



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**ALZHEİMER HASTALIK SÜRECİNİN  
KURUMLARDA BAKIM VERENLER ÜZERİNE ETKİLERİ**

Sezen SONER

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2017

**ALZHEIMER HASTALIK SÜRECİNİN KURUMLARDA BAKIM VERENLER  
ÜZERİNE ETKİLERİ**

Sezen SONER

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2017

## KABUL VE ONAY

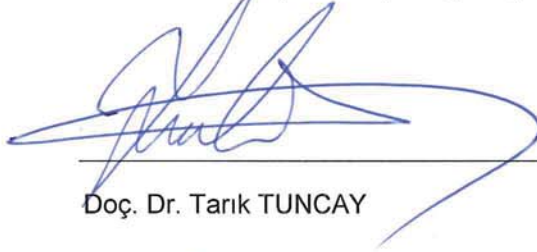
Sezen SONER tarafından hazırlanan "Alzheimer Hastalık Sürecinin Kurumlarda Bakım Verenler Üzerine Etkileri" başlıklı bu çalışma, 26.05.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Sema BUZ (Başkan)



Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN (Danışman)



Doç. Dr. Tarık TUNCAY



Doç. Dr. İshak AYDEMİR



Yrd. Doç. Dr. Melahat DEMİRBİLEK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

26.05.2017



---

Sezen SONER

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**
- (Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)
- ✓ **Tezimin/Raporumun 01.06.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**
- (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)
- **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**
- **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**



26 /05/2017

**Sezen SONER**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Vedat IşIKHAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Sezen SONER

## TEŞEKKÜR

Tezimin tamamlanmasında bana yardımcı olan başta değerli hocalarım ve arkadaşlarım olmak üzere herkese teşekkür etmek istiyorum.

Öncelikle Danışmanım Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN'a tezimin yazım sürecinde beni desteklediği, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaştığı için teşekkürü bir borç bilirim.

Tez Savunma Sınavımda değerli görüşleriyle çalışmama katkıda bulunan hocalarım Doç. Dr. Sema BUZ, Doç. Dr. Tarık TUNCAY, Doç. Dr. İshak AYDEMİR ve Yrd. Doç. Dr. Melahat DEMİRBİLEK'e teşekkür ederim.

Tez yazım sürecimde beni sürekli destekleyen, cesaretlendiren, bir an olsun yalnız bırakmayan sevgili nişanlım Serdar AYKUT'a,

Son olarak da, her zaman her koşulda yanımda olan, bütün kaprislerimi anlayışla karşılayan, hayatımda mucizeler yaratan sevgili anneme ve babama teşekkür ederim.

Ankara, 2017

Sezen SONER

## ÖZET

SONER Sezen. *Alzheimer Hastalık Sürecinin Kurumlarda Bakım Verenler Üzerine Etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.

Bilimsel buluşlar ve teknolojik gelişmeler, insan ömrünü uzatmış ve geçmişte çok fazla önem verilmeyen Alzheimer gibi yaşa bağlı hastalıkları görünür hale getirmiştir. Değişen sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik yapı da, yaşlılara verilen bakımın şekli üzerinde etkili olmuş ve kurum bakımını tercih edenlerin sayısını arttırarak, burada çalışanların sorunlarına önem verilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Huzurevlerinde çalışan bakım verenler; fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal açılardan sıkıntı yaşamaktadırlar. İş yükleri çok fazla ve çalışma koşulları oldukça ağırdır. Mesai saatleri ve rol dağılımları sebebiyle özel hayatları olumsuz etkilenmekte ve sosyal izolasyona uğramaktadırlar. Verdikleri bakım onları yıpranmakta ve finansal olarak da tatmin olmamaktadırlar. Psikolojik sağlıkları bozulmakta ve çoğu zaman desteklenmeye ihtiyaç duymaktadırlar.

Bu araştırmanın amacı, Alzheimer hastalık sürecinin bakım verenler üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Bu amaçla çalışma içerisinde bakım verenlerin sosyodemografik ve psikososyal özelliklerine, bakım verme sürecindeki ihtiyaçlarına, ihtiyaçları olan fiziksel ve sosyal desteğe ulaşıp ulaşamadıkları ve eğer ulaşamıyorlarsa bu durumun çözümü için nelerin yapılmasının istediklerinin bilgilerine yer verilmiştir. Bu bağlamda araştırma kapsamında Ankara ilinde faaliyet gösteren Özel Huzurevlerinde çalışıp Alzheimer hastalarına bakım verenlerle görüşülmüştür.

Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup, 205 kişi ile çalışılmış ve elde edilen bulgular olduğu gibi aktarılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılanlara bakım verenleri tanıtıcı Görüşme Formu ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği uygulanarak elde edilen bulgular değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin girişi SPSS (versiyon 23.0) ile gerçekleştirilmiştir.



Araştırma sonucunda bakım yükünün, bakım verenin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni hal gibi sosyo-demografik; içinde bulunulan sosyal koşullardaki ruh hali gibi psikososyal; yapılan işten doyum elde etme gibi çalışma hayatına yönelikve ekonomik durumuna yönelik özellikleri ile istatistiksel anlamda ( $p<0,05$ ) ilişkili olduğu görülmüştür.

Ayrıca kurumlarda çalışılan sosyal hizmet uzmanlarının sayılarının artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır; çünkü verilen hizmetin çoğunlukla yaşlı odaklı olduğu, zaman ve istihdam edilen sosyal hizmet uzmanı yetersizliği sebebiyle, kurumun tümüne ulaşamadığı ve bakım verenlerin çoğunun, bu hizmetlerden yararlanamadıkları gözlemlenmiştir. Bakım verenlerin, iş ve özel yaşamlarına bağlı olarak yaşadıkları sorunlar sebebiyle, profesyonel meslek elemanı olan sosyal hizmet uzmanları tarafından desteklenmeye ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin, özellikle de bakım elemanlarının çoğu karşılaştıkları problemlerin çözümü için neler yapabileceklerini, nereye başvurmaları gerektiğini bilmemektedir. İhtiyaçları olan kaynaklara ulaşmada sorun yaşamakta ve psikolojileri bozulmaktadır. Disiplinlerarası bir meslek olan sosyal hizmet, diğer meslek elemanlarıyla işbirliği halinde çalışarak bakım verenleri destekleyebilmekte ve gerektiğinde dış kaynakları müracatçı için harekete geçirebilmektedir. Bakım verenler için danışmanlık, savunuculuk, vaka yöneticisi, araştırmacı gibi roller üstlenip, psikososyal değerlendirme, planlama, psikososyal müdahale gibi işlevleri yerine getirebilirler.

### **Anahtar Sözcükler**

Alzheimer Hastalığı, Demans, Yaşlılık, Bakım Verme, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Uzmanı.

## ABSTRACT

SONER, Sezen. *The Effects of Alzheimer's Disease on Caregivers Who Work In The Institutions*, Master Thesis, Ankara, 2017.

Scientific discoveries and technological developments have prolonged human life and made age-related diseases such as Alzheimer's, which have not been given much importance in the past. The changing socio-demographic and socio-economic structure has also been influential on the shape of care given to seniors, and it is necessary to pay attention to the problems of caregivers by increasing the number of those who prefer institutional care.

Caregivers working in nursing homes have; physical, economic, psychological and social problems. Workloads are too high and working conditions are very heavy. Due to their working hours and role allocations, they have no private life and are undergoing social isolation. Their care is worn out and they are not satisfied financially. Psychology is deteriorating and often needs support.

The purpose of this study is to examine the effects of the Alzheimer's disease process on caregivers. For this purpose, in the study, information is provided on the socio-demographic and psychosocial characteristics of caregivers, the needs of the caregiving, the need for physical and social support, and, if not, what they wanted to do for the solution. In the context of the research, the caregivers of Alzheimer's patients who works private nursing homes operating in Ankara were interviewed

A quantitative research method is used in the research and 205 people were studied. Zarit burden inventory (ZBI) and interview form was performed to caregivers. The data obtained were processed via SPSS (versison 23).

As a result of the research, the burden of care is related to socio-demographic factors such as age, gender, education, marital status; psychosocial, such as

the mood in the social conditions found; ( $p < 0,05$ ) with the characteristics of working life and economic status such as obtaining job satisfaction.

It has also been achieved that the number of social workers who work in institutions should be increased. It is observed that most of the caregivers do not get access to the whole of the institution and that they can not benefit from these services because of the fact that the service provided is mostly focus on elderly and the social worker is inadequate in time and employment. It has been determined that caregivers need to be supported by social workers, who are professionals, due to problems they experience their work and private life. Most caregivers, especially maintenance staff, do not know what to do to solve the problems they are facing and where to apply. They have problems accessing the resources they need and their psychology is deteriorating. Social services, a multidisciplinary profession, can cooperate with other professionals to support caregivers and mobilize external sources for the applicant when necessary. They can assume roles such as counseling, advocacy, case manager, researcher for caregivers and perform functions such as psychosocial assessment, planning, psychosocial intervention.

### **Key Words**

Alzheimer's Disease, Dementia, Elderly, Caregiver, Caregiver Burden Scale, Social Work, Social Worker

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
BİLDİRİM .....	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI .....	iii
ETİK BEYAN .....	iv
TEŞEKKÜR .....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	viii
İÇİNDEKİLER.....	x
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvi
<b>1. BÖLÜM: GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	4
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	6
1.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	6
1.4. TANIMLAR .....	7
1.5. SAYILTILAR.....	8
<b>2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE.....</b>	<b>9</b>
2.1. DEMANS HASTALIĞI .....	9
2.1.1. Demans Hastalığının Tanımı .....	9
2.1.2. Demans Hastalığının Çeşitleri .....	10
2.2. ALZHEİMER HASTALIĞI .....	12
2.2.1. Alzheimer Hastalığının Tarihçesi .....	12
2.2.2. Alzheimer Hastalığının Tanımı.....	14
2.2.3. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi .....	16
2.2.4. Alzheimer Hastalığının Tanı Kriterleri .....	18
2.2.5. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri.....	19
2.2.6. Alzheimer Hastalığının Esası ve Gelişimi .....	23
2.2.7. Alzheimer Hastalığında Klinik .....	26
2.2.8. Alzheimer Hastalığının Evreleri.....	30
2.3. BAKIM VERME, BAKIM VEREN VE BAKIM YÜKÜ .....	31

2.3.1. Bakım Verme .....	31
2.3.2. Bakım Veren .....	32
2.3.3. Bakım Verme Yüğü .....	34
2.3.4. Bakım Verme Yüğüünü Etkileyen Etmenler .....	35
2.3.5. Bakım Verme Yüğüünün Belirtileri .....	40
2.4. SOSYAL HİZMET VE YAŞLILIK .....	41
2.4.1. Dünyada Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler .....	45
2.4.2. Türkiye' de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler .....	49
2.5. TIBBİ SOSYAL HİZMET ve ALZHEIMER HASTALIĞI .....	56
2.6. GERONTOLOJİK SOSYAL HİZMET .....	60
<b>3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....</b>	<b>64</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ .....	64
3.2. ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA NÜFUSU .....	64
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	65
3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ .....	66
3.5. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ .....	67
<b>4. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM .....</b>	<b>68</b>
4.1. BAKIM VERENLERİ TANITICI BULGULAR .....	68
4.2. ZARİT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİNDEN ELDE EDİLEN BULGULAR .....	99
<b>5. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>115</b>
5.1. BAKIM VERENLERİ TANITICI SONUÇLAR .....	116
5.1.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Sonuçlar .....	117
5.1.2. Bakım Verenlerin Psikososyal Özelliklerine Ait Sonuçlar .....	118
5.1.3. Bakım Verenlerin Çalışma Hayatına Ait Özelliklerinden Elde Edilen Sonuçlar .....	118
5.1.4. Bakım Verenlerin Ev Ortamına Ait Özelliklerinden Elde Edilen Sonuçlar .....	119
5.1.5. Bakım Verenlerin Ekonomik Duruma Ait Özelliklerinden Elde Edilen Sonuçlar .....	120
5.2. ZARİT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİNDEN ELDE EDİLEN BULGULARA AİT SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	120
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>125</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>154</b>
EK 1. Gönüllü Katılım Formu .....	154

Ek 2.	Görüşme Formu .....	155
Ek 3.	Bakım Verme Yüğü Ölçeği .....	159
Ek 4.	Araştırmaya Katılan Özel Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Listesi .....	160
Ek 5.	Etik Kurul İzni .....	161
Ek 6.	Orjinallik Formu .....	162

## KISALTMALAR DİZİNİ

A.D.I	Alzheimer Disease International
A.H	Alzheimer Hastalığı
DBL	Lewy Cisimcikli Demans
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
TAD	Türkiye Alzheimer Derneği

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b>	Geri Dönüşümlü veya Parsiyel Geri Dönüşümlü Demans Nedenleri ve Tedavileri .....	12
<b>Tablo 2.</b>	Alzheimer Hastalığı için Risk ve Koruyucu Faktörler .....	23
<b>Tablo 3.</b>	Alzheimer Hastalığında Klinik Bulgular .....	27
<b>Tablo 4.</b>	2014 -2015 Yılı Nüfus Dinamikleri .....	47
<b>Tablo 5.</b>	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına Bağlı Huzurevi İle Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Sayısı, Kapasitesi ve Huzurevlerinde Kalan Yaşlı Birey Sayısının Yıllara Göre Dağılımı .....	52
<b>Tablo 6.</b>	Kamu, Özel, Belediye, Dernek, Vakıf ve Azınlıklara Ait Huzurevleri Sayısı, Kapasiteleri ve Bakılan Yaşlı Sayısı .....	53
<b>Tablo 7.</b>	Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde Çalışan Personel Sayıları .....	65
<b>Tablo 8.</b>	Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu .....	99
<b>Tablo 9.</b>	Bakım Verenlerin Mesleklerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu .....	100
<b>Tablo 10.</b>	Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu .....	101
<b>Tablo 11.</b>	Sosyal Hizmet Uzmanlarının Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu .....	101
<b>Tablo 12.</b>	Bakım Elemanlarının Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu .....	102
<b>Tablo 13.</b>	Diğer Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu .....	103
<b>Tablo 14.</b>	Mesleklerine Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	103
<b>Tablo 15.</b>	Yaşa Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	104
<b>Tablo 16.</b>	Cinsiyetlere Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	105
<b>Tablo 17.</b>	Eğitim Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	105



<b>Tablo 18.</b> Medeni Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	106
<b>Tablo 19.</b> Gelir Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	107
<b>Tablo 20.</b> Kurumda Çalıştıkları Yıl Süresine Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	107
<b>Tablo 21.</b> Aynı Kurumda Çalıştıkları Süreye Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu .....	108
<b>Tablo 22.</b> İşlerini Sevme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	109
<b>Tablo 23.</b> İşlerinden Doyum Elde Etme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	110
<b>Tablo 24.</b> Kursa Katılım Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	110
<b>Tablo 25.</b> Ortalama Bakım Saatine Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	111
<b>Tablo 26.</b> Psikolojik Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	112
<b>Tablo 27.</b> Hastalara Karşı Sorumluluk Hissetme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	113
<b>Tablo 28.</b> Alzheimer Hastalığından Korkmalarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması .....	113

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b>	Tarihte Bilinen İlk Alzheimer Hastası.....	13
<b>Şekil 2.</b>	Alzheimer Hastalığında Beyin .....	14
<b>Şekil 3.</b>	Amerika Birleşik Devletleri, 2000 ve 2010: Alzheimer Hastalığı İçin Yaş Ayarlı Ölüm Oranları.....	16
<b>Şekil 4.</b>	Türkiye Alzheimer Hastalığı Haritası .....	18
<b>Şekil 5.</b>	Alzheimer Hastalığı beyni değiştirir .....	24
<b>Şekil 6.</b>	İlerlemiş Alzheimer Hastalığında Beyin Atrofisi .....	26
<b>Şekil 7.</b>	Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2075.....	43
<b>Şekil 8.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	69
<b>Şekil 9.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Yaş Dağılımları .....	70
<b>Şekil 10.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Mesleki Dağılımları .....	71
<b>Şekil 11.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Eğitim Durumları .....	72
<b>Şekil 12.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Medeni Durumları .....	73
<b>Şekil 13.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları .....	74
<b>Şekil 14.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Sahip Oldukları Çocuk Sayısı.....	75
<b>Şekil 15.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Bakmakta Sorumlu Oldukları Başka Kişilerin Varlığına İlişkin Durumları .....	75
<b>Şekil 16.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Aynı Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısı .....	76
<b>Şekil 17.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Gelir Durumu .....	77
<b>Şekil 18.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Aynı Kurumda Çalışma Süreleri.....	78
<b>Şekil 19.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşlerini Severek Yapma Durumları .....	79
<b>Şekil 20.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Mesleklerinden Doyum Elde Etme Durumları .....	80
<b>Şekil 21.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşleri İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumları .....	81
<b>Şekil 22.</b>	Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşleri İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olma Şekilleri .....	81

<b>Şekil 23.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Kursu Katılım Durumları .....	82
<b>Şekil 24.</b> Bakım Verilen Bakım Verilen Kişilerin Başka Hastalıklarının Olup Olmaması .....	83
<b>Şekil 25.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verilirken En Çok Zorlanılan Hizmet Türü .....	84
<b>Şekil 26.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Tanı Konulmuş Başka Hastalıklarının Olup Olmama Durumları .....	86
<b>Şekil 27.</b> Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin En Çok İhtiyaç Duydukları Yardım Türleri .....	87
<b>Şekil 28.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Fiziksel Desteğe Ulaşabilme Durumları.....	88
<b>Şekil 29.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Sosyal Desteğe Ulaşma Durumları .....	90
<b>Şekil 30.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşin Yıpratma Durumuna İlişkin Dağılımları .....	91
<b>Şekil 31.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Ortalama Olarak Verdikleri Bakım Saati.....	92
<b>Şekil 32.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Psikolojik Durumları. ....	93
<b>Şekil 33.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Kurumda Kendilerine Psikolojik Destek Verecek Personel İsteme Durumları .....	94
<b>Şekil 34.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Hastalarından Sorumlu Olduklarını Düşünme Durumları .....	95
<b>Şekil 35.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Meslekte Kendini Başarılı Bulma Durumları .....	96
<b>Şekil 36.</b> Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Kendilerine Vakit Ayırabilme Durumları. ....	96
<b>Şekil 37.</b> Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Yaşlılık Tanımlamaları. ....	97
<b>Şekil 38.</b> Alzheimer Hastasına Alzheimer Hastalığından Korkma Durumları .....	98

## 1. BÖLÜM: GİRİŞ

Ortalama insan ömrü giderek artış göstermektedir. Homo rudolfensis ve Homo habilislerin ortalama yaşlarının 18 ve 20 yaş arasında olduğu bilinmektedir (Akın, 2006, s.5). Yılmaz (2013, s.1)'e göre, "Antik çağda 100 insandan sadece bir tanesi 60 yaşını görebilmekteydi. Romalı bir askerin ömrü 22 yıldır. Avrupa'da 20.yy başlarında yaşam süresi 50 yıldır ve ölüm o çağlarda insanları şimdinin genç ve orta yaşlarında yakalamaktaydı. Yılmaz ayrıca, günümüzde 70 yaşının üzerinde yaşlılara rastlamanın artık olağandışı bir durum olmadığını da belirtmektedir.

Günümüzde doğuştan beklenen yaşam sürelerinde artış görülmektedir ve bu yaşam süresi 78'dir. Bu oran erkekler için 75,3 iken kadınlar için ise 80,7'dir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2016).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine bakıldığında zaman Türkiye'nin nüfusunun giderek arttığı görülmektedir ve nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2015).

"Günümüzde gelişen tıbbi teknolojiler insan ömrünü uzattığı için ortalama yaşam süresi artmakta, bu da yaşlıların yaşam kalitesi ile ilgili tüm boyutların önemini arttırmaktadır" (Buz, 2015, s.268). Toplam nüfus içerisinde yaşlı oranlarının artması, yaşa bağlı olarak gelişen hastalıkların görünürlüğünü de beraberinde getirmektedir. Çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen demanslar da bu hastalıklar içerisinde yer almaktadır (Özcan ve Kapucu, 2009, s.168).

"Dünya genelinde 2015 Yılında 46,8 Milyon Demans vakası bulunduğu, bu sayının 2050 yılında 131,5 milyona çıkacağı öngörülmektedir" (Öztürk, 2015).

Alzheimer's Association'a göre demans; günlük yaşamı etkilemeye yetecek derecedeki zihinsel gerileme için kullanılan genel bir terimdir (Alzheimer's Association, 2016a).

Demansın birçok çeşidi olduğu bilinmektedir fakat en sık görüleni Alzheimer hastalığıdır.

