



# Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişki

Didem Önal,<sup>1</sup> Leyla Baysan Arabacı,<sup>2</sup> Ece Mutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

## Özet

**Amaç:** Çalışma, Miyokart İnfarktüsü (MI) geçiren hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü ve hastalığa psikososyal uyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntemler:** Tanımlayıcı-kesitsel nitelikteki araştırma Kasım 2015–Ocak 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji kliniğinde, miyokart infarktüsü(MI) tanısı ile tedavi gören hastalara bakım veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 kişi ile yürütülmüştür. Veriler; “Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF), Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ile toplanmıştır. Tanımlayıcı veriler için sayı yüzde dağılımı, değişkenler arası ilişkiyi değerlendirmek için korelasyon analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Bakım verenlerin %72.5’i ilk-orta öğrenim mezunu olup, %34’ü ev hanımı ve %60’ı hastanın eşidir. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçek puan ortalaması ve hastalığa psikososyal uyum toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ortalamaların altında bulunmuştur. İki değişken arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “Sağlık Bakımına Oryantasyon” alt ölçeği dışındaki ( $p>0.05$ ) tüm alt ölçek (Aile Çevresi, Sosyal Çevre, Psikolojik Distres, Mesleki Çevre, Seksüel İlişki ve Geniş Aile İlişkileri) puan ortalamaları ile bakım verme yükü ölçek puan ortalaması arasında ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Akut olarak yaşanan Miyokart İnfarktüsü sonrası bu bireylere bakım verenlerin düşük düzeyde sıkıntı hissettikleri, hastalık sürecine psikososyal uyumlarının orta düzeyde iyi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bakım vermektten dolayı hissettikleri sıkıntı arttıkça, sağlık bakımına oryantasyonları hariç, hastalığa psikososyal (aile, sosyal, mesleki çevre, seksüel ve psikolojik) uyumları bozulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Bakım veren; bakım yükü; kardiyoloji; miyokart infarktüsü; psikososyal uyum.

## The Correlation Between Caregiver Burden and Psychosocial Adjustment of Caregivers of Patients with Myocardial Infarction

### Abstract

**Objective:** The research was planned for the purpose of evaluating the correlation between caregiving burden and psychosocial adjustment of individuals taking care of patients who had suffered Myocardial Infarction (MI).

**Methods:** The descriptive and cross-sectional research was conducted with 200 people who were taking care of patients receiving treatment due to the diagnosis of Myocardial Infarction (MI) in the Cardiology clinic of a university hospital between November 2015 – January 2016. Data were collected with “Introductory Information Form (IIF), Caregiving Burden Scale

**İletişim (Correspondence):** Doç. Dr. Leyla Baysan Arabacı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Turkey

**Telefon (Phone):** +90 232 329 35 35 – 4770 **E-Posta (E-mail):** baysanarabaci@hotmail.com

**Başvuru Tarihi (Submitted Date):** 06.09.2019 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 06.12.2019

©Copyright 2019 by Turkish Society of Cardiology - Available online at www.anatoljcardiol.com



(CBS) and Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR). Number and percentage distribution were used for descriptive data and correlation analysis was performed to evaluate the correlation between the variables.

**Results:** 72.5% of the caregivers were primary-secondary education graduates, 34% were housewives and 60% were the patient's spouse. The caregivers' score averages of caregiving burden scale and total and subscale score averages of PAIS-SR were found to be below the average. Evaluating the correlation between the two variables; it was found that there was correlation between all subscale score averages (vocational environment, sexual relationship, social environment, psychological distress, relationship with partner and family), except the subscale of "health care orientation" ( $p > 0.05$ ) and the score average of caregiving burden scale ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was determined that individuals taking care of patients who had suffered an acute Myocardial infarction felt lower levels of distress and their psychosocial adjustment throughout the illness was moderately good. In addition, as their caregiving-related distress increases, their psychosocial (family, social, occupational circle, sexual and psychological) adjustment to illness, except their orientation to healthcare gets spoiled.

**Keywords:** Caregiver; caregiving burden; cardiology; myocardial infarction; psychosocial adjustment.

Cite this article as: Önal D, Baysan Arabacı L, Mutlu E, et al. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişki. Turk J Cardiovasc Nurs 2019;10(23):105-113.

**M**iyokart İnfarktüsü (Mİ), koroner arterlere ya da koroner arterlerden birine olan kan akımının azalması ya da kesilmesi sonucu, miyokardın nekroze olması ile oluşan, genellikle ciddi ve sürekli göğüs ağrısı ile karakterize klinik bir tablodur.<sup>[1]</sup>

Miyokart İnfarktüsü geçiren hastaların en güçlü destekçisi yakınları/bakım verenleri olmaktadır. Bakım verme, tek bir yardım çeşidiyle sınırlı olmayıp, hastanın bakım gereksinimlerini sağlamanın yanı sıra emosyonel, fiziksel ya da maddi destek sağlama, sağlık bakımını koordine etme, rutin sağlık bakımını yürütme, kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma ve para yönetimi gibi birçok işin koordineli bir şekilde yürütülmesini içerir.<sup>[2, 3]</sup> Bu çok boyutlu ve komplike bakım verme süreci bakım verenin zaman zaman zorlanması sonucu bakım yükü hissetmesine ve psikososyal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir.

