

KRONİK HASTALIĞI OLANLARA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

EXAMINING OF THE LIFE QUALITY AND CARE BURDEN OF THOSE WHO ARE LOOKING AFTER THE PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC DISEASES

Tuğba YEŞİL¹, Esin ÇETİNKAYA USLUSOY², Medet KORKMAZ³

ÖZET

Bu çalışma kronik hastalığı olan hastalara primer bakım veren bireylerin bakım yükü ve yaşam kalitelerinin incelenmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma, SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta ve Gülkent Devlet Hastanesi ile Evde Bakım Hizmetleri Birimine bağlı kronik hastalığı olan hastalara primer bakım veren bireyler üzerinde gereken izinler alınarak Ekim 2013 - Şubat 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan 321 bakım veren bireye Hasta Bilgi Formu, Bakım veren Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakım Yükü Ölçeği uygulanmış olup, veriler One Sample Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Correlation analizleri ile değerlendirilmiştir. Bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının cinsiyete, medeni duruma, gelir düzeyine, bakım konusunda yardım alma durumuna, diğer sorumluluklara etkisine ve hasta ile olan yakınlığı ile aile içi süreçlere etkisine göre anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puanlarının ise, bakım konusunda deneyimli olma durumu dışındaki diğer sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı derecede farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte yapılan korelasyon analizi sonucunda, SF-36 alt boyut skorlarından rol güç fiziksel, vitalite, sosyal fonksiyon ve rol güç emosyonel fonksiyon ve mental sağlık skorları ile bakım yükü ölçeği skoru arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım verme yükü ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının bazı sosyo demografik değişkenlere göre anlamlı çıktığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların daha iyi bakım alması açısından, ailede bakım verenlerin bakım verme yüklerinin ve yaşam kalitelerinin tanımlanması, bakım verenlere gerekli desteğin sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Verici, Yük, Yaşam Kalitesi, Kronik Hastalık

ABSTRACT

This work has been done as a description to examine the life quality and care burden of the people who are giving primary care to those who have chronic diseases. Research was conducted taking necessary permission on the primary caregivers who look after the patients with chronic diseases of unit home care services which belong to Isparta SDU Research and Application Hospital, Isparta Gülkent State Hospital and Isparta State Hospital between October 2013 and February 2014. Patient Information Sheet, Caregivers Information Form, SF -36 Quality of Life Scale and Zarit Care Burden Scale were applied to 321 patients' relatives in the study. Data was evaluated One Sample Kolmogorov-Smirnov goodness of fit test and analysis of Bivariate Correlations. In caregivers, according to some socio-demographic variables such as gender, marital status, the scale of caregiving burden and the lower quality of life scale have been shown significant. At the same time, as a result of correlation analysis performed between the SF-36 subscale scores, physical role power, vitality, social function physical emotional role power and mental health scores and care burden scale statistically a negative meaningful relation has been determined. It is recommended that in terms of taking better care of the patients who have chronic diseases, burden of caregiving of the caregivers in the family, quality of their life should be defined and necessary support to the caregivers should be provided.

Key words: Caregivers, Burden, Quality of Life, Chronic Disease

*Bu çalışma Tuğba YEŞİL isimli yazarın Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yaptığı yüksek lisans tez çalışmasıdır. Tez no: 138. Bu çalışma SDÜ BAP (Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi) tarafından desteklenmiştir (proje no. 3692-YLI-13), desteğinden dolayı BAP'a teşekkürlerimizi sunarız.

¹ Uzman Hemşire, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya

² Yrd. Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Isparta

³ Yrd. Doç. Dr. SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep

İletişim/ Corresponding Author: Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

e-posta : esinuslusoy@sdu.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 14.06.2016

Kabul Tarihi / Accepted : 25.09.2016

GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar, kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlere sebep olan ve uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklardır¹. Günümüzde yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıklarla geçirilen zaman da artmaktadır. Bu nedenle hem hasta bireyin kendisi, hem de beraber yaşayan yakınları bu kronik hastalığa ve birlikte getirdiği stres faktörlerine daha uzun süre maruz kalmaktadır².

Kronik hastalıklarda hastaya bakım veren birey; hastalık ile baş eden, bireye fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yardım sağlayan bireydir³. Bakım vericiler genellikle yakın aile üyeleridir ya da fazlaca yardım gerektiğinde fiziksel destek sunan arkadaşlardır⁴.

Bakım veren bireyler hastaları ile ilgilenirken bakım yükü ile karşılaşmaktadır. Bakım verenlerin yükü, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından tanımlanmıştır⁵. "Yük" bakım verme sırasında bakım veren bireyde oluşan bedensel ve duygusal etkilerdir⁶.

Bakım verme süreci "yük" gibi negatif sonuçlar getirmekle birlikte kişisel başarı, olgunlaşma, kişisel gelişim gibi duyguların yaşanmasına neden olan pozitif durumları da ortaya çıkarabilmektedir⁵. Literatürde, uzman bakım verenlerin bakım verme işinden gurur duydukları, bir bireye yardımcı olma sonucunda kendilerini değerli ve önemli hissettikleri, bu nedenle bakım verme sürecini olumlu algılayabildikleri belirtilmiştir⁷. Folkman ve ark. (1995) bakım vermenin bakım verenler ile hasta bireyler arasındaki iletişimin kalitesini yükseltebileceğini ve bu durumun kendilerine saygı duymalarına katkı sağlayabileceğini bildirmişlerdir⁸. Çoğu bakım verenin yaşadığı olumlu duygular ve deneyim kazanma isteği, onları özellikle bakım verme sürecinin negatif yönlerini en aza indirmeyi amaçlayan girişimlere uygun hale getirip, yük algısını hafifletebilmektedir⁹.

