

Sağlık Kurulunda Nörolojik Hastalıkları Nedeniyle Ağır Özürlü Olarak Değerlendirilen Hastaların Bakım Verenlerinin Ruh Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi

Assessment of the Mental Health of Caregivers of Patients Assessed as Severely Disabled due to Neurological Diseases in Health Organizations

Hülya Olgun Yazar¹, Tamer Yazar², Altun Günday³, Esra Yancar Demir⁴, Soner Çankaya⁵, Özgür Enginyurt⁶, Yavuz Altunkaynak⁷

¹ Uzm.Dr., Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ordu, Türkiye

² Uzm.Dr., Ordu Devlet Hastanesi, Nöroloji Birimi, Ordu, Türkiye

³ Dr., Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

⁴ Doç.Dr., Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

⁵ Prof.Dr., Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bioistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

⁶ Doç.Dr., Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

⁷ Doç.Dr., Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 2. Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Çalışmada, sağlık kurulunda nörolojik hastalığı nedeniyle ağır özürlü olarak değerlendirilen hastaların bakım veren yakınlarının ruh sağlığı durumunun değerlendirilmesi ile bakım verenlerin hastalık yükünün azaltılmasına yönelik veriler toplanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, sağlık kurulunda nörolojik hastalıkları nedeniyle “Özürlülük ölçütü, sınıflaması ve özörlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik” uyarınca ağır özürlü olarak değerlendirilen 152 hasta ve bakım desteği veren 152 hasta yakını alınmıştır. Prospektif ve kesitsel olarak yapılan çalışmada hastaların nörolojik muayeneleri yapılmış, ‘Kişisel Bilgi Formu (KBF)’ görüşmeci eşliğinde doldurulmuş, hastalar ilgili yönetmeliğe göre değerlendirilmiştir. Bakım verenlere önce KBF, sonrasında ‘Kısa Semptom Envanteri (KSE)’ uygulanmıştır.

Bulgular: Bakım verenlerin 106’sı (%69,7) kadın, 46’sı (%30,3) erkekti. Ağır özörlülük nedeni hastalıklar demans (n:56, %36,8), inme (n:47, %30,9), parkinson hastalığı (n:17, %11,2), diğer (polinöropati, multipl skleroz, kas hastalığı, n:12, %7,9), serebral palsi (n:11, %7,2), beyin tümörü (n:9, %5,9) idi. Bakım verenin yaşı ile depresyon (%25,8) ve hostilite (%43,2) puanları arasında negatif anlamlı bir ilişki vardı. Kadın bakım verenlerin hostilite puanları erkeklerden düşüktü. Polinöropati, multipl skleroz, kas hastalığı tanılılara bakım veren bireylerin somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon ve anksiyete bozukluğu, serebral palsi ve Parkinson hastalığı tanılılara bakım veren bireylerden daha yüksek bulundu.

Sonuç: Gençlerde, erkeklerde, maddi yardım ve psikolojik destek alanlarda bakım veren yükü algısının, psikopatoloji sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bakım veren yükünün azaltılması amacıyla toplum temelli tedavi anlayışının benimsenmesi, gerekli rehberlik hizmetleriyle hasta ve bakım verenin yaşam kalitesinin artırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Özörlü sağlık kurulu, kısa semptom envanteri, bakım veren yükü

Abstract

Objective: In this study, the aim was to assess the mental health state of relatives caring for patients evaluated as severely disabled due to neurological diseases in health organizations and to collect data related to reducing the disease load on the carer

Material and Methods: The study included 152 patients assessed as severely disabled due to neurological diseases in accordance with the “regulation on disability criterion, classification and disability reports given by health organizations” and 152 patient relatives caring for those patients. In this prospective and cross-sectional study,

neurological examination was performed on patients. The “personal information form (PIF)” was filled in accompanied by the interviewer and patients were assessed according to the relevant regulations. The carers first completed the PIF and then the “brief symptom inventory (BSI)”.

