Araştırma / Research Article *TAF Prev Med Bull 2014:13(2):99-108*

Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler

[The Care Burden and the Affecting Factors of Individuals Receiving Hemodialysis Treatment]

ÖZET

AMAÇ: Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükünün ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırmanın örneklemini, hemodiyaliz tedavisi almak üzere başvuran 235 bireyin bakım verenleri oluşturmuştur. Veriler, 48 sorudan oluşan bir soru formu ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, ortalama, yüzdelik dağılımlar, ki-kare, Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testleri, Spearman Brown korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

BULGULAR: 60 yaş ve üzerinde, gelir düzeyi çok kötü ve kötü, ilkokul mezunu olan, bakım verirken sağlık sorunu gelişen, tam gün bakım veren, sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayan bakım verenlerin, bakım verme yükü puan ortancalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Yeme-içme, yıkanma, giyinme, yürüme-gezinme ve merdiven çıkma gereksinimlerinde tamamen bağımlı olanlara bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortancalarının diğer özbakım gereksinimini karşılama şeklindeki gruptaki kişilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bakım verenlerin yaşları arttıkça bakım verme yükü puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Hemodiyaliz tedavisi alanların hastalık süresi ve tedavi alma süresi arttıkça bakım verme yükü puanlarının azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$).

SONUÇ: Sonuç olarak, bakım veren bireylerin bakım yükünü artıran durumların farkında olunması ve yükü artıran durumların aile ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemesini önlemek için gerekli müdahalelerinin yapılması ve destek gruplarının oluşturulması önerilmektedir.

SUMMARY

AIM: This study was performed to determine the care burden and the affecting factors of individuals receiving hemodialysis treatment

METHOD: The study sample consisted of the caregivers of 235 individuals undergoing hemodialysis treatment. The data were collected by using a survey form of 48 questions and the Zarit Caregiver Burden Scale. The mean, percentage distributions, chi-square, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests, and the Spearman Brown correlation coefficient were used in the statistical evaluation of data.

RESULTS: The median care burden scores were high for caregivers who were 60 years of age or older, had a very low or low income, were primary school graduates, developed health issues while caregiving, provided care full-time and had difficulty in meeting the health care costs. The median care burden scores of caregivers who provided care to individuals who were completely dependent for eating and drinking, bathing, getting dressed, walking-strolling, and stair climbing were found to be higher than the group who looked after patients who could administer self-care ($p<0.05$). Care burden scores were found to be increased with increasing age of caregivers ($p<0.05$). We also found the care burden score to decrease with increasing disease and treatment duration of HD patients ($p<0.05$).

CONCLUSION: In conclusion, we recommend developing awareness of conditions that increase the care burden of caregivers and to provide the necessary interventions and establish support groups so that these conditions do not have a negative effect on family and social life.

Merve Gülpak[1], Semra Kocaöz[2]

[1]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[2]Niğde Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Bakım Veren, Bakım Yükü, Etkileyen Faktörler

Key Words: Hemodialysis, Caregiver, Care Burden, Affecting Factors

Sorumlu yazar/ Corresponding author: Semra Kocaöz, Niğde Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu semrakocaoz@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 28.01.2013 , **Kabul Tarihi/Date of Acceptance:** 18.03.2013 **DOI:**10.5455/pmb 1-1359391140

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), bireylerin günlük yaşamında yetersizliklere yol açan ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre yetişkinlerin %15,7'sinde KBY'nin olduğu belirtilmektedir (2). KBY'nin tedavisinde en sık kullanılan yöntem hemodiyaliz (HD)'dir (1,2). HD bir yandan bireylerin yaşam süresini uzatırken, diğer yandan sıkıntılı bir tedavi süreci yaşamalarına neden olmaktadır. HD tedavi sürecine bağlı olarak bireylerin çalışma yaşamı, ekonomik durumu, aile bağları, sosyal aktiviteleri, fiziksel ve psikososyal sağlığı etkilenebilmektedir (3-5). HD tedavisi alan bireyler dışında yakınları da tedavi ve bakım sürecine katılmakta ve bu yaşanılan sıkıntıları hastasıyla birlikte paylaşmaktadır (4,6,7).

