

Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yüğü

Family/Caregiver Burden In Heart Failure

Serap Özer

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Kalp yetersizliği yüksek mortalite oranları, sık hastaneye yatışlar ve bozulmuş yaşam kalitesiyle karakterize kronik bir hastalıktır. Birçok kanser ve diğer kronik hastalık türünden daha fazla oranda yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle bu hastalıkta aile/bakım verici desteği son derece önemlidir. Kalp yetersizliği ile ilgili birçok çalışma olmasına karşın hastalığın yönetiminde ailenin rolü veya kalp yetersizliğinin aile üzerindeki etkisiyle ilgili çok az veri bulunmaktadır. Bu makalede kalp yetersizliği olan hastaların aile/bakım vericilerinde bakım vermenin etkileri tartışılmıştır. **Anahtar Kelimeler:** Kalp yetersizliği, aile, bakım verici, bakım yükü

Heart failure is a debilitating chronic disorder associated with high mortality rates, frequent hospitalizations and poor quality of life. In this disorder, family/caregiver support is extremely important due to be associated with a worse quality of life than most forms of cancer and other chronic diseases. There has been little research on the impact of heart failure on the family or the role of the family in the management of the condition, despite a number of studies conducted in the area. In this paper examined the effects of caregiving in the family/caregivers of patients with heart failure. **Key words:** Heart failure, family, caregiver, care burden

Geliş tarihi: 04.10.2010 Kabul tarihi: 09.12.2010

Yazışma adresi: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bornova İzmir 35100 İzmir-Türkiye

Tel: 0 232 388 11 03/183 E-posta: serap.ozer@ege.edu.tr

Kronik, ilerleyici ve yaygın görülen bir hastalık olan kalp yetersizliği (KY) mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. İlerlemiş KY'li hastaların kötü prognozdan dolayı bakım maliyetleri çok yüksek oranlardadır.^[1,2,3]

Kalp yetersizliği olan bir hastada dispne, yorgunluk, ödem ve aktivite sınırlanması öncelikli görülen belirtiler arasındadır. Bu hastalarda diyet kısıtlamaları, normal iş performansındaki güçlükler, cinsel ilişkiyi sürdürmedeki zorluklar, ilerleyici özgüven kaybı, ilaç tedavisinin yan etkileri ve tekrar hastaneye yatışlar nedeniyle yaşam kalitesinde bozulmalar görülmektedir.⁽⁴⁾ Kalp yetersizliği tanı aşamasından itibaren uzun bir bakım süreci gerektirmesi nedeniyle, hastalar kadar bakım verici hasta ailelerini de fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi olarak etkilemekte, yoğun stres ile birlikte ekonomik açıdan da ağır bir yük oluşturmaktadır.^[5]

Bilindiği üzere aile; kuşaklar arasındaki bağları ve kalırcılığı içeren, tüm bireyleri için endişe duyan, yüksek oranda duygusal içeren, üyelerine koruyucu ve sağaltıcı sağlık bakımı veren, kalitatif amaçları olan, üyelerini fedakar bir şekilde yönlendiren temel ve tek sosyal grup olarak tanımlanmaktadır. Ailenin rolü; üyelerinin fiziksel (beslenme, giyinme, barınma), emosyonel (güven, sevgi, sorumluluk, aitlik), kültürel (eğitim, manevi/ahlaki değerler, inanç ve gelenekler) ve sosyal gereksinimlerini karşılamak, aynı zamanda sağlık bakım örgütü ve sağlık bakım profesyonelleri ile sağlık hizmetini başlatmaktır.^[6,7,8] Kronik hastalık sonucu gelişen yetersizliği olan hastaların %60-85'inin ailelerinden yardım aldığı belirtilmektedir. Bu nedenle KY gibi uzun süreli kronik bir hastalığı olan hastaların bakım programlarının etkin olabilmesi için; bakımı sağlayan ailelerin de bilgi, bakım, destek, empati, motivasyon gibi gereksinimleri ve yükü üzerinde dikkatle durulmalıdır.^[9]

Bu makalede, öncelikle KY ve ortaya çıkardığı sorunlar KY'li hastalarda bakım vericilerin etkileri ve bakım verici yükünün azaltılması için yapılması gerekenler hakkında bilgi verilmesi amaçlandı.