Alzheimer's Foundation of America (AFA)'ya göre Alzheimer hastalığı, beyindeki sinir hücrelerini ya da nöronları etkileyen, bellek, düşünme ve dil becerileri kaybı ile sonuçlanan ve davranışsal değişikliklerin olduğu ilerleyici, nörodejeneratif bir hastalıktır (2015).

"Henüz bir tedavisi olmaması da hastalık sürecini, hem hasta hem de bakım veren için zorlaştırmaktadır. Uzayan insan ömrü, hastalıkların sağ kalım sürelerinin artması beraberinde bakıma muhtaç birey sayısında artışı getirmekte ve bu da bakım veren kişi kavramına verilen önemi arttırmaktadır" (Atagün ve diğerleri, 2011; Özlü ve diğerleri, 2009; akt., Gürol ve Çapık, 2014, s.66).

Verilen bakım, bakım veren kişiye çoğu zaman fiziksel ve ruhsal olarak zarar verebilmektedir. Özellikle de hastalığın ilerleyen evrelerinde hastaların bağımsız hareket edebilme yetilerini kaybetmeleri ve sürekli olarak bakım verene ihtiyaç duyup bağımlı olmaları, çeşitli olumsuz durumlara yol açabilmekte (Özyeşil ve diğerleri, 2014, s.41) ve bakım verenler çoğu zaman verdikleri bakım sebebiyle kendi ihtiyaçlarını ihmal edip, kişilik değişiklikleri, uyku bozuklukları, halsizlik gibi sorunlarla başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar (Greenwood ve diğerleri, 2008; akt., Mollaoğlu ve diğerleri, 2011, s.125).

Örneğin, Ory ve arkadaşları (1999, s.181) tarafından yapılan bir çalışmada demans hastalarına bakım verenlerin, %40,9-%55 arasında kişisel aktivitelerini bıraktıkları, %38-%52 arasında bakım verenlerin ise aileleriyle daha az vakit geçirdikleri saptanmıştır.

Bunların dışında bakım vermenin baş ağrısı, yeme problemleri, kilo kaybı ya da artışı, uyku düzensizlikleri gibi fiziksel; stress, depresyon, üzüntü, sinirlilik hali, yıpranma, özsaygı yitimi gibi psikolojik; iş yaşamından uzaklaşma ya da hastalık maliyetleri sebebiyle ekonomik ve verilen bakım sebebiyle toplumsal soyutlanma, ilişkilerin zayıflaması gibi sosyal boyutları olduğu da bilinmektedir (Yaşar, 2008; akt., Işık, 2013, s.5-6; Zaybak ve diğerleri, 2012, s.48-49; İnci ve Erdem, 2008, s.86).

Bakım verici, verilen bakımın çeşidine ve yoğunluğuna göre tüm bu boyutları aynı anda hissetmeyip, zaman içerisinde değişiklik gösterilerek hissetmekte (Chou, 2000; akt., İzgü, 2014, s.63) ve algılanan tüm bu boyutlar da bakım verenlerde farklı düzeylerde hissedilebilmektedir (Esmeray, 2013,s.61). Algılanan bu bakım verme yükü, birçok değişken tarafından oluşmaktadır. Bunlara örnek olarak, hastanın bilişsel durumu, hastalık seviyesi, hastanın tıbbi geçmişi, yaş, bakım verene ait cinsiyet, etnik köken, sağlık durumu gibi kişisel özellikleri, dışarıdan alınan yardım varlığı, ekonomik durum, eğitim durumu örnek olarak gösterilebilmektedir (Dökmen, 2012; akt., Selçuk ve Avcı, 2016, s.2; Schulz ve Sherwood, 2008; akt., Özmen, 2015, s.8).

Bakım vericilerin algıladıkları tüm bu sıkıntılar onların, bakım verme kalitelerini de etkilemekte ve hastaların hastalıklarına uyum sürecini de zorlaştırmaktadır (Gülpak ve Kocaöz, 2014, s.100).

Ayrıca; bakım verme yükü, hasta yakını ve kurumlarda hastaya bakım verenler tarafından da farklı düzeylerde hissedilmektedir. Örneğin, hastaya bakım veren bakım elemanı, birden fazla hasta ile ilgilenmek, onların yemeklerini yedirmek, banyolarını yaptırmak, tuvalet ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olmak, iş bölümünün tam olarak yapılmadığı huzurevlerinde kurumun temizlik, bulaşık gibi diğer işlerini yapmak ve genellikle kesintisiz 24 saat çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Bunların dışında aynı hastalarla çok uzun saatler geçirdiklerinden psikolojik olarak kendilerini yaşlılarla fazla içselleştirmekte ve yıpranmaktadırlar. Kurumda çalıştıkları süre çok uzun olduğu için kurum dışında

sosyal yaşamlarına ayırdıkları zaman azalmakta ve aileleriyle istedikleri kadar vakit geçirememektedirler.

Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında bakım yükünün genellikle hasta yakınları ile sınırlı olduğu ve bakım veren personelle yapılan çalışmaların çok az olduğu görülmektedir.

Bu çalışma kapsamında da Alzheimer hastalık sürecinin hasta yakını dışındaki bakım verenler üzerine etkilerinin araştırıp ortaya çıkarılması ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

### **1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ**

Günümüzde insan ömrü geçmiş dönemlere göre ters bir gelişim göstererek artmaktadır. Toplumdaki yaşlı oranlarının artması da beraberinde birçok sorunu getirmektedir. Bunlara örnek olarak;

1. “İş gücünde ve üretimde azalma
2. İnsan gücüne dayalı savunma alanlarında zayıflama
3. Bakım ve üretim yetersizliğinden kaynaklanan sorunlarda artış
4. Ulaşım problemleri ve yaşam alanı sorunları
5. Hastalık yükünde artış ve sağlık hizmetlerinde yetersizlik” gösterilebilmektedir (Sayın, 2012, s.517-518).

Yaşlı nüfusunun artması daha önce çok fazla rastlanılmayan ya da varlığı çok fazla dikkat çekmeyen hastalıkları ve buna bağlı olarak gelişen yan durumları beraberinde getirmektedir. Alzheimer hastalığı da sözü edilen bu tür hastalıklar içerisinde yer almaktadır ve karakteristik özelliği sebebiyle de sadece hastayı değil, hem hastayı hem de çevresini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu hastalığa bakım vermek gerek kişinin ailesi ya da yakınları, gerekse hastaya bakım veren uzman personel için psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak oldukça uzun ve yorucu bir süreci işaret etmektedir ve kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Örneğin yaşlıya bakım verenlerde bel ağrıları çok fazla olmakta

ve kişiler bu şikayetlerle hastanelere başvurmaktadırlar. Yetişkinlerin %60'ından fazlasını etkileyen bu şikayetler, kişilerin ileriki dönemlerde de yaşam kalitelerini düşürmektedir. Vücudu yanlış kullanma, yoğun güç gerektiren işler, ağır kaldırma, yeterli personelin ve teknik donanımın olmaması gibi sebeplerle ortaya çıkan bu hastalığın temel sebebini bakım elemanları, %35'lik bir oranla hasta kaldırma işlemi olarak göstermişlerdir (Cankurtaran ve diğerleri, 2013, s.95-96).

Bakım veren tarafından yaşanan sıkıntıları sadece fiziksel, sadece psikolojik veya sadece ekonomik sorunlar olarak tek düzeye indirmek doğru değildir. Yaşanılan sıkıntılar birbiriyle bağlantılıdır. Örneğin; yaşlıya verdiği bakım sebebiyle bel şikayetleri ile hastaneye yatan bir bakım elemanının, çalışma ortamından uzak kaldığı için ekonomik durumu kötüleşmektedir. Bu durumdan hem kendisi hem de bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler olumsuz olarak etkilenmekte ve aynı zamanda içinde bulunduğu şartlar sebebiyle psikolojik olarak da sıkıntı yaşamaya başlamaktadır ya da verdiği bakım, zamanını çok fazla aldığı için ailesine ya da arkadaşlarına istediği kadar zaman ayıramamaktadır. Bu sebeple de bakım verenin sosyal ilişkileri zayıflamakta ve yaşam kalitesi düşmektedir. Yaşanılan bu tür sıkıntıların ne ölçüde külfetli olarak algılandığını ve bakım verenin hayatını ne ölçüde etkilediğini belirleyen faktörler çeşitlidir ve bakım verene ait yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi kişisel özellikler bakım verme yükünü etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilmektedir.

Bu çalışma kapsamında Alzheimer hastalık sürecinde kurumlarda bakım verenlerin psikososyal ve sosyodemografik özellikleri, karşılaştıkları sorunlar ve bakım verme sürecindeki ihtiyaçlarının bakım verme yükü üzerindeki etkisi belirlenmeye çalışılmıştır; çünkü toplumsal dönüşümler ve ekonomik gelişmeler sonucunda özellikle kurum bakımının tercih edilir konuma gelmesiyle de, kurumlardaki bakım verenlerin sorunlarına dikkat edilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Kurumlarda çalışan bakım verenler birden fazla hastayla ilgilenmekte ve zor şartlarda çalışmaktadırlar. Mesai saatleri, ücretlerin düşüklüğü, iş güvencelerinin olmaması, iş yüklerinin fazla olması ve yüksek



tempoda çalışmaları onları yıpratmakta, bakım verenler fiziksel ve psikolojik olarak zarar gormekte, birçok sorunla karşılaşmaktadırlar.

## 1.2. ARAşTIRMANIN AMACI

Bu alışmada Alzheimer hastalık surecinin kurumlardaki bakım verenler üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda çalışma içerisinde aşağıdaki hipotezler sınanmıştır.

1. Bakım verenin sosyodemografik özellikleri, bakım yükü leğinden alınan puanlar arasında farklılık yaratmaktadır.
2. Bakım verenin psikososyal özellikleri, bakım yükü leğinden alınan puanlar arasında farklılık yaratmaktadır.
3. Bakım verenin çalışma hayatına yönelik özellikleri, bakım yükü leğinden alınan puanlar arasında farklılık yaratmaktadır.
4. Bakım verenin ev ortamına yönelik özellikleri, bakım yükü leğinden alınan puanlar arasında farklılık yaratmaktadır.
5. Bakım verenin ekonomik durumuna yönelik özellikleri, bakım yükü leğinden alınan puanlar arasında farklılık yaratmaktadır.

## 1.3. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu alışma Ankara ilinde faaliyet gosteren zel Huzurevlerinde alışıp Alzheimer hastalarına bakım veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, bakım elemanı, fizyoterapist, acil tıp teknisyeni, bakım teknikeri, büro elemanı, temizlik personeli, müdür/şef ve huzurevi sahibi ile sınırlıdır. Araştırma da daha fazla bakım verene ulaşılmak hedeflenilmiştir ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen huzurevleri ve yaşlı bakım merkezleri ile zaman kısıtı bu hedefe ulaşılmasını engellemiştir.

#### 1.4. TANIMLAR

**Sosyodemografik Özellik:** Yaş, meslek, cinsiyet, eğitim, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu gibi özellikler.

**Psikososyal Özellik:** Bakım verenlerin içinde buldukları psikolojik ve sosyal durum sebebiyle hissettikleri ruh hali, yıpranmışlık hissi, psikolojik destek ihtiyacı, korkular ve yaşlılığı nasıl tanımladıkları.

**Çalışma Hayatına Yönelik Özellik:** Aynı kurumda çalışılan süre, işini severek yapma, işinden doyum elde etme, iş ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumu ve şekli, işle ilgili kursa katılım durumu, bakım verirken zorlanılan hizmet, iş ile ilgili ihtiyaç duyulan yardım çeşidi, fiziksel ve sosyal desteğe ulaşabilme durumu gibi özellikler.

**Ev Ortamına Yönelik Özellik:** Aynı evde beraber yaşanan kişi sayısı, bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı gibi özellikler.

**Ekonomik Duruma Yönelik Özellik:** Gelir durumu, gelirin yeterli olup olmadığı gibi özellikler.

**Bakım Veren:** Araştırma kapsamında alzheimer ve demans hastalarına bakım veren doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, bakım elemanı vb. meslek elemanları.

**Bakım Verme Yükü:** Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ile bakım verenler üzerinde ölçülen fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlar. Bu ölçekle elde edilebilecek en az puan 0 iken en yüksek puan 88'dir. Puanın yükselmesi, hissedilen bakım verme yükünün fazla olduğunu göstermektedir.

**Demans:** Alzheimer hastalığını da içeren, bilişsel alanlarda fonksiyon kaybı ile ortaya çıkan hastalık.

**Alzheimer:** İlerleyici biliş kaybı ile karakterize, hastayı, ailesini ve bakım vereni etkileyen yaşa bağlı nörodejeneratif bir hastalık.

### **1.5. SAYILTILAR**

1. Bakım verenlerin, kendilerine verilen görüşme formu ve bakım verme yükü ölçeğini dürüst ve içten cevaplandırdıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan görüşme formu ve bakım verme yükü ölçeğinin, bakım verenlerin hastalık sürecinde yaşadıkları güçlükleri ortaya çıkaracak nitelikte olduğu varsayılmaktadır.

## 2. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde Demans hastalıkları içerisinde yer alan Alzheimer Hastalığı temelinde, araştırmanın konusuna ilişkin kuramsal çerçeveye yer verilmektedir.

### 2.1. DEMANS HASTALIĞI

#### 2.1.1. Demans Hastalığının Tanımı

“Yaşlanma ile ortaya çıkan biyolojik değişimler ile yapısal olarak beyinde, davranışlarda ve mental fonksiyonlarda bir miktar gerileme olması kaçınılmazdır ve ilerleyen yaşla birlikte hafıza fonksiyonlarında azalma beklenmektedir” (Işık, 2008; akt., Işık, 2009a). Ancak, hafızada görülen her gerileme yaşlanmanın doğal bir parçası sayılmayabilmektedir.

Yaşlandıkça herkesin bellek kusuru yaşadığı bilinen bir gerçektir. Eşyaların konuldukları yerler hatırlanamayabilir ve randevular unutulabilmektedir. Tanıdık insanların isimleri ve son zamanlarda ziyaret edilen yerler geçici olarak unutulabilmektedir. Ancak, anahtarın bırakıldığı yeri unutmak bellek kusuru iken anahtarın ne için kullanıldığını unutmak demanstır (Friedenberg, 2003, s.632).

Beers ve Berkow (2000, s.357)'a göre demans yaşlıları etkileyen önemli ciddi rahatsızlıklardan bir tanesidir ve demanslı insan algısı, önemli bir değişim geçirmektedir. 20 yıl önce bunama olarak nitelendirilen hatırlama yeteneğini kaybetme, yaşlanmanın normal bir parçası olarak kabul edilip, bakım, ya aileler ya da kurumsal bakıcılar tarafından verilmekteydi. Günümüzde ise bellek ve diğer bilişsel fonksiyonlardaki günlük yaşamı etkileyecek şiddetteki düşüşlerin normal yaşlanma olmadığı belirtilmektedir (Knutson, 2006, s.208).

Lanska ve Schoenberg (1993, s.4)'e göre, demans, çoklu bilişsel alanlarda fonksiyon kaybı ile karakterize klinik bir durumdur.

“Demans geliştikçe, genellikle zeka, öğrenme, bellek, konuşma, problem çözme, yönelim, algılama, dikkat, dikkat yoğunlaştırma, yargılama ve toplumsal yetiler gibi bilişsel işlevlerde bozulmalar görülebilmektedir” (İçelli, 2001, s.49).

Yani; hastalık; dil, bellek, vizyospasyal yetenek, farkındalık, duygu, kişilik ve biliş (soyutlama, matematik, muhakeme ve problem çözme) gibi beyin yapılarında ve fonksiyonlarında ilerleyen bozulmalara neden olduğu zaman kullanılan bir terim olarak tanımlanabilmektedir (Friedenberg, 2003, s.632; Michael ve Gordon, 2001, s.199; Reismann ve Cummings, 1998, s. 267).

### **2.1.2. Demans Hastalığının Çeşitleri**

Demans hastalığının birçok çeşidi vardır. Dünya Alzheimer Raporu 2014 ve diğer kaynaklara göre, demansın en çok görülen çeşitleri, Alzheimer hastalığı (A.H), Vasküler demans (çeşitli biçimlerde), Lewy Cisimcikli demans (DBL), Frontotemporal lob dejenerasyonu (FTLD) ve Parkinson hastalığıdır (World Alzheimer Report: Alzheimer’s Disease International [ADI], 2014, s.6; Harper ve diğerleri, 2014, s.692; Knutson, 2006, s.209). En az görülen çeşitleri ise tersiyer sifiliz, huntington hastalığı, beslenme yetersizlikleri ve wilson hastalığıdır (Knutson, 2006, s.209).

Michael ve Gordon (2001, s.199)’a göre, demans hastası olduğunuzu söylemek mide ağrınızın olduğunu söylemek gibidir. Mide ağrısının da birçok nedeni olabileceği bilinmektedir. Bazıları oldukça iyi huylu ve geri dönüşümlü iken, bazıları ciddi ve geri dönüşsüzdür.

Demans hastalığının da birçok sebebi olmakla birlikte hastalığı iki ana bölümde incelemek mümkündür.

1. Geri dönüşümlü demans.
2. Geri dönüşsüz demans.

### ***Geri Dönüşümlü Demans***

Demans her zaman geri dönüşümsüz bir hastalık değildir (Ülger ve diğerleri, 2008). Knutson (2006, s.210)'a göre, "geri dönüşümlü demanslar çoğunlukla kalıcı beyin değişiklikleri ile ilişkili değildir. Bu hastalıklarda beyin normaldir fakat geçici olarak düzgün çalışması engellenmektedir."

Geri dönüşümlü demanslarda, geri dönüşümsüz demanslara göre bilişsel bozulmalar daha azdır ve genellikle hastalığın kişilerde varoluş süreleri iki yılı geçmemektedir. Hipotiroidizm gibi metabolizmaya bağlı olarak gelişen demanslar, beslenme bozuklukları, duygusal depresyon, parasempatik sinir sisteminin düzgün bir biçimde çalışmasını engelleyen ilaçlar, beyinde BOS birikmesi ya da lezyon, enfeksiyonlar, fazla alkol tüketimine bağlı olarak gelişen demanslar ve deliryum geri dönüşümlü demanslara örnek olarak verilebilmektedir (İşeri ve Efendi, 2003, s.458; Tripathi ve Vibha, 2009, s.53; Kulaksızoğlu, 2009, s.69-70). Kulaksızoğlu (2009, s.70), belirtilen problemlerin çözümlenmesi halinde oluşan demansların ortadan kalkacağını belirtmektedir. Geri dönüşümlü demans nedenlerinden ve tedavilerinden bazıları Tablo 1'de gösterilmektedir.

### ***Geri Dönüşümsüz Demans***

Knutson'a göre, geri dönüşümsüz demanslarda bazı beyin dokuları etkilenmiş ve artık normal çalışmamaktadır (2006, s.210). Geri dönüşümsüz demansa örnek olarak HIV ve AIDS virüsü kaynaklı demanslar, Lewy cisimcikli demans ve Alzheimer hastalığı verilebilmektedir (Steckle, 2008).

Aşağıdaki bölümlerde Alzheimer hastalığı hakkında genel bilgi verilip, ilk Alzheimer hastası, hastalığın epidemiyolojisi, tanı kriterleri, risk faktörleri, patogenezi, klinik özellikleri ve evreleri incelenmektedir.

**Tablo 1.** Geri Dönüşümlü veya Parsiyel Geri Dönüşümlü Demans Nedenleri ve Tedavileri

<b>Neden</b>	<b>Tedavi</b>
<b>Eksiklikler</b>	
Vitamin B12	Spesifik yerine koyma tedavileri
Folik asit	
Vitamin B1	
<b>Endokrin hastalıklar</b>	
Hiper/hipotiroidi Eksikliklerde yerine koyma	Fazlalıklarda süpresyon
Hiper/hipoparatiroidi	
Cushing sendromu	
Addison hastalığı	
<b>İnfeksiyonlar</b>	
AIDS	Antiretroviral tedavi
Sifiliz	Antibiyotik
<b>Toksinler</b>	
Alkol	Toksik maddeden uzaklaştırılması
İlaçlar	Destek tedavisi
Ağır metaller	Mevcutsa spesifik antidot
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	
<b>Diğerleri</b>	
Tümörler özellikle de menenjiom	Cerrahi, ödem varsa steroid
Subdural hematoma	Cerrahi
Normal basınçlı hidrosefali	Cerrahi şant
Depresyon Antidepresanlar(depresif psödodemans)	psikoterapi, ECT

AIDS: Kazanılmış immünyetmezlik sendromu, ECT: Elektrokonvülfif tedavi.