Tedavi süreci boyunca aile üyelerinden biri, HD tedavisi alan bireylerin diyaliz partneri gibi davranmakta ve primer bakım vereni olarak kabul edilmektedir (6). Primer bakım verenler bakım

verdikleri bireyle ilgilenirken, çeşitli sorunlarla karşılaşabilmekte ve değişik düzeylerde güçlükler yaşayabilmektedir (8-11). Yapılan çalışmalar, tedavi süreci boyunca bakım veren bireylerin anksiyete, depresyon, yorgunluk, sosyal izolasyon, aile ilişkilerinin bozulması ve finansal problemler gibi sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (12-16). Bu sorunların yanı sıra bakım verenlerin aşırı ilaç kullanmaları, fiziksel sağlıklarını negatif olarak algılamaları ve yaşam kalitelerinin bozulması nedeniyle sorumluluklarını yerine getirirken zorluklar yaşadıkları belirtmektedir (17).

Yaşam kaliteleri bozulan bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntılar, tedavi alan bireylerin hastalığına uyum sağlamalarını güçleştirmektedir (4,17,18). Bu nedenle bakım veren bireylerin bakım yüklerinin bilinmesinin, HD tedavisi alanların sağlığının sürdürülmesi ve iyileştirilmesi açısından önemi büyüktür (18,19). Yaşanılan güçlükler hakkında farkındalığı olan sağlık profesyonelleri, bakım verenlerin değişen rol ve yaşam şekline uyum sağlama becerileri geliştirmesine yardımcı olarak, HD tedavisi alanlara verilen bakımın kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır (17,19,20). Çalışmamız, HD tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, 15 Ekim 2010-15 Ocak 2011 tarihleri arasında Kahramanmaraş il merkezinde bulunan dört adet diyaliz merkezine HD tedavisi almak için başvuran 323 bireyin yakınlarıyla yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Hastası en az 6 aydır HD tedavisi gören, 18 yaş üstü ve en az ilkokul mezunu olan, iletişim kurmada problem yaşanmayan, ön uygulamaya alınmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 235 HD tedavisi alan bireylerin yakınları, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatür (2,5,8,9,20) doğrultusunda geliştirilen soru formuyla ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'yle toplanmıştır. Soru formu, HD tedavisi alan bireylere ve bakım verenlerine yönelik bilgileri içeren iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, HD tedavisi alan bireylerin sosyodemografik ve hastalığına ilişkin özelliklere ait 21 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, bakım verdiği bireylerle olan yakınlık derecesi, HD tedavisi hakkında eğitim alma durumu, bakım verme sırasında yaşadığı güçlükler, destek aldığı kişiler ve hangi konularda destek almak istediğine ilişkin konuları içeren 27 soru bulunmaktadır.

Bakım verme ölçeği, Zarit ve ark. tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (21). Bu ölçek ile bakıcı/hasta ilişkisi, bakım verenin sağlık durumu, psikolojik rahatlığı, sosyal yaşamı ve ekonomik yükü değerlendirilebilmektedir (18). Araştırmacı ya da bakım verenin kendisi tarafından doldurulan bu ölçek, toplam 22 ifadeden oluşmaktadır. Bu ölçekteki her bir ifade asla [0], nadiren [1], bazen [2], sık sık [3], ya da hemen hemen her zaman [4] şeklinde cevaplandırılmaktadır. Her bir ifade için puanlar 0 ile 4 arasında değiştiğinden, ölçekten en az sıfır, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bakım yükünün arttığını göstermektedir (21). Türkiye'de bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, İnci tarafından 2006 yılında gerçekleştirilmiştir ve bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,71 olarak bulunmuştur (18). Araştırmamızda bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,81 olduğu belirlenmiştir.

Soru formunun anlaşılabilirlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırmanın yapıldığı diyaliz merkezlerinin birinde örnekleme dâhil edilmeyen 10 HD tedavisi alan bireyin bakım vericisine ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında bilgi formuna son şekli verilmiştir.

