

Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri

Süheyla ÜNAL,¹ Gönül ÇAKIL,² Zeynep ELYAS³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklarda hastaların ayaktan izleme gelmeme nedenlerini saptamayı amaçladık. **Yöntem:** 1998-2004 yılları arasında kliniğimizde yatarak tedavi gören psikotik hastalardan, taburculuktan sonra kontrol muayenelerine gelmeyenlerin sosyodemografik özellikleri, hastalıkla ilgili değişkenleri, kliniğimize gelmeme nedenleri, dosya tarama ve telefon anketi aracılığı ile saptanmaya çalışıldı. **Bulgular:** Taburcu olduktan sonra tedavilerini ayaktan sürdürmek üzere kliniğimize başvurmamış olan 118 hastadan 75'ine ulaşıldı. Ulaşılan hastaların yaş ortalaması 34.89 ± 10.08 (ortanca=34, min-maks=17-76 yaş) idi. Yetmiş biri (%62.8) erkek, 42'si (%37.2) kadındı. Hasta grubumuzun büyük bir bölümü şizofreni tanısı alanlardan oluşmaktaydı (%72.6). Kronik süreç izleyen, bu nedenle uzun süre tedavi görmeleri gereken şizofreni ve sanrısız bozukluk hastalarının tedavi için kliniğimize gelmeme nedenleri arasında sevk alamama, ulaşım güçlüğü, hastanın köyde yaşıyor olması, hastaneye getirecek aile üyesinin olmaması, hastanın aileye sorun çıkarmaması gibi çevresel sorunlar bulunmaktaydı. Düzensiz ilaç kullanan ya da kullanmayanların ilaç kullanmama nedenleri büyük oranda ilacın yararına inanmama ve ilaç yan etkileriydi. Hastaların hastalıkları hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları da tedavi ekibinin tutumuna ilişkin bir olumsuz etkeni. **Tartışma:** Kronik psikoz hastalarının taburculuk sonrası tedaviyi düzenli sürdürmeleri, hastalığın seyri açısından önem taşımaktadır. Ayaktan tedaviyi sürdürmeye engel olan birçok etken, düzeltilebilir etkenlerdendir. **Sonuç:** Klinikler ve sağlık ocakları ile işbirliği, hastanın ve ailesinin hastalık süreci, belirtileri ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi tedaviye devam etme oranını arttıracak önlemlerdir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:69-75*)

Anahtar sözcükler: ayaktan izlem, uyumsuzluk, kronik psikotik bozukluk

Characteristics of psychotic patients don't come to appointments

ABSTRACT

Objective: In this study we aimed to determine the reasons why the patients don't come to outpatient follow-up in schizophrenia and other psychotic disorders. **Methods:** The sociodemographic features of the psychotic patients who had inpatient treatment at our clinic between the years 1998 and 2004, and didn't come to their follow-up examination after being discharged, their variables about the illness, the reasons why they didn't come to our clinic were tried to be determined by means of file scanning and telephone questionnaire. **Results:** Seventy-one of 118 patients whom we determined that didn't apply to our clinic to receive ambulatory treatment were reached. The mean age of the patients was 34.89 ± 10.08 (median=34, min-max=17-76). Seventy-one of them (%62.8) were male, 42 of them (%37.2) were female. A large proportion of our patient group consisted of the people who had schizophrenia diagnosis (%72.6). Among the reasons why the chronic psychotic patients didn't come to our clinic for treatment were environmental problems such as not to be able to get a patient transfer paper, transportation difficulty, the patient's living in a village, not to have a family member to bring him/her to the hospital, the patient's not creating problems for his/her family. The reasons why the patients use their drugs irregularly or don't use were

¹ Prof.Dr., ² SHU, ³ Arş.Gör.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA
Yazışma adresi: Dr. Süheyla ÜNAL, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA
E-posta: sunal@inonu.edu.tr

mostly about not believing the drugs to be useful and side effects of the drugs. It had also a negative factor in the attitude of treatment team that the patients didn't have enough information about their illnesses. **Discussion:** It is important for the process of the illness that chronic psychosis patients continue their treatment regularly after being discharged. Many factors hindering the ambulatory treatment are factors which are able to be improved. **Conclusion:** Cooperation with other psychiatry clinics and village clinics, to give information to the patient and his/her family about the process, symptoms and treatment of the illness are the precautions which will increase the rate in continuing the treatment. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:69-75)