Kaynak: Ülger ve Arıoğul, 2007, s.34

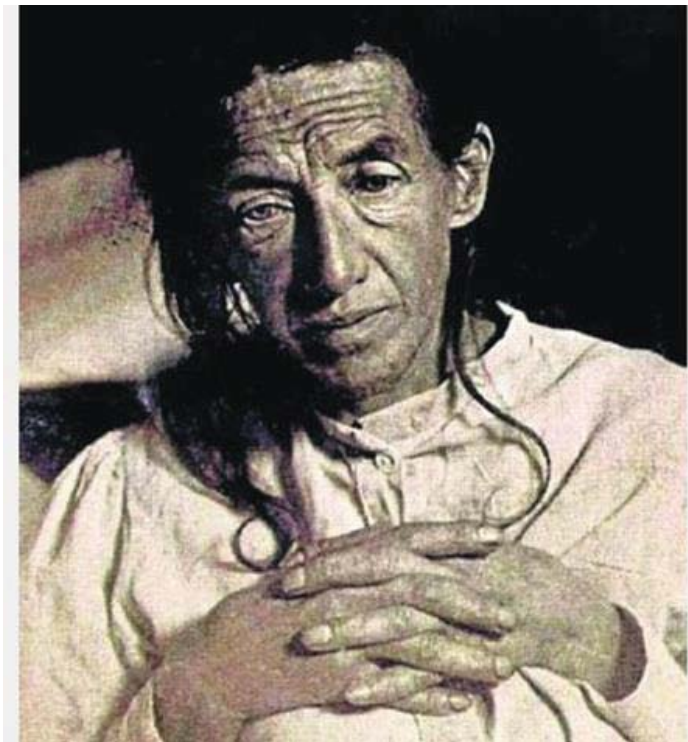
## 2.2. ALZHEİMER HASTALIĞI

### 2.2.1. Alzheimer Hastalığının Tarihçesi

Hastalığının uzun bir geçmişi olduğu bilinmektedir. Maksimovich (2012, s.68)'e göre "Hastalık, bir yüzyıldan daha uzun bir zaman önce keşfedilmiştir."

1907 yılında, Alois Alzheimer senil plakların ve nörofibriler yumakların histolojik bulguları ile entelektüel bozulma olgusunu rapor eden ilk kişidir. (Arch Neurol 1967; akt., Yaari ve Corey-Bloom, 2007). “Alzheimer, ilk kez “presenil dementia” vakasını yayınlamış ve daha sonra bu hastalık ünlü psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından “Alzheimer hastalığı” olarak tanımlanmıştır” (Selekler, 2010, s.9).

1901 yılında Alois Alzheimer’a, Aguste Deter isimli 51 yaşında, evde tek başına yaşamını sürdüremeyecek durumda olan bir hasta getirilmiştir. Hastada ileri derecede mental yetersizlik ve bilinç bulanıklığı sorunları olup, hasta kendisine yapılan hiçbir yardımı da kabul etmemektedir (Selekler, 2010, s.10). Ayrıca, hastada zihinsel işlevlerde ilerleyici bozulma, psikolojik ve sosyal olarak yetersiz olma durumu ile eşi üzerinde kıskançlık duygusu, yer ve zaman algı bulanıklığı ve halüsilasyon saptanmış olup, hastanın agresif davranışlar ile agnozi, apraksi ve afaziden muzdarip olduğu belirtilmektedir (Allsop, 2000, s.1; Kavas, 1999, s.1257; Maurer ve diğerleri, 1997, s.1546).



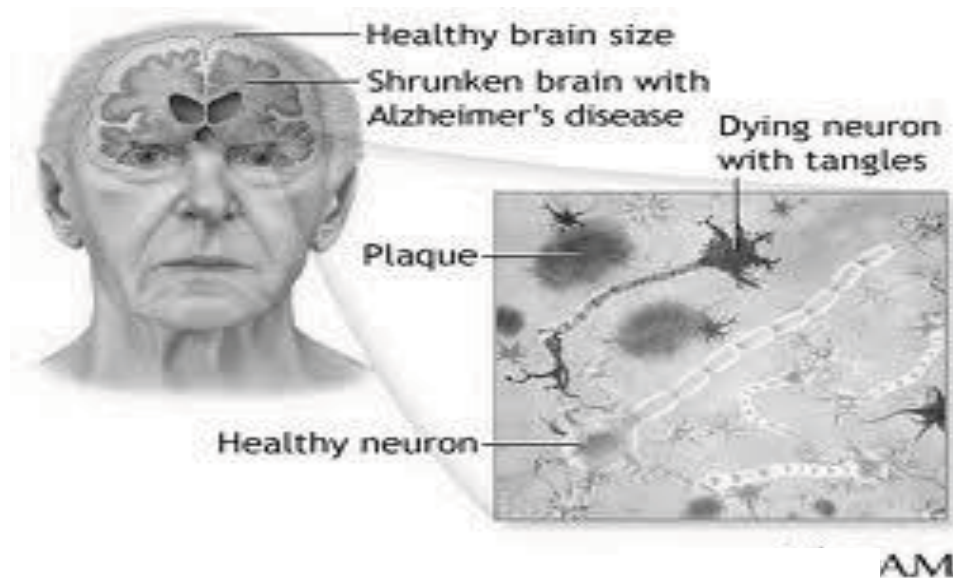
**Şekil 1.** Tarihte Bilinen İlk Alzheimer Hastası

Kaynak: <http://www.alzheimerstreatment.space/tag/auguste-deter-brain>



“Aguste Deter 1906 yılında vefat edince hastanın beynine otopsi yapılmış ve gümüş boyası ile yapılan otopsi sonucunda, beyinde distrofik nöritler, nörofibriler tanglelar ve senil plaklara rastlanıldığı ve ayrıca atrofi ve hücre kaybı gözlemlendiği belirtilmektedir. Ayrıca, hastalığın 1960’lı yıllara kadar ender görülen bir hastalık olduğu ve presenil yaş grubunda görüldüğü belirtilmektedir” (İçelli, 2002; akt., Altın, 2006, s.4-5).

Çeşitli kaynaklara göre, Alzheimer hastasının beyinde görülen, “nörofibriler yumaklar ve senil plaklar hastalığın belirleyicileri olarak kabul edilmektedir” (Bick, 2001; akt., Yazıcı ve Şahin, 2010, s.48; Beers ve Berkow, 2000, s.365-366).



**Şekil 2.** Alzheimer Hastalığında Beyin

Kaynak:<https://www.google.com.tr/>

### 2.2.2. Alzheimer Hastalığının Tanımı

Alzheimer hastalığı yaşa bağlı nörodejeneratif bir hastalıktır ve ilerleyici biliş kaybı, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, davranışsal ve psikiyatrik belirti ve bulgularla karakterizedir (Lin ve diğerleri, 2013, s.14575; Tariot ve diğerleri, 2004, s. 317).

Literatür taraması yapıldığında, yaşlılarda demansın en yaygın görülen türü olduğu (Yan, 2013, s.49; Sezer ve Memiş, 2001, s.42; Karaman, 2006, s.175; Matveychuk ve diğerleri, 2011, s.280; Akdemir ve diğerleri, 2007, s.119; Erdemoğlu ve Varlıbaş, 2001, s.105; Greenberg, 2011, s. 421; Petrella ve diğerleri, 2003, s.315) ve tüm demans olgularının %50-80'ini oluşturduğu görülmektedir (Cankurtaran ve Cankurtaran, 2008).

Alzheimer's Association, Alzheimer hastalığını giderek artan bellek, muhakeme ve işlev kaybına yol açan beyindeki dejeneratif bir hastalık olarak tanımlamaktadır (Alzheimer's Association, 2016b).

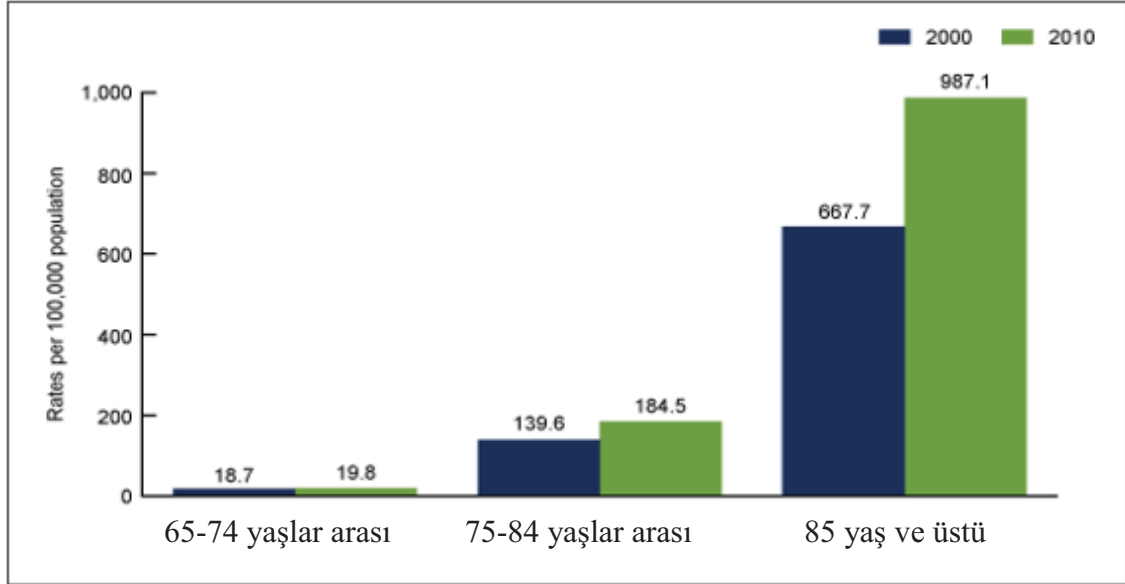
Ulusal Yaşlanma Enstitüsüne göre, Alzheimer hastalığı (A.H) yavaş başlamaktadır. Öncelikli olarak beynin düşünme, hafıza ve dil bölümleri etkilenmekte (National Institute on Aging) ve günlük hayatı etkilemeye yetecek birden fazla bilişsel yeteneklerde azalma görülmektedir (Plassman ve diğerleri, 2007; akt.,Greenberg, 2011, s. 416).

Hastalık genel bir biçimde tanımlanırsa; A.H, orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkan (Hanoğlu ve Arpacı, 1992, s.58; McKhann ve diğerleri, 1984, s.939) "kognitif, davranışsal ve fonksiyonel bozuklukların görüldüğü ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır" (Cummings ve Dunitz, 2007, s.55).

Hastalık, daha önce de belirtildiği gibi, "Nörofibriler yumaklar, senil plaklar ve nöron ölümleriyle karakterize olup (Reiner ve Bihan, 2002, s.67; McKhann ve diğerleri, 1984, s.939), Eker'e göre, "gelişmiş ülkelerde kalp hastalıkları, kanser ve inmeden sonra ölüme neden olan hastalıklar arasında dördüncü ölüm nedeni" sayılmaktadır (Eker, 2008, s.86; Hocaoğlu, 2006, s.1).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Başkanı Doç.Dr. Zekeriya Ülger'e ve TÜİK verilerine göre; "Ülkemizde ölüm nedeni verilerine göre, 2010 yılında Alzheimer hastalığından ölen yaşlı nüfus oranı yüzde 2,7 iken bu oranın 2011 yılında yüzde 2,9'a, 2012 yılında ise yüzde 3,4'e yükseldiği görülmektedir" (Hürriyet, 2014; TÜİK, 2014) ve National Vital Statistic Systemden (Ulusal

Hayati İstatistik Sistemi) alınan verilere göre, Alzheimer Hastalığından ölüm riski yaşla birlikte önemli ölçüde artmaktadır (Tejada-Vera, 2013).



**Şekil 3.** Amerika Birleşik Devletleri, 2000 ve 2010: Alzheimer Hastalığı İçin Yaş Ayrılı Ölüm Oranları

Kaynak: Tejada-Vera, 2013

### 2.2.3. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünya çapında toplumdaki yaşlı bireylerin oranlarının artmasıyla, yaşa bağlı sağlık problemleri prevalansı, önemli halk sağlığı sorunu haline gelmekte (World Health Organization, 2008; akt., Mavrodaris ve diğerleri, 2013, s.773) ve populasyonun yaşı ile beraber Alzheimer hastalarının sayısı da önemli ölçüde artmaktadır (Henderson ve Jorm, 2002; akt., Reisberg ve diğerleri, 2003, s.1334).

Toplumlardaki yaşlı oranlarının arttığı hesaba katılırsa, Daffner ve arkadaşlarına (2000, s.1) göre; “Alzheimer hastalığı getirdiği sosyal ve kişisel maliyetleri ile gelecek yüzyılın sorunu olmaya aday” olarak gösterilebilmektedir.

“65–70 yaşları arasında %4–5 kadar olan AH’ı her 5 yılda bir katlanarak artıp 90’lı yaşlarda %50’ye kadar ulaşmaktadır” (Karaman, 2002; akt., Yacı, 2011, s.10).

Dünya Sağlık Örgütü ve Alzheimer's Disease International tarafından hazırlanan Dementia, Public Health Priority'ye göre, prevalans ve insidans projeksiyonları, demanslı insan sayısının artacağını ve demografik geçiş ülkelerinin (doğurganlık ile ölüm oranlarının fazla olduğu bir durumdan düşük doğurganlık ve düşük ölüm oranlarının olduğu bir duruma geçiş) de bu durumdan etkileneceğini belirtmektedir (ADI, 2013, s.13; World Health Organization [WHO] ve ADI, 2012, s.2).

Işık (2009b, s.92), Alzheimer hastalığı görülme oranlarının ülkelere göre farklılıklar gösterebileceğini ancak bu farklılıklara rağmen de hastalık görülme oranlarının giderek arttığını belirtmektedir.

Yukarıda adı geçen rapora göre 2010 yılında 35.6 milyon (Dungen ve diğerleri, 2012; akt., Mark, 2012, s.78) olarak tahmin edilen demanslı hasta sayısının, her 20 yılda neredeyse iki kat artarak 2030 yılında 65.7 milyon, 2050 yılında ise 115.4 milyon olması beklenmektedir (WHO ve ADI, 2012, s.2).

Prof. Dr. Murat Emre, Ülkemizde 400 bin civarında Alzheimer hastası olduğunu belirtmektedir (Medikal Akademi, 2011) ve Dünya Sağlık Örgütü'nden elde edilen bilgilere göre de 2050 yılında en fazla Alzheimer hastası olacak dört ülkeden birisidir.

Aşağıda verilen haritaya bakıldığında "hastalığın en yüksek oranda görüldüğü illerin Ankara, Sivas, Çankırı, Kastamonu, Erzurum, Erzincan, Bitlis, Aydın, Denizli, Burdur ve Diyarbakır olduğu görülmektedir" (En Son Haber, 2012).



**Şekil 4.** Türkiye Alzheimer Hastalığı Haritası

Kaynak: En Son Haber,2012

#### 2.2.4. Alzheimer Hastalığının Tanı Kriterleri

A.H tanı kriterleri Olası A.H, Mümkün A.H ve Kesin A.H olmak üzere üç başlık altında toplanabilmektedir.

Alzheimer Hastalığının teşhisi için 3 tane geniş ölçüde kullanılan kriter bazlı yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar; (ICD-10), (DSMIV), (NINCDS-ADRDA)'dir (Cummings ve Khachaturian, 1999, s.4).

Bunlardan en sık kullanılanı ise DSMIV tür. DSM-IV kriteri demansı, çoklu bilişsel eksiklerde bir artma sendromu ve afazi, apraksi, agnozi ya da yönetici fonksiyonlarda en az bir bilişsel bozulmayı içeren bir bozulma olarak tanımlamaktadır (American Psychiatric Association,1994; akt., Cummings ve Khachaturian, 1999, s.4).

#### Alzheimer hastalığı için DSM-IV tanı kriterleri

“A. Her ikisinin de bulunmasıyla belirli çoğul bilişsel bozuklukların gelişmesi:

1. Bellek bozukluğu (yeni bilgiler öğrenme ya da daha önceden öğrenilmiş bilgileri hatırlamada bozulma).

2. Aşağıdaki bilişsel bozukluklardan birinin (ya da daha fazlasının) bulunması:
- (a) Afazi (dil bozukluğu),
  - (b) Apraksi (motor işlevlerde bozukluk olmamasına karşın motor etkinlikleri yürütmede yetersizlik),
  - (c) Agnozi (duyusal işlevlerde bozukluk olmamasına karşın nesnelere tanımlayamama ve tanıyamama).
- B. A-1 ve A-2 kriterlerindeki kognitif bozukluklar sosyal ve mesleki işlevsellikte önemli bir bozulmaya neden olur ve bir önceki işlevsellik düzeyinde önemli bir düşüş olur.
- C. Kademeli başlangıç ve sürekli bilişsel düşüş ile karakterizedir.
- D. A-1 ve A-2 kriterlerindeki bilişsel bozukluklar aşağıdakilerden herhangi birine bağlıdır.
1. Bellek ve bilişte progresif gerilemeye neden olan diğer merkezi sinir sistemi bozuklukları (örneğin, serebrovasküler hastalıklar, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörleri).
  2. Demansa neden olduğu bilinen sistemik durumlar (örneğin hipotiroidizm, vitamin B12 ya da folik asit eksikliği, niyasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifiliz, HIV enfeksiyonu).
  3. Madde kullanımının yol açtığı durumlar.
- E. Bu bozukluklar sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- F. Bu bozukluklar başka bir eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (örneğin major depresif bozukluk, şizofreni)"(Sink ve Yaffe, 2004, s.61;Daffner, 2000, s.47).

### 2.2.5. Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri

#### Yaş

Hastalığa ilişkin pek çok risk faktörü olduğu bilinmektedir ve yaş, aile geçmişi, kadın cinsiyet ve kafa travması Alzheimer Hastalığı için bilinen risk faktörleridir (Sink ve Yaffe, 2004, s.60).

Yapılan çalışmalarda ileri yaşın hastalık geliştirme ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Greenberg, 2011, s.421; Yazıcı ve şahin, 2010, s.48; Cankurtaran, 2004, s.11; zkay ve diğerleri, 2011, s.35; Tanburoğlu, 2014, s. 7; Curan ve Wattis, 2011, s.39).

Yaş, 50 yaşından önce nadir olan ve erken yaşlılık döneminde yaygın olmayan fakat 65 yaşından sonra artan, önemli bir risk faktörüdür (Spar ve Rue, 2002, s.168).

Kaynaklara göre; 65 ve üzeri yaşlarda, her 5 yılda Alzheimer hastalığına yakalanma riski iki katına çıkmaktadır (The Newyork Times; Michael ve Gordon, 2001, s. 202).

### ***Cinsiyet***

Friedenberg, demasta cinsiyet farkı olmadığını ama kadınların Alzheimer hastalığına yakalanma insidansının daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Friedenberg, 2003, s.632- 633). Bunun sebebi tam olarak açıklanamasa da bazı araştırmalar sebep olarak kadınların erkeklere göre daha uzun yaşamalarını göstermektedir (Robnett ve Bolduc, 2015, s.118).

### ***Down Sendromu***

Literatürde Down sendromlu (trizomi 21) bireylerin yüksek risk altında oldukları kabul görmektedir (Henderson, 1994, s.46). Alzheimer hastalığı genel nüfusa oranla down sendromlu kişiler arasında 3-5 kat daha sık ve diğer yetişkinlere göre daha erken yaşlarda görülmektedir (Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013, s.28).

Bunun sebebi olarak Down Sendromlu bireylerin, APP geni taşıyan 21. kromozomun fazladan bir kopyasına sahip olmaları gösterilebilmektedir (Harris, 2005, s.8; Brindle ve George-Hyslop, 2000, s.28; Dumlu, 2010, s.16).

Alzheimer Hastalığı tanısı ile tutarlı yaygın B amiloid birikimi ve nörotik plakları içeren değişiklikler neredeyse 40 yaşın üzerindeki tüm down sendromlu bireylerde bulunmaktadır (Schurf, 2001, s.23).

### ***Eğitim Düzeyi ve Bilişsel Aktivite***

Mayeux'a göre, yükseköğrenime ulaşmadaki başarısızlık Alzheimer hastalığı geliştirme ile ilişkili yüksek bir risk faktörüdür (Mayeux, 2008). Yaşlı alanı üzerindeki tekrarlayan çalışmalar düşük eğitilmiş kişilerde bilişsel bozulmanın yüksek olduğunu göstermektedir (Wiessmann ve diğerleri, 1985; akt., Henderson, 1994, s.31). Kungsholmen projesine göre, düşük eğitim düzeyi AH'ye yakalanma olasılığını artırmaktadır (The Kungsholmen Project; Seleker, 2004, s. 19).