Veri toplama araçlarını uygulamadan önce araştırmanın yapıldığı diyaliz merkezlerinden kurum izni ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul'undan etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca araştırma öncesi bireylere çalışmanın amacı, yöntemi, beklenen yararları anlatılarak sözlü izinleri ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak yazılı onayları alınmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, bakım veren bireyler ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Görüşmeler, hastaları HD tedavisi aldıkları sırada bakım verenleri ile diyaliz ünitelerin bekleme salonlarında ortalama 30 dakika süreyle yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 11.5 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma dağılımından yararlanılmıştır. Kruskall Wallis, Mann Whitney U ve Ki-kare testleri değişkenlerin karşılaştırılmasında kullanılmıştır. HD tedavisi alan bireyin yaşı, hastalık ve HD tedavisi alma süresi, bakım vericisinin yaşı ve bakım verme süresi ile bakım verme yükü puanları arasındaki ilişki Spearman Brown korelasyon

katsayısıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

HD tedavisi alan bireylerin ve bakım verenlerin yaş ortalamasının sırasıyla 53,22±16,33 ve 41,29±15,86 olduğu belirlenmiştir. Tedavi alan bireylerin ortalama hastalık süresinin 6,69±4,71 yıl ve HD uygulanma süresinin 4,85±3,58 yıl olduğu tespit edilmiştir. Bakım veren bireylerin %71,1'inin kadın, %90,6'sının hastasıyla birlikte yaşadığı ve yaklaşık olarak yarısının (%49,4) HD tedavisi alanların eşi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Bakım Veren Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireyler[2]		Bakım Veren Bireyler[3,4]	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Erkek	118	50,2	167	71,1
Kadın	117	49,8	68	28,9
Yaş[1]				
29 yaş ve altı	26	11,1	67	28,5
30-39 yaş	32	13,6	58	24,7
40-49 yaş	21	8,9	29	12,3
50-59 yaş	57	24,3	43	18,3
60 yaş ve üzeri	99	42,1	38	16,2
Medeni Durum				
Evli	183	77,9	189	80,4
Evli değil	52	22,1	46	19,6
Öğrenim Durumu				
Okuryazar değil	75	31,9	-	-
Okuryazar	17	7,3	-	-
İlkokul mezunu	96	40,8	164	69,8
Ortaokul	20	8,5	28	11,9
Lise mezunu	21	8,9	32	13,6
Üniversite ve üzeri	6	2,6	11	4,7
Yapılan İş				
Çalışmıyor	220	93,6	204	86,8
Serbest meslek	12	5,2	15	6,4
İşçi	1	0,4	12	5,1
Memur	2	0,8	4	1,7
Gelir Durumu				
Orta	127	54,1	139	59,1
Kötü	55	23,4	57	24,3
İyi	36	15,3	33	14,1
Çok Kötü	17	7,2	6	2,5
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Eşi ve çocuklarıyla	83	35,3	88	37,4
Geleneksel geniş aile	69	29,4	56	23,8
Eşiyle	49	20,8	48	20,4
Anne ya da babasıyla birlikte	19	8,1	40	17,1
Çocuklarıyla	11	4,7	3	1,3
Yalnız	4	1,7	-	-
Aile Tipi				
Çekirdek aile	162	68,9	179	76,2
Geniş aile	69	29,4	56	23,8
Yalnız	4	1,7	-	-

[1] HD alan bireylerin ve bakım verenlerin yaş ortalaması sırasıyla 53,22±16,33 ve 41,29± 15,86'dır.
[2]HD tedavisi alan bireylerin ortalama hastalık süresi 6,69±4,71 ve hemodiyaliz uygulanma süresi 4,85±3,58 yıldır.
[3]Bakım verenlerin bakım verme süresinin ortalaması 4,68± 3,02'dir.
[4]Bakım verenlerin %49,4'ünün HD tedavisi alan bireylerin eşi, %90,6'sının hastasıyla birlikte yaşadığı, %31,9'unun 4-6 yıl arasında bakım vermekte olduğu ve %21,3'ünün ise bakmakla yükümlü olduğu başka kişiler olduğu tespit edilmiştir.

İlkokul mezunu olan bakım verenlerin, diğer öğrenim düzeyine sahip olanlara göre ölçekten aldıkları bakım yükü puan ortancalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin yaş gruplarına göre bakım yükleri değerlendirildiğinde; 60 yaş ve üzerinde olanların bakım yükü ortancalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Gelir düzeyi kötü ve çok kötü olan bireylerde, bakım yükü puan ortancalarının diğer gelir düzeyine sahip olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakım verme yükü puan ortancaları ile bakım verenin yaşı, öğrenim durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanırken, cinsiyet, medeni durum, meslek ve çalışma şekli arasında farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