Results: Of the carers, 106 were female (69.7%) and 46 were male (30.3%). The diseases causing severe disability were dementia (n:56, 36.8%), stroke (n:47, 30.9%), Parkinson disease (n:17, 11.2%), other diseases (polyneuropathy, multiple sclerosis, muscle diseases, n:12, 7.9%), cerebral palsy (n:11, 7.2%) and brain tumors (n:9, 5.9%). There was a negative significant relationship between the age of carers and depression (25.8%) and hostility (43.2%) points. The hostility points of female carers were lower than males. Individuals caring for patients with polyneuropathy, multiple sclerosis and muscle disease had higher somatization, obsessive compulsive disorder, depression and anxiety disorder than those individuals caring for patients with cerebral palsy and Parkinson disease.

Conclusion: Carers who are young people, males and in the areas of material aid and psychological support, were identified to have higher perception of load and incidence of psychopathology. With the aim of reducing the load on the carer, it is important that community-based treatment approaches should be adapted, with necessary guidance services available to increase the quality of life of the patient and carer.

Key words: Disabled health organization, brief symptom inventory, carers' load

Kabul Tarihi: 04.03.2018

Giriş

Tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak kronik hastalıkların sağ kalım süreleri artmış, beklenen yaşam süreleri uzamıştır. Küreselleşme, endüstrileşme ve kırsal yaşamdan kentsel yaşama geçişin yoğun gözlendiği 21. yüzyılda aileler küçülmüş, iş yaşamına dahil olan birey sayısı artmış; kronik hastalıkla mücadele eden aile bireyinin bakımını üstlenebilecek fert sayısı azalmıştır (1).

Bakım veren yükü, hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcanan zaman, hastalığın neden olduğu fiziksel ve ekonomik sıkıntılar ile ilgili, karşılaşılan güçlüğü derecesi olarak ifade edilmektedir. Bakım vermenin getireceği yük, fiziksel kısıtlılık ile birlikte tıbbi bakımın da gerekli olduğu inme, Parkinson Hastalığı, Alzheimer tipi demans, serebral palsi başta olmak üzere kronik nörolojik hastalıklarda belirgin artmıştır (2,3,4,5). Toplumsal, kültürel, aile birimlerinin yapılanmaları ile ilgili özellikler ve sağlık bakımı sistemlerindeki farklılıklar bakım koşullarını etkileyebilecek faktörler arasındadır. Bakım verenin yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti, hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, eğitim durumu, ekonomik durumu, hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, inançları, sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri bakım verenin yük algılaması ile ilişkili kişisel faktörlerdir (5).

Özürlü; doğuştan veya sonradan, bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük

gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan, korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık veya destek hizmetlerine ihtiyaç duyan birey olarak tanımlanır. “Özürlülük ölçütü, sınıflaması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik” ile özürlülüğün tanımı ve özürlülere sağlık kurulu raporlarının nasıl verilmesi gerektiği ile ilgili mevzuat düzenlenmiştir. Çalışma gücünün %80 veya fazlasını kaybetmiş bulunan birey birinci derecede, %60-%80 kaybetmiş birey ikinci derecede, %40-%60 kaybetmiş birey ise üçüncü derecede özürlü kabul edilir. Özur durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %50'nin üzerinde olduğu tespit edilen özürlülerden; beslenme, giyinme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacını giderme gibi öz bakım becerilerini yerine getirmede, kendi başına hareket etmede, iletişim kurmada zorluk veya yoksunluk yaşadığına ve bu becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine tıbbi olarak karar verilen bireyler ağır özürlü olarak kabul edilir (6).

Bu çalışmanın amacı, nörolojik rahatsızlığı nedeniyle sağlık kuruluna başvuran, özur oranları saptanarak ağır özürlü değerlendirilen hastaların bakım veren yakınlarının ruh sağlığı durumunun değerlendirilmesi ile bakım verenler üzerindeki hasta ve hastalık yükünün azaltılmasına yönelik verileri toplayarak, literatüre katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evren ve örneklemi

Araştırma örneklemi Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu Devlet Hastanesi

Sağlık Kurulu'na başvuran hastalara bakım desteği veren hasta yakınlarından oluşturulmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; nörolojik rahatsızlığı nedeniyle sağlık kuruluna başvuran, "Özürlülük ölçütü, sınıflaması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik" usullerine göre özür oranları saptanan ve ağır özürlü olarak değerlendirilen hastalara her gün, günün belli bir kısmı veya tam gün bakım desteği vermek, 18 yaş üstünde olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmek olarak saptanmıştır.