“Eğitim almamış 75 yaşın üzerindeki bireylerde demans riski, sekiz yıl veya daha fazla eğitim almış bireylere göre iki kat daha yüksektir. Daha fazla eğitimin sağladığı uyarım nedeniyle, eğitim alan kişilerde nöronlar arası bağlantı ağı daha yoğun” olmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2007/2009, s.61). Ayrıca; “eğitim düzeyi, fark etmeksizin fazla bilişsel aktivite göstermeyen işlerde çalışan düşük kognitif fonksiyonlu kişiler, Alzheimer hastalığı için risk taşımaktadırlar” (Arioğul, 2003, akt., Cankurtaran ve Arioğul, 2006, s.102-105).

“Manhattan, New York'ta, demansı olmayan 65 yaş ve üzerindeki 1772 kişinin katıldığı Scarmes ve arkadaşlarının çalışmasında (2001), kişilerin bazal boş zaman değerlendirme aktiviteleri saptandıktan sonra, 7 yıl (ortalama 2,9 yıl) senelik standardize nörolojik ve nöropsikolojik muayeneleri yapılmış; yaş, etnik grup, eğitim ve meslek düzenlemesi yaptıktan sonra boş zamanları değerlendirme aktiviteleri ile demans arasındaki rölatif risk araştırılmıştır. Takip süresinde, toplam 207 kişiye demans tanısı konmuştur. Yüksek düzeyde boş zamanları değerlendirme aktivitelerine katılanların, %38 daha az risk ile demans geliştiği tespit edilmiştir. Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri arasında rölatif riski en aza indiren etken olarak entelektüel faktör saptanmıştır” (Seleker, 2007, akt.; Yıldız Yüce ve Yüce, 2014, s.39-40).

### ***Kafa Travması***

Morris ve Naggy (2004, s.165)'ye göre, Alzheimer Hastalığı geliştirmedeki bir diğer risk faktörünü de kafa travması oluşturmaktadır. Kafa travmaları beyinde



nöronlara zarar vererek amiloid beta birikimini arttırmaktadır. Bu birikimde daha sonra amiloid plaklara dönüşmektedir. Yapılan deneylerle de bu kanıtlanmaktadır (Yazıcı ve Şahin, 2010, s. 49). Oluşan bu amiloid plaklar da hücreler arası iletişimi bozmaktadırlar.

### ***Depresyon***

Depresyon; üzüntü, yalnızlık, umutsuzluk, özgüven eksikliği ve kendini suçlama duygularıyla karakterize mental bir durumdur (Shaji ve diğerleri, 2005; akt., Sumana ve diğerleri, 2016, s.1316) ve A.H'yi geliştiren risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Hall ve diğerleri, 2011, s.43). Depresyon, kişinin davranışlarını ve bilişsel alanını da olumsuz etkilemektedir. Davranış bozuklukları artış gösterirken, bilişsel alanlardaki gerileme de daha derinleşmektedir (Ritchie ve diğerleri, 1998; akt., Şahin, 2000, s. 28-29).

Geerlings ve Bouter'a göre, Alzheimer hastalığında depresyon çeşitli belirtilerle kendini göstermektedir. Olaylara verilen şiddetli tepkiler, depresif duygu durumu, yaşamdan zevk almama, kendini soyutlama ve içe kapanma gibi belirtiler bulunmakta ve depresyon da, semptomların görülme hızını arttırarak hastanın yaşam kalitesinin daha çabuk kötüleşmesine, beyin fonksiyonlarının daha hızlı bozulmasına sebep olmaktadır. Ayrıca hastaya bakım verenlerde de depresyona yol açmaktadır (Geerlings ve Bouter, 2000; akt., Eker ve Ütücü, 2009, s. 93).

### ***Aile Geçmişi ve Kalıtım***

Aile geçmişi de çeşitli kaynaklarda risk faktörü olarak gösterilmektedir (Greenberg, 2011, s. 417; Abrass ve diğerleri, 2009, s.157; The Newyork Times; Gorelick, 2004, s.2621).

1993'te Roses ve arkadaşları Apolipoprotein E  $\epsilon$ 4 ve Alzheimer hastalığı arasındaki ilişkiyi keşfetmiştir (Kavas, 1999). Apolipoprotein E kolesterol transferi sağlayan bir plazma proteini olup  $\epsilon$ 2,  $\epsilon$ 4 ve  $\epsilon$ 3 olmak üzere 3 önemli

aleli bulunmaktadır (Newport, 2013, s.278). Bunlardan sonuncusun daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Apolipoprotein E  $\epsilon$ 4 (ApoE  $\epsilon$ 4) alelinin Alzheimer hastalığı geliştirme riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Fratiglioni, 2007, s. 100; Kaufer ve Khandelwal, 2014, s.202). “Bu allel, normal insanlarda %16 pozitif iken Alzheimer hastalarında ise bu oranın %35-50 pozitif olduğu belirtilmektedir” (Selekler, 2010; akt., Köroğlu, 2014, s. 8).

Bayles ve Tomoeda'ya göre, “bir kişi her ebeveyninden Apo E proteinini kodlayan bir gen almakta ve ApoE  $\epsilon$ 4 geninden iki kopya bulunan kişilerde geç başlangıçlı AH geliştirme riski, ApoE  $\epsilon$ 4 kopyası bulunmayanlara göre sekiz kat daha yüksek” olmaktadır (Bayles ve Tomoeda, 2007/ 2009, s.61).

**Tablo 2.** Alzheimer Hastalığı için Risk ve Koruyucu Faktörler

<b>Kesin Riskler</b>	<b>Muhtemel Riskler</b>	<b>Mümkün Koruma</b>
Yaş	Diğer Genler	Östrojen
Aile Geçmişi	Kafa Travması	NSAIDs
Down Sendromu	Düşük Eğitim Seviyesi	Antioksidanlar
ApoE-E4	Depresyon	

Kaynak: Reuben ve diğerleri, 2002, s. 38

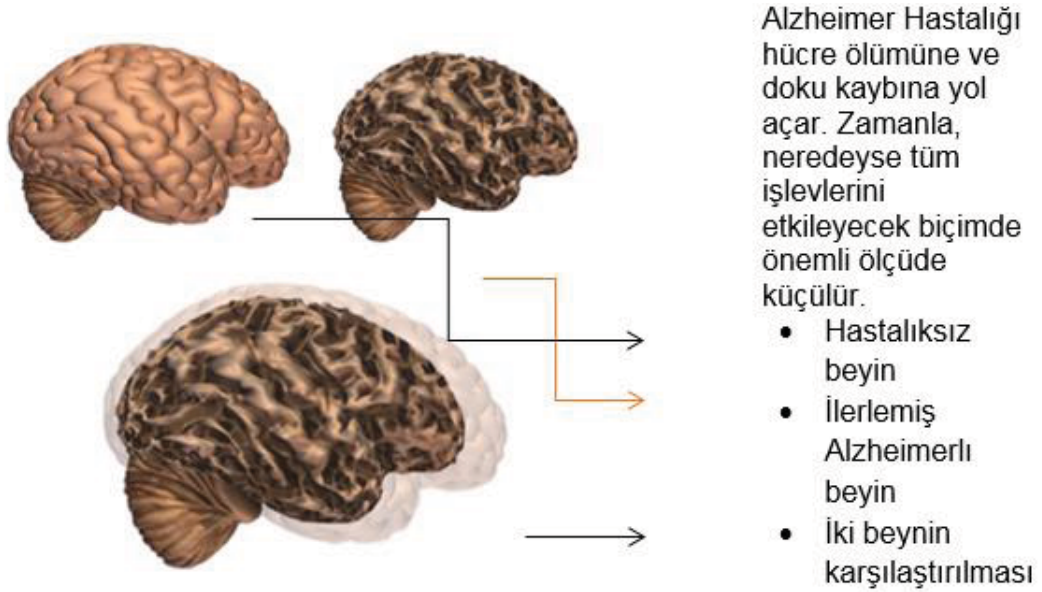
“Bunların yanında hipertansiyon, yüksek kolesterol, sigara ve alkol kullanımı, insüline rezistan tip 2 diabet gibi başka risk faktörleri olduğu da bilinmektedir” (Karaman, 2006, s.176).

Aşağıdaki bölümde hastalığın gelişimi sırasında organizmada meydana gelen değişiklikler yani hastalığın patogenezi belirtilmektedir.

## **2.2.6. Alzheimer Hastalığının Esası ve Gelişimi**

### **Nöropatolojik Özellikler**

Beyinde bir dizi değişiklik meydana gelir.



**Şekil 5.** Alzheimer Hastalığı beyni değiştirir

Kaynak: Alzheimer'sAssociation, 2011a

### **Hipokampus**

Delibaş ve Kılınç (2003, s.33), hipokampusun bilişsel işlevler için önemli olduğunu ve buradaki değişimlerin de bilişsel işlevleri etkileyebileceğini belirtmektedirler.

Hafıza, özellikle de kısa süreli hafıza ile ilgili olduğu bilindiğine göre yaşlılarda görülen yakın geçmişi hatırlayamama şikayetlerini AH'de hipokampusun hasar görmesi ile açıklamak mümkün olmaktadır (Green, 1960; akt., Songur ve diğerleri, 2001, s. 430). Kişinin hasar öncesi hafızası sağlam kalmaktayken, yeni durum ve olaylar için hafıza oluşturulamamaktadır (Orjada, 2007/ 2009, s.18).

### **Amiloid Plak**

Amiloid plaklar, Beljahow tarafından 1889'da saptanmıştır ve bu oluşumlara amiloid ve argirofilikplak isimleri dışında "senil plak" da denilmektedir. İnan'a göre "Alzheimer hastalığında, bu amiloid benzeri materyalden oluşan bir merkez

etrafında şişmiş anormal nöritlerden oluşan yapılar beyinde çok sayıda bulunmaktadır” (İnan, 1999, s. 53).

Öncelikli olarak da hastanın beyninin bilişsel fonksiyonlar için kullanılan alanlarında yoğunlaştığı görülmekte (Selkoe, 1997; akt., Calapoğlu ve Calapoğlu, 2009, s.40) ve bu birikimlerin de hücreler arasındaki alışverişi sekteye uğratması sebebiyle hücre ölümlerine sebep olduğu bilinmektedir (Chaudhri ve Paul, 2006; akt., Taşkiran ve Yılmaz, 2007, s.20).

Kung ve arkadaşlarına (2002, s.50) göre, Alzheimer hastalığının bölgesel nöron ölümleriyle ilişkili nörodejeneratif bir hastalık olduğu iyi bilinmektedir ve beyinde çözünmeyen A $\beta$  agregatlarının birikiminin, Alzheimer hastalığının teşhis özelliği olduğu bilinmektedir (Cordell ve Naidu, 2000, s.139).

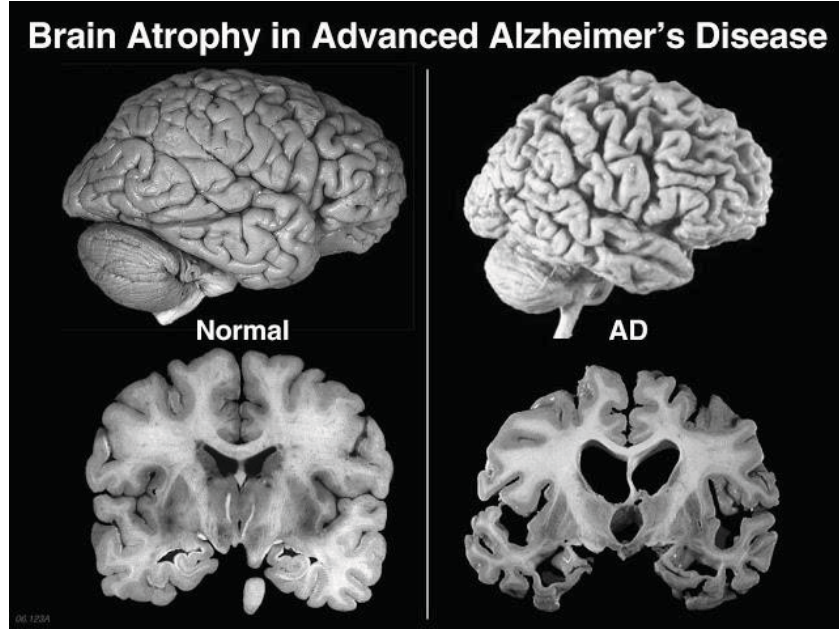
### ***Nörofibriler Yumak***

Erdoğan ve Sütlaş (2014, s.127)’a göre AH’nda nöronların içinde anormal lif demetleri oluşmakta ve bunlara da nörofibriller yumak (Tangle) adı verilmektedir. Bunlar da hücre içi birikimlerde çözünemeyen yapıda olup, hücre içi iletişimi bozarak hücrelerin ölmesine neden olmaktadır.

### ***Nörobiyokimyasal Değişikler***

Alzheimer Hastalığında nörotransmitter maddelerdeki değişiklikler tanımlanmıştır. En çok anormallik kolinerjik ajanlarda meydana gelmektedir (Koo ve Price, 1993, s.58). Hastalıkta en belirgin nörotransmitter eksikliği asetilkolindir.

Asetilkolinin beynin hafıza ile ilgili bölgelerinde önemli bir nörotransmitter madde olduğu bilinmektedir. AH’ de asetilkolin azalması hafıza bozukluğuyla ilişkili olup, görülen hafıza gerilemeleri ve öğrenme güçlüklerini açıklamaktadır (Ülger ve Arıoğul, 2007, s.33; Çetinkaya, 2008, s. 16).



**Şekil 6.** İlerlemiş Alzheimer Hastalığında Beyin Atrofisi  
Kaynak:Alzheimer's Disease, 2013

### 2.2.7. Alzheimer Hastalığında Klinik

Yacı (2011, s.16)'ya göre, kognitif, davranışsal ve işlevsel belirtiler (GYA) demans hastalığının kliniğini oluşturmaktadır.

Panisset ve Gauthier (2000, s.33) hastalığın ilk belirtilerini genellikle yakın bellek kaybı ve yönetsel işlevlerde bozulma olarak belirtirken, depresyonun da erken evrelerde sık görülen bir özellik olduğunu ve davranışsal değişiklikler, orta evrelerde ortaya çıkma eğilimindeyken motor bulgularla daha geç dönemlerde karşılaşıldığını söylemektedirler.

**Tablo 3.** Alzheimer Hastalığında Klinik Bulgular

Kognitif	Bellek	Uzak: İlkokul öğretmeni, okuduğu okullar, evlilik vs
	Dikkat	Yakın: Yakın geçmişe ait kişisel ve güncel olaylar
	Gorsel-Mekansal İşlevler	Dalgalanma, konsantrasyon, çelinilebilirlik Yabancı-tanıdık mekanlarda dolaşabilme, kaybolma
	Dil	Kelime bulma, anlama, okuma-yazma güçlükleri
	Yurutucu İşlevler	Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
	Praksis	Alet kullanma, giyinme güçlükleri
	Gnosis	Nesneleri tanıma, birbirinden ayırma
Davranışsal	Kişilik değişiklikleri	Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz nese
	Duygudurum Bozuklukları	Görsel ve diğer Halisunasyonlar
	Algı Bozuklukları	Hırsızlık, sadakatsizlik ve diğer halisunasyonlar
	Düşünce bozuklukları	
İşlevsel	Günlük Yaşam Aktiviteleri	İs yaşamı, yolculuk, mali isler, alışveriş, sosyal ilişkiler
	Evde Günlük Yaşam Aktiviteleri	Hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev isleri
	Kendine Bakım	Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, tıras olma, sfinkter kontrolü

Kaynak: Gürvit, 2012; akt., Telliöğlü, 2011, s.23

### ***Kognitif Belirtiler***

Alzheimer hastalığındaki bulguların klasik üçlüsü; öğrenme güçlüğüyle ortaya çıkan bellek bozukluğu ve bilgileri hatırlayamama (özellikle yeni bilgiler), vizyospasyal problemler ve sosyal ya da mesleki işlevselliği etkileyecek kadar

ciddi dil bozuklukları olarak belirtilmektedir (American Psychiatric Association,1994; akt. Sink ve Yaffe, 2004, s.62).

Gürvit (2010)'e göre; bellek alanına ait bozukluklar, kognitif belirtiler arasında en sık görülenidir. Hastalar tarafından sorulan soruların tekrarlanması, aynı konuların yinelenmesi, eşyaların konuldukları yerlerin unutulması ve kaybolması, randevuların unutulması şikayet edilen konular arasında yer almaktadırlar.

Bellek kaybı, yaşlılar arasında oldukça yaygındır ve hasta ya da ailesinde büyük sıkıntıya sebep olabilmektedir (Greenberg, 2011, s. 417).

Ayrıca, problem çözme de ve soyut düşünme gibi diğer yüksek seviyeli bilişsel işlevlerde zorlanmalar görülmektedir (Robnet ve Bolduc, 2015, s. 119).

### ***Davranışsal Bozukluklar***

Alzheimer Hastalığında yaygın görülen kişilik ve davranış değişiklikleri

- “Tekrarlayan davranış ya da konuşma
- Kişisel eşyalarını kaybetme eğilimi
- Depresyon ve vazgeçme
- Ajitasyon ve/veya öfke patlamaları
- Huzursuzluk, amaçsız gezinme (Özellikle geceleri)
- Bozulmuş uyku alışkanlıkları
- Ağlamadan gülmeye ve tekrar eden ruh hali
- Tanıdık yerleri ve insanları tanıma eksikliği
- Uygunsuz sosyal davranışlarla sonuçlanabilecek muhakeme ve bilinç kaybı” (Michael ve Gordon, 2001, s.203).

Alzheimer hastalığında daha öncede belirtildiği gibi kişilik ve davranış değişiklikleri görülmektedir ve bu davranış değişiklikleri de, diğer demans türlerinde olduğu gibi Alzheimer hastalığında yaygın olup ve hiçbir

nöropsikiyatrik belirti veya davranış bozukluğu patognomoniktir (Sink ve Yaffe, 2004, s.62), yani hastalığa özel tanı koydurucu değildir.

Kişilik değişikliklerini ise, Küçükgüçlü (2003, s.87); genellikle olumsuz yönde, depresif, kuşkucu, paranoid, düşmanca, saldırgan davranışlar olarak belirtmektedir

Eastwood ve Reisberg (1999, s.210), bu davranış değişiklikleri içerisinde en kötüsünün şiddet olduğunu ve bu davranışın da, diğer hastaları ve personeli üzdüğünü belirtmektedirler.

Alzheimer hastalarının olaylara verdikleri tepkiler de eski hallerine göre farklılıklar göstermektedir. Başa çıkamadıkları görevler ya da durumlarla karşılaştıklarında katatstrofik tepki ve duygusal aşırı tepki gösterebilmektedirler (Alessi, 1991; akt., Carrier ve Brodaty, 1999, s. 236-237).

Ayrıca, Alzheimer hastalarında yukarıda da belirtildiği üzere, objelerini kaybetme veya sakladıkları yerleri unutma davranışlarıyla sık karşılaşılmakta ve hastalarda daha sonra da bulmadıkları eşyalar sebebiyle çevrelerindeki hırsızlıkla suçlama eğilimleri çok görülmektedir. Bunların yanında hastaların aynı soruları sormak ya da amaçsız gezinmek gibi tekrarlayıcı davranışları bulunmaktadır ve amaçsız gezinme demansın zor bir özelliği olarak belirtilmektedir (Carrier ve Brodaty, 1999, s. 236; Eastwood ve Reisberg, 1999, s. 208).

Ajitasyon ise hastalığın ileri ve orta evrelerinde görülen, belki de en yaygın ve zayıflatıcı semptom olarak bilinmektedir. Tipik olarak huzursuzluk, amaçsız gezinme, asabellik, öfke, kaygı ve korku ve bakımı reddetme, sıklıkla kötülük düşüncesi ve sözel ya da psikolojik saldırganlık olarak ortaya çıkmaktadır (Spar ve Rue, 2002, s.187).



### ***İşlevsel Bozukluklar***

Bilişsel bozulmanın yanı sıra günlük etkinlikleri yerine getirme yetisinde de ilerleyici bir kayıp anlamına gelen işlevsel bozulma da A.H'nin önemli bir özelliğidir (Piccini ve diğerleri, 2000, s. 18).

Piccini ve arkadaşlarına (2000, s.20) göre, “Temel günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) ilerleyici kayıplar genellikle Reisberg’in Global Bozulma Skalasında ve İşlevsel Değerlendirme Evrelemesinde tanımlandığı biçimiyle orta ve ağır derecede bilişsel bozulmaya karşılık gelmektedir. Giyinme, yıkanma ve tuvalet yetileri progresif olarak azalmakta, beslenme yetisi genellikle daha geç yitirilmekte; son evrelerde temel motor kapasitede (örneğin ayakta durma veya oturma, gülümseme ve başı tutma) kayıpla birlikte sfinkter enkontinansı da ortaya çıkmaktadır”.

