



### BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA UYKU KALİTESİ, BİYOLOJİK RİTİM ÖRÜNTÜSÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN TEDAVİ UYUMUYLA İLİŞKİSİ (\*)

**Muhammed YILDIZ (\*\*)**  
İstanbul Üniversitesi

**Ahmet ÜNAL (\*\*\*)**  
Gaziantep Üniversitesi

#### ÖZ

Bu çalışmada bipolar bozukluğa sahip tedavi uyumu olan hastalarla olmayan hastaların uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması amaçlandı. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği tarafından DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış ötimik durumdaki onam veren, polikliniğe ardışık olarak gelen 102 hastaya Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), tedavi uyumu için Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ), uyku kalitesi için Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ), biyolojik ritim örüntüsü için Biyolojik Ritim Değerlendirme Görüşmesi (BRDG), yaşam kalitesi için Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ), Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu uygulandı. Tedavi uyumu olan ve olmayan hastaların, uyku kaliteleri, biyolojik ritim örüntüleri ve yaşam kaliteleri arasında ilişki olup olmadığına bakıldı. Tedavi uyumu olan hastaların daha iyi uyku kalitesine sahip olduğu, daha az uyku bozukluğu yaşadıkları, sosyal yaşamlarında daha işlevsel oldukları, biyoritimlerinin daha düzenli olduğu saptandı.

#### Anahtar Kelimeler

*Bipolar Bozukluk, Tedavi Uyumu, Uyku Kalitesi, Biyolojik Ritim Örüntüsü, Yaşam Kalitesi*

### THE RELATIONSHIP OF SLEEP QUALITY, CIRCADIAN RHYTHM PATTERN AND QUALITY OF LIFE OVER TREATMENT COMPLIANCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

#### ABSTRACT

In this study, it is aimed to compare the biological rhythm patterns and quality of life of bipolar disorder treatment compliance with the sleep quality of patients with non-patients. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Young Mania Rating Scale (YMRS), treatment compliance for Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), sleep quality for the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Biological Rhythms Interview of Assessment in Neuropsychiatry (BRIAN) for biological rhythm patterns, Quality of Life Scale (QLS) for quality of life, Socio-demographic and Clinical Data Form were used for the sequentially outpatient of 102 patients, in the Psychiatry Clinic of the University of Gaziantep Sahinbey Research and Practise Hospital, the patients with bipolar disorder according to the DSM-IV-TR diagnose criterions. Whether there is a relationship between the biological rhythm patterns, sleep quality and quality of life of patients who have adherence to treatment and who do not was evaluated. It appears that the patients who have adherence to treatment have a better quality of sleep, less sleep disorder, are more functional in social life and have more regular biorhythms.

#### Key Words

*Bipolar Disorder, Treatment Compliance, Sleep Quality, Circadian Rhythm Pattern, Quality of Life*

(\*) Bu makale, Doç. Dr. Ahmet ÜNAL'ın tez danışmanlığında Muhammed YILDIZ'ın tamamladığı yüksek lisans tezinin özetidir.

(\*\*) Uzm.Psk.Dan., İstanbul Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, e-mail: muhammed.yildiz@ogr.iu.edu.tr

(\*\*\*) Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi, e-mail: drahmetunal@hotmail.com

## Giriş

Bipolar bozukluk, kişide yoğun mutsuzluk duygularından, aşırı enerjik bir biçimde taşkınlıklara, aynı zamanda çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik duygularıyla birlikte kişinin kıpır kıpır ve enerjik olduğu karma duyguduruma varan önemli değışikliklere yol açar. Hastaların önemli bir bölümünde bu duygudurumlar yıllarca sürer. Bipolar bozuklukla yaşamı sürdürmek kişi için birtakım zorluklar içermektedir. Yaşanılan güçlükler, bu bozuklukla yaşayan kişiler kadar kendilerine destek veren; arkadaşlar ve aile üyeleri için de geçerlidir (Bristol-Myers, 2011). Eskilerde, toplum tarafından önemi ve sıklığı hakkında çok bilgi sahibi olunmayan bipolar bozukluğun yaygınlığının %1'in altında olduğuna inanılırdı. Son 10 yılda yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun kapsamı genişletilmiş ve veriler bu hastalığın yaygınlığının %5'e kadar çıkabileceğini ortaya çıkarmıştır (Angst, 2003; Angst, 2002; Akiskal vd., 2000). Bu oran hem önleyici tıp hizmetleri hem de bipolar bozukluğun önemi hakkında bize fikir sunmaktadır.

Tedavisinin uzun yıllar alması, kişinin iş, aile ve bireysel yaşamında birçok problemler oluşturması bipolar bozuklukla ilgili araştırmaların önemini ortaya koymaktadır. Kuşkusuz tüm rahatsızlıklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da üzerinde durulması gereken kavramlardan biri tedavi uyumudur. Yapılan bir araştırma bipolar bozuklukta hastaların yaklaşık %71'inde ilaç uyumsuzluğu olduğunu göstermektedir (Aksoy, 2013). Bu oran çok yüksektir. Hastalarda tam bir tedavi uyumunun olmaması çeşitli nedenlerle bipolar bozukluk tedavisinde önemli bir sorun olmaktadır. Bunlar; Hastanın yeniden hastaneye yatırılmasına yol açan önemli bir problem olması (Üçok, 2011), düzensiz ilaç kullanıcılarında hastane maliyetinin neredeyse beş kat artması (Svarstad, Shireman ve Sweeney, 2001; Hong, Reed, Novick, Haro ve Aguado, 2011), intihar oranlarının tedavi uyumu olan hastalara göre daha fazla olması (Hong ve ark, 2011; Foster, Sheehan ve Johns, 2011), bipolar bozuklukta iyileşme oranlarının tedavi uyumu az olan hastalarda daha az olması (Hong vd., 2011), manik atakla hastaneye başvuran hastaların %64'ünün hastaneye yatışından önceki ay duygudurum düzenleyici ilaçlarını kullanmayı bıraktığını bildirmesidir (Keck vd., 1996). Yapılan diğer araştırmalar bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin üçte birinden fazlasının kendi psikiyatristi ile işbirliği yapmadan ilaçlarını iki veya daha fazla kez bıraktığını göstermektedir. Her on bipolar bozukluk hastasından dokuzu hayatlarında en az bir kez ciddi bir şekilde ilaçlarını kullanmayı bıraktığını kabul etmiştir. Ayrıca bipolar bozukluk hastalarının en az üçte biri kendi reçeteli ilaçlarını almada %70 başarısızdır (Colom vd., 2005; Sajatovic, Chen, Dines ve Shirley, 2007). Dolayısıyla bipolar bozuklukta bu kadar öneme sahip olan tedavi uyumu, uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesi araştırmamızın konusu olmuştur. Araştırmamızın amacı bipolar bozukluğa sahip olan hastalarda, uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilgisinin olup olmadığını tespit etmektir.