HD tedavisi alan birey ile birlikte yaşayan bakım verenlerin %27,7'si, birlikte yaşamayanların ise %18,2'si aile içinde ve iş ortamındaki rollerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir. HD tedavisi alan bireylerle aynı evde yaşama durumu ile bakım verenlerin aile ve iş ortamındaki rollerinin olumsuz etkilenmesi hakkındaki görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bakım verirken sağlık sorunu gelişenlerin ve sağlık giderlerini karşılamayanların, tüm gün bakım verenlerin bakım yükü puan ortancalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Bakım Veren Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Bakım Verme Yükü Puan Ortancalarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	*n*	Bakım Verme Yükü			*Test*	*p*
		Ortanca	En Az	En Çok		
Cinsiyet[1]						
Kadın	167	35,0	12,0	73,0	*U=5409,500*	*0.570*
Erkek	68	33,0	16,0	68,0		
Yaş[2]						
29 yaş ve altı	67	31,0	15,0	61,0		
30-39 yaş	58	37,0	12,0	69,0	*X^2 =10,426*	*0.034*
40-49 yaş	29	37,0	16,0	57,0		
50-59 yaş	43	33,0	12,0	73,0		
60 yaş ve üzeri	38	38,5	19,0	67,0		
Medeni durum[1]						
Evli	189	35,0	12,0	73,0	*U=4161,000*	*0.653*
Evi değil	46	34,5	15,0	64,0		
Öğrenim durumu[2]						
İlkokul mezunu	164	36,5	12,0	73,0		
Ortaokul	28	35,5	14,0	54,0	*X^2 =14,180*	***0.003***
Lise mezunu	32	28,0	15,0	64,0		
Üniversite ve üzeri	11	30,0	12,0	47,0		
Meslek[2]						
Çalışmıyor	204	35,0	12,0	73,0		
Serbest meslek	15	27,5	17,0	52,0	*X^2 =5,819*	*0.121*
İşçi	12	25,5	16,0	38,0		
Memur	4	33,0	18,0	64,0		
Çalışma şekli[1]						
Tam gün	26	31,5	16,0	64,0	U=52,000	*0.484*
Yarım gün	5	33,0	18,0	52,0		
Gelir düzeyi[2]						
İyi	33	27,0	12,0	63,0		
Orta	139	33,0	14,0	73,0	*X^2=34,486*	***<0.0001***
Kötü	57	41,0	20,0	72,0		
Çok kötü	6	43,5	27,0	57,0		

[1] *Mann Whitney U test kullanılmıştır.*

[2] *Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.*

Yeme içme, banyo yıkanma, giyinme, yürüme gezinme ve merdiven çıkma gibi özbakım gereksinimlerini karşılarken bir başkasına tamamen bağımlı olanlara ve alışveriş yapma, tuvalete girme gereksinimlerini başka kişi ve araçların yardımıyla karşılayanlara bakım verenlerin, bakım yükü puan ortancalarının diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. HD tedavisi alanların yemek pişirme ve evin bakımı dışındaki diğer tüm özbakım gereksinimlerini karşılama şekli ile bakım verenlerin bakım yükü arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Bakım veren bireylerin yaşları arttıkça bakım verme yükü puanlarının arttığı tespit edilmiştir (r=0,161, $p<0.05$). Hastaların hastalık süresi ve HD tedavisi alma süresi ile bakım verme yükü puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (r_1=-0,158, r_2=-0,131, $p<0.05$). Bakım veren bireylerin bakım verme süresi ve hastaların yaşı ile bakım verme yükü puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

KBY'nin hastalık sürecinin getirdiği duygusal, ekonomik, bilişsel ve sosyal sınırlılıklarından dolayı diyaliz hastalarına bakım veren bireyler çeşitli zorluklarla karşılaşmakta ve karmaşık problemlerle yüz yüze gelmektedir (3,4,9,20,22). Bakım verenin sorumlulukları arttıkça, bakımı sağlayan ve alan arasında tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun süreli bir ilişki meydana gelmektedir (23,24). Bu durumda hastalara bakım veren aile üyelerinin veya primer bakım vericilerin bakım yükleri artmaktadır (25).

