

Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakımverenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal Destekle İlişkili mi?

Is Quality of Life Associated with Caregiver Burden and Social Support among Caregivers of Patients with Bipolar I Disorder?

Özlem Devrim Balaban¹, Ali Haydar Küçüktüfekçi², Tolga Binbay³, Nesrin Karamustafalıoğlu⁴

¹Uzm. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 16. Psikiyatri Bölümü, İstanbul

²Uzm. Dr., Kilis Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü, Kilis

³Öğr. Gör., Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

⁴Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 16. Psikiyatri Bölümü, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bipolar I bozukluk (BPB I) hastalarının bakım verenlerinde yaşam kalitesinin yük ve algılanan sosyal destekle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ekim 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre en az bir yıldır BPB I tanısıyla izlenen 75 hasta ile hastalara en az bir yıldır bakım veren 75 kişi araştırmaya alındı. Hastalar sosyodemografik ve klinik görüşme formuyla, bakımverenler ise sosyodemografik form ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) ve Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği (AÇYSDÖ) ile değerlendirildi. Karşılaştırmalar için bakımverenler ZBYÖ puanlarına göre hafif, orta ve şiddetli yük gruplarına ayrıldı. **Bulgular:** Daha şiddetli yük bildiren bakımverenlerde WHOQOL-BREF-TR'nin sosyal alan puanı dışında tüm alt alan puanları yükü daha az olan bakımveren gruplarına göre daha düşük saptandı. AÇYSDÖ toplam puanı ile WHOQOL-BREF-TR'nin sosyal, çevre ve ulusal çevre alanları arasında, AÇYSDÖ'nin aile alt alanı ile WHOQOL-BREF-TR'nin psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alanları; arkadaş alt alanı ile fiziksel; özel bir insan alt alanı ile sosyal, çevre ve ulusal çevre alanları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki saptandı. Bakımveren yükü, bakımverenlerin yaşam kalitesi için önemli bir yordayıcı faktördü. **Sonuç:** BPB I olan hastalara bakımverenlerin yaşam kalitesi düşüktür. Yaşam kalitesini artırmak için hastalıkla ilişkili yükü azaltılmaya ve sosyal destek sistemini artırmaya yönelik yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, bakımveren yükü, yaşam kalitesi, sosyal destek

(Klinik Psikiyatri 2016;19:15-26)

DOI ID: 10.5505/kpd.2016.97269

SUMMARY

Objectives: The aim of this study is to investigate the relationship between quality of life and burden and perceived social support among caregivers of patients with bipolar I disorder (BPD I). **Method:** Seventy five patients with the diagnosis of BPD I according to the DSM-IV-TR criteria at least for one year and 75 caregivers of these patients for at least one year were included to the study between October 2013 and January 2014. Patients were evaluated with sociodemographic and clinic data form and caregivers were evaluated with sociodemographic data form, World Health Organization Quality of Life Short Form Turkish Version Scale (WHOQOL-BREF-TR), Zarit Burden Interview (ZBI), and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Caregivers were divided into three groups as having mild, moderate and severe burden according to ZBI scores for comparisons. **Results:** All subdomain scores of WHOQOL-BREF-TR except social domain were significantly lower in caregivers who reported higher burden compared to the caregiver groups with lower degree of burden. It was found to be a significant positive correlation between MSPSS total score and social, environmental and national environmental domains of WHOQOL-BREF-TR, family subdomain of MSPSS and psychological, social, environmental and national environmental domains of WHOQOL-BREF-TR, friends subdomain and physical domain, and significant others subdomain and social, environmental and national environmental domains. Caregiver burden was an important factor to predict the quality of life of the caregivers. **Conclusion:** Quality of life of caregivers of BPD I patients is low. Strategies intended for decreasing burden related to the disease and increasing social support should be developed for improving quality of life.

Key Words: Bipolar disorder, caregiver burden, quality of life, social support

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BPB) yaşam boyu süren, işlevsellikte bozulmalarla seyreden, tedaviye uyumsuzluğun sorun oluşturduğu, tedaviye uyumun ve sosyal desteğin klinik gidişat için oldukça önemli olduğu bir hastalıktır (Muller-Oerlinghausen ve ark. 2002). Hastalığın kronik seyrinin ve beraberinde getirdiği işlevsellik kayıplarının hastaların bu süreçte yanında olan aile üyelerine önemli ölçüde yük getirdiği bilinmektedir (Perlick ve ark. 2005, Pompili ve ark. 2014, van der Voort ve ark. 2007). Bakımveren yükü yüksek olan kişilerde bedensel sağlık sorunları, depresif belirtiler ve sağlık hizmetlerine başvuru daha fazla olmaktadır (Ogilvie ve ark. 2005, Perlick ve ark. 2005, Perlick ve ark. 2007). Ayrıca yüksek bakımveren yükü, bakımverenlerde artmış ölüm oranlarıyla da ilişkilidir (Schulz ve Beach 1999).

Yaşam kalitesi, öznel bir kavram olup kişinin kendi yaşamından ne kadar doyum sağladığı, ne kadar iyi ve işlevsel hissettiği ile ilgilidir (Hennessy ve ark. 1994, Mendlowicz ve Stein 2000, Yalcin 2015). Yaşam kalitesi ile birçok psikiyatrik bozukluk arasında yakın ilişki bulunmaktadır (Aydemir ve ark. 2009, Hansson 2006, IsHak ve ark. 2012, Katschnig 2006) ve yaşam kalitesi araştırmalarının başladığı 90'lı yıllardan bu yana psikiyatrik hastalıklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştıran, yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler öneren birçok araştırma bulunmaktadır (Katschnig 2006). Diğer yandan bakım verme sorumluluğu, bakımveren kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Pompili ve ark. 2014). Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların ailelerinde, yük arttıkça bakımverenin yaşam kalitesi azalmaktadır (Ogilvie ve ark. 2005, Pompili ve ark. 2014). Bakımveren yükü ile yaşam kalitesi ilişkisi, diğer tıp dallarının ilgisi dâhilindeki hastalıklarda da incelenmiştir (Aslan ve ark. 2006, Hacıoğlu ve ark. 2010, Yılmaz ve ark. 2009).