## Kuramsal Çerçeve

### Tedavi Uyumunu

Tedavi uyumu, bilhassa ruhsal rahatsızlığı olan hastalarda farmakolojik tedavi için kritik bir öneme sahiptir. İlaçlar, doktorun önerdiği bir biçimde alınmazsa, tedaviden beklenen olumlu klinik neticeler alınmaz. Hastalık belirtileri şiddetlenir ve bireylerin atak sayısı, hastanede yatarak tedavi görme oranları, özkıyım olasılığı ve hastalıktan doğan maliyet artar. Bu nedenle ilaç kullanımı konusunda ortaya konan uyumsuzluk ruhsal hastalıklarda olumsuz klinik tabloların en büyük nedenlerinden biridir (Mahmood, Khalid ve Makhdum, 2010; Riley vd., 2009). Bipolar bozuklukta ilaç kullanımındaki düzensizlikler, ilaçların hekim önerisine bakılmaksızın bırakılması birtakım problemleri beraberinde getirmektedir. Keck ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada manik atakla hastaneye başvuran hastaların %64'ünün hastaneye yatışından önceki ay duygudurum düzenleyici ilaçları kullanmayı bıraktığı ortaya çıkmıştır (Keck vd., 1996). Tedaviye uyumda en önemli bileşenlerden biri ilaç uyumudur. Birçok hastada ilaçların düzenli bir biçimde kullanılmaması ya da aşırı kullanılması zamanla ortaya çıkan büyük bir problem halini almaktadır (Yüksel, 2010). Bipolar bozukluk belirtileri yaşayan kimi hastalar konulan tanıyı düşünmeden reddeder. Bazıları ise istemeye istemeye bipolar bozukluk tanısını kabul eder fakat

daha sonra tedavi rejimlerine uymayı redderek, tedaviye direnç gösterir (Miklowitz, 2011).

### Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, kişinin uyku bitiminde kendini zinde bir biçimde, dinlenmiş, vücut fonksiyonları bakımından formunda, bir sonraki güne hazır, rahatlamış olarak algılamasıdır. Uyku kalitesinin; uyku latensi, kişinin bir gecede toplam uyuduğu süre ve toplam gece uyanıklık sayısı gibi uykunun sayısal taraflarını içeren tarafları olduğu gibi; uykunun derin olması, bireyi dinlendirmesi, kişinin uyandıktan sonra kendini nasıl hissettiği gibi kişiye özgü tarafları da vardır (Üstün ve Çınar, 2009). Doğrudan biyolojik ritimle ilgisi olan uyku kalitesinin aynı zamanda bipolar bozuklukla da ilgili olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (Bunney ve Bunney, 2000; Millar, Espie ve Scott, 2004; Shen, Alloy, Abramson ve Sylvia, 2008). Uyku süresi ve uyku uyanıklık döngüsü bipolar bozuklukta manik ve depresif atakların gelişmesinde önemli bir rol oynar. Bir çalışmada uyku süresinin uzunluğunun ve uyku uyanıklık döngüsünün bipolar bozuklukta etkili olduğu ortaya konmuştur (Giglio vd., 2010).

### Biyolojik Ritim

İnsanlarda, vücut biyolojisi, fizyolojisi, endokrinal sistemi, edimleri ve psikolojik tarafı olan birçok olay standart bir ritime uygun bir biçimde meydana gelir. Bireyde bulunan uyuma ve uyanık olma sarmalı, beden sıcaklığı, endokrinal düzeyler, duygudurumda meydana gelen değişimler ve bilişsel süreçler sirkadyen ritim olarak tarif edilen yirmidört saatlik bir ritimle oluşur (Selvi, Beşiroğlu ve Aydın, 2011). Biyolojik ritimlerden en çok kullanılanı sirkadyen ritimdir. Sirkadyen ritim takriben yirmidört saat süren bir döngüdür. Sirkadyen ritimde, pineal bez'den melatonin hormonu salgılır. Vücut sıcaklığı ayarlanır ve plazmada kortizol oranlarında değişiklikler meydana gelir. (Reinberg ve Ashkenazi, 2003; Schulz ve Steimer, 2009). Bireylerin hasta ve sıhhatli oldukları evrelere ait biyolojik ritimlerdeki farklılıkların ortaya konması, hasta bireylere teşhis konması ve tedavilerinin sağlanması açısından tıptaki gelişmelere ciddi bir fayda sağlamıştır (Lemmer, 2009). Biyoritimlerin sürelerini araştıran bilim dalına kronobiyojoloji adı verilmektedir. İnsan vücudundaki kimyasal faaliyetleri yürüten biyolojik saat, organlara ve onların görevlerine saatlik, yirmidört saatlik, otuz günlük veya mevsimsel ritimleri kaydeder (Şenel, 2008). Bipolar bozuklukla ilgili önemli kavramlardan bir diğeri biyolojik ritimdir. Kişinin biyolojik ritiminde oluşan ilerlemelerin, gecikmelerin veyahut bozuklukların ruhsal problemlerle bilhassa da iki uçlu depresyon, major depresyon ve mevsimle ilgili olan duygudurum bozuklukları ile çok önemli bir ilişkisi bulunmaktadır (Selvi, Beşiroğlu ve Aydın, 2011).

### Yaşam Kalitesi

Bipolar bozukluğu olan hastalar fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarında, genel topluma oranla önemli bozukluklar göstermektedir. Bipolar bozukluğun düzelme ve alevlenmelerle bir arada giden döngüsel gidişi, kişinin yaşamının birçok alanında bozulmalara neden olmaktadır. Hastaların aile içi ilişkilerinde bozulmalar meydana gelmekte, iş yaşamlarında sorunlar yaşanmakta, sosyal ilişkilerinde uyumsuzluklar oluşmaktadır. Bu alanlarda meydana gelen işlev yitimleri kişinin iyilik halini ve bir bütün olarak yaşam kalitesini bozmaktadır (Sierra, Livianos ve Rojo, 2005). Hastalığın belirtilerini azaltmanın yanı sıra hastaların yaşam kaliteleri de son dönemlerde psikiyatride önem verilen konulardan biri halini almıştır (Michalak, Lakshmi, Yatham ve Raymond, 2005). Bipolar bozuklukta yaşam kalitesiyle ilgili yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarının normal bireylere göre fiziksel rollerde meydana çıkan güçlükler, ortalama sağlık, kişinin sosyal işlevselliği ve duygusal rol gücüğü faktörlerinde puanları manidar bir biçimde düşük çıkmıştır (Özdemir, 2007).

