

Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları

Burden and Burnout of Caregivers Whose Patients Treated at the Palliative Care Center

Memet Taşkın EGİCİ¹®, Meral KÖK CAN², Dilek TOPRAK³®, Güzin ZEREN ÖZTÜRK¹®, Elif Serap ESEN¹®, Burcu ÖZEN⁴, Nurcan SÜREKCİ⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

³Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

⁴Eyyüpsultan Devlet Hastanesi, Palyatif Bakım Servisi, İstanbul, Türkiye

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Servisi, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, halen evde bakım hizmetinden yararlanmakta iken çeşitli nedenlerle palyatif bakım merkezlerinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesi; hastalar yanında bakım verenlerin gereksinimlerini karşılamaya yönelik tıbbi-sosyal hizmet planlamalarına katkı sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören 129 hastaya bakım verenlerde yapıldı. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Sosyodemografik bilgi formu, Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği formu yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurularak veriler elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 92'si (%71,3) kadındı, çoğunluğu (%54,3) 41-64 yaş grubundaydı ve en yüksek oranda (%42,6) hastaların çocukları bakım vermekteydi. Bakım verenlerin ortalama puanları sırasıyla Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden 37,71±15,44, Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt grupları olan duygusal tükenmişlikten 12,16±8,20, duyarsızlaşmadan 4,19±4,25 ve kişisel başarıdan 19,68±5,43 puan olduğu belirlendi. Bakım verenlerin bakım yüklerinin artması ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt grupları duygusal tükenme (R=0,611, p=0,000) ve duyarsızlaşma (R=0,476, p=0,000) arasında pozitif yönde, kişisel başarı (R=-0,232, p=0,008) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu.

Bakım verenin yükü arttıkça tükenmişlik düzeyi artmaktaydı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, bakım hizmeti karşılığında ücret alma durumu, başka bir bakıcı ile çalışılması ve baktığı hastanın tanısı ile Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Sonuç: Bakım verenlerin yükleri arttıkça tükenmişlikleri de artmaktadır. Bakım süresinin uzunluğu ve kronik hastalık varlığı tükenmişliği artırmaktadır. Sağlık çalışanları tarafından bakım verenlerin durumunun değerlendirilmesi, psikososyal olarak destek verilmesi, bakım yükünün ve tükenmişlik duygusunun azaltılması ve aynı zamanda bakım hizmetinin kalitesi açısından uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, evde bakım hizmetleri, bakıcılar, tükenmişlik

ABSTRACT

Objective: This study was performed to evaluate the burden and the burnout of the caregivers who take care of the patients in the palliative care centers for various reasons, while under observation of home care services; and contribute to meet the caregivers needs.

Method: A total of 129 caregivers whose patients treated in Beyoğlu Public Hospitals Association palliative care centers were enrolled in the study. The study is cross-sectional and descriptive. They were interviewed face-to-face. The socio-demographic data sheet, Zarith Burden Interview (ZBI) and Maslach Burnout Inventory (MBI) were used during the interview.

Results: Of the 129 caregivers, 92 (71.3%) were women, 54.3% of them were at the age of 40-64; 42.6% of them were the children of the patients. The mean Zarith Burden Interview score was 37.71±15.44 and the Maslach Burnout Inventory scores of Emotional Exhaustion was 12.16±8.20, the Depersonalization score was 4.19±4.25 and the Personal Accomplishment score was 19.68±5.43, respectively. We found a positive correlation between the increasing burden of caregivers with the subgroups of Maslach Burnout Inventory Emotional Exhaustion (R=0.611; p=0.000) and the Depersonalization (R=0.476; p=0.000). There was a negative correlation with the increasing burden of caregivers and the Personal Accomplishment (R=-0.232; p=0.008).

When the Zarith Burden Interview score increased the level of Maslach Burnout Inventory was also increasing. There were no relation between age, gender, marital status, education status of caregivers, absence of financial support, working with another caregiver and the diagnosis of the patients with Zarith Burden Interview and Maslach Burnout Inventory (p>0.05).

Conclusion: When burden of the caregivers increase; their burnout also increases. Longer caregiving periods and having chronic disease increase burnout too. It is important to evaluate the status of caregivers, giving psychosocial support, reducing the burden and burnout by healthcare professionals. These are also important for quality of the medical care services.