Bakım sunmanın bakım veren bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, bakım verenlerde yüksek oranda psikiyatrik bulgular ve hastalıklar görüldüğü belirlenmiştir¹⁰. Yapılan çeşitli çalışmalarda ailelerin duygusal stresi yüksek bulunmuştur. Aile üyelerinin üzüntü, endişe, korku, yalnızlık, sıkıntı, mutsuzluk gibi duygular hissettikleri görülmüştür. Aile üyelerinin bu olumsuz duyguları hissetmelerinin başlıca nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Bireylerde, isyan etme, hastaya karşı çelişkili duygular, hastalığın ciddiyetini görmezden gelme, hastalık dışında bir şey düşünüp konuşmama, sosyal aktivitelerden uzaklaşma gibi durumlar yaşadıkları görülmüştür^{10, 11, 12}. Ayrıca, bakım verme yükü bakım verenleri kendi sağlıklarını bozan fiziksel ve metabolik durumlara karşı hassas hale getirmektedir. Dolayısıyla, bakım verenler sırt ağrısı, bağışıklık fonksiyonunun değişmesi, hiperinsülinemi, hipertansiyon, uykusuzluk, kronik yorgunluk, iştahın değişmesi, kilo alma veya kaybetme gibi fiziksel güçlükler yaşayabilmektedir¹¹.

Bakım verenin yükünü etkileyen faktörler, bakım verenleri emosyonel yönde (benlik saygısında azalma, huzursuzluk, depresyon, uykusuzluk, sosyal izolasyon vs.), sosyal yönde (eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlanması, kendine bakma rolünde azalma vs.) ve ekonomik yönde (sosyal güvence ile karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması vs.) olumsuz durumlara yol açmaktadır. Tüm bu olumsuzluklar bakım veren bireylerin genel olarak "iyi olma durumu" olarak tanımlanan yaşam kalitelerini negatif yönde etkileyebilmektedir¹³.

Bireyin yaşamında önemli bir yeri olan yaşam kalitesini arttıran faktörler; anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma, sosyal çevre ile olumlu ilişkiler vs. olmakla birlikte, yaşam kalitesini azaltan faktörler ise gelecek ile ilgili kaygılar, kronik yorgunluk, destek sistemlerin yetersizliği, aile ve arkadaşlarla ilişkilerin bozulması ağrı, temel

gereksinimlerin karşılanmaması, akut/kronik sağlık sorunları gibi faktörlerdir. Yaşam kalitesi aynı zamanda bireyin içinde yaşadığı çevrenini koşullarına bağlıdır¹⁴.

Schulz ve Beash'in (1999) yaptıkları bir çalışmada, dört yıl boyunca bakım veren bireylerin mortalite oranlarının bakım vermeyen bireylere göre % 63 daha fazla olduğu, kaygı yaşadıkları, sağlıklarını daha kötü algıladıkları ve depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır¹². Ailede

bakım verenlerin bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve yaşam kalitelerinin tanımlanması; bakım verenlere gerekli yardımın sağlanması ve kronik hastalığı olan hastaların daha iyi bakım alması açısından önemlidir.

Bu araştırma kronik hastalığı olan hastalara primer bakım veren bireylerin bakım yükünü ve yaşam kalitelerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma, Isparta ili SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta Gülkent Devlet Hastanesi, Isparta Devlet Hastanesi ve Isparta Devlet Hastanesi bünyesindeki Evde Bakım Hizmetleri Biriminde Ekim 2013 - Şubat 2014 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 18 yaş ve üzerinde olan, görme ve işitme problemi olmayan sözel iletişim sorunu olmayan, tanı konulmuş ruhsal bir hastalığı olmayan ve psikiyatrik tedavi almayan veri toplama sırasında anket sorularını cevaplandırabilecek, fiziksel ve psikolojik açıdan rahat olan, hastalık sürecinde hastayla uzun süre ilgilenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 321 bakım veren oluşturmuştur.

Kullanılan Gereçler

Çalışmaya katılan bakım veren bireylere, Bakım veren Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Zarit Bakım Yüğü Ölçeği uygulanmıştır.

Bakım Verici Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan bakım verici bilgi formunda bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, bakım verme ile ilgili özellikleri ve yaşadıkları sorunlara ilişkin değerlendirme soruları yer almaktadır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: SF-36 yaşam kalitesi ölçeği Ware ve ark. tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının izlenmesinde genel popülasyon incelenmesi için oluşturulan bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Ölçeğin Türkçe geçerlilik

çalışması yapılmıştır¹⁵. Ölçek fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, emosyonel rol kısıtlılıkları, vitalite (yaşam enerjisi), sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık ve sağlığın genel olarak algılanmasına yönelik sekiz alt boyuttan oluşmuştur. Her alt ölçek için ayrı ayrı skor elde edilir. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Alt boyut skorları 0-100 arasında değişmektedir. Skorlar pozitif yönelimlidir. Artan skor yaşam kalitesinde iyiliği göstermektedir.

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ):

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2006) tarafından yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğinde 5'li likert tipi bir skala kullanılmıştır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, hissedilen bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir¹³.

Verilerin analizi SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normallik analizleri One Sample Kolmogorov-Smirnov uyum iyiliği testi ile

değerlendirilmiştir. Bakım yükü skoru ve yaşam kalitesi alt boyutları normal olasılık dağılımı göstermemiştir ($p<0.05$). bu nedenle, araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi ikili grup karşılaştırmalarında nonparametrik yöntem olan Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grup karşılaştırmaları normal dağılıma uygun olmayanlar için Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Verilerin alt grup karşılaştırmaları için LSD (least significant difference) düzeltmesi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek, ilişkinin derecesini ölçmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde $p<0.05$ olan sonuçlar anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alınmıştır. Isparta İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden çalışmayı sürdürmek için gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm bakım veren bireylere araştırma ve amacı hakkında bilgi verilmiş olup, gönüllülük esasına dayalı olarak katılımları sağlanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 1’ de verilmiştir.

