

Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum

Filiz Çakır¹, Cem İnem²,
Ferhan Yener¹

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,
7. Psikiyatri Kliniği,
¹Uzm. Dr., ²Klinik Şefi

DOI: 10.5350/DAJPN2010230108

ÖZET

Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum

Hemen bütün hastalıklarda, özellikle kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunu tedavinin başarısını engelleyen önemli bir etmendir. Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme oranı %20-50 olarak bildirilmekte iken, psikotik hastalarda bu oran %70-80'e kadar çıkabilmektedir. Tedaviye etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Özellikle içgörüsü olmayan psikotik hastalarda tedavi uyumu birçok sorun taşımaktadır. Bu sorunlar bireysel, aileye ilişkin, sisteme ilişkin ve tedavi yan etkilerine ilişkin etkenler olarak sınıflandırılabilir.

Anahtar kelimeler: Kronik psikotik bozukluklar, ilk randevuya uyumsuzluk, taburculuk sonrası, ayaktan izlem, uyumsuzluk

ABSTRACT

Compliance to follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients

Almost for all disease, especially for chronic ones, compliance is an important factor prevents the success of treatment. While non-compliance and no-show in outpatient follow up appointments declared as 20% - 50% for psychiatric patient populations, it can be 70% - 80% for psychotic patients. For all disease, especially for psychotic patients without insight, there are many factors affecting compliance which can be classified as personal problems and problems concerning family, health system and side effects of medication.

Key words: Chronic psychotic disorders, non attendance to first appointment, after discharge, out patient follow-up, noncompliance

Yazışma adresi / Address reprint requests to:

Filiz Çakır, Kars Devlet Hastanesi, Psikiyatri
Polikliniği, Merkez, Kars - Türkiye

Telefon / Phone: +90-474-212-5668/3012

Faks / Fax: +90-474-212-2367

Elektronik posta adresi / E-mail address:
drfilizcakir@gmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
20 Şubat 2010 / February 20, 2010

GİRİŞ

Uyum (komplians) hastanın sağlığa ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (1). Bu tanım yalnızca reçete edilen ilaçların kullanımını şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın klinisyenin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı kapsamaktadır (2).

Tedaviye uyumsuzluk reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilme- yen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiple- re devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta karşımıza çıkmakta- dır (3). Psikiyatrik hastalarda, ilaç uyumsuzluğu tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkileyen sorunların başında gelmektedir (4).

İlaç uygulaması şizofreni ve diğer psikotik bozuk- luklarda tedavinin temel unsurudur (5). Antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk oranı %11-80 arasında değişmek- tendir ve klinik pratikte önemli sonuçları görülen ciddi

bir sorundur (2).

McGlashan ve Carpenter'ın çalışmalarında belirttiği gibi olguların üçte ikisi tedaviye tam ya da kısmi uyum- suzluk nedeniyle yeniden hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır. İlk yatıştan sonraki 1 yıl içinde tedaviye uyumsuzluk nedeniyle %40 oranında relaps görülmek- tedir (6).

Tedaviye uyum sorunları, hastaneye yeniden yatı- şı, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düş- mektedir (2).

Psikotik bozukluklarda ataktan sonra düzenlenecek olan idame tedavisinin nüks riskini azalttığı bilinmekte- dir. Genellikle idame tedavisi sırasında daha sık karşıla- şılan uyum sorunu, hastalığın seyrinde erken dönemde alevlenmelere neden olarak prognozu olumsuz yönde etkilemektedir. Buna rağmen tedaviye uyumsuzluk kli- nik uygulamalarda çok sık karşılaşılan ve hastanın tek- rar yatırılmasını gerektirebilen önemli bir sorundur (7).

Uyumsuzluğu değerlendirirken esas amaç, tedavi uyumsuzluğunu öngören faktörleri bulup, uyumun şiddetini doğru bir şekilde ölçmek olmalıdır (2).

Aker ve arkadaşlarının çalışmalarında belirttikleri gibi tedaviye uyumsuzluğun nedenleri arasında; kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yetersiz olması, hastanın psikotik düzeydeki psikopatolojisi, ilaç kullanımına karşı hastanın yaşadığı kuruntu ve korkular, hastalığın seyri gibi doğrudan kişinin mevcut psikiyatrik durumuyla ilgili nedenler söz konusu olabilir. Ayrıca ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar (özellikle toplumumuzda çok sık görülen medyum, şifacı, hoca gibi insanlardan yardım beklentileri), tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler de belirleyici rol oynamaktadır (8,9).

Bir çok çalışmada özellikle hastanın birlikte yaşadığı yakınlarının ya da ailesinin ilaç tedavisine karşı olan tutumunun önemine vurgu yapılmıştır (9-11).

UYUMSUZLUĞUN NEDENLERİ

Hastalığa Bağlı Etkenler

Uyumsuzluk, çeşitli psikopatolojik durumlar, organik mental durumlar ve özellikle de sanrıların içeriği ile ilişkilidir. Kötülük görme, büyüklük ve kontrol edilme sanrılarının ön planda olduğu pozitif belirtiler, ilaç uyumunu ciddi biçimde bozmaktadır. Ayrıca negatif belirtiler, motivasyon eksikliği ve apati de uyumu bozmaktadır (8,12). Hastalığın akut döneminde hostilete, hastalığın inkârı ve psikotik dağınıklık gibi semptomlar tedavi reddine sebep olabilir.

Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar, hastalarda hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumla-

rını bozmaktadır (8).

Olfson ve arkadaşları ilaç uyumunu değerlendirdikleri 213 şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastayla 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada genellikle hastaların hastaneden çıkışı izleyen ilk 3 ay içinde yaklaşık %50'sinin kısmi uyumsuzluk, %20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini rapor etmişlerdir (13).

