



Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinde Bakım Yükü

Assessment of Maintenance Burden in The Caregivers of The Patients Receiving Home Health Care Services

Tanyel Sema Dağdeviren^{1*}, Nevgül Demir¹, Didem Adahan², Murat Dağdeviren³, Oğuz Tekin¹

ÖZET

Giriş: Bu çalışma Evde Sağlık Hizmeti (ESH) alan hastalara bakım verenlerin bakım yükünü ve etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçlamıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışmaya evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım hizmeti verenleri dahil edilmiştir. Bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ), bakım yüküne etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla veri toplama formu kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya ESH'den faydalanan 80 hastaya primer bakım verenler dâhil edilmiştir. Bakım verenlerin ZBYÖ puan ortalaması 38,4 olarak belirlenirken, bunların %43,8'inin ZBYÖ puanının yüksek, %2,5'inin ise çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bakım yükü yüksek olanların %74,3'ü, baktıkları hastalara bakacak başka kimsenin bulunmamasından dolayı bakım verdiklerini belirtmiştir. Bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ile tükenmişlik, güçsüzlük-çaresizlik hissetme ve hastayla iletişim kurma sıkıntısı yaşama durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$). Bakım yükü çok yüksek olanların tamamının anti-depresan kullandığı ve kendisini tükenmiş hissettiği tespit edilmiştir. Bakım verenlerin depresyon ve uyku ilacı kullanma durumları ve uyku kaliteleriyle bakım yükü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur ($p<0,05$). **Sonuç:** Bakım verenlerin çoğunun bakım yükü düzeyi yüksek olarak saptanmış olup bu kişilerin tükenmişlik ve güçsüzlük-çaresizlik hissettiği, ayrıca bakımla ilgili eğitim-danışmanlık ve yardım gereksinimi duyduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında, ESH kapsamının, bakım verenlerin çeşitli gereksinim ve taleplerini de göz önünde bulunduracak şekilde genişletilmesinin ve bakım verenlere özellikle psikolojik ve sosyal destek alanlarında yardımcı olunmasının, bakım yükünün hafifletilmesi açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: bakım veren; bakım yükü; evde bakım

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine the degree of care burden in the caregivers of the patients receiving care from Home Health Care service and to determine from which variables and how the care burden was affected. **Methods:** Observational, prospective and cross-sectional study included patients receiving 80 home care services and caregivers of these patients. In order to evaluate the sociodemographic and clinical characteristics of patients and caregivers, a data collecting form and the Zarit Burden Interview (ZBI) were used to assess the care burden of caregivers. **Results:** The ZBI average of caregivers was 38.4; 43.8% of them had a high score of ZBI and 2.5% of them were very high. 74.3% of those with a high maintenance burden stated that they care because there is no one else to care for. There was a significant relationship between caregiver burden levels of caregivers and burn out, feeling of weakness-helplessness, and communication difficulties with the patient ($p = 0.001$). All those with very high maintenance loads were using anti-depressants and felt exhausted. There was a significant relationship between caregivers' depression and sleeping conditions and sleep loadings with sleep quality ($p < 0,05$). **Conclusion:** The majority of caregivers have a high level of caregiving burden and it has been determined that they feel burn out and weakness-helplessness, as well as the need for education-counseling and assistance related to care.

Keywords: care burden, caregivers, home care

Received Date: 21.09-2019, **Accepted Date:** 18.12-2019

*¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye

²Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Kliniği, Karabük, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Murat Dağdeviren, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

E-mail: muratdagdeviren61@hotmail.com

Tanyel S.D., Nevgül D., Didem A., Murat D., Oğuz T.. Assessment of Maintenance Burden in The Caregivers Of The Patients Receiving Home Health Care Services TJFMPC, 2020;14 (2): 186-195.

DOI: 10.21763/tjfm.730172

GİRİŞ

Modern tıbbın ilerlemesi, etkin sağlık hizmetlerinin kullanımıyla yaşam beklentisi artmakta, nüfus ise giderek yaşlanmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte artan kronik hastalıklar ve çeşitli sebeplere bağlı olarak herhangi bir yaşta ortaya çıkabilen fiziksel kısıtlılıklar, bakıma muhtaç kişilerin sayısını arttırmaktadır. Bu bireylerin bakımla ilgili takip, tedavi ve rehabilitasyon gibi hizmetlerden mümkün olduğunca, yaşadıkları ev ortamında yararlanabilmelerinin daha uygun olduğu görülmektedir.

Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerekse kronik hastalıkların takibinde yatağa tam veya kısmi bağımlı olan hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin ev ortamında sunulmasıdır. Bu hizmetten ağırlıklı olarak 65 yaş üstü olmak üzere, yatağa bağımlı, kronik hastalığı bulunan, son dönem kanser hastalığı olan, nörolojik bir hastalık veya kas hastalığı neticesinde yatağa bağımlı hale gelen her yaştaki bireyler yararlanmaktadır.¹

Tıptaki gelişmelerle kronik hastalıklı bireylerin beklenen yaşam sürelerinin uzaması, bakım verenlerin de uzun süre bakıma katılımlarını gerektirmektedir.^{2,3} Bakım veren; bakım işini üstlenen, hastaya fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik yönden destek sağlayan kişidir. Bakım verme süreci hem bakım alan yatağa bağımlı hasta hem de bakım veren bireyler için zor bir süreçtir.^{4,5} Bakım veren bireylerin çoğu, uzun dönem bakımı sağlamak için yeterli bilgi ve donanıma sahip değildir. Bu nedenle kendilerini güvensiz ve hazırlıksız hissedebilmektedirler. Bakım verenlerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda sağlık ekibinden alacakları rehberlikle bakım verme rollerini gerçekleştirmelerinin sağlanması, bireylerin bakım yükünü azaltabilecektir.^{2,3}

ESH'nin kapsamı sadece bakım alan hastaya yönelik hizmetlerle sınırlı olmayıp, aynı zamanda bakım verenlere yönelik eğitim ve destek hizmetlerini de içermektedir. Ancak bu hizmetler, çeşitli sebeplerden dolayı yeterince yerine getirilememekte, özellikle sosyal desteği zayıf olan bakım verenler zorluk yaşamakta, psikososyal açıdan ve bakımla ilgili konularda yardım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar.^{4,5}

Bu çalışmada, ESH alan hastaların bakımlarını öncelikli olarak üstlenen bireylerde bakım yükünün değerlendirilmesi, bakım yükünün hangi değişkenlerden ne yönde etkilendiğinin belirlenmesi ve bu sayede bakım verenlerin yüklerinin hafifletilmesi açısından ne gibi tedbirler alınabileceğinin ve özellikle ESH bünyesinde ne yönde destek sağlanabileceğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel tipteki çalışmaya, Haziran-Kasım 2014 tarihleri arasında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi ESH birimine kayıtlı olan, bulunduğu ev ortamında ulaşılabilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı onam veren hastaların öncelikli bakım verenleri dâhil edilmiştir. Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan ve bakım alan hastalarla bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile bakım verenlerin bakım yükü üzerine etki edebilecek değişkenleri sorgulayan veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla Zarit Bakım Yükü Ölçeği (ZBYÖ) kullanılmıştır. Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem tarafından yapılmış olup, Cronbach Alpha Değeri 0.87-0.99 arasında değişmektedir.^{6,7} Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin, bireyin yaşamı üzerindeki etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık", "her zaman" şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içermektedir. Ölçekten en az 0 ve en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan stresin yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0 –20 puan, "bakım yükü olmadığı"; 21– 40 puan, "hafif düzeyde bakım yükünü"; 41 – 60 puan, "orta düzeyde bakım yükünü" ve 61 – 88 puan ise "ağır bakım yükünü" ifade etmektedir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's'den yararlanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi

durumunda Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi, RxC tablolarda Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmış ve $p < 0,05$ olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Çalışma Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 28.05.2014 tarih ve 519 sayılı onayı ile yürütülmüştür.

BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen evde bakım alan 80 hastanın %63.7'si (n: 51) kadın, %36.3'ü (n: 29) erkek olup yaş ortalaması 77.0 ± 12.1 yıldır. %53.8'i yatağa bağımlı iken, %40'ı kısmen yatağa bağımlı, %6.2'si ise yatağa bağımlı değildir. %67.5'inin ise demansı bulunmaktadır.

Bakım veren toplam 80 kişinin sosyo-demografik özellikleri ve bu özellikler ile bakım yükü arasındaki ilişki Tablo.1'de verilmiştir.

Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Bakım Yükü Arasındaki İlişki