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş $\bar{x}\pm Sd$ (min-mak)	50.09 \pm 13.09 (18-85)	
Cinsiyet	Erkek	101 31,50
	Kadın	220 68,50
Medeni Durum	Evli	291 90,70
	Bekâr	30 9,30
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23 7,20
	Okuryazar- ilkokul	136 42,40
	Ortaöğretim	136 42,40
Çalışma Durumu	Üniversite	26 8,10
	Evet	59 18,40
	Hayır	262 81,60
Gelir Düzeyi	Gelir gidere göre az	54 16,80
	Gelir gideri dengeler	256 79,80
	Gelir gidere göre yüksek	11 3,40
Hasta ile Olan Yakınlık Derecesi	Anne- Baba	52 16,20
	Eşi-çocuğu	210 65,40
	Kardeşi-komşusu-diğer	59 18,40
Toplam	321	100,00

Bakım verenlerin yaş sınırları 18-85 olarak saptanmış olup; yaş ortalaması 50,09 \pm 13,09’tür. Bakım verenlerin % 31,5’i erkek, % 68,5’i kadın olup, % 90,7’si evli, % 42,4’ü okuryazar-ilkokul ve % 42,4’ü

ortaöğretim mezunudur. Bakım verenlerin % 81,6’sı herhangi bir işte çalışmamakta; % 79,8’inin geliri giderine eşit ve % 65,4’ü hastanın eşi ya da çocuklarıdır (Tablo 1).

Tablo 2. Bakım Verenlerin Bakım Verme İle İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar

Bakım Verenlerin Bakım Verme ile İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar		n	%
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Kişi/Kişiler	Evet	20	6,20
	Hayır	301	93,80
Bakım verme süresi	1-5 yıl	181	56,40
	6-10 yıl	77	24,00
	11 yıl ve üstü	63	19,60
Bakım konusunda yardım alma durumu	Evet	81	25,20
	Hayır	240	74,80
Bakım vermenin diğer sorumluluklara etki etme durumu	Evet	34	10,60
	Hayır	168	52,30
	Kısmen	119	37,10
Bakım konusunda deneyimli olma durumu	Evet	32	10,00
	Hayır	289	90,00
Bakım verilirken yaşanan finansal sorunlar	Evet	104	32,40
	Hayır	217	67,60
Aile içi ilişkilerde yaşanan değişim	Evet	38	11,80
	Hayır	283	88,20
Toplam		321	100,00
Bakım verenlerin hastasına gösterdiği bakım verme davranışları *			
Hastane işlemleri		294	91,60
İlaç alma		270	84,10
Ev işleri		210	65,40
Alışveriş		189	58,90
Beslenme		13	4
Bireysel temizlik ve bakım		134	41,70
Maddi destek sağlama		121	37,70
Bakım verenlerin bakım vermektten kaynaklanan fiziksel sorunları*			
Yorgunluk		273	85,00
İştah değişimi		37	11,50
Boşaltım şeklinde değişiklik		5	1,50
Bakım verenlerin bakım vermektten kaynaklanan sosyal sorunlar*			
Güncel olayları takip edememe		103	32,10
Komşuluk ilişkilerinde (gün, gezme, çaylar...) azalma		108	33,60
Çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar...) azalma		173	53,90
Kültürel aktivitelere katılımında azalma		49	15,30
Gece sosyal aktivitelere katılımında azalma		53	16,50
Bakım verenlerin bakım vermektten kaynaklanan psikolojik sorunlar*			
Ağlama isteği		52	16,20
Gülme isteği		20	6,20
Güçsüzlük		108	33,60
Kişisel bakımda azalma		46	14,30
Konuşmak istememe		26	8,10
Aşırı konuşmak isteme		22	6,90
Sıkıntı hissi		145	45,20
Korku		155	48,30
Ümitsizlik		74	23,10
Diğer		25	7,80

*Her bir konuya birden fazla cevap verilmiştir.

Bakım verenlerin % 93,8'inin başka kimseye bakmakla yükümlü olmadığı, bakım verenlerin % 56,4'ünün 1-5 yıldır bakım verdiği, % 74,8'sinin bakım konusunda yardım almadığı, % 52,3'ünün bakım verirken diğer sorumluluklarının etkilenmediği % 90'ının hasta bakımı konusunda deneyimli olmadığı, % 32,4'ünün bakım verdikleri zaman aralığında finansal sorunlar yaşadığı ve % 11,8'inin hastaya bakım verdiğinden bu yana aile içi ilişkilerde değişim yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Bakım verenlerin en fazla % 91,6 oranında hastane işlemleri ile ilgili hastalarına yardımcı oldukları; bakım vermektten kaynaklanan sosyal düzeyde yaşanan sorunlarının % 53,9 oranında çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde (iş arkadaşları, sosyal arkadaşlar vs.) azalma olduğu ve bakım vermektten kaynaklanan psikolojik sorunlarının ise en fazla % 48,3 oranla korku olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Bakım Verme Yükü Ölçeği Skorlarının Bakım Verenlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		Bakım verme yükü Ölçeği			
		n	\bar{x}	Sd	Test
Cinsiyet	Kadın	101	26,95	15,46	U=12,98 p=0,02
	Erkek	220	23,53	15,11	
Medeni Durum	Bekar	291	24,96	14,68	U=5,77 P=0,00
	Evli	30	34,73	18,26	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	24,82	11,62	KW=0,47 p=0,93
	Okuryazar-ilkokul	136	26,19	15,83	
	Orta öğretim	136	26,19	15,67	
	Üniversite	26	23,46	13,50	
Çalışma Durumu	Evet	59	24,91	14,84	U=8,01 p=0,86
	Hayır	262	26,09	15,40	
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden az	54	34,90	19,10	KW=15,33 p=0,00
	Gelir Gideri dengeler	256	24,10	13,87	
	Gelir giderden yüksek	11	22,72	10,23	
Hasta ile olan yakınlığı	Anne-Baba	52	11,24	20,46	KW=35,17 p=0,00
	Eş-çocuk	210	15,95	25,75	
	Kardeş-komşu-diğer	59	14,35	31,08	
Bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı	Evet	20	29,60	15,43	U= 2,46 p=0,17
	Hayır	301	25,63	15,26	
Bakım konusunda yardım alma durumu	Evet	81	36,71	17,48	U= 5,06 p=0,00
	Hayır	240	22,22	12,54	
Diğer sorumluluklara etkisi	Evet	34	47,02	16,58	KW=45,83 p=0,00
	Hayır	168	23,44	13,32	
	Kısmen	119	23,26	12,69	
Bakım konusunda deneyimli olma	Evet	32	29,12	17,10	U=4,07 p=0,27
	Hayır	289	25,51	15,06	
Toplam		321			