Bakım verme yükü; bakım verme sürecine bağlı bireyde ortaya çıkan psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması gibi olumsuz nesnel ve öznel sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (9,18,19). Bakım verme yükünün ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesinin, yukarıda bahsedilen olumsuz sonuçları azaltmaya yönelik girişimlerin uygulanması, bakım verenin iyilik halinin sürdürülmesi açısından önemlidir (26). Bakım verme yükü, bakım veren bireye ait birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bakım verenin yaşı, bakım yükünü etkileyen değişkenlerden birisidir (27). Araştırmamızda 60 yaş ve üzerinde bakım verenlerin bakım yükü puan ortancalarının, diğer yaş gruplarındakilere göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 2). Ayrıca bakım veren bireylerin yaşları arttıkça bakım verme yükü puanlarının arttığı belirlenmiştir (r=0,161, $p<0.05$) (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin yaşları ile bakım verme yükü puan ortancaları arasında bir ilişki bulunamamıştır (8,11,28,29). Bakım veren bireylerin 60 yaş ve üstünde sağlıklarının bozulmaya başlaması, kronik hastalık görülme sıklıklarının artması, başka bireylere ihtiyaç duymaya başlaması ve kendilerine yeteri kadar zaman ayıramamaları gibi nedenlerin araştırma bulgularımızı etkileyebileceği ve bu nedenle bakım yüklerinin artabileceği düşünülmektedir.

Tablo 3. Bakım Verende Sağlık Sorunu Gelişme Durumu, Bakım Verene İhtiyaç Duyulan Zaman Aralığı ve Sağlık Giderlerini Karşılama Güçlüğüne Göre Bakım Verme Yükü Puan Ortancalarının Dağılımı

Özellikler	*n*	Bakım Verme Yükü			*Test*	*p*
		Ortanca	En Çok	En Az		
Bakım verende sağlık sorunu[1]						
Gelişen	32	48,0	21,0	73,0	*U=1457,000*	***<0.0001***
Gelişmeyen	203	33,0	12,0	68,0		
Bakım verene ihtiyaç duyulan zaman[2]						
Gündüz	133	33,0	16,0	72,0	X^2 =22,502	***<0.0001***
Gece+gündüz	53	44,0	15,0	73,0		
Gece	49	33,0	12,0	62,0		
Sağlık giderlerini karşılama güçlüğü[1]						
Güçlük yaşayan	47	40,0	17,0	73,0	*U=2613,500*	***<0.0001***
Güçlük yaşamayan	188	33,0	12,0	72,0		

[1] *Mann Whitney U testi kullanılmıştır.*

[2] *Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.*

Tablo 4. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Özbakım Gereksinimlerini Karşılama Şekli ile Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Puan Ortancalarının Dağılımı

Özbakım Gereksinimlerini Karşılama Şekli	*n*	Ortanca	En Az	En Çok	X^2	*p*
Yeme içme						
Tamamen bağımlı	6	60,00	55,00	69,00	19,907	***0.0001***
Başkalarının yardımı ile	19	37,00	21,00	72,00		
Bağımsız	210	34,00	12,00	73,00		
Banyo/yıkanma						
Tamamen bağımlı	17	55,00	17,00	73,00	25,616	***<0.0001***
Yardımcı araçla	1	48,00	48,00	48,00		
Başkalarının yardımı ile	97	36,00	14,00	72,00		
Bağımsız	120	31,00	12,00	64,00		
Giyinme/çekidüzen						
Tamamen bağımlı	14	56,00	37,00	73,00	31,620	***<0.0001***
Başkalarının yardımı ile	105	36,00	15,00	72,00		
Bağımsız	116	31,00	12,00	64,00		
Tuvalete girme						
Başka kişi ve araçların yardımı ile	2	60,50	60,00	61,00	30,094	***<0.0001***
Yardımcı araçla	4	53,00	34,00	73,00		
Tamamen bağımlı	12	49,00	31,00	69,00		
Başkalarının yardımı ile	30	37,50	22,00	67,00		
Bağımsız	187	33,00	12,00	72,00		
Yürüme/gezinme						
Tamamen bağımlı	10	46,00	31,00	69,00	26,608	***<0.0001***
Yardımcı araçla	18	44,00	15,00	73,00		
Başka kişi ve araçların yardımı ile	10	37,50	23,00	61,00		
Başkalarının yardımı ile	43	37,00	12,00	72,00		
Bağımsız	154	32,00	12,00	68,00		
Merdiven çıkma						
Tamamen bağımlı	19	50,00	26,00	73,00	21,919	***<0.0001***
Başka kişi ve araçların yardımı ile	12	37,50	23,00	61,00		
Başkalarının yardımı ile	65	37,00	12,00	72,00		
Yardımcı araçla	20	32,00	14,00	63,00		
Bağımsız	119	32,00	12,00	68,00		
Alışveriş yapma						
Başka kişi ve araçların yardımı ile	1	61,00	61,00	61,00	4,792	***0.002***
Tamamen bağımlı	142	37,00	12,00	73,00		
Bağımsız	76	31,00	12,00	60,00		
Başkalarının yardımı ile	16	28,00	14,00	44,00		
Yemek pişirme						
Tamamen bağımlı	201	35,00	12,00	73,00	1,254	*0.534*
Başkalarının yardımı ile	21	33,00	20,00	47,00		
Bağımsız	13	32,00	20,00	60,00		
Evin bakımı						
Tamamen bağımlı	201	35,00	12,00	73,00	1,353	*0.508*
Başkalarının yardımı ile	24	33,00	20,00	48,00		
Bağımsız	10	30,00	20,00	60,00		

