100.0
Nöroz	6	26.08	17	73.92	23	100.0
Kar.Boz.	7	87.05	1	12.5	8	100.0
Oligofren	2	66.66	1	33.44	3	100.0
O.B.S	7	77.77	2	22.33	9	100.0
TOPLAM	65	57.52	48	42.48	113	100.0

Tablo-3: Hastaların aldıkları Tanı açısından Dağılımı.

Cinsiyete göre medeni durum dağılımı Tablo-4 de verilmektedir. Kişinin evli yada bekar oluşu, kişide sorumlulukları ve beklentileri açısından büyük farklılıklar yaratır. Hastalarımızın % 56.63'ü bekardır.

Medeni Durum	Erkek		Kadın		Toplam	
	sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	30	46.15	18	37.5	48	42.47
Bekar	34	52.30	30	62.5	64	56.63
Boşanmış	1	1.55	-	-	1	0.90
TOPLAM	65	100.0	48	100.0	113	100.0

Tablo-4: Hastaların Cinsiyete göre medeni durum dağılımı

Hastalarda evlilik oranı % 42.47 dir. Evlilerin % 62.50'i erkek, % 37.5'i kadındır. Boşanma oranı yok denecek kadar azdır(0.90). Kadınlarda bekar oranı erkeklere nazaran daha yüksek bulunmuştur (%62,5).

Tablo-5 de kontrol grubunun medeni durumu görülmektedir. Kontrol grubunun %58.53'ü erkek, % 41.47'i kadınlardan oluşmaktadır.

Medeni Durum	Erkek		Kadın		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	Sayı	%
EVLİ	29	60.42	22	64.70	51	62.19
BEKAR	19	39.58	12	35.30	31	37.81
TOPLAM	48	100.0	34	100.0	82	100.0

Tablo-5: Kontrol grubunun Cinsiyetine göre medeni durum dağılımı.

Erkeklerin % 60.42'si, kadınların % 64.70'i evlidir. Hastalarda bekarların çoğunluğu oluşturmalarına karşın, kontrol grubunda evliler çoğunluğu oluşturmaktadır. Ayrıca kadınlarda evlilik oranı evli erkeklerden yüksek bulunmuştur(%64.70). Cinsiyete göre medeni durum dağılımında hastalarla kontrol grubu arasında yapılan istatistiksel analizde fark anlamlı bulunmuştur. ($t_{2,814}$, $SD=193$, $P<0,01$).

Tablo-6 da hastaların ve kontrol grubunun aile yapısı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirilmede anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Aile biçimi	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Geniş Aile	20	40.81	19	37.25
Çekirdek Aile	28	59.19	32	62.75
TOPLAM	48	100.0	51	100.0

$\chi^2=0.133$

$SD=2$

$P>0,05$

Tablo-6: Hastaların oluşturduğu aile biçimi.

Evli hastaların çocuk sayısına göre dağılımı tablo-7 de verilmektedir. Hastalar çocuk sayısı açısından kontrol grubundan daha az sayıda çocuğa sahip bulunmaktadır. Hastaların % 51'inin 1-2 çocuğu bulunurken, kontrol grubunda bu oran % 33.33'e düşmektedir. 5-6 çocuk açısından kontrol grubunun oranı % 29.42 iken hastalarda bu oran % 14.58'e düşmektedir.

Çocuk sayıları açısından ebeveynlerde aynı farklılık görülmemektedir. Gerek hastanın ebeveyninde ve gerekse kontrol grubu ebeveynlerinde 5-6 çocuğu bulunanlar çoğunluğu oluşturmaktadır (%32.74 ve %40.24).

ÇOCUK SAYISI	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Çocuksuz	3	6.25	-	-
1-2 Çocuk	25	52.08	17	33.33
3-4 Çocuk	13	27.09	19	37.25
5-6 Çocuk	7	14.58	15	29.42
TOPLAM	48	100.0	51	100.0

Tablo-7: Hastaların Çocuk sayıları açısından dağılımı.

ÇOCUK SAYISI	H.Ebeveyni		K.Gr.Ebeveyni	
	Sayı	%	Sayı	%
1-2 Çocuk	30	26.54	12	14.63
3-4 Çocuk	22	19.46	15	18.29
5-6 Çocuk	37	32.77	33	40.26
7-	24	21.23	22	26.82
Toplam	113	100.0	82	100.0

Tablo-8: Hastaların ebeveynlerinin çocuk sayısına göre Dağılımı.

Araştırmamızda da hastalarda anne, baba kaybının özellikle hastalar 0-20 yaş grubunda iken yoğunlaştığı görülmektedir (%73.46). Kontrol grubunda ise anne, baba kaybı, 21-30 yaş grubunda diğer yaş gruplarından daha yoğun görülmektedir (% 58).

YAŞ GRUBU	ANNE		BABA		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-10 Yaş	6	28.57	12	42.85	18	36.73
11-20 Yaş	9	42.86	9	32.15	18	36.73
21-30 Yaş	6	28.57	7	25.0	13	26.54
TOPLAM	21	100.0	28	100.0	49	100.0

$$\chi^2 = 10.286 \quad SD=2 \quad P < 0.01$$

Tablo-9: Hastalarda Anne-Baba ölümünün Dağılımı.

Toplam 113 hastadan 49'u annesini ya da babasını 0-30 yaşlarda iken kaybettiği (%43.36) saptanmıştır. Kontrol grubunda ise anne ya da babasını kaybedenlerin oranı % 60'dır. Ancak kontrol grubunda anne-baba ölümlü çoğunlukla, hastalar (58.0) ergenlik dönemini geride bıraktıkları bir yaş grubunda olmaktadır.

YAŞ GRUBU	ANNE		BABA		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-10 Yaş	5	27.77	7	21.87	12	24.0
11-20 Yaş	3	16.66	6	18.75	9	18.0
21-30 Yaş	10	55.57	19	59.37	29	58.0
TOPLAM	18	100.0	32	100.0	50	100.0

Tablo-10: Kontrol grubunda anne-baba ölümünün dağılımı.

Hastalarda ve kontrol grubunda anne-baba ölümleri arasındaki istatistiksel analizde farklılık anlamlı bulunmuştur. $\chi^2=10.286$, $SD=2$ $P<0,01$

Hastalardan evli olanların % 38'inin akraba evliliği yaptığı saptanmıştır. Aynı durum hastaların ebeveynlerinde de yoğun oranda görülmektedir (%34). Kontrol grubu ebeveynlerinde akraba evliliği oranı %15.85 tir.(Tablo-12) Kontrol grubunda akraba evliliği oranı % 13.72 olarak daha düşük düzeyde bulunmuştur. (Tablo:11-12) Hastalarla kontrol grubu ve ebeveynler arasında yapılan istatistiksel analizde farklılık çok anlamlı bulunmuştur.

	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Eşi akraba olan	19	38.77	7	13.73
Eşi akraba değil	30	61.23	44	86.27
TOPLAM	49	100.0	51	100.0

$$\chi^2=1,626 \quad SD=2 \quad P<0,01$$

Tablo-11: Akraba evliliği yapan hastaların dağılımı

	H.Ebeveyni		Kont.Ebeveyni	
	Sayı	%	Sayı	%
Eşi akraba olan	39	34.52	13	15.85
Eşi akraba değil	74	65.48	69	84.14
TOPLAM	113	100.0	82	100.0

Tablo-12: Ebeveynlerde Akraba evliliği Dağılımı

Doğum yerleri açısından hastalarla kontrol grubu karşılaştırması Tablo-13 de verilmektedir. Gerek hastanın, anne ve babasının kontrol grubuyla, gerekse hastaların kontrol grubu hastasıyla karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak köy, ilçe ve kent doğumlular dağılımında köy doğumlular hastalarda daha yüksek oranda görülmüştür (%39.84). Köy doğumlu hasta oranı % 39.84 iken, kontrol grubunda aynı durum % 30.48 oranındadır. Hastaların %34.51'i ve kontrol grubunun % 36.60'ı kent doğumludur.

Doğum Yeri	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Köy	45	39.82	25	30.48
İlçe	29	25.66	27	32.92
Kent	39	34.52	30	36.60
TOPLAM	113	100.0	82	100.0
$\chi^2=2.085$		SD=2	P>0.05	

Tablo-13: Hastaların Doğum Yerlerine Göre Dağılımı

Hem köy, hem kent özelliklerini kısmen gösteren ilçede doğan hastalar % 25.66, kontrol grubunun oranı %32.92'dir.