Keywords: Palliative care, home care services, caregivers, burnout

Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Memet Taşkın Egici, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul
e-posta: megici@gmail.com
doi: 10.5222/jaren.2019.38247

ORCID numaraları

M.T.E. 0000-0003-2319-5739, M.K.C., D.T. 0000-0001-5119-9089, G.Z.Ö. 0000-0001-7730-2929,
E.S.E. 0000-0002-1303-4360, B.Ö., N.S.

Alındığı tarih: 24.10.2018

Kabul tarihi: 03.12.2018



GİRİŞ

Teknolojide ve tıpta yaşanan gelişmelerle beraber beklenen yaşam süresi uzamış ve yaşlı nüfus oranı artmış; öte yandan kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların yaygınlığı da artış göstermiştir. Hastalığın tanı ve tedavisinin amaçlandığı sağlık hizmeti sunumu yanında yaşam kalitesini arttırmaya dönük rehabilitasyon ve bakım hizmetleri önem kazanmıştır ⁽¹⁾. Bir sağlık merkezinde yapılan tedavilere ilave olarak ayaktan tedaviler ve toplum tabanlı sağlık bakımı yaygınlaşmaktadır ⁽²⁾. Bakım hizmeti sunumu, sağlık kuruluşlarından evde yapılan bakıma doğru yer değiştirmekte ve evde bakım hizmeti verilen hasta sayısı giderek artmaktadır ⁽³⁾.

Bakım hizmetleri iki şekilde sunulmaktadır. Bunlardan ilki, resmi ve özel kurumlar tarafından yapılan formal bakım, diğeri ise aile, yakın akraba, komşu veya arkadaşlar tarafından sağlanan informal bakımdır ⁽⁴⁾. Formal bakım hizmetlerinin başında palyatif bakım ve evde sağlık hizmetleri gelmektedir.

Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmetini “hastalara, sağlık ekibi tarafından fizyoterapi, rehabilitasyon, psikolojik ve tıbbi tedavi hizmet gereksinimlerini karşılayacak şekilde aileleri ile yaşadıkları ortamda, takip hizmetlerinin sunulması olarak” tanımlamıştır ⁽⁵⁾. Evde bakım hizmeti, bakıma gereksinimi olan bireylere özel muayene, tetkik, tahlil, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi; cihaz, ilaç, malzeme kullanımına ait raporların çıkartılması gibi sağlık hizmetlerinin aileleri ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sunulmasını sağlamaktadır. Evde bakım hizmeti bu özellikleri ile informal bakım alan bireylerin hizmet aldıkları önemli noktalardır. Evde sağlık hizmeti sunumu ile ilgili mevzuatların oluşturulması ve 2005 yılından başlayarak kamu tarafından verilmeye başlanması ve giderek yaygınlaştırılması önemli bir gelişme olmuştur ⁽⁶⁾. Fakat hizmet kapsamının diğeri bazı “sosyal bileşenler”den yoksun olması veya yalnızca tıbbi hizmetler düzeyinde kalması, hastaların diğeri sağlık dışı sorunlarına çözüm sağlamamaktadır ⁽⁶⁾.

Palyatif bakım ise kanser, inme gibi ağır hastalığı olan kişilerde hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonları önlemeye, hastayı rahatlatmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik multidisipliner bir bakımdır ⁽⁷⁾. Geçmişte palyatif bakım hastalıklarının son

dönemlerinde olan hastalara uygulanması gereken bir yaklaşım olarak görülürken, şimdi yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte yürütülmesi gerektiği görüşü hakimdir ⁽⁸⁾. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm ülkelerde geniş bir örgütlenme ile hizmet verebilecek palyatif bakım merkezlerinin kurulmasını ve geliştirilmesini öngörmektedir ⁽⁹⁾. Ülkemizde tarihsel açıdan ilk olarak palyatif bakım vermek amacı ile kurulan kurum, 1896 yılında II. Abdülhamit tarafından yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet veren ve günümüzde de hizmet vermeye devam eden Darülaceze’dir ⁽¹⁰⁾. Günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi 2014 yılında yürürlüğe konulmuş ve 2015 tarihinde revize edilmiştir ^(11,12). Sağlık Bakanlığı palyatif bakım merkezlerini (PBM) “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlar ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken belirlenerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yollarıyla arttıran merkezler” olarak tarif etmiş ve güncel durumda 81 ilde 4.361 yatak ile 332 sağlık tesisi tarafından palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır ⁽¹³⁾. Ayrıca üniversite ve özel hastaneler tarafından da palyatif bakım hizmeti verilmektedir.

