

Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgi ve Görüşleri

Dr. Mustafa YILDIZ¹, Dr. Ayla YAZICI², Dr. Özlem ÇETİNKAYA³, Dr. Rabia BİLİCİ⁴, Reyhan ELÇİM⁵

Özet / Abstract

Amaç: Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalık, nedenleri, tedavisi ve sonuçlarıyla ilgili bilgi ve görüşlerini saptamak ve bunların hangi değişkenlerden etkilendiğini araştırmaktır.

Yöntem: İki farklı kurumda ayaktan izlenen şizofreni hastalarının birlikte yaşadıkları 332 aile üyesi ile görüşüldü. Görüşmede aile üyelerinin nüfus özelliklerini, hastaların klinik özelliklerini, ailelerin hastalığın tanısı ile ilgili bilgisini sorgulayan ve hastalığın nedeni, tedavisi ve sonuçları ile ilgili görüşleri içeren 22 maddelik bir form kullanıldı. Görüşler ailelerin nüfus ve hastaların klinik özellikleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Aile üyelerinin çoğu (%62.0) hastalığın ismini şizofreni ya da psikoz olarak biliyor, %17.5'u ise hastalığın ismini bilmiyordu. Şizofreninin bir beyin hastalığı, ruhsal bir hastalık ve kişilik bozukluğu olduğu sırasıyla %87.7, %95.9 ve %67.5 oranlarında doğru bulundu. Tüm katılımcılar ilaç tedavisinin mutlaka uygulanması gerektiğini işaretledi. Hastalık ve iyileşmeyle ilgili büyüsel atıflar yaklaşık %27.7 oranında ve ailelerin eğitim düzeyi ile ilişkili olarak saptandı. Hastalığın süresi, hastane yatış sayısı, ailede başka bir psikotik hastanın olması, aile üyesinin eğitim düzeyi ve cinsiyeti görüşler üzerinde anlamlı etkide bulundu.

Sonuç: Hastaların klinik özellikleri ve aile üyelerinin nüfus özellikleri ailelerin bilgi ve görüşleri üzerinde etkili bulunmuştur. Çalışmanın bulguları ruhsal eğitim programlarının geliştirilmesinde yararlı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, aile üyeleri, akrabalar, bilgi, görüş

SUMMARY: Relatives' Knowledge and Opinions About Schizophrenia

Objective: The aim of the present study was to determine the knowledge and opinions of schizophrenic patients' relatives regarding the disorder, its causes, treatment methods, and treatment outcomes, as well as to determine the variables that affected their knowledge and opinions.

Method: Data were collected by contacting 332 family members living with schizophrenia outpatients that were treated in 2 different healthcare institutions. A questionnaire form was administered to collect data from the family members regarding demographic features, patients' clinical features, and family members' knowledge of the diagnostics of schizophrenia. The questionnaire also contained 22 statements regarding the etiology, treatment methods, and treatment outcomes of schizophrenia. The data were compared in relation to the demographic features of the relatives and the clinical features of the patients.

Results: Most of the family members (62%) referred to the disorder as schizophrenia or psychosis, and 17.5% did not know the name of the disorder. Family members thought schizophrenia was a brain disorder (87.7%), a psychological disorder (95.9%), or a personality disorder (67.5%). All participants agreed with the statement, "medical treatment must be followed". Magical attributions were believed to be involved in the disorder's onset and its treatment by 27.7% of the participants; this belief was correlated with level of education. Duration of the disorder, number of hospitalizations, existence of another psychotic patient in the family, level of education of the family members, and gender were significant predictors for their opinions.

Conclusion: Clinical features of the patients and demographic features of the family members have a significant effect on the family members' knowledge and opinions. Outcomes of the present study could be used in the development of psychoeducational programs.

Key Words: Schizophrenia, relatives, family members, knowledge, opinions

Geliş Tarihi: 30.05.2009 - Kabul Tarihi : 09.11.2009

Teşekkür: Verilerin çözümlenmesinde katkılarından dolayı Doç. Dr. Ümit Tural'a teşekkür ederiz.

¹Prof., ²Hemşire., Psikiyatri AD., Kocaeli Ü Tıp Fak., Kocaeli. ³Uzm., ⁴Asis., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Gündüz Hastanesi, İstanbul. Dr. Mustafa Yıldız, e-posta: myildiz60@yahoo.com

GİRİŞ

Şizofreni hastalarının duygusal, davranışsal, toplumsal ve maddi sorunlarının birlikte yaşadıkları aile üyeleri üzerinde önemli etkileri olmaktadır. Aile üyeleri de hastalarıyla birlikte belki de yaşamları boyunca sürecek bir sıkıntıya katlanmak durumunda kalmaktadırlar (Magliona ve ark. 1998). Bununla beraber şizofreni ailelerinin tedavi, bakım ve destek alanlarındaki gereksinimlerinin hâlâ tam olarak karşılanmadığı ileri sürülmektedir (Drapalski ve ark. 2008). Aynı zamanda aile üyelerinin çoğu hastalığın doğurduğu yükü baş etmede kendilerini çoğunlukla yalnız hissetmektedirler (Magliona ve ark. 2001).