Aker ve arkadaşlarının psikotik bozukluğu olan 37 hastayla yaptıkları bir çalışmada, hastaların hastaneden çıktıktan sonraki ilk 10 gün içinde ilacı bıraktıkları ve uyumsuzluğun başladığı bildirilmiştir. Bu dönemde çeşitli bilişsel yetersizlikler, nüksün risk ve sonuçlarını değerlendirme yetisinde azalma gibi etkenler, bazı hastaların uyumunu zorlaştırır (8). Şiddetli psikopatoloji de hastanın içgörüsünü olumsuz bir şekilde etkileyerek bir kısır döngü oluşturmakta ve bu şekilde ilaç uyumunu bozmaktadır. Aker ve arkadaşları da çalışmalarında ilaç uyumsuzluğunu etkileyen etkenlerin başında şiddetli psikopatolojinin geldiğini (%64,9) bulmuştur (8).

Eştanıların varlığı uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktördür. Özellikle alkol ya da madde kullanımını eştanıları tedavi uyumunu en fazla bozan iki tanı olarak belirlenmiştir.

Perkins'in ve ayrıca Lacro ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda; daha uyumlu hastaların daha fazla depresif belirtileri olduğu, ancak depresif belirtilerin şiddeti arttıkça ilaç uyumunun da giderek bozulduğu belirtilmiştir. Çaresizlik ve umutsuzluk duyguları tedaviye olan inancı azaltmaktadır (14,15).

İçgörü Eksikliği

İçgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birliktelik gösterir ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olur. Lacro ve arkadaşları ilaç uyumsuzluğu ve riskleri ile ilgili yazdıkları bir gözden geçirmede ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (15).

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin belirtilerini algılayışları, bunları nasıl tanımladıkları, hastalıklarının seyrinden ve tedaviden neler bekledikleri araştırılarak içgörünün düzeyi dolaylı olarak ölçülebilir. İçgörü eksikliği, kişinin hastalığına karşı olan umutsuzluğu, bilgilendirme eksikliğini de beraberinde getirir. Rusch ve

Corrigan'ın çalışmalarında belirttikleri gibi içgörü ve uyum azlığının, nörokognitif defisitler ve şizofrenik bozukluğu olan bireylerin daha da abartılı kullandıkları savunma mekanizmalarının (inkâr ve yansıtma) davranışa yansması gibi farklı sebepleri olabilir (16,17).

Holzinger ve arkadaşları şizofreni hastalarında subjektif hastalık teorisini ve tedaviye uyumu araştıran 2002'de yaptıkları bir çalışmada, hastaların yardım anlaşması açısından değerlendirilmesini uyumun en iyi tek göstergesi olarak tanımlanmışlardır (16).

Unutulmamalıdır ki hastalığına yeterince içgörüsü olmadığı halde ilaçlarını düzenli kullanan ve takiplerine düzenli gelen hastalar olabildiği gibi içgörüsü olduğu halde tedaviyi sürdürmeme eğiliminde olan hastalar da vardır. Durum tamamen hastaya göre değerlendirilmelidir (18).

Psikoaktif Madde Kullanımı

Yapılan çalışmalarda şizofrenik bozukluğu olan bireylerde psikoaktif madde kullanımının, ilaç uyumunu ciddi biçimde bozduğu görülmüştür. Bebbington'un yaptığı bir çalışmada uyumsuzlukla en kuvvetli ilişkinin ikili tanısı olanlarda, özellikle de alkol kötüye kullanımı olduğu gözlemlenmiştir (19).

Olfson ve arkadaşları da 2000 yılında yaptıkları karşılaştırmalı bir çalışmada ilaç uyumsuzluğu olan şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ilaç uyumu olanlara göre öykülerinde daha fazla madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı bulunduğunu rapor etmişlerdir (13).

Alkol ve madde kullanımı ile tedavi uyumsuzluğu arasındaki ilişkinin sebep mi sonuç mu yoksa tesadüf bir birliktelik mi olduğu tartışmalıdır. Aradaki ilişkinin hastaya göre değerlendirilmesi gerekmektedir.

İlaçla İlgili Etkenler

İlaçla ilgili faktörler, tedavi rejiminin karmaşıklığı, olumlu etkilerin geç ortaya çıkması, ilacı kesmenin ardından uzunca bir süre sonra ortaya çıkan olumsuz etkiler ve istenmeyen yan etkiler şeklinde sayılabilir (5).

Farklı formlarda birçok ilacın aynı anda kullanılması ya da ilacı bölerek verme zorunluluğu gibi etkenler

tedavi rejimini karmaşık hale getirir. Aker ve arkadaşlarının çalışmasında, uyum ile yazılan ilaç sayısı ve ilaç alınma sıklığı arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada en sık görülen uyumsuzluk şeklinin doz atlamak olduğu gözlenmiştir. Parenteral ilaç rejimleri de uyumu ciddi biçimde bozmaktadır. Aker ve arkadaşlarının çalışmasında yapılan takiplerde parenteral ilaç kullananlarda %40 oranında tedaviye uyumsuzluk olduğu gözlenmiştir (8).

Uyumsuzluk aynı zamanda bazı sıkıntı verici yan etkiler yüzünden öğrenilen bir şey de olabilir. İlaçların istenmeyen yan etkileri hastayı sıkıntıya sokar ve uyumsuzluğa neden olur. Misdrahi ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, hastaların tedaviyi bırakmalarının sebebinin nörolojik, endokrin, antikolinergik ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin ortaya çıkması olduğunu göstermiştir (2).