Key words: out patient follow-up, noncompliance, chronic psychotic disorders

GİRİŞ

Hemen bütün hastalıklarda, özellikle kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunu tedavinin başarısını engelleyen önemli bir olgudur. Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme oranı %20-50 olarak bildirilmekte iken,^{1,2} psikotik hastalarda bu oran %70-80'e kadar çıkabilmektedir.³ Şizofreni ve benzeri psikotik hastalıklarda, hastaneden taburcu olduktan sonra ilk kontrollerine gelmeme oranları 1/3-1/2 arasında bildirilmektedir.⁴⁻⁶ Özellikle hastaların ilk ataktan sonra kontrollere gelmemeleri, tedaviye uyumlarının yetersiz olacağının bir göstergesi olabilir ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilir.

Tedaviye uyumu etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Özellikle hastalık içgörüsü olmayan psikotik hastalarda tedavi uyumu birçok sorun taşımaktadır. Bu sorunlar arasında hastalıkla ve hastanın özellikleriyle, ilaçla ve çevreyle ilişkili sorunlar önde gelmektedir.⁷ Hastadan kaynaklanan uyumsuzluk nedenleri arasında genç yaşta,⁷⁻⁹ erkek cinsiyetinde olmak,^{7,10,11} işsiz olmak,⁹ hastalığın ataklar halinde gidişi⁸ gibi özellikler yer almaktadır.

Compton, bir seri olguda ayaktan tedaviyi sürdürmeye engel olan etkenleri bireysel, aileye ilişkin, sisteme ilişkin ve tedavi yan etkilerine ilişkin etkenler olarak sınıflandırmıştır.¹² Bireysel etkenler olarak paranoyanın yetersiz remisyonu, içgörüsünün olmaması, olumsuz premorbid özellikler, düşük işlevsellik, antipsikotik tedaviyi uygulamama, madde kullanımı, hastalık ve tedavisi konusunda olumsuz inanç ve tutumlar, etiketlenme korkusu, hastaneye zorla yatırılmış olmayı belirtmektedir.

Aileye ilişkin etkenler arasında yetersiz aile desteği, hastalık ve tedavisi konusunda yetersiz bilgiye, olumsuz inanç ve tutumlara sahip olma ve hastalıkla etiketlenme korkusunu sıralamaktadır. Hastanın ve ailenin hastalığı açıklama modelleri ve çare arama yöntemlerinin tıbbi modelden farklı olması da tedaviye uyumu etkilemektedir. Sisteme ilişkin etkenler arasında hastaneye polis ya da ambulansla getirilme,

taburculuk sonrası hizmet yetersizliğini ileri sürülmektedir. Lacro ve arkadaşları da, gözden geçirme yazılarında yetersiz taburculuk programı ve çevre düzenlemesinin tedaviye uyumsuzlukta önemli etkenler olduğunu belirtmektedir.¹³

Tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında antipsikotik ilaçların yan etkileri de önemli bir etkenidir.¹⁴⁻¹⁷ Özellikle tipik antipsikotiklerle ortaya çıkan ekstrapiramidal sistem yan etkileri, atipiklerle ortaya çıkan aşırı kilo alma gibi durumlar hastanın ilaç kullanımını güçleştirebilmektedir.

Hastanın akut atak sırasındaki tedavisi kadar, daha sonraki tedavisi de önem taşımaktadır. Hastanede yatış sürecinde hasta ile kurulan ilişkiye hastanın ve ailenin güveninin kazanılması, hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi tedavi işbirliğine olumlu yansımaktadır. Ayaktan tedavi programları, düzenli randevuların verilmesi gibi etkenler de hastanın tedaviye uyumunu yakından etkilemektedir.

Bu çalışma ile taburculuk sonrası izlem muayenelerine gelmeyen psikotik hastaların ayaktan izleme gelmeme nedenlerini, özellikle önlenabilir nedenleri saptamayı amaçladık.