KALP YETERSİZLİĞİ VE ORTAYA ÇIKARDIĞI SORUNLAR

Kalp yetersizliği, kalbin yapısal veya fonksiyonel bir bozukluğu nedeniyle vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde yeterli kanı pompalayamadığı kompleks bir klinik sendromdur.^[10] Bu klinik sendromda hastaların temel yakınmaları nefes darlığı ve yorgunluktur. Bu durumda hastaların efor kapasiteleri kısıtlanır ve daha az eforla bile sıkıntı yaşayabilirler. Efor dispnesi sıklıkla obez hastalarda görülür. Başlangıçta efor ile birlikte olan dispne zamanla istirahatte de

ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte geceleri uykudan uyandıran dispne ve bronkospazm atakları (paroksizmal nokturnal dispne) KY'nin şiddeti arttıkça yatar pozisyonda dispne (ortopne) gelişmektedir. Ortopne ve proksizmal nokturnal dispne efor dispnesine göre daha nadir görülen semptomlardır. Hastalarda çabuk yorulma ve güçsüzlük ilerleyen dönemlerde hastalarda konfüzyon, bilinç değişiklikleri, göğüs ağrısı ve bayılma görülmektedir.^[11-14] Bütün bu semptomlar hastaların günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerini sınırlamakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Bozulmuş yaşam kalitesi ise; hastaneye yatış ve mortalite görülme oranlarını artırmaktadır.^[15,16]

Bahsedilen bütün bu sorunlar nedeniyle orta düzeydeki ya da ciddi KY'li hastalar sıklıkla alışveriş yapma, ev temizliği, banyo yapma veya giyinme gibi bazı günlük yaşam aktivitelerinde bir başka kişinin yardımına ihtiyaç duyarlar. Bu yardım da genellikle aile üyelerinden alınmaktadır.^[5] Kalp yetersizlikli hastaların bakım vericileri ve/veya aileleri hastalık süreci sırasında fiziksel, psikososyal ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkilenmektedir.^[5,17] Bu fiziksel ve duygusal etkiler "yük" olarak tanımlanan sonucun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.^[18]

BAKIM VERİCİLER VE YÜK KAVRAMI

Bilindiği gibi günümüzde teknolojik gelişmelerin sağlığı olumlu ve olumsuz yönleriyle etkilemesi ve diğer birçok nedenle yaşam süresi etkilenmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla yaşlılığa ilişkin sorunlar ve kronik hastalıklara bağlı sorunlar da artmaktadır. Bu değişme ve gelişme süreci; kronik hastalığı olan hastalar için evde bakım gibi yeni hizmet modeli arayışlarını gündeme getirmektedir.^[19,20]

En açık tanımıyla evde bakım, gerek tanı ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, gereksinimi olanlara kendi ortamlarında sağlık bakım hizmetlerinin verilmesidir.^[21,22] Evde bakım hizmetinde amaç; günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek, ailenin ve aile bireylerinin işlevselliğini artırarak aile bireylerinin yaşam kalitesini yükseltmektir.^[23] Evde bakım hizmetlerinde fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları değerlendiren en önemli kişiler arasında bakım vericiler de yer almaktadır. Bakım verici hastanın bakımını yapmak ya da izlemekten sorumlu olan kişi, primer bakım vericiyi ise, bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Primer bakım vericiler dört şekilde sınıflandırılmaktadır. Birinci tip bakım verici; tüm bakımın uygulanması ve izleminden sorumlu olan kişidir.