Bakım yükü; bakım verenin, üstlendiği bakım sonucunda ortaya çıkan, psikolojik sıkıntı, ekonomik, sosyal, fiziksel ve sağlık olmak üzere birçok alanda yaşanan problemler, aile ilişkilerinde bozulma ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ya da subjektif sonuçları içerir.<sup>[4, 5]</sup> Bakım veren, mali kaygılar, rol değişiklikleri, durumun belirsizliğini anlayamamaya bağlı alınan kararlara katılamama, çaresizlik, hastanın gereksinimlerini karşılayamama, ortamdaki araç-gereçler ve hastası hakkında kısıtlı bilgiye sahip olma, bakımı gerçekleştirememeye gibi durumlar karşısında hissedilen suçluluk duygularına bağlı yoğun stres yaşayabilir.<sup>[2, 6]</sup> Yaşanan stres, beraberinde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik problemleri getirebilir. Yeni tanı sürecinin başlarında yaşanan anksiyete ve depresyon, bakım verenlerin ilerideki bakım yükünün belirlenmesinde önemli bir faktördür.<sup>[7]</sup> Algılanan bakım yükünün artması, yaşam kalitesinin kötüleşmesine,<sup>[8, 9]</sup> anksiyete ve depresyona eğiliminin artmasına neden olabilmektedir.<sup>[7,</sup>

9, 10] Ayrıca, algılanan bakım yükündeki artma, psikolojik sağlığın yanı sıra fiziksel sağlığı da olumsuz etkilenmektedir. Bakım yükü algıları yüksek olan bakım verenlerin fiziksel aktivitelerini kısıtladıkları bilinmektedir.<sup>[11]</sup> Bu nedenle algılanan bakım yükü sadece hastaya verilen bakımı değil, bakım vericilerin yaşamlarını da olumsuz olarak etkilemektedir.

Miyokart İnfarktüsü geçiren hastalar psikososyal açıdan birçok risk altındadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada; hastaların sadece %21.4'ünün psikososyal uyumunun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.<sup>[12]</sup> Hastaların yaşadıkları psikososyal uyumsuzluk karşısında bakım verenlerinin de yaşamları ile ilgili önemli değişiklikler olacağı (yaşam kalitesinde düşme, psikososyal uyumsuzluk yaşama gibi) düşünülmektedir. Hasta ve bakım veren arasında yaşanan sorunlarda artma, hastalık ve bakım verme sürecinde zorlanma, bakım verilerde gözlenen öfke, endişe, korku, hayal kırıklığı, suçluluk, çaresizlik ve yorgunluk gibi olumsuz duygular, ekonomik kaygılar, sosyal aktivitede değişiklikler ile yaşamsal rollerde zorlanma,<sup>[6]</sup> bakım verenlerin psikososyal uyumlarının bozulmasına neden olabilmektedir. Bu durumda, emosyonel iyilik halinde azalma, depresyon ve anksiyete semptomlarında artma, yaşamda kontrolün azalacağını düşünme, çaresizlik hissi yaşama, sosyal uyumda bozulmaya bağlı algılanan sosyal destekte azalma ve kısıtlı bir sosyal yaşam ve sosyal izolasyon gözlenebilir. Ayrıca, fiziksel uyumun bozulmasına bağlı kronik strese maruz kalma, hastalık riskinde ve fiziksel semptomlarda artma görülebilir.<sup>[13]</sup>

Miyokart İnfarktüsü tedavisinde temel amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemektir. Bu doğrultuda hastanın tedaviye uyumunu sağlamak en önemli faktörlerden biridir. Hastanın tedaviye uyumunun sağlanması için bireyin yanı sıra bakım verenin fiziksel, psikolojik, emosyonel ve sosyal olarak uyumunun sağlanması

ve baş etmesinin güçlendirilmesi, bakım verme süresi ile doğru orantılı olarak bakım verenin desteklenmesi gerekmektedir.<sup>[12]</sup> Bakım verenler ile yapılmış iki ayrı çalışmada bakım verme yükü ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu,<sup>[14]</sup> yaşam kalitesi ile de psikososyal uyumun ilişkili olduğu<sup>[15]</sup> belirlenmiştir. Bu bağlamda; bakım yükünün yaşam kalitesini etkileyerek dolaylı olarak psikososyal uyumu etkilediği düşünülmüştür. Bu bilgiler çerçevesinde, Türkiye’de Mİ hastalarıyla yapılan çokça çalışmaya karşın, bu hastalara bakım verenlerle yapılmış az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu bilgi ışığında, bu çalışma ile bakım verenlerin bakım verirken hissettikleri sıkıntı ile psikososyal uyumları ve bakım verirken karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, bakım verenlere yönelik yapılacak iyileşme çalışmalarının, Mİ geçiren hastalara destek olma, tedavi ve iyileşme sürecini hızlandırma, hasta katılımını ve uyumunu artırma amacına ulaşarak literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun sağlanmasında da, bu hastaların bakım ve tedavi sürecinde yer alan sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelere de önemli sorumluluklar düşmektedir. Nitekim, 2011 yılında yürürlüğe giren “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi (KLP) hemşirelerinin görev ve sorumlulukları arasında yalnızca hastanın değil bakım verenin de güçlendirilmesi sorumluluğunun yer aldığı görülmektedir.<sup>[16]</sup>

## Gereç ve Yöntem

Miyokart İnfarktüsü geçiren hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü ve hastalığa psikososyal uyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel nitelikte-tanımlayıcı tipteki araştırma, Kasım 2015–Ocak 2016 tarihler arasında bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Kliniği’nde Miyokart İnfarktüsü tanısı ile tedavi gören hastalara bakım veren hasta yakınlarından, araştırmayı kabul eden ve sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş oluru alınan 200 bakım veren ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu ve iyi klinik uygulamalar ilkelerine sadık kalınmıştır.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler doğrultusunda şu sorulara yanıt aranmaya çalışılmıştır.