İnformal bakım bakılan kişi ve bakım veren açısından farklı boyutları olan bir deneyimdir. Bakıma gereksinimi olan ve bakım veren için çeşitli zorlukların yaşandığı bir süreçtir. Bakım veren kişi bakım verdiği kişinin sorumluluğunda üstlendiği için ekstra maddi ve manevi bir yük üstlenmiş olur. Bu yük zaman içinde bakımı veren bireyi psikolojik, sosyal, fiziksel olarak olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda, bakım verenlerde infeksiyon hastalıkları ve depresyon başta olmak üzere, anksiyete ve tükenmişlik sendromları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların görülme oranının arttığı saptanmıştır ^(14,15). Bakım veren kişinin sağlık sorunu yaşaması bakım verdiği kişinin bakımını aksatmasına neden olacak ve sağlığını etkileyecektir. Bu nedenle bakıma gereksinimi olan bireylerin sağlık durumunun değerlendirilmesinin yanında bakım verenlerinde değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, halen evde bakım hizmetinden yarar-

lanmakta iken, çeşitli nedenlerle palyatif bakım merkezlerinde yatan hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları değerlendirilmiş, bakım verenlerin sosyodemografik durumları, kronik hastalık durumları, bakım yükü ve tükenmişlik durumlarının ilişkisi incelenerek hastalar yanında bakım verenlerin gereksinimlerini karşılamaya yönelik tıbbi-sosyal hizmet planlamalarına katkı sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, evde sağlık hizmetleri tarafından takip edilen ve Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği palyatif bakım merkezlerinde (PBM) tedavi gören 129 hastaya bakım verenler üzerinde 01.04.2017-31.05.2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmaya; hastalara bakmakla görevli, yanlarında refakat etmekte olan, 18 yaş ve üzeri ve sorulan soruları anlayabilecek olan bireyler alınmıştır. Evrenin tümü örneklem grubu olarak alındığı için herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmamıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bakım verenlerin Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Zarith Bakım verme Yükü Ölçeği (ZBYÖ) kullanılmış ve anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Kişisel Bilgi Formu benzer çalışmalar doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış; bakım verenin yaş, cinsiyet, medeni durumu ve öğrenim bilgileri; çalışma şekli, bakım verme süresi ve kronik hastalıkları gibi tanımlayıcı sorular sorulmuştur ^(16,17).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen ve Maslach'ın adıyla literatüre geçen bu ölçek, toplam 22 soru ve üç alt gruptan oluşan Likert tipi bir ölçektir. Bu alt ölçeklerden Duygusal Tükenme (DT) alt ölçeği 9 maddeden (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), Duyarsızlaşma (DYS) alt ölçeği 5 maddeden (5, 10, 11, 15, 22) ve Kişisel Başarı (KB) alt ölçeği de toplam sekiz maddeden (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde "1 hiçbir zaman" ve "7 her zaman" şeklinde puanlanmaktadır. Özgün formunda yedi kademeli olan yanıt seçenekleri; Çam

(1991) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak "0 hiçbir zaman", "4 her zaman" olarak beş kademeli olarak düzenlenmiştir. Tükenmişlik alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları Duygusal Tükenme alt ölçeği 0.82; Duyarsızlaşma alt ölçeği 0.64; Kişisel Başarı alt ölçeği 0.77 şeklindedir.

Düşük düzey tükenmişlik Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki düşük, kişisel başarı alt ölçeğinden yüksek puan alınmasıyla, orta düzeyde tükenmişlik, her üç alt ölçek için orta düzey puan alınmasıyla açıklanmaktadır. Yüksek düzey tükenmişlik ise Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puan ve Kişisel Başarı alt ölçeğinden düşük puan alınmasıyla ilişkilidir ⁽¹⁸⁾. Ölçekten en az 0 puan, en fazla 88 puan alınmaktadır.

Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği

Zarith, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında, bakım gereksinimi bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. İnci ve arkadaşları tarafından Türkçeye 2006 yılında çevirilmiştir ⁽¹⁹⁾. Güvenilirlik katsayısını gösteren Cronbach alfa değeri Bakım Verme Yükü Ölçeği için 0.95 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Bakım vermenin bakım veren bireyin yaşamına etkisini ölçmek için kullanılan ve 22 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçek Likert tipi değerlendirmeye sahiptir; "0 asla", "4 hemen her zaman" şeklinde 5 kademeli bir ölçektir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, bakım yükündeki artışı göstermektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.03.2017 tarih ve 764 sayılı onayı ile yapıldı. Veri toplama araçlarını uygulamaya başlamadan önce bakım verenlere çalışmanın amacıyla ilgili bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözlü onam alınmıştır. Çalışmada kullanılmış olan MTÖ ve ZBYÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliğini gerçekleştiren Çam ve İnci'den izin alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 16.0 for

Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı, yüzde ve ortalama olarak verildi. One sample T-test, pearson korelasyon, çapraz tablo analizleri kullanıldı. Bağımsız gruplar ki-kare analizi ile test edildi. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Örneklem Kişisel ve Bakım Roline İlişkin Özellikleri

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden 129 bakım veren birey mevcuttu. Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin çoğu (%71,3, n=92) kadın olup, bakım verenlerin %43,4’ünün (n=56) ilkökul mezunu, %82,2’sinin (n=106) evli ve %42,6’sının (n=55) bakım verilenin çocuğu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları $48,85 \pm 14,60$ ’tır (min=20, max=88).

Bu çalışmada bakım verenlerin %65,9’u (n=85) hastasının gün içerisinde yalnız başına bırakılmadığını belirtti.

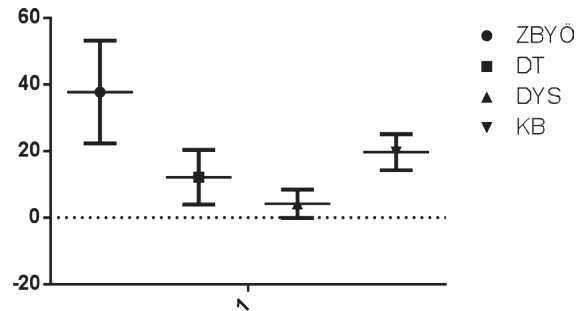
Tablo 1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı.

	N	%
Yaş grupları		
40 yaş ve altı	39	30.2
41-64 yaş	70	54.3
65 yaş ve üzeri	20	15.5
Cinsiyet		
Kadın	92	71.3
Erkek	37	28.7
Medeni Durum		
Evli	106	82.2
Bekar-dul	23	17.8
Eğitim Düzeyi		
Okuma yazması yok	12	9.3
Ortaokul ve altı	69	53.5
Lise ve üzeri	48	37.2
Bakım tipi		
Gece/gündüz	9	7
24 saat	120	93
Haftalık bakım süresi		
Haftanın hergünü	108	83.7
Haftanın belirli günleri	21	16.3
Toplam bakım süresi		
1 yıl üzeri	53	41.1
1 yıl ve altı	76	58.9
Bakım Vereninin Kronik Hastalık Durumu		
Evet	46	35.7
Hayır	83	64.3

Haftanın hergünü bakım vermek zorunda olan 108 (%83,7) kişi mevcuttu. 121 kişi (%93,8) ise baktığı günlerde 24 saat bakım verme sorumluluğunun kendilerinde olduğunu belirtirken, 76 kişi (%58,9) ise hastaya bakmak dışında (ev işi, yemek yapmak vb.) ilave görevler yaptığını belirtti. Bakım verenlerden bu işi ücret karşılığında yapan yalnızca 21 (%16,3) kişi vardı. Bakmakla yükümlü olan kişilerden 14’ü (%10,9) aynı zamanda maaşlı başka bir işte çalışmaktaydı.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları ile İlişkili Bulgular

Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği’nden alınan toplam puan ortalaması $37,71 \pm 15,44$ (min=0, max=78) olarak bulundu. Zarith Bakım verme Yükü Ölçeği’nin toplam puanının median değeri 39 olup, hastaların %51,2’si 39 ve üstünde puan almıştı. Bu grup bakım yükü fazla olan grup olarak değerlendirildi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin alt gruplarından alınan puanların ortalaması; Duygusal Tükenmişlik $12,16 \pm 8,20$, Duyarsızlaşma $4,19 \pm 4,25$ ve Kişisel Başarı $19,68 \pm 5,43$ idi (Grafik 1).



