


# Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükleri ve Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

## Evaluation of the Relationship Between Caregiver Burden, Coping Styles and Levels of Anxiety and Depression in Caregivers of Old Age Patients

 Serdar Ay<sup>1</sup>,  Hüseyin Ünübol<sup>1</sup>,  Sevtap Ezer<sup>2</sup>,  Oguz Omay<sup>3</sup>,  Gökben Hızlı Sayar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Acil Durum ve Afet Yönetimi Programı, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup> La Teppe Medical Center, Tain l'Hermitage, Fransa

### ÖZET

**Giriş:** Günümüzde yaşlı sağlığı kadar, yaşlılara bakım verenlerin sağlığı da önemli bir halk sağlığı sorundur. Bu çalışmada bakım veren kişilerin bakım yükleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi, aynı zamanda da bakım verenlerin kullandıkları başa çıkma biçimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, ankete dayalı kesitsel bir çalışmadır. Toplam 70 bakım veren, çalışmaya dâhil edildi. Bakım verenin ve bakım verilen yaşının sosyodemografik özelliklerini içeren anket formu uygulandı. Yaşının fonksiyonel durumu Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) ile belirlendi. Bakım verenlerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi için Bakım Verme Yükü Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (COPE) kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan bakım verenlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer çalışmalara oranla yüksekti. Özellikle anksiyete düzeyleri işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri ile ilişkiliydi. Yararlı sosyal destek kullanımının anksiyete düzeylerini azalttığı tespit edildi.

**Sonuç:** Ülkemizin şartlarına uygun olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde bakım verenlerin sağlığını değerlendirmeye ve korumaya yönelik klinik kılavuzlar hazırlanmalıdır. Fonksiyonel başa çıkma biçimlerinin yerleştirilmesi ve bakım verenlerin günlük yaşam stresörleri ile başa çıkabilmelerinin sağlanabilmesi için kültüre özgü programlara ve uzun dönem klinik çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar kelimeler:** bakım yükü, anksiyete, depresyon, baş etme biçimleri, geriatri

### ABSTRACT

**Introduction:** At present, caregiver's health is a public health challenge in itself, as important as the health of the elderly. This study aims to investigate the relationship between caregiver burden and levels of anxiety and depression, the factors influencing them, and also to evaluate the coping strategies of the caregivers.

**Methods:** This study is a survey-based cross-sectional study, including a total of 70 caregivers. Sociodemographic characteristics of caregivers and care receivers were collected by a survey. The functional status of the elderly was evaluated by Katz' Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Burden Interview Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale and The COPE Inventory were used to examine the caregiver burden, anxiety and depression levels and coping strategies of the caregivers.

**Results:** Anxiety and depression levels of the caregivers included in our study were higher when compared with the other studies. The anxiety levels were correlated with the non-functional coping strategies. The use of effective social support decreased the anxiety levels.

**Conclusion:** Country specific guidelines should be prepared for the primary healthcare centers in order to evaluate and protect caregiver health. Long-term multicenter clinical studies are needed to develop culture-specific programs for the intervention of functional coping strategies and to help caregivers cope more effectively with their daily life stressors.

**Keywords:** caregiver burden, anxiety, depression, coping style, geriatrics

**Başvuru / Submission:** Ağustos / Aug 22, 2017

**Kabul / Acceptance:** Aralık / Dec 22, 2017

**Yazışma / Correspondence:** Gökben Hızlı Sayar Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Selmanı Pak Cad Üsküdar / İstanbul