Yapılan birçok çalışmada da hastaların %40'nın ilk 1 yıl içinde, %75'inin 2 yıl içinde çeşitli yan etkiler nedeniyle ilacı bıraktıkları bildirilmiştir (13,20,21).

Aker ve arkadaşlarının bir çalışmasında da yan etkiler nedeni ile görülen ilaç uyumsuzluğu yaklaşık %40 oranında ikinci sırada yer almıştır (8). Tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkan akut distoni, akatizi ve akinezi gibi yan etkiler tedaviye uyumu etkiler. Ayrıca nöroleptiklerin yol açtığı defisit sendromu yaşayanlar uyumsuzluk için özel bir risk grubu oluşturur. Sedasyon bireyin yerine getirmesi gereken alanlardaki işlevselliğini bozması nedeni ile bireyde uyumsuzluğa yol açar. Libido kaybı, erektil disfonksiyon, retrograd ejakülasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları %80 oranında gözlenir, bireyin bu tür yan etkilere maruz kalması hem psikozunu alevlendirebilir, hem de bu sebepten dolayı ilacı bırakmasına neden olur. Kilo alımı da uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir nedendir (13,20,21).

İlginçtir ki birçok çalışmacı da yan etkilerin tedavi uyumu üzerinde olumsuz etkisi olmadığı hatta olumlu etkiler yarattığını iddia etmiştir. Bu paradoksik bulgu hekim-hasta ilişkisinde meydana gelen dolaylı bir iyileşmeden kaynaklanabilir ya da ilacın neden olduğu bir yan etki geliştiğinde tedavi hakkında bilgi verilmesi ile açıklanabilir (18).

Parashos ve arkadaşları 2000 yılında şizofrenide ilaç

uyumsuzluğu ile ilgili hasta ve yakınlarıyla görüşerek yaptıkları çalışmalarında, hastaların zihinlerinde ilaçlarla ilgili bazı yanlış düşünceler, korkular, önyargıların; ilaçlar ve hastalıkla ilgili çevreden gelen olumsuz yüklü ve yanlış bilgilerin de tedaviye uyumu bozucu etkileri üzerinde durmuşlardır. Buna göre belirlenen önyargılar ve olumsuzluklar şunlardır; "İlaç kullanmak kişinin özdenetimini kaybetmesine neden olur; sürekli ilaç kullanmak kişiliğin değişmesine yol açar; sürekli ilaç kullanmak yetersizliğin göstergesidir; ilaçlar bağımlılık ve kısırlık yaparlar; yaşam boyu ilaç kullanmak zorunda olmak çok kötüdür; ilaç kullanmak damgalanmaya neden olur; ilaçlar işe yaramayabilir, belki de boşuna kullanılmaktadır; ilaç kullanma nedeni ile kişinin yaşam biçimi değişir." (22).

Tedavi Ekibi

Tedavi ekibinin hastalığa karşı olan inanç ve tutumu, nüks ve tardiv diskinezi konusundaki bilgi ve tutumları hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilir.

Olfson ve arkadaşlarının 2000 yılında 213 hastada yaptıkları çalışmalarında ilaç uyumsuzluğu olan hastaların hastanede yatışları süresince tedavi ekibiyle terapötik uyumlarının zayıf olduğunu ve yatarak tedavi görmelerinin aileleri tarafından reddedildiğini göstermişlerdir (13).

Tedavide süreklilik kadar tedavi ekibinin sürekliliği de önemlidir. Genelde dünyanın hemen her yerinde aynı sorunla karşılaşılmaktadır (20). Hastaların aynı tedavi ekibini her seferinde bulmaları zor olmaktadır. Hâlbuki şizofreni gibi uzun süreli bir hastalığın tedavisinde ve rehabilitasyonunda başarı önemli ölçüde tedavinin ve tedavi ekibinin sürekliliğine bağlıdır. Tedavi ekibindeki süreklilik, aynı ekiple tedaviyi sürdürme anlamını taşımaktadır. Bu durum hem hasta açısından hem de ekip açısından çok büyük yararlar taşır. Hastanın tedavi ekibine yakınlığı, onları tanıması, güvenmesi, onlardan sürekli kabul ve destek görmesi tedavinin etkinliğine güçlü bir katkı sağlayacağı gibi aynı ekip üyelerinin hastayı ve yakınlarını kendi olanaklarının boyutlarıyla tanıyıp olmaları da hastaya yardımın zamanında ve etkin bir şekilde ulaşmasını sağlar (20).

Hastaya İlişkin Etkenler

Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri ve mental kapasitenin tedaviye uyumu etkilediği görülmektedir. Yapılan çalışmaların bazılarında yaşı daha genç olanlarda, erkeklerde, bazı azınlık etnik grup bireylerinde uyumsuzluk daha fazla görülmekte, bazı çalışmalarda ise geç yaş grubunda uyumsuzluk daha fazla görülmektedir. Demografik faktörler görece önemli değildir, her cins, yaş ve sosyal sınıfta uyumsuzluk görülebilir (15).

Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun en önemli göstergesidir. Bireyin hastalık ve ilaçla ilgili inançları ve verilen önerilere uyumu kişilik özellikleri doğrultusunda olmaktadır. Özellikle narsisistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması uyumu olumsuz biçimde etkilemektedir (8).

Premorbid kognitif işlevselliğin bozuk olması, unutkanlık, görme ve işitme azlığı hastaya ilişkin diğer uyumsuzluk etkenleridir (17).

Aileye İlişkin Etkenler

Şizofrenide tedavi uyumunu birçok faktör etkilemektedir fakat bu etkenler arasında ailenin rolü üzerinde çok az durulmuştur. Ailenin ilaca ve hastalığa bakış tarzı ve tutumu ile duygu dışavurumunun yüksekliği tedaviye uyumu etkileyen nedenlerdir.