YÖNTEM ve GEREÇ

1998-2004 yılları arasında kliniğimizde psikotik hastalık tanılarıyla yatarak tedavi görmüş, ancak daha sonra kontrollere gelmemiş hastaların tedaviye gelmeme nedenleri bir telefon anket araştırması ile belirlenmeye çalışıldı. Bu amaçla sosyal hizmet uzmanı tarafından yatarak tedavi görmüş hasta dosyaları ile ayaktan psikoz polikliniği dosyaları karşılaştırıldı. Poliklinik tedavisine en az 6 aydır gelmeyen hastaların listesi çıkarılarak, kayıtlardaki telefon numaralarından kendilerine ya da ailelerine ulaşılmaya çalışıldı. Sosyodemografik verileri dosya bilgilerinden alındı. Telefon görüşmesinde daha önce hazırlanmış olan anket soruları yöneltildi. Ankette yer alan sorular şöyleydi; "Hastalığınızla ilgili ne kadar bilgiye sahipsiniz?", "Gördüğünüz tedaviden ne kadar yararlanıyorsunuz?", "En son ne zaman ve nerede doktora gittiniz?", "Başka bir kliniği ya da

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	42	37.2
Erkek	71	62.8
Medeni durum		
Bekar	71	62.8
Evli	39	34.5
Dul	3	2.7
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	11	9.7
Okur yazar	40	35.4
İlköğretim	17	15.0
Lise	28	24.8
Yüksek okul	17	15.0
Yaşadığı yer		
İl	74	65.5
İlçe	29	25.7
Köy	9	8.0
Meslek		
Çalışmıyor	49	43.4
Serbest	18	15.9
Memur	11	9.7
İşçi	3	2.7
Emekli	6	5.3
Ev hanımı	18	15.9
Öğrenci	8	7.1
Sosyal güvence		
Yok	10	8.8
Emekli sandığı	32	28.3
SSK	29	25.7
Bağ-Kur	6	5.3
Yeşil kart	36	31.9
Kiminle yaşadığı		
Yalnız	8	
Eş ve çocuklar	38	
Anne-baba	8 bbb	49.6
Diğer akrabalar	10	
Yurt	1	

doktoru tercih etme nedeniniz nedir?”, “Bizim kliniğimize gelmeme nedeniniz nedir?”, “İlaçlarınızı nasıl kullanıyorsunuz?”, “İlaçları düzensiz alıyorsanız ya da kullanmıyorsanız nedeni nedir?”, “Tedavi olmamada aile ile ilgili sorunlarınız neler?”. Anket görüşmesinin ardından, hasta ailesi ile birlikte hastaneye davet edildi, tedavi ekibi ile görüşmesi için randevu verildi.

Verilerin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistikler ve verilen yanıtların yüzdeleri üzerinden yapıldı.

Tablo 2. Tanı, hastalık süresi

Tanımlar	Sayı	%
DSM-IV tanısı		
Şizofreni	82	72.6
Sanrısız bozukluk	9	8.0
Şizofreniform bozukluk	5	4.4
Kısa psikotik bozukluk	6	5.3
Organik psikoz	9	8.0
Diğer psikozlar	2	1.8
Hastalık süresi		
0-5 yıl	31	27.4
5-10 yıl	38	33.6
10-15 yıl	14	12.4
15 yıl üstü	21	18.6

BULGULAR

1998-2004 yılları arasında kliniğimizde psikotik hastalık tanılılarıyla yatarak tedavi gören hastalardan 221'inin ayaktan izlemine düzenli geldikleri, 62'sinin aralıklarla geldiği belirlendi. Taburcu olduktan sonra tedavilerini ayaktan sürdürmek üzere kliniğimize başvurmamış olanı saptadığımız 118 hastadan iki hastanın intihar ettiği, birisinin tıbbi nedenlerle öldüğü, ikisinin yakınlarını öldürmeleri nedeniyle adli psikiyatri servislerinde yattığı öğrenildi. Sosyodemografik bilgileri dosya taramalarından elde edilen 113 hastadan 75'ine ulaşılarak anket formları dolduruldu. Çalışmanın istatistiksel değerlendirmelerinin yapıldığı dönemde tedaviye gelmeyen hasta listesindeki iki hastanın psikotik alevlenme nedeniyle kliniğimize yatarak tedavi gördüğü gözlemlendi.

Tedaviye devam etmediği saptanan 113 hastanın yaş ortalaması 34.89 ± 10.08 , ortancası 34 idi. Hastalar 17-76 yaşlar arasındaydı. Yetmiş biri (%62.8) erkek, 42'si (%37.2) kadındı. Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hasta grubumuzdan büyük bir bölümü şizofreni tanısı konanlardan oluşmaktaydı. Kısa psikotik bozukluk, postpartum psikoz, madde kullanımına bağlı psikozlar ve şizofreniform bozukluk gibi kısa zamanda sonlanacak hastalıkların oranı tüm grubun %17.3'ünü oluşturmaktaydı (Tablo 2). Bu grubu hariç tutarak şizofreni ve sanrısız bozukluk gibi uzun süreli tedavileri gereken hastalarda kliniğimizdeki tedavi sürecine katılmama nedenleri Tablo 3'te sunuldu. Her hasta her soruyu yanıtlamadığı için değerlendirme yanıtların yüzde oranları üzerinden yapıldı. Anket sorularına verilen yanıtlarda hastaların %50'si hastalıkları