Hastaların anne ve babalarının kontrol grubu hastaların anne ve babalarıyla doğum yerleri açısından karşılaştırılması Tablo-14'de görülmektedir. Doğum yerleri, kontrol grubu ebeveynlerde (anne, baba ailesi)

dengeli bir biçimde dağılım gösterirken, aynı dengeli durum hasta grubu ebeveynlerde görülmemektedir. Hastaların ebeveynlerinin daha çok köy doğumlu olduğu saptanmıştır (% 49.57 ve % 52.23).

Doğum Yeri	Hastanın		Hastanın		Kont.Grubunun		Kont.Grubunun	
	Annese	%	Babası	%	Annese	%	Babası	%
	Sayı		Sayı		Sayı		Sayı	
Köy	56	49.57	59	52.23	24	29.28	25	30.48
İlçe	22	19.46	30	26.54	29	35.36	28	34.16
Kent	35	30.97	24	21.23	29	35.36	29	35.36
TOPLAM	113	100.0	113	100.0	82	100.0	82	100.0

Tablo-14: Hastanın Anne ve babasının doğum yerleri açısından dağılımı.

Doğum yerleri açısından köyde yoğunlaşan hastalar ve ebeveynleri yerleşim yerleri açısından daha çok kentlerde yoğunlaşmaktadır. Hastaların % 47.78'i ve ebeveynlerinin % 43.36'sı kentlerde oturmaktadır. Kontrol grubu hastalar, hastalara göre daha yoğun oranda (% 58.53) kentlerde oturmaktadır. Hasta ebeveyn ve hasta kontrol grubu arasında yapılan istatistikî değerlendirilmede farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Türkiyede ve özellikle bölgemizde çok önemli bir göç olayı vardır. Tablo-15 ve 16'da hastaların ve ebeveynlerinin (anne, baba ailesi) göç durumu görülmektedir. Hastalarda ve ebeveynlerinde göç olgusu kontrol

Yerleşim Yeri	H.Ebeveyni Sayı	%	Hasta Sayı	%	Kontrol Sayı	%
Köy	34	30.08	28	24.77	16	19.52
İlçe	30	26.56	31	27.45	18	21.55
Kent	49	43.36	54	47.78	48	58.53
Toplam	113	100.0	113	100.0	82	100.0
$\chi^2_{-E/H_2} : 0.839$ SD:2 P>0.05						
$\chi^2_{H/K} : 1.626$ SD:2 P>0.05						

Tablo-15: Hastaların Yerleşim Yerine Göre Dağılımı.

Göç Durumu	Hasta Sayı	%	Kontrol Sayı	%
Göç edenler	36	31.85	21	25.60
Göç etmeyenler	77	68.15	61	74.40
Toplam	113	100.0	82	100.0

Tablo-16: Hastaların Göç durumlarının Dağılımı.

grubuna oranla daha yüksek orandadır. Göç etmiş hastalar, toplam hastaların yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ise göç olgusu hastalarda artmaktadır. Yapılan istatistikî değerlendirilmede farklılık anlamlı bulunmuştur.

Göç Durumu	H.Ebeveyni Sayı	%	K.Ebeveyni Sayı	%
Göç Edenler	44	38.93	13	15.85
Göç Etmeyenler	69	61.07	69	84.15
Toplam	113	100.0	82	100.0
t: 0.444	SD: 192	P<0.05		

Tablo-17: Hasta ve kontrol grubu ebeveynlerin Göç durumu.

Tablo-18'de hastaların öğrenim durumuna göre dağılımı görülmektedir. Tablodanda izlenilebileceği gibi hastaların çoğunluğunu öğrenim görmüş hastalar oluşturmaktadır(%61.95). Bu oran kontrol grubunda da aynıdır. (%62.12) Hiç öğrenim görmemiş olanların oranı(%38.05) olarak saptanmıştır. Her iki grupta da yüksek öğrenim yaklaşık aynı oranda bulunmuştur(%6.19 ve %6.09). Yapılan istatistikî analizde farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Öğrenim Durumu	Hasta Sayı	%	Kontrol Sayı	%
Okula gitmemiş	43	38.05	31	37.80
İlkokul mezunu	28	24.79	21	25.64
Ortaöğretim	35	30.97	25	30.47
Yüksek öğrenim	7	6.19	5	6.09
Toplam	113	100.0	82	100.0
t:1.32	SD: 193	P>0.05		

Tablo-18: Hastaların Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.

Hastaların ve kontrol grubunun anne ve babalarının öğrenim durumları açısından dağılımı tablo-19'da görülmektedir. Ebeveynlerin çoğunluğunun hiç öğrenim görmemiş olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin öğrenim durumu açısından karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Ancak hasta ile karşılaştırılınca hastaların ebeveynlerine göre daha yüksek oranda öğrenim gördükleri görülmüştür. Bu durum araştırmamızın önemli bulgularından biridir.

Öğrenim Durumu	Hastanın				K.Grubunun			
	Annesi		Babası		Annesi		Babası	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okula gitmemiş	98	86.72	83	73.45	68	82.94	52	63.41
İlkokul	11	9.75	22	19.46	9	10.97	20	24.39
Ortaöğrenim	4	3.53	6	5.33	5	6.09	8	9.75
Yükseköğrenim	-	-	2	1.76	-	-	2	1.45
Toplam	113	100.0	113	100.0	82	100.0	82	100.0

Tablo-19: Hastanın ve Kontrol grubunun anne ve babalarının öğrenim durumu açısından dağılımı.

Kişinin öğrenim düzeyi ile mesleği arasında yakın bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi düşük olanlar meslek seçiminde de sınırlamalarla karşılaşmaktadır. Tablo-20 da hastaların meslek dağılımı görülmektedir. Hastaların ve kontrol grubunun çoğunluğunu ev hanımı (%38) oluşturmaktadır. Hastalarımızda işsizlik çok yoğun (%16.81) görülmektedir. Ev hanımlığı açısından

kontrol grubuyla anlamlı bir farklılık göstermeyen hastalarımız, serbest meslek, memurluk ve çiftçilik mesleklerinde kontrol grubunun çok gerisinde bir orandadırlar.

Meslek	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Serbest	11	9.73	12	14.65
Memur	16	14.15	20	24.39
İşçi	14	12.48	3	3.66
Çiftçi	10	8.84	12	14.63
Ev hanımı	43	38.15	30	36.58
İşsiz	19	16.85	5	6.09
Toplam	113	100.0	82	100.0

Tablo-20: Hastaların mesleklerine göre dağılımı.

Tablo-21'de hastaların ebeveynlerinin, kontrol grubu ebeveynlerle meslekleri açısından dağılımı görülmektedir. Gerek hastaların ve gerekse kontrol grubu annelerin büyük çoğunluğunun (% 96) ev hanımı olması nedeniyle tabloya alınmadı. Hastalarımızın babalarının mesleklerinin kontrol grubu ile karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Her iki grupta da meslekler birbirine yakın oranda dağılım göstermiştir.

Meslek	Hastanın		Kontrol grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Serbest	32	28.31	23	28.04
Memur	18	15.92	17	20.73
İşçi	27	23.73	15	19.50
Çiftçi	34	31.85	27	32.92
Toplam	113	100.0	82	100.0

Tablo-21: Hastaların ve kontrol grubunun babalarının meslekleri açısından dağılımı.

Hastaların meslekleri ile babalarının mesleklerinin karşılaştırması Tablo-22 da gösterilmiştir. Hastaların meslekleriyle, babalarının meslekleri karşılaştırıldığında hastalarda işsizlik %26.15 oranında görülmesine karşılık babalarında işsizlik görülmemektedir. Özel beceri gerektiren serbest meslek ve çiftçilikte de hastalar daha düşük bir oranda görülmüştür. (% 16.93 ve % 15.38).

Meslek	Hasta		H.Babası	
	Sayı	%	Sayı	%
Serbest	11	16.93	34	30.08
Memur	14	21.53	18	15.91
İşçi	13	20.0	27	23.89
Çiftçi	10	15.38	34	30.08
İşsiz	17	26.15	-	-
Toplam	65	100.0	113	100.0

Tablo-22: Erkek hastaların meslekleri ile babalarının meslekleri

Tablo-23 de hastaların gelir dilimlerine göre dağılımı verilmektedir. Hastaların meslekleri ile gelir dilimi içinde aldıkları yer paralellik göstermektedir.

