



Özgün Makale (Teorik Araştırma)

Unique Article (Theoretical Research)

Geliş Tarihi – Submitted: 14.03.2024

Kabul Tarihi – Accepted: 08.07.2024

Atıf Bilgisi / Reference Information

Özkan Boyraz, G. (2024). Güçlendirme yaklaşımı açısından Alzheimer hastası yaşlılara bakım ve hastalarla iletişim. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 24 (1), 28-54.

Doi: <https://doi.org/10.54961/uobild.1452656>

GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI AÇISINDAN ALZHEİMER HASTASI YAŞLILARA BAKIM VE HASTALARLA İLETİŞİM

Gizem ÖZKAN BOYRAZ¹

ÖZET

Teknolojideki gelişmeler, yaşam süresinin uzaması, doğum oranlarının azalması, sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, hastalıkların erken tanı ve tedavi edilmesi yaşlı nüfusun ve yaşlılık döneminde görülen hastalıkların artmasına yol açmaktadır. Bu hastalıklardan biri Demansın en yaygın türlerinden biri olan Alzheimer hastalığıdır. Söz konusu hastalık ilerleyicidir, tedavisi bulunmamaktadır ve hastalık ilerledikçe hastanın bağımlılık oranı artmaktadır. Bu hastalık yalnızca hastayı etkilememekte, hastaya bakım vereni, hastanın aile üyelerini, akrabalarını, çevresini ve tüm toplumu etkilemektedir. Hastalıktan en çok etkilenen kesimlerden biri kuşkusuz hastaya bakım veren kişi veya kişilerdir. Bakım verenlerin tüm yaşam alanları hastalıktan olumsuz etkilenmekte ve bakım yükü hastalık ilerledikçe artmaktadır. Bu kapsamda araştırmanın amacı bakım verenlerin hastanın yaşam koşullarının düzenlenmesi ve iletişim konularında bilgi ve bilinç düzeylerini artırmak, yaşadıkları sorunlara dikkat

¹ Arş. Gör., Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü. Eposta: gizemozkan576@anadolu.edu.tr ORCID: 0000-0002-6759-7345

çekmek ve bu alanda oluşturulabilecek politika ve hizmetlere yönelik önerilerde bulunmaktadır. Alzheimer hastalarına bakım verme güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde ele alınmıştır. Hastaları ve bakım veren kişileri merkeze alacak, yaşlı dostu, yaşlı ve bakım verenin yüksek iyilik halini önceleyecek ve refahını arttıracak politikaların oluşturulması ve hizmetlerin düzenlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, bakım veren, güçlendirme yaklaşımı, bakım, iletişim, sosyal hizmet

CARE FOR ELDERLY PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND COMMUNICATION WITH PATIENTS IN TERMS OF EMPOWERMENT APPROACH

ABSTRACT

Developments in technology, extension of life expectancy, decrease in birth rates, developments in health services, early diagnosis and treatment of diseases lead to an increase in the elderly population and the diseases seen in old age. One of these diseases is Alzheimer's disease, which is one of the most common types of Dementia. The disease is progressive, there is no cure, and as the disease progresses, the patient's addiction rate increases. This disease does not only affect the patient, but also the caregiver, the patient's family members, relatives, the environment and the entire society. One of the people most affected by the disease is undoubtedly the person or people who care for the patient. All areas of life of caregivers are negatively affected by the disease, and the care burden increases as the disease progresses. In this context, the aim of the research is to increase the knowledge and awareness of caregivers on the regulation of the patient's living conditions and communication, to draw attention to the problems they experience and to make suggestions for policies and services that can be created in this field. Caregiving for Alzheimer's patients is discussed within the framework of the empowerment approach. It is necessary to create policies and organize services that will center patients and caregivers, be age-friendly, prioritize the high well-being of the elderly and their caregivers, and increase their well-being.

Keywords: Alzheimer's, caregiver, empowerment approach, care, communication, social work

GİRİŞ

Yaşlı nüfus her geçen gün artmakta ve sorunları fazlalaşmaktadır. Bu durum bu alana olan ilgiyi ve yaşlıların ihtiyaç ve sorunlarına odaklanma gerekliliğini artırmıştır. Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, son beş yılda %22,6 artmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir. Yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023). Yaş demans hastalığında önemli bir risk faktörüdür. Yaşlı nüfusun artması demans hastalığının da toplumda artış göstermesi anlamına gelmektedir.

Yaşlılık döneminde görülen sağlık sorunlarından biri demanstır. Sık görülen demans nedenleri Alzheimer hastalığı, vasküler demans ve Lewy cisimcikli demanstır. Yaşlanma demans için önemli bir risk faktörüdür ve demansların çoğu 65 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Demansın en yaygın şekli olan Alzheimer hastalığı vakaların %50-%70'ini oluşturmaktadır. Alzheimer hastalığının prevalansı 65 yaş üzerinde %6-10, 85 yaş üzerinde %30-47'dir. Prevalans 60 yaşından sonra her beş senede bir-iki katına çıkmaktadır (Selekler, 2010).

Alzheimer hastalığı ilerleyici bir hastalıktır ve kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Hasta ve ailesi hastaya tanı konulmasından ölümüne kadar Alzheimer hastalığı ile mücadele etmektedir (Kesken, 1995). Alzheimer hastası ve hastaya bakım verenler pek çok alanda sorun deneyimlemektedir. Bu alanda deneyimlenen sorunlar hem hasta yaşınının hem de bakım verenin yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz etkilemektedir (Erbay, Yıldırım ve Baydur, 2021). Bu sorunlardan biri yaşınının günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam koşullarını düzenlemek, bakımını planlanmak ve sağlıklı iletişim kurmaktır. Hastalığın erken evresinden itibaren hastanın iletişim kapasitesi ve iletişim becerilerinde azalma görülmektedir. Hastalar duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını doğru şekilde iletme konusunda sorun yaşamaktadır. Hasta bakım vereni, arkadaşları, aile, akraba ve sosyal çevresi ile iletişim kurmak ve bunu sürdürmekte zorlanmaktadır (Akyar ve Akdemir, 2009). Konuşma yetisinin azalması, anlamlı cümleler kuramama, sosyalleşememe, ilişki kurma ve sürdürme becerilerinde azalma hastayı olumsuz yönde etkilemekte ve ruhsal, davranışsal, duygusal pek çok soruna yol açmaktadır. İletişimde yaşanan problemler bakım verenin bakım yükünü artırmaktadır. Ayrıca bakım verenin Alzheimer hastasına nasıl bakım vereceği, yaşam koşullarını nasıl

düzenlemesi gerektiği, dikkat edilmesi gereken konularla ilgili bilgi eksikliği ve yetersiz destek ve hizmetler onun bakım yükünü artıran etmenlerdendir. Bakım verenin bir süre sonra kendisi hasta durumuna gelmekte ve ruhsal, fiziksel, sosyal, duygusal ve davranışsal sorunlar deneyimlemeye başlamaktadır. Türkiye’de Alzheimer hastalarına bakım sorumluluğunun ailelere yüklendiği görülmektedir. Alzheimer hastası ve bakım verenlerine yönelik hizmet ve politikalar ise yetersiz düzeydedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının bağlantı kurucu, savunucu, öğretici, danışmanlık, vaka yöneticisi, iş yükü yöneticisi, personel geliştiricisi, yönetici, sosyal değişme ajanı, meslek elemanı gibi pek çok rolü bulunmaktadır (Sheafor ve Horejsi, 2003). Alzheimer hastasına bakım verenlerin deneyimledikleri bakım ve iletişim sorunların çözümüne dair sosyal hizmet uzmanlarının öğretici ve danışmanlık rollerinin kullanılması fayda sağlayacaktır. Bu kapsamda Alzheimer hastası yaşlıların bakımı ve Alzheimer hastaları ile iletişim konularında bakım verenleri bilgilendirmek ve eğitmek amaçlanmıştır. Bu araştırmanın amacı Alzheimer hastalarına bakım, yaşam koşullarını düzenleme ve sağlıklı iletişim kurma konularında bakım verenlerin bilgi ve bilinç eksikliğini gidermek, bu alandaki politika ve hizmetlerin yetersizliğine dikkat çekmek ve sosyal hizmetin bütüncül bakış açısıyla oluşturulabilecek politika ve sosyal hizmetlere yönelik önerilerde bulunmaktadır. Bakım verenlerin bakım verme sürecinde sorun deneyimlediği alanlardan olan bakım verme ve iletişim konuları, sosyal hizmetin kullandığı önemli yaklaşımlarından biri olan güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde ele alınmıştır.

Bu kapsamda öncelikle Alzheimer hastalığı, hastalığın risk faktörleri, dünya ve Türkiye’deki oranları, tanısı, belirtileri, evreleri ve tedavisine dair genel bir çerçeve sunulacaktır.