Tablo 3. Şizofreni ve sanrısız bozukluğu olan hastaların tedaviye gelmemelerine ilişkin bilgiler

Bilgi konuları	Sayı	%
Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi		
Yeterince var	7	11.3
Orta düzeyde bilgim var	31	50.0
Hiç bilgim yok	23	37.1
Tedaviden yarar görme		
Yeterince	25	40.3
Kısmen	24	38.7
Yarar görmüyorum	12	19.4
En son ne zaman kontrole gittiniz		
Gitmiyorum	15	24.2
Son 6 ay içinde kliniğimize başvurdum	10	16.1
Son 6 ay içinde başka bir hastaneye başvurdum	22	35.5
Son 1 yıl içinde kliniğimize başvurdum	5	8.1
Son 1 yıl içinde başka bir hastaneye başvurdum	1	1.6
Bir yıldan uzun bir süre önce kliniğimize başvurmuştum	7	11.3
Bir yıldan uzun bir süre önce başka bir hastaneye başvurdum	2	3.2
Başka bir hastaneyi tercih nedeniniz		
Sevk alamamak	12	19.4
Ulaşım sorunları	2	3.2
SSK'lı olma	5	8.1
Daha iyi tedavi imkanları sundukları için	3	4.8
Bu kurumdan aldığı tedaviden yarar görmediği için	3	4.8
Tavsiye edildiği için	3	4.8
Turgut Özal Tıp Merkezine gelmeme nedeniniz		
Tedavi giderleri	2	3.2
Ulaşım sorunu	13	21.0
Bürokratik sorunlar	1	1.6
Tedavi ekibinin ilgisizliği	1	1.6
Diğer nedenler	37	59.7
İlaç kullanma tarzı		
Düzenli	35	56.5
Düzensiz	17	27.4
Kullanmıyorum	10	16.1
İlaç kullanmama ya da düzensiz kullanma nedeni		
İlaçların yararına inanmama	10	16.1
İlaçların yan etkileri	8	12.9
İlaç alacak parasının olmaması	2	3.2
İlaç kullanmaktan hoşlanmama	4	6.5
Diğer	5	8.1
Tedavide aileye ilişkin sorular		
Ailenin ilgisiz davranması	2	3.2
Hastaneye getirecek kimsesinin olmaması	10	16.1
Ailenin hastalığına inanmaması	1	1.6
Tedavi giderini karşılayamama	1	1.6
Ulaşım sorunu	1	1.6
Hasta sorun çıkarmadığı için	17	27.4
Diğer	10	16.1

hakkında orta düzeyde bilgi sahibi olduklarını, tedaviden yeterince (%40.3) ve kısmen (%38.7) yarar gördüklerini, %24.2'i hiçbir doktora gitmediğini, %35.5'u son 6 ay içinde başka bir hastaneye gittiğini, %19.4'ü sevk alamadığı için gelemediğini, %21'i ulaşım sorunları nedeniyle kliniğimize gelemediğini, 35'i (%56.5)'u düzenli ilaç kullanmayı sürdürdüğünü, 17'si (%27.4) düzensiz kullandığını, 10'u (%16.1) hiç ilaç kullanmadığını belirtmişti. Düzensiz ilaç kullanan ya da kullanmayanların ilaç kullanmama nedenleri büyük oranda ilacın yararına inanmama ve ilaç yan etkileriydi. Tedavi sürecine devam etmemede ailenin rolü olarak, hastaneye getirecek kimsesinin olmaması (%16.1) ve hastanın aileye sorun çıkarmaması (%27.4) gösterilmişti.