*ZBYÖ: Zarith Bakım verme Yükü Ölçeği; MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği; DT: Duygusal Tükenmişlik; DYS: Duyarsızlaşma; KB: Kişisel Başarı.

Grafik 1. Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Gruplarından Alınan Puanların Dağılımı.

Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği ve MTÖ’i puan ortalamaları arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yakınlık derecesi gibi değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği ve MTÖ’i puan ortalamaları ile örneklem yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Bakım vermekle yükümlü olan kişilere ilave görevler verildiğinde ZBYÖ’den, MTÖ’i duy-

Tablo 2. Sosyodemografik Özelliklerine Göre Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Grupları Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (n=129).

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği								
	Zarith Bakımverme Yükü Ölçeği		Duygusal Tükenme Alt Grubu		Duyarsızlaşma Alt Gurubu		Duyarsızlaşma Alt Gurubu		
	Ortalama±Sd.	P	Ortalama±Sd.	P	Ortalama±Sd.	P	Ortalama±Sd.	P	
Cinsiyet									
Kadın (n=92)	39,28±14,73	0,068	12,21±8,32	0,768	4,39±4,46	0,352	19,84±5,14	0,612	
Erkek (n=37)	33,81±16,63		11,73±8,14		3,68±3,68		19,30±6,17		
Medeni Durum									
Evlü (n=106)	38,51±15,64	0,210	12,40±8,38	0,336	4,11±4,26	0,678	19,49±5,58	0,392	
Bekar-dul (n=23)	34,04±14,19		10,57±7,53		4,52±4,29		20,56±4,71		
Bakım Veren Kişiden Başka Hizmet Beklenme Durumu (ev işi, yemek yapmak vs.)									
Evet (n=76)	42,49±14,57	0,000	14,20±8,19	0,000	5,22±4,58	0,000	19,26±4,85	0,269	
Hayır (n=53)	30,87±14,12		9,02±7,36		2,70±3,23		20,28±6,18		
Bakım Veren Kişinin Kronik Hastalık Durumu									
Evet (n=46)	43,13±14,12	0,003	15,13±7,36	0,001	5,09±4,42	0,073	18,93±5,33	0,246	
Hayır (n=83)	37,71±15,39		10,37±8,25		3,69±4,10		20,10±5,48		

gusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları (p=0,000, 0,001, 0,000); MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptandı (p=0,269) (Tablo 2). Aynı zamanda bakım veren kişinin kronik hastalığı varsa ZBYÖ ve MTÖ Duygusal Tükenmişlik alt gurubu puanlarının anlamlı olarak kronik hastalığı olan grupta daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,003, 0,002). Öte yandan haftalık ve yıllık bakım verme süresi arttıkça ZBYÖ puanının arttığı saptandı (p=0,036, 0,011). Yıllık bakım verme süresinde artma ile MTÖ Duygusal Tükenmişlik arasında çok düşük pozitif anlamlı ilişki (R=0,208, p=0,018), Kişisel Başarı arasında çok düşük negatif anlamlı ilişki mevcuttu (R=-0,176, p=0,046).

Bakım verenlerin bakım yüklerinin artmasının MTÖ alt gruplarına etkisi incelendiğinde, Duygusal

Tükenme (R=0,611, p=0,000) ve Duyarsızlaşma (R=0,476, p=0,000) ile arasında pozitif yönde, Kişisel Başarı (R=-0,232, p=0,008) ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Bu sonuçlar bakım yükü arttıkça bakım verenin tükenmişlik düzeyi arttığını göstermektedir.

Bakım yükü açısından ZBYÖ'den 39 ve üstü puan ile 39 altı puan alan katılımcılar iki grup olarak incelendiğinde, 2 grup arasında MTÖ'nin alt grupları olan Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı açısından anlamlı ilişki saptandı (p=0,000, p=0,000, p=0,004). Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği'nden 39 ve üstünde puan alanların MTÖ Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ZBYÖ'den 39 altı puan alanlardan fazla olup, Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme düzeyinin arttığını göstermektedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tablo 3. Zarith Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=129).