- Mİ geçiren hastalara bakım verenlerin hissettikleri bakım yükü nedir?
- Mİ geçiren hastalara bakım verenlerin hastalığa psikososyal uyumları nasıldır?

- Mİ geçiren hastalara bakım verenlerin bakım yükü algıları ile hastalığa psikososyal uyumları arasında ilişki var mıdır?

## Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri üç form kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek geliştirilmiştir. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık hakkında daha önce bilgi, eğitim ve destek alma durumu, hastalık sürecinde duygularıyla baş etme durumu, yaşadığı güçlükler ve kabullenme süreci ile hastalıktan etkilenme durumunu belirlemeyi amaçlayan 33 açık ve kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ), Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilerek<sup>[17]</sup> bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi, bakım vermenin yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerliliği 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır.<sup>[18]</sup> Ölçek, genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması, bakım vermektense dolayı yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Likert tipi değerlendirilen ölçekten en az 0 en fazla 88 puan alınabilmektedir.<sup>[17]</sup> Ölçeğin uyarlama çalışmasında iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur.<sup>[18]</sup> Bu örneklem grubu için BVYÖ Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.80’dir.

Hastalığa Psikososyal Uyum–Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), Derogatis ve Lopez tarafından 1986 yılında geliştirilmiş ve kişinin varolan hastalığa psiko-sosyal uyumunu ölçmektedir. Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Adaylar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. PAIS-SR, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR 46 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; Sağlık Bakımına Oryantasyon, Meslek/İş Çevresi, Aile Çevresi, Cinsel ilişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Distres’dir. Her alan için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmaktadır. Ölçekte yer alan maddelere, 0 ile 3 arasında puanlar verilerek, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek 138’dir. Ölçekten düşük puanlar hastalığa “iyi psikososyal uyumu”, yüksek puanlar hastalığa “kötü psikososyal uyumu” göstermektedir. Ölçekte 35’in altındaki puanlar “iyi psikososyal uyumu”, 35 ile 51 arasındaki puanlar “orta derecede iyi psikososyal uyumu”, 51’in üstündeki puanlar “kötü psikososyal uyumu” göstermekte-

**Tablo 1.** Bakım verenlerin bakımını yürüttükleri hasta özelliklerine göre dağılımı (n=200)

Hasta Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	59	29.5
Erkek	141	70.5
Yaş		
21-40	16	8.0
41-60	69	34.5
61-80	100	50.0
81 ve üzeri	15	7.5
Daha önce MI geçirme durumu		
MI geçiren	22	11.0
MI geçirmeyen	178	89.0
Tanı süresi		
MI geçirmeyen	178	89.0
1-5 yıl	6	3.0
6 yıl ve üzeri	16	8.0
Tedavi görme süresi		
0-3 gün	146	73.0
4-10 gün	47	23.5
11 ve üzeri gün	7	3.5
Hastanın bakımını yürütenler*		
Eş	120	60.0
Çocuk	111	55.0
Anne- baba	12	6.0
Akraba	25	12.5
Bakıcı	2	1.0
Diğer	7	3.5
Toplam	200	100.0

MI: miyokart infarktüsü; \*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

dir.<sup>[19]</sup> Ölçeğin uyarılma çalışmasında alt boyutlar için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı sırası ile 0.87, 0.85, 0.80, 0.95, 0.89, 0.93, 0.83, tüm ölçek için 0.94 olarak belirlenmiştir.<sup>[20]</sup> Bu örneklem grubu için, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı sırasıyla 0.68, 0.40, 0.77, 0.91, 0.45, 0.91, 0.72 bulunmuştur.

### İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzde dağılımı yapılmış, değişkenler arası ilişki veriler normal dağılım göstermediğinden spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.09.2015 tarih ve 172 karar no ile araştırmanın yürütüldüğü hastaneden 03.11.2015 tarih ve 48741973-302.08.01-1500042919 sayılı onay alınmıştır. Ayrıca, çalışmanın yürütül-