Veri toplama araçları

Hastalara ayrıntılı nörolojik muayene yapılmış; 'Kişisel Bilgi Formu' sonrasında, "Özürlülük ölçütü, sınıflaması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik" usullerine göre özür oranları saptanmış ve ağır özürlü olarak kabul edilen hastaların 'Özürlü Sağlık Kurulu' dosyaları değerlendirilmiştir. Bakım verenlere ise önce 'Kişisel Bilgi Formu' sonrasında 'Kısa Semptom Envanteri' uygulanmıştır.

Bilgi formu

Hasta ve hasta yakınlarının sosyo-demografik durumlarını belirlemeye yönelik olan tanıtım formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Kısa semptom envanteri

Derogatis (1975, 1992) tarafından geliştirilen bu ölçeğin uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmış olup, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmıştır (7,8,9). Doksan maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir. Üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değişmektedir. Ölçeğin saptanan 9 alt ölçeği sırayla, somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler), kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler), depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler), anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49. maddeler), hostilite (H) (6,13,40,41,46. maddeler), fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler), paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve psikotizm (P) (3,14,34,44,53.

maddeler) dir. Ek maddeler (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgilidir.

Araştırmanın etik yönü

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu Devlet Hastanesi Sağlık Kurulu'na başvuran hastalar ve bu hastalara bakım desteği veren hasta yakınlarıyla çalışma yapılabilmesi için Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ve Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan 2017/89 karar numarası ile onay alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır, veri toplama formlarına isim yazılmamıştır. Hasta ve hasta yakınlarına toplanan bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı belirtilmiştir.

İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen veriler öncelikle normallik varsayımı açısından Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi ($p < 0,05$). S, OKB, D, AB, H, FA, PD, P, EM alt ölçeklerinden alınan puanlar arası farklılıklar bakımının cinsiyetine göre student t testi ile, tanısına göre ise Tek Yönlü Varyans Analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma testi değerlendirildi. Bakıcının yaşları ve bakım verme süreleri ile S, OKB, D, AB, H, FA, PD, P, EM alt ölçeklerinden alınan puanlar arası ilişki düzeyleri ile bu alt ölçekler arası ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Araştırma bulguları, n, ortalama ve standart sapma ile ifade edilmiştir. 0,05 anlamlılık düzeyinde bulgular anlamlı kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel hesaplamalar SPSS 21.0 V istatistik paket programında yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 87'si (%57,2) kadın, 65'i (%42,8) erkek toplam 152 hasta ve bu hastalara bakım veren, 106'sı (%69,7) kadın ve 46'sı (%30,3) erkek olmak üzere 152 hasta yakını -bakım veren- dahil edildi. Hastaların yaşları 14-100 (ortalama $72,7 \pm 17,5$), hastalık süreleri 1-49 (ortalama $7,84 \pm 7,46$) yıl, bakım verenlerin yaşları ise 19-77 (ortalama $53,1 \pm 11,7$) aralığında bulundu.

Çalışmada hastalara bakım verenin yaşı ile depresyon (%25,8) ve hostilite (%43,2) alt ölçeğinden aldığı puanlar arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bir başka ifade ile

hastalara bakım verenin yaşı arttıkça depresyon ve hostilete düzeylerinde azalma olduğu görülmektedir. Diğer alt ölçeklerden alınan puanlar ile bakım veren yaşı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım verme süresi ile kullanılan ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$) (tablo 1). Bunun yanı sıra,

hastalara bakım verenlerin KSE alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı pozitif ilişkiler tespit edilmiştir (tablo 2). Örneğin, bakım verenin depresyon düzeyi arttıkça, anksiyete bozukluğunun da arttığı görülmektedir ($r=0,641$; $p<0,001$).