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği					
	Duygusal Tükenme Alt Grubu		Duyarsızlaşma Alt Gurubu		Kişisel Başarı Alt Gurubu	
	Ortalama±Sd.	P	Ortalama±Sd.	P	Ortalama±Sd.	P
Zarith Bakımverme Yükü Ölçeği						
39 puanın altında alanlar (n=63)	7,00±6,23	0,000	2,22±3,08	0,000	20,92±5,98	0,004
39 ve üzerinde puan alanlar (n=66)	16,91±6,93		6,06±4,39		18,50±4,60	

*Student t test



Kişisel Başarı puanı ise 39 ve üstünde puan alanlarda az olup, bakım yükü arttıkça kişisel başarının azaldığını göstermektedir (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bakıma gereksinimi olan hastalara bakım vermek, bakım veren açısından çeşitli zorlukları beraberinde getirmektedir. Bakım verme, zaman içinde bakımı vereni duygusal ve sosyal yönden olumsuz etkileyen bir yük haline dönüşmektedir. Bu kapsamda bakım verenlerin bakımverme yükü ve tükenmişlik durumları ile ilgili veriler güncel literatür ışığında tartışılacaktır.

Toplumumuz gelenek göreneklerine bağlı ataerkil bir toplum yapısına sahip olması çoğu toplumda olduğu gibi kadınların bakım sorumluluğunu (bebek, çocuk, yaşlı vb.) daha çok üstlenmesine neden olmaktadır. Çalışmada, buna uygun olarak bakım verenlerin %71,3'ünün kadın olduğu belirlenmiş olup, Lin ve ark. (20) (%63,3) ile Zaybak ve ark.'nın (21) (%77) yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin yakınlık dereceleri değerlendirildiğinde Pang ve ark. (22) Tayvan'da hastalara daha çok eşlerinin baktıklarını saptamıştır. Bu çalışmada ise Tuna ve ark.'nın (23) ve Akgün'ün (24) yaptıkları çalışmalar ile uyumlu olarak bakım verenlerin çoğunlukla kişinin çocuğu/çocukları olduğu belirlendi. Bu durum, geleneksel Türk aile yapısı, aile bağlarının güçlü olması ile ve anne babaya bakma görevinin çocuklarından beklenmesi ile açıklanabilir.

Bakım yükü açısından değerlendirildiğinde, bireylerin ZBYÖ ortalama puanı $37,71 \pm 15,44$ olarak bulundu. Kanserli hasta yakını olan bakım veren bireylerin ZBYÖ puan ortalamaları $39,02 \pm 18,44$; Samsun ilinde bir hastanenin bazı dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarının ZBYÖ puan ortalamaları $30,7 \pm 13,6$ olarak çıkmıştır (25,16). Bir başka çalışmada ise, engelli çocuk ve yaşlılara bakım verenlerin yükü karşılaştırılmış engelli çocukların annelerinde ZBYÖ ortalaması $40,7 \pm 6,9$ puan iken, engelli yaşlılara bakım verenlerde ise ZBYÖ ortalama $50,9 \pm 5,7$ puan olarak bulunmuştur (26). Çalışmalardaki ZBYÖ puanlarının farklı oluşu bakım verilen hasta gruplarının yaş, sağlık ve engel durum-

larının farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bakım yükü ve bakım verenin cinsiyeti arasındaki ilişkisi incelendiğinde kadınlar erkekler göre daha yüksek bakım yükü puanı almış olmasına rağmen, bu fark anlamlı bulunmadı. Akgün ve ark. (15) çalışmamıza benzer şekilde kadın ve erkekler arasında fark saptamamışlardır. Zaybak ve ark.'nın (21) yatağa bağımlı bireylere bakım verenlerin bakım yükünü araştırdığı çalışmada ise, kadınların daha fazla etkilendiği gösterilmiştir. Elbetteki kadınların evdeki sorumluluklarının erkeklerden fazla olması ve bakım verdikleri hastalardan başka bireylerin gereksinimlerini de karşılıyor olmaları bunun nedeni olabilir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar bakım veren kişinin bakım verdiği süre uzadıkça bakım yükü puanının arttığı göstermiştir. Mollaoğlu ve ark.'nın (27) yaptığı çalışmada, benzer şekilde bakım verme süresi ile bakım yükü arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Bakım süresinin uzaması ile kişilerin kendi aileve sosyal yaşamlarına vakit ayıramaması, zamanla oluşan çaresizlik ve yorgunluk duygusunun yanı sıra hastaların genellikle kötü progress göstermeleri ile artan sorumluluklarının böyle bir sonuca neden olduğu düşünülebilir.