Bir şizofreni hastasıyla uzun süre birlikte yaşamak durumunda kalmak aile üyelerinin hastalık ve sonuçları hakkındaki görüş ve inançlarını etkileyebilir. Ailelerin hastalık ve sonuçlarıyla ilgili bilgiyi çoğunlukla sağlık çalışanlarından ya da kurumlardan değil kendi deneyimlerinden öğrendikleri bilinmektedir (Gasque-Carter ve Mary 1999). Özellikle hastaya bakım veren aile üyelerinin hastalıkla ilgili görüş ve inançları onların davranışlarını ve dolayısıyla da hastalığın seyrini etkileyebilecek önemli etmenlerdir (Ran ve ark. 2003). Örneğin, hastasının yavaş hareket etmesini ve iş yapmamasını tembel olmasına bağlayarak ona kızan bir aile üyesi bu durumun hastalığın negatif belirtisi olduğunu anlamasıyla kızmaktan vazgeçebilir (Cozolino ve ark. 1988) bu da hastanın stres algısının azalmasına yol açabilir. Hastalığın ortaya çıkmasında kendi tutumlarının sorumlu olduğunu düşünerek kendilerini suçlayan ailelerin yükü hastalık hakkında doğru bilgilenmeyle azalabilir (Barrowclough ve ark. 1996). Bu nedenle aile üyelerinin hastalığın nedenleri, tedavisi, seyri ve sonuçları hakkındaki bilgi, görüş ve inançlarının bilinmesi önemlidir. Çünkü bunlar ailelerin yardım arayışı örüntülerini ve hastalarına karşı davranış ve tutumlarını etkileyebilecek etmenlerdir. Aile eğitimi ve aile terapilerinin aile üyelerinin bilgi düzeylerini artırma yanı sıra onların bakım verme tutumları, tedavi arayış örüntüleri ve hastalığın işlevsel sonuçları üzerinde de önemli rolleri olduğu bilinmektedir (Hogarty ve ark. 1991, Merinder ve ark. 1999, Phillips ve ark. 2000, Ran ve ark. 2003, Lincoln ve ark. 2007).

Aile üyelerinin ya da şizofreni hastası ile ilgilenen bireylerin hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri kültürel özellikler ve sağlık sistemindeki yapısal ve işlevsel farklılıklar nedeniyle ülkeden ülkeye, dahası aynı ülke içerisinde bölgeden bölgeye farklılıklar gösterebilmektedir (Angermeyer ve Matschinger 1996, Magliona ve ark. 2001, Sağduyu ve ark. 2003, Holzinger ve ark. 2003). Örneğin Almanya'nın batı bölgesinde aile üyelerinin

şizofreni nedeni olarak daha çok aile içi çatışmaları sorumlu tuttıkları, doğu bölgesinde ise daha çok sosyal etmenleri sorumlu tuttıkları gösterilmiştir (Holzinger ve ark. 2003). Yine Angermeyer ve Matschinger'in (1996) Almanya'da yaptıkları bir çalışmada, hastalığın nedenleriyle ilgili olarak aile üyelerinin biyolojik etmenleri ön plana çıkarttığı, genel halkın ise özellikle stresle ilişkili olarak ruhsal sorunları ön plana çıkarttıkları dikkat çekmektedir. Yazarlar bu farklı bakışı aile üyelerinin uzmanlardan bilgilenme şansı bulmasına bağlamışlar ve biyolojik etmenleri sorumlu tutmanın aynı zamanda kendi suçluluk duygularıyla baş etmede bir çeşit çözüm olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Hindistan'da Kulhara ve arkadaşları (2000) hastaların çoğunun inançları gereği büyüsel-dinsel tedavi arayışlarına yönediklerini gözlemişlerdir. Afrika kökenli Amerikalılarla çalışan Esterberg (2006), aile üyelerinin çoğunluğunun biyolojik etmenlerin yanı sıra kişilik etmenlerini, ailesel ve toplumsal etmenleri de nedensel ilişki içerisinde değerlendirdiğini saptamıştır.

Aile üyelerinin hastalık ve sonuçlarıyla ilgili bilgi ve inançlarının saptanması onlar için geliştirilecek olan eğitim malzemelerinin içeriğini belirlemede önemli araçlardır (Magliona ve ark. 2001). Türkiye'de bu alanda daha önce yapılmış çalışmalar görece az sayıda aile üyesinin görüşlerini yansıtmaktadır (Karancı 1995, Sağduyu ve ark. 2003). Bu çalışma ile biz daha fazla sayıda hastaların ya da bakıcılarının hastalık ve sonuçlarıyla ilgili bilgi ve görüşlerini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örnekleme

Çalışma Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde 11 aylık bir sürede gerçekleştirildi. DSM-IV'e (1994) göre şizofreni tanısı alan ve ayaktan izlenen hastaların onların bakım ve tedavisiyle ilgilenen, onlarla birlikte yaşayan ve çalışmaya katılmaya onay veren yakınlarıyla poliklinik ortamında özel bir odada görüşüldü. Çalışmaya katılma ölçütü olarak 18 yaşın üstünde olmak, okur-yazar olmak, konuşma ve dil sorunu yaşamamak alındı. Görüşmeye Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nden 251, Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğinden 81 hasta yakını katıldı. Her hasta için yalnızca bir aile bireyi ile görüşüldü.

Araçlar

Çalışmada aile üyelerinin ve hastaların nüfus özelliklerini ve hastalıkla ilgili özellikleri (cinsiyet, akrabalık

TABLO 1. Şizofreni Hastalarının Yakınlarının (n:332) Nüfus Özellikleri.

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	175
	Kadın	157
Yakınlık derecesi	Kardeş	95
	Baba	83
	Anne	79
	Eş	30
	Evlat	14
	Akraba/bakıcı	31
Aile BPB*	115	34.6
Yaş**	Ortalama:47.3, SS:13.8, Aralık:18-75, Ortanca:49	
Eğitim**	Ortalama:7.2, SS:3.7, Aralık:3-16, Ortanca:5	

* Ailede başka bir psikotik bozukluk (şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizo-afektif bozukluk, sanrılı bozukluk) hastasının varlığı.