Gelir Dilimi	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
0-10 Bin Tl.	36	31.85	4	4.88
11-20 "	28	24.77	11	13.49
21-30 "	23	20.35	40	48.78
31-40 "	18	15.92	14	17.08
41-50 "	5	4.47	3	3.58
50-- "	3	2.65	10	12.19
Toplam	113	100.0	82	100.0

Tablo-23: Hastaların Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı.

Araştırmamızda en düşük gelir dilimi olan 0-10 bin Tl.da hastaların % 31.85'i yer alırken, kontrol grubunda bu oran % 4.88 dir.

En yüksek gelir diliminde ise hastaların %2.65'i bulunurken, bu oran kontrol grubunda % 12.19 olmaktadır. İstatistikî analiz sonucu her iki ilişki de çok anlamlı bulunmuştur.

Gelir dağılımı açısından hastaların ebeveynlerinin kontrol grubuyla karşılaştırmasında anlamlı bir fark görülmemiştir.(Tablo-24) Ancak hastaların, ebeveynlerine göre daha alt gruplarda yer almasına karşılık, kontrol grubu hastaların ebeveynlerinden daha çok gelir elde ettikleri saptanmıştır.

Gelir Dilimi (Aylık)	H.Ebeveyni Sayı	%	K.Ebeveyni Sayı	%
0-10 Bin Tl.	11	9.73	7	8.57
11-20 Bin Tl.	29	25.66	17	20.73
21-30 Bin Tl.	42	37.16	35	42.68
31-40 Bin Tl.	14	12.38	13	15.85
41-50 Bin Tl.	5	4.47	2	2.43
50- Bin Tl.	12	10.61	8	9.75
Toplam	113	100.0	82	100.0

Tablo-24: Hastanın Ebeveyninin Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı.

Tablo-25 de hastaların evlerinin oda sayısı verilmektedir. Kişinin içinde yaşadığı fiziki koşullar onun ruhsal yapısı üzerinde derin etkiler yapabilmektedir. Araştırmamızda hastalarımızın kontrol grubuna nazaran oda sayısı açısından deha kötü koşullarda yaşadıkları görülmüştür.

1-2 odalı evlerde kalan hastaların oranı %42.47 kontrol grubunun oranı % 28.12 olarak saptanmıştır. Aynı farklı dağılım oranı 3-4 odalı evler içinde söz konusu olmaktadır. 3-4 odalı evlerde kalan hastaların oranı % 57.53 iken kontrol grubunda bu oran % 71.88 olarak saptanmıştır.

Oda sayısı	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
1-2 Oda	48	42.47	23	28.12
3-4 Oda	65	57.53	59	71.88
5- Oda	-	-	-	-
Toplam	113	100.0	82	100.0

Tablo-25: Hastaların evlerinin oda sayısı açısından dağılımı.

Tablo-26'da kalıtsal yük açısından hastaların dağılımı verilmektedir. Anaştırmamızda hastaların ebeveynlerinde, kardeşlerinde ve III. dereceden akrabalarında (Amca, dayı, teyze, hala ve çocukları) benzer hastalık, kontrol grubundaki aynı ilişkiye nazaran daha yüksek oranda görülmüştür. Hastalarımızın I. ve II. dereceden akrabası olan anne, baba ve kardeşlerde hastalık % 26.54 oranında görülürken kontrol grubunda bu oran % 2.4'e düşmektedir. Aynı durum akrabalarda da görülmektedir. Ayrıca hastalığın I. II. ve III. dereceden akrabalarda birbirine yakın oranda görüldüğü saptanmıştır.

Eldeki verilerin dökümü sonucu hastalığın I. II. ve III. dereceden akraba birlikte bulunması da % 9.73 oranındadır. Kontrol grubunda bu durum % 1.21 olarak bulunmuştur.

Kalıtsal Yük Durumu	I ve II.derece akrabada		III.dereceden akrabada	
	Sayı	%	Sayı	%
Taşıyanlar	50	26.54	26	23.00
Taşımayanlar	83	73.46	87	77.00
Toplam	113	100.0	113	100.0

Tablo-26: Hastaların Akrabalarında kalıtsal Yük Dağılımı

Tablo-27 de hastaların anne ve babasının normal günlük yaşamındaki tutumları verilmektedir. Bu tutumlar aynı zamanda kişinin kişilik yapısını da belirlemektedir. Hasta ebeveynlerinin kontrol grubuyla karşılaştırmasında hastanın annesinde ve babasında, sinirlilik ve çok sinirlilik durumu kontrol grubuna oranla yüksek bulunmuştur. Çok sinirlilik gibi patolojik tutum hastanın annesinde % 16.82, babasında %13.27 oranında görülürken kontrol grubunda aynı durum %2.43 ve % 6.05 oranındadır.

Kişilik yapısı	Hastanın Annesi		Hastanın Babası		K.Grubunun Annesi		K.Grubunun Babası	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	63	55.75	59	52.21	71	86.60	65	79.26
Sinirli	31	27.43	39	34.52	9	10.97	12	14.69
Çok Sinirli	19	16.82	15	13.27	2	2.43	5	6.05
Toplam	113	100.0	113	100.0	82	100.0	82	100.0

Tablo-27: Hastanın anne ve babasının kişilik yapısına göre dağılımı

Tablo-28 de hastanın psikiyatrik tedavi görmüş olan anne ve babasının dağılımı gösterilmektedir. Görülmektedir ki, hastanın % 17'nin annesi ve % 11.50'nin babası psikiyatrik tedavi sürecinden ya geçmektedir ya da geçmiştir.(Tablo-28)

Psikiyatrik tedavi	Hastanın			
	Annesi		Babası	
	Sayı	%	Sayı	%
Görenler	20	17.69	13	11.50
Görmeyenler	93	82.31	100	88.50
Toplam	113	100.0	113	100.0

Tablo-28: Hastaların Psikiyatrik tedavi görmüş anne ve babasının dağılımı.

Tablo-29 da hastanın dinsel tutumu verilmektedir. Din, kutsal şeylere ilişkin, inançlar ve pratiklerden oluşan birleşik bir sistemdir. Tarih boyunca akıl hastalarına karşı tutumlarda dinin etkisi büyük olmuştur. Din, kişiyi yaşamı boyunca etkileyecek bir sosyal kurum olarak, kişiliğin oluşumunu da etkilemektedir.

Hastalar ve ebeveynlerinin dinsel tutum açısından kontrol grubuyla karşılaştırılmasında, dine bağlılık hastada ve ebeveynlerinde daha yüksek oranda görülmüştür. (% 5.80 ve % 16.81)

Tablodan da görüldüğü gibi psikiyatrik hastalar arasında dine inanmayanlar % 5.30 oranında görülürken

Dinsel Tutum	hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Dine İnanmaz	6	5.30	--	--
İnanır-Yapmaz	64	56.66	45	54.87
Dindar	37	32.74	34	41.46
Çok Dindar	6	5.80	3	3.67
Toplam	113	100.0	82	100.0

t=0.069 SD-193 P>0,05

Tablo-29 : Hastaların Dinsel Tutumlarına göre Dağılımı.

kontrol grubunda bu tutum hiç görülmemiştir. Yine dine aşırı bağlılık açısından hastaların oranı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiki değerlendirmede farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Hastaların ebeveynlerinin dinsel tutumları tablo-30'da verilmektedir. Hastaların ebeveynleri kontrol grubuna göre daha dindar bir tutum göstermektedir.

(% 16.81)Hastalarla ebeveynleri arasında yapılan istatistiki değerlendirmede farklılık anlamlı bulunmuştur

(t=2.652 SD-224 P<0,001)

Dinsel Tutum	H.Ebeveyni		K.Gr.Ebeveyn	
	Sayı	%	Sayı	%
İnanır Yapmaz	19	16.81	11	13.41
Dindar	75	66.38	62	75.85
Çok Dindar	19	16.81	9	10.81
Toplam	113	100.0	82	100.0

t: 1.170 SD:193 P>0,05

Tablo-30: Hastaların ebeveynlerinin Dinsel Tutum dağılımı.

Dinsel tutum ve inanışlar hastaların ve hastalıklarının algılanışı konusunda kişileri çeşitli davranışlara yöneltir. Özellikle hastalığın nedenini doğa üstü güçlere (Cin, peri vb.) dayandıran kesimlerde, tedavi amacıyla da türbe ve hocaya sıklıkla başvurulmaktadır. Tablo-31 de bazı dinsel kişi ve kurumların tedavi ediciliğine inanç bakımından hastaların ve kontrol grubunun dağılımı verilmektedir.