**E-mail:** gokben.hizlisayar@uskudar.edu.tr

## GİRİŞ

Tıp alanındaki gelişmeler ve sosyoekonomik refah düzeyinin artması ile birlikte, beklenen yaşam süresi uzamakta, yaşlı nüfusu artmaktadır. 2015 yılında Türkiye nüfusunun %8,5'ini 65 yaş üzeri nüfus oluşturmaktadır.<sup>1</sup> Toplumlardaki yaşlanmanın artışı ile birlikte tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bakım veren ihtiyacı artmaktadır.<sup>2,3</sup> Yapılan çalışmalarda ailede bakım verme görevini üstlenen bireylerin genellikle ailede en güçlü olup bakım verme sorumluluğunu üstlenebilecek olan bireylerin değil de, ekonomik ve duygusal nedenlere bağlı olarak bu işi yürüten kişiler olduğu tespit edilmiştir.<sup>4</sup> Bakım verenin bakım sorumluluğuna kendi yaşamındaki iş, aile hayatı ve sosyal çevredeki bazı olumsuzlukların da eklenmesi, "bakım veren yükü" denilen durumu ortaya çıkarmaktadır.<sup>2</sup> Bakım yükü, bakım verenlerde ruhsal ve fiziksel belirtilere neden olabilir.<sup>5,6</sup> Bu nedenlerden dolayı Dünya Sağlık Örgütü, söz konusu ailelerin ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının ele alınmasını, palyatif bakımın birincil hedeflerinden biri olarak tanımlamıştır.

Stresli olay karşısında kullanılan başa çıkma biçimleri, kişinin psikolojik uyumunu etkiler.<sup>7</sup> Problem odaklı başa çıkmada aktif başa çıkma, planlama, rekabet aktivitesinin baskılanması, kendini sınırlayarak başa çıkma, yardımcı sosyal destek arama şeklinde sorunun ana kaynağına ilişkin çözümler aranır. Duygu odaklı başa çıkmada ise duygulara odaklanma ve onları dışa vurma, davranışsal olarak ilgisini kesme, zihinsel olarak ilgisini kesme gibi yöntemler kullanılır.<sup>8,9</sup>

Bu çalışmanın amacı, bakım veren kişilerin bakım yükleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve bunlara etki eden faktörleri incelemek, bakım verenlerin kullandıkları başa çıkma biçimlerini değerlendirmektir.

## YÖNTEM

Bu kesitsel çalışmada Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan ve evde bakım hizmeti alan yaşlı hastalara en az 6 ay süreyle bakım veren, Mart-Nisan 2017 tarihlerinde başvuruda bulunan 84 kişiye ulaşılmıştır. Altı kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, sekiz kişinin anketi geçersiz sayılmıştır. Toplam 70 katılımcı çalışmaya dâhil edilmiştir. TC Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu çalışmanın etik açıdan uygun olduğu bildirilmiştir. TC İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün izni ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

### *Veri Toplama Araçları*

**Sosyodemografik veri formu:** Katılımcıların ve bakım alan yaşlıların yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyodemografik özelliklerini tespit ederek, diğer ölçekler üzerine etki eden faktörleri araştırmak amacıyla hazırlanmıştır.

**Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA):** Katz ve ark. tarafından 1963 yılında geliştirilmiş, Türkçe tercümesi yapılmıştır.<sup>10,11</sup> GYA indeksi yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan temel gereksinimleri sağlamaya yönelik aktiviteleri belirlemektedir. Banyo, giyinme, tuvalet, hareket, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

**Bakım Verme Yükü Ölçeği:** 1980 yılında geliştirilmiş olan, bakım verenin kendisi ya da araştırmacı tarafından doldurulabilen bu ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır.<sup>12</sup> Puanlamada 0 –20 puan: "bakım yükü yok", 21–40 puan "hafif bakım yükü", 41–60 puan "orta düzeyde bakım yükü" ve 61–88 puan ise "ağır bakım yükü" olarak belirlenir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>13</sup>

**Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD):** 1983 yılında geliştirilen bu ölçek, kaygı ve depresyonu değerlendirmek amacıyla kullanılır. Tanı koyma amacı taşımayan 14 soruluk bir öz değerlendirme ölçeğidir.<sup>14</sup> Ölçekten alınan puanın artması hastanın depresyon ve /veya anksiyetesinin şiddetlendiği anlamına gelir. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği (HAD-Anksiyete) için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-Depresyon) için kesme puanı 7/8 olarak bulunmuştur.<sup>15</sup>

**Baş Çıkma Stilleri Ölçeği (COPE):** 1989 yılında geliştirilmiş, Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır.<sup>9</sup> Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir.