Bipolar bozukluğu olan hastalara bakımverenlerde yaşam kalitesi daha düşük olma eğilimindedir ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi genellikle hastanın yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Arguvanlı Çoban ve ark. 2013, Zendjidian ve ark. 2012). Bakımverenin iyilik halinin hastalığın gidişatı üze

rine olan olumlu etkileri de düşünüldüğünde (Perlick ve ark. 2001), bakımverenin yaşam kalitesi sadece bakımverenin kendisi için değil aynı zamanda hasta ve hastalığın gidişatı açısından da önemli hale gelmektedir (Ogilvie ve ark. 2005).

Sosyal destek de hastalık yükü kadar bakımverenlerin yaşam kalitesini etkileyen etkenlerden biridir (Helgeson 2003). Bakımveren yükü söz konusu olduğunda ise daha az sosyal desteğe sahip bakımverenlerin daha fazla yük yaşadığı, daha fazla yükün ise hastalığın gidişatını olumsuz etkilediği bilinmektedir (Atagün ve ark. 2011, Perlick ve ark. 2007). Bakımverenin algıladığı sosyal destek hem yük hem de yaşam kalitesi açısından önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Atagün ve ark. 2011 Topçu ve Bölükbaş (2012).

Bipolar bozukluğu olan hastaların bakımverenlerindeki yaşam kalitesini inceleyen çok az sayıda araştırma bulunmaktadır (Arguvanlı Çoban ve ark. 2013, Zendjidian ve ark. 2012). Diğer yandan BPB hastalarına bakımverenlerde yaşam kalitesini etkileyen durumlarla ilgili yayınlanmış araştırma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada BPB hastalarına bakımverenlerde yaşam kalitesinin hastalık yükü ve sosyal destekle ilişkisi incelenmiştir. Sosyal desteği daha yüksek ve bakımverme yükü daha az olan bakımverenlerde yaşam kalitesinin daha yüksek olacağı öngörülmüştür.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olan bu çalışma Ekim 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Ayaktan tedavi birimlerinde takip ve tedavi edilen, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme'ye (SCID-I) göre (First ve ark. 1996) bipolar I bozukluk (BPB I) tanısı olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 80 hasta ve bu hastalara bakım veren 80 yakını ardışık olarak araştırmaya dâhil edilmiştir.

Hastalar için araştırmaya dâhil etme ölçütleri arasında en az bir yıldır BPB I tanısının olması, alkol ya da madde kullanım bozukluğu eştanısının olmaması, zekâ geriliği ya da ağır işlevsellik kaybı yaratabilecek ek fiziksel hastalığının olmaması yer almıştır. Bakımveren için araştırmaya dâhil etme ölçütleri arasında en az bir yıldır hastayla beraber yaşıyor olma, hastanın tedavi sürecindeki ve işlevsellik kayıplarından kaynaklanan destek ihtiyacını (hastane başvurularında eşlik etme, düzenli ilaç kullanımının sağlanması, ev içi sorumluluklara destek olma, alışveriş gibi ev dışı aktivitelerde gerekiyorsa eşlik etme) karşılıyor olma, görüşmeye engel olacak nitelikte eğitim ve dil sorununun ve kronik nitelikte psikiyatrik (örn. demans, şizofreni) ya da bedensel bir hastalığının olmaması yer almıştır. Hastalardan ikisinde madde (sentetik kannabinoid) kullanım bozukluğu, birinde hafif derecede zeka geriliği, bakımverenlerin birinde kronik nitelikte bedensel hastalık (epilepsi) ve bakımverenlerin birinin okur yazar olmaması nedeniyle çalışma 75 hasta ve 75 bakımveren ile tamamlanmıştır.

Araştırma için hastane yerel etik kurulundan onay alınmıştır. Araştırmaya katılmadan önce hem hasta hem de birincil bakımverenden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Hastaların tanıları ve alkol ya da madde kullanım bozukluğunun eşlik etmediği SCID-I görüşmeleri ile doğrulanmıştır. Hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, bakımverenlere ise sosyodemografik veri formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği ve Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır.

SCID-I Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Çorapçıoğlu ve ark. 1999).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR), Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Eser ve ark. 1999). Orijinal biçimi 26 maddeden oluşan ölçeğin, Türkçe biçimi 27 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi yanıtlardan oluşan ölçek fiziksel (7 madde), psikolojik (6 madde), sosyal (3 madde),

çevre (8 madde) alanlarını içermektedir. Türkiye sürümüne eklenen 27. soru ulusal sorudur. Ulusal soru kullanıldığında, çevre alan skoru 'çevre-TR' olarak adlandırılmaktadır ve çevre skoru yerine kullanılmaktadır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ), hasta yakınlarının bakım yükünü ölçmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (Zarit ve ark. 1980). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özlü ve ark. 2009). 22 sorudan oluşmaktadır ve bakım vermenin fiziksel sağlık, akıl sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara olumsuz etkilerini içermektedir. Likert tipi bir ölçek olup 1 ile 5 arasında (asla/nadiren/bazen/sık sık/hemen her zaman) puanlanmaktadır. Ölçekten ez az 22, en fazla 110 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, bakıcı yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan 22-46 arası puan 'hafif', 47-55 arası puan 'orta' ve 56-110 arası puan 'şiddetli' yük olarak değerlendirilmektedir.

Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği (AÇYSDÖ), sosyal desteği üç boyutta değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir (Zimet ve ark. 1988). Ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Eker ve ark. 2001). Ölçek üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş, özel biri) algılanan sosyal desteği değerlendirmektedir. Ölçek 12 sorudan oluşmakta ve her madde 1 ile 7 arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84'tür. Yüksek puanlar sosyal desteğin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın değişkenleri arasında hastanın ve bakımverenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve medeni durumu; hastanın hastalıkla geçirilen süresi, hastane yatışının olup olmaması, özkiyım girişiminin olup olmaması ve toplam duygudurum dönemi sayısı; bakımverenin yakınlık derecesi ve hastaya kaç yıldır bakımverdiği yer almıştır. WHOQOL-BREF TR, ZBYÖ ve AÇYSDÖ puanları bakımveren her kişi için sürekli değişken olarak hesaplanmıştır. Daha sonra bakımverenler ZBYÖ puanlarına göre hafif, orta ve şiddetli yük gruplarına

ayrılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 22.0 (IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp) kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, ortanca, çeyrekler açıklığı (IQR), en düşük ve en yüksek değerler, yüzdelik oran ve frekans değerleri hesaplanmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Verilerin analizinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arasında fark varsa, farklılığın hangi grup ya da gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla Post-Hoc testleri Bonferroni düzeltmesi ile yapılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevre alanı ve ulusal çevre alanı bağımlı değişkenlerini kullanarak, yaşam kalitesi ile ilgili faktörleri belirlemek için iki basamaklı regresyon analizi yapılmıştır. İki basamaklı regresyon analizinde bağımlı değişkenle en yüksek korelasyona sahip ZBYÖ bağımsız değişkeni ilk adımda, algılanan sosyal destek değişkenleri ikinci adımda modele alınmıştır. Değişkenlerin bağımlı değişkendeki toplam varyansa katkısı belirlenmiştir.

BULGULAR

Hasta ve bakımverenlerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri Tablo1'de verilmiştir. Hastaların 54'ü (%72,0) kadın iken bakımverenlerin 35'i (%46,7) kadındı. Hastaların ve bakımverenlerin yaş ortalaması sırasıyla $38,5 \pm 11,1$ ve $41,4 \pm 11,3$ yıl olarak saptanmıştır. Hastaların 19'u (%25,3) bekâr, 44'ü (%58,7) evli, 12'si (%16) dul ya da boşanmış iken, bakımverenlerin 14'ü (%18,7) bekâr, 54'ü evli (%72,0) ve 7'si (%9,3) dul ya da boşanmıştı. Hastaların 14'ü (%18,7), bakımverenlerin ise 29'u (%38,7) aktif olarak çalışmaktaydı. Hastaların %73,3'ü 8 yıldan daha az eğitim düzeyine sahipken, bakımverenlerde aynı oran %61,3'tü.

Hastaların en az bir kez hastaneye yatırılarak tedavi edilme sıklığı %89,3 (n=67), öykülerinde en az bir kez intihar amaçlı davranış sıklığı %28,0'ti. Hastaların geçirilmiş toplam duygudurum dönem sayısı ortalaması 7,6 (SS= 6,3; min-mak= 1-30) idi. Toplam hastalık süresi ortalaması 11,7 (SS= 8,6; 1-

37) yılı.

Bakımverenlerin 21'i (%28,0) ebeveyn, 31'i (%41,3) eş, 13'ü (%17,3) çocuklar, 10'u ise (%13,4) kardeş ya da yakın akraba idi. Toplam bakım verme süresi ortalaması ise 8,6 (SS= 5,3; 1-20) yılı.

Bakımverenler ZBYÖ ölçeği puanlarına göre hafif (22-46 puan, n=21), orta (47-55 puan, n=20) ve şiddetli (56-110 puan, n=34) yükü olanlar olarak üç gruba ayrılmıştır. Üç grubun yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. Üç grup arasında WHOQOL-BREF-TR'nin Fiziksel, Psikolojik, Çevre ve Ulusal Çevre Alan puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Yük arttıkça, bu alanlardaki yaşam kalitesi puanlarının azaldığı görülmektedir. Sosyal alan puanları her ne kadar yük arttıkça azalsa da (hafif, orta ve şiddetli derecede yükü olanlarda sırasıyla $61,1 \pm 16,6$ / $50,7 \pm 27,6$ / $49,3 \pm 25$ puan) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan sonuçlarda farkın hangi gruptan kaynaklandığı post-hoc analizlerle incelenmiş, Fiziksel Alan açısından hafif ve şiddetli derecede yüke sahip gruplar ile orta ve şiddetli derecede yüke sahip grupların medyan değerlerinin anlamlı derecede farklı (sırasıyla $p < 0,001$ ve $p = 0,010$) olduğu bulunmuştur. Psikolojik Alan açısından hafif ve şiddetli derecede yükü olan grupların medyan değerleri anlamlı derecede farklıdır ($p < 0,001$). Çevre Alanı açısından hafif ve şiddetli derecede yükü olan gruplarının medyan değerleri anlamlı derecede farklıdır ($p = 0,007$). Ulusal Çevre Alanı açısından hafif derecede yük ve şiddetli derecede yük gruplarının medyan değerleri anlamlı derecede farklıdır ($p = 0,001$).