Türbe ve hocaya İnanç	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
İnanır	95	84.07	66	80.49
İnanmaz	18	15.93	16	19.51
Toplam	113	100.0	82	100.0
t:2.101	SD:193	P>005		

Tablo-31: Tedavi ediciliği açısından Türbe ve hocaya inanç dağılımı.

Türbe ve hocanın tedavi ediciliği açısından inanç dağılımı her iki grupta da birbirine yakın orandadır. Yapılan istatistiki değerlendirme sonucu fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak, Tablo-32 de de görüldüğü gibi daha çok ruhsal rahatsızlıklar için bu kurum ve kişilere başvuru olmaktadır. Psikiyatrik hastaların % 63.71'i tedavi amacıyla Türbe ve hocaya başvururken kontrol grubunda bu oran % 6.09 olarak görülmektedir. Ruhsal bozukluklar için geleneksel-dinsel kurumlara başvuru diğer hastalıklar için başvurunun 9 katı olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiki değerlendirmede oranlar arasındaki fark çok anlamlı bulunmuştur.

	Hasta		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Başvuran	72	63.71	5	6.09
Başvurmayan	41	36.29	77	93.91
Toplam	113	100.0	82	100.0
t:8.242	SD:193	P<0.001		

Tablo-32: Tedavi amacıyla türbe ve hocaya başvuru dağılımı.

Bu durum geleneksel tedavi sayılabilecek bu uygulamanın yaygınlığını göstermektedir.

Hastaların çoğunluğunun geleneksel tedaviye başvurmamasına rağmen, hastaların % 38'i hastalandıkları ilk altı ay içinde, kliniğimize tedavi amacıyla başvurmaktadır. Hastaların, kliniğimize ne zaman başvurdukları Tablo-33 de verilmektedir. Buna göre hastaların % 54.86'nın hastalandıkları ilk bir yıl içinde kliniğimize başvurdukları saptanmıştır.

Hastalık süresi	Sayı	%	N
1-6 ay	43	38.05	
7-12 ay	19	16.81	
13-24 ay	15	15.27	
24- ay	35	30.97	
Toplam	113	100.0	

Tablo-33: Hastaların Hastalık Süresine göre dağılımı.

TARTIŞMA

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 1.11.1982 ve 31.10.1983 tarihleri arasındaki bir yıllık sürede klinikte yatan 113 hasta ile diğer kliniklerde yatan 82 hastanın (Kontrol grubu),

a- Konak ile ilgili özellikleri (Yaş,Cins,Medeni durum vb.),

b- Çevresel nedenlere (Geldiği sosyo-ekonomik düzey, dinsel tutumlar, öğrenim düzeyi vb)

göre dağılımı,

c- Hastaların ve kontrol grubunun içinde doğup büyüdüğü ailenin yapısı, anne ve babanın sosyal, kültürel ve ekonomik düzeyi, karşılaştırmalı olarak araştırılmaya çalışılmıştır.

AKTAN'ın 1977 de yaptığı kırsal alan araştırmasında bütün ruh hastalıklarının toplumdaki prevalans hızı % 6.9 olup, kadınlardaki prevalans hızı erkeklerin iki katına yakın bulunmuştur. Bu durum klinik araştırması ile toplum araştırması arasında ters düşen bir bulgunun ifadesidir.(3) Yine Dünya Sağlık Örgütünün geliştirmekte olan ülkelerde yapılmış araştırmalardan çıkarıldığı sonuçlara göre, geri zekalılık oranı % 1, her türlü organik ya da ruhsal nedene bağlı psikozlar oranı % 1 olarak bulunmuştur.

Ülkemiz ruhsağılığı örgütlenmesi, ruh sağılığı kurumları bakımından dünyanın en geri kalmış ülkelerinden

biridir. A.B.D'de, Fransa'da, Almanya'da ve ülkemizle aynı gelişmişlik düzeyinde bulunan Yunanistan'da hastanelerin toplam yatak kapasitelerinin yarısı ruh hastalarına ayrılırken, Türkiye'de bu oran 1/9'dur.(43) Orta çağ Avrupasında akıl hastaları içlerine şeytan girmiş diye yakılırken, Selçuklular ve İlk osmanlılar döneminde ruh hastaları bugünkü anlamda yararlı niteliklere sahip Bimarhanelerde tedavi edilmekteydiler. (37,39) Fakat bugün ülkemizde Ruh sağlığına verilen önem batılı ülkelerin çok gerisinde kalmıştır.

Genel olarak ruh sağlığı, bütün öbür sağlık sorunları gibi, ülkenin ekonomik sorunlarından, eğitim ve öğretim düzeninden toplumsal güvence koşullarından soyutlanamaz. Bu bakımdan ruh sağlığı sorunu yalnızca ruh hekimi değil, bütün öteki bilim dallarının da sorunudur. Sonra ekip çalışması anlayışı içinde yaklaşılması zorunludur.(1,11,4)

Klinikte yatarak tedavi gören hastaların çoğunluğunun 16-25 yaş grubunda toplanması (%53.98) dikkat çekicidir.Ruh hastalığı genel olarak "Genç Yaş Hastalığı" (13,16,32,46) olarak bilinmektedir. Böyle olunca hastaların erken ve yeter derecede tedaviye alınmaları zorunlu olmaktadır.Bu yaş grubuna yönelik yoğun ruh sağlığı çalışmaları ile hastalar aileye ve topluma yük olmaktan kurtulacaklardır.

Klinikte yatan hastalar içinde, kadınların oranının erkeklerden az olmasının bir nedeni, kadınlara

ayrılan yatak sayısının azlığındandır. Bir diğer etkende, ruh hastası kadınların aileleri tarafından kliniğe yatırılmasından kaçınılmasıdır. Kadın hastalar çoğunlukla aile içinde tutulmaktadır. Kliniğimizde tedavi görmüş erkek hastaların kadın hastalara oranı 4/3 tür. Genel hastanelerde hastaneye ilk yatışlar incelendiğinde erkek-kadın oranı 6/5 olarak görülmüştür. (46). Bu oran bulgularımızda uygunluk göstermektedir.

Kliniğimize daha çok psikotik hastalar yatırılmaktadır. Nörozlar genel toplum içinde daha yüksek oranda bulunmasına karşın zorunlu olmadıkça ayaktan tedaviye alınmaktadır. Bu durum kliniğimiz koşullarının nörozlarla psikozların yakın oranda yatışına elvermesinden de kaynaklanmaktadır. AKTAN'ın yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre psikozların bütün toplum içinde görülme sıklığı % 0,7 oranında buna karşılık nörozlar % 3.95 olarak görülmüştür.(3) Gölbaşı bucağında yapılan bir araştırmanın sonuçlarındada Psikiyatrik bakıma gereksinimi olanların oranı % 21.3, bunlardan % 0.7 sini Psikozlar, % 5.3 ünü nörozlar oluşturmaktadır.(46)

Hastalarda ve kontrol grubunda boşanma oranının düşüklüğü kültürel etkenlerde açıklanabilir. Her ne kadar aileler çekirdek aileler içinde yaşamakta iselerde yine bütün aileyi ilgilendiren kararlarda kendileri dışında kararlarını etkileyen birçok etken bulunabilmektedir. Geleneksel toplumda kurulmuş bir ailenin

parçalanması endüstriyel bir toplumdakinden zordur. Din, gelenekler ve yasalar ailenin yapısını etkileyen üç önemli faktör olmaktadır.(Tablo-14)

Medeni durum ile ruh sağlığı arasında bir ilişki olduğunu birçok araştırmacı belirtmektedir.(1,13,32,46) Kişinin evli yada bekar oluşu kişide sorumlulukları ve beklentileri açısından büyük farklılıklar yaratır. Hastalarımızda bekar oranı kontrol grubuna oranla yüksek bulunmuştur. Bu durum literatür bilgilerine uygunluk göstermektedir.(insiyet açısından evli erkeklerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum erkeğin evlenmesi durumunda, ailenin daha etkin rol almasına karşın, kadının evlendirilmesinde daha edilgen kalışındandır. Aile erkek çocuğunu evlendirmek istediğinde bu olgu daha kolay gerçekleşmekte ama kız çocuğunun evlenmesinde dışardan bir talep beklenmesi zorunluluğu bulunmaktadır.