#### **2.2.8. Alzheimer Hastalığının Evreleri**

Klinik olarak A.H, bellek ve diğer entelektüel işlevler ile yaygın olarak kognitif ve bilişsel işlevlerde sinsice ilerleyen bir düşüş olarak ortaya çıkmaktadır (Daffner ve Scinto 2000, s.3). Patolojik olarak ise plakların ve yumakların varlığı (fazla yoğun olmasıyla) ile karakterize olup hastalık, patolojinin klinik bulguların ortaya çıkışından 15-20 yıl önce başlayabilmektedir (Daffner ve Scinto, 2000, s.3).

Klinikte demans hafif, orta ve ileri demans olarak üç evreye ayrılabilir (Akyar, 2011, s.81).

Alzheimer Hastalığı çoğunlukla tipik bir seyir izlemektedir. Başlangıç semptomları genellikle kademeli olup, gözlemciler için açık olmayabilmektedir (Michael ve Gordon, 2001, s.201).

Erken belirtiler, bellek kaybı, dil ve anlatım bozukluklarını içerebilmekte ve hastalık ilerledikçe de bellek giderek daha fazla bozulmaya başlamaktadır. Örneğin, kişi geçmişi anımsayabilir fakat detaylar kayıptır. Özellikle de aile

üyelerine karşı davranış ve alışkanlıklardaki değişiklikler daha açık hale gelmektedir” (Michael ve Gordon, 2001, s.202).

Mark (2012, s.78), Alzheimer hastalık sürecinin, başlangıç evresinden orta evreye doğru ilerledikçe kişinin daha fazla ajite olmaya başlayabileceğini ve daha yıkıcı davranışlar gösterebileceğini belirtmektedir.

Hastalığın ileri aşamalarına gelindiğinde ise kişi, genellikle fiziksel olarak daha az aktif ve daha fazla geri çekilmiş olmaya başlamakta, kısa ve uzun dönem bellek kayıpları daha ciddileşmekte ve çoğu dil yeteneklerinde kayıplar olmaktadır. Kişi artık eşini ya da çocuklarını, hatta aynadaki kendi yüzünü bile tanıyamaz hale gelebilmektedir (Mark, 2012, s.78; Michael ve Gordon, 2001, s.202).

Hastalarda idrar ve dışkı kaçırma başlayıp, tuvalete gitme, yemek yeme, yıkanma, gibi temel ihtiyaçlar bile destek alınmadan yapılamaz hale gelebilmektedir. Hastalığın ilerleyen safhalarında da hastalar, yatacak hale gelip ve bir çoğu çeşitli enfeksiyonlar sebebiyle yaşamlarını yitirmektedirler (Eker, 1998; akt., Yılmaz ve Turan, 2007, 446).

### **2.3. BAKIM VERME, BAKIM VEREN VE BAKIM YÜKÜ**

#### **2.3.1. Bakım Verme**

Alzheimer hastalarının sayısı arttıkça bakım vermenin de önemi artmaktadır. Toseland ve arkadaşları, “bakım vermeyi, hastayı duygusal, fiziksel ya da finansal olarak desteklemenin, onun sağlık ve bazı sosyal hizmetlerini koordine etmenin, rutin sağlık (ilaç, tedavi, takip vs.), kişisel bakım (banyo, beslenme, tuvalet, giyim vs.), ulaşım, alışveriş, küçük evde bakım hizmetleri, mali yönetim ve onunla aynı evi paylaşmanın yönetimi olarak tanımlamaktadırlar” (Toseland ve diğerleri, 2001; akt., Ak ve diğerleri, 2012, s. 331).

Akyar ve Akdemir (2009, s.46), bakım vermeyi; bakım verenin hayatının bakım verme işleviyle birlikte değişim süreci içerisinde girdiği bir dönem olarak tanımlamaktadırlar. Yaptıkları çalışmada bakım verenlerinin %55'inin verdikleri bakım sebebiyle çalışmadıklarını, %54'ünün durumdan finansal olarak etkilendiklerini ve neredeyse bakım verenlerinin hepsinin (%90) günlük yaşamlarının bakım verme durumundan etkilendiğini belirtmektedirler. Bunun sebebi olarak da Mollaoğlu ve arkadaşları (2011, s.125), verilen yardımın duygusal, fiziksel ve ekonomik alanlardan oluşmasını göstermektedirler.

### **2.3.2. Bakım Veren**

Bakım veren, Pierce ve Lutz'a göre (2009, s.192), muhtaç olan diğerlerine yardım sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır ve genellikle duygusal ve finansal sebepler yüzünden bakım verme işini yüklenmektedirler (Kasuya ve diğerleri, 2000; akt., Erdem, 2005, s.103).

Bakım verme, bakım verme işini gerçekleştirene göre formal bakım ve informal bakım olarak iki bölümde incelenebilmektedir.

İnformal bakım aile üyeleri, akraba, dost, komşu vs. gibi kişiler tarafından karşılığında ücret alınmadan verilen bakım olarak tanımlanabilmektedir (Özyeşil ve diğerleri, 2014, s.40; Enginyurt ve Öngel, 2012, s.48; Pierce ve Lutz, 2009, s.191).

İnformal bakım verenler, yaşlılarına geniş kapsamlı yardım sağlamakta (Abbott ve diğerleri, 2008, s.22) ve bu yardımlarda bakım veren açısından kolay olmayan, duygusal zorlanma, sıkıntı ve fiziksel yorgunlukla dolu görevleri ifade etmektedir (Clyburn ve diğerleri, 2000, s.2).

Demanslı hastasına bakım veren aile üyeleri, kendilerini duygusal olarak çalkantılı bir ortamda yaşarken bulmaktadırlar ve araştırmacılara göre de bakım verenler finansal ya da fiziksel anlamdan çok duygusal anlamda sıkıntı yaşamaktadırlar (Leggett ve diğerleri, 2015, s.820).

Çoğu uzun dönem bakımın aile üyeleri tarafından genellikle de eşler, kız çocukları ve gelinler tarafından sağlandığı iyi bilinmekle birlikte bunlar içerisinde en sık görülen informal bakım ilişkisi, yetişkin çocuk ve yaşlanan ebeveyn arasında olanı olarak tanımlanmaktadır (Cohen ve diğerleri, 2001, s.183; Schulz ve Beach, 1999; Pierce ve Lutz, 2009, s.191).

Demans hastalıkları bu özellikleri sebebiyle de yani, bakım veren kişilerin çoğunlukla eşler ya da yetişkin çocuklar olma eğiliminden dolayı “aile hastalığı” olarak da bilinmektedir (Trujillo ve diğerleri, 2016, s.2)

İnformal bakım genellikle profesyonel olmayan bakımı kapsamaktadır ve O'Brien (2000)'a göre, bazı aile üyeleri bakım verme işini düzgün bir biçimde gerçekleştirirken, bazıları için bu durum geçerli olmayabilmektedir. Aile üyeleri bakım veren olarak tamamen yetersiz olabilmekte ya da hastalarını ihmal ve istismar edebilmektedirler. Diğer bir taraftan da aile üyeleri demanslı akrabalarının yaşam kalitesi için kendi yaşam kalitelerinden fedakarlıkta bulunabilmektedirler. Günümüz toplumunda özellikle, muhtemelen hala çalışan ve başka ailesel sorumlulukları da olan, kardeş desteğinden yoksun büyük kız çocuk için bu durum doğru olmaktadır.

Günümüzde informal bakımın yanında formal bakım da varlığını sürdürmektedir. Formal bakım ise karşılığında ücret alınarak verilen profesyonel bakım çeşidi olarak ifade edilebilmektedir (Oğlak, 2008; akt. Bilal, 2013, s.19).

“Kadınların işgücüne katılım oranının artması ve aile yapısının değişmesi, aile bireyleri tarafından verilen (informal) bakım hizmetlerinin giderek azalmasına neden olmaktadır. Bunun yanında, bireylerin yaşam kalitesi açısından evde kalmayı tercih etmeleri, çok yönlü bakım gereksinimi ve benzeri nedenler, bakım hizmetlerinde aile bireylerinin (informal) yanı sıra, belirli bir ücret karşılığında bakım hizmetini veren, spesifik alanlarda uzman ya da yarı uzman bakım elemanlarının da (formal) bu alanda yer almasına neden olmaktadır” (Özveri Dergisi, 2015).

### 2.3.3. Bakım Verme Yüğü

Daha öncede belirtildiği gibi bakım verme, hem informal bakım verenler hem de formal bakım verenler için oldukça uzun ve zorlu bir süreci kapsamaktadır.

Bakım verenler yüksek oranlarda psikolojik sıkıntı ve depresyon, artan oranlarda da psikolojik hastalıklar ve bastırılmış bağışıklık tepkisi, kişisel, finansal, ailesel ve sosyal problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Robison ve diğerleri,2009, s.788).

King ve Gregor, Akyar ve Akdemir'e benzer bir şekilde, bakım vermeyi bakım verenin tüm yaşantısını değiştirecek bir süreç olarak tanımlamaktadırlar. Bu süreç içerisinde, kişinin yaşantısının olumsuz yönde değişmesi durumunda, bakım verenin çeşitli ruhsal sorunlarla karşılaşabileceğini ve sorunlarla başa çıkma zorlukları yaşayabileceğini söyleyerek, bunun sonucunda da durumdan olumsuz etkilenen bakım vericinin, bakım verme rolünü yeterince düzgün gerçekleştiremeyeceğini belirtmektedirler (akt., Özer, 2010, s. 28).

Ulusal Yaşlanma Enstitüsüne göre Alzheimer hastasına bakım vermek fiziksel, duygusal, finansal olarak zorlayıcıdır (National Institute on Aging) ve bakım verenin üzerinde yük oluşturmaktadır. Bakım veren tarafından yaşanan bu tür fiziksel, duygusal, finansal tepkiler de bakım veren yüğü olarak adlandırılmaktadır (Zarit ve diğerleri, 1980;akt., Atagün ve diğerleri, 2011, s. 513).

Bakım verme yüğü objektif ve sübjektif yük olarak iki ana gruba ayrılabilir. Hoening ve Hamilton bakım verme yükünü objektif ve sübjektif boyutlarıyla ayıran ilk araştırmacılarıdır. Objektif yük, hastalığın aileye mali harcamalar, günlük yaşamın bozulması gibi somut ve gözlemlenebilen maliyetleri olarak tanımlanırken, sübjektif yük, bireyin değer düşüklüğünü kendi değerlendirmesine ve durumu hangi ölçüde külfetli olarak algıladığına atıfta bulunmaktadır (Hoenig ve Hamilton, 1966; akt., Jungbauer ve diğerleri, 2004, s.665).

Montgomery ve arkadaşları da Hoening ve Hamilton ile benzer şekilde bakım verme yükünün iki boyutu olduğunu belirtmektedirler. Bunlardan ilkinin nesnel yük ikincisini ise öznel yük oluşturmaktadır. Nesnel yük bakım verenin ve onun çevresinde yaşanan sıkıntılarla ilgiliyken, öznel yük, daha çok duygusal tepkileri içeren ve bakım veren kişinin bakım verme sürecine ilişkin çoğunlukla da kendi içinde yaşadığı sıkıntılardan oluşmaktadır (Montgomery ve diğerleri, 1985; akt., Atagün ve diğerleri, 2011, s. 515).

İster objektif yük olsun ister sübjektif yük olsun, bakım verme oldukça uzun ve stresli bir süreçten oluşmaktadır. Matchar (2015, s.8) da, Alzheimer hastalığını uzun süreli bakımı gerektiren bir süreç olarak tanımlamış ve uzun süreli bakımında, sağlık ve kişisel ihtiyaçlara yardımcı olmayı amaçlayan çeşitli servis ve destekleri içerdiğini belirtmiştir.

Dunkinn ve Anderson-Hanley (1999)'e göre, uzun süreli bakım yaşamın pek çok alanını etkilemekte olan bir süreçtir. Verilen bakımın kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığıyla ilişkili olduğu belirtilerek, bakım veren üzerinde depresyon, genel sağlıkta bozulma, finansal olarak zorlanma gibi birçok etkisi olduğu belirtilmektedir (akt: Atagün ve diğerleri, 2011, s. 517-518).

#### **2.3.4. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Etmenler**

Robinson ve diğerlerine (2016)'na göre, Alzheimer ya da demans hastalığı olan birine bakım vermek uzun, stresli ve yoğun duygusal bir yolculuk olabilmekte ve yetişkin birine bakım vermek, bakım vericinin günlük yaşamını etkileyerek olumsuz fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Duggleby ve diğerleri, 2016, s.2).

Örneğin, Nordtug ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada demans hastalarına bakım verenlerin diğer bakım verenlere göre depresyona daha yatkın oldukları bildirilmektedir. Bakım verenlerin %53'ünde depresyon, %25'inde ise anksiyete bozukluğu görüldüğü belirtilmektedir (akt: Arslantaş ve Adana, 2011, s.266). Akyar ve Akdemir (2009, s.37) ise yaptıkları

çalışmalarında bakım verenlerin bakım vermeye başladıktan sonra, %74'ünün depresyon, %13'ünün ise hipertansiyon hastası olduklarını belirtmektedirler.

Demanslı yaşlı bireylere özellikle de davranış değişiklikleri gösterdikleri zaman bakım vermek, aile ve bakım veren için oldukça kapsamlı olmaktadır. Genellikle bu, ailenin yaşam tarzı değişikliklerine yol açmakta ve bakım verenin bir dizi problemle başa çıkmak durumunda kalmasına sebep olmaktadır (Fialho ve diğerleri, 2009, s.132).

Bakım verenler, uykusuzluk, stres, halsizlik, etkin iş planlaması eksikliği ve yıpratıcı çalışma şartları ile kendini ifade etmekte bile çoğu zaman zorlanan yaşlılara bakım vermektedirler ve bu durum da onların hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Cankurtaran ve diğerleri, 2013, s.89).

Ajitasyon, saldırganlık, gece gezinmeleri gibi davranışlar, demanslı hastadaki kişilik ve ruh hali değişiklikleri, azalan sosyal destek ve uzun süreli bakım verme de bakım yükünü etkileyen stresli tecrübeler olarak tanımlanmaktadır (Etters, Goodall, ve Harrison, 2008; akt., Trujillo ve diğerleri, 2016, s.2). Ayrıca, yaşlı ile bakım veren arasındaki ilişkinin niteliği, yaşlının hastalığının derecesi, bakım verenin fiziksel sağlığı, psikolojik iyilik hali ve sosyal yaşamı da algılanan bakım yükü ile ilişkili faktörlerdendir.

Amirkhanyan ve Wolf (2003, s.818)'a göre, bakım verenin stresi fiziksel, sosyal, ekonomik durum ve mevcut iç ve dış kaynaklarla karakterize kompleks bir ağ olup bakım verene ve hastaya ait cinsiyet, yaş gibi çeşitli faktörlerde bakım verme yükünü belirlemektedir (Ütücü ve Eker, 2012).

Bakım verene ait sosyo-demografik özelliklerden ve bakım verenin çalışma hayatına yönelik özelliklerinden birkaçı ile bakım verme yükleri arasındaki ilişki aşağıda belirtilmektedir.

## ***Bakım Verenin Sosyo-Demografik Özellikleri***

### ***Cinsiyet***

Genel olarak bakıldığında, toplumumuzda kadınların erkeklere oranla daha fazla bakım veren rolünü üstlendikleri söylenebilmektedir. Araştırmalar da kadınların erkeklere göre kişisel bakıma daha yatkın olduklarını, daha geniş bir görev alanında performans gösterdiklerini ve bunun sonucunda da depresif sendromların kadınlarda daha fazla olduğunu ve bakım yükü düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım yükünün kadınlarda daha yüksek düzeyde ölçülmesini erkeklerin duygularını bakım verme rollerinden uzak tutabilmeleri ya da sorunlarla başa çıkma stratejilerinin kadınlarınkinden daha iyi olmasıyla açıklayan düşünceler de bulunmaktadır (Figueiro ve diğerleri, 2016, s.721). Ayrıca kadınlar fiziksel olarak da bakım yükü geliştirmeye daha yatkındırlar.

Örneğin, erkeklerin kas iskelet yapılarının kadınlara göre daha güçlü olduğu bilinmektedir. Bu sebeple de hasta kaldırma gibi fiziksel güç isteyen işlerde, kadınlar daha fazla olumsuz sonuçlarla karşılaşabilmektedirler ya da kadınlar, hamilelik dönemlerinde de çoğunlukla aktif olarak iş hayatında olduklarından, tehlikelere karşı daha açık bir halde olup, durumdan zarar görebilmektedir (Cankurtaran ve diğerleri, 2013, s.91).

Miller ve Cafasso yaptıkları çalışmalarında, kadınların erkeklere göre bakım verme yükünden daha fazla etkilendiklerini ve bu oranında %20 olduğunu belirterek, kadın cinsiyete sahip olmanın bakım verme yükü yaşama da önemli bir etken olduğunu belirtmektedirler. Ancak literatürde bunun aksini belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Baker ve Robertson bakım yükü yaşama da cinsiyetler açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığını söylerken, Russel; cinsiyet ile subjektif ve objektif yük ayrımını incelemiş ve objektif yük yaşamalarında kadın cinsiyete sahip olma ile erkek cinsiyete sahip olma arasında bir farklılık olmadığını ama kadınların subjektif yükü erkeklerden daha fazla taşıdıklarını belirtmektedir (Yacı, 2011, s.41-43).



## **Yaş**

Bakım verme açısından yaşın önemli bir etken olduğu belirtilmektedir. Kişinin verimliliğinin yüksek olduğu 25-30'lu yaşlarda verilen bakım ile 55-70'li yaşlarda verilen bakım arasında farklılıklar bulunmaktadır (Cankurtaran ve diğerleri, 2013, s.91).

Ancak bakım verme yükü açısından bakıldığında yaş önemli bir faktör olarak gösteren çalışmalar bulunduğu gibi bunlarla çelişkili olarak yaşın bakım verme yükünü etkileyen önemli bir faktör olmadığını belirten araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Kim ve arkadaşları (2012, s.853) tarafından yapılan bir çalışma, yaşın bakım verme yükünü doğrudan etkileyen bir etken olmadığını belirtmekte iken, Chumbler ve Gordon genç yaşın bakım verme yükü ile ilişkili olduğunu belirtmektedirler (akt: Yacı, 2011, s.72).

## **Sağlık Durumu**

“Sağlık sorunu olan bakım vericilerin fiziksel sağlığındaki olumsuz durumun, uygulanan ilaç tedavilerinin ve sağlık sorununa bağlı yaşanan duygusal değişimlerin yorgunluk, stres, uykusuzluk gibi semptomların yaşanmasına neden olduğu ve bunların da hasta bakımının kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir” (Gayomali, Sutherland ve Finkelstein, 2008; akt., Mollaoğlu ve diğerleri, 2011, s.128) ve Almborg ve arkadaşları (1197, s.114) tarafından yapılan bir çalışmada da sağlık sorunu olan bakım verenlerin bakım yüküne karşı daha savunmasız oldukları belirtilmektedir.

## **Ekonomik Durum**

Montgomery ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip bakım verenlerin, bakım yüklerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Aşiret ve Kapucu, 2012; akt., Demirlek, 2015, s.9).

Ancak, “Bakım verenin sosyoekonomik düzeyi ile bulgular farklılıklar göstermektedir. Göreceli olarak daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip bakım verenlerin daha fazla yük ve daha kötü sağlığa sahip olduğunu belirten yazarların yanı sıra, bakım veren yükü ve sosyoekonomik özellikler arasında ilişki bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır” (Atagün ve diğerleri, 2011, s.537).

### ***Eğitim Durumu***

Yapılan çalışmalarda “Eğitim seviyesi daha yüksek bakım veren daha yüksek gelir, daha iyi fiziksel sağlık ve psikolojik işlev göstermektedir. Öte yandan bakım verenin eğitim düzeyi ile subjektif yük ve subjektif stres yükü arasında negatif ilişki bulunmuştur” (Li ve diğerleri, 2007; akt., Arslantaş ve Adana, 2011, s.265). Demirlek tarafından 2015 yılında yapılan araştırma da eğitim durumu ile bakım yükü arasında ilişki bulunmamaktadır (s.39).

Ancak bunların tersini savunan araştırmalar da mevcuttur. Örneğin, Mollaoğlu ve arkadaşları tarafından inmeli hastalara bakım verenlerle ilgili olarak yapılan bir çalışmada eğitim durumu ile bakım yükü arasında ilişki bulunmakta ve okur yazar olmayanların bakım yükünün yüksek olduğu belirtilmektedir (Mollaoğlu ve diğerleri, 2011, s.128). Benzer şekilde, Gülpak ve Kocaöz (2014, s.102) tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim durumu ile bakım yükü arasında ilişki bulunduğu belirtilmektedir.