Tablo 1. Bakım verenin yaşları ve bakım verme süreleri ile S, OKB, D, AB, H, FA, PD, P, EM alt ölçek puanları arası ilişkiler

		S	OKB	KD	D	AB	H	FA	PD	P	EM
Bakım veren yaş	R	-0.101	-0.111	0.002	-0.258	-0.071	-0.432	-0.104	-0.044	0.011	0.099
	<i>p-değeri</i>	0.214	0.174	0.978	0.001	0.383	<0.001	0.204	0.592	0.889	0.227
Bakım verme süresi	R	0.103	0.140	0.079	0.126	0.112	0.020	0.035	0.101	0.111	0.057
	<i>p-değeri</i>	0.205	0.085	0.331	0.121	0.169	0.808	0.669	0.215	0.173	0.486

Tablo 2. Bakım verenin KSE alt ölçeklerinden aldığı puanlar arası ilişkiler

		OKB	KD	D	AB	H	FA	PD	P	EM
S	R	0.641	0.575	0.569	0.682	0.392	0.536	0.397	0.393	0.404
	<i>p-değeri</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
OKB	R		0.518	0.642	0.707	0.429	0.588	0.617	0.551	0.563
	<i>p-değeri</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
KD	R			0.416	0.597	0.183	0.431	0.465	0.321	0.407
	<i>p-değeri</i>			0.001	<0.001	0.024	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
D	R				0.671	0.544	0.445	0.415	0.408	0.451
	<i>p-değeri</i>				<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
AB	R					0.440	0.576	0.554	0.468	0.557
	<i>p-değeri</i>					<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
H	R						0.397	0.360	0.367	0.187
	<i>p-değeri</i>						<0.001	<0.001	<0.001	0.021
FA	R							0.461	0.573	0.574
	<i>p-değeri</i>							<0.001	<0.001	<0.001
PD	R								0.537	0.408
	<i>p-değeri</i>								<0.001	<0.001
P	R									0.516
	<i>p-değeri</i>									<0.001

Çalışmada bakım verenin cinsiyetine göre, hostilete hariç tüm alt boyutlardan alınan puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (tablo 3). Kadın bakım verenlerin hostilete alt ölçek puanları erkek bakım verenlerin puanlarına göre daha düşük bulunmuştur ($P:0,002$).

Tablo 3. Bakım verenin cinsiyetine göre S, OKB, D, AB, H, FA, PD, P, EM Alt ölçeklerden alınan puanlar arası farklılıklar

Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	P-değerleri
Somatizasyon				
Kadın	106	10.08	3.99	0.800
Erkek	46	9.91	3.46	
OKB				
Kadın	106	10.72	3.76	0.625
Erkek	46	11.04	3.81	
Kişiler arası Duyarlılık				
Kadın	106	7.22	2.77	0.071
Erkek	46	6.37	2.32	
Depresyon				
Kadın	106	11.72	4.07	0.320
Erkek	46	11.04	3.19	
Anksiyete				
Kadın	106	9.36	3.79	0.570
Erkek	46	9.00	2.97	
Hostilite				
Kadın	106	7.41	3.36	0.002
Erkek	46	9.33	3.51	
Fobik Anksiyete				
Kadın	106	5.62	2.65	0.470
Erkek	46	5.98	3.05	
Paranoid Düşünce				
Kadın	106	6.38	2.85	0.707
Erkek	46	6.20	2.45	
Psikotizm				
Kadın	106	3.92	1.92	0.368
Erkek	46	4.26	2.66	
Ek Madde				
Kadın	106	6.30	2.55	0.672
Erkek	46	6.11	2.64	

Çalışmada bakım verenin maddi yardım alma durumuna göre, hostilite, fobik anksiyete ve ek madde hariç diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($P>0,05$) (Tablo 4). Maddi yardım alan bakım verenlerin hostilite, fobik anksiyete, ve ek madde alt ölçek puanları maddi destek almayan bakım verenlerin puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($P<0,05$).

Çalışmada bakım verenin psikolojik yardım alma durumuna göre, depresyon ve ek madde hariç diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (tablo 5). Maddi yardım alan bakıcıların depresyon ve ek madde alt ölçek puanları maddi destek almayan bakıcıların puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun yanı sıra çalışmada,

psikolojik yardım alan bakıcıların anksiyete ($p:0,051$) ve hostilite ($p:0,058$) alt ölçeğinden aldıkları puanların destek almayan bakıcılara göre kayda değer miktarda yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmada hastanın tanısına (demans, SVH vb) göre bakım verenin kısa semptom envanterine ait somatizasyon, OKB, depresyon ve anksiyete alt ölçeği boyutlarından aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (tablo 6). Çalışmada, diğer olarak tanımlanan polinöropati, multiple skleroz, kas hastalığı tanısı olan hastalara bakım veren bireylerin somatizasyon, OKB, depresyon ve anksiyete bozukluğu durumları CP ve Parkinson hastalarına bakım veren bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Bakım verenin maddi yardım alma durumuna göre S, OKB, D, AB, H, FA, PD, P, EM Alt ölçeklerden alınan puanlar arası farklılıklar