Hastaların oluşturduğu aile yapısının kontrol grubuyla anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür. Bulgularımız ülkemiz genelinde yapılan aile yapısı araştırmasının bulgularına uygunluk göstermektedir. Ülkemizde ailelerin % 60'ı çekirdek aile yapısı içinde, % 40'ı geniş aile yapısı içinde bulunmaktadır.(27,30,41) Çekirdek ailede anne-baba ve çocukların ilişkisi geleneksel geniş aileye göre daha demokratik bir özellik göstermektedir. Diğer yandan çekirdek ailede akrabalar arasındaki dayanışma, geniş aileye göre daha azdır.

Ancak bölgemizde bu durumun ne boyutta olduğu araştırılmalıdır.

Hastaların çocuk sayısı açısından kontrol grubundan farklı olmasının nedeni, kontrol grubunun evlilik süresi açısından, daha uzun zamandan beri evli oluştlarından kaynaklanmaktadır. Hastaların ortalama evlilik süresi 7.31 yıl iken, kontrol grubunda 14.12 yıldır.

Aile içinde ölüm, özellikle anne veya babanın ölümü bütün aile üyeleri için örseleyici bir durumdur. Böyle bir durumda ailenin de bütünlüğünde bozulmuş olur. Birey, 0-20 yaşları arasındayken anne-baba ölümü daha travmatik olmaktadır. Bu yaş grubu bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerini kapsamaktadır. Birey en çok bu dönemde anne-babasına gereksinim duymaktadır.ÖZCAN'ın 186 şizofren üzerinde yaptığı araştırmada, bunlardan 113'ünün annesi, babası veya her ikisi birden ölmüş olduğu görüldü. Bunların % 69'u anne ya da babasını kaybettiğinde 0-20 yaş grubu içinde bulunmaktaydı.(33) Parçalanmış ailede, ailenin temel fonksiyonlarını yerine getiremeyeceği açıktır. Bu yüzden bireyler anne ya da baba yoksunluğunun etkilerini yaşamları boyunca duyacaktır. Araştırmamızın bulgularında hastalarımızın % 43.33'ünün anne ya da babasını kaybettiği görülmüştür. 0-20 yaş grubunda anne ya da babasını kaybedenlerin kontrol grubuyla karşılaştırmasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bakımdan parçalanmış ailelere ve özellikle parçalanmış ailelerin 0-20 yaş grubundaki

çocuklarına yönelik ruh sağlığı çalışmaları yoğun olarak yapılmalıdır.

Kültürün biçimlendirdiği akraba evliliği bölgemizde çok yoğun olarak görülmektedir. Akrabalar arası evliliği geniş ve ataerkil aile biçimlerinin pekiştirdiği kolayca söylenebilir.(41) Hastalarımızda akraba evliliği oranı (% 38), bölgemizdeki akraba evliliği oranına yakın olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise bu oran %13.72 olarak bulunmuştur. Kalıtsal geçişte akrabalar arası evliliğin etkisi bugün tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Bu nedenle kalıtsal yüklülük açısından akrabalar arası evlilik ile ruhsal hastalıkların ların geçişinin araştırılması gerekmektedir. Ayrıca akrabalar arası evlilikte bir bütün olarak aile, diğer akrabalar ile daha yoğun etkileşim içinde olmakta bağımsız kararlar alamamaktadır. Hastalarımızın I. ve II. derece akrabalarında % 26 ve III. derece akrabalarında % 23 oranında benzer bir hastalığın bulunduğu saptanmıştır.(Tablo-26). Manik depressif psikozlarda ve Şizofrenide genetik yük araştırmaları sıklıkla yapılmıştır. KAIMANN'a göre kardeşlerin ve anne-babanın şizofrenik olması , şizofrenin görülme sıklığını etkilemektedir.(16, 19, 46) Anne-baba şizofrenik ise çocuklarda görülme beklentisi % 68.1 dir. Öz kardoslerden biri şizofrenikse ötekilerde görülme beklentisi %11-14.3 'tür. Geri zekalılığın nedenleri konusunda Cebiroğlu'nun yaptığı çalışmada da kalıtsal geçişin oranı yüksek bulunmuştur.(16)Bulgularımızda da akrabalar

arasında hastalığın görülme sıklığının yüksek oluşunda akrabalar arası evlilik oranını yüksek oluşundan kaynaklandığı düşünülmüştür. Kontrol grubunda hastalığın akrabalarda görülmesi % 2.4 oranında olmaktadır. Literatür bilgileri ruh hastalıklarının etiyolojisinde kalıtsal bir etkinin yanında, hastalığın ortaya çıkışı ve klinik belirtilerinin çevresel etkenlere bağlı olduğu belirtilmektedir.(19,28,35,45)

Tablo-15 de yerleşim yerine göre hastaların dağılımı görülmektedir. Kontrol grubuna göre hastalarımızın köysel bölgelerden gelme oranı daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık kentsel kesimlerden gelenler kontrol grubuna göre daha az o oranda bulunmuştur. Hastaların kentsel kesimlerden gelme oranı diğer kesimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kentlerde yaşam koşullarının daha karmaşık olması ve psikiyatrik merkeze ulaşımın daha kolay olmasıyla açıklanabilir. Literatürde psikozların kentlerde ve köylerde görülüş sıklığı bakımından önemli fark olmadığı belirtilmektedir.(32,46)

New-York'ta yapılan araştırmalar ruhsal bozuklukları göçmenler arasında daha yüksek oranda olduğunu ortaya koymaktadır. İsviçre'de 1946-1948 yılları arasında gelen her 1000 göçmenden 7.8'inin hastaneye yattığı saptanmıştır.(46)

Göç bir sosyal süreçten diğer bir sosyal sürece geçiştir. Ülkemizde özellikle köyden kente nüfus akımı sanayileşmenin ve tarımda makinalaşmanın doğurduğu bir olgudur. 1960-1965 yılları arasında 880'bin dolayında olan Göç, 1970-1975 döneminde 2.8 Milyona ulaşmıştır.(47) Bu süreç içinde kişi yeni bir sosyal rol alma zorunluluğu karşısında sürekli çabalamak zorunda kalacaktır. Bunun sonucunda da kişinin yaşam biçiminde ve değer yargılarında hızlı bir değişim olmaktadır.(29,32,36,45) Araştırmamızın bulgularının sunduğu tablo-16 ve 17 de de görüldüğü gibi hastalarımızda ve ebeveynlerinde göç oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların yaklaşık 1/3'i, kontrol grubunun 1/4 göç etmiş gruplardan gelmektedir.(Tablo16) Bölgemizde göç eden grupların göç ediş nedenleri ve ruhsal bozukluklarının tipleri araştırılması gereken bir konudur.

Tablo-18 de hastaların öğrenim düzeyine göre dağılımı verilmektedir. Hastaların öğrenim düzeylerinin kontrol grubuyla karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Ancak ebeveynleri açısından yapılan karşılaştırmada hastaların ebeveynlerinin kontrol grubu ebeveynlerine göre eğitim düzeyleri açısından daha düşük oranda bulunmuştur. AYDINALP'ın yaptığı bir çalışmada da şizofren hastaların anne ve babalarının eğitim düzeyi açısından kontrol grubundan daha düşük oranda bulunmuştu.(7) BAYÜLKEM ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların % 20'sinin okula

gitmediği, % 43'ünün ilkokul, % 32'nin ortaöğretim ve % 5'inin yüksek öğrenim kurumu mezunu olduğu saptanmıştır. (9) Araştırmamızın bulgularının ortaya koyduğu bir diğer özellik; yeni kuşağın ebeveynlerine göre daha üst düzeyde ve oranda eğitim gördüklerinin saptanmasıdır. Bu durum toplumda meydana gelen sosyal değişimle açıklanabilir; Hızlı sosyal ve teknolojik gelişme öğrenime verilen değeri arttırarak, anne-babalarının çocuklarını okula gönderme eğilimlerini arttırmıştır.