p<0.05, U: MannWhitney U, KW: Kruskall Wallis

Tablo 4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT SKORLARI															
		Fiziksel Fonksiyon		Rol Güç Fiziksel		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güç Emosyonel		Mental Sağlık	
		\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd
Cinsiyet	Kadın (n: 220)	72.36	22.33	58.52	36.91	58.18	20.19	48.69	15.54	49.48	19.73	61.48	19.31	58.33	31.15	62.31	17.22
	Erkek (n: 101)	74.11	22.20	55.20	39.26	63.65	18.28	51.79	13.93	49.70	18.72	62.25	16.49	54.46	34.23	65.54	12.30
	U – p	10806.00-0.692		10632.00-0.524		9428.00-0.027		9840.50-0.099		10830.00-0.715		10879.00-0.759		10438.00-0.364		9595.00-0.048	
Medeni durum	Evli (n: 291)	72.11	22.38	38.76	37.03	59.63	19.69	49.29	14.70	49.81	18.55	61.81	17.88	58.08	32.02	63.74	15.46
	Bekar (n: 30)	80.67	19.90	45.00	41.73	62.57	20.40	59.33	20.73	47.00	26.44	60.83	23.61	47.78	32.38	59.33	21.68
	U – p	3404.50- 0.046		3526.50-0.074		4141.50-0.640		3770.50-0.217		4219.00-0.762		4260.50-0.825		3580.00-0.090		4041.50-0.501	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil (n: 23)	69.35	19.96	67.39	38.76	53.48	19.53	45.22	13.89	43.48	15.48	64.13	15.22	60.87	35.75	63.65	16.77
	Okuryazar-ilkokul (n: 136)	69.71	22.92	59.74	40.50	58.84	19.85	48.20	15.47	47.57	19.11	61.86	19.56	61.03	36.41	64.68	14.80
	Ortaöğretim (n: 136)	75.96	21.32	52.94	34.16	60.35	18.74	50.40	14.16	50.04	19.64	61.76	16.65	52.94	27.36	60.18	16.68
	Üniversite (n: 26)	76.92	23.92	60.58	37.53	68.81	22.44	50.47	16.76	62.69	17.56	58.65	23.92	55.13	26.57	72.46	12.72
	KW – p	7.60-0.055		5.56-0.135		6.12-0.106		7.92-0.048		14.47-0.002		1.84-0.606		5.47-0.140		19.11-0.000	
Çalışma Durumu	Evet(n:59)	73.39	22.23	55.93	38.10	65.17	18.81	50.37	13.70	47.71	19.70	61.44	17.26	55.37	33.11	63.86	15.91
	Hayır (n:262)	72.81	22.32	57.82	37.60	58.71	19.79	49.51	15.42	49.96	19.33	61.78	18.73	57.51	31.98	63.21	15.91
	U – p	7708.00-0.974		7504.00-0.719		6360.00-0.031		7398.50-0.606		7045.00-0.286		7545.00-0.769		7459.50- 0.662		7031.00-0.275	
Gelir Durumu	Gelir Gidere Göre Az (n: 54)	66.94	21.49	44.44	41.40	56.02	24.25	45.89	16.98	36.39	24.41	53.70	23.12	45.68	35.64	55.41	20.21
	Gelir Gideri Dengeler (n: 256)	74.41	22.20	59.38	36.25	60.96	18.50	50.13	14.47	51.97	17.03	63.28	16.81	59.24	31.26	64.84	14.52
	Gelir Gidere GöreYüksek(n: 11)	67.27	23.91	77.27	36.15	54.27	18.01	57.36	16.79	57.73	17.80	64.77	20.78	63.64	23.35	66.91	11.33
	KW – p	7.29-0.026		9.60-0.008		2.72-0.257		4.14-0.126		19.16-0.00		7.57-0.023		7.71-0.021		12.93-0.002	
Hasta ile olan yakınlık derecesi	Anne- baba (n:52)	80.09	13.81	54.32	19.63	63.85	13.00	49.48	7.65	52.69	16.22	62.26	12.98	56.41	18.12	59.46	9.67
	Eş-çocuk (n: 210)	70.04	22.85	60.95	39.12	56.93	20.45	49.91	15.58	48.19	19.87	61.61	19.41	58.57	34.25	63.77	16.02
	Kardeş-komşu- diğer (n: 59)	76.77	22.40	47.89	42.62	66.98	19.94	48.95	18.21	51.61	19.99	61.65	19.26	52.54	34.02	65.15	19.20
	KW – p	11.5-0.003		6.7-0.034		13.5-0.001		0.49-0.782		2.76-0.251		0.28-0.869		1.99-0.369		15.22-0.000	
Bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı	Evet (n: 20)	78.50	25.71	43.75	42.82	61.00	28.37	51.00	19.33	45.25	26.88	53.75	21.50	46.67	34.88	60.00	23.14
	Hayır (n: 301)	72.54	22.02	58.39	37.17	59.83	19.10	49.58	14.82	49.83	18.81	62.25	18.14	57.81	31.90	63.55	15.32
	U-p	2492.00-0.19		2409.00-0.12		2878.50-0.74		2942.00-0.87		2598.00-0.30		2139.00-0.03		2436.00-0.14		2883.50-0.75	
Bakım konusunda yardım alma durumu	Evet (n:81)	73.09	22.58	48.15	41.23	62.16	25.55	48.31	20.26	42.28	28.03	88.80	24.48	46.50	29.19	56.74	24.38
	Hayır (n:240)	72.85	22.21	60.63	35.89	59.14	17.35	50.13	12.93	52.00	14.71	62.71	15.84	60.69	32.36	65.53	10.94
	U – p	9641.50-0.913		8025.00-0.016		8850.00-0.222		8767.50-0.186		7353.00-0.001		8445.50-0.070		7270.00--0.000		7222.50-0.000	
Bakım konusunda deneyimli olma durumu	Evet (n:32)	76.09	22.10	53.13	36.34	57.47	25.96	50.44	16.54	45.31	22.96	56.25	17.10	48.96	35.91	59.00	20.65
	Hayır (n:289)	72.56	22.30	57.96	37.81	60.17	18.97	49.58	14.96	50.02	18.94	62.33	18.52	58.02	31.64	63.81	15.24
	U – p	4260.50-0.462		4272.50-0.467		4413.00-0.668		4402.00-0.655		4253.50-0.455		3736.50-0.067		3947.00-0.156		4076.00-0.268	