### Literatür Taraması

Bipolar bozuklukta tedavi uyumuyla ilgili bir çalışmada hastaların %39,3'ü uyumlu, %60,7'si ise uyumsuzdur (Aksoy, 2013). Diğeri bir çalışmada %47,9'u uyumlu, %52,1'i ise uyumsuzdur (Yılmaz, 2004). Tedavi uyumunun bipolar bozuklukta uyku kalitesine etkisiyle ilgili çalışma bulunmamaktadır. Uyku kalitesiyle ilgili yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarıyla, sağlıklı bireyler karşılaştırılmıştır. Bir çalışmada bipolar

bozukluk hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, bipolar bozukluğu olan hastaların gece sık uyanma, uzun süreli uyuma ve uzun süreli uyanık kalma belirtileri gösterdikleri ortaya konmaktadır (Roybal vd., 2011). Tedavi uyumunun bipolar bozuklukta biyoritimlere etkisiyle ilgili çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk hastalarıyla, sağlıklı bireyler karşılaştırılmıştır. Bir araştırmada sağlıklı bireylerle remisyondaki bipolar bozukluk hastaları karşılaştırılmış biyolojik ritmin uyku ve sosyal aktivite boyutunun bipolar bozuklukta etkili bir faktör olduğu ve sadece uyku uyanıklık döngüsünün değil, sosyal ilişkilerin ve aktivitelerin de bipolar bozuklukta rol oynadığı ortaya çıkmıştır (Rosa vd., 2013).

Araştırmamızda benzer araştırmalarla kıyaslayabileceğimiz tek alan yaşam kalitesi olarak görülmektedir. Bipolar bozuklukta tedavi uyumunun yaşam kalitesine etkisiyle ilgili bir araştırmada, ilaç uyumuyla arkadaş desteği arasında pozitif ve manidar bir ilişki ortaya konmuştur (Kelleci ve Ata, 2011). Bir araştırmada tedavi uyumuyla toplumsal destek arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve sosyal desteği yüksek olan grupta tedavi uyumunda yüksek olduğu görülmüştür (Scheurer, Choudry, Swanton, Matlin ve Shrank, 2012). Ancak bir çalışmada sosyal destekle ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Aksoy, 2013). Araştırmalar sağlıklı bireylerle bipolar bozukluk hastalarının ve sağlıklı bireylerle diğer kronik hastalıklara sahip olan hastaların kıyaslandığı çalışmalarda sınırlıdır. Örneğin bir çalışmada bipolar bozuklukla yaşam kalitesi arasında çok yönlü bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Araştırmanın sonuçları, bipolar bozukluğun hastaların eğitim, mesleki, ekonomik, sosyal ve kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olduğunu göstermiştir (Michalak, Lakshmi, Yatham ve Raymond, 2006). Biyolojik ritimlerle ve uyku kalitesiyle ilgili yapılan araştırmalar bu iki faktörün birbiriyle yakından ilintili olduğunu göstermektedir. Duygudurum bozukluklarında bireyin yirmidört saatlik sirkadyen ritmini düzenleyen mekanizmanın bozulması hastanın uyku da dahil olmak üzere biyolojik ritimlerinin bozulmasına yol açar. (Bunney ve Bunney, 2000; Millar, Espie ve Scott, 2004; Shen, Alloy, Abramson ve Sylvia, 2008). Bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının biyolojik ritim örüntüleri ile uyku kaliteleri arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (Hüzmeli, 2014). Dolayısıyla uykudaki düzensizliklerin biyolojik ritimleri etkilediği sonucu ortaya çıkmaktadır. Yaşam kalitesiyle ilgili olarak ta hem bizim çalışmamızın sonuçlarına hem de bipolar bozuklukta yaşam kalitesiyle ilgili olarak diğer çalışmalara bakıldığında tedaviye uyumunun yüksek olduğu hastalarda aynı zamanda sosyal desteğin de yeterli olduğu, bu hastaların çevresinde daha fazla kişi olduğu ve sosyal fonksiyonlarının yeterli olduğu görülmektedir (Aksoy, 2013). Birçok araştırmada sosyal desteği fazla olan hastaların iyileşme açısından daha olumlu bir seyir izlediği ortaya konmuştur (Harrow, Goldberg ve Grosman, 1990; Keck ve diğ., 1998). Bipolar bozuklukta hastaların aldıkları sosyal destek hastalığın seyrini etkilemektedir (Canbaba, 2011). Bipolar bozuklukta tedavinin ana faktörü ilaç tedavisidir. Bu tedaviye ek olarak psiko eğitim verildiğinde hastalığın tedavisinde etkili bir yol izlenmiş olur. Bu durumun tüm bipolar bozukluk türlerinde, nöksleri ve hastanede yatılı tedavi süresini azalttığı ortaya konmuştur. Amaç, hastanın bipolar bozukluğu anlaması ve bununla beraber tedavi uyumunun gerçekleşmesidir (Colom ve Vieta, 2012). Ruhsal bozukluklarda farmakoterapi ile psikoterapinin birleştirilmesi uygulaması bu rahatsızlıkların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Terapistler, bipolar bozukluk tedavisinde tedavilerin tek tek kullanılması yerine iki terapi yaklaşımının beraber kullanılmasının tedavide etkili ve yararlı olduğunu ifade etmektedirler (Topçuoğlu, 2011).

## Yöntem

### Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği tarafından DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve ardışık olarak gelen basit rastgele örneklem yöntemiyle gönüllülük esasına göre çalışmaya katılan 102 hasta oluşturmaktadır.