Eğitim düzeyi düşük olanlar meslek seçiminde de sınırlamalarla karşılaşmaktadır. Hastaların ebeveynlerinin mesleklerine göre karşılaştırmasında önemli bir fark olmadığı görülmektedir. Hastalarda işsizlik oranı kontrol grubuna oranla çok anlamlı bulunmuştur. Yalnız başına işsizlik çeşitli ruhsal bozukluklara yol açabilecek bir etkidir. Hastalarda yoğun olarak görülen işsizliğin hastalık sonucu oluşan, çalışmaya karşı bir isteksizliktenmi yoksa, bir presipitan etken mi olduğu tartışmalıdır. (16,32) Hastalarda işçi statüsünde olanların oranı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. (%12.48) Bu durum, işçilerde Ruh hastalığı oranını arttıran etkenlerin araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca bu oranının yüksek bulunmasının Sosyal Sigorta Hastanesinde Psikiyatri Kliniğinin olmamasıyla açıklanabileceği düşünülebilir.

Yapılan araştırmalarda hastaların meslekleri ile onların babalarının ve dedelerinin meslekleri karşılaştırıldığında, "Kuşaklararası mobilitenin" Sosyal yükselme yönünde olmadığı görülmüştür.(32) Çalışmamızın bulgularında da özel bilgi ve beceri isteyen serbest meslek ve çiftçilik yapan hastaların oranı, aynı işi yapan babalarına oranı 1/2'dir. İşsizlik oranı diğer mesleklerle göre en yüksek orandadır.%26.15 (Tablo-22) Memur olanların oranında görülen yükseklik (% 21) ülkemizde hizmet sektöründeki hızlı ve sağlıklı gelişmeyle açıklanabilir. Ayrıca hizmet sektöründe memur olarak çalışan hastaların ne kadar verimli oldukları tartışmalıdır. Bu konuda bir araştırmanın yararlı olacağı inancındayız.

Ruh sağlığı ile sosyo-ekonomik tabakalar arasındaki ilişki sıklıkla araştırılmıştır. Ruh hastalarının çoğunlukla sosyo-ekonomik durumları en düşük alt tabakalarda yığılma gösterdiği görülmüştür.(24,32) A.B.D'de New-Haven bölgesinde yapılan bir araştırmada, genel nüfusun %3'ünü oluşturan üst sınıflarda hastaların % 1'i bulunmasına karşılık, nüfusun % 17.8'ini oluşturan alt sınıflarda hastaların % 36.8'i yer almaktadır.(24) LEMKAU, TIETZE, COOPER ve başka araştırıcılar tarafından yapılan araştırmalarda, düşük sosyal prestij ve az öğrenim düzeyi gerektiren mesleklerde psikoz oranı oldukça yüksek görülmüştür.(32) Araştırmamızın bulgularında da en düşük alt tabakayı oluşturan 0-20binTl.

gelir grubunda bulunan hastaların oranı toplam hastaların % 56.62'sini oluşturmaktadır.(Tablo-23) Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında hastaların daha çok alt gelir dilimlerinde yığılmaları eldeki literatür bilgilerine uygunluk göstermektedir. Ancak, alt tabakalardaki yığılmanın hastalığın sebebi olarak değil, sonucu olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Çünkü araştırmamızın bulgularında hastaların ve kontrol grubunun ebeveynleri arasında yapılan istatistikî analizde anlamlı bir fark bulunmamasına karşılık, gerek hasta ile ebeveyni ve gerek hasta ile kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubu kendi ebeveynlerine göre daha üst gelir dilimleri içinde yer alarak sosyal mobilitede yükselme yönünde, bir gelişim göstermişlerdir.(Tablo-23,24)

Patogen aile, şekil olarak tümlüğünü korur gibi görünen ailede, üyelerinin nörotik motivasyonları nedeniyle ortaya çıkan ilişki bozuklukları ortamı içindeki ailedir. Genellikle kabul edilen asırı ve sert yasaklamaların ya da tersine asırı hoşgörünün ruhsal gelişmeyi olumsuz yönde etkileyeceğidir.(2,44,45,31) Araştırmamızda hastalarımızın anne ve babasında sinirlilik gibi nörotik özellikler, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda bulunmuştur(Tablo-27). Hastaların % 17'sinin annesi, % 11'inin babası çeşitli ruhsal sorunları nedeniyle tedavi görmüş olmalarında dikkati çeken bir özellik olarak değerlendirilmiştir.(Tablo-28)

SVHAFFER ve MYERS, alt sosyal tabakaların genellikle psikiyatr'e güvenleri olmadığını, olduğu zaman da onu "keramet" gösterecek bir büyücü gibi görüp çok şey beklediklerini belirtmektedir.(34) Benzer bir çalışmayı KOOS'un ve doğumla ilgili tutumları inceleyen EIMACI'nın bulgularına göre de sosyal tabakaların çeşitli hastalıklara verdikleri önemin farklı olduğunu, alt tabakaların hastalandıklarında daha az oranda sağlık kurumlarına başvurduğunu, daha çok geleneksel tedaviye yöneldiği görülmüştür.(18,32) Hastalarımızda da gerek kliniğimize getirilmeden önce ve gerekse taburcu olduktan sonra Türbe ve hocaya (Adıyaman Menzil, Mardin'de Sultan Şeyhmus, vb.) tedavi amacıyla başvuruları yüksek oranda (% 63) bulunmuştur. Bulgularımız SAVASIR'ın ve SUNMAN'ın(34,38) yaptığı çalışmanın bulgularına uygunluk göstermektedir.

LAMBO, yerli halkı psikiyatri kliniğine bağlamak için görenekssel tedaviyi yapan büyücüleri (Medizn Man) de ekibine alarak onlarla beraber çalışmak zorunluluğunu duymuş ve bunda da olumlu sonuçlar aldığını belirtmiştir.(32) Bölgemizde de gelenekssel tedaviye başvuranların yoğunluğu nedeniyle bu kurumların tedavi yöntemleri, yaklaşımları ve etkinlikleri konusunda bir araştırma yapılması yararlı olacaktır.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde 1.11.1982 ve 31.10.1983 tarihleri arasındaki 1 yıllık süre içinde klinikte yatarak tedavi gören 113 hasta ile diğer kliniklerde yatan kontrol grubu olarak seçilmiş 82 hastanın yaş, cins, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayıları anne-baba kaybı, eşleriyle akrabalık durumu, doğum ve yerleşim yerlerine göre dağılımı, göç durumu, öğrenim düzeyleri, meslekleri, gelir durumları, geleneksel tedaviye başvuruları, dinsel tutumları karşılıklı olarak araştırılmıştır. Bu çalışmada ayrıca hastaların ve kontrol grubunun anne-babalarının (ebeveyn) aynı ölçütlere göre özellikleri araştırılarak aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

1- Hastalarımızın yaş gruplarına göre dağılımında 16-35 yaş grubunda yığılma gösterdiği (% 84.95),

2- Hastalarımızın cinsiyetlerine göre dağılımında % 57'sinin erkek, % 42'sinin kadınlardan oluştuğu, kadın hastaların sayısının az oluşunun bir nedeninin klinik koşullarından, diğer nedeninin kültürel etkenlerle ruh hastası kadınların hastaneye yatırılmasından kaynakıldığı,

3- Hastalarda boşanmanın çok küçük oranda görüldüğü, kültürel engellemelerden olmazsa bu oranının görülenin çok üstünde seyredeceği,

4- Aile yapısı açısından anne-baba ve çocuklardan oluşan Çekirdek Ailenin % 59.19 oranıyla ülkemizde aile yapısı dağılımına uygunluk gösterdiği,

5- Hastaların kontrol grubuna oranla daha az sayıda çocuğa sahip oldukları, ancak bunun hastaların evlilik süresinin daha kısa oluşundan kaynaklandığı, gerçek eğilimlerinin yeni bir araştırma ile saptana - bileceği,

6- Hastaların % 43.36'nın anne ya da babasını kaybettiği, Anne-baba kaybının, hastalar 0-20 yaş grubundayken daha yoğun görüldüğü (% 73.46), kontrol grubunda ise anne-baba kaybının hastalar 21-30 yaş grubundayken yoğunlaştığı (% 58),

7- Evli olan hastaların % 38.77'nin akraba evliliği yaptığı, kontrol grubunda ise bu oranının çok küçük seyrettiği (% 13.73),

8- Hastaların doğum yerleri açısından anlamlı bir farklılık göstermemelerine karşılık, yerleşim yeri açısından kentlerden daha yüksek oranda geldikleri,

9- Hastalarımızın kontrol grubuna göre daha yüksek oranda göç ettikleri, (% 31.85) Bu durumun bölgemizde çok hızlı bir göç olgusunun var olduğunu göstermesi açısından önemli olduğu,