### *İstatistiksel Analiz*

Verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren ölçümsel verilerin analizinde t-test ve ANOVA, normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde ise Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve Fisher testleri uygulanmıştır. Korelasyonlar, Spearman veya Pearson korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir

## BULGULAR

Bakım veren katılımcıların yaş aralığı 22-87, ortalaması 53,2±12,7'dir. Bakım alan yaşlıların yaşları 65-96 arasında ve ortalaması 83,6±6,8'dir. Katılımcıların ve bakım verdikleri yaşlıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1: Bakım veren katılımcıların ve bakım verdikleri yaşlıların sosyodemografik özellikleri**

		N	%
<b>Bakım verenin cinsiyeti</b>	Erkek	19	27,1%
	Kadın	51	72,9%
<b>Bakım verenin eğitim durumu</b>	Okur-yazar değil	3	4,3%
	İlköğretim	9	12,9%
	Lise	36	51,4%
	Üniversite/Y.Lisans	22	31,4%
<b>Bakım verenin medeni durumu</b>	Evli	31	44,3%
	Bekâr/dul/boşanmış	39	55,7%
<b>Bakım verenin işi</b>	Var	26	37,1%
	Yok	44	62,9%
<b>Bakım verenin mesleği</b>	Memur, işçi	7	10,0%
	Emekli	26	37,1%
	Ev hanımı	19	27,1%
	Diğer	18	25,7%
<b>Bakım verenin sosyal güvencesi</b>	Var	54	77,1%
	Yok	16	22,9%
<b>Bakım verenin gelir düzeyi</b>	Düşük gelirli	16	22,9%
	Orta gelirli	52	74,3%
	Yüksek gelirli	2	2,9%
<b>Bakım verenin çocuğu</b>	Var	40	57,1%
	Yok	30	42,9%
<b>Bakım verenin kronik rahatsızlığı</b>	Var	27	38,6%
	Yok	43	61,4%
<b>Bakım alan yaşlının cinsiyeti</b>	Erkek	14	20,0%
	Kadın	56	80,0%
<b>Yaşlının medeni durumu</b>	Evli	27	38,6%
	Bekâr/dul/boşanmış	43	61,4%
<b>Yaşlının eğitim durumu</b>	Okur-yazar değil	16	22,9%
	İlköğretim	38	54,3%
	Lise	11	15,7%
	Üniversite/Y.Lisans	5	7,1%
<b>Yaşlının kronik hastalığı</b>	Var	64	91,4%
	Yok	6	8,6%
<b>Yaşlının sosyal güvencesi</b>	Var	66	94,3%
	Yok	4	5,7%
<b>Yaşlının geliri</b>	Var	56	80,0%
	Yok	14	20,0%

Katılımcıların 41'i (%58,6) anne-babasına, 11'i (%15,7) akrabasına, 6'sı (%8,6) eşine, %10'u ise komşusuna bakım vermekte, 5 kişi ise ücretli bakıcılık yapmaktadır. Katılımcıların 63'ü (%90) bakım vermekten memnun olduklarını, 54'ü (%77,1) ailevi sorumluluk nedeni ile bakım verdiklerini ifade etmektedir. Dört kişi (%5,7) bakacak kimsenin olmaması, 7 kişi (%10) ise ekonomik katkı nedeniyle bakım vermektedir. Bakım verilen süre ortalama 6,4±5,9 yıldır. Bakım verenler günlük ortalama 15,5±8,6 saatlerini yaşlı ile birlikte geçirmektedirler. Toplam GYA skorlarına göre yaşlıların 9'u (%12,9) bağımsız, 39'u (%55,7) yarı bağımlı, 22'si (%31,4) tam bağımlı olarak sınıflanmıştır.

Katılımcıların toplam bakım yükü ortalamaları 33,1±15,9 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların 16'sında (%22,9) bakım yükü yokken, 30'unda (%42,9) hafif, 19'unda (%27,1) orta düzeyde, 5'inde ağır bakım yükü (%7,1) vardır. Katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete puan ortalamaları 9,5±2,2 ve 9,3±2,8 bulunmuştur. Katılımcıların 56'sında (%80) depresyon puanı, 23'ünde (%32,9) anksiyete puanı kesim değerinin üzerindedir.