Çalışmada bakım verenlerin %68,5'inin kadın olduğu (Tablo 1) ve bakım verme yükü skorlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (U=12,98, p=0,02) (Tablo 3). SF 36 yaşam kalitesi ölçeği cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kadınların ağrı (U=9428.00, p=0.027) ve mental sağlık skorlarının (U=9595.00, p=0.048) anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Literatür incelendiğinde Tülüce'nin (2012) çalışmasında, bakım yükü yönünden cinsiyetler arasında bir fark olmadığı saptanmış olup 16, buna karşılık birçok çalışmada kadın bakım vericilerin bakım yükünün daha yüksek olduğu görülmüştür 5, 17-20. Çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha duygusal ve duyarlı olduğu ve erkeklere göre daha fazla duygusal odaklı başa çıkma yöntemleri kullandıkları; bu nedenle, kadınlarda duygusal yük hissetme riskinin erkeklerden daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır 21-24. Kadının eş, anne, ev ve yemek işi, bakım verme vb. toplumsal rolleri göz önüne alındığında, bakım yükü ile bakım stresi yaşaması ve bu rolleri yerine getirirken zorlanması kaçınılmazdır.

Çalışmada evli olan bakım verenlerin bakım verme yükü skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (U=5,77, p=0,00) (Tablo 3) ve SF 36 fiziksel fonksiyon alt boyutu skorlarının ise düşük olduğu saptanmıştır (U=3404,50, p=0.046) (Tablo 4). Tel ve ark. (2010), Dunbar ve ark. (2008) ile Akça ve Taşçı (2005) yaptıkları çalışmalarında evlilerin bakım yükünün daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir 25-27. Uslu'nun (2011) çalışmasında da evli olanların bekârlara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü skorlarının düşük olduğu saptanmıştır 28. Bakım vericilerin evli olmanın getirdiği bazı sorumlulukların (eş, anne-baba rolü, ev ile ilgili işler vs.) yanı

sıra bakım veriyor olmaları nedeniyle, bakım verme yükü daha yüksek, fiziksel fonksiyon alt boyutu yönünden yaşam kalitesi daha düşük çıkmış olabilir.

Çalışmada bakım veren bireylerin eğitim durumu ile BVYÖ skorları incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 3). Tülüce'nin (2012) ve Karaaslan'ın (2013) çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır 17,29. Çalışma sonucu, eğitim durumunun bakım verme yükünü etkilemediği söylenebilir. SF -36 yaşam kalitesi ölçeği eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde, okuryazar olmayanların genel sağlık skorlarının anlamlı derecede düşük (KW=7.92, p=0.048), üniversite mezunlarının ise vitalite (yaşam enerjilerinin) (KW=14.47, p=0.002) ve mental sağlık (KW=19.11, p=0.000) skorlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Iconomou ve ark. (2001) çalışmalarında daha düşük eğitim seviyesine sahip olan bakım vericilerin daha yüksek eğitim seviyesi olanlara göre daha fazla duygusal stres yaşadıklarını, yaşamlarının daha fazla etkilendiğini ve daha kötü fiziksel sağlığa sahip olduklarını saptamışlardır³⁰. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık anlayışının ve yönetiminin olumlu yönde etkilenmesinin, bilinçli baş etme mekanizmalarının geliştirilmesinin, maddi olanakların daha iyi olmasının yaşam kalitesini arttırabileceği düşünülmektedir.

Bir işte çalışanların çalışmayan gruba göre BVYÖ skorları arasında anlamlı farklılık çıkmamıştır (p>0.05) (Tablo 3). Çalışma durumuna göre SF-36 ağrı alt boyut skorları (U=6360.00, p=0.031) anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Tablo 4). Uslu'nun (2011) çalışmasında bir işte çalışanların fiziksel fonksiyon, ağrı puan ortalamaları çalışmayanlardan yüksek saptanmış olup, çalışma sonuçlarımız bu çalışma ile benzerlik göstermektedir 28. Çalışan bireylerin ağrı yönünden yaşam