Sellwood ve arkadaşlarının 79 şizofreni ailesiyle yaptıkları bir çalışmada bakım veren ailenin hastalıkla ilgili bilgisi ve duygu dışavurumunun tedavi uyumu ile ilişkisi araştırılmıştır. Ailenin duygu dışavurumunun değerlendirilmesinin, hastanın tedavi uyumsuzluğunun anlaşılmasına yardımcı olabileceği ileri sürülmüştür (23).

Aker ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hasta yakınlarının ilaç tedavisine karşı tutumu araştırılmıştır. Bu çalışmada psikotik bozuklukların doğasının hasta yakınlarının ilaç tedavisi ile ilgili tutumlarında önemli bir rolü olduğu görülmüştür. Ailede diğer psikotik hastaların bulunmasının, kullanılan ilaçların benzerliğinin ve yan etkilerinin gözlenmesinin, hastada tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelere yol açtığı ve uyumsuzluğu artırdığı gözlenmiştir (11).

Unutulmaması gereken bir başka önemli nokta da

bazı aile üyeleri veya hasta yakınlarının zamanla yoruldukları ve bakım vericilikten, hastalığın sonuçlarıyla uğraşmaktan yılgınlığa düştükleri gerçeğidir. Bunun çok ciddiye alınması gerekir (18).

Çevresel Etkenler ve Sosyal Destek Eksikliği

McGlashan ve arkadaşlarının da çalışmalarında belirttiği gibi aile, arkadaş desteği veya bir işte çalışıyor olma da uyumu etkiler. Herhangi bir işte çalışan hastalar, işyerinde ilaç kullanmaktan veya hastaneye gitmek için izin istemekten dolayı etiketlenebilecekleri kaygısı ile uyumsuz olabilirler, sıklıkla doz atlamak ve randevulara düzensiz gelmek şeklinde uyumsuzluk gösterirler (6).

Sağlık sisteminin yapısı, sağlık merkezlerine olan coğrafi uzaklık, randevuları bekleme zamanı, sosyal güvence ve ilaç maliyeti uyumu etkileyen önemli nedenlerdir (6). Sosyal ve çevresel destek eksikliği, hastalık süresi ile ilişkili gözükmektedir. Hastalığın kronik seyri nedeniyle bakım verenlerin ilgilerinin azalması yanında, bakım verenlerin anne-baba olduğu olgularda, bakım verenlerin süreç içinde fiziksel engellerinin artması ve ölmeleri durumunda hastaların sosyal ve çevresel desteklerinin çok azalacağı bir gerçektir. Tedaviye uyum için önemli olan düzenli kontroller, sosyal ve çevresel desteğin zamanla azalmasıyla aksayabilir ve bu da hastalığın hem seyrini hem de şiddetini olumsuz yönde etkileyebilir (6).

Yapılan araştırmalarda ruhsal hastalığa karşı olumsuz tutum ile hastalığın olumsuz seyri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Şizofrenisi olan bireyi etkileyen ve hastayı dışlama eğiliminde olan toplum için düzenli psikiyatrist ziyaretleri ve ilaç kullanımı, başka hiçbir hastalıkta olmadığı kadar hastalık hakkında olumsuz kanıların pekişmesini sağlayan iki etmendir. Bu hastanın tedavi arayışını güçleştirebilir (8,9).

1980'den sonraki yayınların yakın zamanda yapılan kapsamlı bir gözden geçirmesinde incelenen 39 yayında, Lacro ve arkadaşları tedaviye bağlı olmama ile en çok ilişkili unsurları; zayıf içgörü, ilaç kullanımına karşı olumsuz tutumlar ya da kişisel yanıtlar, daha önce tedaviye bağlı olmama davranışları, madde bağımlılığı, daha kısa hastalık süresi, yetersiz taburculuk planla-

ması ya da olumsuz çevre koşulları olarak bildirmişlerdir (15). Öte yandan; yaş, cinsiyet, etnik özellikler, medeni hal, eğitim düzeyi, nöro-bilişsel bozukluk, psikotik semptomların şiddeti, ilaç tipi, ilaca bağlı yan etkilerin şiddeti, daha yüksek antipsikotik dozları, duygudurum semptomları varlığı, ilaç uygulama yolu ve ailenin katılımı tedaviye bağlı olmama ile ilişkili unsurlar olarak saptanmamıştır. Tedaviye bağlılık ve yaş, nöro-bilişsel bozukluk, ilaca bağlı yan etkilerin şiddeti ve ailenin tedaviye katılımı gibi özel unsurlar arasında ilişki olmaması, klinik bilgilerin ve güncel yayınların karşıtı bir görüştür (15).

Perkins tarafından yapılan ve 1980–2002 arasındaki yayınların bir başka gözden geçirme çalışmasında, aksine uyumu etkileyebilecek; hastanın hastalığı ile ilgili bilgisi ve tedavi yararlarına olan inancı, ilaç tedavisinden beklenen yan etkilerin (ekstrapiramidal yan etkiler, nöroleptik disfori, akatizi, cinsel işlev bozukluğu, kilo artışı) yanısıra tedaviye ulaşma kolaylığı, aile veya toplum desteği derecesi gibi unsurlara da dikkat çekilmektedir (14). Diaz ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan ilaç alımının elektronik monitörizasyon araçlarıyla izlendiği 50 kişilik küçük bir grupta yapılan bir çalışmada hastane çıkışından sonraki 3 ay içerisinde tedaviye uyum %47 bulunmuştur. Bu çalışmada antipsikotik sınıfının tedaviye uyumla ilişkisi bulunmamış, ancak gün içinde alınması gereken doz sıklığının uyumda belirleyici olduğu görülmüştür (24).