Toplam bakım yükü, bakım veren ve alanın sosyodemografik özellikleri açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir. Bakım vermekten memnun olduğunu belirtenlerin bakım yükü skorları, memnun olmadığını

belirtenlere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Banyo yapabilme ( $p=0,01$ ), giyinme ( $p=0,02$ ), hareket edebilme ( $p=0,02$ ), inkontinans ( $p=0,05$ ), beslenme ( $p=0,01$ ) durumları açısından tam bağımlı olan yaşlıların bakım verenlerinde bakım yükleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Toplam GYA puanı açısından değerlendirildiğinde tam bağımlı grubun bakım verenlerinin bakım yükleri en yüksek, bağımsız grubun ise en düşüktür ( $p=0,01$ ). Bakım yükü puanı ile GYA puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ancak zayıf bir ters korelasyon tespit edilmiştir ( $\rho=-0,33$ ,  $p=0,01$ ).

Bakım verenler sosyodemografik özellikler açısından gruplandırıldıklarında, HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete puanlarında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık izlenmemiştir. Yaşlıya bakım vermektan memnun olan ve olmayanlarda HAD depresyon skorları benzer bulunmuştur ( $p=0,16$ ). Ancak HAD-Anksiyete skorları memnun olmayanlarda, memnun olanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,03$ ). Yaşlının sosyodemografik özellikleri, bağımsız, yarı bağımlı ve tam bağımlı olmasına göre bakıcıların HAD depresyon ve HAD-Anksiyete skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Katılımcıların bakım yükü skorları ile HAD-Depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $\rho=0,22$ ,  $p=0,06$ ). Ancak HAD-Anksiyete skorları ile bakım yükü skorları orta düzeyde korelasyon gösteren anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\rho=0,47$ ,  $p<0,01$ ). Bakım yüklerine göre bakım yükü yok, hafif, orta ve ağır bakım yükü olarak gruplandırılan katılımcılar, başa çıkma biçimlerine göre değerlendirilmiştir. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma açısından bakım yükü olmayanlarda medyan 11 (25-75 persantiller 8,5-12,5), hafif bakım yükü olanlarda medyan 12 (25-75 persantiller 10-13) orta ve ağır bakım yükü olanlarda ise medyan 13 (25-75 persantiller 11-15) olarak tespit edilmiştir. Fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p=0,02$ ). Diğer başa çıkma biçimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

HAD ölçeğine göre depresyon var veya depresyon yok şeklinde gruplandırılan katılımcılar başa çıkma biçimleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ). HAD ölçeğinde göre anksiyete tespit edilen katılımcıların zihinsel boş verme, soruna odaklanma, duyguları açığa vurma başa çıkma biçimleri, anksiyete tespit edilmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,04$  ve  $0,01$ ). Diğer başa çıkma biçimleri her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

Katılımcıların bakım yükleri ile başa çıkma biçimleri arasındaki ilişki incelendiğinde soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile bakım yükü arasında zayıf fakat anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $\rho=0,38$ ,  $p=0,01$ ). Diğer başa çıkma biçimleri ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Geri durma, duygusal destek kullanımı ve plan yapma ile HAD-Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf negatif ilişki tespit edilmiştir. Diğer başa çıkma biçimleri ile HAD-Depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 2). Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile HAD-Anksiyete skorları arasında zayıf ancak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $\rho=0,38$ ,  $p=0,01$ ).