[1] *Kruskall Wallis testi kullanılmıştır.*

Tablo 5. Hastaların Yaşı, Hastalık ve Hemodiyaliz Tedavisi Alma Süresi, Bakım Verenlerin Yaşı ve Bakım Verme Süresi ile Bakım Verme Yükü Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı

	Bakım Verme Yükü (*n*=235)	
	Korelasyon katsayısı (r)	***p***
Hastaların yaşı	0,127	*0.052*
Bakım verenlerin yaşı	0,161	*0.013**
Hastaların hastalık süresi	-0,158	*0.016*
Hastaların HD tedavisi alma süresi	-0,131	*0.045*
Bakım verenlerin bakım verme süresi	-0,013	*0.848*

**Spearman Brown korelasyon katsayısı kullanılmıştır.*

Literatürde (28,30), bakım verme yükünü etkileyen faktörlerden bir diğerinin eğitim durumu olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda ilkokul mezunu olan bireylerin bakım yükü puan ortancalarının, diğer öğrenim düzeyine sahip olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır *($p<0.05$)* (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda, öğrenim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin daha az ekonomik sorun yaşadıkları, stresle baş etmesinin, iletişim ve sağlık uygulamalarında becerilerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Öğrenim düzeyi düşük olan bakım verenlerin ise finansal kaynakların sınırlı olduğu ve bu grupta strese bağlı semptomlar daha fazla görüldüğünden dolayı bakım verme yüklerinin artabileceği ifade edilmektedir (8,30). Akgün Şahin ve ark. kemoterapi tedavisi alanlara bakım verenlerle yaptıkları çalışmalarında, öğrenim düzeyinin düşüklüğünün bakımın kalitesini düşürebileceğini ve bakım yükünün artmasına neden olabileceğini belirtmiştir (11). Yukarıda bahsedilen çalışmalar (8,11,30) ile benzer sonuçlar elde ettiğimiz araştırma bulgularımız, öğrenim düzeyi düşük olan bakım verenlerin desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Bakım veren bireylerin gelir durumu bakım verme yükünü etkileyebilmektedir (11). Araştırmamızda, gelir düzeyi kötü ve çok kötü olan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarının, diğer gelir grubundakilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Ayrıca sağlık giderlerini karşılamayan bakım verenlerin, karşılayanlara göre daha yüksek bakım verme yükü puan ortancalarının olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3). Bakım sorumluluklarını yerine getirebilmek için bakım verenler ücretli işlerinden izin alabilmekte, tam mesai çalışamamakta ya da işlerinden ayrılmak zorunda kalabilmektedirler (9,10,19,29). Montgomery ve ark. bakım verenlerin subjektif ve objektif yük deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, düşük sosyoekonomik statüye sahip olanların bakım yüklerinin fazla olduğunu ve aşırı yüke bağlı sağlık sorunlarının arttığını belirtmektedir (31). Yapılan çalışmalarda, gelirinin yetersiz olması durumunda primer bakım veren bireylerin psikososyal olarak etkilendiği ve bakım verme sürecinde olumsuzluklar yaşayabilecekleri ifade edilmektedir (9,31).