kalitelerinin yüksek olması, çalışan bireylerin düzenli işe gitmeye bağlı fiziksel dayanıklılıklarının çalışmayan bireylere göre daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Bakım verme yükü skorlarının geliri giderden az olan grupta anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (KW=15,33, p=0,00) (Tablo 3). Literatürde daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip bakım verenlerin daha fazla yük ve daha kötü sağlığa sahip olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır 29, 31-34. Bakım veren birey, hastasına bakım ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra alışveriş, ilaç alma ve maddi destek sağlama gibi konularda da yardımcı olmaktadır. Bu durum söz konusu bakım yüküne ek olarak maddi yükü de beraberinde getirmektedir. Bakım verenlerin gelir gider durumuna göre yaşam kalitesine bakıldığında, fiziksel fonksiyon (KW=7.29, p=0.026), rol güçlüğü fiziksel (KW=9.60, p= 0.008), vitalite (KW=19.16, p=0.00), sosyal fonksiyon (KW=7.57,p=0.023), rol güçlüğü emosyonel (KW= 7.71,p=0.021) ve mental sağlık (KW=12,93, p=0.002) alt boyutları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4). Yapılan diğer çalışmalar, ekonomik problem yaşayan bakım verenlerin yaşam kaliteleri daha düşük olduğunu, gelir durumunun yüksek olmasının yaşam kalitesini artırdığını göstermiştir 35, 36. Kişisel sosyal alan kapsamında ekonomik durum göstergeleri kaliteli yaşamın öngördüğü önemli değişkenlerden biridir. Gelir düzeyi iyi olan bakım verenlerin hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesi ile karmaşık tedavi sürecinin uygulanması noktasında hastalarının tedavilerini aksatmadan yaptırabilmeleri, daha iyi bakım alabilmeleri bununla birlikte daha iyi yaşam standardına sahip olmaları, bu sonucu etkilemiş olabilir.

Çalışmada anne/baba grubunun bakım yükünü daha düşük algıladıkları belirlenmiştir (KW=35,17, p=0,00) (Tablo 3). Çalışmalar bakım vericinin hasta ile iletişiminin, yakınlığının ve bakım verici rolüne hazır oluşunun bakım verici yükünü etkilediğini belirtmektedir^{37, 38}. Ebeveynlerin kendini çocuklarına adanma, güçlülere göğüs germe yeteneğiyle daha fazla gurur duyma, bu anlamda gösterdiği çaba ile çocuğunun ihtiyaçlarına çözüm bulma, kendilerine saygı duyma gibi durumlar anne babaların yük hissini hafifletebilir. Hasta ile olan yakınlığın derecesine göre SF-36 alt boyut skorlarına bakıldığında, fiziksel fonksiyon (KW=11.5, p=0.003), rol güç fiziksel (KW=6.7, p=0.034), ağrı (KW=13.5, p=0.001) ve mental sağlık (KW=15.22, p=0.000) skorlarının dağılımları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Hastanın yakın akrabası olmayan bakım vericilerde fiziksel rol kısıtlılığının daha fazla yaşandığı, eş-çocuk grubunda fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutlarında yaşam kalitesi yönünden skorların daha düşük olduğu, anne/babada ise mental sağlığın daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar bakım vermenin aile üyelerini yaşam kalitesi yönünden farklı şekillerde etkileyebildiğini göstermektedir.

SF-36 alt boyut skorlarından başka kişilere de bakanların bakmayanlara göre sosyal fonksiyon skorları (U=2139.00, p=0.03) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olarak saptanmıştır (Tablo 4). Beşer'in (2003) çalışmasında çocuğu olmayan bakım verenlerin yaşam kalitesi skorları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, çocuğu olan hastaların ve ailelerinin yaşamları olumsuz yönde etkilenmiş, yaşadıkları stres ve anksiyete düzeyleri artmıştır 39. Bakım veren bireyler açısından bakıldığında, bakım verdikleri hasta dışında bakmakla yükümlü oldukları başka bireylerin varlığı, bakım vericilerin sorumluluklarının artmasına

aynı zamanda sosyal aktivitelere zaman ayırmada güçlük yaşamalarına neden olabilir.

Bakım verme yükü, diğer sorumluluklara etkisi olduğunu düşünen grupta anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir (KW=45,83, p=0,00) (Tablo 3). Literatürde, bakım verirken aile içi ilişkilerinin etkilendiğini ifade eden bakım verenler; aile içinde stresli ilişkiler, eş ile tartışma, eşinden ayrılma, aile içi ilişkilerde gerginlik oranında artma, ev ile daha az ilgilenme, eş ve çocuklara yeterince zaman ayıramama şeklinde sorunlar bildirmişlerdir^{2, 39, 40, 42}. Bakım yükünün fazla olduğu durumlarda, bireylerin bakım verme işlevi nedeniyle günlük uğraşlarını yürütebilme becerilerinin azalması ve aile içi ilişkilerde değişim yaşanması beklenen bir durumdur. Bakım veren birey hastasının bakımını yerine getirirken, ailesi için gerekli diğer sorumluluklarda ve onlara zaman ayırmada zorlanabilmektedir.

Bakım konusunda yardım alanların almayanlara göre bakım yükü skoru ortalamaları yüksektir (U=5,06, p=0,00) (Tablo 3). Bakım sürecini bakım verenler farklı düzeylerde yaşamaktadır. Bakım verme, bazı bireylere göre mecburi bir görev ve talihsizlik olarak nitelendirirken bazı bakım verenler için ise, doyum verici heyecan verici ve yapılması gerekenin en iyisini yapmak için çabalarken bundan memnun olmak anlamına gelebilir. Bu sonuç yardım alan bireyin bakım verme yükü ile yeterince baş edemediğini, yükü fazla hissettiğini ve bu nedenle yardım aldığını göstermektedir. Bakım konusunda yardım alanların SF-36 yaşam kalitesi ölçek skorları rol güçlüğü fonksiyon (U=8025.00, p=0.016), vitalite (U=7353.00, p=0.001), rol güç emosyonel fonksiyon (U=7270.00, p=-0.000) ve mental sağlık skorları (U=7222.50, P=-0.000) bakım konusunda yardım almayanlara göre daha düşüktür (Tablo 4). Hacıoğlu ve ark.'nın (2010)

çalışmasında ise, diğer aile üyelerinden destek alan bakım vericilerin yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır³⁵. Bu çalışmada, yardım alanların SF-36 ölçeğinin bu alt boyutlarından düşük skor almaları, bu grubun bakım yükü ile baş edemediğini, bu nedenle yardıma ihtiyaç duyduğunu, bakım yükünü fazla hissetme ile birlikte yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Başka kişilere de bakma durumunun bakım yükünü, deneyimli olma durumunun ise hem bakım yükünü hem de yaşama kalitesini etkilemediği saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 3, 4).