**Tablo 2.** Bakım verenlerin "Miyokart İnfarktüsü" ile ilgili bilgi, algı ve eğitim durumlarına göre dağılımı (n=200)

	Sayı	%
Miyokart İnfarktüsünün tanımı		
Hayatı tehdit eden bir hastalık	62	31.0
Damar tıkanıklığına bağlı kalp hastalığı	41	20.5
Belirtilerle tanımlama	27	13.5
Kalbin yapı işlev bozukluğu	24	12.0
Etiyolojiyle tanımlama	19	9.5
Yanıt yok, bilmiyorum	19	9.5
Diğer	8	4.0
Miyokart İnfarktüsü Algısı		
Ağır, ölümcül, ciddi, riskli, tehlikeli, önemli, çok kötü berbat bir hastalık	38	19.0
Kalp damarları ve dolaşım ile ilgili bir rahatsızlık	36	18.0
Belirtilerle tanımlama	19	9.5
Etiyolojiyle tanımlama	15	7.5
Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalık	7	3.5
Diğer	4	2.5
Cevap yok, bilmiyorum	81	40.5
Bilgi alma		
Hekim	155	22.5
Hemşire	9	4.5
Radyo/tv	24	12.5
İnternet	42	21.0
Kitap/dergi	13	6.5
Deneyim	40	20.0
Daha önce bir eğitim programına katılma durumu		
Katılan	9	4.5
Katılmayan	191	95.5
Daha önce bir psikososyal destek programına katılma durumu		
Katılan	1	0.5
Katılmayan	199	99.5
Bilgiyi yeterli bulma durumu		
Yeterli	30	15.0
Yeterli değil	170	85.0
Türkçe kaynakları yeterli bulma durumu		
Yeterli	39	19.5
Yeterli değil	161	80.5
Toplam	200	100.0

\*Bakım verenler birden fazla seçenek işaretlemiştir.

düğü kurum yönetiminden ve ölçeklerin geçerlik-güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan yazılı izinler alınmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %98.0'i okur-yazar (%34.0'ü okur yazar veya ilköğretim mezunu, %38.5'i ortaokul veya lise mezunu, %23.0'ü yükseköğretim mezunu) ve %2.0'si okur yazar değildir. %34.0'ü ev hanımı ve %23.5'i emekli

olan bakım verenlerin %26.0'sı halen bir işte (%13.5'i memur, %12.5'i işçi olarak) çalışmaktadır.

Bakım verenlerin bakımını yürüttükleri Mİ geçiren hasta özellikleri incelendiğinde, %70.5'i erkek olan ve %50.0'si 61-80 yaş aralığında olan hastaya bakım vermektedir. Bakım verenlerin bakımını yürüttükleri hastaların %89.0'u ilk kez miyokart infarktüsü geçirmiş ve daha önce miyokart infarktüsü geçirmiş olan hastalardan (%11.0), %8.0'i altı yıl ve daha fazla süredir, %3.0'ü de 1-5 yıldır tedavi görmektedir. Bakım verenlerin hastalarına daha çok birinci derece yakınları (eş ve çocukları) tarafından bakım verilmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan bakım verenlerden miyokart infarktüsünü tanımlamaları istendiğinde, %31.0'ı hayatı tehdit eden bir hastalık olarak tanımlarken, %23.0'ü hastalığın etiyojisi ya da belirtileriyle tanımlamış ve %9.5'i bu soruya ya yanıt vermemiş ya da bilmediğini belirtmiştir. Yine bakım verenlere miyokart infarktüsünü nasıl algıladıkları sorulduğunda %19.0'u "ağır, ölümcül, ciddi, riskli, tehlikeli, önemli, çok kötü berbat bir hastalık" olarak algımlarken, %17.0'si hastalık etiyojisi ya da belirtilerini (mide ağrısı, kas ağrısı, korku, sıkıntı) ifade etmiş, %3.5'i yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerine odaklanmış ve %40.5'i bu soruya ya yanıt vermemiş ya da bilmediğini belirtmiştir (Tablo 2).

Bakım verenlere hastalıkla ilgili varolan bilgileri nereden edindikleri sorulduğunda, daha çok sağlık çalışanından (%27.0) (%22.5 hekimden ve %4.5 hemşireden), internetten (%21.0) ve deneyimleyerek (%20.0) elde ettiklerini; %85.0'i varolan bu bilgilerini yeterli bulmadığını ve %95.5'i Türkçe yeterli kaynak olmadığını belirtmiştir. Ayrıca; %95.5'i daha öncele ilgili herhangi bir eğitim ve %99.5'i psikososyal destek almadığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Bakım verenler ilk hastalık tanısını duyduklarında, üzüntü (%33.5'i), korku (%33.0'i), şaşkınlık (%9.5'i), öfke (%5.5'i) hissettiklerini ve ağladıklarını (%2.0'si) belirtmiş ve %72.0'si araştırmanın yürütüldüğü sırada hastalarının hastalığını kabul sürecinde olduklarını ifade etmiştir. %52.0'si Mİ sonrasında yaşamlarında değişiklikler olduğunu belirten bakım verenlerin %37.0'si aile ilişkilerinin hastalık sürecinden olumsuz etkilendiğini ve %32.5'i üzüldüklerini ifade etmiştir. %83.0'ü bu süreçte daha çok birinci derece yakınlarından (eş, çocuk, anne-baba vb.) sosyal destek aldığını belirten bakım verenlerin %27.0'si bakım verme sürecinde bir takım güçlükler (ekonomik (%12.0'si), sağlık personeli ile etkileşim ve bilgi alma (%11.0'i), evde bakım (%2.5'i) ve hastane ortamı ve kurallar (%1.0'i)) yaşadığını ve %64'ü de bu süreçte kaygı yaşadığını belirtmiştir. Bakım verenlere kaygı yaşama nedenleri sorulduğunda; %20.5'i ameliyat sonrası süreç ve bakım ile ilgili, %18.0'i kötü bir şey olmasından

**Tablo 3.** Bakım verenlerin hastalık sürecine ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerine göre dağılımı (n=200)