Bir olasılık, hastalık farkındalığını ve tedavi motivasyonunu arttırmak için psikoeğitim uygulamalarından faydalanmak olabilir. Almanya'da 2006 yılında Pitschel-Walz ve arkadaşları tarafından 386 hastada yapılan bir çalışmada ailelerin de katıldığı düzenli psikoeğitimin şizofreni tedavisindeki başarıyı arttırdığı gösterilmiş ve tüm hastalara psikoeğitim uygulanması önerilmiştir (25). Ancak Beverly ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmaları şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda psikoeğitimin tedaviye katkısı olmasına rağmen yalnızca ilaç uyumu esas alındığında beklenen etkiyi göstermediğini ve uzun dönemde uyumsuzluğu azaltmada anlamlı bir fark yaratmadığını göstermektedir (26).

Hastaneye yatırılan hastalarda antipsikotiklere karşı tutumu araştıran Sajatovic ve arkadaşları ayaktan teda-

vi süresince tutumun hemen hiç değişmediğini ve klasik ile atipik antipsikotikler arasında birini tercih ettirecek kadar önemli bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir (27).

Compton ve arkadaşları 2006'da, ruh sağlığı hastalıkları hastanesinden yeni taburcu olan 221 hastada yaptıkları bir çalışmada, hastaların taburculuk sonrası ilk randevuya gelmeme sebeplerini araştırmışlar ve dört önemli etken saptamışlardır: Yatış ve taburculuk sırasındaki gönülsüzlük (içgörü eksikliği dâhil) veya tedavisi sonlandırılmadan taburculuk, taburculuk sırasında hastaların kim tarafından nerede takip edileceklerinin belirlenmemiş olması (hastanın kendisini takip edecek ekiple tanıştırılması ve takip edileceği yerin gezdirilmesi), hastaların birincil destek gruplarının problemleri ve verilen randevu tarihi ile taburculuk arasında geçen sürenin uzunluğu. Diğer önemli etkenler de hastanın yatışı ve taburculuğu sırasında yaşadığı yan etki deneyimleri, bir iş sahibi olmaması, hastaların tüm tedavi ekibinin yeterliliği hakkında ne düşündüğü olarak bildirilmiştir. Diğer bazı çalışmalarda uyumsuzlukla ilgili bildirilen parametrelerden sağlık sigortası durumu bu çalışmada ilgili bulunmamıştır. Ayrıca bazı çalışmaların ayaktan takip randevuları arasındaki sürenin uzunluğunun randevuları kaçırma ile doğru orantılı olduğunu gösterdiği üzerinde durulmuştur (28).

Kruse ve Rohland'ın 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada taburculuk sonrası ilk randevuya gelip gelmemenin tedaviye uyumun iyi bir göstergesi olduğu üzerinde durulmuş; taburculuk sonrası ilk iki hafta içinde randevu verilen hastaların iki hafta sonrasında bir zamana randevu verilenlere göre 4 kez daha uyumlu olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca kentlerden gelen hastaların kırsal kesimden gelen hastalara göre ilk randevularına gelmede 5 kez daha uyumlu olduklarını ve etnik gruplar arasında ilk randevuya uyumda farklılıklar olduğunu saptamışlardır. Bunun sosyoekonomik düzey ve kültürel değişkenlerle ilgisi olduğunu bildirmişlerdir. Hastaneye olan coğrafi uzaklık ilk randevuya uyumda anlamlı bir etken olarak saptanmamıştır. Bunun bölgesel merkezlerin azlığı, hastaların tedavi motivasyonu veya özelleşmiş merkezlerin ve üniversite hastanelerinin tercihi gibi açıklamaları olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca ilk randevu için taburculuk sonrası bir hemşire veya vaka yöne-

ticisi tarafından hasta ve yakınlarına telefonla ulaşılmamasının önemi üzerinde durulmuştur (29).

Kruse ve arkadaşları tarafından ilk randevularına gelmeyen 313 psikotik hastada 2002 yılında yapılan bir çalışmada uyumsuzluk için beş önemli belirleyici tespit edilmiş: Genç olmak, etnik farklılıklar, yetersiz aile destek sistemi (maddi imkânsızlık dâhil), sağlık sigortası sahibi olmamak ve antipsikotik ilaç tedavisini kullanmıyor olmak. Bu çalışmada ilaçlarını alıyor olmak randevulara uyumu artırıcı bir faktör olarak bulunmuş. Ayrıca ilk randevuya gelmemenin hastaneye yeniden yatışta artış, kendine ve başkalarına şiddet davranışı riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Etnik farklılıklarla ilgili olarak uyumsuzluğun maddi imkânsızlıktan çok kültürel engellerle ilgili olduğu bulunmuştur (30).

Weinerman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ilk randevularına gelmeyen hastaların, randevularının günün hangi saatinde olduğunun uyuma etkisi olup olmadığına bakılmış ve randevusu öğleden sonra olan hastaların daha uyumlu olduğu bildirilmiştir (31).

Zygmunt ve arkadaşlarının gözden geçirme çalışması söz konusu tüm müdahalelerin etkili olduğunu göstermektedir. Servislerin özel stratejileri olarak; taburculuk öncesi hastanın ayaktan takip edecek ekiple tanıştırılması, tedavi ve ilaçlar hakkında destekleyici eğitim görüşmelerinin taburculuk öncesi yapılması özellikle etkili bulunmuştur. Psikotik bozukluklar söz konusu olduğunda tek tek tanılar ve hatta özelde belirti ve bulgularla uyumun arasındaki ilişkinin de araştırılması gereği üzerinde durulmuştur (32).