** Hasta yakınlarının yaşı ve eğitim düzeyi arasında orta derecede negatif bir bağıntı ($r = -0.353$, $p = 0.001$) vardı.

bağı, yaş, eğitim düzeyi, hastalığın süresi, hastanede yatış sayısı, ailede benzer başka bir hastanın varlığı) sorgulayan bir görüşme formu kullanıldı. Ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığı “ailenizde ya da akrabalarınız arasında yakınınızın hastalığına benzer hastalığı olan var mı? Benzeri ilaçları kullanan var mı? Benzeri nedenlerle doktora gitmiş ya da hastanede yatmış olan var mı? Tanısını biliyor musunuz?” gibi sorulara alınan yanıtlarla görüşmecinin oluşturduğu kanı doğrultusunda saptandı. Formda aile üyelerinin yakınlarının hastalığı ne olarak bildiklerine dair “yakınınızın hastalığının ismini ne olarak biliyorsunuz?” şeklinde açık uçlu bir soru yer aldı. Çalışmada ayrıca aile üyelerinin hastalık, nedenleri ve sonuçları hakkındaki bilgilerinin değerlendirmek üzere yazarlar tarafından ilgili yazın (Barrowclough ve ark. 1987, Angermeyer ve Matschinger 1996, Yang ve ark. 1999, Magliano ve ark. 1999) ve klinik deneyimler ışığında düzenlenmiş olan Hastalık Bilgi Formu (doğru/yanlış seçeneekli 22 soru) kullanıldı. Görüşme poliklinik ortamında özel bir odada yazarlardan ÖÇ, RB ve RE tarafından gerçekleştirildi. Bilgi formunun doldurulmasında aile üyeleri tarafından anlaşılmayan kavramlar olduğu takdirde görüşmeciler tarafından açıklamada bulunuldu.

Çözümleme

Hastalık Bilgi Formundaki soruların yanıtları (doğru/yanlış) yüzde olarak hesaplandı. Hasta yakınlarının sayısal olan nüfus özellikleri, hastaların hastalık süresi ve hastane

yatış sayıları bağıntı analizi ile incelendi. Hastalık Bilgi Formu’ndaki yanıtları doğru ve yanlış iki grup olarak sayısal değişkenlerle karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi, hasta yakınlarının cinsiyeti ve ailede başka bir psikotik hastalık öyküsü gibi kategorik değişkenlerle karşılaştırmak için ki-kare testi uygulandı. Hasta yakınlarının görüşlerinin öngörücülerini saptamak için ikili değerlendirmelerde anlamlı çıkan değişkenler çoklu lojistik regresyon analizinde forward LR yöntemi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak alındı.

BULGULAR

Aile üyeleri

Gönüllü olan 332 katılımcının tamamı görüşmeyi tamamladı. Katılımcıların nüfus özellikleri tablo 1’de sunuldu.

Hastaların özellikleri

Hastalığın ortalama süresi (psikotik belirtilerin ilk başladığı zamandan görüşme anına kadar geçen süre) 11.5 (SD:8.3, aralık:1-40, ortanca:9) yıl, hastaların bu sürede ortalama hastane yatış sayısı 4.3 (SD:6.0, aralık:0-40, ortanca:3) idi. Hastalığın süresi ile hastaneye yatış sıklığı arasında orta derecede pozitif bir bağıntı ($r = 0.449$, $p = 0.001$) vardı.

Hastalığın ismi hakkındaki bilgi

Ailelerin çoğu (%62.0) hastalığın ismini şizofreni (%51.2) ve psikoz (%10.8) olarak, bir kısmı sinirsel hastalık (%9.5), ruhsal hastalık (%6.9), akıl hastalığı (%2.1) ve depresyon (%2.1) olarak biliyordu. %17.5’u ise hastalığın ismi hakkında bilgi sahibi değildi (tablo 2).

Hastalık hakkında bilgiler

Hasta yakınlarının Hastalık Bilgi Formunda verdikleri yanıtlar tablo 3’de gösterilmiştir.

TABLO 2. Hasta Yakınlarının Hastalığın İsmi İle İlgili Bilgileri.

Hastalığın ismi	Sayı (332)	Yüzde (%100)
Şizofreni	170	51.2
Psikoz	36	10.8
Sinir hastalığı	31	9.5
Ruh hastalığı	23	6.9
Aklıl hastalığı	7	2.1
Depresyon	7	2.1
Bilmiyor	58	17.5

TABLO 3. Hasta Yakınlarının (n:332) Sorulara Verdikleri Yanıtlar.

Sorular	Doğru (n)	Yüzde	Yanlış (n)	Yüzde
1. Yakınının hastalığı bir beyin hastalığıdır	291	87.7	41	12.3
2. Hastalık ruhsal bir rahatsızlıktır	317	95.5	15	4.5
3. Hastalık bir kişilik bozukluğudur	224	67.5	108	32.5
4. Bu hastalığa cinler, şeytanlar neden olmuş olabilir	92	27.7	240	72.3
5. Hastalığın ortaya çıkışında kalıtımın rolü vardır	180	54.2	152	45.8
6. Hastalığa aile içi bazı sorunlar neden olmuştur	211	63.6	121	36.4
7. Hastalık Tanrının verdiği bir cezadır	118	35.5	214	64.5
8. Çevresel etkenler hastalığa neden olmuştur	253	76.2	79	23.8
9. Tembellik hastalığın bir sonucudur	228	68.7	104	31.3
10. Bu hastalar daha fazla suç işlemeye eğilimlidir	215	64.8	117	35.2
11. Bu hastalar kendi kararlarını doğru veremezler	280	84.3	52	15.7
12. Hastalık düzelebilen, iyileşebilen bir hastalıktır	207	62.3	125	37.7
13. Hastalık sürekli, iyileşme ve kötüleşmelerle gider	279	84.0	53	16.0
14. Hastalık hocaya ve türbeye gitmekle düzelebilir	69	20.8	263	79.2
15. İlaç tedavisi mutlaka uygulanmalıdır	332	100.00	0	0.0
16. Hasta iyileşse bile ilaçlar yıllarca kullanılmalıdır	268	80.7	64	19.3
17. İlaçlar kısırlık yaparlar	106	31.9	226	68.1
18. İlaçlar bağımlılık yaparlar	194	58.4	138	41.6
19. İlaç tedavisine ruhsal tedavi eklenmelidir	321	96.7	11	3.3
20. Hastaların evlenmeleri uygun olur	78	23.5	254	76.5
21. Bir işte çalışmak hasta için iyi gelir	252	75.9	80	24.1
22. Bu hastalar iyileşip toplum içine karışabilirler	303	91.3	29	8.7

Bazı değişkenlerin hasta yakınlarının yanıtları ile istatistiksel anlamda ilişkili olduğu saptandı. Bunlar:

Hastalığın bir beyin hastalığı olduğu düşüncesi aile üyesinin yaşı (genç olmak) ($z=-2.084$, $p=0.037$) ve ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığı ile ($\chi^2=6.375$, $p=0.012$) ile ilişkili idi.