Bireylerin bakım sorumluluklarından dolayı, kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması, kronik yorgunluk, uyku düzensizliği, beslenme yetersizliği, kas ağrısı, konsantrasyon bozukluğu gibi nedenlerle sağlıkları bozulabilmektedir (8,9,22). Yapılan çalışmalarda, bakım vermenin ortaya çıkardığı gereksinimlerin, bakım veren için stres kaynağı olduğu ve bu durumun ise kişinin sağlığını etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca bakım verme nedeniyle hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetlerin bireylerde artabildiği, bunlara bağlı olarak doktora başvurdukları ve ortaya çıkan problemleri nedeniyle daha fazla ilaç kullandıkları belirtilmektedir (8,9,18,28,29). Araştırmamızda bakım verirken sağlık sorunu gelişenlerin gelişmeyenlere göre bakım verme yükü puan ortancalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3). Yukarıda bahsedilen çalışma (8,9,18,28,29) sonuçları, araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Gün içinde bakım verene ihtiyaç duyulan zaman aralığı, bakım yükünü etkileyebilmektedir (32). Araştırmamızda tam gün bakım verenlerin, diğerlerine göre bakım yükü puan ortancalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3).

Yapılan araştırmalarda bakım vermek için günlük ayrılan süre arttıkça, bakım verme yükü puanlarının da arttığı saptanmıştır (8,9,28). Macneil ve ark. yaşlılara bakım verenlerle yaptıkları çalışmalarında, bakım saatinin artmasıyla birlikte bireylerde anksiyete ve depresyon görülme sıklığında artış meydana geldiği belirtilmektedir (30). Çalışma bulguları (9,28,30), araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Bakım verme yükü, HD tedavisi alan bireylerin özbakım gereksinimlerini karşılama durumundan etkilenebilmektedir (3,22). Bireyin bakım verene bağımlılık düzeyi arttıkça, bakım verende olumsuz olarak nitelendirilebilecek deneyimler artmakta ve bu durumda bakım verme yükü de arttırabilmektedir (8,9,28,29). Araştırmamızda yeme içme, banyo yıkanma, giyinme, yürüme gezinme ve merdiven çıkma gibi özbakım gereksinimlerini karşılarken bir başkasına tamamen bağımlı olanlara ve alışveriş yapma, tuvalete girme gereksinimlerini başka kişi ve araçların yardımıyla karşılayanlara bakım verenlerin, bakım yükü ortancalarının diğer gruptakilere göre daha fazla olduğu saptanmıştır *($p<0.05$)* (Tablo 4). Literatür (8,11,28) bulguları, araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Ancak araştırmamızda HD alan bireylerin yemek pişirme ve evin bakımı yapabilme durumları ile bakım verme yükü puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (*$p>0.05$*) (Tablo 4). Bunun nedeni olarak araştırmamızda bakım verenlerin çoğunluğunu kadınların (%71,1) oluşturması ve yemek pişirme, evin bakımı gibi gereksinimlerin toplumumuzda kadınların yapması gereken doğal rol ve sorumlulukların arasında görülmesinden dolayı kaynaklanabilir.

Bakım verme süresinin bakım yükünü etkileyen faktörler arasında olduğu belirtilmektedir (32). Araştırmamızda HD tedavisi alan bireylerin tedavi alma süresi ve hastalık süresi arttıkça bakım verme yükünün azaldığı dikkat çekici bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır (*$p<0.05$*) (Tablo 5). Yüksel ve ark. Parkinson'lu hastalara bakım verenlerle yaptıkları çalışmalarında, bakım verme süresi ile bakım yükü arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu belirlemiştir (28). Akgün Şahin ve ark. yaptıkları çalışmada ise bakım verme süresi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (11). Araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, bireylerin yaşamındaki değişikliklere uyum sağlayabilmesi için bakım vermeye başladıkları ilk yıllarında desteklenmesi gerektiği düşündürmektedir.