Alzheimer Hastalığıyla İlgili Genel Bilgiler

Alzheimer, yaşlılık ve öncesi dönemde en çok görülen bunama nedenlerinden biridir. Genellikle sinsiz başlayan, ilerleyici olan, beyin nöronlarına zarar veren ve zihinsel işlevlerde, bellek, yargılama, algılama, soyut düşünmede ve davranışta bozulmaların söz konusu olduğu, dejeneratif bir beyin hastalığıdır (Barlas ve Onan, 2007). Demans hastalığının en sık görülen tipi olan Alzheimer hastalığı, ilerleyen ve geri dönüşsüz bir hastalıktır. Öğrenilmiş davranışlar, iletişim ve sosyal becerilerde bozulma, bilinç bozukluğu, sorun çözme ve baş etme becerilerinde azalma, günlük yaşam aktivitelerini

bağımsız şekilde yerine getirememe gibi olumsuzluklar deneyimlenmektedir (Uçkaç ve Bahar, 2020, s. 54). Alzheimer hastalığına sahip yaşlıların bilişsel süreçleri hastalık ilerledikçe daha da kötüleşmektedir. Hafıza kaybı yaşanması bozukluğun erken belirtilerinden biridir (Woodward, 2013).

Alzheimer hastalığının risk faktörleri yaş, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, birinci derece yakınlarında Alzheimer hastalığı olması, down sendromu, Apolipoprotein E E4 allelinin varlığı, kafa travması, depresyon, vasküler hastalıklar, yüksek ve düşük kan basıncı, diyabet, insülin metabolizması bozukluğu, kolesterol yüksekliği, diyetle aşırı yağ alımı, plazma homosistein düzeyi yüksekliği, enflamasyon, obezite, metabolik sendrom ve sigaradır (Roth, 1993; Selekler, 2010, s.11).

Alzheimer hastalığı ileri yaş hastalığı olarak bilinmektedir ve çağın hastalığı olarak adlandırılmaktadır (Kaya Uygun, 2019). 2019 yılında dünya çapında 50 milyonun üzerinde demans hastasının yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu rakamın 2050 yılına kadar 152 milyona çıkması beklenmektedir. Her üç saniyede bir kişide demans gelişmektedir (Alzheimer's Disease International, 2019, s.13). Alzheimer hastalığının sıklığı ile ilgili yapılan ulusal çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Türkiye'de 600.000 kişinin bu hastalıkla mücadele ettiği düşünülmektedir. Hastane veri tabanlarına göre yapılan çalışma sonuçlarına göre bilişsel bozukluk nedeniyle hastaneye başvuran hastaların %67,6'sını Alzheimer hastaları oluşturmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017). Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2017 yılında %4,6 iken bu oran 2021 yılında %3 olmuştur (TÜİK, 2023).

Alzheimer tanısı için klinik değerlendirme, hasta ve yakını ile klinik görüşme, bilişsel muayene ve kan testleri, tam kan sayımı, böbrek fonksiyonu, tiroid fonksiyonu, B12 vitamini ve folatı testi, spesifik serolojik testler, Bilgisayarlı Tomografi veya Magnetik Rezonans Görüntüleme gibi odaklanmış fizik muayenesi yapılmaktadır (Uncu ve Özbabalık Adapınar, 2020). Muayeneler sonucunda kişiye %85-90 doğrulukla klinik tanı koymak mümkündür (Selekler, 2010, s.12).

Alzheimer hastalığı hafif, orta ve ileri olarak üç döneme ayrılmaktadır. Bunlar hafif dönem, orta dönem ve ileri dönemdir. **Hafif dönem** ortalama 2-4 sene sürebilmektedir. Bu evrede hastada uzak bellek etkilenmemiş, kısa süreli bellekte bozulma gerçekleşmiştir. Objeleri yanlış yere koyma, insanların ve nesnelerin isimlerini unutma, bildiği mekanları bulamama, çevreye ilgi kaybı ve çeşitli aktivitelerden uzaklaşma,

havaya uygun giyinememe, soyut düşüncede bozulma, zaman ve yer algısında bozulma görülmektedir. Hastanın Mini Mental Skoru 20-25 arasındadır. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) veya Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) normaldir. **Orta dönem** Alzheimer hastalığı 2-5 sene sürmektedir. Bu evrede bellek belirgin oranda bozulmuştur. Afazi (konuşmada bozulma), muhakeme, yürütücü işlevlerde bozukluklar belirginleşmiştir. Çabuk irrite olma, tartışma gibi davranış sorunları bulunmaktadır. Hezeyanlar ve halüsinasyonlar, uyku-uyanıklık döngüsünde bozukluk, gün batımı sendromu olarak nitelendirilen akşamları bilişsel ve davranışsal belirtilerde kötüleşme söz konusudur. Hastada aşağı yukarı hareket etme, dolaşma, tekrarlayan hareketler mevcuttur. İdrar tutamama vardır. Banyo yapma, yemek yeme, giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede hasta yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bakım verene gittikçe bağımlılık artmaktadır. Mini Mental Skor 10-12 arasındadır. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) veya Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) normal veya hafif atrofi gösterir. **İleri dönem** Alzheimer hastalığı 2-4 yıl sürmektedir. Bu evrede hasta aile bireylerini tanıyabilse de kişiyi kesin olarak belirleyip isimlerini bilmesi mümkün değildir. Konfüzyon (zihin bulanıklığı), ajitasyon, hezeyanlar, halüsinasyonlar, idrar tutamama şiddetlenmesi, hareket yeteneğinin azalması, iletişim kurmada bozulma, kaslarda meydana gelen ani kasılma, kas sertleşmesi, yüzdeki mimik kaslarının yavaşlaması ve dengesizlik gibi hareket bozukluğu belirtileri mevcuttur. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi artık mümkün değildir ve hasta tamamen bakım verenine bağımlıdır. Hastanın sürekli bakım için bir kuruma yerleştirilmesi gereklidir. Mini Mental Skor 12 puanın aşağısındadır ve Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) veya Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) atrofidir (dokularda küçülme) (Eker, 2008, s. 91-92). Yapılan bir araştırmada hastalarda öfori (aşırı neşe ve heyecan), tutum ve davranışların uygunsuz bir şekilde ortaya çıkmasının engel olamama (disinhibisyon), varsanı, sanrı, sinirlilik, anksiyete, ajitasyon, depresyon, apati (ilgisizlik), anormal motor davranışı görülmektedir (Mega ve ark., 1999). Diğer bir araştırma sonucuna göre bu semptomlara ek olarak hastalarda saldırganlık, uyku bozukluğu, anksiyete ve iştah bozukluğu görülmektedir (Zhao ve ark., 2016).

Alzheimer hastalığının tedavisi mümkün olmamakla birlikte medikal tedavi ve farmakolojik olmayan yöntemlerle hastalığın ortaya çıkışı ertelenmeye veya hastalığın ilerleyişi yavaşlatılmaya çalışılmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra diyet programı, zihinsel ve fiziksel egzersizler, sosyal aktiviteler Alzheimer tedavisinde

kullanılmaktadır. Bilişsel işlevleri daha iyi olan ve ilaç tedavisi gören hastalarda tedavinin sonuçları daha iyidir (Chen ve ark., 2017, s.569).

Yasal Düzenlemeler ve Hizmetler

Türkiye’de doğrudan Alzheimer hastalarını hedef alan yasal düzenleme, uygulama ve hizmetler bulunmamaktadır. Alzheimer hastaları genellikle yaşlı olduğu için yaşlıları kapsayan yasal düzenlemelere tabidir ve yaşlılara sağlanan hizmetlerden faydalanabilmektedir. Engelli raporu almış olan Alzheimer hastaları ise engelli bireyleri kapsayan yasal düzenlemelere tabidir ve engelli bireylerin faydalandığı hizmetlerden faydalanabilmektedir.

Ülkemizde yaşlılara yönelik sosyal hizmetler sosyal bakım, uzun süreli bakım ve psiko-sosyal destek olarak ele alınabilir (Işıkhan, 2021). Bakım hizmetleri evde bakım ve kurum bakımı olarak sınıflandırılmaktadır. Bu hizmetlerde Alzheimer hastalarının mümkünse ailesinin yanında, toplumdaki koparılmadan bakımının sağlanması ve gerektiğinde ailenin desteklenmesi esastır. Evde bakım hizmetleri hem tıbbi hem de sosyal hizmetleri içermektedir. Bu hizmetler kısa veya uzun süreli verilebilmektedir. Kısa süreli evde bakım hizmetleri daha çok tıbbi hizmet ağırlıklıdır, çoğunlukla hastane sonrası dönemde verilmekte ve 30 gün ile sınırlandırılmaktadır. Uzun süreli bakım hizmetleri ise tıbbi ve sosyal hizmetleri kapsamakta, sosyal bakım ağırlıklı hizmetleri içermekte ve 6 aydan daha uzun olan bakım gereksinimindeki hizmetleri kapsamaktadır. Evde bakım hizmetlerini aile üyeleri veya farklı meslek gruplarından uzman kişiler vermektedir. İnfomal olmayan yani farklı meslek gruplarından uzmanlar tarafından verilen hizmetler hemşirelik hizmetleri, destek sağlık hizmetleri, gündüz/gece bakımı, kişisel bakım, ev işlerine yardım, sosyal destek, gıda ve beslenme hizmetleri ve danışmanlık hizmetleridir (Yılmaz ve Ark., 2010, s. 127-128). “Evde bakım hizmeti fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden ihtiyacı olan bireylere koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık ve sosyal hizmetlerin sürekli ve etkili bir biçimde yaşadıkları ortamda sunulmasıdır.” Böylece hastaların hastanede kalış süresi kısaltılmakta ve uzun süre hastanede kalma nedeniyle ortaya çıkan sorunlar önlenmektedir (Hasgöl, 2016). Yaşlılara evde sağlık hizmeti de verilmektedir. Yaşlılar tıbbi destek ve psikososyal destek hizmetleri alabilmektedir. Evde sağlık hizmeti sunumunda sosyal hizmet uzmanları hastanın hastalığa ve bu hizmetlere uyumunu

sağlayacak uygulamalar gerçekleştirmektedir. Evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uygulamalarının amacı hastanın fiziksel, sosyal ve duygusal durumlarını iyileştirmek, aile veya bakım vereni güçlendirmek ve baş etme becerilerini artırmak, kaynaklara erişimlerini sağlamaktır (Zengin, 2016).