Bakımverenlerin sosyal destek puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki bağıntı analizi Tablo 3'te yer almaktadır. AÇYSDÖ toplam puanı ile WHOQOL-BREF-TR'nin Sosyal, Çevre ve Ulusal Çevre alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı artış yönünde ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r = 0,267/p = 0,020$, $r = 0,290/p = 0,011$, $r = 0,281/p = 0,014$). AÇYSDÖ'nin Aile alt alanı ile WHOQOL-BREF-TR'nin Psikolojik, Sosyal, Çevre ve Ulusal Çevre

Tablo 1. Hastaların ve Bakımverenlerin Bazı Sosyodemografik ve Klinik Verileri

		Hasta (n: 75)				Bakımveren (n: 75)			
Demografik Veriler		Ortalama $\pm$ SS n-%		Ortanca	Min-Mak	Ortalama $\pm$ SS n-%		Ortanca	Min-Mak
Yaş		38,5	11,1	40	17 - 60	41.4	11,3	41	20 - 66
Cinsiyet	Kadın	54	72			35	46		
	Erkek	21	28			40	53		
Eğitim Düzeyi	<8 yıl	55	73,3			46	61,3		
	>8 yıl	20	26,7			29	38,7		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	14	18,7			29	38,7		
	Çalışmıyor	61	81,3			46	61,3		
Medeni Durum	Bekâr	19	25,3			14	18,7		
	Evli	44	58,7			54	72,0		
	Dul/Boşanmış	12	16,0			7	9,3		
Hastalara Ait Bazı Klinik Veriler	En az bir kez psikiyatrik yatış varlığı	67	89,3						
	İntihar Girişimi Öyküsü Varlığı	21	28,0						
	Toplam Duygudurum Dönemi Sayısı	7,6	6,3	5	1-30				
Bakım Vereninin Yakınlık Derecesi	Anne/Baba					21	28,0		
	Eş					31	41,3		
	Çocuğu					13	17,3		
	Kardeş					8	10,7		
	Diğer					2	2,7		
Hastalık Süresi (yıl)		11,7	8,6	11	1 – 37				
Bakım Verme Süresi (yıl)						8,6	5,3	8	1 - 20

alanları; Arkadaş alt alanı ile Fiziksel; Özel bir insan alt alanı ile Sosyal, Çevre ve Ulusal Çevre alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı artış yönünde ilişki saptanmıştır.

Araştırmada ele alınan bağımsız değişkenlerden hangilerinin yaşam kalitesini düzeyini yordamada anlamlı bir katkı sağladığını belirlemek amacıyla iki basamaklı regresyon yöntemi uygulanmıştır. İki basamaklı regresyon analizinde bağımlı değişkenle en yüksek korelasyona sahip bağımsız değişken ilk olarak modele alındığı için hangi değişkenin ilk sıraya alınacağını belirlemek amacıyla Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tablo 4'de araştırmada incelenen değişkenler arası Spearman korelasyon katsayıları gösterilmektedir. ZBYÖ değişkeni en yüksek korelasyona sahip bağımsız değişken olarak ilk adımda modele alınırken, algılanan sosyal destek değişkenleri ikinci adımda modele alınmıştır.

WHOQOL-BREF-TR 5 alt ölçekten oluşan ve toplam puanı olmayan bir ölçek olduğu için her alt ölçek ayrı ayrı bağımlı değişken olarak alınmış ve

her bağımlı değişken için iki basamaklı regresyon analizi uygulanmıştır. Örnek teşkil etmesi açısından sadece ilk değişkene ait veriler tablo olarak sunulmuştur. Tablo 5'de WHOQOL-BREF-TR'nin Fiziksel Alan alt ölçeğini yordayan faktörleri inceleyen iki basamaklı hiyerarşik regresyon analizine ait veriler görülmektedir. Birinci basamakta, ZBYÖ regresyon eşitliğine girilmiş ve Fiziksel Alandaki varyansın %18,4'ü ZBYÖ değişkenince açıklanmıştır. Beta değerinin yönünün negatif olması, ZBYÖ ile Fiziksel Alan arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. İkinci basamakta algılanan sosyal destek regresyon eşitliğine girildiğinde Fiziksel Alan puanındaki açıklanan varyans %18,4'den %21,1'e çıkmıştır. Diğer bir ifade ile algılanan sosyal destek değişkenlerinin açıklanan varyansa yaklaşık %2,7'lik bir katkısı görülmektedir.

Psikolojik Alan alt ölçeğini yordayan faktörleri inceleyen iki basamaklı hiyerarşik regresyon analizinde birinci basamakta Psikolojik Alandaki varyansın %18,6'sını ZBYÖ değişkenince açıklanmıştır ($R^2=0,186$, $Adj R^2=0,175$, $SE=16,858$,

Tablo2. Bakımveren Yükü Derecesine Göre Bakımverenlerde Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması**

	Zarit Bakımveren Yükü Ölçek Puanı									İstatistik		
	Hafif Derecede Yük (n:21)			Orta Derecede Yük (n:20)			Şiddetli Derecede Yük (n:34)			H (df)	p	Etki Büyüklüğü
WHOQOL-BREF-TR*	Ort. ± s.s.	Med	IQR	Ort. ± s.s.	Med	IQR	Ort. ± s.s.	Med	IQR			
Fiziksel Alan	68,3 ± 12,6	63	25	62,3 ± 20,2	69	34	49,9 ± 16,8	50	25	15,943 (2)	0,000	0,2154
Psikolojik Alan	68,2 ± 10,6	69	16	58,5 ± 19,3	69	24	49,1 ± 18,6	50	34	14,024 (2)	0,001	0,1895
Sosyal Alan	61,1 ± 16,6	56	28	50,7 ± 27,6	50	47	49,3 ± 25	50	44	2,665 (2)	0,264	0,0360
Çevre Alanı	66,8 ± 13	69	19	60,5 ± 20,3	69	33	56 ± 14,1	56	21	6,724 (2)	0,035	0,0909
Ulusal Çevre Alanı	66,5 ± 11,7	69	19	59,8 ± 19,1	63	28	54,3 ± 12,4	56	19	10,524 (2)	0,005	0,1422
* Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu **Kruskal Wallis testi uygulandı. p<0.05 olan değerler anlamlı kabul edildi.												