Tablo 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Skorları İle Zarit Bakım Yükü Ölçeği Skorunun Korelasyonu

SF-36 Alt Boyut Skorları	Bakım yükü skoru	
	r	p
Fiziksel fonksiyon	-0,09	0,10
Rol güç fiziksel	-	0.00
	0,22**	
Ağrı	-0,11	0,06
Genel Sağlık	-0,11	0,06
Vitalite	-	0.00
	0,42**	
Sosyal fonksiyon	-	0.00
	0,30**	
Rol güç emosyonel	-	0.00
	0,23**	
Mental Sağlık	-	0.00
	0,33**	

Speraman korelasyon analizi : ** p<0.01 Düzeyine Göre Anlamlı

SF-36 alt boyut skorlarından rol güç fiziksel, vitalite, sosyal fonksiyon ve rol güç emosyonel fonksiyon ve mental sağlık skorları ile bakım yükü ölçeği skoru arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01). Fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık alt boyut skorları ile bakım yükü ölçeği skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,005) (Tablo 5). Bu sonuca göre, bakım yükü ölçeği skoru yükseldikçe rol güç fiziksel, vitalite, sosyal

fonksiyon ve rol güç emosyonel fonksiyon ve mental sağlık skorları düşmektedir. Uzun süreli bakım verme yaşam kalitesinin iyi ya da kötü olduğunu gösteren sağlık, sosyoekonomik durum ve psikolojik durumu etkileyebilen bir süreçtir. Bakım veren bireyin yaşadığı yük, fiziksel sağlıkta azalma, depresyon, tükenmişlik,

anksiyete, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurmaktadır^{29, 31}. Bu nedenle bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin bozulabileceği beklenen bir sonuçtur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucuna göre bakım verme yükünün ve yaşam kalitesinin bazı sosyodemografik özelliklere göre olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Ayrıca, Bakım verme yükünün artmasının, yaşam kalitesi açısından fiziksel ve emosyonel yönden rol güçlüğüne, vitalitede (yaşam enerjisi), sosyal fonksiyon ve mental sağlıkta anlamlı derecede azalmaya neden olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, bakım verenlerin üstlendiği rol nedeniyle erken dönemde tükenmesini önlemek amacı ile bakım vericiyi tanımlayıcı ve destek faktörleri ortaya çıkarıcı ölçme araçlarının kullanılması, bakım verenlerde yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi, ayrıca bakım verenlerin bakım verme yükünü azaltacak, yaşam kalitelerini yükseltecek, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- ✓ Kronik hastalığı olanların bakım verenlerin değerlendirilmesi, yaşayabilecekleri güçlüklerin farkında olunması,
- ✓ Hem iş yerinde yük altında bulunan hem de aile içi görevleri arasında sıkışan evli kadınların bakım vermekten kaynaklı aile içi ya da diğer sorumluluklarına olan etkisinden dolayı yaşadıkları sorunların üstesinden

gelebilmesi için sosyal destek verilmesi,

- ✓ Bakım verenin hastasına yakınlığı anne/ baba olmasından dolayı içinde bulunduğu rol çatışmasından kaynaklanan sorunların üstesinden gelebilmesi için, danışmanlık hizmeti ve gelir dengelerini sağlama hususunda destek alması,
- ✓ Kadının aile içi sorumluluklarının azaltılması, çocuk bakımı, yaşlı, hasta bakımı gibi görevlerin aile üyeleri arasında paylaşılması,
- ✓ Bu hususta devlet kamusal bakım hizmetlerini yaygınlaştırarak ve herkese açık hale getirerek kadınların iş ve aile süreçlerindeki yükünün hafifletilmesi,
- ✓ Bakım verenlerin üstlendiği rol nedeniyle erken dönemde tükenmesini önlemek amacı ile bakım vericiyi tanımlayıcı ve destek faktörlerinin ortaya çıkarıcı objektif ve subjektif bakım yükünün ölçme araçlarının kullanılması, bakım verenlerde yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- ✓ Bakım verenlerin bakım verme yükünü azaltacak, yaşam kalitelerini yükseltecek, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi,
- ✓ Bakım verici bireylerin gereksinim duydukları hemşirelik bakımına ulaşmalarının sağlanması,

- ✓ Kronik hastalıklarda bakım verenlerin bakım yükünü azaltmada etkili olacak halk sağlığı hemşirelerinin sağlık eğitimi planlanması,
- ✓ Bakım vericilerin karşılaştıkları güçlüklerde başvurabilecekleri, yardım alabilecekleri, soru sorabilecekleri