Hastalığın bir kişilik bozukluğu olduğu düşüncesi aile üyesinin yaşı (ileri yaş) ($z=-3.033$, $p=0.002$), hastalığın süresi (uzun sürmesi) ($z=-2.270$, $p=0.023$) ve ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığı ($\chi^2=12.548$, $p<0.0005$) ile ilişkili bulundu.

Hastalığa cinler, şeytanlar neden olmuş olabilir düşüncesi aile üyesinin eğitimi (düşüklüğü) ($z=-6.478$, $p<0.0005$) ve hastanede yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-2.951$, $p=0.003$) ile ilişkili bulundu.

Hastalığın ortaya çıkışında kalıtımın rolü olduğu düşüncesi ile ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığı ($\chi^2=46.978$, $p<0.0005$) ve kadın cinsiyeti ($\chi^2=13.828$, $p<0.0005$) arasında ilişki bulundu. Ailede başka bir psikotik hastanın varlığı kadınlarda (%44.6) erkeklere (%25.7) göre daha fazla ($p=0.001$) idi.

Aile içi sorunlar bu hastalığa neden olmuş olabilir düşüncesi kadın cinsiyeti ile ($\chi^2=9.090$, $p=0.003$) ilişkili bulundu.

Hastalığı Tanrı'nın bir cezası olarak görme hasta yakınının yaşı (ileri yaş) ($z=-3.341$, $p=0.01$), eğitimi (düşüklüğü) ($z=-9.129$, $p<0.0005$) ve hastanın hastane yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-2.490$, $p=0.013$) ile ilişkili bulundu.

Hastaların daha fazla suç işlemeye eğilimli oldukları düşüncesi ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının

TABLO 4. Değişkenler ve Etkileşen Görüşler, Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız değişkenler	Bağımlı Değişken (Görüşler)	Exp(β)	%95 CI	p
Hasta yakınının cinsiyeti (kadın)	Aile içi sorunlar neden ol..	2.02	1.276-3.192	0.003
	Süreklidir, iyileşme ve kötü..	2.13	1.144-3.976	0.017
Hasta yakınının eğitim düzeyi düşüklüğü	Cinler, şeytanlar neden ol.	1.29	1.174-1.418	0.001
	Tanrının bir cezasıdır	1.54	1.367-1.729	0.001
	Suç işlemeye eğilimlidirler	1.08	1.020-1.157	0.010
	Kararlarını doğru veremezler	1.11	1.028-1.197	0.007
	Hoca, türbe ile düzelebilir	1.41	1.239-1.607	0.001
	İlaçlar kısırlık yapar	1.39	1.253-1.535	0.001
	İlaçlar bağımlılık yapar	1.14	1.070-1.210	0.001
	Çalışmak iyi gelir	0.86	0.820-0.960	0.003
Ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığı	Beyin hastalığıdır	3.05	1.296-7.160	0.011
	Kişilik bozukluğudur	2.54	1.482-4.359	0.001
	Kalıtımın rolü vardır	5.34	3.117-9.138	0.001
	Suç işlemeye eğilimlidirler	1.73	1.043-2.865	0.034
Hastalığın süresi	Suç işlemeye eğilimlidirler	1.04	1.012-1.074	0.006
	İlaçlar kısırlık yapar	0.96	0.926-0.988	0.007
	Çalışmak iyi gelir	0.96	0.929-0.987	0.006
	Evlenmeleri uygundur	0.95	0.916-0.984	0.005
Hastanede yatış sayısı	Suç işlemeye eğilimlidirler	1.08	1.019-1.147	0.010
	İyileşip toplum içine karışır..	0.92	0.883-0.964	0.001

varlığı ($\chi^2=46.978$, $p<0.0005$), hasta yakınının yaşı (ileri yaş) ($z=-2.322$, $p=0.020$), eğitimi (düşüklüğü) ($z=-3.272$, $p=0.001$), hastalığın süresi (uzun sürmesi) ($z=-2.866$, $p=0.004$) ve yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-5.133$, $p<0.0005$) ile ilişkili bulundu.

Hastalar kendi kararlarını doğru veremezler görüşü hasta yakınlarının eğitimi (düşüklüğü) ($z=-2.627$, $p=0.009$) ve hastanede yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-2.355$, $p=0.019$) ile ilişkili bulundu.

Hastalık süreklidir, iyileşme ve kötüleşmelerle gider düşüncesi hasta yakınının eğitimi (düşüklüğü) ($z=-2.406$, $p=0.016$) ve kadın cinsiyeti ($\chi^2=5.839$, $p=0.016$) ile ilişkili bulundu.

Hastalık hoca ve türbeye gitmekle düzelebilir düşüncesi hasta yakınlarının eğitimi (düşüklüğü) ($z=-6.297$, $p<0.0005$) ve hastanede yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-2.094$, $p=0.036$) ile ilişkili bulundu.

Hasta iyileşse bile ilaçlar yıllarca kullanılmalıdır düşüncesi hastalığın süresi (uzun sürmesi) ($z=-4.220$,

$p<0.0005$) ve yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-3.881$, $p<0.0005$) ile ilişkili bulundu.

İlaçlar kısırlık yaparlar düşüncesi hasta yakınının yaşı (ileri yaş) ($z=-2.725$, $p=0.006$), eğitimi (düşüklüğü) ($z=-7.119$, $p<0.0005$), hastalığın süresi (kısa sürmesi) ($z=-1.957$, $p=0.045$), hastane yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-2.236$, $p=0.025$) ve ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığı ($\chi^2=46.978$, $p<0.0005$) ile ilişkili bulundu.

İlaçlar bağımlılık yaparlar düşüncesi hasta yakınlarının yaşı (ileri yaş) ($z=-2.322$, $p=0.020$), eğitimi (düşüklüğü) ($z=-4.222$, $p<0.0005$) ve hastane yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-3.129$, $p=0.002$) ile ilişkili bulundu.