10- Hastalarımızın % 38'inin hiç öğrenim görmediği, % 24.77'si ilkokul ve % 37.16'sının orta ve yüksek öğrenim gördükleri ve bu durumun kontrol grubuyla anlamlı bir farklılık oluşturmadığı,

11- Hastaların meslek dağılım açısından dağılım-
da çoğunluğun (% 38.05) ev hanımı olduğu, işsizliğin
(% 16.81) oranında bulunduğu, ayrıca yalnız erkek has-
taların babalarının meslekleriyle yapılan karşılaştır-
masında, babalarının mesleklerine göre daha az gelir
getiren meslekleré kayma görüldüğü,

12- Kontrol grubuyla yapılan karşılaştırmada iş-
sizliğin kontrol grubunda % 6.09 olmasına karşılık,
hastalarda % 16.81 oranında görülerek çok anlamlı bir
farklılık görüldüğü,

13- Gelir gruplarına göre dağılımda hastaların
ebeveynleri açısından anlamlı bir farklılık olmamasına
karşılık, hastaların daha çok alt gelir gruplarında
yoğunlaştığı,

14- Hastalarda ebeveynlerine göre alt gelir grup-
larına kayma olduğu, kontrol grubunda tersine ebeveyn-
leriyle karşılaştırıldığında daha üst gelir gruplarına
çıkıldığı,

15- Hastaların yaşadıkları evlerinin fiziki ko-
şullarının gelirleriyle uygunluk gösterdiği ve kontrol
grubuna göre 1-2 odalı evlerde yaşayan hastaların daha
yüksek oranda bulunduğu,

16- Kalıtsal yük taşımaları açısından hastaların
kontrol grubuna göre daha çok kalıtsal yüklülük taşı-
dığı,

17 Hastaların anne ve babasının kontrol grubuna göre sinirlilik ve çok sinirlilik ölçütlerine göre daha yüksek oranı oluşturduğu,

18- Hastaların % 17.69'unun annesi ile % 11.50'nin babasının psikiyatrik tedavi gördükleri,

19- Hastalarımızın anne ve babasının dindar tutumu açısından kontrol grubuyla anlamlı bir farklılık göstermediği,

20- Tedavi ediciliği açısından türbe ve hocaya inanç, hem hastalarımızda ve hem de kontrol grubunda yoğun olmasına karşın, hastalarımızın bu inançlarını daha çok eyleme dönüştürdükleri,

21- Geleneksel Tedavi kurumları olarak başvuru- lan Türbe ve hocaların hastanemiz çevresindeki etkinliğinin daha iyi tanınabilmesi açısından bu kurumların özelliklerinin derinliğine incelenmesinin gerekli olduğu,

22- Hastaların kontrol grubundan daha farklı özellikleri açısından, farklılığını ortaya koymak bakımından, hastanemiz koşullarından daha yoğun yararlanılabileceği ve bu amaçla daha derinliğine anket çalışmaları yapılmasının zorunlu olduğu,

23-Yapılacak anket çalışmalarında örneklerin büyük tutulması ve bulguların Devlet İstatistik Enstitüsünün Demografik verileriyle karşılaştırmasının daha yararlı olacağı sonucuna varılmıştır.

ÖZET

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 1.11.1982 ve 31.10.1983 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 113 Psikiyatrik hastanın yaş, cins, medeni durum, Doğum ve yerleşim yeri, öğrenim düzeyleri, meslekleri, ekonomik durumları ve bazı kültürel özellikleri, diğer kliniklerde yatarak tedavi gören 82 hastanın özellikleri ile ve literatürdeki bilgilerle karşılaştırmalı olarak incelenerek, Sonuçta;

1- Medeni duruma göre dağılımda, hastalarda bekar olanların daha yüksek oranda saptanmasına karşılık (% 56.63) kontrol grubunda evli olanlar daha yüksek orandadır. (% 62.19).

2- Anne-baba ölümü açısından yapılan karşılaştırmada; kontrol grubunda anne-baba ölümü daha yüksek oranda bulunmuştur. (% 69) Hastalarda bu oran % 43.36'dır.

3- Hastaların anne ve babası ile diğer yakın akrabalarında kendilerinininkine benzer hastalığın görülme oranı kontrol grubuna oranla çok yüksek bulunmuştur.

4- Gelir dilimleri açısından hastalar kontrol grubuna göre daha alt gelir gruplarında toplanmaktadır.

5- Hastaların (% 63.71), kliniğe getirilmeden önce ya da taburcu olduktan sonra tedavi amacıyla Geleneksel tedaviye başvurdukları saptanmıştır.

KAYNAKLAR

- 1- ADASAL, R.: Ruh Hastalıkları . A.Ü.Tıp Fak. yayını no:216, ANKARA 1969 / S:420-422.
- 2- ADASAL, R.: Modern Normal ve Medical Psikoloji. A.Ü.Tıp Fak. Yayını No:279 ANKARA,1973.
- 3- AKTAN, M.K.: Ruh Hastalıklarının sıklık ve Dağılımının Kentleşme Süresindeki yeni bir yerleşme yerinde saptanması. Doç.Tezi Diyarbakır, 1977.
- 4- AKTAN, M.K.: D.Ü.Tıp Fakültesi Psikiyatri Stajı Ders Notları.
- 5- ARSAN, C.: "Psikiyatrist gözüyle psikiyatride ekip çalışması" VII.Milli Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Kongresi, Tutanak ve serbest bildiriler. 1972. s:77,84.
- 6- ANDERSON, E.W., TRETHOWAN, W.H.: "Psychiatry" Concise Medical Textbooks, Bailliere, 1967, London.
- 7- AYDINALP, K.: "Skizofenik Reaksiyonda Aile İçi Etkileşimi.
- 8- BARKER, DPJ.: Pratik Epidemiyoloji. Çev:Sabahat Tezcan, Münevve Bertan. Baylan matbaası. Ankara 1979.
- 9- BAYÜLKEM, F.: "40 Konfüzyon Vakasında, Sosyal ve Topografik Özellikler VI.Milli Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi. S0399-403. Cezaevi mat. İST.1971.
- 10- BAYÜLKEM, F.: "Milli Ruh Sağlığı Politikamız Hakkındaki Görüşlerimiz" Sayılı matb. İstanbul, 1979.

- 11- BAYÜLKEM, F.: "Psikiyatrik Hizmetlere İlişkin Yeni görüşler" VIII. Milli Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Kongresi. E.Ü.Matb. İZMİR.S:415-420, 1973.
- 12-BOTTOMORE, T.B.: "Toplumbilim" Doğan Yayınevi, Ankara, 1977. Çev: Ünsal Oskay.
- 13- BÜYÜKBERKER, Ç.: Psikiyatrik Bozuklukların Nedenleri. Klinik Psikiyatri-Ruh Hastalıkları.Edit:Rasim Adasal A.Ü.T.F. Yay. No:216, Ankara 1969 S:17-26.
- 14- CEBİROĞLU, R.: Türkiye'de Geri Zekalı Çocukların Durumu ve Eğitimi. Nöro-Psikiyatri Arşivi Dergisi. C:2, S:4, S:26-30 Ekim,1965.
- 15- CEBİROĞLU, R.: "Çocuk ve Gencin Yetişmesinde Aile" Tıp Dünyası Dergisi.C:46, S:6, S:245-250 1973.
- 16- CROCKETT, G.M., LEMKAU, P.V.: "Schizophrenia, Epidemiology" Comprehensive Textbook of Psychiatry/Ed: Freedman, A.M.Kaplan, H.Kaplan S. Williams ve Wilkins, Baltimore 599-603, 1967.
- 17- ÇAKMAKLI, K.: "Sosyal Tıp" Tıp Dünyası C:50 S:10 S:20-23, 1977.
- 18- ELMACI, N.:Diyarbakır Kentinin Üç Farklı Köysel Grubunda Doğumla ilgili Değer ve Tutumlar. Doktora tezi Diyarbakır, 1976.
- 19- EREN, M.: Soya Çekim Etkeni ve Şizofreni Üstüne Bir Çalışma. Nöro-Psikiyatri Arşivi C:2, S:4 S:35-47,1965
- 20- ESERPEK, A.:Sosyal Kontrol Sapma ve Sosyal Değişme. A.Ü.Eğitim Fak. Yay. No:76, Ankara, 1979.