Türkiye’de Alzheimer hastalarına bakım genellikle aile üyesi olan bir kadın tarafından verilmektedir (Erbay, Yıldırım ve Baydur, 2021; Nazlıer Keser, 2019b; Onat, 2017; Soner ve Aykut, 2017). Talep etmeleri durumunda ekonomik düzeyi düşük olan yaşlılar devlete ait huzurevi ve rehabilitasyon merkezinde kalırken; ekonomik olarak refah olan yaşlılar ise özel huzurevleri ve rehabilitasyon merkezlerinde kalabilmektedir. Yaşlıların ekonomik düzeyinin düşük olarak sayılması için beklenen kriterler fazladır ve hizmetten en muhtaç olanın faydalanması esasına dayanmaktadır. Kimi şehirlerde yaşlılar bu bakım ve barınma hizmetinden faydalanabilmek için aylarca sırada beklemek durumunda kalmaktadır. Bu kurumların toplumdaki tecrit edilmiş yerlerde, merkezden uzak konumlanmış olması ise bir başka sorundur.

Alzheimer hastalarına evde kendisi bakım veren aile üyelerine evde bakım maaşı verilmektedir. Fakat aile üyelerinin evde bakım maaşından yararlanması için bilirkişi raporunda “muhtaçlık tespiti” gerekmektedir. Bu tespit yapılırken tüm hane geliri göz önünde bulundurularak hesaplama yapılmaktadır. Hane geliri göz önünde bulundurularak yapılan hesaplamada Alzheimer hastası ve bakım veren ihtiyaç sahibi olarak maddi yoksunluk deneyimliyse bile diğer aile üyelerinin maaşı göz önüne alınarak evde bakım maaşı verilmemektedir. Bu durum ihtiyaç sahibi yaşlıların ve bakım veren aile üyelerinin ihmal edilmesine sebep olmaktadır (Nazlıer Keser, 2019a, s. 125).

Alzheimer hastalarının faydalanabildiği hizmetlerden biri gündüz bakım hizmetidir. Gündüz bakım hizmetlerinin temel amaçları yalnızlık duygusunu azaltma, bakıcı yükünü hafifletme, yaşam kalitesini yükseltme, güvenli bir çevre oluşturma, danışmanlık hizmeti sunma, düşük maliyetli bakım hizmet modeli sunmadır (Oğlak, 2021). Bu merkezlerde yaşlıların bakım, barınma, beslenme, sağlık gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması yanı sıra resim, müzik, spor, sanat, yemek yapma, film izleme gibi sosyal aktiviteler de yapılmaktadır.

Alzheimer hastalığı nedeniyle engelli sağlık kurulu raporu alan yaşlı; engelli aylığı, muhtaç aylığı, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı engelli yardımları, evde bakım

yardımları, çeşitli bakım hizmetlerinden faydalanma, çalışma ve sağlık alanında tanınmış hak ve hizmetlerden faydalanabilir (Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019). Ayrıca toplu taşıma araçlarında ve Türk Hava Yolları ve Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları'nda indirimli veya ücretsiz seyahat etme, su faturalarında indirim, müze ve ören yerlerine giriş ve Devlet Tiyatrolarına ücretsiz giriş, özel tüketim vergisi ödemediği araç alabilme ve belediyelerin engellilere yönelik yardım ve indirimlerinden faydalanabilmektedir (Zengin ve Öztuna, 2018).

Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Deneyimlediği Sorunlar ve Gereksinimleri

Alzheimer hastalığı hastayı, bakım vereni, ailesini, sosyal çevresini ve tüm toplumu etkileyen bir hastalıktır. Kişi hastalığı nedeniyle zamanla daha fazla bakım verenine ve özel bir bakıma ihtiyaç duymaktadır. Hastanın hem yaşlı olması hem de Alzheimer hastası olması kesşimsel bir dezavantajlılığa yol açmaktadır. Bakım veren bir yandan yaşlılık döneminin getirdiği ihtiyaçlar ve sorunlar ile mücadele ederken diğer yandan Alzheimer hastalığı ve onun getirdiği kayıp ve sorunlar ile mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Alzheimer hastasına bakım verenin deneyimlediği fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları, sosyal sorunları ve ekonomik sorunları bu başlık altında ele alınmıştır.

Bakım verenlerde uyku düzensizliği, fiziksel yorgunluk, bel ağrısı, baş ağrısı, ülser ve gastrit gibi rahatsızlıklar yoğun şekilde deneyimlenmektedir (Işıkhan, 2018, s. 21). Yürütölen bir araştırma sonucuna göre bakım verenlerin yarıdan fazlasının tanı konulmuş bir hastalığı olduğu, hastalığı olan bakım verenlerin çoğunun depresyon ve hipertansiyon hastası olduğu ve depresyon tanısı alan bakım verenlerin yüzde sekseninin ilk dört yılda depresyon tanısı aldığı saptanmıştır (Akyar ve Akdemir, 2009).

Hastalık kişinin yakınları ve bakım veren kişide psikolojik bir yıkıma yol açmaktadır. Hastalığın evrelerinde bakım verenin gittikçe artan düzeyde farklı sorumlulukları bakım verme yükünü artırmaktadır. Hastaya bakım veren kişiler sorumlulukların ve duygusal yükün altında ezilmekte, yaşam kalitesi ve vücut fizyolojisi bozulmakta, yetersizlik, çaresizlik, bıkkınlık, yalnızlık duyguları yaşamaktadır (Koca, Taşkapılıoğlu ve Bakar, 2017, s. 82). Hastaya bakım yükünün artmasıyla bakım verenin yaşam kalitesi düşmektedir (Erbay, Yıldırım ve Baydur, 2021). Uyku düzeninde bozulma, yaşanan kayıp duygusu, aile ve akraba üyeleri ile gerginlik yaşanması, hastalığa yakalanma

endişesi, yalnız kalma korkusu, başkalarına yük ve muhtaç olma düşüncesi bakım verenleri ruhsal olarak yıpratmaktadır (Karaca, Yazıcı ve Korkmaz, 2016, s. 6). Bakım verme işinin doğası gereği kendisinin zor olmasına, yakını ve sevdiği kişinin hasta olması eklenince bakım verenler psikolojik olarak çok yıpranmaktadır (Soner ve Aykut, 2017).

Bakım verenlerin deneyimlediği sorunlardan biri hastanın kaybolma ihtimalidir. Bakım veren hastayı sürekli gözetim altında tutmak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle bakım verenler hastalarını yalnız bırakmaktan korkmakta, akılları sürekli hastalarında kalmakta, bütün planlarını hastasına göre yapmak zorunda kalmaktadır. Bu bakımdan bakım verenler hastaya bakmak zorunda olmadığı ve rahatlamak için kendine ayırdığı boş zamanında bile bakım ortamından tam olarak uzaklaşamamaktadır. Hastaya tam zamanlı bakmak ve fiziksel veya zihinsel olarak sürekli hasta ile ilgilenmek gerekliliği objektif yüke sebep olmakta ve subjektif yükü artırmaktadır (Karaca, Yazıcı ve Korkmaz, 2016, s. 6).

Hastalık bakım verenlerin ailesel ilişkileri, arkadaşlıkları, iş yaşantısı, fiziksel ve psikolojik sağlık durumları gibi pek çok alanı etkilemektedir. Hastalık, beklenmeyen bir anda ortaya çıktığında ve aile hazırlıksız olduğunda aile sistemini etkileyen bir kriz halini almaktadır (Keskin, 2021, s. 32). Alzheimer hastasının duygu, düşünce ve davranışlarında bozulma, yaşamını tek başına sürdürememesi, tek başına günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi ve bağımlı hale gelmesi hastanın ailenin desteğine olan ihtiyacını arttırmakta ve aile içi rollerde değişime neden olmaktadır (Barlas ve Onan, 2008, s. 105). Bakım verenler bakımı vermekte yalnız oldukları için güçlük çekmekte, diğer aile üyeleri ve toplum hastalığı ve bakım verenin deneyimlerini anlayamadığı için bakım verenler çaresiz ve kızgın hissetmektedir. Ailevi ve sosyal ilişkilerde bozulma gerçekleşmekte ve roller değişmektedir (Küçükgüçlü, Şentürk ve Söylemez, 2017). Bakım verenler hastaların buldukları ortama uygun tutum ve davranış sergilememesi durumunda akrabaların ve çevrenin hasta ve ailesine anlayışlı olmamasından şikâyet etmektedir. Bakım veren zaman zaman kendisinin eksik ve yetersiz olduğunu düşünmektedir. Bakım verenler en çok bakım vermenin yorucu olması ve uzun süre devam etmesi nedeniyle kendilerine ve ailesine zaman ayıramaması ve yapmak istedikleri çoğu şeyden vazgeçmek durumunda kalmasından memnun değildir (Kara ve Sezer, 2020).