İkinci tip bakım vericiler; bakımdan sorumlu kişiler olup dışarıdan, informal destek kaynaklarından destek almaktadırlar. Üçüncü tip bakım vericiler; hem formal hem de informal kaynaklardan destek alan bakım vericilerdir. Dördüncü tip bakım vericiler ise; bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir.^[24]

Literatürde yük kavramı, "bakım vericinin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır" şeklinde açıklanmaktadır.^[18,24,25] Aile yükü ise, hastalığın ortaya çıkardığı istenmeyen olaylar ve güçlüklerin aile üyelerine yansımalarıdır. Bir başka tanıma göre ise yük, aile üyelerinden birinin hastalığı nedeniyle yerine getiremediği rollerini, diğer aile bireylerinin yerine getirmesi sonucunda, ailenin ruhsal sağlığında, maddi durumunda, toplumsal etkinlik ve ilişkisindeki bozulmaların tümüdür.^[24]

Bakım vericiler/aileler evde bakımın en önemli üyeleri olduğu için bakım verici üzerinde yükün büyük olması evde bakım verme desteğinin yetersiz olmasına neden olmaktadır.⁽¹⁸⁾ Bakım verici/aile ve yük kavramları KY açısından incelendiğinde, her yıl 65.000'den fazla KY hastasının evde bakım aldığı, bu hastaların evde bakım alan diğer hastalardan daha yaşlı olduğu, daha çok kronik probleme sahip olduğu dolayısıyla bakım vericiler üzerinde ciddi bir yük oluşturduğu görülmektedir.^[26]

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN KİŞİLERE BAKIM VERMENİN BAKIM VERİCİLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Kalp yetersizliği tedavisi, mortaliteyi, gereksiz hastane yatışlarını azaltmak ve dispne, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve kognitif bozuklukları yönetmek için kompleks bir klinik tedavi ve beslenme tedavisini içermektedir. Son yıllarda implante edilebilir defibrilatör (ICD), biventriküler pacemaker ve sol ventrikül destek cihazları gibi birçok yeni tedavi teknolojileri geliştirilmiştir. Bu nedenlerle KY'li hastalarda öz bakım dikkat ve çaba gerektiren önemli bir konu haline gelmiştir. Öz bakım süreci ise, bakım verici konumundaki aile üyelerinin yardım etmesini gerektiren kompleks bir karar verme sürecidir.^[27]

Araştırmalar hastalık yönetiminde ve öz bakımın sağlanması sürecinde aile üyelerinin özellikle de eşlerin desteğinin önemini açıkça ortaya koymaktadır. Eşlerden gelen desteğin KY'li ve diğer kalp hastalığı olanların sonuçlarında pozitif bir etkiye sahip olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır.^[28] Bir eşin veya diğer bir aile üyesinin bulunması/varlığı yaşam kalitesinin gelişmesinde ve durumun medikal yönetimine yardımcı

olmada KY'li hastaya yararlı olabilmektedir. Sosyal desteğin KY'li hastaların prognozu üzerindeki yararlı etkileri bilinen bir gerçektir. Ancak bu konu üzerinde durulurken desteği sağlayan bakım vericiler üzerinde ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik yük de göz ardı edilmemelidir. Kalp yetersizlikli hastalara bakım verenlerin yaşadıkları yük özellikleri Tablo-1'de özetlendi.^[5] Bunun yanı sıra; bireysel bakım, duygusal ve motive edici destek, ulaşım, ev işleri, alışveriş, davranış problemleri, hastayla iletişim, kaynak bulma, sağlık bakım profesyonelleriyle iletişim ve mali konular da bakım vericiler tarafından algılanan zorluklar arasında yer almaktadır.^[27,28]

Kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalıkta bakım verici olmanın yukarıda bahsedilen yüklerine ek olarak aile üyeleri, yaşamlarındaki değişiklik ve stresli durumlara adapte olmak, bunlarla baş etmek için gerekli becerilerin yoksunluğunu ve yaşamlarında kontrolün kaybolduğunu da hissedebilmekte bunun yanı sıra üretkenlik güçlükleri de yaşayabilmektedir. Hastanın bakım gereksinimleri, rol fonksiyonunda değişiklik, maddi güçlükler, cinsel fonksiyonda değişiklik, çocukların artmış fiziksel ve emosyonel gereksinimlerinin sonucu olarak bakım vericilerin evliliklerinde gerginlik ve çatışma yaşanabilmekte, rol gerginliği veya rol çatışması sonucu aile üyeleri arasında rol transferi veya geçişi olabilmektedir.