		Bakım Yükü Ölçeği										p
		Az/Hiç		Orta		Çok		Aşırı derecede		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	19-34	1	12,5	1	2,9	6	17,1	0	0	8	10	0,384
	35-64	6	75	22	62,8	22	62,9	1	50	51	63,7	
	65 Üstü	1	12,5	12	34,3	7	20	1	50	21	26,3	
Cinsiyet	Kadın	6	75	28	80	32	91,4	2	100	68	85	0,448
	Erkek	2	25	7	20	3	8,6	0	0	12	15	
Medeni durum	Bekar	0	0	1	2,9	4	11,4	0	0	5	6,3	0,481
	Evli	7	87,5	28	80	23	65,7	1	50	59	73,7	
	Dul-boşanmış	1	12,5	6	17,1	8	22,9	1	50	16	20	
Meslek	Emekli	3	37,5	10	28,6	10	28,6	0	0	23	28,7	0,921
	Ev hanımı	5	62,5	23	65,7	24	68,5	2	100	54	67,5	
	Serbest	0	0	2	5,7	1	2,9	0	0	3	3,8	
	Öğrenci	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gelir durumu	Gelir giderden az	2	25	19	54,2	26	74,2	1	50	48	60	0,054
	Gelir gidere eşit	4	50	15	42,9	8	22,9	1	50	28	35	
	Gelir giderden fazla	2	25	1	2,9	1	2,9	0	0	4	5	
Hastaya olan yakınlığı	Eşi	1	12,5	12	34,3	5	14,3	1	50	19	23,7	0,386
	Kızı	1	12,5	12	34,3	16	45,7	0	0	29	36,2	
	Gelini	4	50	4	11,4	8	22,9	1	50	17	21,3	
	Oğlu-akrabası	2	25	5	14,2	5	14,2	0	0	12	15	
	Annesi	0	0	1	2,9	1	2,9	0	0	2	2,5	
	Bakıcısı	0	0	1	2,9	0	0	0	0	1	1,3	
Çocuk sayısı	Yok	0	0	3	8,6	8	22,9	0	0	11	13,8	0,336
	1	0	0	3	8,6	1	2,9	0	0	4	5	
	2	5	62,5	11	31,4	10	28,5	0	0	26	32,5	
	3 ve üstü	3	37,5	18	51,4	16	45,7	2	100	39	48,7	
Bakım süresi	1-4 yıl	3	37,5	20	57,1	11	31,4	1	50	35	43,7	0,083
	5-9 yıl	2	25	7	20	8	22,9	0	0	17	21,3	
	10 yıl ve üstü	2	25	8	22,9	16	45,7	1	50	27	33,7	

	1 yıldan az	1	12,5	0	0	0	0	0	0	1	1,3	
Hastalık durumu	Yok	3	37,5	12	34,3	13	37,1	0	0	28	35	0,843
	Var	5	62,5	23	65,7	22	62,9	2	100	52	65	
Yardım gereksinimi duyuyor mu	Hayır	5	62,5	5	14,3	4	11,4	1	50	15	18,8	0,06
	Evet	2	25	30	85,7	30	85,7	1	50	63	78,7	
	Bazen	1	12,5	0	0	1	2,9	0	0	2	2,5	
Bakımı üstlenen tek kişi mi	Hayır	4	50	17	48,6	7	20	1	50	29	36,3	0,054
	Evet	4	50	18	51,4	28	80	1	50	51	63,7	
Kendini bakımda yeterli hissediyor mu	Yetersiz	0	0	7	20	12	34,3	2	100	21	26,2	0,123
	Yeterli	8	100	27	77,1	21	60	0	0	56	70	
	Bilmiyorum	0	0	1	2,9	2	5,7	0	0	3	3,8	
Eğitim-danışmanlık gereği duyuyor mu	Hayır	4	50	16	45,7	10	28,6	1	50	31	38,8	0,518
	Evet	3	37,5	17	48,6	24	68,5	1	50	45	56,2	
	Bilmiyorum	1	12,5	2	5,7	1	2,9	0	0	4	5	
Hastanın yatağa Bağımlılık durumu	Bağımlı Değil	1	12,5	2	5,7	2	5,7	0	0	5	6,3	0,624
	Bağımlı	2	25	22	62,9	18	51,4	1	50	43	53,7	
	Kısmen Bağımlı	5	62,5	11	31,4	15	42,9	1	50	32	40	
Hastanın demans durumu	Yok	4	50	13	37,1	9	25,7	0	0	26	32,5	0,375
	Var	4	50	22	62,9	26	74,3	2	100	54	67,5	

* Gözlemlerde beklenen değerlerin %20'den fazlası 5'ten küçük olduğu için değerlendirme Monte Carlo simülasyonu ile yapılmıştır.

Bakım verenin bakım yükü düzeyi ile hastaya bakma nedeni arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.006$). Hastaya bakacak kimsesi olmadığı için baktığını belirtenlerde bakım yükü düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Depresyon/uyku ilacı kullanım durumu ve uyku kaliteleriyle bakım yükü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre bakım yükü fazla olanlarda depresyon/uyku ilacı kullanım durumunun daha fazla, uyku kalitesinin ise daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Bakım yükünün, bakım verenlerin kendi sağlık kontrollerine etki durumuyla ilişkili olduğu anlaşılmıştır ($p=0,001$). Bakım yükü az-hiç olanların tamamı, verdikleri bakımın kendi sağlık kontrollerini etkilemediğini belirtirken, bakım yükü aşırı derecede olanların tamamı, verdikleri bakımın kendi sağlık kontrollerini etkilediğini belirtmiştir (Tablo 2).

Bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri ile tükenmişlik, güçsüzlük-çaresizlik hissetme, hastayla iletişim sıkıntısı yaşama ve ilişkisinden dolayı kendi sağlığının etkilendiğini hissetme

durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,001$) (Tablo 2).

Bakım verenlerin, hastanın bakımını tek kişi olarak üstlenme durumları ile kendini tükenmiş hissetme, güçsüzlük-çaresizlik hissetme, yardım gereksinimi duyma, depresyon ilacı kullanma ve uyku ilacı kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hastanın demans durumuyla bakım verenlerin kendini tükenmiş hissetme, güçsüzlük-çaresizlik hissetme, depresyon ilacı kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken; hastayla iletişim sıkıntısı yaşama durumu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,001$) (Tablo 3). Yine hastanın demans durumuyla bakım verenlerin uyku kalitesi ve uyku ilacı kullanma durumları arasında da bir ilişki olduğu anlaşılmıştır (sırasıyla $p=0.026$; $p=0,039$) (Tablo 3).

Tablo 2. Bakım Verenlerin Ruhsal ve Bedensel Sağlık Durumu, Verdiği Bakımdan Memnun Olma, Hastayla İletişim Sıkıntısı Yaşama Durumu ve Hastaya Bakma Nedeninin Bakım Yüğü İle İlişkisi

		Bakım Yüğü Ölçeği										p
		Az/Hiç		Orta		Çok		Aşırı derecede		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastaya bakma nedeni: Bakacak kimse olmaması	Hayır	7	87,5	17	48,6	9	25,7	1	50	34	42,5	0,006
	Evet	1	12,5	18	51,4	26	74,3	1	50	46	57,5	
Verdiği bakımdan memnun olma durumu	Hayır	0	0	2	5,7	8	22,9	1	50	11	13,8	0,05
	Evet	8	100	33	94,3	27	77,1	1	50	69	86,2	
Depresyon ilacı kullanımı	Kullanmıyor	7	87,5	29	82,9	18	51,4	0	0	54	67,5	0,019
	Kullanıyor	1	12,5	4	11,4	15	42,9	2	100	22	27,5	
	Önceden kullanmıştım	0	0	2	5,7	2	5,7	0	0	4	5	
Uyku ilacı kullanımı	Almıyor	8	100	34	97,1	24	68,5	1	50	67	83,7	0,05
	Alıyor	0	0	1	2,9	10	28,6	1	50	12	15	
	Önceden almıştım	0	0	0	0	1	2,9	0	0	1	1,3	
Uyku kalitesi	İyi	3	37,5	12	34,3	2	5,8	0	0	17	21,3	0,011
	Orta	4	50	16	45,7	20	57,1	0	0	40	50	
	Kötü	1	12,5	7	20	13	37,1	2	100	23	28,7	
Bakımın sağlık kontrolüne etkisi	Yok	8	100	18	51,4	9	25,7	0	0	35	43,7	0,001
	Var	0	0	17	48,6	26	74,3	2	100	45	56,3	
Kendini tükenmiş hissetme durumu	Hayır	4	50	10	28,6	0	0	0	0	14	17,5	0,001
	Evet	0	0	7	20	24	68,6	2	100	33	41,2	
	Bazen	4	50	18	51,4	11	31,4	0	0	33	41,3	
Güçsüzlük-çaresizlik hissetme durumu	Hayır	5	62,5	10	28,6	1	2,9	0	0	16	20	0,001
	Evet	0	0	9	25,7	24	68,5	2	100	35	43,7	
	Bazen	3	37,5	16	45,7	10	28,6	0	0	29	36,3	
Hastayla iletişim sıkıntısı yaşama durumu	Hayır	8	100	13	37,1	7	20	0	0	28	35	0,001
	Evet	0	0	16	45,7	16	45,7	2	100	34	42,5	
	Bazen	0	0	6	17,2	12	34,3	0	0	18	22,5	
Hastanızdan dolayı kendi sağlığınızın etkilendiğini hissediyor musunuz?	Hiçbir zaman	7	87,5	9	25,7	1	2,9	0	0	17	21,2	0,001
	Nadiren	0	0	6	17,2	1	2,9	0	0	7	8,8	
	Bazen	1	12,5	11	31,4	16	45,6	0	0	28	35	
	Sık sık	0	0	9	25,7	12	34,3	1	50	22	27,5	
	Hemen her zaman	0	0	0	0	5	14,3	1	50	6	7,5	

* Gözlemlerde beklenen değerlerin %20'den fazlası 5'ten küçük olduğu için değerlendirme Monte Carlo simülasyonu ile yapılmıştır.