## Araştırmanın Yapıldığı Yer, Tarih ve İşlem

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırma yapılmadan önce Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan izin alınmıştır. Araştırmada 109 hastaya ölçekler uygulanmıştır. Hastaların araştırmaya dahil edilebilmeleri için bir takım ölçütler aranmıştır. Bunlar: Gönüllü olmaları, 18-60 yaş aralığında olmaları, en az bir yıl boyunca bipolar bozukluk tanısıyla izlenme ve ötimik olmaları, okuryazar olmaları, iletişime ve işbirliğine açık olmalarıdır. Dışlama ölçütleri ise şunlardır: Hastanın akut alevlenme dönemi içine olması, yatan hasta ya da hastaneden çıkarılmasının üzerinden 2 hafta geçmemiş hasta olması, hastanın aktif olarak alkol ya da psikoaktif madde kullanması, hastada zeka geriliği ya da demans gibi zihinsel rahatsızlık bulunması, hastanın başka psikiyatrik rahatsızlığı olması ve çalışmaya isteksiz olması (Kurdal, 2011). Çalışmaya alınan ve dışlanan ölçütler yoluyla araştırmanın yapılacağı hasta grubu belirlendikten sonra hastalara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Hastalardan HDDÖ'den 7 ve daha altında, YMDÖ'den 5 ve daha altında puan alan, ötimik olan 102 tanesi araştırmaya dahil edilmiştir.

## Veri Toplama Araçları

*Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):* Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 17 madde bulunmaktadır. Depresyonun şiddetini belirlemek için kullanılan bir ölçektir. Depresif mizaç, özkıyım, iş ve fonksiyonlarda yitim, mental retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal semptomlar, genel psikosomatik belirtiler, hipokondriyak semptomlar, bireyde içgörü kaybı, yemek yeme isteğinde azalma ve kilo azalması, uykusuzluk ve kaygı alt ölçekleri vardır (Hamilton, 1960; Akdemir vd., 1996). Toplam puan 0-7 için depresyonun olmadığı, 8-12 için bireyde hafif seviyede depresyon olduğu, 13-17 için orta seviyede depresyon olduğu, 18-29 için majör depresyon olduğu, 30-52 için bireyde ağır majör depresyon olduğu kabul edilir (Hamilton, 1960). Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından ülkemizde kullanımı için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği 0.85, iki yarım güvenilirliği 0.76, Cronbach alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur (Akdemir vd., 1996). Araştırmamıza dahil edilebilmek için hastaların 0-7 puan arası almalarına bakılmış bu şartları yerine getirmeyen hastalar ötimik olmadıkları için araştırmadan çıkarılmıştır.

*Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):* Young ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 11 madde bulunmaktadır. Manik nöbetin şiddetini ve değişimlerini ölçen bir ölçektir. Ölçek onbir maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri, kabarmış duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapısında bozukluk, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünümdür (Young, Biggs, Ziegler ve Meyer, 1978). Ülkemizde kullanımı için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmış ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.79 bulunmuştur (Karadağ, Oral, Yalçın ve Erten, 2002). Araştırmamızda ölçekten 5 puandan fazla alan hastalar ötimik olmadıkları için araştırmadan çıkarılmıştır.

*Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ):* Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve geçerlik çalışmaları Morisky, Green ve Levine (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin normal hastalar için geçerlilik çalışması ve Türkçe'ye uyarlanması Yılmaz (2004) tarafından yapılmıştır. Bipolar bozukluğa sahip hastalar için geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Bahar ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yanıtlanmasında "evet", "hayır" cevapları kullanılmaktadır ve hastanın ilaç uyumunu "iyi", "orta" ve "kötü" olmak üzere üç kategoride göstermektedir (Yılmaz, 2004). Araştırmamızda hastaların uyum düzeyleri tüm sorulara "evet" cevabı verenler "uyumlu", en az bir soruya "hayır" cevabı verenler "uyumsuz" olarak kabul edilmiştir.

*Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ):* Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Bireyde son bir otuz günlük uyku kalitesini saptamak için uykunun kalitesini, sayısal olarak süresini, bireydeki uyku probleminin varlığını ve şiddetini ölçmek üzere 19 maddeden oluşmaktadır (Buysse, Reynolds ve Monk, 1989). Subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, habituel uyku etkinliği, uyku bozuklukları,

uyku ilacı kullanımı, gündüz fonksiyonları adı altında 7 adet alt ölçeği vardır (Ağargün, Kara ve Anlar, 1996). Toplam puanlar 0-21 arasındadır. Ölçekte puanların artması uyku kalitesinin iyi olmadığını, uyku problemi düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. PUKÖ'nin Türkiye için uyarlamasını Ağargün ve arkadaşları (1996) yapmıştır.

*Biyolojik Ritim Değerlendirme Görüşmesi (BRDG):* Giglio ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiştir. Hastaların günlük döngüsel ritmini ve işlevselliğini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir. BRDG uygulayıcı tarafından değerlendirilir, dördümlük likert tipi 21 maddeden oluşmaktadır. Yüksek puanlar biyolojik ritimde düzensizliğe işaret etmektedir. Beş adet alt ölçeği bulunmaktadır, bunlar: uyku, etkinlikler, sosyal, yeme alışkanlıkları ve baskın ritim örüntüsüdür. Ölçeğin toplam puanı hesaplanırken baskın ritim örüntüsü puanları toplam puana eklenmez (Giglio vd., 2009). Türkiye uyarlaması Aydemir ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır.

*Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ):* Ware (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 36 madde yer almaktadır. Sekiz alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler: Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlıktır. Her bir sorunun puanları 0-100 arasında değişir. YKÖ'de puanlar arttıkça yaşam kalitesinin arttığı şekilde yorumlanmalıdır (Eser, 2006; Ware ve Sherbourne, 1992). YKÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir.

*Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:* Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu hastaların adı soyadını, cinsiyetini, eğitim düzeyini, medeni halini, geldiği sosyal alanı, gelirini, tanısını, hastalık başlama yaşını soran 8 sorudan oluşmaktadır.