Maddi yardım alma durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	P-değerleri
Somatizasyon				
Evet	99	10.03	3.70	0.991
Hayır	53	10.04	4.09	
OKB				
Evet	99	11.17	3.56	0.112
Hayır	53	10.15	4.08	
Kişiler arası duyarlılık				
Evet	99	6.86	2.29	0.520
Hayır	53	7.15	3.25	
Depresyon				
Evet	99	11.89	3.58	0.098
Hayır	53	10.81	4.19	
Anksiyete				
Evet	99	9.42	3.23	0.411
Hayır	53	8.92	4.11	
Hostilite				
Evet	99	8.48	3.54	0.016
Hayır	53	7.06	3.27	
Fobik anksiyete				
Evet	99	6.11	2.73	0.002
Hayır	53	5.02	2.74	
Paranoid düşünce				
Evet	99	6.45	2.45	0.416
Hayır	53	6.08	3.19	
Psikotizm				
Evet	99	4.25	2.22	0.070
Hayır	53	3.58	2.00	
Ek madde				
Evet	99	6.57	2.62	0.034
Hayır	53	5.64	2.39	

Tartışma

Yaşlı ve kronik hastalıklarla mücadele eden birey sayısındaki artış ile paralel olarak bakım veren ihtiyacı tüm dünyada artış göstermektedir. Ülkemiz için 65 yaş üstü nüfusun, toplam nüfus içindeki oranı 1935'te %3,9 iken bugün bu oranın %4,5, 2030 yılında ise %6 olmasının beklendiği bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkelerin nüfuslarında %95 oranında bir artış beklenirken, yaşlı nüfus için bu artışın %240 oranında olacağı tahmin edilmektedir (1,2,3,4,10).

Kronik hastalıklarla mücadele eden bireylere bakım verme fiziksel sağlıkta azalma, psikolojik (depresyon, anksiyete, tükenmişlik), sosyal (sosyal izolasyon) ve ekonomik problemlere neden olarak, bakım verenlerde günlük işlevleri olumsuz etkileyen bir süreçtir (10,11). Bakım verenler, hastaya verilen destek sürecinde kendilerine zaman ayıramamaktan (%60,6'sı), yorgunluktan (%78,8'u), hastayla iletişim güçlükleri yaşamaktan (%84,9'u) ve mali sıkıntılardan (%56,9'u) şikayet etmektedirler (12). İnme, Parkinson ve Alzheimer tipi demans gibi kronik nörolojik hastalıklarda da bakım veren kişilerde ruh sağlığının bozulduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (10,13,14,15).

Tablo 5. Bakım verenin psikolojik yardım alma durumuna göre S, OKB, D, AB, H, FA, PD, P, EM Alt ölçeklerden alınan puanlar arası farklılıklar

<i>Psikolojik yardım alma durumu</i>	<i>n</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. sapma</i>	<i>p-değerleri</i>
Somatizasyon				
Evet	77	10.55	3.89	0.094
Hayır	75	9.51	3.71	
OKB				
Evet	77	11.09	3.57	0.363
Hayır	75	10.53	3.96	
Kişilerarası duyarlılık				
Evet	77	7.14	2.57	0.394
Hayır	75	6.77	2.76	
Depresyon				
Evet	77	12.19	3.80	0.026
Hayır	75	10.81	3.75	
Anksiyete				
Evet	77	9.81	3.35	0.051
Hayır	75	8.68	3.69	
Hostilite				
Evet	77	8.52	3.61	0.058
Hayır	75	7.44	3.34	
Fobik anksiyete				
Evet	77	6.05	2.68	0.148
Hayır	75	5.40	2.84	
Paranoid düşünce				
Evet	77	6.38	2.60	0.805
Hayır	75	6.27	2.87	
Psikotizm				
Evet	77	4.32	2.34	0.079
Hayır	75	3.71	1.94	
Ek madde				
Evet	77	6.68	2.47	0.036
Hayır	75	5.80	2.62	