F=16,668, $p<0,05$). Beta değerinin yönünün negatif olması ($\beta=-0,431$), ZBYÖ ile Psikolojik Alan arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. İkinci basamakta algılanan sosyal destek regresyon eşitliğine girildiğinde psikolojik alan puanındaki açıklanan varyans %18,6'dan %26,8'e çıkmıştır ($R^2=0,268$, Adj $R^2=0,226$, SE=16,322, F=6,413, $p<0,05$). Diğer bir ifade ile algılanan sosyal destek değişkenlerinin açıklanan varyansa yaklaşık %8,2'lik bir katkısı görülmektedir.

Sosyal Alan alt ölçeğini yordayan faktörleri inceleyen iki basamaklı hiyerarşik regresyon analizinde birinci basamakta ZBYÖ değişkeni Sosyal Alandaki varyansın %12,3'ünü açıklamıştır ($R^2=0,123$, Adj $R^2=0,111$, SE=22,620, F=10,231, $p<0,05$). Beta değerinin yönünün negatif olması ($\beta=-0,351$), ZBYÖ ile Sosyal Alan arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. İkinci basamakta algılanan sosyal destek regresyon eşitliğine girildiğinde Sosyal Alan puanındaki açıklanan varyans %12,3'den %18,4'e çıkmıştır ($R^2=0,184$, Adj $R^2=0,137$, SE=22,279, F=3,948, $p<0,05$). Diğer bir ifade ile algılanan sosyal destek

değişkenlerinin açıklanan varyansa yaklaşık %6,1'lik bir katkısı görülmektedir.

Çevre Alanı alt ölçeğini yordayan faktörleri inceleyen iki basamaklı hiyerarşik regresyon analizinde birinci basamakta ZBYÖ değişkeni Çevre Alanındaki varyansın %11,6'sını açıklamıştır ($R^2=0,116$, Adj $R^2=0,103$, SE=15,288, F=9,541, $p<0,05$). Beta değerinin yönünün negatif olması ($\beta=-0,340$), ZBYÖ ile Çevre Alanı arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. İkinci basamakta algılanan sosyal destek regresyon eşitliğine girildiğinde Çevre Alanı puanındaki açıklanan varyans %11,6'dan %16,6'ya çıkmıştır ($R^2=0,166$, Adj $R^2=0,119$, SE=15,157, F=3,492, $p<0,05$). Diğer bir ifade ile algılanan sosyal destek değişkenlerinin açıklanan varyansa yaklaşık %5'lik bir katkısı görülmektedir.

Ulusal Çevre Alanı alt ölçeğini yordayan faktörleri inceleyen iki basamaklı hiyerarşik regresyon analizinde birinci basamakta ZBYÖ değişkeni Ulusal Çevre Alanındaki varyansın %15,3'ünü açıklamıştır

Tablo3. Bakımverenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesinin Korelasyonu*

		Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu				
Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği		Fiziksel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı	Ulusal Çevre Alanı
Toplam	r	0,217	0,206	0,267*	0,290	0,281
	p	0,061	0,076	0,02	0,011	0,014
Aile	r	0,211	0,289	0,242	0,281	0,261
	p	0,069	0,012	0,036	0,015	0,024
Arkadaş	r	0,244	0,091	0,140	0,194	0,206
	p	0,035	0,437	0,230	0,095	0,077
Özel biri	r	0,111	0,179	0,270	0,309	0,284
	p	0,341	0,124	0,019	0,007	0,013
*Spearman Korelasyon uyg ulandı. $p<0.05$ olan değerler anlamlı kabul edildi. r= bağlantı katsayısı						

Tablo 4. Regresyon Analizine Alınacak Bağımsız Değişkenler ile İlişkili Bağımlı Analizi

WHOQOL-BREF-TR	Fiziksel Alan		Psikolojik Alan		Sosyal Alan		Çevre Alanı		Ulusal Çevre Alanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ZBYÖ**	-,461*	,000	-,438*	,000	-,322*	,005	-,344*	,003	-,413*	,000
AÇSYDÖ*** aile	,211	,069	,289*	,012	,242*	,036	,281*	,015	,261*	,024
AÇSYDÖ arkadaş	,244*	,035	,091	,437	,140	,230	,194	,095	,206	,077
AÇSYDÖ özel biri	,111	,341	,179	,124	,270*	,019	,309*	,007	,284*	,013

*p< 0,05 **Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeğı ***Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeğı r: bağımlı katsayısı

($R^2=0,153$, Adj $R^2=0,141$, SE=13,896, F=13,183, $p<0,05$). Beta değerinin yönünün negatif olması (-0,391), ZBYÖ ile Ulusal Çevre Alanı arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. İkinci basamakta algılanan sosyal destek regresyon eşitliğine girildiğinde Ulusal Çevre Alanı puanındaki açıklanan varyans %15,3'den %19,3'e çıkmıştır

($R^2=0,193$, Adj $R^2=0,147$, SE=13,847, F=4,196, $p<0,05$). Diğer bir ifade ile algılanan sosyal destek değişkenlerinin açıklanan varyansa yaklaşık %4'lük bir katkısı görülmektedir.