### İstatistiksel Analiz

Araştırmanın bağımsız değişkeni hastaların tedaviye uyumları, bağımlı değişkenler ise uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesidir. Hastalar MTUÖ'ye göre tedavi uyumu olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Hastaların uyum düzeyleri belirlenirken bütün sorulara "evet" diyenler "uyumlu", en az bir soruya "hayır" cevabı verenler "uyumsuz" olarak kabul edilmiştir. İki grup arasında uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı fark olup olmadığına bakılmıştır. Veriler SPSS programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin parametrik olup olmadıklarına bakmak için Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi kullanılmıştır. Test sonucunda parametrik olan PUKÖ'nün uyku toplam puanı, BRDG'nin uyku boyutu, sosyal boyut, baskın ritim boyutu ve toplam ölçek puanına YKÖ'nün, fiziksel rol kısıtlanması, mental sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanlarına tedavi uyumu arasındaki ilişkiye bağımsız örneklem t-testi ile bakılmıştır. Parametrik olmayan PUKÖ'nün subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, habituel uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı, gündüz fonksiyonları puanları, BRDG'nin etkinlikler boyutu, yeme alışkanlıkları puanları, YKÖ'nün fiziksel fonksiyon, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, canlılık ve genel sağlık puanları ile tedavi uyumu arasındaki ilişkiye Mann-Whitney U Testi ile bakılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  alınmıştır. Araştırmadaki değişkenler arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

### Bulgular

#### Hastaların Demografik Özellikleri

Hastaların 38'i (% 37.25) kadın, 64'ü (% 62.75) erkektir. Hastalardan 40'ı (% 39.22) bekar, 62'si (% 60.78) evlidir. Hastaların 38 (% 37.25) ilkökul mezunu, 14 (% 13.73) ortaokul mezunu, 39 (% 38.24) lise mezunu, 10 (% 9.8) lisans, 1'i ise (% 0.98) lisansüstü mezundur. Hastalardan 60'ı (% 58.82) çalışıyor, 42'si ise (% 41.18) çalışmıyor. Hastalardan 48'i (% 47.06) asgari ücretin altında bir gelire sahipken, 54'ü (% 52.94) asgari ücretin üstünde bir gelire sahiptir. Hastalardan 19'u (%18.63) köy, 12'si (%11.76) kasaba, 21'i (%20.59) ilçe, 22'si (%21.57) il, 28'i (%27.45) ise büyükşehirde yaşamaktadır. Hastaların 39'u (%38.2) tam uyumlu iken, 63 hasta ise (%61.8) uyumsuzdur.

**Tablo 1. Hastaların PUKÖ, BRDG ve YKÖ toplam puanlarına dönük betimsel bulgular ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı**

Ölçekler	N	$\bar{X}$	Ss	1	2	3
PUKÖ	102	9.32	2.95	1		
BRDG	102	24.95	6.93	0.315**	1	
YKÖ	102	1770.54	435.77	-0.099	-0.017	1

(\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001), 1:PUKÖ, 2:BRDG, 3:YKÖ

PUKÖ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, BRDG: Biyolojik Ritim Değerlendirme Görüşmesi, YKÖ: Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 1 incelendiğinde, hastaların uyku kalitesi puanları ile biyolojik ritim puanları ( $r=0.32$ ,  $p=0.001<0.05$ ), pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmaktadır. Hastaların yaşam kalitesi puanlarıyla, uyku kalitesi puanları arasında ve biyolojik ritim puanları arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır.

**Tablo 2. Hastaların PUKÖ alt boyutlarına ait puanlarının uyum düzeylerine göre karşılaştırılmaları için t-testi sonuçları**

	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	p
Uyku kalitesi toplam	Uyumlu	39	7.79	2.63	-4.481	100	0.000***
	Uyumsuz	63	10.26	2.75			

(\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001)

Tablo 2'de tedavi uyumu olan hastalarla olmayan hastaların PUKÖ uyku kalitesi toplam puanları arasındaki farklılıklara ait t-testi sonuçları gösterilmektedir. Tabloya göre tedavi uyumu olan hastalarla olmayanlar arasında ( $t_{100} = -4.481$ ,  $p=0.000<0.05$ ) anlamlı farklılık vardır. Aynı zamanda tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarının uyku kalitesi toplam puanları (Ort.=7.79, ss.=2.63), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarından (Ort.=10.26, ss.=2.75) oldukça düşüktür. Ölçeğin özelliğine göre düşük puanlar uyku kalitesinin yüksek olmasına işaret etmektedir.

**Tablo 3. Hastaların PUKÖ alt boyutlarına ait puanlarının uyum düzeylerine göre karşılaştırılmaları için Mann Whitney U-Testi sonuçları**

	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Subjektif uyku kalitesi	Uyumlu	39	46.03	1795	1015	-1.523	0.128
	Uyumsuz	63	54.89	3458			
Uyku latansı	Uyumlu	39	46.14	1799.50	1019.5	-1.490	0.136
	Uyumsuz	63	54.82	3453.50			
Uyku süresi	Uyumlu	39	46.99	1832.50	1052.5	-1.265	0.206
	Uyumsuz	63	54.29	3420.50			
Habituel uyku etkinliği	Uyumlu	39	52.21	2036	1201	-0.199	0.842
	Uyumsuz	63	51.06	3217			
Uyku bozuklukları	Uyumlu	39	28.28	1103	323	-6.634	0.000***
	Uyumsuz	63	65.87	4150			
Uyku ilacı kullanımı	Uyumlu	39	56.56	2206	1031	-1.453	0.146
	Uyumsuz	63	48.37	3047			
Gündüz fonksiyonları	Uyumlu	39	51.97	2027	1210	-0.133	0.894
	Uyumsuz	63	51.21	3226			

(\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001)

Tablo 3'te tedavi uyumu olan hastalarla olmayan hastaların PUKÖ alt ölçeklerinden subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, habituel uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı, gündüz fonksiyonları puanları arasındaki farklılıklara ait Mann Whitney U testi sonuçları gösterilmektedir. Mann Whitney U testi, t-testindeki grup ortalamalarının karşılaştırılması yöntemini kullanmaz, bunun yerine grupların medyanlarını birbiriyle karşılaştırır (Kalaycı, 2006). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=46.03), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=54.89) subjektif uyku kalitesi

puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1015, p=0.128>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=46.14), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=54.82) uyku latansı puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1019.5, p=0.136>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=46.99), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.= 54.29) Uyku süresi puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1052.5, p=0.206>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=52.21), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=51.06) habituel uyku etkinliği puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1201, p=0.842>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=28.28), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=65.87) uyku bozuklukları puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $U=323, p=0.000<0.05$ ). Tedavi uyumu olan grup daha düşük uyku bozukluğu puanı almıştır. Ölçekte düşük puanlar olumlu olduğu için tedavi uyumu olan grubun daha az uyku bozukluğu yaşadığı sonucuna varılabilir. Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=56.56), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=48.37) uyku ilacı kullanımı puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1031, p=0.146>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=51.97), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=51.21) gündüz fonksiyonları puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1210, p= 0.894>0.05$ ).