Hastaların evlenmeleri uygun olur düşüncesi hastalığın süresi (kısa sürmesi) ($z=-3.105$, $p=0.002$) ile ilişkili bulundu.

Bir işte çalışmak hasta için iyi gelir düşüncesi hasta yakınlarının eğitimi (yüksekliği) ($z=-3.344$, $p=0.001$), hastalığın süresi (kısa sürmesi) ($z=-2.722$, $p=0.006$) ve

hastanede yatış sayısı (azlığı) ($z=-2.712$, $p=0.007$) ile ilişkili bulundu.

Bu hastalar iyileşip toplum içine karışabilirler düşüncesi hasta yakınlarının eğitimi (yüksekliği) ($z=-2.270$, $p=0.023$), hastalığın süresi (kısa sürmesi) ($z=-2.795$, $p=0.005$) ve hastanede yatış sayısı (azlığı) ($z=-3.447$, $p=0.001$) ile ilişkili bulundu.

İkili karşılaştırmalarda anlamlı çıkan ilişkilerde hasta yakınlarının görüşlerinin öngörücülerini saptamak için çoklu karşılaştırma yapıldı. Lojistik regresyon analiz sonuçları tablo 4'de sunuldu.

TARTIŞMA

Şizofreni tedavisinde önemli bir yeri olan aile girişimlerinin içeriğinin hazırlanması ve düzenlenmesinde aile bireylerinin hastalık hakkındaki düşünce, görüş ve inanışlarını bilmek önemli bir yol gösterici olacaktır. Yanlış bilgiler hasta yakınlarını yanlış arayışlara yönlendirebilir, sonuçta da hastalığın gidişi olumsuz etkilenir. Hasta yakınlarına yönelik eğitim çalışmalarının bilgi ve inançları değiştirerek bakımla ilgili tutum değişikliklerine neden olabildiği gösterilmiştir (Ran ve ark. 2003). Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalık ve sonuçlarıyla ilgili bilgi düzeylerinin ne durumda olduğunu araştıran çalışmamız bazı önemli ipuçlarını ortaya çıkarmıştır.

Hastalığın ismi

Hasta yakınlarının yarısı hastalığın ismini şizofreni olarak bilmekle beraber altıda biri hastalığın ismini bilmemektedir. Hastalığın ne olduğunun tedavi ediciler tarafından hasta yakınlarına anlatılmış olması beklenir. En azından hasta ile ilgilenen kişilerin doktorlara ya da tedavi ekibinden diğer üyelere hastalığın ne olduğunu sormuş olmaları beklenir. Klinik deneyimlerimiz bizlere hasta yakınlarının bu soruyu genellikle sorduklarını ve hastalığı anlamaya çalıştıklarını göstermektedir. Burada hasta yakınlarının tedavilerinde rol oynadıkları hastalarının hastalığının ismini bilmedikleri mi yoksa kabullenmek istemedikleri mi söz konusu olmaktadır? Bu çalışma ile bunu anlamak olası değildir. Çünkü günlük uygulamalarda hastalığın ismini duyduktan sonra başka uzman ya da kliniklere giderek farklı bir isim duyma umudunu taşıyan hasta yakınları ile karşılaşmak neredeyse sıradan bir durumdur. Buradaki bilmeme durumu bilgi eksikliğinden mi kaynaklanmakta yoksa hasta yakınlarının yadsıma eğilimini mi yansıtmaktadır? Ailelerin tanıyı yadsıma durumunu ve olayın içkin düzeneklerini anlamak için yeni araştırmalara gereksinim vardır.

Hastalığın doğası ve nedenleri

Hasta yakınları ismini tam olarak bilmese bile hastalığın nasıl bir hastalık olduğu konusunda isabetli yanıtlar vermişlerdir. %90 oranında hastalığın hem biyolojik hem de ruhsal bir hastalık olduğunu işaretlemişlerdir. Burada beyin hastalığı ve ruhsal hastalık arasında bir ikilemin yaşanmadığı dikkati çekmektedir. Tamamının ilaç tedavisinin mutlaka uygulanması gerektiğini işaretlemiş olması da bu görüşü desteklemiştir. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) olgu tanıtımı yaparak hasta yakınlarına (n:98) görüşlerini sorma şeklinde yaptığı çalışmada akrabalar şizofreni terimini aşırı üzüntü (%48) ve ruhsal zayıflık hali (%81.6) olarak anlamlandırmış, %76.5 oranında da bir akıl hastalığına işaret ettiğini belirtmişlerdir.

Hastalığın bir beyin hastalığı olduğu düşüncesi ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığından etkilenmiştir. Ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının var olması bu görüş üzerinde önemli bir etkide bulunmuştur [$\text{Exp}(\beta)=3.05$]. Buradan aile üyelerinin kalıtımla beyin hastalığı olma arasında biyolojik bir bağlantı kurdukları söylenebilir. Hastalığın ortaya çıkmasında kalıtımın rolü önemli oranda (%54) işaretlenmiştir. Kalıtımın rolüne vurgu yapanlar arasında ailede psikotik hastalık öyküsü olanların tamamı vardı. Ailede psikotik hastalığı olan başka bir bireyin daha olması hasta yakınlarının hastalığın nedeni olarak deneyimle öğrenilmiş bir bilgi olma açısından kalıtımı işaretlemelerinde önemli bir etken [$\text{Exp}(\beta)=5.34$] olmuştur denebilir. Hindistan'da 254 aile üyesiyle yapılan çalışmada da (Srinivasan ve Thara 2001) kalıtıma nedensel atıfta bulunanların hepsinde aile öyküsünün pozitif olduğu bildirilmiştir.