Hastaya tanı konduktan sonra ailede akla gelen önemli sorulardan biri bakım verenin kim olacağıdır. Bakım verenler genellikle hastanın eşi, çocukları veya ücretli bakıcılardır. Yaşlı kadınlar ve eşler demans hastalarına bakım sağlamada hala önemli bir rol oynamaktadır. Bir araştırma sonucuna göre bakıcıların çoğu tek tam zamanlı bakıcıdır ve bu nedenle bakıcılar kendilerine çok az zaman ayırabilmektedir (Liu ve ark., 2017). Çalışmalar Alzheimer hastasına bakım verenlerin genellikle kadınlar olduğunu ortaya koymuştur (Erbay, Yıldırım ve Baydur, 2021; Nazlıer Keser, 2019b; Onat, 2017; Soner ve Aykut, 2017). Bakım veren kadınların toplumdaki mevcut rollerinin üzerine bakıcı rolü de eklenmektedir. Bu nedenle kadınlar bu rolleri yerine getirebilmek için kendisi, eşi, çocukları veya yakın çevresine harcadığı enerji, zaman ve kaynaklardan ödün vermek zorunda kalmaktadır. Kadınlar sosyal çevrelerinden soyutlanmakta ve gelecek kaygısı deneyimlemektedir. Bakım veren kadınlar bakım vermeye başladıktan sonra fiziksel ve psikolojik sorunlar deneyimlediklerini, daha sinirli olduklarını ve kendilerini stres altında hissettiklerini belirtmişlerdir (Karaca, Yazıcı ve Korkmaz, 2016, s. 6).

Hastalığın hem topluma olan tıbbi ve sosyal bakım maliyetleri hem de resmi olmayan yani aileler ve yakın çevreler tarafından verilen bakım maliyetleri bulunmaktadır. İkisinin de olumsuz sosyal ve ekonomik etkileri bulunmaktadır. Bakım maliyeti doğrudan evde bakım verirken ortaya çıkan tanı, tedavi ve bakım masrafları, tıbbi tedavi, ev içi hizmetler, kişisel bakım malzemeleri gibi gereksinimlerin karşılanmasında meydana gelebileceği gibi bakım veren kişinin çalışmaması ve iş gücü kaybı ile yaşadığı maddi kayıplar ile de ortaya çıkabilmektedir (Alıcılar ve Çalışkan, 2021, s. 108). Sağlık kuruluşlarına yatışlar, sağlık kuruluşlarında düzenli takip, uygulanan medikal tedaviler, evde bakım giderleri, hastanın üretken olarak ekonomiye katkı sağlayamaması, hastaya bakım veren aile üyesinin çalışmaması gibi etkenler göz önüne alındığında hastalığın ülkeye olan ekonomik yükü daha iyi anlaşılmaktadır (Koca, Taşkapılıoğlu ve Bakar, 2017, s. 82).

Alzheimer hastaları yoğun bakım gereksinimine ihtiyaç duymaktadır. Yürütülen bir araştırma sonucuna göre bakım verenler hastaların ekonomik işlerini, tedavi, temizlik, boşaltımın sağlanması, beslenme ve hareket gibi işlerini yapmakta ve günde ortalama 15.4 saatlerini hastaların bakımı için ayırmaktadır (Akyar ve Akdemir, 2009). Bu bakımdan bakım verenlerin sağlıklı bilgiye, duygusal ve fiziksel desteğe, toplumsal ilgi ve alakaya, kurumsal kaynaklara, yasal haklarını öğrenmeye, psikiyatrik sorunlarının

çözümü için önerilere ve tedaviye ihtiyaçları bulunmaktadır (Keskin, 2021; Keskin ve Işıktan, 2021). Alzheimer hastasına bakım veren kişinin psikososyal anlamda güçlendirilmeye, hastalık ve hastaya bakım ile ilgili bilgiye, bakımı üstlenen kişiye özel bakım durumları dikkate alınarak maddi yardımların sunulmasına, bakım verenlere yönelik psikolojik ve sosyal sorunların üstesinden gelmede bireysel danışmanlığa, psikoterapiye, aile terapisi hizmetlerine, bakımı üstlenen aile fertlerinin sağlığına dikkat edilmesi şeklinde sunulacak hizmetlere ihtiyacı bulunmaktadır (Kara ve Sezer, 2020).

Güçlendirme Yaklaşımı

Güçlendirme, bireylerin, ailelerin, grupların, organizasyonların ve toplumun mevcut güçlerini ve olumlu özelliklerini vurgulama, bunları geliştirme, artırma, destekleme ve onların kendi kararlarını vermelerini sağlayarak yaşamları üzerindeki güç, kontrol ve denetimlerini artırma olarak açıklanabilir (Duyan, 2010, s.180). Thompson (2016, s.42)'a göre güçlendirme "insanlara kendi hayatları ve koşulları üzerinde büyük bir kontrol kazanmaları için yardım etmek" olarak açıklanmaktadır. Güçlendirme; "bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumların kendi içlerinde ve çevrelerinde bulunan kaynakları keşfederek bunları kullanma sürecidir" (Saleebey, 1997). Diğer bir tanıma göre ise güçlendirme "sosyal hizmet uzmanının damgalanmış bir grup içinde üyelik üzerine kurulu negatif değerlendirmelerin oluşturduğu güçsüzlüğü azaltmayı amaçlayan aktiviteleri gerçekleştirmesi sürecidir" (Solomon, 1976).

Güçlendirme yaklaşımı bireyleri potansiyel gücü bulunan, aktif, katılımcı olarak görmektedir. Bu yaklaşım bireylere kendine güvenme, eleştirel düşünme, baskıcı uygulamalara direnme, güçlü olma ve haklarını savunma gibi özellikleri kazanmalarını sağlamayı ve kendi ayakları üzerinde durabilen güçlü bireyler olmalarını amaçlamaktadır. Bu kapsamda bireyin kendi kaderini tayin hakkını vurgulayan bir yaklaşımdır (Erbay, 2019). Güçlendirme yaklaşımı bireyin var olan güçlerini kullanmasını engelleyen sistemlerle mücadele etmekte, bireyin potansiyel ve kapasitesini artırmakta, eksik olan güçleri bireye transfer etmekte ve müracaatçılara hayatları konusunda karar verme ve harekete geçme gücü kazandırmayı amaçlamaktadır (Taşci, 2020, s. 379).

Güçlendirmenin kişisel, kişilerarası ve sosyo-politik olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Kişisel güç, insanların kendilerini yetkin, usta ve güçlü görmeleri,

yaşamları üzerinde kontrol duygusuna sahip olmaları, kendini değerli, önemli, istenen bireyler olarak görmeleri, öz-saygısı yüksek olmaları, kendilerini iyi olarak nitelendirmeleri, yani kendilerini nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Kişilerarası güç insanların diğer insanlarla girmiş olduğu etkileşim ve ilişkilerine odaklanmaktadır. Varlığımızın başkalarının varlığı ile ilişkili olması karşılıklı bağımlılık durumunu ortaya çıkarmaktadır. İnsanları etkileme gücümüzün olması onlarla ilişkilerimizin niteliğini belirleyen önemli bir unsurdur. Diğer insanlarla kurduğumuz ortaklıklar yaşamımızı olumlu yönde etkilemekte ve varlığımıza değer katmaktadır. İnsanların deneyimledikleri problemlerde kişilerarası ilişkiler ve sosyal destek önemlidir. Sosyo-politik güç, toplumsal ve siyasi alanla ilişkilidir ve tanınma, vatandaşlık hakları, kaynakların kontrolü, olanaklara erişme ve sosyal adalet ile ilgilidir. İnsanların kaynaklara, olanaklara ve fırsatlara erişebilmelerinde ve sosyal işlevselliklerini sürdürebilmelerinde güçsüzlük, baskı ve kurbanı suçlama gibi güç engelleri ile ilgilidir (Duyan, 2010, s.189-190).

Sorunları ile baş etmekte sorun yaşayan, kendini suçlayan ve kendi benliği ve kişiliğiyle ilgili olumsuz algı ve düşünceleri olan bireylere güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde hizmet verilmesi gerekmektedir (Duyan, 2010). Alzheimer hastası yaşlıya bakım verenler kendini bakım konusunda yetersiz, suçlu, sorumlu, başarısız, umutsuz hissedebilmekte ve bu duygularla baş etmede sorunlar yaşayabilmektedir. Bu bakımdan Alzheimer hastasına bakım veren ve bu problemleri yaşayan bireylerle uygulama yapılırken güçlendirme uygulaması yapılmalıdır (Birinci, 2020).