Bakım vericiler kendi fiziksel ve emosyonel gereksinimlerini ihmal edebilmekte ve tükenmişlik yaşayabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan bir bakım verici; irritabilite, depresyon, baş ağrısı, bitkinlik, diğer fiziksel semptomlar, yeme şeklinde değişiklik, madde kullanımı deneyimleyebilmekte hatta bağımlı aile üyesini istismar edebilmektedir.^[6,7]

Çeşitli klinik durumlarda yapılan araştırmalarda fonksiyonel olarak bağımlı bir aile üyesine bakım vermenin bakım vericilerde psikiyatrik ve fiziksel morbiditeye katkıda bulunduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, informal bakım verme mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür. Sosyodemografik faktörler, sık görülen hastalık ve subklinik kardiyovasküler hastalığa alındıktan sonra yük deneyimleyen bakım vericiler bakım verici olmayanlardan daha yüksek oranda mortalite riskine sahiptirler (relatif risk 1.63; %95 güven aralığında).^[5]

Larsen (1998) bakım vericileri gizli hastalar olarak tanımlarken, Bonel (1996) bakım vericileri riskli topluluklar olarak tanımlamıştır. Schulz ve Beach (1999) tarafından yapılan yük deneyimleyen 392 eş bakım vericinin bakım verici olmayan aynı yaş ve cinsiyetteki 427 bireyle karşılaştırıldığı çalışmada bakım vericilerdeki dört yıllık mortalite oranının %63 olduğunu belirlemiştir.^[18,27] Literatürde Alzheimer ve inme hastalarının

bakım vericilerinde yüksek düzeylerde emosyonel sıkıntı ve sosyal inaktivite olduğu ifade edilmektedir. Benzer sonuçların KY'li hastaların bakım vericileri tarafından da deneyimlenmesi kuvvetle muhtemeldir.^[27] Yukarıda sözü edilen nedenlerle Dünya Sağlık Örgütü, aile ve aile bakım vericilerin gereksinimlerinin de ele alınmasını palyatif bakımın primer amaçlarından birisi olarak tanımlamıştır.^[18]

BAKIM VERİCİ YÜKÜNÜ AZALTMA

Kalp yetersizlikli hastaların bakım yönetiminde genellikle hastanın fizyolojik iyileşmesi üzerine odaklanılmaktadır. Oysaki KY gibi tüm kronik hastalıkların bakım yönetiminde bakım verici rolünü üstlenen hasta ailesinin de küçümsenmemesi gereklidir. Dolayısıyla hemşirelerin hastayla olduğu kadar bakım verici hasta ailesi ile de sevecen bir ilişki kurarak bakımı sürdürmeleri ve gereksinimleri doğrultusunda aile üyesi/bakım vericiye yönelik süreci başlatmaları ve sürdürmeleri gerekmektedir. Bakım verici yükünü azaltmak için de öncelikle yapılması gereken deneyimlenen yükü belirlemektir. Yükün bilinmesi ve ortaya çıkarılması hem bakım vericilerin hem de alıcıların yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlamaktadır.^[18]

Bakım vericilerin yüklerini ölçmek için araştırmacılar tarafından pek çok araç geliştirilmiştir. Bu araçların bir kısmı bakım vericilerin yükünü çok boyutlu olarak ölçmezken, bir kısmı ise çok boyutlu bir yaklaşım getirmektedir. Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale-ZCBS), Oberst Bakım Verici Yüğü Ölçeği (Oberst Caregiving Burden Scale-OCBS), Hollanda Objektif Yük Envanteri (Dutch Objective Burden Inventory), Bakım Vericilerin Yüğü İndeksi (Burden Index of Caregivers-BIC) bu araçlar arasında sayılabilmektedir.^[25,27-29]