	Sayı	%
İlk tanıda hissedilen duygular		
Korku	66	33.0
Şaşkınlık	19	9.5
Üzüntü	67	33.5
Ağlama	4	2.0
Öfke	11	5.5
Diğer	12	6.0
Hastasının hastalığını kabul etme süreci		
Kabullenen	144	72.0
Kabullenmeyen	48	24.0
Yanıt vermeyen	8	4.0
Mİ'den sonra yaşamda değişiklik olma durumu		
Değişiklik olan	104	52.0
Değişiklik olmayan	96	48.0
Aile ilişkilerinin hastalık sürecinden etkilene durumu		
Üzüldük	65	32.5
Olumsuz etkilendik	74	37.0
Diğer	46	23.0
Yanıt vermeyen	15	7.5
Sosyal destek alma durumu		
Alan	166	83.0
Almayan	34	17.0
Sosyal destek alınan kişi/yer*		
Eş	67	33.5
Çocuk	123	61.5
Anne-baba	16	8.0
Akraba	87	43.5
Dernek	7	3.5
Güçlük yaşama durumu		
Yaşayan	54	27.0
Yaşamayan	146	73.0
Yaşanan güçlükler		
Sağlık personeli ile etkileşim ve bilgi alma	21	11.0
Ekonomik zorluklar	24	12.0
Evde bakım	5	2.5
Hastane ortamı/kurallar	2	1.0
Diğer	3	1.5
Kaygı yaşama durumu		
Yaşayan	128	64.0
Yaşamayan	72	36.0
Yaşanan kaygılar		
Kötü bir şey olursa korkusu, gelecek kaygısı	36	18.0
Hastalık iyileşecek mi?	18	9.0
Ameliyat ve sonrası süreç/bakım	35	20.5
Tedavi süreci ve sonrası	15	7.5
Diğer	8	4.0
Başetme biçimine yönelik önerileri		
Hasta ve hastalık ile ilgili eğitim verilmeli, bilinçlendirilmeli	73	36.5
Düzenli doktor kontrolü olmalı, tedaviye uyum	14	7.0
Sosyal destek olmalı (Sabırlı, hoşgörülü aile üyeleri, anlayışlı, ilgili sağlık çalışanları)	31	15.5
Sağlıklı yaşam davranışları	58	29.0
Cevap yok - bilmiyorum	24	12.0
Toplam	200	100.0

MI: miyokart infarktüsü.

**Tablo 4.** Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçek (PAIS-SR) toplam ve alt ölçek puan ortalamaları

Alt ve toplam ölçek puan ortalamaları	Ölçek Ortalama±SS	Ölçekten elde edilen		Ölçekten elde edilebilecek	
		Minimum	Maksimum	Minimum	Maksimum
Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) toplam	27.79±10.08↓	6	62	0	88
Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği (PAIS-SR) toplam	39.77±15.11≡	9	101	0	138
PAIS-SR-1: Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.12±3.41↓	0	15	0	24
PAIS-SR-2: Mesleki Çevre (MÇ)	4.87±2.48↓	0	16	0	18
PAIS-SR-3: Aile Çevresi (AÇ)	3.96±3.65↓	0	22	0	24
PAIS-SR-4: Seksüel İlişki (Sİ)	4.22±4.84↓	0	17	0	20
PAIS-SR-5: Geniş Aile İlişkileri (GAİ)	2.61±2.05↓	0	11	0	20
PAIS-SR-6: Sosyal Çevre (SÇ)	7.42±0.23↓	0	18	0	18
PAIS-SR-7: Psikolojik Distres (PD)	7.55±3.11↓	0	16	0	21

korktuğu için, %9.0'u hastalığın iyileşip iyileşmeyeceğine dair bilinmezlikten ve %7.5'i de tedavi süreci ve sonrasında ilişkin belirsizlikten dolayı kaygı yaşadığını belirtmiştir. Bakım verenlere yaşadıkları bu güçlükler ve kaygı ile başedebilmeleri için önerileri olup olmadığı sorulduğunda, %36.5'i hastalık ile ilgili eğitim ve bilinçlendirme, %29.0'u sağlıklı yaşam davranışlarını öğrenme, %15.5'i sosyal destek ve %7.0'si düzenli doktor kontrolü ve tedaviye uyum ile başedebileceğini belirtirken, %12.0'si bu soruya cevap vermemiş ya da bilmediklerini ifade etmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçek puan ortalaması orta düzeyde ve alt ölçek puan ortalamaları (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Meslek/İş Çevresi, Aile Çevresi, Cinsel ilişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Distres) ile Bakım Verme Yükü Ölçek puan ortalamaları orta düzeyin altında bulunmuştur (Tablo 4).

Bakım verenlerin BVYÖ puan ortalaması ile PAIS-SR alt ölçek puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığı incelendiğinde; BVYÖ ile "Sağlık Bakımına Oryantasyon" alt ölçeği arasında ilişki bulunmazken (pBVYÖ-Sağlıkbakımoryantasyon=0.622, rBVYÖ-Sağlıkbakımoryantasyon: 0.035), psikososyal uyum ölçeğinin bütünü, "Aile Çevresi", "Sosyal Çevre", "Psikolojik Distres" alt ölçek puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı orta düzeyde bir ilişki (pBVYÖ-HPSUÖ=0.000, rBVYÖ-HPSUÖ=0.471; pBVYÖ-Aileçevresi=0.000, rBVYÖ-Aileçevresi=0.421; pBVYÖ-Sosyalçevre=0.000, rBVYÖ- Sosyalçevre=0.389; pBVYÖ-Psikolojikdistres=0.000, rBVYÖ-Psikolojikdistre=0.448); "Mesleki Çevre", "Seksüel İlişki" ve "Geniş Aile İlişkileri" alt ölçek puan ortalamaları arasında ise oldukça anlamlı hafif düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (pBVYÖ-Meslekiilişki=0.002, rBVYÖ- Meslekiilişki=0.220; pBVYÖ-Seksüelilişki=0.000, rBVYÖ-Seksüelilişki=0.254; pBVYÖ-Genişaileilişkileri=0.014, rBVYÖ- Genişaileilişkileri=0.174) (Tablo 5).