Nose ve arkadaşlarının gözden geçirme çalışmasında da özellikle taburculuk öncesi yapılan müdahalelerin, hastaların daha uyumlu olması ve taburculuk sonrası ilk randevularına gelip gelmemede -ki bunun hastanın sonraki uyumu açısından önemli bir gösterge olduğu kabul edilmektedir- önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bunun tüm psikiyatrik servislerde bir rutin olması gereği üzerinde durulmuştur (33).

Gallucci ve arkadaşları 2005 yılında yaptıkları bir çalışmalarında taburculuk sonrası ilk randevuya gelmemenin uyumsuzluğun iyi bir göstergesi olduğuna değinerek, ilk randevuya kadar geçen bekleme süresinin, özellikle ilk 1 haftanın, önemi üzerinde durmuşlar ve

ilk randevu için bekleme süresinin uzamasının sonraki randevulara uyumu bozduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ilk randevuya uyumsuzlukta genç ve erkek olmanın risk faktörü olduğunu söylemişlerdir (34).

Mitchell ve Selmes tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada, ayaktan tedavide başlangıç randevusuna gelmemenin, izlem randevularına uyumsuzluktan farklı prognostik öneme sahip olduğu vurgulanmıştır. Yaptıkları çalışmada, ilk randevu için uyumsuzluğun cuma günlerinde, kış aylarında ve geriatrik psikiyatri grubunda daha az, alkol ve madde kullanım bozukluklarında ve genel psikiyatri servislerinde daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Randevularını aksatma oranlarının ise geriatrik psikiyatri hastaları, rehabilitasyon psikiyatrisi hastaları, kognitif davranışçı terapi ve psikososyal tedavi alanlarda daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Yazarlar tüm psikiyatrik servislerin bir "uyumsuzluk yönetimi protokolü" sahibi olmaları gerektiği belirtilmiştir (35).

Kitcheman ve arkadaşları, 2008 yılında genel psikiyatri kliniğinde, 764 hastada yaptıkları bir çalışmada; ilk randevunun 24-48 saat öncesinde gönderilen "oryantasyon eğitimi mektupları"nın uyumu önemli ölçüde artırdığını ve ilk randevuya gelmenin devam eden takiplere uyumda önemli bir gösterge olduğunu bulmuşlardır (36).

Orlosky ve arkadaşları 2007'de yayınlanan bir çalışmalarında; 2003 ve 2004 yıllarında genel psikiyatri hastanesinden taburcu olan, vaka yöneticisi tarafından evinde izlenen hastalarda ilk randevuya geliştikleri uyumu, bu yöntemin kullanılmadığı önceki yıllardaki ilk randevuya uyum açısından karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak; evlerinde vaka yöneticisi tarafından izlenen hastaların %71,6'sının taburculuk sonrası ilk 7 gün içinde (önceki yıllardaki oran: %66,6), %88,3'ünün taburculuk sonrası ilk 30 gün içinde (önceki yıllardaki oran: %84,0) ilk randevularına uyum sağladıklarını, dolayısıyla bu programın anlamlı ölçüde etkili olduğunu göstermişlerdir (37).

Glyngdal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, 6 aylık bir dönem içindeki hastaların 137'sinin (%32) ilk randevularına gelmediği belirlenmiş ve bu hastalarla bağlantı kurmak için yapılan (hatırlatma, randevu verme, ayaktan takip planı gibi) tüm çalışmaların

uyumsuzluğu %16'ya düşürdüğü saptanmıştır. Ayrıca ilk randevu için beklenen sürenin uzunluğuna değinilmiş, özellikle psikotik ve bağımlı hasta grubu için daha da önem taşıdığı vurgulanmıştır (38).

Agara ve Onibi'nin yaptığı bir çalışmada hastaneden taburcu olmadan önce yapılan grup psikoeğitiminin taburculuk sonrası uyuma etkisi araştırılmış ve bunun için şizofreni ve psikotik depresyon tanılı 48 hasta alınmıştır. Sonuç olarak hastanede yatmakta iken yapılan grup psikoeğitimi uygulamasının taburculuk sonrası randevulara uyumda 9 ay boyunca, tüm psikiyatrik tanılar ve yaş gruplarında etkili olduğu belirtilmiştir (39).

Speigel ve Wissler klinik ekip üyeleri tarafından şizofren hastaların ailelerine taburculuk sonrası akut sorunların, kişilerarası problemlerin çözümü ve ailelerin eğitimi için yapılan periyodik ev ziyaretlerinin uyuma etkisini araştırmışlar ve ev ziyaretlerinin önemi üzerinde durmuşlardır (40).

Çalışmacılar randevulara uyumsuzluktan bahsederken hastaları ilk randevuya gelmeyenler-takip randevularına gelmeyenler ve randevularına sıklıkla uymayanlar-tedaviyi bırakanlar diye dört gruba ayırmının faydalı olacağını belirtmişlerdir. İlk randevulara gelmeme, izlem randevularına gelmemeden daima yüksek oranda bulunmuştur. Ayrıca kısmi uyumsuzluk, tedaviyi tamamen bırakmaktan daha fazla bulunmuştur (41). Ancak mevcut literatürün çoğunluğu bu şekilde ayırım gözetmemiştir. Takip randevularının süresi göz önüne alındığında ise, yapılan çalışmalar göstermektedir ki 2 yıl sonrasında hastaların %50'den fazlası tedaviyi bırakmaktadır. Bu oranlar psikotik hastalar söz konusu olduğunda daha da yükselmektedir (42). Yapılan karşılaştırmalı çalışmalar göstermektedir ki izlem muayenelerine gelmeyen hastalar gelenlere oranla 4 kez daha fazla yeniden hastaneye yatırılmaktadır (43).