**Tablo 2: Başa çıkma biçimleri ile HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları arasındaki ilişki**

	HAD-Depresyon			HAD-Anksiyete		
	Rho	P	N	Rho	P	N
<b>Problem odaklı başa çıkma biçimleri</b>						
Aktif başa çıkma	-0,19	0,13	68	0,05	0,71	68
Plan yapma	-0,26	<b>0,03</b>	69	0,04	0,77	69
Geri durma	-0,28	<b>0,02</b>	68	0,04	0,76	68
Yararlı sosyal destek kullanımı	-0,19	0,13	68	-0,03	0,83	68
Diğer meşguliyetleri bastırma	-0,19	0,12	68	0,17	0,16	68
<b>Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri</b>						
Kabullenme	-0,07	0,56	67	0,15	0,21	67
Şakaya vurma-Mizah	-0,04	0,77	69	0,04	0,74	69
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-0,16	0,19	70	0,05	0,66	70
Dini olarak başa çıkma	0,10	0,40	68	-0,12	0,33	68
Duygusal sosyal destek kullanımı	-0,28	0,02	70	0,13	0,29	70
<b>İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri</b>						
Soruna odaklanma/duyguları açığa vurma	-0,05	0,67	70	0,38	0,01	70
İnkâr	0,19	0,11	70	0,11	0,37	70
Davranışsal olarak ilişki kesme	0,01	0,92	69	0,17	0,18	69
Zihinsel boş verme	0,09	0,49	68	0,23	0,06	68
Madde kullanımı	-0,02	0,85	69	0,13	0,29	69

HAD-Depresyon: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği- Depresyon puanı

HAD-Anksiyete: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği- Anksiyete puanı

Bakım verenlerin ve yaşlıların özelliklerinin bakım yükü üzerine etkilerini inceleyen analizlerde bakım verenlerin kronik rahatsızlığının olmasının 1,5 katsayı ile ( $p=0,03$ ), bakım verenin memnuniyetinin 2.71 katsayı ile ( $p=0,02$ ) ve yaşının günlük yaşam aktivitelerinin -0,16 katsayı ile ( $p=0,03$ ) bakım yükü üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Analizlerde bakım verenlerin ve yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin HAD-depresyon üzerine etkileri olmadığı tespit edilmiştir. Bakım verenin kronik hastalığının bulunmasının HAD-Anksiyete skoruna 1,34 katsayı ile etki ettiği izlenmiştir ( $p=0,04$ ). Katılımcıların başa çıkma biçimleri ve bakım yükünün HAD-Depresyon skorları üzerine istatistiksel açıdan anlamlı bir katkısı olmadığı izlenmiştir ( $p>0,05$ ). Başa çıkma biçimleri arasında yararlı sosyal destek kullanımının -0,55 katsayı ile HAD-anksiyete puanlarını düşürdüğü bulunmuştur ( $p=0,02$ , Odds oranı: 0,58 %95 GA: 0,36-0,92). Toplam bakım yükündeki her bir birimlik artış, HAD-Anksiyete puanlarını da 0, katsayı ile artırmaktadır ( $p=0,01$ , Odds oranı: 1,11, %95 GA:1,04-1,19).

## TARTIŞMA

Yaşlılara bakım veren kişilerin bakım yükleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ve bunlara etki faktörleri incelemek, bakım verenlerin kullandıkları başa çıkma biçimlerini değerlendirmek, bakım verenlerin bakım verme yükü ile birlikte anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik önerilerde bulunmak amacıyla yapılan bu çalışmada bakım verenlerin yaş ortalamaları 53,2±12,7 bulundu. Bu ortalama literatürdeki diğer çalışmalarda yaş ortalamalarına benzerdi.<sup>16,17</sup> Bakım verenlerin %72,9'unu kadınlar oluşturuyordu. Yapılan benzer çalışmalarda aynı şekilde bakım verenler arasında kadınlar çoğunluğu oluşturmaktaydı.<sup>16,17</sup> Kadınların bakım vermeyi eski sorumluluklarının devamı olarak gördükleri, erkeklerin ise bakım verme sorumluluklarına yabancı oldukları düşünülebilir. Birçok kültürde, kültürümüzde olduğu gibi, bakım verme işinin kadına ait bir görev olması, kadının yapması gereken basit bir iş gibi görülmesi, bakım veren yükünü artırmaktadır. Katılımcıların %10'u komşusuna bakım veriyordu. ABD'de yapılan çalışmalarda komşusuna bakım verenlerin ise %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.<sup>17</sup> Türkiye'deki diğer çalışmalarda da komşuya bakım verme oranı diğer ülkelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.<sup>3,16,18,19</sup> Çalışmamızda katılımcıların %90'ı bakım vermekten memnundu. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin %85-90'ının bakım vermekten dolayı memnun oldukları belirtilmiştir.<sup>16,20,21,22</sup>