Hastalığın ortaya çıkışında ruhsal toplumsal etkenler olarak değerlendirilebilecek olan aile içi sorunlar (%64) ve çevresel etkenler (%76) önemli oranda işaretlenmiştir. Bu oran Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) bulduğu orana (%70.4) çok yakındır. Çalışmamızda aile içi sorunların hastalığa neden olması görüşü ile kadın cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadın cinsiyeti aynı zamanda hastalığın sürekli olduğu, iyileşme ve yinelenmelerle gittiği düşüncesini de anlamlı düzeyde doğru bulmuştur. Bu durum kadınların hastalarla daha fazla zaman geçirmeleri, aile içi çatışmalarla birlikte depresme ve yinelenmelerin olmasının gözlenmesi ve belki de erkeklerle göre daha iyi bir gözlemci olmaları ile açıklanabilir. Ancak bu görüşün başka çalışmalarla test edilmesi gerekir. Türkiye'de yapılmış olan bir başka çalışmada stres ve aile içi çatışma sırasıyla %50 ve %40 oranlarında nedensel atıf olarak bildirilmiştir (Karancı 1995). İtalya'da 709 aile üyesiyle yapılan bir çalışmada (Magliona ve ark.

2001) hastalığın stres, ruhsal travma, romantik bir ilişkinin bozulması gibi ruhsal toplumsal etkenlerle oluştuğuna inanma oranı %70 bulunmuştur. Çin'de yapılan bir çalışmada da (245 hasta yakını, ortalama 2.5 yıl hastalık süresi) aile üyeleri hastalığın nedenleri olarak %84 oranında ruhsal toplumsal nedenleri (stres, kişilik sorunları, ilişki sorunları) sorumlu tutmuşlardır (Phillips ve ark. 2000).

Büyüsel atıflar

Hastalığa cinler ve şeytanlar gibi doğaüstü güçlerin neden olabileceğini doğru bulma oranı %28 idi. Hasta yakınlarının bazıları da (%36) hastalığı Tanrı'nın bir cezası olarak değerlendirmiştir. Aynı zamanda hastalığın hoca ve türbe gibi geleneksel arayışlarla düzelebileceği inancı da %21 oranında "doğru" olarak işaretlenmiştir. Tüm bu görüşlerin aile üyelerinin eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkili bulunması anlamlıdır. Eğitim düzeyindeki düşüklükle hastalığın nedeni olarak doğaüstü güçlere inanç arasındaki anlamlı ilişki Çin (Phillips ve ark. 2000), Hindistan (Srinivasan ve Thara 2001), Nijerya (Ohaeri ve Fido 2001) ve Bali'de (Kurihara ve ark. 2006) yapılmış olan çalışmalarda da gösterilmiştir. Nijerya'da yapılan çalışmada ailelerin %67'si, Bali'de yapılan çalışmada ise %64'ü doğaüstü güçleri hastalıklardan birinci derecede sorumlu tutmuşlardır. Hindistan'da yapılan çalışmada doğaüstü güçlere atıf %12 oranında belirtilmiştir. Çin'de yürütülen çalışmada ise doğaüstü güçlere nedensel atıf %12'den az saptanmış ve bu durum aile grubunda kırsal kesim kökenlilerin azlığı ile açıklanmıştır. Az gelişmiş ülkelerde hastalığın doğaüstü güçlerle oluştuğuna inanılması ve o alanlarda tedavi arayışlarında bulunulması kültür etkenlerinin yanı sıra sosyal güvenlik sistemlerinin yetersizliği ile de açıklanabilmektedir (Ohaeri ve Fido, 2001).

Kişilik bozukluğu

Hasta yakınlarının %68'i hastalığı bir kişilik bozukluğu olarak görmüştür. Bu görüş ailede psikotik hastalığı olan başka bir bireyin olması ile doğrudan ilişkili [$Exp(\beta)=2.54$] bulunmuştur. Aile çevresinde kalıtımsal bir bağlantının gözlenmesi aile üyelerinin hastalığı bir kişilik bozukluğu olarak görmelerine neden olabilmektedir. Hastalığı bir kişilik bozukluğu ya da sorunu olarak görmek başka çalışmalarda da gösterilmiş bir bulgudur. Angermeyer ve Matschinger (1996) ile Sağduyu ve arkadaşları (2003) da bizim bulgumuza yakın bir oranda (sırasıyla %50 ve %65.3) şizofreni hastalarının yakınlarının hastalığı kişilik zayıflığı olarak gördüğünü saptamışlardır.

Şizofreniyi bir kişilik bozukluğu ya da zayıflığı olarak görme yanı sıra kişilik sorunlarının hastalık için nedensel atıf olarak değerlendirilmesi de söz konusu olabilmektedir. Çin'de yürütülen çalışmada (Phillips ve ark. 2000) nedensel atıf olarak kişilik sorunları belirtilmekte ve bu durum eğitim düzeyinin yüksekliği ile ilişkilendirilmektedir. Yüksek eğitimli bireylerin hastalığı dış güçlere değil içsel nedenlere bağlama eğilimi olduğu şeklinde açıklama getirilmektedir. Hastalığın nedeni olarak kişilik sorunu-görme ile hastalığın süresinin (5 yıldan az) kısa olması arasında ilişki saptayan Srinivasan ve Thara (2001) bu durumu hasta yakınlarının kişilikten kaynaklanan uyum sorunları olarak görmeleri ile açıklamaktadır. Bizim çalışmamızda kişilik boyutu nedensel atıf olarak sorgulanmamıştır.

Hasta yakınlarının %69'u tembelliğin hastalığın bir sonucu olduğu görüşünü doğru olarak işaretlemiştir. Yine çoğunluğu (%84) hastaların kendi kararlarını doğru veremeyecekleri görüşünü doğru olarak işaretlemiştir. Hastaların doğru karar veremeyecekleri görüşü aile üyelerinin düşük eğitim düzeyli olması ile ilişkili [$Exp(\beta)=1.11$] bulundu. Ancak hasta yakınlarının kendi hastalarının sağlıklı/doğru karar verip veremeyecekleri konusundaki görüşlerini etkileyen etmenleri incelemek için birlikte hastaların karar verme yetilerinin de değerlendirildiği çalışmalara gereksinim olduğunu düşünüyoruz.