Bakım verenlerin kronik hastalığı varsa ZBYÖ'den anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları saptandı. Pürlüsoy ve ark. ise (28) yapmış oldukları çalışmada, eşlik eden hastalığı olmanın bakım yükü üzerine etkisini saptamamışlardır. Buna karşın Mollaoğlu ve ark. (27) sağlık sorunu olan, Kalinkara ve ark.'da (17) kronik hastalığı olan bakım vericilerin bakım yükünü artmış olarak belirlemişlerdir. Araştırma kapsamında benzer bir sonuç elde edildi. Bakım verenin kronik bir hastalığa sahipse hastalığı olmayan gruba oranla kendi tedavi gereksinimini karşılaması için gereken ekstra zaman, bazen hastalığının kontrol altında tutulmaması ve komplikasyon gelişmesi gibi durumlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan grubun kendisine bakmak için gereken bakım yüküne hastasının bakım yükünün eklenmesi sonucunda bakım yükünün arttığı düşünüldü.

Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt gruplarından alınan puanların ortalamaları sırasıyla Duygusal Tükenmişlik $12,16 \pm 8,20$, Duyarsızlaşma $4,19 \pm 4,25$ ve Kişisel Başarı $19,68 \pm 5,43$ idi. Kokurcan

ve arkadaşları, şizofrenik hastalara bakım veren hasta yakınlarında yaptıkları çalışmada, puanların ortalamaları Duygusal Tükenmişlik 14,55±8,15, Duyarsızlaşma 5,00±3,39 ve Kişisel Başarı 21,22±6,01 olarak bulunmuşlardır⁽²⁹⁾. Hasta refakatçileriyle 2018 yılında yapılan bir çalışmada, MTÖ puanları Duygusal Tükenmişlik 15,134±6,616, Duyarsızlaşma 6,626±2,622 Kişisel Başarı 28,176±5,509 olarak bulunmuştur⁽³⁰⁾. Farklı çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesi çalışmaların evrenlerinin farklılığından kaynaklanmaktadır.

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile tükenmişlikleri arasındaki ilişki literatürde birçok çalışmada araştırılmış farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kokurcan ve ark.⁽²⁹⁾ şizofrenik hastalara bakım verenlerde yaptığı çalışmada cinsiyetin tükenmişliğe anlamlı bir etkisini bulamamışken, Yıldızhan ve ark.⁽³¹⁾ Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik düzeyinin düşük eğitim düzeyi ile arttığını ve evli, çocuğu olan kadınların tükenmişlik için risklerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları ve yakınlık derecesi gibi sosyodemografik veriler ile MTÖ arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu sonuç Fried ve ark.'nın⁽³²⁾ ile Akgün ve ark.'nın⁽¹⁵⁾ buldukları sonuçlar ile uyumludur.

Literatürde çeşitli ölçeklerle bakım yükü ve tükenmişlik arasındaki ilişki araştırılmış ve bakım yükü arttıkça tükenmişlik durumunun da arttığını gösterilmiştir^(17,30). Bu çalışma ile aynı ölçeklerle çalışan Salamara ve ark.⁽³³⁾, Yıldızhan ve ark.⁽³¹⁾ çalışma ile uyumlu olarak bakım yükü arttıkça tükenmişlik durumunun da arttığı belirlenmiştir. Bakıma gereksinimi olanları değerlendirirken bakım verenlerin de değerlendirilmesi her iki grubun sağlığı açısından önemlidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bakım yükünün artması ile tükenmişlik duygusu artmaktadır. Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı bakım yükünden olumsuz etkilenmektedir. Tükenmişlik durumu yalnızca bakım vereni değil bakım gören bireyi de olumsuz etkilemektedir. Bakıma gereksinimi olan bireylerin yanı sıra bakım verenlerinde sağlık ve sosyal açıdan değerlendirilmesi gereklidir.