Güçlendirmeyi benimseyen uzmanlar neyin yanlış veya yanlış olmadığı ile ilgilenmemekte, müracaatçının yaşadığı sorunların çözümünde kullanabileceği kaynaklar ve güçleri konusunda farkındalık kazandırmaya çalışmaktadır. Güçlerin bulunduğu olası alanlardan bazıları kişilerin bildikleri/öğrendikleri, yetenekler, başa çıkma becerileri ve kişilerarası ilişkilerdir (Teater, 2014). Bu nedenle çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin bakım verme sürecinde çeşitli becerilerini artırmak, bakım konusunda deneyimledikleri sorunlara dair bakım önerileri vermek, dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda bilgi ve bilinç düzeyini artırmak ve iletişim becerilerini geliştirmek amacıyla güçlendirme yaklaşımı kullanılmıştır.

Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı

Alzheimer hastasına bakım verenlerin deneyimledikleri sorunlardan biri de bakımdır (Akyar ve Akdemir, 2009; Kaya Uygun, 2019; Küçükçüçlü, Şentürk ve Söylemez, 2017; Nazlıer Keser, 2019b; Soner ve Aykut, 2017). Bakım verenlerin bakım konusunda sorun yaşamasının nedenlerinden biri Alzheimer hastasına nasıl bakım vermesi gerektiği ve bakım verirken dikkat edilmesi gerekenler ile ilgili bakım verenlerin bilgi ve bilinç düzeyinin düşük olmasıdır. Kişilerin bildikleri/öğrendikleri güçlerin bulunduğu olası alanlardan biridir. Bu kapsamda bakım verirken yaşanan sorunlar ve yapılması gerekenler konusunda bakım verenleri bilgilendirmek bakım verenlerin güçlenmesine katkı sağlayacaktır. Hastaya doğru şekilde bakım verilmesi hem Alzheimer hastası yaşınının hem de bakım verenin iyilik halini olumlu etkileyecektir.

Türkiye’de Alzheimer hastasına bakım verenlerin hastalarını kurum bakımına yerleştirmek istemedikleri ve hastalarına kendileri evlerinde bakma eğiliminde oldukları görülmektedir (Akyar ve Akdemir, 2009; Keskin, 2021; Soner ve Aykut, 2017; Tekin, 2022). Bakım verenlerin kendi kaderini tayin hakkına saygı duyulmalı ve hastaya evde bakım vermesi noktasında bakım verenin desteklenmesi sağlanmalıdır. Hastanın orta evre ve sonrasında yeni birine alışması zor olacağından erken evrede yarı zamanlı veya tam zamanlı profesyonel bir bakıcının bulunması hem hasta hem de bakım vereni için fayda sağlayacaktır.

Hasta beslenme, giyinme, banyo yapma gibi aktiviteleri yalnız başına yapabilse bile bir müddet sonra bakım verenler hasta yerine bunları yapmaya başlayabilmektedir. Bu riskten kaçınmak gereklidir. Hasta mümkün olduğunca yaşamsal faaliyetlerini, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam koşullarını kendisi düzenlemelidir. Hasta günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirmesi için teşvik edilmeli ve bunu yapamayacak duruma geldiğinde desteklenmelidir. Aksi takdirde bakım veren her şeyi kendi yapmaya başlamakta ve hastanın mevcut becerileri de körelmeye başlayarak hasta daha hızlı şekilde bağımlı hale gelmektedir. Hafif evrede hasta tuvalete gitmek, banyo yapmak, kıyafetlerini giymek ve çıkarmak gibi işlerin çoğunu kendi yapabilmekle birlikte ihtiyaç duyduğunda bakım veren destek olmalıdır. Orta evrede bu işleri hasta ile birlikte veya gerektiğinde hasta yerine bakım veren yapmalıdır. İleri evrede ise hasta tam bağımlı hale gelmekte, bakım veren tüm işleri hasta yerine yürütmekte, hastanın bağımlılık düzeyi ve bakım verenin bakım yükü yüksek oranda artmaktadır.

Alzheimer hastalarına bakımda dikkat edilmesi gereken unsurlardan biri beslenmedir (Akyar ve Akdemir, 2009; Soner ve Aykut, 2017). Beslenme konusunda yaşanan sorunlar hastalığın daha hızlı ilerlemesine yol açabilmekte veya hastayı tedavide geriye götürebilmektedir. Beslenme sorunları farklı hastalıklara zemin hazırlayabilmekte ve mortalite oranlarının artmasına sebep olabilmektedir. Yaşlı bireyler koku, görme, duyma, tatma, dokunma duyularında kayıplar ve çiğneme, tatları alma ve seçebilme, kavrama, görme, okuma ve ayırt etme fonksiyonlarında azalma nedeniyle beslenme konusunda sorunlar deneyimlemektedir. Alzheimer hastaları yemek yediğini, ne yediğini, ne kadar yediğini kontrol edememekte ve hatırlamayabilmektedir. Bu bakımdan Alzheimer hastası yaşlı bireyler hem yaşlı olmaları hem de Alzheimer hastası olmaları nedeniyle beslenme bozuklukları açısından risk altındadır. Alzheimer hastası yaşlıların yeme alışkanlıklarında değişiklikler görülmektedir. İştahın artması durumu olabileceği gibi hasta yemek yemeyi de reddedebilmektedir. Hastaların beden kitle indeksi temel alınarak beslenme programı oluşturulması ve hastanın kilosunun izlenmesi gereklidir. Beslenme sırasında ortamda hastanın dikkatini dağıtacak ses, ışık, görüntü gibi uyarıların olmaması gerekmektedir. Hastanın yemek istemediği besinleri yemesi konusunda zorlanmaması önemlidir. Öğünlerin saatleri belirli olmalı ve rutinleştirilmelidir. Öğünler besleyici, dengeli ve zengin olmalıdır. Yiyeceklerin ısısı kontrol edilmelidir. Yaşlı çatal veya kaşık kullanmak istemezse zorlanmamalıdır. Tek başına beslenemeyen yaşlılara yardım edilmelidir. Yaşlı bireylerin susamasalar dahi böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesi, enfeksiyonlar, böbrek taşı ve kabızlığın önüne geçmek amacıyla belirli aralıklarla sıvı almaları gerekmektedir. Yaşlanma ile birlikte su ihtiyacı artmakta fakat yaşlıda susuzluk hissi azalmaktadır. Bu nedenle yaşlının su tüketimi kontrol edilmelidir. Hastalar ilaç kullanmak istemeyebilir, ilacı saklayabilir, içtiğini söyleyip içmeyebilir. Hastanın ilaçları hastanın görebileceği yerde olmamalı ve saklanmalıdır. Bakım veren ilaçları zamanı geldiğinde kendisi hastaya tek tek vermeli ve hastanın içtiğinden emin olunmalıdır. Hasta ilaç içmek istemediğinde sakin olunmalı ve bu ilacın neden önemli olduğu her seferinde hastanın anlayacağı bir dilde anlatılmalıdır. Hasta kime güveniyorsa ilaçlarının önemi ve işlevi konusunda onun konuşması ve ilaçların takibini o kişinin yapması sağlanabilir.

Alzheimer hastalarına bakımda diğer önemli husus tuvalettir. Hastalar tuvalet ihtiyacını gidermeyi unutabilmekte veya altına kaçırabilmektedir. Hastalar belirli aralıklarla

tuvalete götürülmelidir. Akşam altıdan sonra sıvı alımı azaltılmalıdır. Hastanın tuvalet ihtiyacını bağımsız ve sorunsuz şekilde giderebilmesi için bazı önlemler alınabilir. Hastanın odasının tuvalete yakın olması, tuvalet ile arasında herhangi bir engelin olmaması, geceleri ışıklandırmanın yeterli olması, tuvaletin yerini hatırlatan yazı veya resimler olması, tuvalette ve koridorda tutma barlarının yapılması, hastanın kolay çıkarılabilir kıyafetler giymesi ve hastanın tuvalet ihtiyacını gösteren beden diline dikkat edilmesi gerekmektedir. Tüm bu önlemlere rağmen hastada idrar veya gaita kaçırma durumu söz konusu olursa anlayışlı ve nazik bir tavır gösterilmelidir. Hastalar özellikle tuvalet, banyo gibi alanları hijyenik bırakmayabilmektedir. Ellerini yıkamayı ve kendisini temizlemeyi unutabilir. Bu durumda bu mekanlara hastanın görebileceği alanlara ellerin yıkandığını gösterir resimler asılabilir ve hatırlatılabilir. Hasta temiz bırakmadığında onu suçlama, yaptığını gösterme, azarlama davranışlarında bulunmamalı, ortam steril hale getirilmelidir.

Hastaların banyo zamanı hastanın isteğine göre planlanmalı ve rutin oluşturulmalıdır. Hastaların temizlenme gereksinimine dair ritüellerin oluşturulması, hastayı rahatsız edecek veya korkutacak davranışlarda bulunulmaması önemlidir. Suyun sıcaklığına ve lifin yumuşaklığına dikkat edilmelidir. Hastanın giysileri basit, kolay giyilebilir ve çıkarılabilir olmalıdır. Çok fazda düğme veya karmaşık fermuar detayları olmamalıdır. Hastalar mevsim şartlarına göre giyinme becerisine sahip olmayabilir. Bu konuda yardımcı olunmalıdır. Hastanın giysileri temiz tutulmalı ve kolay temizlenebilir kıyafetler tercih edilmelidir.