**Tablo 4. Hastaların BRDG alt boyutlarına ait puanlarının uyum düzeylerine göre karşılaştırılmaları için t-testi sonuçları**

	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	p
Uyku boyutu	Uyumlu	39	5.23	2.38	-4.111	100	0.000***
	Uyumsuz	63	7.49	2.87			
Sosyal boyut	Uyumlu	39	5.74	2.36	-4.187	100	0.000***
	Uyumsuz	63	8	2.79			
Baskın ritim	Uyumlu	39	5.20	1.90	0.424	100	0.672
	Uyumsuz	63	5.01	2.34			
Biyoritim toplam	Uyumlu	39	21.92	6.97	-3.679	100	0.000***
	Uyumsuz	63	26.82	6.25			

(\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ )

Tablo 4'te tedavi uyumu olan hastalarla olmayan hastaların BRDG uyku boyutu, sosyal boyut, baskın ritim alt ölçekleri ve biyoritim toplam puanları arasındaki farklılıklara ait t-testi sonuçları gösterilmektedir. Tabloya göre tedavi uyumu olan hastalarla olmayanlar arasında uyku boyutu puanları incelendiğinde ( $t_{100}= -4.111, p=0.000<0.05$ ) anlamlı farklılık vardır. Aynı zamanda tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarının uyku boyutu puanları (Ort.=5.23, ss.=2.38), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarından (Ort.=7.49, ss.=2.87) oldukça düşüktür. Ölçeğin özelliğine göre düşük puanlar biyolojik ritimlerden uyku boyutunun daha düzenli olmasına işaret etmektedir. Tabloya göre tedavi uyumu olan hastalarla olmayanlar arasında sosyal boyut puanları incelendiğinde ( $t_{100}=-4.187, p=0.000<0.05$ ) anlamlı farklılık vardır. Aynı zamanda tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarının sosyal boyut puanları (Ort.=5.74, ss.=2.36), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarından (Ort.=8, ss.=2.79) oldukça düşüktür. Ölçeğin özelliğine göre düşük puanlar biyolojik ritimlerden sosyal boyutun daha düzenli olmasına işaret etmektedir. Tabloya göre tedavi uyumu olan hastalarla olmayanlar arasında baskın ritim puanları incelendiğinde ( $t_{100}=0.424, p=0.672>0.05$ ) anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Tabloya göre tedavi uyumu olan hastalarla olmayanlar arasında biyoritim toplam puanları incelendiğinde ( $t_{100}=-3.679, p=0.000<0.05$ ) anlamlı farklılık vardır. Aynı zamanda tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarının biyoritim toplam puanları (Ort.=21.92, ss.=6.97), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarından (Ort.=26.82, ss.=6.25) oldukça düşüktür. Ölçeğin özelliğine göre düşük puanlar genel olarak biyolojik ritimlerin daha düzenli olmasına işaret etmektedir.



**Tablo 5. Hastaların BRDG alt boyutlarına ait puanlarının uyum düzeylerine göre karşılaştırılmaları için Mann Whitney U-Testi sonuçları**

	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Etkinlikler boyutu	Uyumlu	39	49.09	1914.50	1134.5	-0.651	0.515
	Uyumsuz	63	52.99	3338.50			
Yeme alışkanlıkları	Uyumlu	39	52.41	2044	1193	-0.247	0.805
	Uyumsuz	63	50.94	3209			

(\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001)

Tablo 5'te tedavi uyumu olan hastalarla olmayan hastaların BRDG alt ölçeklerinden etkinlikler boyutu ve yeme alışkanlıkları puanları arasındaki farklılıklara ait Mann Whitney U testi sonuçları gösterilmektedir. Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=49.09), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=52.99) etkinlikler boyutu puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=1134.5, p=0.515>0.05). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=52.41), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=50.94) yeme alışkanlıkları puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=1193, p=0.805>0.05).

**Tablo 6. Hastaların YKÖ alt boyutlarına ait puanlarının uyum düzeylerine göre karşılaştırılmaları için t-testi sonuçları**

	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	p
Fiziksel rol kısıtlanması	Uyumlu	39	208.97	131.22	0.626	100	0.533
	Uyumsuz	63	191.26	143.27			
Mental sağlık	Uyumlu	39	263.07	121.52	-1.134	100	0.260
	Uyumsuz	63	293.36	136.67			
Yaşam kalitesi toplam	Uyumlu	39	1792.56	456.58	0.400	100	0.690
	Uyumsuz	63	1756.92	425.53			

(\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001)

Tablo 6'da tedavi uyumu olan hastalarla olmayan hastaların YKÖ fiziksel rol kısıtlanması, mental sağlık, yaşam kalitesi toplam puanları arasındaki farklılıklara ait t-testi sonuçları gösterilmektedir. Tabloya göre tedavi uyumu olan hastalarla olmayanlar arasında fiziksel rol kısıtlanması puanları incelendiğinde ( $t_{100}=0.626$ , p=0.533>0.05), mental sağlık puanları incelendiğinde ( $t_{100}= -1.134$ , p=0.260>0.05), yaşam kalitesi toplam puanları incelendiğinde ( $t_{100}=0.400$ , p=0.690>0.05) anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 7. Hastaların YKÖ alt boyutlarına ait puanlarının uyum düzeylerine göre karşılaştırılmaları için Mann Whitney U-Testi sonuçları**

	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Fiziksel fonksiyon	Uyumlu	39	46.79	1825	1045	-1.268	0.205
	Uyumsuz	63	54.41	3428			
Emosyonel rol kısıtlanması	Uyumlu	39	57.14	2228.50	1008.5	-1.575	0.115
	Uyumsuz	63	48.01	3024.50			
Vücut ağrısı	Uyumlu	39	53.83	2099.50	1137.5	-0.636	0.525
	Uyumsuz	63	50.06	3153.50			
Sosyal fonksiyon	Uyumlu	39	62.95	2455	782	-3.123	0.002**
	Uyumsuz	63	44.41	2798			
Canlılık	Uyumlu	39	53.76	2096.50	1140.5	-0.612	0.541
	Uyumsuz	63	50.10	3156.50			
Genel sağlık	Uyumlu	39	55.40	2160.50	1076.5	-1.054	0.292
	Uyumsuz	63	49.09	3092.50			

(\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001)

Tablo 7'de tedavi uyumu olan hastalarla olmayan hastaların YKÖ alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, canlılık puanları ve genel sağlık puanları arasındaki farklılıklara ait Mann Whitney U testi sonuçları gösterilmektedir. Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=46.79), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=54.41) fiziksel rol kısıtlanması puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1045, p=0.205>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=57.14), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=48.01) emosyonel rol kısıtlanması açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1008.5, p=0.115>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=53.83), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=50.06) vücut ağrısı puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1137.5, p=0.525>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=62.95), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=44.41) sosyal fonksiyon puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $U=782, p=0.002<0.05$ ). Buna göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarının sosyal fonksiyonları, olmayanlara göre oldukça yüksektir. Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=53.76), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=50.10) canlılık puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1140.5, p=0.541>0.05$ ). Tabloya göre tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla (Sıra ort.=55.40), tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastaları arasında (Sıra ort.=49.09) genel sağlık puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U=1076.5, p=0.292>0.05$ ).