Yük belirlendikten sonra çeşitli aile tanılama modelleri kullanılarak kapsamlı bir tanılama yapılmalıdır. Ailenin gereksinimleri, stresörleri, baş etme kaynakları ve stresörleri algılaması değerlendirilmelidir. Tanılamanın ardından bakım vericilere bakım sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda eğitim verilmelidir. Hemşirelerin sorumluluğunu üstlenebileceği bu eğitim hastalık, yaralanma, yetersizlik ve bunların sonuçlarına ilişkin olabilir. Bunun yanı sıra tedaviler konusunda hastanın doktoru ile sürekli temas halinde olmaları, bakımla ilgili yayınları ve kitapları okumaları sağlanmalıdır. Bakım vericilerin bir destek grubundaki diğer bakım verici ailelerle konuşması, hislerini ve endişelerini açıkça tartışması da önemlidir. Tanı sonrasında mümkün olduğu kadar gerekli planlamaların yapılması ve planların gözden geçirilmesi sağlanmalıdır. Aile üyelerinin toplumsal kaynakları yararlı bir şekilde kullanmaları ve bağımsız yaşamayı kolaylaştırmak için gerekli becerileri geliştirmesi gerekir. Aile, arkadaş ve

toplum kaynaklarından gelen yardımların kabul edilmesi sağlanmalıdır. Hastalara çocukmuş gibi davranmamaları ve fonksiyonlarını sürdürmeleri için cesaretlendirmeleri ayrıca üretken bir yaşam için uğraşmaları konusunda aile üyelerine danışmanlık yapılması önemlidir.

Hemşire aile üyelerinde tükenmişlik, depresyon, geri çekilme, öfke, yorgunluk, irrasyonel düşünce, irritabilite gözleğinde gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Bakım vericilerin hastanın iyileşmesi ve rehabilitasyonundaki rollerini algılamaları ve dengeyi sağlamaları önemlidir. Bakım vericilerin dinlenme fırsatlarını avantaj olarak kullanmaları, sonra bakıma yeniden başlamaları konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Tüm gün mükemmel bir bakım verici olmalarının beklenmediği, bakım verdikten sonra dinlenme aralıkları düzenlenmesi gerektiği belirtilmelidir. Sabrını kaybettiği durumlarda kendisini suçlamaması gerektiği ifade edilmeli, bir arkadaşla ögle yemeği, bir alışveriş ve benzeri aktivitelerle birkaç saat bakım verme rolünden uzaklaşarak kendini ödüllendirmesinin olumlu sonuç vereceği söylenmelidir. Bakım veren kişi sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmesi yönünde cesaretlendirilmelidir. Bakım verici kişiler kendilerinde bazı uyarı belirtilerini fark ettikleri zaman bir doktordan yardım almalarının gerekliliği konusunda eğitilmelidir. Hemşireler yukarıda sözü edilen bu becerileri geliştirmede aile üyelerine yardım etmelidir.^[7,30]

KAYNAKLAR

1. Bristow MR. Best practices for optimally treated advanced heart failure. *Clinical Cardiology* 2000;23(3):(Supplement III).
2. Fadiloğlu Ç. Kalp yetersizliği olan hastalarda ev temelli girişimlerin etkinliği. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni* 2009;1(11).
3. İlerigen B. Önsöz. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji* 2000;13(2).
4. Yılmaz E, Eser E, Gürgün C, Kültürsay H. Kronik Kalp Yetersizliği Anketinin (KKYA) Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Kardiyol Derg* 2010;10(6):000-000 (doi:10.5152/akd.2010.162).
5. Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure. review and analysis. *The European Journal of Heart Failure* 2005;7:592-603.
6. Goldstein G, Kenet G. The impact of chronic disease on the family. *Haemophilia* 2002;8:461-465.
7. Williams LA. Theory of Caregiving Dynamics. In: Smith MJ, Liehr PR. Editors. *Middle Range Theory For Nursing*, Springer Publishing Company; 2008:261-276.
8. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Introduction To The Family. In: Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Editors. *Family Nursing Research, Theory, and*

Practice, Fifth Edition, New Jersey:Prentice Hall, Upper Saddle River; 2003:3-33.