iyileşme

Çalışmamızda hasta yakınlarının %62'si hastalığın düzelebilen, iyileşebilen bir hastalık olduğu görüşünü doğru bulurken hastalığın sürekli olduğu, iyileşme ve kötüleşmelerle gittiği görüşünü %84 oranında doğru bulmuştur. Hastaların iyileşip toplum içine karışabileceği düşüncesi (%91) hastanede yatış sayısı [$Exp(\beta)=0.92$] ile ters ilişkili bulunmuştur. Yatış sayısı arttıkça bu görüşü benimseme oranı düşmektedir. Sonuçlar yatış sayısının artmasının ailelerin hastalığın iyileşeceğine dair umutlarını azalttığı şeklinde yorumlanabilir. İtalya'da yapılan çalışmada (Magliona ve ark. 2001) aile üyelerinin %40'ının hastalarının daha fazla iyileşmeyeceğine inandığı saptanmıştır. Bu çalışmada iyileşme umudu, hastalığa neden olarak ruhsal toplumsal etkenleri görenlerde biyolojik nedenleri görenlere göre daha fazla saptanmıştır. Biyolojik bakışın en azından şimdiki olanaklarla umutsuzluğa yol açtığını söyleyebiliriz. Sağduyu ve arkadaşlarının çalışmasında (2003) hasta yakınlarının %80'i şizofreniyi tedavi edilebilir bir hastalık olarak görmüşlerdir.

Hastalık iyileşse bile ilaçların yıllarca kullanılması gerektiği düşüncesi %81 oranında doğru olarak işaretlenmiştir. Süreğen ve yineleyici doğası olan hastalıkla birlikte yaşamak aile üyelerine ilaçların mutlaka kullanılması gerektiğini öğretmiştir diyebiliriz.

Ruhsal toplumsal tedaviler

Aile üyelerinin hepsi bu hastalığın tedavisinde ilaçların mutlaka kullanılması gerektiğini doğru bulmanın yanı sıra tedaviye ruhsal ve toplumsal yaklaşımların da eklenmesi gerektiğini (%97) doğru bulmuşlardır. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da hasta yakınları ilaç tedavisini %87.4, psikoterapiyi de %72.6 oranında tedavi edici bulmuşlardır. Bu oranlardan yola çıkarak şizofrenide ruhsal toplumsal tedavi uygulamaları Türkiye’de en azından şimdilik ailelerin önemli beklentileri arasındadır denebilir.

Evlenme, çalışma ve toplum içine karışma

Hasta yakınları hastalarının evlenmelerinin uygun olacağını %24 oranında ve bir işte çalışmanın hastalar için iyi geleceğini %76 oranında doğru bulmuşlardır. Evlenmenin uygun olacağı [$Exp(\beta)=0.95$] ve bir işte çalışmanın iyi geleceği [$Exp(\beta)=0.96$] düşüncesi hastalığın süresi ile ters ilişkili bulunmuştur. Hastalığın süresi arttıkça bu görüşler daha az benimsenmiştir. Aile üyeleri hastalıkla birlikte uzun bir dönem geçirmeden evlenme umudunu ve çalışma hayatının iyi geleceği umudunu hâlâ taşıyorlar denebilir. Çalışmanın iyi geleceği düşüncesi eğitim düzeyinden olumlu etkilenmiştir [$Exp(\beta)=1.16$] ($1/0.86=1.16$). Hasta yakınlarının eğitim düzeyinin artması ile çalışmanın iyi geleceği görüşünün daha fazla benimsenmiş olması doğrudan eğitim düzeyinin etkisini yansıtabileceği gibi hasta yakınlarının kendi iş yaşamlarının sonuçlarını da yansıtıyor olabilir. Çalışmamızın verileriyle bunun ayırdını yapmak zor olup yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Hastaların kendi kararlarını doğru olarak veremeyeceklerine inanma oranı yüksek (%84) olmasına rağmen hasta yakınlarının hastalarının çalışmaları ve toplum içine karışmalarını (%91) desteklemiş olması onların dışlayıcı ve damgalayıcı olmak yerine hastalarının geleceğiyle ilgili umutlu oldukları şeklinde yorumlanabilir. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da şizofreni hastalarının toplum içinde olmaları gerektiği düşüncesi %69 oranında saptanmıştır.

Hastaların iyileşip toplum içerisine karışabilecekleri düşüncesinin hastanede yatış sayısı arttıkça [$Exp(\beta)=0.92$] benimsenme oranı düşmektedir. Bu du-

rum hasta yakınlarının umutlarının her yatışta azalmasını yansıtıyor olabilir.

Suç işleme

Hasta yakınlarının %65’i hastaların suç işleme eğiliminin diğer insanlardan daha fazla olduğu görüşünü doğru bulmuşlardır. Sağduyu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da hastalarda saldırganlık olduğu düşüncesi benzer şekilde %71 oranında benimsenmiştir.

Hastaların daha fazla suç işleme eğiliminde olduğu düşüncesi ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının olması [$Exp(\beta)=1.73$], yatış sayısının fazla olması [$Exp(\beta)=1.08$], hastalığın süresinin uzaması [$Exp(\beta)=1.04$] ve aile üyelerinin eğitim düzeyi düşüklüğü [$Exp(\beta)=1.08$] ile ilişkili bulunmuştur. Bu görüşün en fazla kalıtsal bağdan olmak üzere hastalığın süresinden, hastane yatışının sıklığından ve eğitim düzeyi düşüklüğünden etkilendiği görülmektedir. Buradaki etkilenmeyi tam olarak anlayabilmek için, aynı zamanda saldırgan davranış gösterme ya da suça eğilim açısından değerlendirilmiş olan hastaların yakınlarının görüşlerini incelemek gerekmektedir.