Uyumsuzluğun bir sonucu da acil servislerde görülmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre akıl hastalığına sahip suisid kurbanlarının %28'i akıl sağlığı servisleriyle ilişkisini kesmiş ve %24'ü son 1 ay içinde hastaneden taburcu olmuş ve çoğu henüz taburculuk sonrası takiplerine gitmemiştir (44). Tüm bunlarla birlikte Smoller ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre; akıl sağlığı servislerindeki yüksek randevulara

uyumsuzluk oranlarına rağmen psikiyatristler bu hastalarla ilişkiye geçmek konusunda diğer doktorlara oranla daha az çaba gösterme eğilimindedir (41,45).

Takiplere uyumsuzluk bakımverenin daha fazla sorun yaşamasına neden olmakta, hasta ve bakımveren arasındaki ilişkiyi de bozmaktadır ve bu durum da bir kısır döngüye neden olmaktadır. Uyumsuzlukla başetme konusunda en önemli stratejilerden biri servisin randevulara gelmeyen hastalara ulaşmak ve sorunu çözmek konusunda uyguladığı bir program olması gerekliliğidir. Shoffner ve arkadaşlarının 2007 yılında yapmış oldukları çalışmada telefon hatırlatmalarının randevulara uyumda etkili olduğu görülmüştür (46).

Marder'in bir gözden geçirme çalışmasında şizofrenide tedaviye uyumsuzluğun nedenleri olarak ilaçların yan etkileri, psikotik semptomların ağırlığı, bilişsel bozukluk, ilaçların tedavideki rolünü anlayamama, hastaların hastalıkları hakkında bilgi eksikliğinin önemi belirtilmiş ve başetme stratejileri olarak da hastaların tedavi, ilaçlar ve yan etkiler konusunda eğitimi ve uzun etkili depo ilaçların kullanımının gerekliliği üzerinde durulmuştur (47).

Cruz ve arkadaşlarının bir makalesinde, randevulara uyumsuzluk oranının hastanenin hizmet kalitesinin de bir göstergesi olduğu, vaka yönetiminin önemi, ev ziyaretleri, hastaneye ulaşımın sağlanması, bireysel ve grup psikoterapileri, eğlence ve sosyal programlar, randevular için esnek programlar gibi müdahalelerin önemi belirtilmiştir (48).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tedavi uyumunu artırıcı girişimlerin başarısı açıkça kanıtlanmıştır. Bazı etkinlikler tedaviye uyumu düzeltebilir. Yapılan araştırmalar, psikotik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumlarını sağlayabilmek için birden fazla konuya eğilmek gerektiğini göstermektedir. Hasta ve yakınlarıyla iletişim ve bilgilendirme, terapötik planı

basitleştirme, konsültasyon planlama, yan etkileri göz önünde bulundurarak karmaşık olmayan ve etkin tedavi düzenleme ve sosyal destek uyumu arttırmada çok önemlidir.

Özellikle hastanemiz (Bakırköy Ruh Sınır Hastalıkları EA) için dikkate alınması gereken noktalar şunlardır;

- randevuların ve poliklinik görüşmelerinin ve bürokratik işlemlerin yeniden düzenlenmesi ve basitleştirilmesi,
- telefonla randevuların hatırlatılması,
- taburculuk sonrası ve izlem muayenelerini kaçırarak hastalara telefonla ulaşılması
- hastanemiz için bir "uyumsuzlukla baş etme protokolü" düzenlenmesi,
- tüm hasta ve yakınlarına düzenli eğitim ve rehabilitasyon olanakları sağlanmaya çalışılması,
- hastaneden çıkış için bir "taburculuk planı" oluşturulması.

Elbette ki tüm bunlar sadece hastanemiz olanaklarıyla değil Bakanlığımız bünyesinde de ele alınarak ve kurumlararası işbirliği sağlanarak çözülmesi gereken sorunlardır.

Özellikle ev temelli bakım ve tedavi seçeneğinin bir an önce ele alınması, "vaka yönetimi" kavramının oluşturulması ve geliştirilmesi, bu konuda eğitilmiş personel ve disiplinlerarası işbirliği sağlanması önem taşımaktadır.

Bireysel olarak ise hasta ve yakınları ile terapötik işbirliği kurmak, hastalığı etkili bir şekilde tedavi etmek, içgörü kazandırmak, hastayı ve aileyi eğitmek ve sosyal destek sistemlerini elimizden geldiğince harekete geçirmeye çalışmak, engelleri kaldırmak için atılacak ilk önemli adımlardır.

Sonuç olarak, tüm bunlar yapıldığında tedaviye uyumda önemli artış sağlanacak, kronik psikotik hastaların yaşam kalitesi ve işlevselliği artıp nüksleri azalacaktır. Bu konuda, uyumu değerlendiren ve uyumu arttırmaya yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Bartko G, Herczeg I, Zador G. *Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:74-76.
2. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2002; 28:266-272.