9. Fadiloğlu Ç. Kronik Hastalıklar. İçinde: Fadiloğlu Ç. Editör. Kronik Hastalıklarda Bakım II, İzmir: Meta Basım; 2003:1-34.

10. Kılıçkesmez KO, Ökçün B, Küçükoğlu S. Kalp Yetersizliğinin Tanımı ve Patofizyolojisi. İçinde: Kozan Ö, Zoghi M. Editörler. A'dan Z'ye Kronik Kalp Yetersizliği. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri; 2010:25-38.

11. İlerigen B. Kalp yetersizliği tanısında güncel yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2000;13(2):12-19.

12. Kayrak M, Arıbaş A, Gök H. Kalp Yetersizliğinin Tanısı Semptom ve Bulguları. İçinde: Kozan Ö, Zoghi M. Editörler. A'dan Z'ye Kronik Kalp Yetersizliği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010:61-97.

13. Özcan Ö. Konjestif Kalp Yetmezliği. İçinde: Erol Ç, Biberoglu K, Atalar E. Editörler. Kardiyoloji Tanı ve Tedavi. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri; 2010:203-220.

14. Gören T. Kalp Yetersizliği. İçinde: Güler K, Çalangu S. editörler. Acil Dahiliye, 7. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009:99-164.

15. Bennett S, Cordes D, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. Nursing Research 2000;49(3):139-145.

16. Özer S. Kalp yetersizlikli hastaların yaşam kalitesi algılamaları. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni 2009;1(11).

17. Malak AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. Türk Nöroşirürji Dergisi 2008;18(2):118-121.

18. Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakım verenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Journal of Neurological Sciences [Turkish] 2009;26:(1)18:60-73.

19. Akdemir N. Rehabilitasyon. İçinde: Akdemir N, Birol L. editör. İstanbul: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı; 2004:71-84.

20. Özer S. Sinerji Modelinin Uygulanması: Lösemili Bir Olgu Çalışması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24(2):103-111.

21. Karadeniz G. Yaşlılıkta Evde Bakım. İçinde: Fadiloğlu Ç, Doğan F, Ertem G. editör. Evde Bakım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2006:167-176.

22. Pekcan H. Evde Bakım Hizmetleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2000;5(3):1-5.

23. Fadiloğlu Ç. Kanser Hastalarında Evde Bakım. İçinde: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Yıldırım Y. Editör. Kanser ve Palyatif Bakım. İzmir:Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2006:371-402.

24. Uğur Ö, Fadiloğlu Ç. Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD Doktora Tezi; 2006.

25. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson hastalığında bakıcı yükü. Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi 2007;10(1-2):26-34.

26. Huiskes B. Heart Failure and Home Care. In: Martinson IM, Widmer AG, Portillo CJ. Editors. Home Health Care Nursing and The Health Care System, Second Edition, Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002:411-445.

27. Bakas T, Pressler SJ, Johnson EA, Nauser JA, Shaneyfelt T. Family caregiving in heart failure. Nursing Research 2006;55(3):180-188.

28. Luttik ML, Jaarsma T, Tijssen JG, Veldhuisen DJV, Sanderman R. The objective burden in partners of heart failure patients; development and initial validation of the Dutch objective burden inventory. European Journal of Cardiovascular Nursing 2008;7(1):3-9.

29. Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, Narita Y, Kawada N, Akiyama M, et all. Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan. Health and Quality of Life Outcomes 2006;4:52.

30. Fadiloğlu Ç, Özer S, Kumral E. Alzheimer Hastasına Bakım Verenler. Alzheimer Hastalığında Bakım İlkeleri. İstanbul: Form Reklam Hizmetleri; 2004:88-91.