İlaçların kısırlık ve bağımlılık yapması

İlaçların kısırlık yaptığı görüşünü hasta yakınlarının %32’si doğru bulmuştur. Kısırlık düşüncesinin kökeni büyük olasılıkla ilaçların cinsel istekte azalmaya yol açmaları ile ilişkilidir. İlaçların bağımlılık yaptığı düşüncesini aile üyelerinin %58’i doğru bulmuştur. Türkiye’de yapılmış diğer çalışmada da bu konuda yakın oran (%67) verilmiştir (Sağduyu ve ark. 2003). Şizofreni tedavisinde kullanılan yan etki giderici ilaçların (biperiden, diazepam) bağımlılık yapıyor olmalarının bu görüşü beslemiş olma olasılığı vardır. İlaçların uzun süreli kullanılıyor olması ve ilaç kesildiğinde hastalığın yineleme riskinin artıyor olması da bağımlılıkla ilgili görüşte önemli bir rol oynamış olabilir.

İlaçların kısırlık ve bağımlılık yaptıkları düşüncesi aile üyelerinin eğitim düzeyinin düşüklüğü ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olan aile üyelerinin bilgiyi öğrenme ve kullanma becerilerini yansıtıyor olabilir. İlaçların kısırlık yaptıkları düşüncesi aynı zamanda hastalığın süresi ile de ilişkili bulunmuştur. Hastalığın süresi uzadıkça bu görüş daha az benimsenmiştir. Hasta yakınlarının süreci içerisinde doğru bilgiyi öğrenmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Tedaviye uyumu doğrudan etkileyebilen bu konular gerek bireysel görüşmelerde gerekse eğitim ortamlarında ele alınmalı ve açıklığa kavuşturulmalıdır.

Sonuç olarak

Bu çalışma görece uzun süredir (hastalık süresi ortalama 11.5 yıl) hasta olan bireylerin ailelerinin görüşlerini yansıtmaktadır. Hasta yakınları büyük olasılıkla hastalarıyla uzun zaman geçirmişler ve sağlık çalışanlarıyla daha fazla muhatap olmuşlardır. Bu durum onların görüşleri üzerinde etkili olmuş olabilir. Genel olarak hastalığın süresinin, hastanede yatış sayısının, hasta yakınlarının eğitim düzeyinin, ailede bir başka psikotik hastalığı olan bireyin bulunmasının ve cinsiyetin görüşler üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada saptanan bu bulgular hasta yakınları için ruhsal eğitim programlarının oluşturulmasında ve toplum için yürütülen duyarlılık kampanyalarında dikkat çekilecek noktaları vurgulamada yararlı olabilir. Şizofreni

tedavisiyle uğraşan uzmanların ailelerin bilgi düzeyini artırarak olası olumsuz sonuçları önleme şansları olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmada aile üyelerinin meslekleri, gelir düzeyleri, yaşadıkları yerler, sosyo-kültürel düzeyleri, hastalarıyla ne kadar zaman geçirdikleri, ruhsal tedavi görmüş olma, hastalığın son zamanlardaki şiddeti ve hastaların nüfus özellikleri gibi hastalıkla ilgili görüşleri etkileme olasılığı olan durumlar irdelenmemiştir. Aynı zamanda ailede başka bir psikotik bozukluk hastasının varlığı sadece aile üyesinin verdiği bilgiler çerçevesinde değerlendirilmiş olup güvenilirliği çok sınırlıdır. Çalışmanın sonuçları bu kısıtlılıklar çerçevesinde değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Angermeyer MC, Matschinger H (1996) Relatives beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scand*, 93: 199-204.

Barrowclough C, Tarrrier N, Watts S ve ark. (1987) Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *Br J Psychiatry*, 151:1-8.

Barrowclough C, Tarrrier N, Johnston M (1996) Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenic patients. *Schizophr Bull*, 22: 691-702.

Cozolino LJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH ve ark. (1988) The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion. *Schizophr Bull*, 14: 675-87.

Drapalski AL, Marshall T, Seybolt ve ark. (2008) Unmet Needs of Families of Adults With Mental Illness and Preferences Regarding Family Services. *Psychiatr Serv*, 59: 655-62.

Esterberg ML, Compton MT (2006) Causes of schizophrenia reported by family members of urban African American hospitalized patients with schizophrenia. *Comp Psychiatry*, 47: 221-26.

Gasque-Carter KO, Mary B, Curlee MB (1999) The Educational Needs of Families of Mentally Ill Adults: The South Carolina Experience. *Psychiatr Serv*, 50: 520-24.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ ve ark. (1991) Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 340-47.

Holzinger A, Kilian R, Lindenbach I ve ark. (2003) Patients' and their relatives' causal explanations of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 155-62.

Karancı AN (1995) Caregivers of Turkish schizophrenic patients: Causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30:261-68.

Kulhara P, Avasthi A, Sharma A (2000) Magico-religious beliefs in schizophrenia: a study from North India. *Psychopathology*, 33: 62-8.

Kurihara T, Kato M, Reverger R ve ark. (2006) Beliefs About Causes

of Schizophrenia Among Family Members: A Community-Based Survey in Bali. *Psychiatr Serv*, 57:1795-99.

Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y (2007) Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 96: 232-45.

Magliano L, Fadden G, Economou M ve ark. (1998) Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33: 405-12.

Magliano L, Marasco C, Guarneri M ve ark. (1999) A new questionnaire assessing the opinions of the relatives of patients with schizophrenia on the causes and social consequences of the disorder: reliability and validity. *Eur Psychiatry*, 14: 71-5.

Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A ve ark. (2001) A multicenter Italian study of patients' relatives' beliefs about schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 52: 1528-30.

Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD ve ark. (1999) Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34: 287-94.

Ohaeri JU, Fido AA (2001) The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 493-99.

Phillips MR, Li Y, Stroup TS ve ark. (2000) Causes of schizophrenia reported by patients' family members in China. *Br J Psychiatry*, 177: 20-5.

Ran MS, Xiang MZ, Cecilia LWC ve ark. (2003) Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 69-75.

Sağduyu A, Aker T, Özmen E ve ark. (2003) The Attitudes of Patients' relatives towards schizophrenia. *Turk Psikiatri Derg*, 14: 203-12.

Srinivasan TN, Thara R (2001) Beliefs about causation of schizophrenia: Do Indian families believe in supernatural causes? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 134-40.

Yang YK, Hsieh HH, Wu AC ve ark. (1999) Help-seeking behaviors in relatives of schizophrenics in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry*, 21: 303-09.