Tablo 3. Hastanın Demans Durumu ile Bakım Vereninin Kendini Tükenmiş, Güçsüz-Çaresiz Hissetme, Hastayla İletişim Sıkıntısı Yaşama, Depresyon ve Uyku İlacı Kullanma Durumu ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

		Demans Durumu						P
		Yok		Var		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Kendini tükenmiş hissetme	Hayır	5	19,3	9	16,7	14	17,4	0,177
	Evet	7	26,9	26	48,1	33	41,3	
	Bazen	14	53,8	19	35,2	33	41,3	
Güçsüzlük-çaresizlik hissetme durumu	Hayır	6	23,1	10	18,5	16	20	0,52
	Evet	9	34,6	26	48,2	35	43,8	
	Bazen	11	42,3	18	33,3	29	36,2	
Depresyon ilacı kullanımı	Kullanmıyor	18	69,2	36	66,7	54	67,5	0,429
	Kullanıyor	8	30,8	14	25,9	22	27,5	
	Önceden kullanmıştım	0	0	4	7,4	4	5	
Hastayla iletişim sıkıntısı	Hayır	13	50	15	27,8	28	35	0,001
	Evet	3	11,5	31	57,4	34	42,5	
	Bazen	10	38,5	8	14,8	18	22,5	
Uyku kalitesi	İyi	9	34,5	8	14,9	17	21,3	0,026
	Orta	14	53,8	26	48,1	40	50	
	Kötü	3	11,5	20	37	23	28,7	
Uyku ilacı kullanımı	Almıyor	24	92,4	43	79,6	67	83,7	0,039
	Alıyor	1	3,8	11	20,4	12	15	
	Önceden almıştım	1	3,8	0	0	1	1,3	

* Gözelerdeki beklenen değerlerin %20'den fazlası 5'ten küçük olduğu için değerlendirme Monte Carlo simülasyonu ile yapılmıştır.

Hastanın yatağa bağımlılık durumuyla bakım verenlerin depresyon ilacı kullanma, uyku kalitesi ve uyku ilacı kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin bakım süreleri ile uyku kaliteleri karşılaştırıldığında, bakım süresi arttıkça uyku kalitesinin düştüğü görülmüştür (Tablo 4). Bakım süresi ile bakım verenlerin kendini tükenmiş, güçsüz-çaresiz hissetme, yardım gereksinimi duyma, depresyon ve uyku ilacı kullanım durumları arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Bakım verenlerin ZBYÖ'ye göre bakım yükleri hesaplandığında, ZBYÖ puan ortalamalarının 38.4 ile orta düzeyde olduğu, %10'unun ZBYÖ puanının 12 ile az-hiç, %43.8'inin 30.9 ile orta, %43.8'inin 50.3 ile çok,

%2.5'inin ise 68 ile aşırı derecede olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4. Bakım Verenin Bakım Süresi ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki												
		Bakım Süresi										p
		1-4 Yıl		5-9 Yıl		10 Yıl ve üstü		1 Yıldan az		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Uyku kalitesi	İyi	10	28,6	4	23,5	2	7,4	1	100	17	21,3	0,019
	Orta	14	40	12	70,6	14	51,9	0	0	40	50	
	Kötü	11	31,4	1	5,9	11	40,7	0	0	23	28,7	
	Toplam	35	100	17	100	27	100	1	100	80	100	

* Gözlerdeki beklenen değerlerin %20'den fazlası 5'ten küçük olduğu için değerlendirme Monte Carlo simülasyonu ile yapılmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda ESH tarafından takip edilen hastaların bakım verenlerinin %90'ında orta-çok düzeyde bakım yükü olduğu, bakım verenin hastaya bakma nedeni, verdiği bakımdan memnun olma durumu, hastayla iletişim sıkıntısı yaşaması, tükenmişlik, güçsüzlük-çaresizlik hissetme durumları gibi bazı değişkenlerin bu durumda rol oynadığı saptanmıştır.