Araştırmamızın sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmama ile birlikte algılanan bakım yükü ortalamasının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu izlenmektedir. Bir meta-analizde incelenen 93 makalenin yalnızca 9'unda erkek bakım verenlerin bakım yüklerinin daha ağır olduğunu, 4 makalede cinsiyetin bakım yükü açısından fark göstermediğini, kalan makalelerde ise kadınların daha yüksek bakım yükü algıladıkları ifade edilmektedir.<sup>23</sup>

Bakım verenin yaşı, yaşlıyla olan yakınlık derecesi, yaşının ayrı odası olup olmaması, yaşlıya bakım verme nedeni, yaşının yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, yaşlıya bakım verilen yıl sayısı ve günlük bakım süreleri ile bakım yükü üzerine etkili bulunmadı. Bu sonuçlar, yaşının sosyodemografik özelliklerinden çok, bakım verenin başka özelliklerinin bakım verme yükü üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Yaşının bağımlılığı arttıkça, bakım yükünün de artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Giyinme, hareket edebilme, inkontinans, beslenme durumu açısından tam bağımlı olanların bakım verenlerinde bakım yükleri daha yüksekti. Zaybak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaşının bağımlık derecesi arttıkça, bakım yükünün de arttığı tespit edilmiştir.<sup>5</sup> Cifu ve arkadaşlarının Parkinson hastalarının bakım verenlerinde yaptığı bir çalışmada, yaşının kognitif fonksiyonları ile bakım yükü arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir.<sup>24</sup>

Çalışmamızda, yaşlıya bakım vermekten memnun olduklarını ifade eden bakım verenlerde HAD-Anksiyete puanları anlamlı derecede düşük bulundu. Bakım verenlerin kronik hastalığının olması 1,5 katsayı ile bakım verenin memnuniyetinin -2.712 katsayı ile ve yaşının günlük yaşam aktivitelerinin 0,16 katsayı ile bakım yükü üzerine etkili olduğu tespit edildi. Mahoney ve arkadaşlarının çalışmasında da bakım veren ile bakım alan arasındaki ilişkinin kalitesi, anksiyete skorları açısından belirleyici bir faktördü. İlişkinin kalitesi yükseldikçe anksiyete skorları düşüyordu.<sup>25</sup> Yaşlıya bakım vermek bazı bireyler için bir zorluk olarak kabul edilirken, bazı bireyler samimiyet ve sevginin artması, yaşamın anlamlandırılması, kişisel gelişim sağlanması, yakın ilişkilerin kurulması olarak görülebilir. Bakım veren kişinin kendisine saygısı artabilir, kişisel doyum sağlayabilir ve anksiyete skorlarını düşürebilir.

Çalışmamızda bağımsız, yarı bağımlı ve tam bağımlı olarak gruplandırılan yaşlıların bakım verenlerinde anksiyete ve depresyon puanları benzer bulunmuştur. Oysa Mahoney ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlılardaki GYA düzeyleri ile bakım verenin anksiyetesi arasında çok güçlü bir ilişki vardı ve yaşlıların sağlık durumlarının bozulması, bakım verenlerdeki anksiyete ve depresyon düzeylerini artırıyordu.<sup>25,26</sup> Çalışmamızda HAD-Anksiyete puanları ile bakım yükü skorları arasında orta düzeyde korelasyon gösteren anlamlı bir ilişki vardı. Literatürde demans, Alzheimer ve Parkinson hastalarının bakım verenlerinde depresyon ve kaygı düzeylerinin genel nüfusa oranla daha yüksek olduğunu, yaşam kalitelerinin ise düştüğünü bildiren yayınlar bulunmaktadır.<sup>27</sup>