- danışma merkezleri, dernekler, toplulukların oluşturulması,
- ✓ Kronik hastalıkların yönetimi amacıyla evde sağlık bakımı, uzun süreli sağlık bakım kurumları, hemşirelik bakım evleri ve hospislerde vaka yönetimi gibi kurumların oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz A ve Turan E. (2007). "Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Ükenmişliğe Neden Olan Faktörler Ve Baş Etme Yolları". Türkiye Klinikleri, J Med Science. 27: 445-454.
2. Kalav S. (2011). İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Mersin.
3. Gaugler J, Hanna N, Linder J, Given CW, Tolbert V, Kataria R et. al. (2005). "Cancer Caregiving And Subjective Stress: A Multi-Site, Multi-Dimensional Analysis". Psycho-Oncol. 14: 771-85.
4. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR and Harvath T. (1990). "Mutuality And Preparedness As Predictors Of Caregiver Role Strain". Research in Nursing and Health. 13(6): 375- 384.
5. Bayramova N. (2008). Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (Als) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir.
6. Alpteker H. (2008). 65 Yaş Ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Bolu.
7. Kinney JM and Stephens MP. (1989). "Hassles And Uplifts Of Giving Care To A Family Member With Dementia". Psychology and Aging. 4(4): 402-408.
8. Folkman S, Chesney MA and Richards C. (1995). "Stress And Coping In Caregiving Partners Of Men With Aids". Psychiatric Clinics of North America. 17 (1): 35-53.
9. Silver JH and Wellman N. (2002). "Family Care Giver Training Is Needed To Improve Outcomes For Older Adults Using Home Care". Technologies J Am Diet Association. 102: 831-836.
10. Pasacreta VJ, Barg F, Nuamah I and McCorlke R. (2000). "Participant Characteristics Before And 4 Months Attendance At A Family Caregiver Cancer Education Program". Cancer Nursing. 23(4): 295-303.
11. Aranda S and Hays WK. (2001). "Home Care Givers Of The Person With Advanced Cancer: An Australian Perspective". Cancer Nursing. 24(4): 300-305.
12. Schulz R and Beach S. (1999). "Caregiving as a Risk Factor for Mortality The caregiver Health Effects Study". JAMA. 282(23):2215-2219. doi:10.1001/jama.282.23.2215.
13. İnci FH. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Denizli.
14. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel HC, Taşçı İ, Ceylan S. (2008). "Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi". Gülhane Tıp Dergisi. 50: 172-179.
15. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. (1999). "Kısa Form-36 (SF-36)'Nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği". İlaç ve Tedavi Dergisi. 12: 102-106.
16. Tülüce D. (2012). Kalp Yetersizliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep .
17. Nelson MM, Smith MA, Martinson BC, Kind A and Luepker RV. (2008). "Declining Patient Functioning And Caregiver Burden/Health: The Minnesota Stroke Survey-quality of life after stroke study". Gerontologist. 48(5): 573-583.
18. Özge A, Önce B, Somay G, Çakmak SE, Uluduz D, Bulkan M. et al. (2009). "The Caregiver Burden And Stroke Prognosis". Journal of Neurological Sciences (Turkish). 26(2): 139-152.
19. Koçak G. (2011). İnmeli Hastalarda Bakım Verici Yükü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
20. Çetinkaya F ve Karadakovan A. (2012). "Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi". Turkish Journal of Geriatrics. 15(2):171-178.
21. Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C and Vezina L. (2006). "Caring For A Loved One With Advanced Cancer: Determinants Of Psychological Distress In Family Caregivers". J Palliat Medicine. 9: 912-21.
22. Matthews BA, Baker F and Spillers RL. (2003). "Family Caregivers And Indicators Of Cancer-Related Distress". Psychol health medicine. 8: 45-56.
23. Yee JL and Schulz R. (2000). "Gender Differences In Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A Review And Analysis". Gerontologist. 40: 147-64.
24. Vrettos I, Kamposioras K, Kontodimopoulos N, Pappa E, Georgiadou E, Haritos D et. al. (2012). "Comparing Health-Related Quality Of Life Of Cancer Patients Under Chemotherapy And Of Their Caregivers". The Scientific World Journal doi:10.1100/2012/135283.
25. Tel D, Demirkol D, Kara S ve Aydın D. (2012). "KOAHLı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesi". Türk Toraks Dergisi. 13(3): 87-92.
26. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA and Koslow NJ. (2008). "Family Influences On Heart Failure Self-Care And Outcomes". J Cardiovasc nursing. 23(3): 258-65.
27. Akça N ve Taşçı S. "65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi". Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;14: 30-36.
28. Uslu H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Ve Bakım Verenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Antalya.
29. Karaaslan A. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
30. Iconomou G, Vagenakis AG and Kalofonos HP. (2001). "The Informational Needs, Satisfaction With Communication, And Psychological Status Of Primary Caregivers Of Cancer Patients Receiving Chemotherapy". Support Care Cancer. 9: 591-596.

31. Aşiret GD and Kapucu S. (2012). "İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü". Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 14(2): 212-218.
32. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H and Karayiannis G. (2012). "The Burden Some and Depressive Experience of Caring: What Cancer, Schizophrenia and Alzheimer's Disease Care givers Have in Common". Cancer Nursing. 35(3): 187-194.
33. Monygomery RJV, Gonyea JG and Hooyman NR. (2005). "Care giving and the experience of subjective and objective burden. Family relations". National Council on Family Relations. 193-99.
34. Chien WT, Chan SWC and Morrissey J. (2005). "The Perceived Burden Among Chinese Family Caregivers Of People With Schizophrenia". Journal of Clinical Nursing. 1151-1161.
35. Hacıoğlu N, Özer N, Yılmaz Karabulutlu E, Erdem N ve Erci B. (2010). "The Quality Of Life Of Family Caregivers Of Cancer Patients In The East Of Turkey". Eur J Oncol Nurs. 14: 211-217.
36. Yun HY, Rhee YS, Kang IO, Lee SJ, Bang SM, Lee WS et al. (2005). "Economic Burdens And Quality Of Life Of Family Caregivers Of Cancer Patients". Oncology. 68 (2-3): 107-114.
37. Ostwald SK, Bernal MP, Cron GS and Godwin KM. (2009). "Stress Experienced By Stroke Survivors And Spousal Caregivers During The First Year After Discharge From Inpatient Rehabilitation". Topic in stroke rehabilitation. 16(2): 93-104.
38. Carod-Artal FJ and Egido JA. (2009). "Quality Of Life After Stroke: The Importance Of A Good Recovery". Cerebrovascular diseases. 27(1): 204-14.
39. Beşer N ve Öz F. (2003). "Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7: 47-58.
40. Karabuğa H. (2009). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
41. Sit JW, Wong TK, Clinton M, Li LS and Fong YM. (2004). "Stroke Care In The Home: The Impact Of Social Support On The General Health Of Family Caregivers". Journal of clinical nursing. 13(7): 816-24.
42. Akyar İ. (2006). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.