Tablo 6. Hastanın tanısına göre bakım verenlerinin S, OKB, D, AB, H, FA, PD, P, EM alt ölçeklerden aldığı puan

<i>Hastalık Tanısı</i>	<i>Demans</i>	<i>SVH</i>	<i>Beyin tümör</i>	<i>Parkinson</i>	<i>CP</i>	<i>Diğer</i>	<i>P-değeri</i>
N	56	47	9	17	11	12	
Somatizasyon	9.8±3.5 ab	9.5±3.8 ab	10.9±5.2 ab	10.5±3.6 ab	8.5±3.4 b	13.3±3.7 a	0.027
OKB	10.9±3.7 ab	10.1±3.3 b	10.9±4.6 ab	11.2±3.4 ab	9.3±5.2 b	14.0±3.1 a	0.031
Kişiler arası duyarlılık	7.0±2.6	6.5±2.3	7.4±3.1	7.4±2.8	6.0±3.2	8.3±3.0	0.226
Depresyon	10.8±3.4 b	11.4±3.6 ab	11.9±3.7 ab	11.0±2.4 b	12.0±5.5 ab	15.3±4.9 a	0.013
Anksiyete	9.1±3.5 ab	8.6±2.9 b	10.6±3.6 ab	9.0±3.3 ab	8.7±5.1 b	12.4±3.6 a	0.024
Hostilite	7.7±3.3	7.9±3.5	7.4±2.9	8.4±3.4	8.4±5.2	9.2±3.5	0.813
Fobik anksiyete	6.0±2.8	5.3±2.7	5.1±2.7	5.5±2.5	4.7±3.8	7.8±1.3	0.075
Paranoid düşünce	6.7±2.6	5.6±2.0	6.1±4.2	6.8±2.4	5.6±4.7	7.4±2.6	0.209
Psikotizm	4.3±2.1	3.9±2.4	3.6±1.6	3.9±1.9	2.9±2.6	4.9±1.6	0.291
Ek madde	5.9±2.5	6.1±2.4	6.6±2.1	6.2±2.5	6.1±3.4	8.2±2.9	0.165

Bu çalışmada, ağır özürlü hastalara bakım verenlerin 106'sı (%69,7) kadın, 46'sı (%30,3) erkekti. Literatür incelendiğinde bakım verenin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerinde önemli bir etken olduğu ve kadınlarda yükün daha fazla olduğu görülmektedir (15,16,17). Bakım verme işi ülkemizde kadına ait bir görev olarak kabul görmekte, bu durum kadın bakım verenlerde ruh sağlığı bozukluğunun daha sık yaşanmasına neden olmaktadır (15,18,19). Alzheimer hastalarına bakım verenlerde depresyon düzeyi üzerine yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %70'ini kadınların oluşturduğu saptanmıştır (15). Kronik nörolojik hastalıklı hastaya bakım verenlerin önemli bölümü eşlerdir; hasta eş ile tek başlarına ilgilenenlerin genellikle kadınlar olduğu ve desteğin genellikle çocuklar ve onların eşlerinden geldiği belirtilmektedir (20).

Çalışmada, bakım verenin yaşı ile depresyon (%25,8) ve hostilite (%43,2) alt ölçeğinden aldığı puanlar arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu; bakım verenin yaşı arttıkça depresyon ve hostilite düzeylerinde azalma olduğu görülmektedir. Bulgularımız, yaşlı bakım verenlerin genç bakım verenlere kıyasla daha fazla sosyal destek aldıkları ve bu nedenle gençlerde bakım veren yükü algısının daha fazla olduğu literatür bilgisi ile uyumludur (21).

Bakım veren yükünün bakım süresi ile yakından ilgili olduğu, erken dönemde yük algısında artış gözlenirken, ilerleyen dönemle birlikte bakım veren yüklerinin düşme eğilimi gösterdiği bildirilmektedir. Bazı araştırmalarda ise, hastalık süresinin bakım veren yükü üzerine bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (22,23,24). Çalışmada, bakım verme süresi ile kullanılan ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olup, bu durum hastaların ağır özürlü olmaları ile bakım verme sürelerinin uzunluğu dolayısıyla bakım verenlerin bakım verme yükünü hafifletecek çözümlere ulaşabilmesi ile açıklanmış ve literatür verileriyle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Bunun yanısıra, hastalara bakım verenin KSE alt ölçeklerinden aldığı puanlar arasında anlamlı pozitif ilişkiler tespit edilmiştir. Örneğin, bakım verenin depresyon düzeyi arttıkça, anksiyete bozukluğunun da arttığı görülmektedir. Komorbidite psikiyatrik bozukluklarda sık görülen bir durum olup bir alt boyutta artış