- 21- FLECK, S.: The role of the Family in Psichiatriy.
Comp. Tex. Psyh. Ed:Freedman A.M, Kaplan,H. S:213-
224.
- 22- GOOD,W.J., HATT,P.K.: Sos. Bil. Ar.Metodları Çev:Ru-
şen KELEŞ Tür. Art.Am.İd.Ens. Sevinç matb. Ankaral973.
- 23- GÜKÇE, .: "Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İncele-
me" H.Ü.Sos. ve B. Bil. Dergisi.C:8 S:1-2 S:46-47
1976.
- 24- HOLLIGSHED, A., REDLICH, F.C.: Social Class and Men-
tal illness. Newyork, 1958.
- 25- JERSILD, A.T.: Çocuk Psikolojisi. Çev:Gülseren Günçe.
A.Ü.E.Fak. Yay. No:43 Ankara.
- 26- KONGAR, E.: "Toplumsal Değişme" Bilgi yayınevi 1972,
Ankara.
- 27- KONGAR, E.: "Türkiyenin Toplumsal yapısı" Bilgi Ya-
yınevi, 1975.
- 28- KOKSAL, C., SAYIL, I., ÜLÜMEN, H.: "Birden Fazla
Ruh Hastası Bulunan Aileler Üzerinde Bir Çalışma"
VIII. Milli Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler kong.
E.Ü.Matb. S:346-352, İzmir, 1973.
- 29- ODEGAARD, O.: "Emigration and Insanity.Acta-Psychi-
atr Ed: L.Bellak 1932.
- 30- OZANKAYA, .: "Toplum bilime Giriş" A.Ü.SBF.Yay.No:403
1977.
- 31- ÖRNEK, T., TUNCER, O.: Enüretik çocuklarda Aile ya-
pısı, Ana-baba özellikleri ve psikolojik motivasyon"
V.Milli Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler kong. Ser-
best tutanak ve bil. E.Ü.Mtb.S:325-330 İzmir 1970

- 32- ÖZBEK, A.: "Sosyal Psikiyatriye Giriş" A.Ü.T.F.yay. no:243 Yeni desen matb. S:230 Ankara 1971.
- 33- ÖZCAN, M.T.: "Şizofrenlerde Aile Strüktürü" IX.Milli Nörolojik ve Psikiyatrik bilimler kongresi, S:127-135 İstanbul 1973.
- 34- SAVAŞIR, Y.: "Türk Toplum. araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğrayan kesimlerinde ruh hastalıklarıyla ilgili tutum ve inançlar. VII.Milli psikiyatrik ve nörolojik bilimler kong.S:313-322 Ankara,1971.
- 35- SAYIL, I., KOKSAL, C., KODANAZ ve Ark.: "İçinde birden fazla ruh hastası bulunan aileler üzerine bir çalışma." IX.Milli Psikiyatrik ve Nörolojik bilimler kong. S:137-144 İstanbul 1973.
- 36- SAYIL, I.: "Göç olgusu ve ruh sağlığına etkileri" Ed:Songar,A. "Polvan hoca için" İ.Ü.Cer.T.F.Psk.Vak. Yay. S:43-51 İstanbul 1980.
- 37- SONGAR,A.: "Modern Psikiyoloji ve ruh hast." Geçit kitapevi 1977.
- 38- SUNMAN, T., SAVAŞIR,Y.: "Akıl hastalıkları ve akıl hastalarına karşı tutum ve inançlar" V.Milli Psikiyatrik ve nörolojik bilimler kong. tutanak ve serbest bildiriler. E.Ü.Matb. S:481-495 İzmir, 1970.
- 39- SAVUK,F.: "Türkiye'de Akıl Hastanelerinin Dünü ve Bugünü" İ.Ü.Cer.T.Fak. Psk. Kln.Vakfı Y:3 İstanbul 1980.
- 40- ŞAHİNKAYA, R.: "Psiko-Sosyal yönleriyle aile" A.Ü.Ziraat Fak. yayını. Ankara 1967.

- 41- TIMUR, S.: "Türkiye'de aile yapısı" H.Ü.Yay.No:1-15 S:3 Ankara, 1972.
- 42- TÜRKİYE İSTATİSTİK CEP YILLIĞI: D.İst.Ens.Ankara 1980.
- 43- TÜRKİYE SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ :DİE. yay. 1973-1974.
- 44- YORÜKOĞLU, A.: "Ailenin Ruhsal Yapısı ve Aile İçi İlişkiler" H.Ü.T.F. Toplum hekimi ders notları/tek-sir. S:59-66 Ankara 1972.
- 45- YORÜKOĞLU, A.: "Çocuk Ruh Sağlığı" İş bankası yay. 1978 Ankara.
- 46- YORÜKOĞLU, A.: Ruh hastalıkları Epidemiyolojisi, Ruh hastalıkları ve sağlığı" Ed:Öztürk, O., E.Ü. Tır.Sin. ve Ruh Yay. No:7 S:383-395, Ankara 1983.
- 47- IV. BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI: T.C. Devlet Planla-ma Teşkilatı yay. No:1664 Ankara 1979-1983.

AİLEVİ ESASA DAYALI PSİKİYATRİK HASTA İNCELEME FORMU

Hast. Psk. Tanı:
 " Som. :

Tarih:
 Sayı :

ÖLÜM: I	Hasta evli ise			
	Anne ve	Baba Özelli.	Kendisi ve	Eşinin Özelli.
Mesleği: ..	...	...	...	...
1- Çü/Sağ				
2- Ö.ise zamanı,				
3- Doğ.tar.yeri				
4- Şimdi ikam yer				
5- Medeni durumu				
6- Kağ. yıl evl.				
7- Evlenme tarzı				
8- Öğrenim durumu				
9- Geçim durumu				
10- G.Sağl.durumu				
11- Ruh.sağl dur,				
12- Çocukl. var mı				

ÖLÜM: II Kardesler Dizini ve Hastanın Dizindeki Yeri				
1- Adı ve cinsi .....	.....	.....	.....	.....
2- Doğ.tar.yeri. ....	.....	.....	.....	.....
3- Medeni durumu .....	.....	.....	.....	.....
4- Mesleği .....	.....	.....	.....	.....
5- Öğrenim durumu .....	.....	.....	.....	.....
6- Sağl. durumu .....	.....	.....	.....	.....
7- Ruh sağl.durum .....	.....	.....	.....	.....
8- Çocukl. var mı .....	.....	.....	.....	.....
9- Çoc.ruh sağl. ....	.....	.....	.....	.....

ÖLÜM: III Hastanın Çocukları ve bazı özellikleri				
- Adı ve cinsi .....	.....	.....	.....	.....
- Doğum tarihi .....	.....	.....	.....	.....
- Medeni durumu .....	.....	.....	.....	.....
- Mesleği .....	.....	.....	.....	.....
- Öğrenim durumu .....	.....	.....	.....	.....
- Gn.ve ruh sağl? .....	.....	.....	.....	.....
- Çoc.ruh sağl? .....	.....	.....	.....	.....

	AMCA	BALA	DAYI	TEYZE	DEDE	NİNE
SAYISI					Baba	Anne
YAŞLARI						
RUH SAĞLI?						
ÇOCL.RUH SAĞLIĞI						

Not: Bu form düzenlenmiş bir anahtara uygun olarak doldurulacaktır.

Formu dolduranın
İMZASI

PSK.Hastanın Aile Yapısına Yönelik Anket Formu

H.AdıSoyadı :

Tarih :

Adresi :

Sayı :

	ANNE	BABA	HASTA	EŞ
1 Ölü-Sağ.....				
2,(Ö)ise zamanı.....				
3-Doğum T.ve yeri.....				
4-Şimdiki ikamet yeri..				
5-Medeni durumu.....				
6 Eşi Akraba mı.....				
7-Kaç yıllık evli.....				
8-Birden çok evli mi...				
9-Evlenme Biçimi.....				
10-Öğrenimi.....				
11-Mesleği.....				
12-Geliri.....				
13-Geçimi.....				
14-Kimlerle kalıyor....				
15-Evleri kaç odalı.....				
16-Dinsel Tutumu.....				
17-Ziyaret ve Şih'a inancı				
18-H.yı götürmüş mü?....				
19-Gen.Sağlık durumu....R				
20-Ruh Sağlığı durumu...				
21-Kaç çocuğu var?.....				
22-Hasta kaçınıcı.R.....				
23-Kardeş.Ruh.Sağl.Durumu N				
24-Ruh hast.akraba var mı				
25-H.Psikiyatrik tanısı.				
26-Ne zamandan beri hast?				
27-Çocuk istiyor				
28-...				