Türk toplumunun aile içi ilişkilere değer veren, geleneksel bir yapısı olması nedeni ile hasta bakımı takdir edilen ve bakım verenler tarafından yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak görülse de, bu durum, bakım vermenin, bakım verenler üzerinde bir yük oluşturduğu gerçeğini değiştirmemektedir.⁸ Yapılan birçok çalışma hasta bakımının, bakım verenler üzerinde yoğun bir fiziksel ve duygusal yük oluşturduğunu ortaya koymuştur.⁹⁻¹¹ Özdemir ve ark.'nın kanserli çocuğu olan annelerle; Öksüz ve ark.'nın ise kemoterapi alan kanser hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları çalışmalarda, bakım yükünün orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.^{12,13} Yaşar ve ark.'nın çalışmasında ise yaşlı hastaya bakım verenlerin, bakım yükünün ileri derecede olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Çalışmamızda da ESH alan ve çoğu yaşlı, kronik hastalığı bulunan, yatalak, demansı olan ve uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan hastaların bakım verenlerinde bakım yükünün orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumu, çocuk sayısı, bakım verme süresi ve hastaya olan yakınlığı ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda bakım verenlere ait sosyo-demografik özelliklerin bakım yüküne etkisi ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kekeç'in çalışmasında,

bakım yükü ile bakım verenlerin cinsiyeti, medeni durumu, çalışma şekli ve mesleği arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, yaş, öğrenim durumu ve gelir düzeyi arasında ilişki bulunmuştur.² Çelik'in çalışmasında, eğitim seviyesi ortaöğretim ve üzerinde olan bakım verenlerin bakım yükünün, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹⁵ Kahrıman'ın çalışması, yaşın, bakım yükü üzerinde etkisi olduğunu; cinsiyet, çalışma durumu ve gelir düzeyinin ise etkisi olmadığını ortaya koymuştur.⁹ Bugge ve ark.'nın çalışmasında ise cinsiyetin bakım yüküne etkisinin olduğu ve erkek bakım verenlerin daha az bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir.¹⁶

Araştırmalar, bakım verenlerin sundukları bakım süresinin ve bakım alan kişinin demans ve fonksiyonel bozukluk derecesinin bakım yükü ile ilişkili olmadığını, ancak depresif semptomlar taşıyan veya davranışsal sorunları olan hastalara bakım verenlerde daha yüksek düzeyde bakım yükü olduğunu göstermektedir.^{8,10,11} Çalışmamızda bakım verenlerin bakım verme nedenlerinin, bakım yüküyle ilişkili olarak değişiklik gösterdiği görülmüştür. Bakım yükü az olanların, bakım verme nedenlerinin daha çok duygusal nedenlere ve kendi isteklerine; bakım yükü çok olanların ise bakım verme nedenlerinin daha ziyade mecburi durumlara bağlı olduğu anlaşılmıştır. Nitekim Aldrich'in çalışması da, bakım yükü yüksek olan bakım verenlerin, hastalarıyla birlikte yaşamaktan ve bakım veren rolü üstlenmekten başka seçeneklerinin bulunmadığını ortaya koymuştur.¹⁸

Çalışmamızda bakım yükü arttıkça bakım verenlerin verdikleri bakımdan duydukları memnuniyet düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Bu durumun gelişmesinde artan yüke bağlı bireylerin karşılaştıkları zorluklar ve bu zorluklarla başa çıkamadaki yetersizliklerin rol oynadığı

düşünülebilir. Ancak bu kişilerdeki genel memnuniyetsizlik ve depresif ruh halinin de verilen cevaplar üzerinde etkisinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim bakım yükü aşırı olan bireylerin tamamının antidepresan kullandığı saptanmıştır. Antidepresan kullanım oranı bakım yükü az-hiç olanlarda ise oldukça düşüktü. Cochrane ve ark.'nın çalışmasında, bakım verenlerin kaygı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹⁹ Kaygı insidansındaki artış ile bakım hizmeti verenlerin psikotrop ilaç kullanımının da arttığı gösterilmiştir.²⁰

Bakım yükü arttıkça ve hastaların demans durumu ilerledikçe bakım verenlerin uyku kalitesinin bozulduğu ve uyku ilacı kullanma ihtiyacında da artış olduğu tespit edilmiştir. Uyku kalitesindeki bozulma, bakım yükünün yanında bakım süresi ile de pozitif bir korelasyon göstermiştir. Bu bulgular, bakım verenlerin bakım yükü, depresif semptomlar ve uyku kalitesi yönünden belirli aralıklarla değerlendirilmesinin hem erken müdahale şansını doğurması hem de bilinçsiz uyku/depresyon ilacı kullanımının önüne geçilmesi açısından isabetli olacağı göstermektedir.