3. Docherty JP, Fiester SJ. The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology. Review of Psychiatry. In: American Psychiatric Association (editor). Psychiatry update. Washington DC: American Psychiatric Press 1985; 607-632.
4. Faloon IRH. Developing and maintaining adherence to long term drug taking regimens. Schizophr Bull 1984; 10:412-417.
5. [Pan PC, Tantam D. Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatments, a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. Acta Psychiatr Scand 1989; 79:564-570.](#)
6. McGlashan TH, Carpenter WT Jr. Does attitude toward psychosis related to outcome? Am J Psychiatry 1981; 138:797-801.
7. [Eskin M. Rural population's opinions about the causes of mental illness, modern psychiatric help-sources and traditional healers in Turkey. Int J Soc Psychiatry 1989; 35:324-328.](#)
8. Aker T, Üstünsoy S, Kuşu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 2000.
9. [Smith J, Birchwood M. Relatives and patients as partners in management of schizophrenia. Br J Psychiatry 1990; 156:654-660.](#)
10. [Mantonakis J, Markidis M, Kontaxakis V, Liakos A. A scale of negative attitudes towards medication among relatives of schizophrenic patients. Acta Psychiatry Scand 1985; 71:186-189.](#)
11. Aker T, Çıtak S, Ceyhanlı A, Sarılğan C, Taştan U, Ögel K, Özmen E. Hasta yakınlarının ilaç tedavisine karşı tutumu. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 1994.
12. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. J Clin Psychiatry 1999; 60:25-30.
13. [Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2000; 51:216-222.](#)
14. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2002; 63:1121-1128.
15. 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. Am J Psychiatry 2002; 63:126-128.
16. [Holzinger A, Löffler W, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2002; 190:597-603.](#)
17. [Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. Psychiatr Rehabil J 2002; 26:23-32.](#)
18. [Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomized controlled trial of compliance therapy. Br J Psychiatry 1998; 172:413-419.](#)
19. [Bebbington PE. The content and context of compliance. Int Clin Psychopharm 1995; 9 \(Suppl.5\): 41-50.](#)
20. Lindstrom E, Bingerfors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. Pharmacoeconomics 2000; 18:106-124.
21. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ (editors). Compliance; Principles and practice of Psychopharmacotherapy. Third Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001, 43-44.
22. [Parashos IA, Xiromeritis K, Zoumbou V, Stamouli S, Theodotou R. The problem of noncompliance in schizophrenia: opinions of patients and their relatives. A pilot study. Int J Psych Clin Pract 2000; 4:147-150.](#)
23. [Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives, knowledge and expressed emotion. Psychol Med 2003; 33:91-96.](#)
24. [Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pearsall HR, Woods SW. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. J Clin Psychiatry 2004; 65:354-360.](#)
25. [Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project study. J Clin Psychiatry 2006; 67:443-452.](#)
26. [Byerly MJ, Fisger R, Carmody T, Rush AJ. A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry 2005; 66:997-1001.](#)
27. [Sajatovic M, Blow FC, Sivec HJ, Sultana D, Smith DA, Alamir S, Buckley P, Bingham CR. Insight into illness and attitudes toward medications among inpatients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2002; 53:1319-1321.](#)
28. [Compton TC, Rudish EB, Craw J, Thompson T, Owens DA. Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. Psychiatr Serv 2006; 57:531-537](#)
29. [Kruse GR, Rohland BM. Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. Psychiatr Serv 2002; 53:473-476.](#)
30. [Kruse GR, Rohland BM, Wu X. Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. Psychiatr Serv 2002; 53:1173-1176.](#)
31. [Weinerman R, Glossop V, Wong R, Robinson L, White K, Kamil R. Time of day influences nonattendance at Urgent Short-Term Mental Health Unit in Victoria, British Columbia. Can J Psychiatry 2003; 48:342-344.](#)
32. [Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. Am J Psychiatry 2002; 159:1653-1664.](#)
33. [Nose M, Barbui C, Gray C, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. Br J Psychiatry 2003; 183:197-206.](#)
34. [Galucci G, Swartz W, Hackerman F. Impact of the wait for an initial appointment on the rate of kept appointments at a mental health center. Psychiatr Serv 2005; 56:344-346.](#)
35. [Mitchell AJ, Selmes T. A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialties in the United Kingdom. Psychiatr Serv 2007; 58:868-871.](#)
36. [Kitcheman J, Adams CE, Pervaiz A, Kader I, Mohandas D, Brookes G. Does an encouraging letter encourage attendance at psychiatric out-patient clinics? The Leeds PROMPTS randomized study. Psychol Med 2008; 38:717-723.](#)
37. [Orlosky MJ, Caiati D, Hadad J, Arnol G, Camarro J. Improvement of psychiatric ambulatory follow-up care by use of care coordinators. Am J Med Qual 2007; 22:95-97.](#)
38. [Glyngdal P, Sorensen P, Kistrup K. Non-compliance in community psychiatry: failed appointments in referral system to psychiatric outpatient treatment. Nord J Psych 2002; 56: 151-156.](#)

39. Agara AJ, Onibi OE. Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with scheduled clinic appointments in a neuro-psychiatric hospital in southwest Nigeria: a randomized control trial (RCT). *Ann Acad Med Singapore* 2007; 36:272-275.
40. Speigel D, Wissler T. Using family consultation as psychiatric aftercare for schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38:1096-1099.
41. [Mitchell A, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007; 13:423-434.](#)
42. [Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *Br J Psychiatry* 2002; 180:254-259.](#)
43. [Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv* 2000; 51:885-889.](#)
44. Royal College of Psychiatrists (editor). Report of the confidential inquiry into homicides and suicides by mentally ill people. London: RCP, 1996.
45. [Smoller JW, McLean RY, Otto MW, Pollack MH. How do clinicians respond to patients who miss appointments? *J Clin Psychiatry* 1998; 59:330-338.](#)
46. [Shoffner J, Staudt M, Marcus S, Kapp S. Using telephone reminders to increase attendance at psychiatric appointments: findings of a pilot study in rural Appalachia. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 872-875.](#)
47. Marder SR. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (Suppl.16): 3-9.
48. [Cruz M, Cruz RF, McEldoon W. Best practise for managing noncompliance with psychiatric appointments in community-based care. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1443-1445.](#)