Tablo 5. Fiziksel Alan Bağımlı Değişkeni İçin İki Basamaklı Regresyon Analizi

Basamak	Bağımsız Değişkenler	B	SE	$\hat{a}$	t	p	R^2	Adj R^2	SE	F
1	Sabit	87,221	7,385		11,811	,000	,184	,172	16,746	16,415*
	ZBYÖ**	-,531	,131	-,428	-4,052	,000				
2	Sabit	76,140	10,840		7,024	,000	,211	,166	16,814	4,674*
	ZBYÖ	-,478	,136	-,385	-3,510	,001				
	AÇSYDÖ*** aile	,277	,366	,114	,756	,452				
	AÇSYDÖ arkadaş	,377	,302	,148	1,249	,216				
	AÇSYDÖ özel biri	-,205	,368	-,087	-,558	,579				

*p< 0,05 **Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeğı ***Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeğı

TARTIŞMA

Bipolar I bozukluğu olan hastaların bakımverenlerinde yaşam kalitesinde azalma olmaktadır (Arguvanlı Çoban ve ark. 2013, Zendjidjian ve ark. 2012). Bu araştırmada BPB I olan hastaların bakımverenlerinin yaşam kalitesi ile yük ve sosyal destek arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre bakımverenlerin yaşam kalitesi bakımveren yükünden olumsuz etkilenmektedir. Yükü daha şiddetli olan bakımverenlerde, yaşam kalitesi alt alan puanları, sosyal alan dışında anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Diğer yandan sosyal destek ile bakımverenlerin yaşam kalitesi arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Özellikle sosyal ve çevresel alanlardaki yaşam kalitesi algılanan sosyal destek ve alt alanlarıyla ilişkilidir. Aileden alınan sosyal destek ise yaşam kalitesi alt alanları ile en çok ilişkili sosyal destek alanı olarak göze çarpmaktadır. Bakımveren yükü bakım verenin yaşam kalitesini her alanda yordayan önemli bir faktör olarak dikkat çekmektedir.

BPB ve şizofreni gibi uzun seyirli ve şiddetli psikiyatrik bozukluklarda yüksek bakımveren yükü yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Wong ve ark. 2012). Bakımverme işi ile ilgili daha fazla stres yaşayan kişilerin, daha sıklıkla hem fiziksel hem de psikolojik sağlık sorunları bildirdikleri ve sorunlarından dolayı sağlık hizmetlerine daha sık başvurdukları bilinmektedir (Perlick ve ark. 2008). Bakımveren yükünün hastalığın klinik özelliklerinden de etkilendiği göz önüne alındığında (Erten ve ark. 2014), hastalık ve klinik özellikleri, hastanın yaşam kalitesi, bakımveren yükü ve yaşam kalitesi ve hastalığın gidişatı adeta bir döngü şeklinde birbirini etkilemektedir (Arguvanlı Çoban ve ark. 2013, Perlick ve ark. 2005, Perlick ve ark. 2001). İşlevsellik kaybına neden olan kronik bir hastalığa sahip aile üyesine bakım veriyor olmak, doğası gereği zahmetli, zorlayıcı, zaman ve emek isteyen bir görev olduğundan bakımverenin fiziksel ve psikolojik sağlığında bozulmalarla sonuçlanabilen (Zarit ve ark. 1986), fiziksel, duygusal, finansal ve sosyal alanlarda talepler oluşturan ve bu taleplerin sıklıkla bir aile üyesi tarafından yerine getirilmeye çalışılması nedeniyle de birbiriyle oldukça ilişkili olan iki sonucu, bakımveren yükünde artma ve yaşam kalitesinde azalma, doğuran bir durumdur (Morimoto ve ark. 2003).

Bakımveren yükünün yaşam kalitesini etkileyen birçok etmen için aracı rolünün olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır (Jeong ve ark. 2015). Çalışmamızın bulguları bu anlamda BPB I olan hastaların bakımverenlerinin yaşam kalitesinde yükün önemli bir rolü olduğunu, yükün yaşam kalitesinin her alanında sosyal desteğe kıyasla daha önemli bir öngörücü faktör olduğunu göstermektedir. Her ne kadar sadece BPB I olan hastaların bakımverenleri ile çalışılmamış olsa da Zeng ve arkadaşları (2016) da psikiyatrik bozukluğu olan 363 hastanın bakımvereni ile yaptıkları çalışmalarında nesnel desteğin ve bakımveren yükünün yaşam kalitesini öngördüğünü bildirmektedir. Bakımveren yükünün BPB olan hastaların bakımverenlerinde depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğu düşünüldüğünde (Perlick ve ark. 2016) yaşam kalitesinin düşmesini de öngörmesi şaşırtıcı bir sonuç değildir.

Bilimsel kaynaklarda her ne kadar BPB olan hastalara bakımverenlerin yaşam kaliteleri ve sosyal destekleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlamasak da depresyonu olan (Kuehner ve Buerger 2005), şizofreni ve duygudurum bozukluğu olan hastalar (Ruesch ve ark. 2004), inmeli hastalar (Topçu ve Bölüktaş 2012), diyabeti olan hastalar (Tang ve ark. 2008) ve kalp nakli yapılan hastalar (White-Williams ve ark. 2013) gibi farklı gruplarda yapılan çalışmalar sosyal desteğin yaşam kalitesi ile olan artı yönlü ilişkisine vurgu yapmaktadır. Otizmi olan çocukların aileleri ile yapılan bir çalışmada sosyal desteğin ailenin yaşam kalitesini yordayan en önemli faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Meral ve Cavkaytar 2015). Yine ülkenizde yapılan başka bir çalışmada huzurevinde yaşayan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile yaşam doyumları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bildirilmiştir (Altıparmak 2009). Çalışmamızı sonuçları da her ne kadar yük kadar olmasa da sosyal desteğin yaşam kalitesi için öngörücü olduğu yönündedir.