Alzheimer hastalarının yaşadığı problemlerden biri uyku sorunudur (Karaca, Yazıcı ve Korkmaz, 2016; Kaya Uygun, 2019; Keleş ve Özalevli, 2018). Hastaların uyku alışkanlıklarında değişim yaşanabilmektedir. Hastalar uykuya dalmakta güçlük çekebilme, fazla uyuyabilmekte veya gündüz uyuma, gece ise uyanık kalma rutinine alışabilmektedir. Tüm gün hastanın televizyon başında hareketsiz kalması önlenmelidir. Hastanın gündüz uyuyarak uykusunu almasının engellenmesi için hastalar gündüz aktivite, etkinlik, faaliyet veya egzersizler ile uyutulmamalıdır. Hastanın uyuduğu ortam sade olmalı, gürültü olmamalı ve yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. Hastanın yatakta uyanık geçirdiği zaman azaltılmalıdır. Uyku saatleri bir rutinde ilerlemelidir. Hasta her gün belirli bir saatte uyumalı, sabah belirli bir saatte uyandırılmalıdır. Hastada uyku kaçırabilecek ilaçların akşam alınmaması

gerekmektedir. Eğer tüm bu önlemlere rağmen hasta uykuya dalmakta güçlük çekiyorsa doktor kontrolünde uyku ilaçları kullanılabilir.

Hastanın odasının, yaşadığı evin ve çevresinin hastanın bildiği ve alıştığı gibi düzenlenmesi önemli konulardan biridir. Hastalık ilerledikçe hasta evde tek başına vakit geçirememekte ve yaşayamamaktadır. Bu durumda hastanın yakınları ve genellikle çocukları bakım yükünün yarattığı stres ve gerilimden de uzaklaşmak amacıyla hastanın bakımını kendi evlerinde sırayla gerçekleştirmektedir. Fakat bu durum hastanın zihin bulanıklığı ve anksiyete yaşamasına yol açmaktadır. Hastanın alıştığı ve sevdiği bir çevrede bakılması ve desteklenmesi, hasta için belirsizliğin azaltılması gerekmektedir. Alzheimer hastasına bakım verme tek bir aile üyesi tarafından yapılmamalıdır. Bakım verenin yalnız olmadığını bilmesi, umut ve destek duygusunu hissetmesi önemlidir. Evdeki eşyaların yeri ise değiştirilmemeli ve aynı yerde tutulmalıdır. Evde saat ve takvim bulunmalı ve bunlar hastanın görebileceği yerlerde ve boyutlarda olmalıdır.

Hastanın ev içerisindeki sorumluluklara mümkün olduğunda katılımları sağlanmalıdır. Örneğin hastaya çorapların çiftlerini bulmak ve düzenlemek, yemek hazırlığı yapmak, alışverişi birlikte yapmak gibi basit işler verilebilir. Hastanın işlevselliği korunmaya çalışılmalı ve hastada işe yararlık duygusu korunmaya çalışılmalıdır. Gün içerisinde hastanın aktivite yapması, tüm günü televizyon karşısında geçirmemesi, bulmaca çözme, dans etme, örgü yapma, müzik dinleme, yürüyüş yapma, kitap dinletisi gibi etkinlikler yapması önemlidir. Özellikle hafif evredeki hastanın hatırlamasına yardımcı olmak ve bilişsel fonksiyonların devamlılığının sağlanması için resimler, notlar hazırlamak, sorular sormak işlevseldir. Hastanın gün içerisinde pencere kenarına oturtularak çevreyi izlemesi ve çeşitli uyaranları takip etmesini sağlamak gereklidir.

Alzheimer hastaları kaza, yaralanma ve kaybolma riski taşımaktadır (Karaca, Yazıcı ve Korkmaz, 2016). Alzheimer hastalarının yaralanmasına yol açacak bıçak, gaz, iğne, temizlik maddesi, ilaç gibi maddelerin bulunmaması gerekmektedir. Hastanın kaybolma ihtimaline karşı çevrenin kontrolü, güvenliğin artırılması gerekmektedir. Hastanın üzerinde kimlik bulundurulması veya adres, isim ve iletişim bilgilerinin bulunduğu kartların bulunması kaybolmalarının önüne geçecektir. Komşuların hastanın durumu ile ilgili muhakkak bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Alzheimer Hastası Yaşlılar ile İletişim

Alzheimer hastası yaşlıya bakım verenlerin deneyimlediği problemlerden biri hastalarla etkili iletişim kurmaktır. Alzheimer hastalığı dil ve bilişsel fonksiyonları etkilemektedir. Bu durum hastanın bakım vereni, ailesi veya çevresi ile iletişim kurma ve sürdürmede güçlük yaşamasına yol açmaktadır (Akyar ve Akdemir, 2009; Barlas ve Onan, 2008; Eker, 2008; Kaya Uygun, 2019; Selekler, 2010). Ailelerin sosyal, ekonomik, psikolojik gibi çeşitli alanlarda deneyimlediği sorunlarla baş etmelerinde önemli bir kavram etkili iletişimdir. Güçlendirme yaklaşımının ilkeleri ve alt boyutlarından olan kişisel ve kişilerarası güç boyutu temelinde bakım verenlerin iletişim becerilerinin güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Bakım verenlerin Alzheimer hastası ile iletişiminin nasıl olması gerektiğinin öğrenilmesi, iletişim becerileri ve bakım veren ile hastanın kişilerarası ilişkileri güçlerin bulunduğu alanlardan bazılarıdır. Bu alanların geliştirilmesi bakım verenin güçlenmesine katkı sağlayacaktır.

Hasta ile iletişim kurarken onunla aynı hizada olmak, görebileceği bir noktada bulunmak ve yüz yüze iletişim kurmak gerekmektedir. Anlaşılmayı zorlaştıracak süslü kelimelerden uzak durulmalı, mümkün olduğunca kısa, basit ve net ifadeler olmalıdır. Hastaya sohbete katılması ve sorulara yanıt vermesi için zaman tanınmalıdır. Hastanın beden diline dikkat edilmeli, hem sözel hem de sözel olmayan duygu, tutum ve davranışlarını gözlemlemek gerekmektedir. Hastalarla samimiyet kurmak, dokunmak, temas etmek gereklidir. Yaşlıyla iletişim kurarken neyi nasıl söylediğimizi fark edebilmek önemlidir. İletişim kurarken kolaylaştırmak, basitleştirmek, anlama ve anlaşılmayı sağlamak ve hastayı desteklemek gerekmektedir.

Saldırgan olma, emir verme, baskılama, olumsuz eleştirme, zorlama, utandırma, görmezden gelme veya kayıtsız kalma gibi iletişim engellerinden uzak durulması gerekmektedir. Yaşlıya güven verilmeli, ses tonu düzenlenmeli, yargılayıcı, kızgın, eleştirel veya suçlayıcı olunmamalıdır. Hastaya karşı ilgi, alaka, koşulsuz sevgi göstermek, dinlemek, empati ile yaklaşmak iletişimde önemlidir. Hastaya unuttun mu, hatırlamıyor musun, bilmiyor musun gibi sorular sormaktan kaçınılmalıdır. Hastanın yanlış telaffuz ettiği kelimeleri, yanlış hatırladığı nesnelere düzeltmemek, ısrar edip doğrusunu direktmemek gerekmektedir.

Hastalar sorularını sürekli tekrar edebilmektedir (Soner ve Aykut, 2017). Bu durumda sabırlı olunmalı ve hastanın dikkati başka yöne çekilmeye, dikkati dağıtılmaya

çalışılmalıdır. Öncelikle bakım veren kişinin hasta olduğunu, unuttuğunu ve olumsuz davranışlarının hastalığın semptomları olduğunu kabul etmelidir. Bu durumda hastayı susturmamak, daha önce bunu sorduğuna veya söylediğine dair imada bulunmamak, onu dikkatli ve sessizce dinlemek ve onaylamak gerekmektedir. Daha sonra hastanın dikkati başka yöne çekilmeye çalışılabilir.

Birden fazla kişinin bulunduğu ortamda farklı sohbetlerin aynı anda farklı kişilerce yapılması hastada karışıklığa yol açar ve yaşlıyı sinirlendirir. Hasta alınganlık yapabilir ve kendi hakkında konuşulduğunu düşünerek kimi zaman saldırgan davranışlarda bulunabilir. Bu nedenle hastanın bulunduğu ortamda aynı anda konuşma gerçekleşmemeli, ortamda hastanın anlayacağı şekilde yavaş, basit ve net ifadeler ile konuşulması gerekmektedir.

Hastalık evresi ilerledikçe hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi daha da zorlaşmaktadır (Karadakovan, 1992). Bu nedenle mümkün olduğunca hastanın bağımsızlığı desteklenmeli, o işin gerçekleştirilmesi için yürütülmesi gereken adımlar tane tane, sakince anlatılmalı, bu süreçte kullanması gereken araçlar anlatılmalı ve hastanın kafasındaki belirsizliğe netlik kazandırılmaya çalışılmalıdır.

Yaşlı çeşitli sebeplerle iletişim kurmaya istekli olmayabilir, anlama ve anlamlandırmada problemler veya boşluk hissi yaşayabilir. Bu durumda yaşlı iletişime teşvik edilmeli, konuşması konusunda cesaretlendirilmeli, duygu ve düşüncelerini ifade etme konusunda desteklenmelidir.