TARTIŞMA

Şizofreni ve sanrısız bozukluk gibi kronik süreç izleyen ve uzun süre düzenli tedavisi gereken hastalıklarda, hastaların randevularına gelmemeleri ya da düzensiz gelmeleri hastalığın sık alevlenmesine¹⁸ ve hastalığın gidişinin kötüleşmesine^{19,20} yol açan bir durumdur. Çeşitli çalışmalarda düşük sosyoekonomik durum, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, madde kötüye kullanımı, düşük işlevsellik, içgörü yokluğu, doktorla iletişim sorunları kontrole gelmeme ile ilişkili bulunmuştur.^{2,21-24}

Hastalık konusunda yeterince bilgi sahibi olma tedaviyi sürdürmede önemli bir engeldir. Ruhsal eğitim programları ile hastaların hastalıkları ve tedavisi ile ilgili bilgilendirilmeleri tedaviye uyumu arttırmaktadır.^{25,26} Örneklem grubumuzda kontrole gelmeyen ya da düzensiz gelen hastaların %50'si yetersiz düzeyde bilgi sahibi olduklarını belirtmişti.

Kontrollere gelmemenin sistemle ilişkili yanı da önem taşıymaktaydı. Yatırılmaları için kliniğimize sevk edilmiş, akut alevlenmedeki psikotik hastalar, belirtileri yatıştıktan sonra daha önce tedavi edildikleri doktora ya da sağlık sistemine dönmek durumunda kalmışlardı. Örneklem grubunu oluşturan hastaların yaklaşık 1/5'i sevk alamadıkları için kliniğimize gelemediklerini bildirmişlerdi.

Hastanemizin kent merkezine uzak bir yerde konumlanmış olması, hastaların ulaşımında güçlük yaratan bir durumdu. Ulaşım sorunları nedeniyle kliniğimize gelmeme oranı oldukça yüksekti. Taburcu olduktan sonra hiç kontrole gelmeyen ve ilaç kullanmayan hastaların ileri sürdükleri nedenler arasında ilacın yararına inanmama ve ilaç yan etkileri önde gelmekteydi.

Bu durum hastalığa karşı içgörü azlığı ve ilaçların günlük yaşamı sürdürmede yarattıkları önemli sorunlarla bağlantılandırılabilir.^{27,28}

Kronik hastalarda ailenin hastadan beklentilerinin azalması, sorun çıkarmadıkça hastalığın varlığını önemsememesi de çalışmamızın önemli bir bulgusudur. Ailenin hastanın tedavisi ile yeterince ilgilenmediği durumlarda tedaviye uyumun daha düşük olduğu bildirilmektedir.²⁹ Doğu ülkelerinde ailelerin hastalarının tedaviyi sürdürmeleri kararı üzerinde etkili oldukları ileri sürülmektedir.³⁰ Belirtilerin kontrol altına alınmış olması hasta ve ailesini tedaviyi sürdürmenin gereksizliği inancına sevk edebilir.³¹ Hastalarının etiketlenme korkusu, ilaçların zararlı olacağıyla ilgili inanışlar, hekim dışında çare arama yollarına başvurmaları da ailelerin hastayı kontrol muayenelerine getirmelerine engel olabilir.³²

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmayı sadece tedaviye gelmeyen hasta grubunda yürütmemiz, bazı değişkenler açısından tedaviye düzenli gelen grupla karşılaştırmamızı olası kılmamaktadır. Ayrıca hastaların içgörü düzeyleri, hastalık şiddetleri, ruhsal eğitim grubuna katılıp katılmadıklarına ilişkin verilerin olmaması da çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

SONUÇ

Hastanın hastalığını açıklama modeli, ilaç yan etkilerinin varlığı, yalnız yaşıyor olma, madde kullanımı, bilişsel belirtiler ve negatif belirtiler tedaviyi düzenli sürdürmemede etkili olabilir.^{33,34} Çalışmamızda da görüldüğü gibi, tedaviyi düzenli sürdürmemeye neden olan birçok etken düzeltilmesi olası etkenlerdir. Akut dönemde tedavi ekibi üyeleri ile ilişkisinin olumsuzluğu daha sonraki tedavi ilişkisini belirlemede önemli bir etken olarak bulgulanmıştır.³⁵ Hastanın hastanede yatarak tedavi olduğu dönemde kurulacak terapötik ilişkiye özen göstermek, ruhsal eğitim uygulamak, düzenli poliklinik takibi için randevu sistemi geliştirmek,³⁶ doktoruna ulaşabileceği bir telefon numarasının verilmesi gibi birkaç önlemlerle, hastaların tedavi ekibine düzenli ulaşmaları, ilaçlarını düzenli kullanmaları sağlanabilir. İlaç yan etkilerini azaltacak tedavi rejimleri olarak atipiklerin³⁷ ve depo antipsikotiklerin tercih edilmesi,³⁸ hastanın ve ailesinin hastalık süreci, belirtileri ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi, çevredeki klinikler ve sağlık ocakları ile işbirliği, randevularını aksatan hastaların telefonla aranılması, tedaviye devam etme oranını artıracak önlemler arasındadır.