### Tartışma

Araştırmamızda hastaların %38,2'sinin tedavi uyumunun olduğu, %61,8'inin ise tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır. Bu sonuç benzer araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir (Aksoy, 2013; Yılmaz, 2004). Çalışmamızda tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla olmayanlar arasındaki uyku kalitesine bakıldığında, gruplar arasında subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, habituel uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı ve gündüz fonksiyonları açısından anlamlı bir fark olmadığı, uyku bozuklukları ve genel olarak uyku kalitesinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar daha önce yapılan bazı araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir (Roybal vd., 2011). Araştırmanın sonuçları tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarının uyku kalitesi açısından tedavi uyumu olan hastalara göre problemler yaşadığını ortaya koymaktadır. Çalışmamızda tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla olmayanlar arasındaki biyolojik ritimlere bakıldığında, gruplar arasında uyku boyutu, sosyal boyut ve biyoritim toplam puanlarında anlamlı bir fark olduğu, etkinlikler boyutu, yeme alışkanlıkları ve baskın ritim alanlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar daha önce yapılan araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir (Rosa vd., 2013). Tedavi uyumunun bipolar bozukluk hastalarının uyku kalitesinde ve sosyal ilişkilerinde belirleyici bir faktör olabileceği görülmektedir. Araştırmanın sonuçları, tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarının uykuya dalmakta, uyanmakta problemler yaşadığı, uykuda yeteri kadar dinlenemedikleri, uyku uyanıklık döngülerinin bozulduğunu ortaya koymaktadır. Tedavi uyumunun bipolar bozukluk hastalarının sosyal ilişkilerine olan etkisi ise kişinin etrafındaki bireylerle olan ilişkilerinde problemler, teknolojik aletler yoluyla iletişimin azalması, aile bireylerine gösterilen ilginin azalması olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavi uyumu olmayan bireylerin biyoritimlerinde bozulmalar olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda tedavi uyumu olan bipolar bozukluk hastalarıyla olmayanlar arasında yaşam kalitesine bakıldığında, gruplar arasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, mental sağlık, canlılık, genel sağlık ve yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark olmadığı, sosyal fonksiyonlar açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Araştırmanın sonuçları tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarının sosyal aktivitelere daha az katıldıklarını, yakınlarını ziyaret etme ve etkinliklere katılmada tedavi uyumu olan hastalara göre daha başarısız olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar daha önce yapılan araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir (Kelleci ve Ata, 2011; Scheurer, Choudry, Swanton, Matlin ve Shrank, 2012). Araştırmamızda tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarının

BRDG ve YKÖ sosyal alanlarında tedavi uyumu olan bireylerle kıyaslandığında anlamlı bir biçimde yetersizlikler görölmektedir. Çalışmamızda hastaların PUKÖ, BRDG ve YKÖ toplam puanlarına ait korelasyon incelendiğinde uyku kalitesi ile biyolojik ritim arasında anlamlı ve orta derecede bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak tedavi uyumu olmayan bipolar bozukluk hastalarının uyku kalitesinin düşük olduğu, biyoritimlerinin düzensiz olduğu ve sosyal aktivitelere katılmada problem yaşadıkları ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla araştırmamızda ortaya çıkan bulgular tedavi uyumsuzluğunun bipolar bozukluk tedavisinde çok önemli bir problem olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular bipolar bozukluk hastalarının ilaçlarını düzenli almamaları sonucunda uyku kalitelerinin düştüğünü, uyku bozuklukları yaşadıklarını ve uyku uyanıklık düzenlerinin bozulduğu ortaya koymaktadır. Araştırmamızda elde edilen bulgular uyku kalitesiyle biyolojik ritimler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Araştırmamızın sonuçları tedavi uyumunun bipolar bozuklukta hastalığın tedavisi ve kişinin işlevselliğinin artırılmasında önemli bir faktör olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Tedaviye uyumda gösterilen bu başarısızlıklar yaptığımız araştırmamızda sonuçlarında göröldüğü gibi uyku bozukluklarına, biyolojik ritmin bozulmasına ve sosyal aktivitelerdeki yetersizliklere neden olmaktadır. Aynı zamanda bipolar bozukluk tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra kişinin sosyal aktivitelerindeki artış, çevresinden görödüğü sosyal desteğin bipolar bozukluk dönemleri ve işlevselliğinin artırılmasında önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışmamız örneklem büyüklüğü göz önüne alındığında güçlü bir çalışmadır. Özellikle de tedavi uyumunun uyku kalitesine ve biyolojik ritimlere etkisinin araştırıldığı öncül bir çalışma olarak ön plana çıkmaktadır. Araştırmamızda değişkenlerimizle ilgili olarak yalnızca yaşam kalitesiyle ilgili olarak benzer çalışmalarla kıyaslama olanağı bulunmuştur. Ancak bipolar bozuklukta tedavi uyumunun etkisi ile ilgili daha kapsamlı veriler elde edebilmek ve karşılaştırma olanakları oluşturabilmek için bipolar bozuklukta tedavi uyumunun; hastaların uyku kalitesine, biyolojik ritim örüntüsüne ve yaşam kalitesine etkisiyle ilgili daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