## Tartışma

Araştırmaya katılım gösteren her üç bakım verenden birinin orta öğrenim mezunu ve ev hanımı olduğu ve her üç bakım verenden ikisinin hastanın eşi olduğu görülmektedir. Altun ve arkadaşları tarafından yapılmış bir araştırmada da, bakım verenlerin %78'inin kadın ve %34'ünün eşine bakım verdiği saptanmıştır.<sup>[21]</sup> Kalp yetersizliği olan hastalara bakım verenler ile yapılan bir başka çalışmada da, katılımcıların %20'sinin hastanın eşi olduğu belirlenmiştir.<sup>[22]</sup> Literatürde de, fiziksel ya da ruhsal uzun süreli bakım gerektiren kronik hastalıklarda bakım verenlerin daha çok aileden, iş sahibi olmayan kadınlar olduğu ve sıklıkla hastanın annesi, kız kardeşi ya da eşi olduğu ifade edilmektedir. Çalışma bulgularıyla örtüşen bu bilgiye göre, farklı kültürlerde de olsa bakım vermenin kadına biçilen toplumsal bir rol olduğu ve bu görüşün bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmüştür.<sup>[3, 23-28]</sup>

Bakım verenlere, "Miyokard İnfarktüsü nedir? Nasıl bir hastalıktır?" diye sorulduğunda, hastalığı ya etiyoloji ve belirtileriyle, ya sadece belirli yönleriyle sınırlı olarak (örneğin; kalp damarlarındaki bir tıkanıklık nedeniyle oluşan bir hastalık şeklinde) ya da daha sıklıkla hayatı tehdit eden, ölümcül, kötü, berbat, korkunç bir hastalık olarak tanımladıkları algıladıkları görülmüştür. Bakım verenlerin %89.0'unun hastasının ilk miyokard infarktüsü olduğu ve bu hastalığa bağlı hastane deneyimlerinin henüz çok yeni olduğu (%73.0'ünün 0-3 gündür tedavi gördüğü) göz önünde bulundurulduğunda, akut gelişen böylesi bir hastalık sonrasında bakım verenlerin hala hastalığın ilk geliştiği anda yaşadıkları şok deneyimleri ile hastalığı tanımlamaya çalıştıkları düşünülmüştür. Nitekim, her beş bakım verenden biri (%20.0) hastalıkla ilgili bilgisini deneyimleyerek elde ettiğini ifade etmiştir. Ayrıca, hastaların önemli bir bölümünün soruyu yanıtlamamaları ya da bilmediğini belirtmesi, hemen hemen tamamına yakınının daha önce hastalıkla ilgili herhangi bir eğitim ya da psikososyal destek progra-

**Tablo 5.** Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) ile Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçek (PAIS-SR) ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

Ölçekler ve alt boyutları	Bakım Verme Yükü (BVYÖ)	Sağlık bakımına oryantasyon	Mesleki çevre	Aile çevresi	Seksüel ilişki	Geniş aile ilişkileri	Sosyal çevre	Psikolojik distres	Hastalığa Psikososyal Uyum (PAIS-SR)
Bakım Verme Yükü (BVYÖ)									
r	1.000	0.035	<b>0.220**</b>	<b>0.421**</b>	<b>0.254**</b>	<b>0.174*</b>	<b>0.389**</b>	<b>0.448**</b>	<b>0.471**</b>
p	–	0.622	<b>0.002</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.014</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
N	200	200	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>
Sağlık bakımına oryantasyon									
r		1.000	0.012	0.079	0.011	-0.009	0.031	<b>0.225**</b>	<b>0.326**</b>
p		–	0.868	0.264	0.878	0.000	0.662	<b>0.001</b>	<b>0.000</b>
N		200	200	200	200	200	200	<b>200</b>	<b>200</b>
Mesleki çevre									
r			1.000	<b>0.483**</b>	<b>0.310**</b>	<b>0.155*</b>	<b>0.310**</b>	<b>0.267**</b>	<b>0.562**</b>
p			–	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.028</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
N			200	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>
Aile çevresi									
r				1.000	<b>0.327**</b>	<b>0.312**</b>	<b>0.370**</b>	<b>0.254**</b>	<b>0.635**</b>
p				–	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
N				200	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>
Seksüel ilişki									
r					1.000	<b>0.179*</b>	<b>0.435**</b>	<b>0.239**</b>	<b>0.661**</b>
p					–	<b>0.011</b>	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>	<b>0.000</b>
N					200	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>200</b>
Geniş aile ilişkileri									
r						1.000	109	<b>0.175*</b>	<b>0.326**</b>
p						–	0.125	<b>0.013</b>	<b>0.000</b>
N						200	200	<b>200</b>	<b>200</b>
Sosyal çevre									
r							1.000	<b>0.344**</b>	<b>0.728**</b>
p							–	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
N							200	<b>200</b>	<b>200</b>
Psikolojik distres									
r								1.000	<b>0.588**</b>
p								–	<b>0.000</b>
N								200	<b>200</b>
Hastalığa Psikososyal Uyum (PAIS-SR)									
r									1.000
p									–
N									200