Rüersch ve arkadaşları (2004), 158 şizofreni ve 103 duygudurum bozukluğu tanılı hastayı iş sahibi olma, sosyal destek ve yaşam kalitesi açısından değerlendirmiş, iş sahibi olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu, bunun kazanç elde etmekten daha çok çalışmanın sosyal çevreyle bütünleşmeyi sağlaması ve sosyal ve çevresel alan-

larda yaşam doyumunu artırması ile ilgili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yazarlar sosyal desteğin iş ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide önemli bir aracı etken olduğunu bildirmektedirler. Meslek edindirmeye yönelik rehabilitasyon programları alanındaki çalışmalar da iş yerinde var olan destekleyici nitelikteki sosyal ağların önemini vurgulamaktadır (Rollins ve ark. 2002). Çalışmamızda bakımverenlerin %61,3'ünün aktif işgücünün dışında olduğu göz önüne alındığında çalışma ortamının sağladığı sosyal destek ve etkileşimden çoğu bakımverenin yoksun kaldığı söylenebilir.

Sosyal destek söz konusu olduğunda çoğu zaman aile ve arkadaşlar gibi informal (resmi olmayan) ağlar akla gelmekle beraber psikiyatri alanında çalışan profesyonellerin de sosyal destek alanındaki rollerini göz ardı etmemek gerekir. Arkadaş ve ailelerden gelen sosyal desteğin bakımveren yükünü azalttığı bilinmekle beraber psiko-eğitim gruplarına katılan aile üyeleri de katılmayanlara kıyasla daha az yük bildirmektedirler (Heru ve ark. 2004). Çalışmamızda da özellikle arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi için öngörücü bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da aileden aileye destek gruplarının şizofreni ailelerinde yükü azalttığı ve öz yeterliliği artırdığı bulunmuştur (Yıldırım ve ark. 2014). Çalışmamızda da yükü daha az olan bakımverenlerde yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler içerisinde özellikle yükü azaltıcı etkisi olan formal (resmi) ve informal sosyal destek gruplarının bakımverenler için de gündeme gelmesi oldukça önemlidir. Kişilerin bilgilendirici nitelikteki sosyal desteği sağlık alanında çalışan profesyonellerden almayı tercih ettikleri ve bu şekilde yararlı buldukları da bildirilmektedir (Helgeson 2003). BPB olan hastaların aileleri için yapılan eğitim içerikli müdahalelerin 2 yıllık izlem sonuçlarını bildiren Jönsson ve arkadaşları (2011), izlem sonucunda ailelerin hastalığı daha iyi anladıkları ve hastalığın getirdiği zorluklarla daha iyi baş etmeye başladıklarını ve sosyal işlevselliklerini koruduklarını belirtmektedir (Jonsson ve ark. 2011). Bu grupta destekleyici aile müdahalelerinin nüksleri azalttığı, tedaviye uyumu artırdığı ve bakımverenlerin baş etme becerilerini güçlendirdiği bilinmektedir (Fiorillo ve ark. 2013).

Araştırmanın sonuçları bazı kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Çalışmamız kesitsel özellik taşıdığından sonuçlar açısından bir nedensellik ilişkisi kurulamamaktadır. Sosyal desteğin pozitif baş etme yollarını geliştirdiği bildirilmektedir (Rajandram ve ark. 2011). Çalışmamızda bakımverenlerin yaşam kalitelerini etkileyebilecek bir diğer faktör olan baş etme yollarının değerlendirilmemiş olması da bir kısıtlılık olarak ele alınabilir. Değerlendirilen bakımverenler Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören BPB I olan hastaların yakınlarıdır. Hastane, Türkiye'nin farklı bölgelerine hizmet veren, daha çok tedaviye dirençli vakaların takip edildiği bir kurumdur. Bu nedenle sonuçların tüm topluma genellenmesi mümkün değildir. Çalışmamızda sosyodemografik ve klinik veriler ile yaşam kalitesi ilişkisinin tartışılmamış olması bir eksiklik olarak değerlendirilebilir ancak bu araştırmanın ana amacı bakımverenlerin yaşam kalitesinin yük ve algıladıkları sosyal destekle ilişkisini incelemek olduğundan ve BPB I olan hastaların ve/veya bakımverenlerinin klinik ve sosyodemografik özelliklerinin bakımverenin yaşam kalitesini ve/veya yükünü etkilediği sıkça bildirildiğinden (Erten ve ark. 2014, Perlick ve ark. 2007, Pompili ve ark. 2014, van der Voort ve ark. 2007, Wong ve ark. 2012, Zendjidian ve ark. 2012) bu çalışmada ayrıca tartışılmamıştır. Bipolar I Bozukluk kronik nitelikte bir hastalık ve bakımverme işi de uzun soluklu bir görev olduğundan hastaların kesitsel klinik durumların çok önemli olmayabileceği düşünülerek hastaların değerlendirme anındaki klinik durumları (depresyon/mani belirti düzeyi gibi) herhangi bir ölçek ile ölçülerek değerlendirmeye alınmamıştır.