Bakım yükü ile bakım verenlerin hastayla iletişim sıkıntısı yaşama durumu arasında doğru orantılı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Yaşlanmayla birlikte bireyde meydana gelen zaman algısı, bellek ve duygu kayıpları ayrıca tabloya demans ve buna bağlı olarak bilişsel bozukluk ve kişilik değişikliklerinin eklenmesi ile ilişkili olarak bakım verenin hastayla iletişim sıkıntısı yaşama durumunda artış olabilir. ESH alan hastaların büyük bir bölümünün yaşlı ve demans hastası olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bakım verenlerin bu konuda desteklenmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Bakım verenlerin hastalarıyla iletişim kurmada uygun yaklaşımları bilmemeleri, iletişim sorunlarının devam etmesine ve bakım yükünün daha da artmasına neden olabilir. Bu nedenle eğitim ve danışmanlık programlarında yaşlı ve demans hastaları ile iletişim kurmanın özellikleri, iletişimi etkileyen faktörler incelenmeli, yaşlı ve demanslı olan hastalarla etkili iletişim kurma ve sorunlarla başa çıkma yöntemleri bakım verenlere öğretilmelidir. Ayrıca uygun durumdaki hastalara da günlük yaşam ve enstrümental yaşam aktivitelerini yerine getirmede, bağımlı durumdan bağımsız duruma geçilebilecek yöntemler öğretilmelidir.^{14,21}

Bakım yükündeki artışa bağlı olarak bakım hizmeti verenin kendi sağlığının kötüye gittiğini hissetmesi durumunda artış olduğu ve sağlık kontrollerini ihmal ettikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar, yapılan diğer bazı çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, bakım verenin sağlık

durumunun bakım yükü üzerinde etkisinin olduğunu gösterse de, bakım verenin sunduğu bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği de düşünülmektedir.^{9,14,22}

Yapılan çalışmalarda yüksek düzeylerdeki bakım yükünün, bakım verenlerde artan morbidite ve mortalite ile ilişkili olabileceği, bakım verenlerde depresyon sıklığının %18 ile %47 arasında değiştiği ve depresyonu olan bakım verenlerin daha yüksek düzeyde bakım yükü deneyimledikleri belirtilmiştir.^{8,17,23}

Bir kohort çalışmasında, eşlerine bakım veren ve bakım yükü tarifleyen 65 yaş üstü kişilerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında %63 oranında artmış bir mortalite riskine sahip oldukları saptanmış ve bakım yükünün erken tanımlanarak uygun müdahalenin yapılmasının önemli olduğu vurgulanmıştır.²³ Yine eşlerine bakım veren ve bakım yükü yüksek düzeyde olan bakım verenlerin Framingham İnce Risk skorlarının, bakım vermeyen eşlere kıyasla %23 daha yüksek olduğu ve mortalite oranlarının artmış olduğu belirlenmiştir.^{18,23}

Bakım verenlerin kendi sağlık durumlarını, diğer kişilere kıyasla daha kötü algılıyor olmalarının yalnızca subjektif bir bulgu olmadığı, immün fonksiyonların bakım verenlerde normal popülasyona kıyasla yavaşlamış olduğu ve viral enfeksiyonların kontrol grubuna göre daha uzun sürdüğü, ayrıca hücrel immünitinin daha düşük olduğu gösterilmiştir.^{20,24}

Yapılan çalışmalarda bakım veren ve bakım alan bireylerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiş ve tedavi ihtiyacı olan bu kişilerin beraber tedavi edilmeleri durumunda sonuçların iyileştiği gösterilmiştir.^{23,25} Bakım yükünün bakım verenler üzerinde uygulanan psiko-eğitim, beceri eğitimi ve terapötik danışma müdahaleleri gibi eğitim ve destek hizmetleri ile azalabileceği ve böylece hem bakım alan hem de bakım veren açısından daha kaliteli ve sağlıklı bir bakım ortamının oluşabileceği, çeşitli meta-analizlerle gösterilmiştir. Yine verilen eğitimlerin, demanslı hastaların sağlık kurumuna yatırılma riskini de azalttığı gösterilmiştir.^{18,26}

Özellikle aile hekimleri, bakım verenlerin sağlığı ve esenliği üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilirler. Bakım verenin yük seviyesini değerlendirerek fiziksel ve duygusal yönden risk altında olan bakım verenleri belirleyebilir, davranış yönetim teknikleri ve baş etme stratejileri konusunda eğitebilir, bakıma bütüncül yaklaşım getirerek, onları bu zorlu rolün birçok aşamasına hazırlamaya yardımcı olabilirler.²³ ESH kapsamındaki ev ziyaretlerinde bakım verenlerin de özellikle psikososyal yönden değerlendirilmesi,

bakım verenlerde en sık karşılaşılan sağlık problemi olması sebebiyle depresyonun rutin olarak taranması, ihtiyaca göre rehberlik hizmetlerinin psikolog-psikiyatrist eşliğinde yapılarak erkenden gerekli destek hizmetlerinde bulunulması ve toplum ruh sağlığı merkezlerinin aktif olarak olaya katılması; özellikle demanslı hastaya bakım veren, yüksek bakım yükü tarifleyen, bakım süresi uzun olan ve bakım nedeniyle sağlık kontrollerini aksatan bakım verenlerin yakından izlenmesi uygun olacaktır.