### ***Medeni Durum***

Demirlek tarafından yatağa bağımlı hastalara bakım verenlerle yapılan çalışmada ve Güneş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma da bakım verenlerin medeni durumları ile bakım yükleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmektedir (Demirlek, 2015, s.26-39). Esmeray (2013, s.78,92) tarafından yaşlı bireylere bakım verenlerle ilgili olarak yapılan bir çalışmada da, “bakım veren bireylerin %77.40’ının evli, %17.90’ının dul, %4.80’inin ise bekar” olduğu ve bakım yükü ile medeni durum arasında anlamlı bir istatistiksel fark olmadığı belirtilmektedir. Benzer bir şekilde Işık (s.37) tarafından 2013 yılında

yaşlıya bakım verenlerle yapılan bir araştırmada da medeni durum ile bakım yükü arasında ilişki bulunmadığı belirtilmektedir.

### **Bakım Verenlerin Çalışma Hayatına Yönelik Özellikleri**

Bakım verenlerin iş yerindeki hastalarla, onların yakınlarıyla ve çalışan diğer personelle olan bireysel ilişkileri, mesleklerini sevmeleri, mesleklerinden doyum almaları, yaptıkları işlerin sosyal yaşamlarına etkisi ve çalışma koşulları gibi etkenler kişilerin psikolojik ve fiziksel sağlıklarıyla yakından ilişkili olabilmektedir. Örneğin, elverişsiz ortam sıcaklığı, yetersiz havalandırma ya da ışıklandırma, fazla gürültü, yetersiz fiziksel donanım, vardiya usulü çalışma, iş temposu ve yaşlıya verilen bakım süresi bireyin ruhsal ve bedensel sağlığını etkilemektedir (Cankurtaran ve diğerleri, 2013, s.97-98).

Örneğin, Kim ve arkadaşları (2012, s.852) tarafından demanslı hastaya bakım verenlerle yapılan bir çalışmada verilen bakım süresinin uzamasının bakım yükünü arttırdığı belirtilmektedir. Mollaoğlu ve arkadaşları (2011, s.128) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde verilen bakım süresinin artmasıyla bakım verenlerin artan oranda bakım yükü yaşayabilecekleri belirtilmektedir.

#### **2.3.5. Bakım Verme Yükünün Belirtileri**

- ✓ “Arkadaş, aile ya da diğer sevilenlerden uzaklaşma.
- ✓ Daha önce sevilerek yapılan aktivitelere ilgi kaybı.
- ✓ Mutsuz, huzursuz, umutsuz ve çaresiz hissetme.
- ✓ İştah, kilo ya da her ikisinde değişiklik.
- ✓ Uyku düzeninde değişiklik.
- ✓ Daha sık hastalanma.
- ✓ Kendini ya da bakım verdiği kişiyi incitmek isteme duygusu.
- ✓ Duygusal ve fiziksel yorgunluk.
- ✓ Sinirlilik” (Cleveland Clinic, 2015).

“Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin kendi sağlıklarına dikkat etmedikleri, normal popülasyona göre kendilerini daha sağlıksız hissettikleri, daha çok hastalandıkları, somatik yakınmaların, depresyon anksiyete gibi psikiyatrik sorunların daha sık olduğu, primer korunma faaliyetlerinden daha az faydalandıkları gözlemlenmektedir” (Yavuzer, 2014, s.90).

## 2.4. SOSYAL HİZMET VE YAŞLILIK

Literatür taraması yapıldığında sosyal hizmetin birçok tanımının olduğu görülmektedir. The Guardian’da yayınlanan bir makaleye göre, sosyal hizmet, bireylerin ve grupların topluma daha iyi adapte olmalarını sağlamanın sistematik bir yoludur. Sosyal hizmet uzmanı müracatçının iç kaynaklarını harekete geçirmek için müracatçı ile birlikte çalışmakta ve eğer gerekliyse çevrede değişim sağlamak için dış kaynaklardan yardım almaktadır. Böylece sosyal hizmet, toplumdaki daha büyük bir harmoniye katkı sağlamaya çalışmaktadır. Diğer mesleklerde olduğu gibi sosyal hizmet, uzmanlık bilgisine, kesin prensiplere ve becerilere dayanmaktadır (Truell, 2014).

Cılga’ya göre “sosyal hizmet, makro düzeyde; ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal olanakların insanlar arasında eşit, hakça ve adaletli olarak dağıtılması, bilimsel ve teknolojik üretimle sağlanan gelişmelerin insanın ve toplumun yararına dönüştürülmesi, sosyal alandaki yeni buluşların ve yeni sosyal teknolojilerin geliştirilmesi, sosyal kuruluşların oluşturulması, hizmetlerinin düzenlenmesi ve yararlanma koşullarının hazırlanması için genel strateji, politika, plan, program ve proje geliştirmeye yönelmektedir. Sosyal hizmet, mikro düzeyde ise; tüm toplum çapında, farklı toplumsal konum, durum içinde yaşayan, farklı yerleşim birimlerinde, çevrede, bölgede ve koşullarda çeşitli gelişme sorunlarıyla iç içe olan insanlara, gruplara ve toplum kesimlerine yaşadıkları gerçeklik içinde sosyal örgütler aracılığıyla uygun hizmet programları ve projeleri ile yardımcı olmaktadır” (Cılga, 2015).

Tanımdan da anlaşılacağı üzere, sosyal hizmet, birey kaynaklı, toplum kaynaklı ve bunların birbirleri ile etkileşimleri sonucu ortaya çıkan sorunlara yönelmek gibi toplumun bütününün ihtiyaçlarına cevap vermektedir (Şahin, 2011).

Sosyal hizmetin oldukça geniş bir müdahale alanına sahip olduğu söylenebilmektedir. Bu alanlara örnek olarak şunlar sayılabilir:

Aile, kadın, çocuk, genç, engelli, madde bağımlısı, suçlu, sağlık, göç, mülteci, sığınmacı, insan hakları ve yaşlılık. Görüldüğü üzere yaşlılık kavramı da sosyal hizmet mesleğinin müdahale alanlarından birisini oluşturmaktadır.

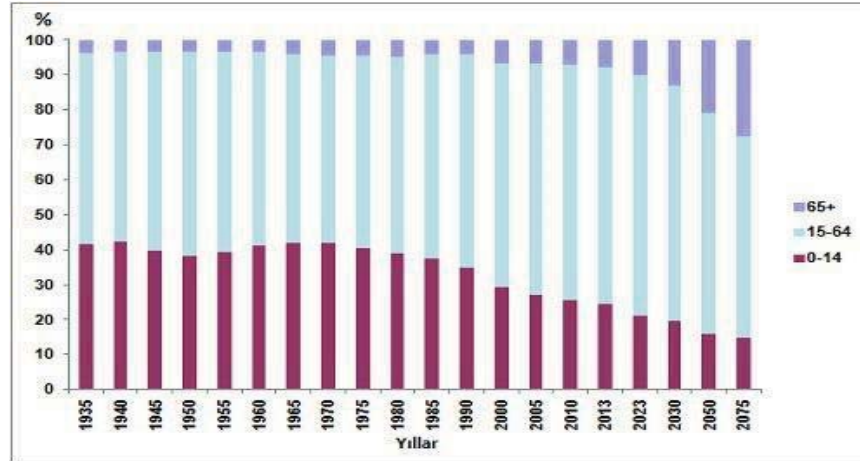
Günümüz toplumlarında;

“Toplumsal değişme ve gelişme sürecinde; geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma yaşamına katılması, gelenek, kültür ve değerlerin değişmesi, artık 'ata' ve 'otorite' ol(a)mayan yaşlının aile içerisinde yük/sorun olmaya başlaması, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinin yükselmesi, sosyal güvenliği olan ve yararlanan kişi sayısının artması ve ortalama insan ömrünün uzaması vb. nedeniyle yaşlı nüfusu arttığından yaşlılık çok yönlü bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır ” (Dönümcü, 2006).

Yaşlanma süreci doğduğumuz anda başlamaktadır (Brossoie ve Chop, 2015, s.17) ve yaşlılık, her canlının yaşamı boyunca tecrübe etmesi gereken çocukluk, gençlik gibi bir zaman dilimidir. Kaynaklar genel olarak yaşlılık sınırı olarak 65 yaş ve üzerini kabul etmekte ve yaşlılık da kendi içinde üç bölüme ayrılmaktadır.

- “65-75 yaş arası erken yaşlılık evresi
- 75-85 yaş arası; orta yaşlılık evresi
- 85 yaş ve ötesi; ileri yaşlılık evresi” (Tümerdem, 2006, s.195).

TÜİK verilerine göre 2015 yılında yaklaşık 78 milyon olan nüfusun 2075 yılında artarak 89 milyon civarında olacağı öngörülmektedir. 2016 yılında +65 nüfusun, toplamda 6.651.503 kişiden oluştuğu bilinmektedir. Bunun da 2.919.392'sini erkek nüfus, 3.732.111'ini kadın nüfus oluşturmaktadır.



**Şekil 7.** Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2075

Kaynak: TÜİK, 2014

Şekil. 7' den de anlaşılacağı gibi Türkiye'nin yaşlı nüfusu giderek artış göstermekte ve bu da yaşlılara yönelik olarak verilen hizmetlerin çeşitliliğinin de artırılması gerektiğini işaret etmektedir. Çünkü yaşlanma, yaşamın kaçınılmayacak bir evresi olarak tanımlanabilmektedir.

Birren (1982), yaşlılığı üç boyutlu olarak incelemektedir. Bunlardan ilki yaşlılığın fizyolojik boyutu, ikincisi psikolojik boyutu, üçüncüsü ise sosyal boyutudur. Bahsedilen ilk boyutuyla yaşlılık, genel anlamda yaş ilerledikçe görülen değişimleri ifade etmekte iken, yaşlılığın ikinci boyutuyla kişinin yaşının durumuna uyum sağlama kapasitesiyle, öğrenme, algı ve problem çözme gibi kişilik özelliklerindeki değişimleri ifade etmektedir. Üçüncü boyutu ise içinde bulunulan toplumun, yaşın o andaki değerine verdiği kalıplaşmış davranış şekilleriyle ilgili olduğu belirtilmektedir (akt: Beğer ve Yavuzer, 2012, s.1).

Yaşlılık kendine has özellikleri olan ve herkes tarafından tecrübe edilmesi gereken normal, kaçınılması imkansız biyolojik bir süreci ifade etmektedir (Taşçı, 2010, s. 175-176). Kişiler yaşlandıkça karşılaştıkları sorunlar da çeşitlenmekte ve yaşlıların fiziksel, sosyal ve ekonomik durum değişikliklerine paralel olarak ihtiyaç duydukları yardımlar da değişkenlik göstermektedir. Bunlardan bazıları aşağıda verilmektedir:

İşgücünden yoksun olan yaşlılar çoğu zaman sadece emekli maaşlarına bağlı kalmakta ve ekonomik olarak sıkıntı yaşamaktadırlar. Sağlıkları bozulmakta ve hastalıklarından dolayı masrafları artıp ve kaynaklara ulaşmada zorluk çekmektedirler. Bazı yaşlılar ekonomik durumları sebebiyle barınacak yer, yiyecek vs. bulamamaktadır. Yaşadıkları yerlerden uzaklaşmakta ve birçoğu yakınlarının evinde ya da kurumlarda yaşamlarını sürdürmeye devam etmektedirler. Alıştıkları ortamdan ve kültürden ayrılıp yeni bir ortama adapte olmaya çalışmaktadırlar. Aileleriyle, arkadaşlarıyla, komşularıyla çeşitli sorunlar yaşayabilmektedirler. Teknolojik gelişmelere uyum sağlayamayıp, fatura ödeme, bankacılık gibi işlemlerini yaparken zorlanmaktadırlar. Kendilerini topluma adapte edebilmekte zorlanmakta ve izole yaşamaktadırlar. Sosyal yaşamları zayıflayabilmekte ve bu da yalnızlık duygusu, karamsarlık, işe yaramadığını hissetme, ölüm korkusu gibi psikolojik problemleri beraberinde getirmektedir. Beslenme, kişisel temizliklerini ve ihtiyaçlarını karşılama, alışverişe gitme, basit matematiksel hesapları yapma gibi günlük rutin işlerde zorluk yaşamaktadırlar.

Yaşlıların karşılaştıkları bu gibi sorunların çözümünde de sosyal hizmet uzmanları tıp, psikoloji, gerontoloji gibi alanlardaki meslek elemanlarıyla ortak çalışmaktadırlar.

Sosyal hizmet uzmanlarına çoklu hizmet sağlayıcısı da denilebilmektedir. Bu hizmetler kalacak yer sağlanması veya yiyecek gibi somut olabileceği gibi teröpotik müdahale gibi soyut da olabilmektedir (Hilarski ve Wodarski, 2001, s.19-20).

Sosyal hizmet uzmanı, yaşlıların sorunlarına yönelik olarak etkin ve kalıcı çözüm yollarının bulunması için mikro, mezo ve makro düzeylerde müdahalelerde bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, mikro düzeyde yaşlı birey ve ailesiyle çalışmaktadır. Örneğin yaşlı ve ailesini yaşlının hastalığı hakkında bilgilendirip, hastalıkla ilgili korkularını ve endişelerini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Mezo düzeyde, yaşlıyı içinde bulunduğu diğer grupla birlikte ele almaktadır. Örneğin yaşlıyı, huzurevindeki diğer yaşlılarla birlikte

değerlendirip sosyal becerilerinin geliştirilmesini sağlamak için çeşitli aktivitelere dahil etmektedir. Makro düzeyde ise interdisipliner olarak daha geniş çaplı çalışmaktadır. Savunuculuk ve aracılık rolleriyle kaynak dağılımını düzenleyen politika değişikliklerini uygulayabilmekte ya da farklı kaynaklar geliştirip (Hilarski ve Wodarski, 2001, s.28) yaşlının yaşamını iyileştirecek, standartlarını yükseltecek sosyal politikalar oluşturmaya çalışmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları mesleki müdahalelerini bireylerin sorunlarıyla daha iyi başa çıkmalarına, çevrelerine uyum sağlamalarına yardımcı olmaya ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için sosyal koşulları değiştirmeye odaklanmaktadır (Aviram, 2002, s.627).

Sosyal hizmet uzmanı bu görevlerini; savunucu, bağlantı kurucu, öğretici, danışman, vaka yöneticisi, iş yükü yöneticisi, personel geliştiricisi, yönetici, sosyal değişme ajanı ve meslek elemanı olarak sosyal hizmet uzmanı olmak üzere toplam 10 temel rol ile yerine getirmektedir.

#### **2.4.1. Dünyada Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler**

Sosyal hizmet bir meslek olarak, 19. yüzyılda Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta yaşanan bir hareket olarak ortaya çıkmıştır. Ekonomik dengelerin değişmesiyle hiyerarşik bir örgütlenme olan feodalizm yıkılmış ve yoksulluk içinde olanlar toplumsal düzeni doğrudan bir tehdit olarak görmüşlerdir. Bu sebeple de hükümet yoksulluk yasasını çıkartmış ve onlara bakım sağlayacak bir sistem oluşturmaya çalışmıştır. Sanayi devrimi süresince de oluşan değişimler, göçler vs. toplumsal sorunların artmasına sebep olmuş ve ortaya çıkan yoksulluk, hastalık, fuhuş gibi sorunları ortadan kaldırmak için kurtarma toplulukları başlamıştır. 1800'lü yılların sonlarında ise bu sorunların çözümü için yeni bir sistem ortaya çıkmıştır. Sosyal hizmet mesleğinin en etkili isimlerinden ve ABD İskan Evi Hareketi'nin de kurucusu olan Jane Addams, düşük gelirli komşularının yoksulluğunu hafifletmek için gönüllü orta sınıf sosyal hizmet uzmanlarının, düşük gelirli kentsel alanlarda yerleşim evleri kurmasını sağlamıştır. Araştırma, reform ve ikamet yoluyla yoksulluğun nedenlerine



odaklanan hareketin ilk sosyal hizmet uzmanları, yoksullara eğitim, hukuk ve sağlık hizmetleri sağlamıştır. 1913 yılında yoksulların hayatlarını iyileştirmek için 32 eyalette 413 yerleşim evi kurulduğu belirtilmektedir (Social Work Degree Guide, 2017).

Sosyal hizmet uzmanları bu dönemlerde diğer meslek elemanlarıyla da beraber çalışmışlar ve hem sayıları hem de toplum tarafından onlara duyulan ihtiyaç artmıştır. Önceleri onlara yönelik olarak düzenlenen yaz kursları daha sonra tam zamanlı sosyal hizmet okullarının açılmasına vesile olmuştur. Açılan bu okullar da Amerikan Sosyal Hizmet Okulları Birliğini oluşturmuştur. 1915 yılında Abraham Flexner tarafından sorulan “Sosyal Hizmet bir meslek midir?” sorusu sosyal hizmetin meslek haline gelmesindeki önemli yapı taşlarından biri olarak gösterilebilmektedir. Çünkü bu soru ile sosyal hizmetteki açık yönler bulunmuş ve bu açıklıkların tamamlaması yoluna gidilmiştir. 1918 yılında Amerikan Hastanesi Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kurularak örgün eğitim fırsatları arttırılmaya çalışılmıştır. İkinci Dünya Savaşı yıllarına gelindiğinde sosyal hizmet uzmanlarının sayısının ve onlara verilen önemin arttığı görülmektedir. 1955 yılında Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği kurularak mesleki gelişimin teşvik edilmesi, sosyal politika ve eğitim fırsatlarının geliştirilmesi amaçlanmıştır (Acar, 2003, s.3-5; Social Work Degree Guide, 2017).

Günümüze gelindiğinde ise sosyal hizmet mesleğine verilen önemin giderek arttığı bilinmektedir. Özellikle dünyanın küreselleşmesi ve teknolojik gelişmeler, sosyal ve ekonomik alanlardaki dönüşümler, siyasal gelişmeler gibi toplumsal değişimler beraberinde sorunları da getirmiş ve sosyal hizmet uzmanları, geçmiş yıllara oranla daha aktif rol alarak özel ve kamusal alanlarda daha görünür duruma gelmişler ve sayıları artmıştır. Örneğin; İngiltere’de 1 Mayıs 2015 itibariyle 88.726 adet sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. İspanya’da sosyal hizmet eğitimi veren 33 okul bulunduğu ve bu okullardan mezun 18.000 sosyal hizmet uzmanı olduğu belirtilmektedir. Hırvatistan’da 2000, İzlanda’da 657 adet sosyal hizmet uzmanı bulunmakta, İsviçre de ise sosyal hizmet alanında çalışan 113.000 kişiden 75.000’inin sosyal hizmet diploması olduğu bilinmektedir. (Karakuş ve Aktan, 2016). Türkiye’de ise sosyal hizmet bölümünü

bitiren 6150 kişi olduğu bunların, 4625'inin kamu da çalıştığı, tahmini olarak 350'sinin özel kuruluşlarda/sivil toplum kuruluşlarında çalışmakta olduğu ve yine tahmini olarak geriye kalan 1175 kişinin ise vefat etmiş olabileceği ya da çalışmıyor veya emekli olmuş olabilecekleri belirtilmektedir (Karakuş, 2015).

Sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artmasının yanında dünya nüfusu da gün geçtikçe artmaktadır. Yaklaşık 7,5 milyar olduğu bilinen dünya nüfusunun, 2015 yılında %8,5'ini yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30,4 ile Monako, %26,6 ile Japonya ve %21,5 ile Almanya olarak belirtilmiş ve Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (TÜİK, 2016).

**Tablo 4.** 2014 -2015 Yılı Nüfus Dinamikleri

Yıl	Ülke Kodu	Ülke Adı	Nüfus Dinamikleri: Nüfus Yaş Kompozisyonu, 0-14 (%)	Nüfus Dinamikleri: Nüfus Yaş Kompozisyonu, 15-64 (%)	Nüfus Dinamikleri: Nüfus Yaş Kompozisyonu, 65+ (%)
2014	DE	Almanya	13	66	21,1
2015	DE	Almanya	-	-	-
2014	FR	Fransa	18,5	62,8	18,7
2015	FR	Fransa	-	-	-
2014	GB	İngiltere	17,7	64,8	17,5
2015	GB	İngiltere	-	-	-
2014	IT	İtalya	13,8	64,2	22
2015	IT	İtalya	-	-	-
2014	JP	Japonya	12,9	61,4	25,7
2015	JP	Japonya	-	-	-
2014	NL	Hollanda	16,7	65,6	17,7
2015	NL	Hollanda	-	-	-
2014	SE	İsveç	17,1	63,3	19,6
2015	SE	İsveç	-	-	-
2014	TR	Türkiye	24,4	67,7	7,8
2015	TR	Türkiye	23,8	68,1	8,1
2014	US	ABD	19,1	66,6	14,4
2015	US	ABD	-	-	-

Kanak:<http://tuikapp.tuik.gov.tr/SecilmisUluslararasıGostergeler/sorguSayfa.do?target=degisken>

Yukarıdaki tabloda seçili birkaç ülkenin nüfus dinamikleri görülmekte ve Türkiye'nin 2015 yılında 65+ nüfus oranını yaklaşık %8,1 olarak belirtilmektedir.