olduğunda diğer alt boyutlarda da artış olması komorbiditeyi desteklemesi açısından değerli bir bulgudur. Bakım veren yükünü etkileyen hastaya ve bakım verene ait birçok değişken vardır. Hastalığın düzeyi (tam veya kısmi bağımlılık), hastanın iletişim kurma seviyesi, hastayla ilgili kişilik değişiklikleri, davranışsal ve psikolojik belirtiler ile bakım verenin cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hali, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu gibi değişkenler bakım veren yükü üzerinde etkili faktörler olmakla beraber bakım verme görevinin farklı seviyelerde psikopatolojilere sebep olduğu bilinmektedir (5,25). Öz bakım becerilerini yerine getiremeyen, kendi başına hareket etmede, iletişim kurmada zorluk veya yoksunluk yaşayan, tıbbi olarak ağır özürlü bireylere bakım desteği veren yakınlarında tüm psikopatolojilerin birlikteliği literatür verileri ile uyumlu tespit edilmiştir (5).

Çalışmada bakım verenin cinsiyetine göre, hastanın kısa semptom envanterine ait hostilite hariç tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılık saptanamamıştır. Kadın bakım verenlerin hostilite alt ölçek puanları erkek bakım verenlerin puanlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum, ülkemizde bakım verme işinin kadına ait bir görev olarak algılanması ile erkek bakım verenlerin üstlendikleri sorumluluğa gerekli uyumu sağlayamaması ile açıklanmıştır (15,18,25).

Çalışmada bakım verenin maddi yardım alma durumuna göre, hastanın kısa semptom envanterine ait hostilite, fobik anksiyete ve ek madde hariç diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılık saptanamamıştır. Maddi yardım alan bakıcıların hostilite, fobik anksiyete, ve ek madde alt ölçek puanları maddi destek almayan bakıcıların puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. İlgili veri, düşük gelir seviyesindeki bakım verenlerin daha fazla yük altında olduğunu belirten çalışmalarla uyumludur (14,26).

Çalışmada psikolojik yardım alan bakıcıların depresyon ve ek madde alt ölçek puanları psikolojik destek almayan bakıcıların puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanısıra, psikolojik yardım alan bakıcıların anksiyete ve hostilite alt ölçeğinden aldıkları puanların destek almayanlara göre belirgin yüksek olduğu görülmektedir. Psikolojik yardım alanlarda daha

fazla psikiyatrik semptom görülmesi çelişkili görülmekle birlikte, örneklem grubundaki psikiyatrik yardım alan hasta yakınlarının belli bir tedavi süresi gözetmeksizin çalışmaya dahil edildiği göz önüne alındığında bu çelişki anlaşılabilir olmaktadır. Dolayısıyla bu sonuç psikiyatrik semptomları fazla olan kişilerin psikiyatrik yardım talebinin de fazla olduğunu göstermesi açısından tutarlı olarak değerlendirilmiştir (14).