Bunun yanı sıra bakım verenlerin, hastalık süreciyle ilgili bilgilerinin eksik olması, bakımla ilgili kaygı ve endişelerini ve dolayısıyla da streslerini arttırabileceği için, süreç hakkında bilgilendirilmeleri, gerekli hususlarda eğitim-danışmanlık hizmeti almaları; bakım verenlerin çoğunun bakımı tek başına üstleniyor olması dikkate alınarak bakım hususunda gerektiğinde yardımcı olabilecek organizasyonların belediyeler, sivil toplum örgütleri ve devlet bünyesinde gerçekleştirilmesi; bakım verenler arası koordinasyon ve yükün paylaşılması yönünde aile-akraba ve komşuluk bazında destek sistemlerinin harekete geçirilmesi, sosyal destek ve kaynakların araştırılmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

SONUÇ

ESH uygulamasının sadece hastaya yönelik değil, bakım verenler için de kapsamlı, özellikle psikolojik ve sosyal destek alanlarında genişletilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Unutulmamalıdır ki bakım verenlerin bedensel ve ruhsal durumlarının iyi olması, verdiği bakımın kalitesine de olumlu yönde yansıtacaktır. Bu nedenle bakım verenler de en az bakım alanlar kadar ilgi ve alakayı hak etmektedirler.

Çıkar çatışması

Yazarların çalışma ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Maddi destek

Çalışma için herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

REFERANSLAR

- 1- Yeşiltaş A, Adıgüzel O. Evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının memnuniyeti. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi 7(1):863-80.
- 2- Kekeç M. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi) Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2011. p.1-30.
- 3- Sherwood PR, Given CW, Given BA, von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. J Aging Health. 2005 Apr;17(2):125-47.
- 4- Bekdemir A. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bakım yükünün belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014. P.20-31.
- 5- Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu GE, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15:1.
- 6- Zarit SH, Reeve KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist 1980; 20:649-55.
- 7- İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği' nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(4):85-95.
- 8- Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9(3):22-9.
- 9- Kahrıman F. Kanserli hastalara bakım verenlerde bakım yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014. p.42-50.
- 10- Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. The Gerontologist 1989;29(6):798-803.
- 11- Siegel K, Houts PE. Caregiver burden and unmet patients needs. Cancer 1991;68:1131-40.

- 12- Özdemir FK, Şahin AZ, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26:153-8.
- 13- Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatol J Clin Investig* 2013;7(1):26-32.
- 14- Yaşar Koyuncu E. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler (Tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009. P.72-94.
- 15- Çelik A. İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü; 2014. P.1-22.
- 16- Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers: Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke* 1990;30:1517-23.
- 17- Rosenthal CJ, Sulman J, Marshall VW. Depressive symptoms in family caregivers of long-stay patients. *Gerontologist*. 1993;33:249–56.
- 18- Aldrich N. CDC Seeks to Protect Health of Family Caregivers. http://www.chronicdisease.org/nacdd-initiatives/healthyaging/meetingrecords/ha_cib_healthoffamilycaregivers.pdf/view. Accessed March 24, 2014.
- 19- Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The mental health of informal caregivers in ontario: An epidemiological survey. *Am J Public Health*. 1997;87:2002–07.
- 20- Lauren GC, Kristine S. Caregiver Care, Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania, American Family Physician www.aafp.org/afp, 2011;volume 83, Number 11.
- 21- Maviş İ, Özbabalık M. Yaşlılıkta nörolojik temelli iletişim sorunları ve dil ve konuşma terapisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2006;1:1-18.
- 22- Yoon H. Factors associated with family caregivers' burden and depression in korea. *Int J Aging Hum Dev*. 2003;57(4):291-311.
- 23- Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*. 1999;282(23):2215-19.
- 24- Kiecolt-Glaser JK, Dura JR, Speicher CE, Trask OJ, Glaser R. Spousal Caregivers of Dementia Victims: Longitudinal Changes in Immunity and Health. *Psychosom Med*. 1991;53:345–362.
- 25- Schulz R, O'Brien A, Czaja S, Ory M, Norris R, Martire LM. Dementia caregiver intervention research: In search of clinical significance. *Gerontologist* 2002;42(5):589-602.
- 26- Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*. 2006;18(4):577-95.