Dünya'da yaşlılık oranları arttıkça yaşlılara verilen önemin de artması gereği ortaya çıkmaktadır. Çünkü;

“Tüm dünyada yaşlanan nüfus, sosyal güvenlik sistemi gibi sosyo-ekonomik organizasyonları çeşitli yönlerden etkilemekte ve yaşlıların oransal olarak artması bağımlılık oranlarını yükseltmektedir. Geleneksel aile yapısı ve ilişkilerinin, gelişip yaygınlaşan sanayileşme ile birlikte çözülmeye başlaması, yaşlıları gerek kırsal gerekse kentsel kesimde desteksiz bırakmakta, bu kişiler daha yoğun biçimde bakım ve gözetim ihtiyacı duymaktadır” (Çetinkaya, t.y.).

Yaşlılıkla birlikte, sağlık problemleri gibi çeşitli olumsuz durumların ortaya çıktığı bilinmektedir ancak; yaşlılık döneminde görülen sıkıntılar sadece sağlık alanında sınırlı kalmayıp, kişinin sosyal yaşamına da yansımaktadır. Kişi yaşlandıkça, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme derecesinde düşüşler görülmekte ve yaş ilerledikçe de görülen bu düşüşlerin boyutu artmaktadır. Çalışma kapasiteleri azalmakta ve buna paralel olarak da gelirlerinde düşüşler olmaktadır. Gelirdeki düşüşler de sağlık ve diğer temel hizmetlere erişimlerini zorlaştırmaktadır (Shresta, 2000; akt., Mandıracıoğlu, 2010, s.42) ve yaşlıların her açıdan desteklenmelerini gerektirmektedir.

Örneğin bu durum için Avrupa ülkelerinde miktarları 150 euro ile 1700 euro arasında değişen parasal yardımlar yapılmaktadır. Almanya da bu durum seçimlik tercih uygulaması şeklinde yapılmakta ve kişi parasal yardımı veya paranın karşılığı olan hizmet yardımını seçebileceği gibi ikinin karışımını da seçebilmektedir (Aközer ve diğerleri, 2011, s.108). Ayrıca Almanya da parasal yardımın dışındaki yardımlar da halkın isteği doğrultusunda daha çok karışım bir model olarak yapılmaktadır. Kişiler yaşlılarına sadece kurumsal bakımın verilmesini tercih etmemekte, kendilerinde bakım sürecine dahil oldukları “karışım bakım modeli”ni seçmektedirler (Johansson, 2005; akt., Taşçı, 2010, s.190).

Japonya da, yaşlıların bakım yükünün aile üzerindeki etkilerini azaltıp, toplumun geneline yaymak ve sağlık harcamalarının gelir üzerindeki baskısını azaltmak

amacıyla 2000 yılından beri uzun süreli bakım sigortası uygulamaya konulmuştur ve bu da hem evde hem de kurumda bakım hizmetlerini içermektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2013, s.110).

İsveç’de de, “Sağlık ve sosyal bakım hizmetleri, temel olarak vergi gelirleri ile kamu tarafından organize edilmekte ve sağlanmaktadır” (Taşçı, 2010, s.188). Ayrıca “yaşlı bakımı İsveç’te sosyal bir hak olarak görülmektedir ve yaşlı bakımında yüksek düzeyde toplumsal kamu hizmeti sunan ilk ülke” (Yılmaz ve diğerleri, 2013, s.106-107) olduğu belirtilip, hizmetlerin bütüncül olarak verilmesi sağlanmaktadır.

Tufan (2008, s.7) da, yaşlanmanın tek bir alanı etkilemediğini, çok yönlü olduğunu ve bu sebeple de yaşlanma ile ilgili alanlara yapılacak müdahalelerin demografi, birey, bireyin içinde yaşadığı toplum, kültür gibi birden fazla değişkenin ele alınmasını gerektirdiğini belirtmektedir.

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, evde yaşlı bakımı, yaşlı kulüpleri, yaşlı dayanışma hizmetleri ya da yaşlılara yönelik olarak düzenlenen çeşitli sosyal etkinlikler ile kurum bakımına alternatif seçenekler getirilip, çözümlenemeyen sorunların çözümlenmesi amaçlanmaktadır (Altan ve Şişman, 2003, s.21-22).

Genel olarak bakıldığında, insan hakları alanındaki yenilikler ve gelişmeler, yaşlıların yaşama yeniden adaptasyonlarının sağlanması için devletin bu alandaki sorumluluklarını artırarak sosyal hizmetlerin gelişmesine katkı sağlamaktadır (Dönümcü, 2006).

#### **2.4.2. Türkiye’ de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler**

Her ülkenin yaşlısına yönelik olarak uyguladığı politikalar kendi iç dinamiklerine göre şekillenmekte ve diğer ülkelerle aynı olmayabilmektedir. Verilen hizmetler, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, ekonomik durumları, nüfusları, nüfus içerisindeki yaşlı oranları, yaşlıların sorun alanları ve ihtiyaçları, mevcut olan uygulamaları

ve bunların ihtiyaçları karşılama oranları gibi pek çok değişkenin varlığından etkilenmektedir.

Türkiye'nin tarihine bakıldığında da genel olarak insani değerlere önem verildiği, yardıma muhtaç olanlara yardım edildiği görülmektedir. Türk milleti, tarih boyunca yaşlılara yönelik olarak hizmetler vermiş ve verilen hizmetler de yukarı da belirtildiği gibi içinde bulunulan dönemin siyasal, ekonomik, demografik vb. koşullarından etkilenip ona göre şekillenmiştir. Yaşlılara yönelik olarak yapılan hizmetler önceleri aileler, hayırseverler, yardım kurumları vb. yöntemlerle verilmekteydi ve tam olarak devletin sorumluluğunda değildi.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, "1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün kurulması ile yaşlılara verilen hizmetleri planlama, programlama ve yürütme görevinin devletin üzerine geçtiğini" (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi, 2014) ve 1982 Anayasası'nın 61.maddesinde yer alan "Yaşlılar, Devletçe korunur. Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir" hükmü ile de devlete verilen bu görevin garanti altına alındığını belirtmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982).

663 Sayılı kanun hükmünde kararname ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve aşağıdaki görevler verilmiştir.

- "Yaşlılara yönelik sosyal hizmetlere ilişkin olarak ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlenmesi çalışmalarını koordine etmek, belirlenen politika ve stratejileri uygulamak, uygulanmasını izlemek ve değerlendirmek.
- Yaşlılara sunulan sosyal hizmet modellerini geliştirmek.
- Yaşlıların ve bakıma muhtaç özürülerin, yaşamlarını evlerinden ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sürdürebilecekleri sosyal desteklerin

verilmesi için gerekli mekanizmaları kurmak, var olanları standardize etmek, uygulamaları takip etmek ve denetlemek.

- Yaşlıların toplumla bütünleşmesine, statü ve rollerinin yeniden kazanımına, işlevlerinin artırılmasına, boş zamanlarının etkili bir biçimde değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar oluşturmak.
- Kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişilerce özürülere ve yaşlılara yönelik yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usul ve standartları belirlemek ve bunlara uyulmasını sağlamak” (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi, 2014).

Çohaz (2010, s.122), yaşlılar için verilen hizmetlerde önceliğin yaşam standartlarının belirlenip, artırılması olduğunu belirtmektedir. Bu sebeple de yapılan bütün bu düzenlemeler ile yaşlılara yönelik olarak yapılan/yapılması planlanan faaliyetlerin belirli bir plan ve program dahilinde yürütülmesi sağlanmaktadır.

Ülkemizde, “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yaşlılara sunulan hizmetler genellikle, huzurevleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde sunulan yatılı bakım ağırlıklı olup, yaşlı hizmet merkezleri ile gündüzlü bakım hizmetinin sunulmasına başlanılsa da, henüz istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir” (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011; Çohaz, 2010; akt., Yılmaz ve diğerleri, 2013, s.111).

### ***Huzurevleri***

Huzurevi, Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'ne göre, “60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşu olarak tanımlanmaktadır” (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, 2001).

“Ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, diğer bakanlıklar, belediyeler, dernek ve vakıflar, özel huzurevleri ve azınlıklar huzurevi işletmektedirler. Bu huzurevlerinde yaşlılara yeme-içme, barınma, psikososyal destek hizmetleri vb. hizmetler sunulmaktadır” (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s. 14).

Aşağıda, 2002-2016 yılları arasında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı olarak işletilen huzurevlerinin sayısı aşağıda tablo halinde verilmektedir.

**Tablo 5.** Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına Bağlı Huzurevi İle Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Sayısı, Kapasitesi ve Huzurevlerinde Kalan Yaşlı Birey Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Sayısı
2016 (Haziran)	136	13.819	12.600
2015	132	13.488	12.299
2014	124	12.647	11.688
2013	115	12.241	11.293
2012	106	11.706	10.951
2011	102	9.783	10.590
2010	97	9.260	7.979
2009	81	8.126	7.220
2008	79	8.002	6.773
2007	70	7.552	6.477
2006	69	7.605	6.082
2005	66	7.173	5.603
2004	62	6.760	5.389
2003	63	6.580	5.188
2002	63	6.477	4.952

Kaynak: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablodan yıllar ilerledikçe, huzurevleri sayısının ve bunlardan yararlanan yaşlı sayısının da arttığı görülmektedir.

Ayrıca yerel yönetimlerin de yaşlılara yönelik olarak huzurevi açma, yemek verme, hasta nakil, ulaşım, ilaç gibi sağlık hizmetleri ile ihtiyacı olan yaşlılara

aynı ve nakdi yardımlar yapabilmek, onların topluma yeniden adaptasyonlarını sağlayıcı, tiyatro, gezi gibi kültürel ve sanatsal faaliyetler düzenleyebildikleri bilinmektedir.

Aşağıda 2016 yılı itibarıyla hizmet veren kamu, özel, belediye, dernek, vakıf ve azınlıklara ait huzurevlerinin tablosu yer almaktadır.

**Tablo 6.** Kamu, Özel, Belediye, Dernek, Vakıf ve Azınlıklara Ait Huzurevleri Sayısı, Kapasiteleri ve Bakılan Yaşlı Sayısı

<b>Yatılı Bakım Huzurevleri Haziran 2016</b>	<b>Huzurevi Sayısı</b>	<b>Kapasite</b>	<b>Bakılan Kişi Sayısı</b>
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına Bağlı Huzurevleri	136	13.819	12.600
Yaşlı Yaşamevi	41	160	154
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	570	566
Belediyelere Ait Huzurevleri	21	2.977	2.083
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	29	2.435	1.704
Azınlıklara Ait Huzurevleri	5	508	355
Özel Huzurevleri	167	9.287	6.500
<b>Toplam</b>	<b>360</b>	<b>29.756</b>	<b>23.962</b>

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablodan da görüldüğü gibi toplam 360 adet huzurevi ile 23.962 kişiye hizmet verilmektedir.

### **Yaşlı Hizmet Merkezleri**

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre;

“Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, Alzheimer vb hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının



karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini arttırmak amacıyla "Gündüzlü Bakım Hizmeti" sunumu, Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına (komşu, akraba) rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla "Evde Bakım Hizmeti" sunumu" mümkündür (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s. 15).

Yaşlı Hizmet Merkezleri (YHM) kısaca, yaşlılara gündüzlü ve evde bakım hizmet sunan ve yaşlıların yaşam doyumlarını yükseltmek için kurulan merkezler olarak tanımlanmaktadır (Dönümcü, 2008).

### ***Alzheimer Hastası Yaşlılar Gündüzlü Bakım Merkezi***

Ailesiyle beraber kalan Alzheimer hastaları tek başlarına kaldıkları zamanlarda her türlü tehlikeye açık durumda olup korunma ihtiyacı duymaktadırlar. Onları, karşı karşıya kaldıkları bu risklere karşı korumak, başlarına gelebilecek kötü durumlardan uzak tutmak, sosyal yaşamdan kopmalarını engellemek ve ailelerine psikososyal destek vererek onları rahatlatmak amacıyla kurulmuşlardır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s. 16).

### ***Yaşlılık Maaşı***

2022 Sayılı 65 Yaşını doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'a göre

"Sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar veya nafaka bağlanmış

veya nafaka bağlanması mümkün olanlar hariç olmak kaydıyla, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından muhtaç olduğuna karar verilen 65 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarına, muhtaçlık hâli devam ettiği müddetçe (1.620) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımından bulunacak tutarda aylık bağlanabilmektedir” (65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, 1976).

“Ülkemizde “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun”un uygulamaları 1977 yılından beri devam etmektedir ve bu politika, “sosyal devlet” anlayışının bir örneğini oluşturmaktadır” (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s. 18, Millî Eğitim Bakanlığı, 2011, s. 17).

2012 yılı itibariyle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından ödenilen aylıklar daha önceleri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca ödenilmekteydi (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, s. 18).

Genel olarak Türkiye de yaşlılara yönelik olarak verilen hizmetlere bakıldığında, yaşlılara kalacak yer ve bakım hizmetleri sağlandığı, ekonomik durumlarına göre yiyecek, yakacak ve giyecek yardımları yapıldığı görülmektedir. Yaşlılara fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetleri verilmektedir. Serbest kart gibi uygulamalarla ulaşımda kolaylık, öncelikli hizmet kartıyla da EGO, ASKİ, Belediye hastaneleri gibi hizmetlerden yararlanmaları sağlanmaktadır. Kişisel bakımları yapılmakta ve evlerinin temizliği ve hijyeni sağlanmaktadır. Ayrıca ihtiyaçları doğrultusunda evlerinin boya ve badana işleri ile tamirat işleri yapılmaktadır. Resim, müzik, el işleri, okuma-yazma gibi kurslar verilmekte ve yaşlıların sosyal yaşamdan kopmamalarının sağlanması için özel gün kutlamaları, tiyatro, konser, sinema gibi etkinlikler ile gezi programları oluşturulmaktadır. Ayrıca evde tek başlarına kalan yaşlıların güvenliklerinin sağlanması için elektronik ikaz ya da yardım cihazları ile yaşam destek sistemi oluşturulmakta ve yaşlılar için cenaze hizmetleri verilmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü).

Yılmaz ve diğeri (2013, s.111)'ne göre "toplum yaşlanması sürecine (İsveç, İtalya, Almanya, İngiltere, Fransa gibi) ülkelerden daha geç girmiş olan Türkiye'de de yaşlılara yönelik hizmetler henüz belirli bir plan ve program dahilinde verilememektedir. Son yıllarda yaşlılara yönelik olan sorunlar daha görünür hale gelse de, bu sorunların çözümü için ele alınan hizmetler hala yetersiz olup, toplumun bütününe etki edecek politikalar ve etkinlikler istenilen düzeyde oluşturulamamıştır.

Daha önce de belirtildiği gibi her ülkenin yaşlısına yönelik olarak oluşturduğu ve uygulamaya koyduğu hizmetler, kendi önceliklerine göre değişiklik göstermektedir. Ancak temel amaç, yaşlının yaşam standartlarının iyileştirilmesi ve sağlığına kavuşturulmasıdır. Bunun da verilecek hizmetlerin, devlet tarafından ve toplumun geneline ulaşabilecek, yaşlılarda, fiziksel ve psikolojik sağlığın, sosyal yaşamın ve ekonomik durumun eşgüdümlü olarak iyileştirilmesini sağlayacak politikaların varlığında gerçekleştirilebileceği bilinmektedir.

## **2.5. TIBBİ SOSYAL HİZMET ve ALZHEIMER HASTALIĞI**

İskoçya Ulusal Demans Stratejisi 2013-16, demansın, dünya çapında önde gelen halk sağlığı sorunlarından birisi olduğunu belirtmektedir (Scottish Government, 2013, s.2).

Daha öncede belirtildiği gibi demansın birçok çeşidi bulunmakta ve Alzheimer hastalığının da en sık görülen çeşitlerinden birisi olduğu belirtilmektedir. Demans ve Alzheimer hastasına bakım verenler hastalık süresince çeşitli sorunlarla karşılaşmakta ve bunlarla başa çıkabilmek için de çoğu zaman destek almak zorunda kalmaktadırlar. Tıbbi sosyal hizmet kavramı da bu noktada devreye girmektedir.

Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi (2011, s.1)'ne göre tıbbi sosyal hizmet, "Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve

geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamaları” olarak tanımlanmaktadır.

Akıl hastanesinden yeni çıkan hastaların gelişimlerinin izlenmesi için evlerine, hastalığı bakım verecek kişilere anlatacak bakım verenler göndermek, Lady Almoner olarak bilinen gönüllülerin hastanelerde çalışmaya başlaması, hastaneden çıkan yoksul hastaların takiplerinin yapılması için evlerine hemşireler gönderilmesi ve tıp öğrencilerinin yardım kurumlarında görev almaya başlaması şeklinde başlayan tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, hastanın ve ailesinin karşılaştıkları hastalık sürecine alışma, hastaneye uyum sağlama, uygun tedavi planına ve ihtiyaç duydukları kaynaklara ulaşma gibi problemlerde onlara yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Bunun da ancak demans hastası yaşlı yakınları ve gönüllü kişiler tarafından oluşturulacak sivil toplum kuruluşları ile iyi düzenlenmiş sosyal hizmet servislerinin varlığında gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir (Aydemir ve Göka, 2000, s.12).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ele aldıkları konuyu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmek zorundadırlar. Duyan (1993, s.41)’a göre tıbbi sosyal hizmetin, sosyo-ekonomik koşullar, sosyal destek ve sosyal sorunlar olmak üzere üç odak noktası bulunmaktadır. Bunlar arasındaki düzen bozulduğunda kişilerin yaşam standartları düşmekte ve stres oluşmaktadır. Oluşan bu stresi ortadan kaldırmayı hedefleyen tıbbi sosyal hizmette hastalıklara psikososyal açıdan yaklaşmaktadır.

Alzheimer hastalarına yönelik profesyonel bir sosyal hizmet uygulaması bir seri aşama sonucunda gerçekleşmektedir. “Bu aşamalar:

1. Başlangıç (hasta ve sorunlarını belirleme) aşaması
2. Sosyal hizmet planlama aşaması

3. Hizmetin verilmesi aşaması
4. Değerlendirme, sonlandırma ve takip aşamasıdır” (Duyan, 1996; akt., Yıldız Yüce ve Yüce, 2014, s.41).

Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. Hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesini sağlarken, hastanın ve yakınlarının korkularından, endişelerinden arınmasına yardımcı olmaktadır. Verilen hizmet sadece psikolojik yardımla sınırlı kalmayıp, sosyal ve ekonomik olarak da hastayı ve ailesini desteklemektedir. İhtiyaç sahiplerine kaynaklara ulaşmaları konusunda yardımcı olmaktadır.

Bunların dışında sosyal hizmet uzmanlarının, sadece hastalara değil, bakım elemanı, hemşire gibi örgütsel yapı içerisindeki bakım veren meslek elemanlarına da hizmet verdiği bilinmektedir. Çünkü kurumlarda bakım verenlerin bir çoğu, yaşanan travmatik olaylara ve psikolojik zorlanmalara bir şekilde tanıklık edenlerin ya da olaydan bir şekilde etkilenenlerin yaşadığı belirtiler olarak değerlendirilebilen ikincil travma yaşamaktadırlar (Gürdil Birinci ve Erden, 2016, s.11) ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. İkincil travmalar tedavi edilmediği takdirde sebep olduğu sorunlar ciddileşmekte ve hem kişi hem de onun yakınları olumsuz olarak etkilenmektedir. Verilecek sosyal desteğin oldukça sade ve anlaşılabilir olması gerekmektedir.

Sosyal desteğin;

- Kişilere sevildiklerini hissettirdiği,
- Çaresizlik ve yetersizlik gibi duygularından arındırdığı,
- Beklenmedik ikincil travma yaşamalarını önlediği bilinmektedir (Sungur, 1999, s.106).

Sosyal desteğin temelinde sosyal bakım olgusu vardır yani verilen bakım, psikososyal temellidir. Sosyal bakım, teorik ve pratik çözüm stratejileri üretmektedir.