Bu kapsamda sağlık personellerine de farkındalık eğitimleri yapılması, bakım veren bireylere psikososyal destek verilerek bakım yükünün azaltılması, bu kapsamda sosyal hizmet uzmanlarından destek alınması, hastaya verilen hizmetin diğer kişiler tarafından da paylaşılması, bakım yükünün ve tükenmişlik duygusunun azaltılması ve bunun sonucu olarak bakım hizmetinin kalitesinin artırılması açısından uygun olacaktır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Metropol bir şehir olan İstanbul'da belirli bir bölgede yapılmış olması çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Şahin Ş, Toprak S, Ünal E. QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları. *Medicine Science* 2012;1(4):232-43.
2. Atagün M, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Caregiver Burden in Chronic Diseases. *Current Approaches in Psychiatry*. 2011;3(3):513-52. <https://doi.org/10.5455/cap.20110323>
3. Johnson RM, Gorman LM, Bush N. Psychosocial Nursing Care Along The Cancer Continuum. (Eds. Sendelbach S.) ONS Publishing Division, Piittsburg, Pennsylvania; 2006. P.585-610
4. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk - Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15:39-44.
5. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005 URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5.htm>. Ekim 20,2018
6. Uzan MM, Egici MT, Toprak D. Evde Sağlık Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2017;7:117-21. <https://doi.org/10.5152/jarem.2017.1286>
7. Morison RS, Meier DE. Palliativecare. *The New England Journal of Medicine*. 2004;350:2582-90.
8. Borasio GD. Translating the world health organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care*. 2011;9(1):1-2. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000489>
9. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, World Cancer Report 2008. Lyon. IARC Press; 2008.p:510.



10. Güngör S. Osmanlı'dan Türkiye Cumhuriyetine Bir Hayır Örgütü: İstanbul Darülcaceze Müessesesi. *Türk İdare Dergisi* 2009;163-164:157-81.
11. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge; 09.10.2014 tarih ve 2014.5407. 1970/ 640 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan.
12. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge; URL:<https://hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/TR,5016/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri; URL: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>. Ekim 20,2018
14. Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26(4):922-53. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(03\)00327-0](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(03)00327-0)
15. Akgün ŞZ, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;12(2):1-9.
16. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M. Altmış beş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dergipark Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;1(2):40-50.
17. Kalıncara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Elderly Issues Research Journal*. 2017;10(2):19-39.
18. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlilik Ve Güvenilirliğinin Araştırılması. In: VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara; 1992. S. 155-60.
19. 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.
20. Lin PC, Lu CM. Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(6):719-26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01130.x>
21. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15:1.
22. Pang FC, Chow TV, Cummings JL, Leung VP, Chiu HF, Lam LC, et al. Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease on chinese and american caregivers. *International Journal of Geriatr Psychiatry*. 2002;17(1):29-34. <https://doi.org/10.1002/gps.510>
23. Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010;17(1):41-52.
24. Akgün ZŞ. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (Koah) bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2014;12(3):113-19.
25. Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(1):33-39.
26. Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013;3(1):1-7.
27. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (online)*. 2011;4(3):125-130. URL: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4595/125-130_mollaoğlu.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Ekim 20,2018
28. Pürlüsoy G, Sunay D, Şengezer T, Yalçıntaş A. Diyaliz hastalarının bakıcılarında bakım yükü ve depresyon. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2011;15(1):17-8. <https://doi.org/10.2399/tahd.11.017>
29. Kokurcan A, Yılmaz Özpolat AG, Göğüş AK. Burnout in caregivers of patients with Schizophrenia. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2015;(45):678-85. <https://doi.org/10.3906/sag-1403-98>
30. Kalaycı I, Özkul M. Refakatçi aktörlerin yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler açısından bir değerlendirme. (SdÜ Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği). *Electronic Turkish Studies*. 2018;13(10):417-46. <https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.13515>
31. Yıldızhan E, Ören N, Erdoğan A. Burden of caregivers of Alzheimer's disease patients and relationship with burnout syndromes. *The Journal of the European Psychiatric Association*. 2017;(41):178-79.
32. Fried TR, Bradley EH, O'leary JR, Byers AL. Unmet desire for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(1):59-65. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53011.x>
33. Salamara RA, El-Soud FA. Caregiver burden from caring for impaired elderly: a cross-sectional study in rural Lower Egypt. *Italian Journal of Public Health*. 2012;9(4):8662-10.