Çalışmada hastanın tanısına göre bakım verenin kısa semptom envanterine ait somatizasyon, OKB, depresyon ve anksiyete alt ölçeği boyutlarından aldıkları puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Polinöropati, multiple skleroz, kas hastalığı tanısı olan hastalara bakan bireylerin somatizasyon, OKB, depresyon ve anksiyete bozukluğu durumları CP ve Parkinson hastalarına bakan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, polinöropati, multipl skleroz, kas hastalığının diğer hastalıklara oranla daha seyrek görülüyor olması, toplum tarafından bilinirlik seviyelerinin düşük olması, daha erken yaş başlangıçlı olmaları nedeniyle bakım vericilerin bu yüke hazırlıksızlığı ile açıklanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Kronik nörolojik hastalıklar, hastaların işlevselliğini etkileyerek bağımlılıklarının artmasına neden olan, özellikle yaşlılarda görülme sıklıkları fazla ve etkilenen bireylerde büyük oranda bakım veren desteği ihtiyacı doğuran bir grup hastalıktır. Bu nedenle hastalığın tedavisi yanında bakım veren yükünün azaltılmasına yönelik önlemler alınması önem arz etmektedir. Toplum temelli tedavi anlayışıyla kronik nörolojik hastalıklarda hasta ve bakım veren kişilere yönelik rehberlik hizmetleriyle (yaşanabilecek sorunlar konusunda önceden bilgilendirme, sorunların çözümüne yönelik stratejiler geliştirme vs) bakım verme sürecinin ve hasta yaşam kalitesinin artırılması önemlidir. Hasta ve bakım verenlerinin işlevselliğini koruyacak yöntemlerin geliştirilip uygulanmasını hedefleyen rehabilitasyon programları için gerekli kaynakların sağlanmasına yönelik sağlık politikaları üretilmesine öncelik verilmelidir. Bu amaçla hastalıkların özellikleri, sosyokültürel ve ekonomik koşullar ile bakım veren yükü arasındaki ilişki daha fazla çalışma ile incelenmelidir.

Kaynaklar

1. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı, 2007.
2. Small GW, Gunay I. Geriatric Medicine. In Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in Medically Ill, 2nd ed. (Eds) Rundel JR, Wise MG. American Psychiatric Press, Washington, 2005; 878-99.
3. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson Hastalığında bakıcı yükü. Parkinson Hastalığı Hareket Bozuklukları Dergisi 2007;10:26-34.
4. Şahin EM, Yalçın BM. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Geriatri 2003;6(1):10-3.
5. Atagün MI, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatri güncel yaklaşımlar 2011;3(3):513-52.
6. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. (Özürlüler İdaresi Başkanlığı) Resmi Gazete Tarihi: 30.03.2013 Sayısı: 28603.
7. Derogatis LR. Brief Symptom Inventory. Clinical Psychometric Research, Baltimore, 1975.
8. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring & procedures manual-II. USA. Clinical Psychometric Research Inc, 1992.
9. Sahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1994;9(31):44-56.
10. Güngen C, Ertan T, Eker E. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(4):273-81.
11. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology 1998;51:53-60.
12. Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1998;36:26-32.
13. Yılmaz A, Turan E, Gundogar D. Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. Australas J Ageing 2009;28:16-21.
14. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K et al. Patient and caregiver

- characteristics and nursing home placement in patients with dementia. JAMA 2002;287:2090-7.
15. Koca E, Taşkapılıoğlu Ö, Bakar M. Alzheimer Hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişilerin yükü. Arch Neuropsychiatry 2017;54: 82-6.
16. Ulstein I, Wyller TB, Engedal K. High score on the Relative Stress Scale, a marker of possible psychiatric disorder in family carers of patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2007;22(3):195-202.
17. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. Aging Ment Health. 2005;9(4):325-30.
18. Harwood DG, Barker WW, Ownby RL, Bravo M, Aguero H, Duara R. Predictors of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. Int J Geriatr Psychiatry 2000;15:481-7.
19. Rose-Rego SK, Strauss ME, Smyth KA. Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. Gerontologist 1998;38(2):224-30.
20. Sink KM, Covinsky KE, Barnes DE, Newcomer RJ, Yaffe K. Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. J Am Geriatr Soc 2006;54(5):796-803.
21. Allen SM, Goldscheider F, Ciambrone DA. Gender roles, marital intimacy, and nomination of spouse as primary caregiver. Gerontologist 1999;39:150-8.
22. Crespo M, Lopez J, Zarit SH. Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:591-2.
23. Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer MC. The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis. Objective: Impact of caregiver characteristics, patient variables, and regional differences on family burden. Acta Psychiatr Scand 2006;114(5): 363-74.
24. Ergh TC, Hanks RA, Rapport LJ, Coleman RD. Social support moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. J Clin Exp Neuropsychol 2003;25(8):1090-101.
25. Yılmaz A, Turan E, Gundogar D. Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. Australias J Ageing 2009;28(1):16-21.
26. Biegel DE, Milligan SE, Putham PL, Song L. Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. Community Ment Health J 1994;30(5):473-94.

İletişim:

Doç.Dr.Özgür Enginyurt
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ordu,Türkiye
Tel: +90.532.2317499
E-mail: enginyurt72@gmail.com