KAYNAKLAR

1. Mason C. Non-attendance at out-patient clinic: a case study. *J Adv Nurs* 1992; 17:554-560.
2. Nose M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003; 183:197-206.
3. Breen R, Thornhill JT. Noncompliance with medication for psychiatric disorders. Reasons and remedies. *CNS Drugs* 1998; 9:457-471.
4. Miner CR, Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Muenz LR. Prediction of compliance with outpatient referral among inpatients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:706-712.
5. Bogin DL, Anish SS, Taub HA, Klein GE. The effects of a referral coordinator on compliance with psychiatric discharge plans. *Hosp Community Psychiatry* 1984; 35:702-706.
6. Solomon P, Davis J, Gordon B. Discharged state hospital patients' characteristics and use of aftercare: effect on community tenure. *Am J Psychiatry* 1984; 141:1566-1570.
7. Yegenoglu S, Wertheimer AL, Dubin WR. Demographical factors affecting patient compliance (adherence) to medications in an outpatient psychiatric clinic: a preliminary study. *Fabad J Pharm Sci* 2004; 28:77-84.
8. Agarwal MR, Sharma VK, Kishore Kumar KV, Lowe D. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors. *Int J Soc Psychiatry* 1998; 44:92-106.
9. Coodin S, Staley D, Cortens B, Desrochers R, McLandress S. Patient factors associated with missed appointments in persons with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2004; 49:145-148.
10. Kampman O, Laippala P, Vaananen J, Koivisto E, Kiviniemi P, Kilku N et al. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Res* 2002; 110:39-48.
11. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:286-290.
12. Compton MT. Barriers to initial outpatient treatment engagement following first hospitalization for a first episode of nonaffective psychosis: a descriptive case series. *J Psychiatr Pract* 2005; 11:62-69.
13. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:892-908.
14. Fleischhacker WW, Meise U, Gunther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 382:11-15.
15. Weiden P, Mott T, Curcio N. Recognition and management of neuroleptic noncompliance. C Shriqui, H Nasrallah (eds), *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*. Washington, DC., American Psychiatric Press, 1995, s.411-434.
16. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. Assessment of the patient's subjective experiences in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11:55-60.
17. Perkins D. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:1121-1128.
18. Weiden P, Aquila R, Standard J. Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:53-60.
19. Sheitman BB, Lee H, Strauss R, Lieberman JA. The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 1997; 23:653-661.
20. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H ve ark. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi - Belirtilerle baş etme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:41-47.
21. Barron WM. Failed appointments: who misses them, why they are missed and what can be done. *Primary Care* 1980; 7:563-574.
22. Campbell B, Staley D, Matas M. Who misses appointments? An empirical analysis. *Can J Psychiatry* 1991; 36:223-225.
23. Mooney DK, Johnson RD. Rural mental health appointment adherence: implications for therapy. *Community Ment Health J* 1992; 28:135-139.
24. Killaspy H, Banerjee S, King M, Llyod M. Prospective controlled study of psychiatric outpatient non-attendance. *Br J Psychiatry* 2000; 176:160-165.
25. Hornung WP, Klingberg S, Feldmann R, Schonauer K, Schulze Monking H. Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training: results of a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:213-219.
26. Lindström E, Bingeors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Economic and Clinical Issues Pharmacoeconomics* 2000; 18:105-124.
27. Cuffel BJ, Alford J, Fischer EP, Owen RR. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:653-659.
28. Pyne JM, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:146-153.

29. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 286-290.
30. Philips M R. The transformation of China's mental health service. *China J* 1998; 39:1-36.
31. Blackwell B. The drug defaulter. *Clin Pharmacol Ther* 1972; 13:841-848.
32. Mantonakis J, Markidis M, Kontaxakis V, Liakos A. A scale for detection of negative attitudes towards medication among relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71:186-189.
33. Kruse GR, Rohland BM. Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 2002; 53:473-476.
34. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F et al. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102:203-210.
35. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D et al. Attitudes toward antipsychotic medication the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:717-724.
36. Kampman O. Commentary about "Review: over 25% of people with schizophrenia, psychoses, or severe mental disorders fail to adhere to treatment programmes". *Evid Based Ment Health* 2004; 7:40-41.
37. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002; 159:103-108.
38. Marder SR. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl.16):3-9.