## Kaynakça

- Ağargün, M.Y., Kara, H., & Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, (7), 107-115.
- Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, G., Türkçapar, M.H., Özcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, (4), 251-259.
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Möller, H.J., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorder. *J Affect Disord*, (59), 5-30.
- Aksoy, A. (2013). *Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorder and hypomania. *J Affect Disord*, (73), 133-146.
- Angst, J., & Gamma, A. (2002). A new bipolar spectrum concept: A brief review. *Bipolar Disord*, 4(Suppl.1), 11-14.
- Aydemir, Ö., Akkaya, C., Altınbaş, K., Kora, K., Sücüllüoğlu, D., Akdeniz, F., Kalaycı, F., Oral, E.T., & Vahip, S. (2012). Biyolojik ritim değerlendirme görüşmesinin Türkçe sürümünün güvenilirliği ve geçerliliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, (13), 256-261.
- Bahar, G., Savaş, H.A., Ünal, A., Savaş, E., Kaya, H., & Bahar, A. (2014). Reliability and validity of the morisky medication adherence scale for bipolar mood disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 141-149.
- Bristol-Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceutical Europe. (2011). *Bipolar bozuklukla yaşamayı öğrenmek*. Yardımcı Rehber.
- Bunney, W.E., & Bunney, B.G. (2000). Molecular clock genes in man and lower animals: Possible implications for circadian abnormalities in depression. *Neuropsychopharmacology*, 22(4), 335-345.
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Buzlu, S. (2004). *Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Canbaba, C. (2011). *Psikiyatri kliniğinde ayaktan takipli bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalarda ve ailelerinde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Colom, F., & Vieta, E. (2012). *Bipolar bozukluğun klinik, tanısall ve terapötik yönleri*. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M.J., Sanchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord*, 7(Suppl 5), 24-31.
- Eser, E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1(2), 1-5.
- Foster, A., Sheehan, L., & Johns, L. (2011). Promoting treatment adherence in patients with bipolar disorder. *Current Psychiatry*, 10(7), 45.
- Giglio, L.M.F., da Silva Magalhães, P.V., Andreazza, A.C., Walz, J.C., Jakobson, L., Rucci, P., ... & Kapczinski, F. (2009). Development and use of a biological rhythm interview. *Journal of affective disorders*, 118(1), 161-165.

- Giglio, L.M.F., Magalhães, P.V., Andersen, M.L., Walz, J.C., Jakobson, L., & Kapczinski, F. (2010). Circadian preference in bipolar disorder. *Sleep and Breathing*, 14(2), 153-155.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Harrow, M., Goldberg, J.F., Grossman, L.S., & Meltzer, H.Y. (1990). Outcome in manic disorders: A naturalistic follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 47(7), 665-671.
- Hong, J., Reed, C., Novick, D., Haro, J.M., & Aguado, J. (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study. *Psychiatry Research*, 190(1), 110-114.
- Huzmeli, S. (2014). *İki uçlu bozuklukta biyolojik ritim örüntüsü ile uyku kalitesi arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Ankara: Asil Yayınları.
- Karadağ, F., Oral, E.T., Aran Yalçın, F., & Erten, E. (2001). Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107-114.
- Keck Jr, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., Stanton, S.P., Kizer, D.L., Balistreri, T.M., ... & West, S.A. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57(7), 292-297.
- Keck Jr, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., West, S.A., Sax, K.W., Hawkins, J.M., ... & Haggard, P. (1998). 12-Month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*, 155(5), 646-652.
- Kelleci, E., & Ata, E. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 105-110.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-6.
- Kurdal, E. (2011). *İki uçlu bozukluk hastalarında psikoeğitimin işlevsellik düzeylerine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Lemmer, B. (2009). Discoveries of rhythms in human biological functions: A historical review. *Chronobiology International*, 26(6), 1019-1068.
- Mahmood, K.T., Khalid, N., & Makhdum, Z. (2010). Adherence to drug therapy in psychiatric patients. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2(11), 700-703.
- Michalak, E.E., Yatham, L.N., & Lam, R.W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(1), 72.
- Michalak, E.E., Yatham, L.N., Kolesar, S., & Lam, R.W. (2006). Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research*, 15(1), 25-37.
- Miklowitz, D. (2011). *The bipolar disorder survival guide* (Second Edition), The Guilford Press.
- Millar, A., Espie, C. A., & Scott, J. (2004). The sleep of remitted bipolar outpatients: A controlled naturalistic study using actigraphy. *Journal of Affective Disorders*, 80(2), 145-153.
- Morisky, D.E., Green, L.W., & Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67-74.

- Özdemir, Ö. (2007). *Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, eş tanılar ve hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Reinberg, A., Ashkenazi, I. (2003). Concepts in human biological rhythms. *Dialogues Clin Neurosci*, 5(4), 327-342.
- Riley, W., Velligan, D., Sajatovic, M., Valenstein, M., Safren, S., Lewis-Fernandez, R., Weiden, P., & Ogedegbe, G. (2009). Adherence to psychiatric treatments. *CML Psychiatry*, 20(4), 89-96.
- Rosa, A.R., Comes, M., Torrent, C., Solè, B., Reinares, M., Pachiarotti, I., ... & Vieta, E. (2013). Biological rhythm disturbance in remitted bipolar patients. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(1), 6.
- Roybal, D.J., Chang, K.D., Chen, M.C., Howe, M.E., Gotlib, I.H., & Singh, M.K. (2011). Characterization and factors associated with sleep quality in adolescents with bipolar I disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(6), 724-740.
- Sajatovic, M., Chen, P., Dines, P., & Shirley, E.R. (2007). Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Dis Mofioqe Health Outcomes*, 15(3), 181-192.
- Scheurer, D., Choudry, N., Swanton, K.A., Matlin, O., & Shrank, W. (2012). Association between different types of social support and medication adherence. *Am J Manag Care*, 18(12), 461-467.
- Schulz, P., Steimer, T. (2009). Neurobiology of circadian systems. *CNS Drugs*, 23(Suppl 2), 3-13.
- Selvi, Y., Beşiroğlu, L., & Aydın, A. (2011). Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 368-386.
- Shen, G.H., Alloy, L.B., Abramson, L.Y., & Sylvia, L.G. (2008). Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. *Bipolar disorders*, 10(4), 520-529.
- Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7(2), 159-165.
- Svarstad, B.L., Shireman, T.I., & Sweeney, J.K. (2001). Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatric Services*, 52(6), 805-811.
- Şenel, F. (2008). Biyolojik saat. *Bilim ve Teknik*. (Aralık), 67.
- Topçuğlu, V. (2011). *Farmakoterapi ile psikoterapinin birleştirilmesinde yetkinlik*, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. Ankara.
- Üçok, A. (2011). Şizofreni tedavisinde karşılaşılan güçlükler. *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği*, (1), 7-8.
- Üstün, Y., Çınar, Ş. (2009). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Uluslararası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi*. 20-24 Ekim 2009, Sivas Poster Bildiri.
- Ware, J.E., & Sherbourne, D.C. (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF 36). *Medical Care*, (30), 473-83.
- Yılmaz, S. (2004). *Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., & Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429-435.
- Yüksel, N. (2010). *Temel psikofarmakoloji* (1. Baskı). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No: 11.