Sonuç olarak, araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde bakım veren bireylerin bakım yükünü artıran pek çok faktörün olduğu görülmüştür. Etkileyen faktörler konusunda farkındalığı olan sağlık profesyonellerinin bakım verenin üstlendiği rol nedeniyle bakım yüklerinin artmasını ve erken dönemde tükenmesini önlemek amacı ile bakım vereni tamamlayıcı ve destek faktörlerini ortaya çıkarıcı bakım sürecini planlanması gerekmektedir. Sosyal destek sistemleri yetersiz olanlara yönelik uygun destek sistemlerinin harekete geçirilmesinin, kurum içi destek gruplarının oluşturulmasının ve benzer sorunları olan birey ve ailelerle tanıştırılmasının, bakım verirken yaşabilecek sorunlar ve çözüm yollarına yönelik eğitim verilmesinin, bakım verenin yaşadığı olumsuzlukların giderilmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds.: Karadakovan A, Eti Aslan F. In: Üriner Sistem. Adana: 2010. p. 905-919.
2. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altiparmak MR, et al. A population-based survey of chronic renal disease in Turkey-the CREDIT study. Nephrol Dial Transplant. 2011; 26(6): 1862-1871.
3. Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006; 1(3): 72-80.
4. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. Kriz Dergisi. 2002; 10(2): 29-39.
5. Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül HM, Özbulut Ö, Çölbay M, et al. Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8(3): 173-178.
6. Ferrario SR, Zotti AM, Baroni A, Cavagnino A, Fornara R. Emotional reactions and practical problems of the caregivers of hemodialysed patients. J Nephrol. 2002; 15(1): 54-60.
7. Luk WS. The home care experience as perceived by the caregivers of Chinese dialysis patients. Int J Nurs Stud. 2002; 39(3): 269-277.
8. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. DEUHYO ED. 2011; 4(3): 125-130.
9. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3): 513-552.
10. Kılıç Akça N, Taşçı S. 65 yaşüstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005; 14 (Ek Sayı-Hemşirelik Özel Sayısı): 30-36.
11. Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(2): 1-9.
12. White Y, Brin FS. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. J Adv Nurs. 1999; 30(6): 1312–1320.
13. Tsai TC, Liu SI, Tsai JD Chou LH. Psychosocial effects on caregivers for children on chronic peritoneal dialysis. Kidney Int. 2006; 70: 1983–1987.
14. Shimoyama S, Hirakawa O, Yahiro K, Mizumachi T, Schreiner A, Kakuma T. Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan. Perit Dial Int. 2003; 23 Suppl: S200–S205.
15. Schneider RA. Fatigue among caregivers of chronic renal failure in patients: a principal components analysis. Nephrol Nurs J. 2003; 30: 629(6)–633, 664.
16. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. J Am Soc Nephrol. 2007; 18(2): 3042–3055.
17. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. Am J Kidney Dis. 2006; 48(6): 955–963.
18. İnci F. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmasi, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Denizli. 2006: p. 74.
19. Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. Postgrad Med. 2000; 108(7): 119-123.
20. Suri RS, Larive B, Garg AX, Hall YN, Pierratos A, Chertow GM, et al. Burden on caregivers as perceived by hemodialysis patients in the Frequent Hemodialysis Network (FHN) trials. Nephrol Dial Transplant. 2011; 26(7): 2316-2322.
21. Zarit SH, Reever KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980; 20(6): 649–655.
22. Rutkowski B, Rychlik I. Daily hemodialysis and caregivers burden. Nephrol Dial Transplant. 2011; 26(7): 2074–2076.
23. Tong A, Sainsbury P, Craig JC. Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant. 2008; 23(12): 3960– 3965.
24. Bee PE, Barnes P, Luker KA. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. J Clin Nurs. 2009; 18(10): 1379–1393.
25. Fan SL, Sathick I, McKitty K, Punzalan S. Quality of life of caregivers and patients on peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant. 2008; 23(5): 1713–1719.
26. Montgomery R, Kwak J. Tcare: tailored caregiver assessment and referral. Am J Nurs. 2008; 108(9 Suppl): 54-57.
27. Torti FM Jr, Gwyther LP, Reed SD, Friedman JY, Schulman KA. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2004; 18(2): 99-109.

28. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson hastalığında bakıcı yükü. Parkinson Hast. Hareket Boz. Dergisi. 2007; 10(1-2): 26-34.
29. Zaybak A, Yapucu Güneş Ü, Günay İsmailoğlu E, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakim veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15:(1): 48-54.
30. Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. Gerontologist. 2010; 50(1): 76-86.
31. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations. 1985; 34: 19-26.
32. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. J Gerontol Psychol Sci Soc Sci. 2007; 62(2): 126-137.