SONUÇ

BPB sürecinde, tedavi uyumunda ve hastalığın getirdiği zorluklarla mücadelede çok önemli bir konumu olan bakımverenlerin yaşam kalitesinin artırılmaya çalışılması hastaların da iyilik halini etkilediğinden iki yönlü öneme sahiptir. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin yerleşmeye başladığı ülkemizde, bu model kapsamındaki müdahalelerin hastaların yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri bildirilmektedir (Ensari ve ark. 2013). Toplum ruh sağlığı merkezi gibi kurumlarda bakımveren aile

üyelerine sağlanacak destekleyici müdahaleler ile bakımverenlerin yükünde azalma ve yaşam kalitesinde artma sağlanabilir. BPB olan hastaların bakımverenlerine yönelik sosyal destek içerikli müdahalelerin yük ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirileceği izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Altıparmak S (2009) Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23: 159-164.
- Arguvanlı Çoban S, Özkan B, Medik K ve ark. (2013) Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Bakımverenlerinin Yaşam Kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4: 61-66.
- Aslan O, Kav S, Meral C ve ark. (2006) Needs of lay caregivers of bone marrow transplant patients in Turkey: a multicenter study. *Cancer Nurs*, 29: E1-7.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z ve ark. (2011) Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3.
- Aydemir Ö, Ergun H, Soygür H ve ark. (2009) Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, 20: 205-212.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12: 17-25.
- Ensari H, Gültekin BK, Karaman D ve ark. (2013) Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14: 108-114.
- Erten E, Alpman N, Ozdemir A ve ark. (2014) Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dönem ve Seyir Özelliklerinin Bakıcı Yüküne Etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 25: 114-123.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C ve ark. (1999) WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7: 23-40.
- Fiorillo A, Sampogna G, Del Gaudio L ve ark. (2013) Efficacy of supportive family interventions in bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Psychopathology*, 19: 134-142.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). American Psychiatric Press Inc., Washington D.C.
- Hacıaloğlu N, Ozer N, Yılmaz Karabulutlu E ve ark. (2010) The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *Eur J Oncol Nurs*, 14: 211-217.
- Hansson L (2006) Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 46-50.
- Helgeson VS (2003) Social support and quality of life. *Qual Life Res*, 12 Suppl 1: 25-31.
- Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM ve ark. (1994) Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep*, 109: 665-672.
- Heru AM, Ryan CE, Vlastos K (2004) Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatr Rehabil J*, 28: 67-71.
- IsHak WW, Brown K, Aye SS ve ark. (2012) Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 14: 6-18.
- Jeong YG, Jeong YJ, Kim WC ve ark. (2015) The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *J Phys Ther Sci*, 27: 1543-1547.
- Jonsson PD, Wijk H, Danielson E ve ark. (2011) Outcomes of an educational intervention for the family of a person with bipolar disorder: a 2-year follow-up study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18: 333-341.
- Katschnig H (2006) Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5: 139-145.
- Kuehner C, Bueger C (2005) Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*, 86: 205-213.
- Mendlowicz MV, Stein MB (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 157: 669-682.
- Meral BF, Cavkaytar A (2015) Otizimli Çocuk Ailelerinin Aile Yaşam Kalitesi Algıları. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23: 1363-1380.
- Morimoto T, Schreiner AS, Asano H (2003) Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing*, 32: 218-223.
- Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M (2002) Bipolar disorder. *Lancet*, 359: 241-247.
- Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM (2005) The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 7 Suppl 1: 25-32.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T (2009) Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46: 38-42.
- Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF ve ark. (2005) Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord*, 7: 126-135.

- Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ ve ark. (2007) Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord*, 9: 262-273.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ ve ark. (2008) Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *J Nerv Ment Dis*, 196: 484-491.
- Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF ve ark. (2001) Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*, 189: 31-37.
- Perlick DA, Berk L, Kaczynski R ve ark. (2016) Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 18(2): 183-191.
- Pompili M, Harnic D, Gonda X ve ark. (2014) Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry*, 4: 1-12.
- Rajandram RK, Jenewein J, McGrath C ve ark. (2011) Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. *Support Care Cancer*, 19: 583-589.
- Rollins AL, Mueser KT, Bond GR ve ark. (2002) Social relationships at work: does the employment model make a difference? *Psychiatr Rehabil J*, 26: 51-61.
- Ruesch P, Graf J, Meyer PC ve ark. (2004) Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 686-694.
- Schulz R, Beach SR (1999) Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*, 282: 2215-2219.
- Tang TS, Brown MB, Funnell MM ve ark. (2008) Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*, 34: 266-276.
- Topçu S, Bölüktaş RP (2012) İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29: 159.
- van der Voort TY, Goossens PJ, van der Bijl JJ (2007) Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14: 679-687.
- White-Williams C, Grady KL, Myers S ve ark. (2013) The relationships among satisfaction with social support, quality of life, and survival 5 to 10 years after heart transplantation. *J Cardiovasc Nurs*, 28: 407-416.
- Wong DF, Lam AY, Chan SK ve ark. (2012) Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health Qual Life Outcomes*, 10: 15.
- Yalçın İ (2015) İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Derg*, 26: 21-32.
- Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu Aşlar R ve ark. (2014) Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yüku ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 25: 31-37.
- Yılmaz A, Turan E, Gundogar D (2009) Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. *Australas J Ageing*, 28: 16-21.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20: 649-655.
- Zarit SH, Todd PA, Zarit JM (1986) Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*, 26: 260-266.
- Zendjidian X, Richieri R, Adida M ve ark. (2012) Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Disord*, 136: 660-665.
- Zeng Y, Zhou Y, Lin, J (2016) Perceived Burden and Quality of Life in Chinese Caregivers of People With Serious Mental Illness: A Comparison Cross-Sectional Survey. *Perspect Psychiatr Care* (DOI: 10.1111/ppc.12151)
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. (1988) The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52: 30-41.