Hastalar genelde sabah saatlerinde daha sakin akşamları gittikçe kötüleşen bir ajitasyona sahip olabilmektedir (Eker, 2008; Selekler, 2010). Ayrıca yaşlı bireylerde görmede problemler, zihin bulanıklığı ve algı eksiklikleri bulunduğu için pencereden veya kapı altından gelen gölgeleri yanlış anlama ve kafalarının karışması söz konusu olabilmekte ve bu durum yaşlının ev içerisindeki hareketliliğini etkileyebilmektedir. Özellikle orta ve ileri evrede yaşlı halüsinasyon görebilmektedir. Bu durumlarda bakım veren hasta ile tartışmamalı, onun anlaşıldığını ifade edilmeli, rahatlatılmaya çalışılmalıdır. Hastanın anksiyete veya ajitasyon yaşaması durumunda hastayla sakin ve yumuşak bir ses tonuyla konuşulmalı, yaşlının endişe ve korkuları paylaşılmalıdır. Hastanın dikkatini dağıtmak için çeşitli etkinliklere yönlendirilmesi sağlanabilir. Hastada anksiyete yaratan durumlar kaydedilmeli ve hasta anksiyeteye sebep olan durumlardan uzak tutulmaya çalışılmalıdır. Hastada anksiyete, gerginlik, huzursuzluk

çok sık gerçekleşiyor ve uzun sürüyorsa muhakkak doktoru ile iletişime geçilmeli ve medikal tedavisi güncellenmelidir.

Hastada duyma problemi varsa iletişim kurulurken kullandığı cihazların kullanıldığından emin olunmalı ve iletişim kurarken diğer insanlardan daha fazla zaman ayrılmalıdır. Yaşlının konuşulanları doğru anlayıp anlamadığı teyit edilmeli, ses tonu, konuşma hızı ayarlanmalı, yüz ifadesi, duruşu, jest ve mimikleri, göz teması, fiziksel görünüm ve el ve kol hareketlerine dikkat edilmelidir.

Hasta televizyondaki olayları karıştırabilir, dizideki kahramanın kendisi olduğunu, televizyondaki kişilerin kendisi ile ilgili konuştuğunu, hatta kendisini öldüreceklerini, alıp götürceklerini ileri sürebilir. Bu durumda sakın kalınmalı, hastanın bu konuya dair sorduğu sorulara sakın kalınarak cevap verilmeli, açıklama yapılmalıdır. Hastanın televizyon izleyerek geçirdiği süre kısıtlanmalıdır. Hastanın şiddet içerikli, aksiyon olan dizi, film veya programları izlememesi sağlanmalıdır.

Özellikle gençlik zamanında üretken olmuş, ekonomiye katkıda bulunmuş, her işini kendisi halletmiş ve ülkesine hizmet etmiş biri için bu hastalığı ve belirtilerini kabullenmek zordur. Kişiyi Alzheimer tanısı konması ve yaşlı olması onun bir yetişkin olduğu ve sosyal bir canlı olduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Hastanın anladığını akılda bulundurmaya çalışmak ve hastanın sevdiği kişiler ile temasının artırılması, etkinliklerin planlanması ve sosyal yaşama mümkün olduğunca katılmalarının sağlanması gerekmektedir. Bu bireyleri yaşama dahil etmek, küçük iş ve sorumluluklar vermek ve işe yararlılık duygusunu pekiştirmek gerekmektedir. Hem hasta hem de bakım veren için bu durum psikolojik olarak da yıpratıcı bir süreçtir. Bu durumda hem hastanın hem de bakım verenin psikolojik destek alması önerilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Teknolojideki ve sağlıktaki gelişmelerden hareketle nüfusun hızla yaşlanması, ortalama yaşam süresinin uzaması, Alzheimer oranlarının artması, hastalığın tedavisinin mümkün olmaması, hastalığın durdurulamaması ve ileri yıllarda kişinin bağımlılık halinin kaçınılmaz olması durumları düşünüldüğünde Alzheimer hastalarına ve ailelerine yönelik koruyucu ve önleyici çalışmaların, bu alana yönelik geliştirilecek sosyal hizmet ve sosyal politikaların önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

Alzheimer hastalığı etkileri sebebiyle sosyal bir hastalık olarak kabul edilebilir. Mikro düzeyde hastayı, mezo düzeyde hastayı, ailesini ve çevresini etkilerken, makro düzeyde ise toplumsal etkileri olduğu bilinmektedir (Soner ve Aykut, 2017, s. 382). Bu bakımdan hasta ve bakım verenin gereksinimlerine ve sorunlarına bütüncül bir perspektiften bakmak ve mikro, mezo ve makro düzeyde çalışmalar yapmak fayda sağlayacaktır. Alzheimer hastalarına bakım verenleri güçlendirme bireyin kişisel, kişiler arası ve sosyo-politik güçlerine odaklanmayı gerektirmektedir.

Kişisel güce yönelik mikro düzeyde müdahale Alzheimer hastasına bakım verenler ile bire bir çalışmayı gerekli kılmaktadır. Bakım verenlerin güçlerine, becerilerine, beklentilerine, isteklerine, hayallerine, kaynak ve olanaklarına odaklanmak gerekmektedir. Bakım veren bireylerin kapasite ve potansiyellerini geliştirme, bilgi ve bilinç düzeyini artırma, kaynaklar konusunda farkındalık kazandırma, öz-saygısını artırma, alternatifleri keşfetme, karar verme ve iletişim becerilerinin artırılması sağlanarak bakım verenlerin hayatları üzerinde kontrollerinin artırılması, kendi ayakları üzerinde durabilme ve kendine yardım edebilme gücü kazandırılmaya çalışılmalıdır. Alzheimer hastasına bakım verenlere yaşlılık, yaşlılık döneminin özellikleri, yaşlılık döneminde yaşlıda yaşanan değişimler, bu dönemde görülen sorunlar, yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar, bu hastalıkların tedavisi, Alzheimer hastalığı, Alzheimer hastalarına bakım, yatak yaralarına bakım, dengeli ve düzenli beslenme, uygun giyinme, uyku düzenini planlama, düşme ve kazalar, hastalarla iletişim, hastalarla yapılabilecek faaliyet ve egzersizler, güvenli ilaç kullanımı, ilk yardım, hijyen, faydalanabilecekleri hizmet ve politikalar konularında bilgi ve danışmanlık verilmelidir.

Kişiler arası gücün geliştirilmesi mezo düzeyde müdahaleler yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu kapsamda bakım verenlerin yalnızlık duygusunu azaltmak, anlama ve anlaşılma ihtiyacını gidermek ve sosyal destek sağlamak amacıyla kişiler arası etkileşimleri artırılmalıdır. Bu kapsamda bakım verenlerin grup çalışmalarına, destek gruplarına, eğitim gruplarına katılması sağlanmalıdır. Ayrıca bakım verenler sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinliklerin yapıldığı gruplara katılmalıdır.

Sosyo-politik güç makro düzeyde uygulamaları, toplumsal ve politik alanlarda bireye güç kazandırmak ve bu alanlarda değişiklikler yapmayı içermektedir. Bu kapsamda topluma farkındalık çalışmaları, mevzuat ve politika değişiklikleri ve çeşitli hizmetlerin yapılandırılması konuları görünür olmaktadır. Tufan (2020), Alzheimer hastalarına sunulan bakım hizmetlerine yeni boyutların eklenmesi ve bakım hizmetlerinin hastalara

bakım verenlerin yükünü hafifletecek şekilde düzenlenerek 'yeni bir bakım kültürü' geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bakım ve barınma ile ilgili hizmetler oluşturulurken hasta ve bakım verenin ihtiyaç, istek, beklenti ve alışkanlıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Kurum bakımı ile ilgili hastaların ailelerinin ve toplumun yanlış bildiği konuların ve olumsuz algıların düzeltilmesi gerekmektedir. Ailelerin kurum bakımını tercih etmeme nedeni kurumların bakımsız olduğu, hastalarla ilgilenilmediği, kötü davranıldığı yönündeki algılar ve yakınları tarafından kınanacak ayıplanacak olmalarıdır. Hastalığın özellikle ileri evrelerinde hasta ağızdan beslenememekte, tuvalet ihtiyacını giderememekte, altı bezlenmemekte, yatağa bağımlı hale gelmekte, bilincini yitirmekte ve birçok hastalık ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bu durumlarda alanında uzman meslek elemanlarının bulunduğu ve profesyonel bakımın sağlandığı bir kurum bakımı hastanın iyilik halinin korunması açısından daha işlevsel olabilmektedir. Bu kapsamda öncelikle bu algının değiştirilmesine yönelik toplumda çalışmalar yapılmalı, kurumların koşulları iyileştirilmeli, standartlar belirlenmeli ve kurumlarda olması beklenen bu standartların denetlenmesi yoğun şekilde yapılmalıdır. Tüm iyileştirmelere rağmen hastasına evde bakmak isteyen aileler için evde bakım hizmetleri, evde bakım parası, gündüzlü bakım hizmetleri iyileştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. Evde bakım yardımı için hasta değerlendirilirken hane geliri yerine yaşlının geliri temel alınmalıdır. Evde bakım ücreti sadece hastanın temel giderlerini karşılamaya yönelik olmamalı, hasta ve ailenin refah düzeyini yükseltme amacı taşınmalıdır. Alzheimer hastasına bakım vermek tam zamanlı bir iştir. Çalışmayan ve hastasına evde bakım vermek isteyen bireylerin sigorta primlerinin devlet tarafından yatırılması sağlanarak kişinin ileride emekli olmasına destek olunabilir.