Değişkenler arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. \*p<0.05 düzeyinde anlamlı; \*\*p<0.01 düzeyinde anlamlı.

mına katılmadığını belirtmiş olması, sadece %27'sinin hastalıkla ilgili bilgisini konu hakkında bir uzman olan sağlık çalışanlarından alması ve %85'inin hastalıkla ilgili varolan bilgisini, %80.5'inin de konu ile ilgili Türkçe kaynakları yeterli bulmaması, bakım verenlerin bu konuda bilgi gereksinimleri olduğunu göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Bakım verenlerin bakım verdikleri bireyin sağlık durumu ve hastalığı ile ilgili bilgi düzeyinin yetersiz olması, kendini güvensiz ve hazırlıksız<sup>[29]</sup> dolaylı olarak da daha fazla ba-

kım yükü hissetmelerine ve psikososyal uyumlarının azalmasına neden olabilir. Bu nedenle, hem hastanın hem de bakım verenlerin hastalık sürecine uyumunu ve kabulünü sağlamada başlangıçtan itibaren hastalık hakkında gerekli ve yeterli bilgilendirmenin yapılmasının gerekli ve önemli olduğu söylenebilir.

İlk hastalık tanısını duyduklarında üzüntü, korku, şaşkınlık, öfke hissettiklerini belirten bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%72) hastalık ile ilgili kabul sürecinde olduklarını ifade

etse de, önemli bir bölümü (%52) Mİ sonrası yaşamlarında değişiklik olduğunu ve birçok alanda güçlükler (ekonomik, sağlık personeli ile etkileşim ve bilgi alma, evde bakım ve hastane ortamı ve kurallar gibi) yaşadıklarını ve bu güçlüklerle bağlı kendilerinde çeşitli konularda (ameliyat sonrası süreç ve bakım, kötü bir şey olmasından korkma, hastalığın iyileşip iyileşmeyeceğine dair bilinmezlik, tedavi süreci ve sonrasına ilişkin belirsizlik) kaygı geliştiğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, Mİ geçiren hastalara bakım verenler yaşadıkları bu süreçle daha çok hastalık ile ilgili yeterli eğitim ve bilinçlendirme, sağlıklı yaşam davranışları ve yakın aile desteği ile başedebileceğine inandıklarını ifade etmişlerdir. Bulgular bütüncül değerlendirildiğinde, bakım verenlerin hastalık ve bakım süreci ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmamasının başatmede yaşanan güçlüklerin dolayısı ile hissedilen bakım yükü algısının en önemli etkeni olduğu söylenebilir. Bu bulgu, hastalığın kabulü ve tedaviye uyumun sağlanmasında, sadece Mİ geçiren hastaların değil, onların yakınlarının/bakım verenlerinin de psikososyal olarak desteklenmesinin gerekli ve önemli olduğunu göstermektedir (Tablo 3). Mİ geçiren hastaların bakımını yürüten araştırmaya katılan bireylerin BVYÖ puan ortalamasına göre, bakım vermektan dolayı orta düzeyde sıkıntı hissettikleri ve PAIS-SR ölçek puan ortalamasına göre, hastalığa orta düzeyde iyi psikososyal uyumları olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Hastalığa psikososyal uyum ölçek alt boyutları ayrıntılı incelendiğinde, bakım verenlerin sağlık bakımına oryantasyon sosyal çevre ve psikolojik distress boyutlarındaki uyum puanlarının diğer boyutlara (meslek/iş çevresi, aile çevresi, cinsel ilişkiler ve geniş aile ilişkileri) göre biraz daha yüksek (kötü) olduğu görülmektedir.

Miyokart infarktüsü geçiren hastalara bakım verenlerin bakım vermektan dolayı hissettikleri sıkıntı arttıkça hastalığa psikososyal uyumları da bozulmaktadır. Hissedilen bakım yükü arttıkça bakım verenlerin aile ve sosyal çevre, geniş aile ve mesleki/iş ilişkileri ile seksüel ilişkileri bozulmakta ve psikolojik sıkıntıları da artmaktadır. Sadece sağlık bakımına oryantasyon durumları hissedilen bakım yükü algısından etkilenmemektedir. (Tablo 5). Bu bulgular ışığında, Mİ geçiren hastalara bakım verenlerin aile, mesleki, sosyal çevre ilişkilerine, partneriyle olan cinselliğine ve yaşanan psikolojik sıkıntılara yönelik yapılacak psikososyal müdahale programlarının hastalığa psikososyal uyumu arttıracığı ve bakım vermektan dolayı hissedilen sıkıntıyı azaltacağı düşünülmektedir. Bu noktada, yasal mevzuatta da belirtildiği üzere, Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Hemşireliğinin görev ve sorumlulukları bağlamında, Kardiyoloji kliniklerinde yer alan kronik hastalara (kalp yetersizliği, miyokard infarktüsü vb.) ve bakım verenlerine yönelik düzenli

ve sürekliliği olan etkili ve kapsamlı psikososyal müdahalelerin yürütülebilmesi için "Psikokardiyoloji" birimlerinin oluşturulması önerilebilir.

## Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, Mİ geçiren hastalara bakım veren bireylerle yürütülen az sayıda çalışma olması nedeniyle sınırlı bir literatür verisiyle tartışılmıştır. Bu noktada, alan yazındaki önemli bir boşluğa ışık tutan çalışma verileri doğrultusunda, Mİ geçiren hasta yakınlarına/bakım verenlerine yönelik psikososyal müdahale programlarının geliştirilmesi, bu programların etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar planlanması önerilir. Böylece, bakım verenlere yönelik düzenlenecek eğitim ve psikososyal destek programları, hem stres düzeyini hem de bakım yükünü azaltarak hastalığa psikososyal uyumlarını arttırabilir.

**Etik Kurul Onayı:** Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.09.2015 tarih ve 172 karar no ile araştırmanın yürütüldüğü hastaneden 03.11.2015 tarih ve 48741973-302.08.01-1500042919 sayı onay alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Yazarlık Katkıları:** Konsept: L.B.A., D.Ö.; Dizayn: L.B.A., D.Ö.; Veri Toplama veya İşleme: D.Ö.; Analiz veya Yorumlama: L.B.A., D.Ö., E.M.; Literatür Arama: D.Ö., E.M.; Yazan: L.B.A., D.Ö., E.M.

**Finansal Destek:** Bu çalışma hiçbir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir. Çalışmanın tüm giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

## Kaynaklar

1. Komşuoğlu B. Klinik Kardiyoloji. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. 543-547 p.
2. Lidell E. Family support - A burden to patient and caregiver. Eur J Cardiovasc Nurs 2002;1(2):149-52.
3. Atagun Mİ, Balaban OD, Atagun Z, Elagoz M, Ozpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyat Guncel Yaklaşımlar 2011;3(3):513-52.
4. Collins CE, Given BA, Given CW. Interventions with family caregivers of persons with Alzheimer's disease. Nurs Clin North Am 1994;29(1):195-207.
5. Küçüközlü Ö, Esen A, Yener G. Bakımverenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. J Neurol Sci 2009;8039(1):15-24.
6. Fleury J, Moore SM. Family-Centered Care after Acute Myocardial Infarction. J Cardiovasc Nurs 1999;13(3):73-82.
7. Burke T, Hardiman O, Pinto-Grau M, Lonergan K, Heverin M, Tobin K, et al. Longitudinal predictors of caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis: a population-based cohort of



- patient–caregiver dyads. *J Neurol* 2018;265(4):793–808.
8. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19(4):376–82.
  9. Burke T, Galvin M, Pinto-Grau M, Lonergan K, Madden C, Mays I, et al. Caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis: investigating quality of life, caregiver burden, service engagement, and patient survival. *J Neurol* 2017;264(5):898–904.
  10. McIlfratrick S, Doherty LC, Murphy M, Dixon L, Donnelly P, McDonald K, et al. 'The importance of planning for the future': Burden and unmet needs of caregivers' in advanced heart failure: A mixed methods study. *Palliat Med* 2018;32(4):881–90.
  11. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and health-promoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19(2):174–81.
  12. Nehir Turkmen S, Cam MO. Evaluation Of Psychological Training's Influence On Psychosocial Adaptation Of Patients Who Had Myocardial Infarktus. *J Psychiatr Nurs* 2012;3(3):105–15.
  13. Fortinsky R, Tennen H, Frank N, Affleck G. Health and Psychological Consequences of Caregiving. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, editors. *Handbook of Health Psychology and Aging*. New York, NY: The Guilford Press; 2007.
  14. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Turk Toraks Derg* 2012;13(3):87–92.
  15. Navarta-Sánchez MV, Senosiain García JM, Riverol M, Ursúa Sesma ME, Díaz de Cerio Ayesa S, Anaut Bravo S, et al. Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson patients and informal caregivers. *Qual Life Res* 2016;25(8):1959–68.
  16. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı:27910. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklikyapilmasina-dair-y-.html>.
  17. Zarit S, Zarit J. The memory and behavior problems checklist and the Burden Interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center; 1990.
  18. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2008;11(4):85–95.
  19. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30:70–91.
  20. Adaylar MA. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı Ve Öz-Bakım Yönelimleri. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul. İstanbul Üniversitesi; 1995.
  21. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları. In I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul; 1998.
  22. Tülüce D. Kalp Yetmezliği Olan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep. Gaziantep Üniversitesi; 2012.
  23. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların Ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci* 2012;25:330–7.
  24. Chan SW. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25(5):339–49.
  25. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry* 2011;3(2):251–77.
  26. Tel H, Ertekin Pinar S. Investigation of Relationship in Between Burnout and Depression in Primary Caregivers of Chronic Mental Problem Patients. *J Psychiatr Nurs* 2013;4(3):145–52.
  27. Arguvanli Coban S, Ozkan B, Medik K, Sarac B. The Quality of Life of People with Bipolar Disorders and Their Caregivers. *J Psychiatr Nurs* 2013;4(2):61–6.
  28. Yazıcı E, Karabulut U, Mustafa Y, Baskan Tekes S, Inan E, Cakir U, et al. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro Psikiyatr Ars* 2016;53(2):96–101.
  29. Mollaoglu M, Ozkan-Tuncay F, Kars-Fertelli T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *Doğuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg* 2011;4(3):125–30.