Bakım yüklerine göre bakım yükü yok, hafif bakım yükü, orta bakım yükü ve ağır bakım yükü olarak gruplandırılan katılımcılar başa çıkma biçimlerine göre değerlendirildiğinde, “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” başa çıkma puanı, bakım yükü az olanlarda daha düşüktü ve bakım yükü ile birlikte artış gösteriyordu. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, işlevsel olmayan bir başa çıkma biçimidir. Bakım yükü arttıkça, bu başa çıkma biçiminin kullanımının arttığı izlenmektedir. Parkinson hastalarının bakım verenleri üzerine yapılan bir çalışmada, bakım verenin başa çıkma yeteneklerinin bakım verme yükü ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.<sup>24</sup> Kesitsel bir çalışmada ise kaçma-kaçınma başa çıkma biçimlerinin bakım yükü ile kuvvetli ilişkili olduğunu tespit etmiştir.<sup>28</sup> Cooper ve arkadaşları yaptıkları bir izlem çalışmasında, bakım veren yükü ile işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir.<sup>29</sup>

Bu araştırmanın sonuçlarına göre depresyon puanı arttıkça, problem odaklı başa çıkma biçimlerinin tümü azalma eğilimindeydi. Anksiyete puanları arttıkça, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanı da artış gösteriyordu. Yararlı sosyal destek kullanımı arttıkça anksiyete puanları düşürüyordu. Cooper ve arkadaşlarının 2008 yılında gerçekleştirdikleri LASER-AD çalışmasında, bir yıllık izlem sonunda bakım veren yüküne karşı kullanılan duygusal odaklı başa çıkma biçimlerinin, bakım verenleri yüksek anksiyete düzeylerinin gelişiminden koruduğu, ancak problem odaklı başa çıkma biçimlerinin korumadığı tespit edilmiştir.<sup>29</sup> İşlevsel olmayan başa çıkma biçimlerinin yüksek anksiyete skorları ile ilişkili olduğu, bu başa çıkma biçimlerini kullananların anksiyete skorlarının bir yılın sonunda yine yüksek kaldığı ifade edilmiştir. Özellikle demans gibi ilerleyici hastalığı olan yaşlıların bakım verenlerinde, problem odaklı başa çıkma biçimlerinin, değiştirilebilir koşullar altında işe yaradığı, ancak koşulları değiştirmenin mümkün olmadığı durumlarda ise duygusal adaptasyonun daha etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>30</sup> Yaşlılığın ilerleyen dönemlerinde bakım verenlerin kullandıkları problem odaklı başa çıkma biçimleri yetersiz kalmaktadır. Bu durumdaki kişilere duygusal odaklı başa çıkma biçimlerini kullanmayı öğreterek, anksiyete düzeylerinin azaltılabileceği ifade edilmektedir.<sup>31</sup>

## KISITLILIKLAR

Çalışmamız kısıtlılıkları arasında verilerin sözel beyana dayalı olması, sadece Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı hastalar ve bakım verenlere ulaşılmış olmasına bağlı olarak örneklemin istenilen büyüklükte olmaması ve olasılıksız örnekleme tekniğinin seçilmesi sonucu araştırma sonuçlarının genellenememesi sayılabilir.

## SONUÇ

Yaşlı nüfusun giderek arttığı ülkemizde yaşlı sağlığı kadar, yaşlılara bakım verenlerin sağlığı da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmiş ülkelerde bakım verenlerin sağlığı konusunda çok sayıda çalışma yapılmasına karşın, ülkemizde bu çalışmalar henüz yeterli düzeyde değildir.

Bakım vermek, bakım veren kişiyi kısıtlayan ve sosyal olarak izole eden uzun ve zor bir süreçtir. Bu süreç hem bakım veren, hem de bakım alan kişi açısından iyi ilişkilerin kurulduğu, sevgi ve samimiyetin arttığı, yaşamın anlamlandırıldığı bir süreç olarak yaşanabilir. Bakım vereninin ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı olması, verilen bakımın da kalitesini artırır.