Yaşlıların emekli aylıkları yaşlıların temel gelir kaynağı ve güvencesidir. Emekli aylıkları yaşlıların sadece temel ihtiyaçlarını karşılamaya yetmemeli, onların kültürel, sosyal ve ekonomik hayata daha aktif katılmalarına destek olmalıdır (Işıkhan, 2021). Her yaşlının emekli aylığı bulunmamaktadır. Yaşlılık döneminde pek çok gelir kaybı yaşanmakla birlikte yaşlının Alzheimer hastası olması hem yaşlının hem de bakım verenin gelir kaybını daha da artırmaktadır. Mevcut emekli maaşları yaşlıların refah içerisinde yaşamalarına yetecek düzeyde olmalı ve Alzheimer hastası ve ailesi desteklenmelidir. Yaşlısı ile yaşayan aileler desteklenmeli ve su, elektrik, vergi indirimleri gibi teşvikler uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16 (3), 32-49. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7841/103274>
- Alicılar, H. E. ve Çalışkan, D. (2021). Alzheimer hastalığı ve korunma stratejileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 107-115. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sted/article/888837>
- Alzheimer's Disease International. (2019). World Alzheimer Report 2019. 15 Kasım 2023 tarihinde <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf> adresinden alınmıştır.
- Barlas, G.Ü ve Onan, N. (2008). Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 105-111. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29440>
- Birinci, E. (2020). Alzheimer hastalığında sosyal hizmet yaklaşımı. Emre Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığında multidisipliner yaklaşım* içinde (s. 95-110). Nobel Akademik.
- Chen, C. T., Chang, C. C., Chang, W. N., Tsai, N. W., Huang, C. C., Chang, Y. T., ... & Lu, C. H. (2017). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: associations with caregiver burden and treatment outcomes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 110(9), 565-570.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal hizmet temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*. Ankara: Nar.
- Eker, E. (2008). Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar, Alzheimer hastalığı (No: 62). *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* içinde (s. 85-110). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Erbay, E. (2019). Güç ve güçlendirme kavramları bağlamında sosyal hizmet uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(42), 41-64. Doi: 10.21560/spcd.vi.546674
- Erbay, E., Yıldırım, B. ve Baydur, H. (2021). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri ve bakım veren yükünün yaşam kalitesine etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8 (3), 478-486.

- Hasgöl, E. (2016). Evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri ve rolleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (7), 14-21.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/tshd/issue/52312/684981>
- Işıkhan, V. (2018). Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(1), 1-26.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/issue/38635/448683>
- Işıkhan, V. (2021). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. Emre Birinci (Ed.), *Gerontolojik sosyal hizmet* içinde (s. 63-79). Ankara: Nobel Akademik.
- Kara, H. Z. ve Sezer, D. (2020). Alzheimerlı hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım süreci deneyimleri üzerine nitel bir araştırma. *Journal of International Social Research*, 13(73), 932-943.
- Karaca, H., Yazıcı, S. ve Korkmaz, N. (2016). Alzheimer hastası yaşlı bakımının aile üyesi bakıcı kadınlara etkisi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (7), 6-12.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/955146>
- Karadakovan, A. (1992). Yaşlanma ve Alzheimer hastalığı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 87-95.
- Karakuş, B. (2021). Yaşlılarla ilgili mevzuat. Emre Birinci (Ed.), *Gerontolojik sosyal hizmet*, içinde (s. 81-109). Ankara: Nobel Akademik.
- Karakocalı, A. (2020). Alzheimer hastalarına ilişkin temel hukuksal düzenlemeler. Emre Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım* içinde (s. 81-93). Ankara: Nobel Akademik.
- Kaya Uygun, Ü. (2019). *Alzheimer hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler* (Yüksek lisans tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir (Tez No: 540933).
- Keleş, E., & Özalevli, S. (2018). Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 39-42.
- Kesken, S. (1995). Alzheimer hastalığı. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 5 (1), 11-20.
- Keskin, M. (2021). *Alzheimer hastalarına bakım verenlerin kaygı, stres, başetme stilleri ve yaşam deneyimleri* (Doktora tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir (Tez No: 661898).

- Keskin, M. ve Işıkkhan, V. (2021). Alzheimer hastalığında bakım ve güçlendirme. Emre Birinci (Ed.), *Gerontolojik sosyal hizmet* içinde (s. 221-236). Ankara: Nobel Akademik.
- Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö. ve Bakar, M. (2017). Alzheimer hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişi (ler) nin yükü. *Arch Neuropsychiatry*, 54, 82-86. Doi: 10.5152/npa.2017.11304
- Küçükgüçlü, Ö., Şentürk, S. G. ve Söylemez, B. A. (2017). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 68-78. <https://dergipark.org.tr/en/pub/deuhfed/issue/46791/586747>
- Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., Liu J., Yu, T., Ji, Y. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of clinical nursing*, 26(9-10), 1291-1300.
- Mega, M. S., Masterman, D. M., O'Connor, S. M., Barclay, T. R., & Cummings, J. L. (1999). The spectrum of behavioral responses to cholinesterase inhibitor therapy in Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 56(11), 1388-1393.
- Nazlıer Keser, N. E. (2019a). Alzheimer hastalarına yönelik sosyal hizmet müdahaleleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*, 12(2), 121-128. <https://dergipark.org.tr/en/pub/yasad/issue/51243/596241>
- Nazlıer Keser, N. E. (2019b). *Alzheimer tanısı konulan yaşlıların ailelerinin sosyal hizmet gereksinimleri* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir (Tez No: 535019).
- Oğlak, S. (2021). Yaşlılar için gündüz bakım merkezleri. Emre Birinci (Ed.), *Gerontolojik sosyal hizmet* içinde (s. 203-219). Ankara: Nobel Akademik.
- Onat, H. (2017). *Alzheimerlı hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin ölçülmesi ve hastalığın hasta yakınlarına olan yükü* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir (Tez No: 463164).
- Roth, M.E. (1993). Advances in Alzheimer's Disease A Review for the Family Physician. *The Journal of Family Practice*, 37 (6), 593-607.

- Saleebey, D. (1997). The strenghts perspective in social work practice. New York: Longman.
- Selekler, K. (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer hastalığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, Özel sayı 3, 9-14.
- Sheafor, B. W. Ve Horejsi, C. R. (2003). Techniques and Guidelines for Social Work Practice. USA: Allyn and Bacon.
- Solomon, B.B. (1976). Black empowerment: social work in oppressed communities. New York: Columbia University.
- Soner, S. ve Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/390078>
- Taşci, A. (2020). Güçlendirme ve savunuculuk. Kasım Karataş (Çev. Ed.), *Modern sosyal hizmet kuramı içinde* (s. 379-409). Ankara: Nika.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2017). Demans Bakım Modeli Raporu. 10 Kasım 2023 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-projekitab%C4%B1.pdf> adresinden alınmıştır.
- T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2019). Engelliler için Bilgilendirme Rehberi, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 10 Kasım 2023 tarihinde <https://www.aile.gov.tr/media/35694/engelli-bilgilendirme.pdf> adresinden alınmıştır.
- Teater, B. (2014). *Sosyal hizmet kuram ve yöntemleri*. Ankara: Nika.
- Tekin, B. N. (2022). *Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yüklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). YÖK tez merkezinden edinilmiştir (Tez No: 733964).
- Thompson, N. (2016). *Güç ve güçlendirme*. Ankara: Nika.
- Tufan, İ. (2020). Gerontolojik bakış açısından Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım. Emre Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım içinde* (s. 49-67). Ankara: Nobel Akademik.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, 17 Mart). İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. 15 Kasım 2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9FI%C4%B1lar-2022-49667&dil=1> adresinden alınmıştır.

Uçkaç, K. ve Bahar, L. (2020). Demanslı yaşlı hastaların bakımı ve mesleki yeterlilikler. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 3(1), 45-59. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1389347>

Uncu, G. ve Özbabalık Adapınar, D. (2020). Alzheimer hastalığı. Emre Birinci (Ed.), *Alzheimer hastalığına multidisipliner yaklaşım* içinde (s. 1-14). Ankara: Nobel Akademik.

Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., ... & Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125-32.

Woodward, M. (2013). Aspects of communication in Alzheimer's disease: clinical features and treatment options. *International psychogeriatrics*, 25(6), 877-885.

Zengin, O. (2016). Evde sağlık hizmetlerinin sosyal hizmet boyutu. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (8), 36-42. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/955126>

Zengin, O., & Öztuna, B. (2018). Kanser Hastalarına Yönelik Sosyal Hizmetler ve Sosyal Güvenlik Düzenlemeleri. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 18(1), 1-14. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/626030>

Zhao, Q. F., Tan, L., Wang, H. F., Jiang, T., Tan, M. S., Tan, L., Xu, W., Li, J. Q., Wang, J., Lai, T. J., Yu, J. T. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 190, 264-271.