Çalışmamızda katılan bakım verenlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri oldukça yüksekti. Özellikle anksiyete düzeyleri, işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri ile ilişkiliydi. İşlevsel olmayan başa çıkma biçimlerini kullanan bakım verenlerde, duygusal odaklı ve problem odaklı başa çıkma biçimlerinin kullanımı konusunda destek verilmelidir. Bu araştırmanın sonuçları, yaşlı hastaların bakım verenlerinde yararlı sosyal destek kullanımının anksiyete düzeylerini anlamlı biçimde düşürdüğünü düşündürmektedir. Problem odaklı başa çıkma biçimi olan yararlı sosyal destek kullanımının artırılması için çalışmalar yapılmalıdır. Gelecek araştırmalarda farklı sosyokültürel ve ekonomik koşullara sahip katılımcılardan oluşan daha geniş örneklemlerde bakım yükü ve etkileyen faktörler incelenerek bakım yükünün hafifletilmesi için alınabilecek önlemler saptanmalıdır.

*Çıkar çatışması/Conflict of interest:* Yoktur/none

*Finansal destek/Funding:* Yoktur/none

## KAYNAKLAR

1. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 17 Mart 2016. www.tuik.gov.tr (20.5.2017 tarihinde erişilmiştir).
2. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, ve ark. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(3): 513-552.

3. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluluk sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2014; 15: 39-44.
4. Kasuya RT, Polgar-Bailay P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout: a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine* 2000; 108(7): 119-123.
5. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, ve ark. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15: 48-54.
6. Toseland RW, Smith G, McCallion P. Family caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*. Ed. A. Gitterman, 2001, Columbia University Press, NY, pp:99-109.
7. Parker JDA, Endler NS. Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality* 1990; 6: 321-344.
8. Lazarus RS, Folkman S. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; 54(3): 466-475.
9. Ağargün MY, Beşiroğlu L. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-226.
10. Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-949.
11. Yardımcı E. İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995, İstanbul.
12. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-655.
13. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 8(3): 101-106.
14. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
15. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8: 280-287.
16. Işık K. Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi 2013; Malatya: T.C.İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
17. Hunt GG, Whiting CG, Longacre ML, et al. Cancer caregiving in the U.S. – An intense, episodic, and challenging care experience. national alliance for caregiving, National Cancer Institute, and Cancer Support Community 2016.
18. Babayigit D. Diyaliz hastalarının yakınlarında bakım verme yükü ile bunun hastalardaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009; T.C. Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
19. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012; 9(3): 22-29.
20. Akça N, Taşçı S. 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14: 30-36.
21. Zarit S. Assessment of family caregivers: a research perspective. caregiver assessment: voices and views from the field. report from a National Consensus Development Conference. San Francisco: Family Caregiver Alliance, 2016; pp: 12-37.
22. Jaisri M. Caregiver burden and depression among dementia caregivers. *International Journal of Social Science and Humanities Research* 2014; 2(4): 365-371.
23. Baker K, Roberston N. Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging and Mental Health* 2008; 12(4): 413-422.
24. Cifu DX, Carne W, Brown R, et al. Caregiver distress in parkinsonism. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2006; 43(4): 499-508.
25. Mahoney R, Regan C, Katona C, et al. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: The LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 13: 795-801.
26. Demirtepe D, Bozok Ö. Bakıcı İyilik Halinin uyarılma, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları* 2009; 12(23): 28-37.
27. Dökmen Z. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 3(1): 3-38.
28. Casado R, Osuna A, Mora P, et al. Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67(11): 2311-2322.
29. Cooper C, Katona C, Livingston G. Validity and reliability of the brief COPE in carers of people with dementia: the LASER-AD Study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2008; 196(11): 838-843.
30. Cooper C, Katona C, Orrell M, et al. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23(9): 929-936.
31. Hoe J, Cooper C, Livingstone G. An overview of the Laser-AD study: a longitudinal epidemiological study of people with Alzheimer's disease (AD). *International Review of Psychiatry* 2013; 25(6): 659-672.