Sosyal Bakımı dört ana grupta incelemek mümkündür.

### 1. Koruyucu Bakım Hizmetlerinden Oluşmaktadır.

Desteklenen kişinin temel ihtiyaçlarını kapsayan hizmetlerdir. Hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması amaçlanmaktadır. Kişiyeye psikososyal rehabilite hizmetleri verilir.

### 2. Hedef Odaklıdır.

Kişilerin yaşam standartlarının artırılması ya da mevcut durumlarının korunması amaçlanmaktadır.

### 3. Bireysel İlişkileri Geliştirmektedir.

Verilen bakım sayesinde bakım alan ile bakım veren arasında bağ kurulmakta ve iletişimleri artırılmaktadır. Sevildikleri hissettirilip, saygı gösterilmesiyle insani ihtiyaçları karşılanmaktadır.

### 4. Psikososyal Unsurlar Taşımaktadır.

Ortaya çıkan psikososyal sorunların çözümü için iç ve dış kaynaklara başvurulmaktadır (Manevi ve Sosyal Bakım Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi, 2016).

Sosyal hizmet uzmanları, sosyal bakım hizmetini yerine getirirken de bakım alan konumundaki bakım verenin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerini; içinde bulunduğu ruh hali, korku ve endişe gibi duygu durumlarını içeren psikososyal özelliklerini; günlük çalışma saati, iş yükü ve yoğunluğu, çalıştığı yerin fiziksel ve sosyal koşulları gibi çalışma alanına yönelik özelliklerini, özel yaşamına ve ekonomik durumuna yönelik özelliklerini dikkate almak ve sorunu buna göre belirleyip, uygulayacağı müdahaleleri oluşturmak durumundadırlar. Örneğin sosyal hizmet uzmanı bakım verenle, sorununun farkına varmasını ve onu kabullenerek çözüm yolları üretilip, içlerinden uygun olan birinin seçilmesini sağlayan bireyle sosyal çalışma

çalışma yapabileceği gibi, aynı soruna sahip bireylerden oluşan toplulukla, grup çalışması da yapabilir. Ya da birey tarafından karşılaşılan sorun toplumun geneli olarak rahatsız edici bulunuyorsa, sosyal hizmet uzmanı makro düzeyde toplumla da çalışabilir. Bireye sosyal işlevselliğini yeniden kazandırarak, onu rahatsız eden sorundan kurtarmak veya ihtiyaç duyduğu kaynağa ulaştırmak amaçlanırken, diğer bir taraftan da bireye benzer türde sorunlarla karşılaştığı zaman onlarla başa çıkabilme yeteneği kazandırılır veya toplumun bütünü için sorundan kurtulmaya yönelik olarak sosyal politika oluşturulmaya çalışılarak, bakım verenin sağlığı yeniden tüm boyutlarıyla tedavi edilmeye çalışılır.

Duyan (1996), insan sağlığının çok boyutlu olduğunu belirtmektedir. Bunlar; fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik boyutlardır. Hastaların tam olarak tedavi edilmeleri bu boyutların hepsinde oluşacak sorunların giderilmesi ile mümkün olabilmekte, aksi takdirde verilen tıbbi tedavi ile hastaların iyileşme süreçleri yarım kalmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, tıbbi bakımın daha standardize bir şekilde verilmesini sağlamanın yanında idareci, savunucu, planlamacı gibi birbirinden farklı rolleri üstlenerek tedavi sürecinin etkin bir şekilde işlenmesini sağlamaktadırlar (akt., Aslan, 2015, s.11).

Aşağıdaki bölümde gerontolojik sosyal hizmet hakkında bilgi verilmektedir.

## **2.6. GERONTOLOJİK SOSYAL HİZMET**

Metchnikoff, 100 yıldan uzun bir süre önce, gerontolojiyi yaşlılık bilimini tanımlamak için kullanan ilk kişidir (Achenbaum ve Levin, 1989; akt., Alkema ve Alley, 2006, s.574).

Gerontolojinin anlamına bakıldığında tartışmalı bir konu olduğu görülmektedir. Bir taraftan gerontoloji bir hayat dersi yaklaşımı ve yaşlanma sürecinin bilimsel bir çalışması olarak tanımlanmakta iken diğer taraftan da bilim adamları, yaşlanma sürecinden daha çok yaşlı insana ve onun problemlerine odaklanmaktadır (Ferraro, 2006, s.3).

Benzer şekilde, bazı araştırmacılar gerontolojinin interdisipliner bir yaklaşımı olduğunu, bazıları ise yaşlanma biyolojisi gibi alt uzmanlık gerektiren farklı disiplinleri etkilemesi sebebiyle multidisipliner bir yaklaşımı olduğunu belirtmektedirler (Alkema ve Alley, 2006, s.574).

Holstein ve Minkler (2003, s.787), gerontolojinin en büyük güçlerinden birisini, onun multidisipliner yaklaşımı olarak belirtilmektedirler. Brossoie ve Chop (2015, s.18-19)'a göre ise gerontoloji, yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili biyolojik, psikolojik, sosyolojik faktörleri inceleyen bilimsel bir çalışmadır. Nasıl yaşlanıldığını etkileyen faktörlerin kapsamının geniş ve çeşitli olduğunu belirtilmektedir. Biyolojik faktörler; genetik geçmişi ve fiziksel sağlığı, psikolojik faktörler; biliş düzeyi, mental durum ve genel iyilik halini, sosyolojik faktörler ise kültürel ilişkileri, politikaları ve toplumu etkilemektedir.

Gerontoloji bilimi, genel hatlarıyla, yaşlılığın ne olduğunun anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu sürece hangi değişkenlerin dahil olduğunu, bu değişkenlerin nasıl işlediğini belirtmektedir. Yaşlının fiziksel ve ruhsal sağlığıyla ve yaşlının yaşlılığı nasıl anlamlandırdığı ve durumdan nasıl etkilendiğiyle ilgilenmekte, onun içinde bulunduğu çevreyi ve çevreyi etkileyen etmenleri de incelemektedir (Akın, 2006, s.6).

Görüldüğü gibi gerontoloji yaşlılığı bir bütün olarak her boyutuyla inceleyen bir bilimdir (Onat, 2001) ve başlangıcından beri temel amacı, yaşlı kişilerin yaşamlarını iyileştirmektir (Alley ve diğerleri, 2010, s.584). “Sosyal hizmet uzmanlarının bilgi, beceri geliştirme, bireyi ve çevresini anlama, yaşam boyu gelişim, müdahale yetenekleri ve yaşlanan nüfusla çalışma becerileri sosyal hizmet ve gerontoloji arasında uyum sağlayarak çalışma ortamını kolaylaştırmaktadır” (Worthington, 2008, s.38).

Geriatri ise, yaşlılara özel sağlık problemleri ve hastalıkların incelenmesi, tanı ve tedavisi için kullanılan tıbbi bir terimdir (Brossoie ve Chop, 2015, s.19). Türk Geriatri Vakfına göre “yaşlı tıbbı anlamına gelen geriatri, hayatın ilerleyen yıllarında, kişilerin sağlığının korunması, hastalıklarının önlenmesi, toplumdan



soyutlanmadan yaşamlarını sürdürmeleri ve çok yönlü değerlendirmelere dayalı tedaviyi hedef alan bilimsel uygulamaları içeren bilim dalıdır” (Türk Geriatri Vakfı, 2016).

Dölek (2013, s.191), geriatrik hizmetlerin mikro, mezzo ve makro düzeylerde öneme sahip olduğunu belirtmektedir. Mikro düzeyde yaşlı, mezzo düzeyde yaşlının akrabaları ve yakın çevresi, makro düzeyde ise, toplumun bütünü için önem arz ettiği belirtilmektedir.

Geriatrik programlar “hastaları değerlendirmek, tedavi etmek ve maksimum bağımsızlık ve yaşam kalitelerini koruyarak onlara yardım etmek için tasarlanmıştır. Hastanın yaşam alanı, fonksiyonel düzeyi ve güvenliği, tedavi planı yapılırken ve hedefler belirlenirken göz önüne alınmaktadır” (Holzaepfel, 2014, s.34).

Gerontolojik sosyal hizmet ise, yaşlıyı yaşadığı toplumdaki soyutlamadan çevresi ile birlikte bütün olarak değerlendirmektedir. Sosyal hizmetin insanı temel aldığı ve sosyal hizmet uzmanlarının da sahip oldukları bilgi ve beceriler ile birbirinden farklı grupların ihtiyaçlarını karşıladıkları bilinmektedir. Daha öncede belirtildiği gibi yaşlılar da bu müdahale grupları içerisinde yer almakta ve gerontolojik sosyal hizmette, yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılması, toplumdaki soyutlanmadan varlıklarının sürdürülebilmesi ve yaşlıların sorunlarının çözümlenebilmesi için onlara yönelik olarak plan, program ve politikaların yapılmasına katkı sağlamaktadır. Psikolojik ve bedensel sağlıklarını olumsuz etkileyen kültürel, yapısal, sosyal, aile kaynaklı, kurumsal vs. gibi problemler de gerontolojik sosyal hizmet temelinde ele alınan konulardandır.

Sosyal hizmet uzmanları yeteneklerini, yaşlıları mutlu etmek ve verimli yaşamlarını sağlamak için kullanmakta ve yaşlıların karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmalarında onlara yardım etmektedirler. Bu konular tıbbi bakım, ruhsal bozukluk, sosyal sorunlar gibi alanlarla ilgili olabilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları, yaşlıyı değerlendirirken onu bir bütün olarak ele alıp, karşılaştıkları sorunların her aşamasında onlara yardımcı olmayı amaçlamaktadırlar. Örneğin, yaşlı hastaneye geldiği andan itibaren sosyal hizmet uzmanı yaşlı için aktif rol oynamaya başlamaktadır. Hastalığı hakkında yaşlı ve yakınına bilgi verip, tedavi sürecinde onlara destek olur ve diğer meslek elemanları ile görüşmelerini sağlarlar. Yaşlının ihtiyacı olan tetkiklerin yapılmasında yaşlı ve ailesine yol gösterici olup ve gerekli durumlarda onlara psikolojik destek sağlarlar. Bakım ve kalacak yer sorunu olan yaşlılar için gerekirse ilgili birimlerle iletişime geçip, yaşlıya yardımcı olmaktadır (Arıoğul, 2006; akt., Kuyumcu ve diğerleri, 2012, s.120).

Sosyal hizmet uzmanları aldıkları eğitim sayesinde ihtiyaç sahiplerini, her aşamada desteklerler. Bu yardımlar, tedavi öncesinde olabileceği gibi, tedavi sırasında ya da tedavi sonrasında da olabilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları kısaca yaşlının yaşam kalitesini arttırıp, bağımlılık oranlarını düşürmeyi amaçlamakta ve bu sebeple de geriatrik ekibin bir parçası olarak çalışmaktadırlar. Geriatrik ekip; doktor, psikolog, fizyoterapist, hemşire, diyetisyen gibi meslek elemanlarından oluşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı da bu ekip içerisinde yer alarak diğer meslek elemanları ile hasta ve yaşlı yakını arasındaki, meslek elemanlarının kendi aralarındaki koordineyi ve iş bölümünü sağlamaktadır. Bu görevlerini de genelci ve bütüncül bir yaklaşım ile savunucu, bağlantı kurucu, danışman, vaka yöneticisi gibi rolleriyle gerçekleştirmektedir.

Bu sebeple sosyal hizmet uzmanlarının yaşlılığın her boyutuyla ilgili olarak gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

### **3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ**

Bu araştırma Alzheimer hastalık sürecinin bakım verenler üzerindeki etkisini araştırmak için tarama modeline uygun olarak yapılmıştır. Tarama modelleri “Geçmişte ya da o anda varolan bir durumu varolduğu şekliyle betimlemeyen, tanımlamayı amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan her neyse onları değiştirme ve etkileme çabası yoktur bu modelde. Bilinmek istenen şey meydana vardır. Amaç o şeyi doğru bir şekilde gözlemleyip belirleyebilmektir” (Öktem, 2005).

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA NÜFUSU**

Bu araştırmanın evrenini Türkiye’deki özel huzurevlerindeki bakım verenler oluşturmaktadır. Örneklemini ise Ankara İli içerisindeki özel huzurevlerindeki (28 Adet), bakım verenler oluşturmaktadır (Liste ekte sunulmuştur). Huzurevlerinden 20 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve 8 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemlerde huzurevleri ve çalışan personel sayıları aşağıda verilmiştir. Buna göre, toplamda yaklaşık olarak 361 kişinin çalıştığı görülmüştür.

Çalışan personeller arasında sürekli olarak işten çıkmalar ve başka kurumlara geçmeler olduğundan sayılar değişkenlik gösterebilmektedir. Araştırma kapsamında da 205 bakım veren ile görüşülmüştür.

**Tablo 7.** Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde Çalışan Peronel Sayıları

<b>HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ</b>	<b>ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI</b>
Tatlıdil Huzur ve Yaşlı Bakım Evi	22
Yıldız Konağı Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	35
Sefa Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	45
Başkent Vizyon Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezi	21
Ihlamur Konağı Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	60
Özel Evimiz Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	19
Özel Yeni Ankara Sevgi Esen Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	11
Özel Talya Yaşlı Bakımevi	15
Özel Dikmen Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	14
Özel İrem Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	11
Özel Gülhan Doğan Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	12
Özel Özcan Yaşlı Bakımevi	11
Özel Dört Mevsim Yaşam Köşkü Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	11
Özel Ömür Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	11
Özel Pursaklar Yaşlı Bakım Merkezi	15
Ankara Melahat Demirbaş Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	18
Özel Altınçatı Huzur evi ve Yaşlı Bakım Merkezi (Ümitköy, Oran ve Yıldız Şubeleri)	30

### 3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma için gerekli veriler aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılarak sağlanılmıştır.

1. Sosyodemografik Özellikler Görüşme Formu
2. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

## Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından, bakım verenlerin sosyodemografik ve ekonomik özelliklerini, yaşını, cinsiyetini, verdiği bakımı bakım veren üzerinde yarattığı etkileri, bakım verirken en çok zorlandığı ve yardıma ihtiyaç duyduğu alanları, yaşlılık hakkındaki düşüncelerini ve ihtiyaç duyduğu desteğe ulaşmak için nelerin yapılabileceğini belirlemek için hazırlanan ve 34 sorudan oluşan formdur (Ekte sunulmuştur).

## Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBI)

Zarit Bakıcı Yüğü testi, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş ve toplum içinde yaşayan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları ölçmek için kullanılan bir ölçektir (Zarit, 1980; akt., Yeh, 2015, s.622; Özlü ve diğeri, 2009, s.39).

22 maddeden oluşan ve 0-4 arası derecelendirilen, likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Bakım verenin bakım verme sırasındaki iyilik hali, ekonomik durumu, sosyal ilişkileri ve bakım verdiği yaşlıyla olan ilişkisini ölçmek için puanlandırılan asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman ifadelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekerrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek **en yüksek puan 88 iken en düşük puanın 0** olduğu belirtilmektedir. **Puanın yükselmesi bakım yükünün de yükseldiğini göstermektedir.** Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır ve ölçeğin, Cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur (İnci ve Erdem, 2008).

## 3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırma için 23.01.2017 tarihinde, Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul izni alınmıştır (Ekte sunulmuştur). Veri toplama 05.02.2017-19.03.2017 tarihleri arasında yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 205 bakım veren ile görüşülmüştür. Araştırma da daha fazla bakım verene ulaşmak amaçlanılmış

ancak, gidilen huzurevlerinden araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kurumlar olduğu için bu hedefe ulaşılamamıştır.

Her bir bakım verene, araştırma hakkında bilgi verilip, gönüllü katılım formu imzalatıldıktan sonra görüşme formu ve bakım verme yükü ölçeği soruları verilmiştir. Bakım verenlerden ilköğretim mezunu olanlar, soruları okumak için araştırmacıdan yardım istemiş ve yardım isteyen bakım elemanlarına sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Bakım verenlerin iş yüklerinin ağır olması ve çalışma tempolarının yüksek olması sebebiyle sorular onların işlerini aksatmayacak ortamlarda sorulmuştur. Huzurevlerinde çalışan bakım elemanları, 24/24 ya da 24/48 gibi vardiya usulü çalıştıklarından çalışanlara ulaşabilmek için her huzurevine en az iki ya da üç kez gidilmiştir.

### **3.5. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ**

Elde edilen veriler SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, % ve istatistiksel çözümlenmesinde t testi ve F testi istatistiği kullanılmıştır.

## 4. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM

Bu çalışmanın amacı, Alzheimer hastalığının, aile yakını dışındaki diğer bakım verenler üzerindeki etkilerinin incelenmesidir.

Bu amaç doğrultusunda araştırma, Ankara'daki özel huzurevlerinde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 205 bakım veren ile gerçekleştirilmiştir. Bakım verenlere onları sosyodemografik açıdan tanımaya ilişkin olarak hazırlanan Görüşme Formu ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği uygulanmıştır.

“Alzheimer Hastalık Sürecinin Bakım Verenler Üzerine Etkileri” adlı çalışmadan elde edilen bulgular, “Bakım Verenleri Tanıtıcı Bulgular” ve “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular” olmak üzere iki ana bölümde ele alınmıştır.

İlk bölümde “Bakım Verenleri Tanıtıcı Bulgular” a yer verilmiştir. İkinci bölümde ise “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular” a yer verilerek elde edilen verilerin, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ile ilişkilerinin analizi yapılmıştır.

### 4.1. BAKIM VERENLERİ TANITICI BULGULAR

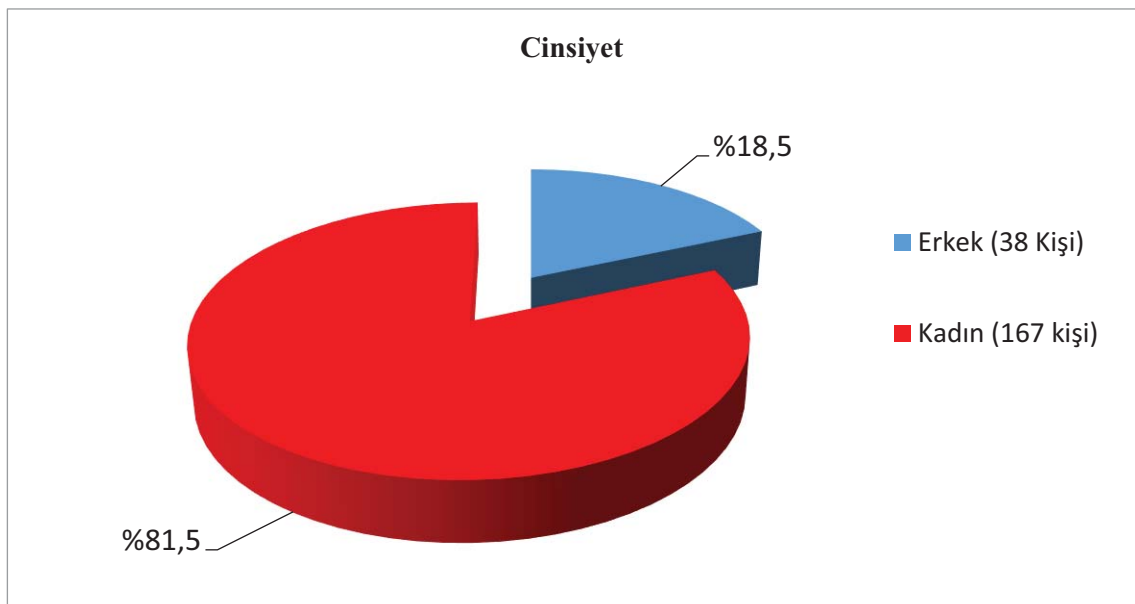
Bakım verenlere; sosyodemografik özelliklerini, psikososyal durumlarını, ev ortamlarını, ekonomik durumlarını, çalışma hayatlarını öğrenmeye yönelik olarak sorular sorulmuştur.

Bakım verenlere cinsiyetleri sorulduğunda toplam 205 kişiden oluşan grubun 167'sinin (%81,5) kadın, 38'inin (%18,5) erkek olduğu görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenler içerisinde kadın cinsiyete sahip olanların sayısının fazla olduğu görülmektedir. Örneğin; 2016 yılında Ören (s.49) tarafından yapılan bir çalışmada da kadın bakım verenlerin sayısı, erkek bakım verenlerin sayısından fazla olarak bulunmuştur. Benzer şekilde 2016 yılında

Özmete (s.249), 2014 yılında Arun ve Pamuk (s.25) ve 2004 yılında Mandıracıoğlu ve am (s.30) tarafından yapılan çalışmalarda da aynı sonuçlara ulaşılmıştır.

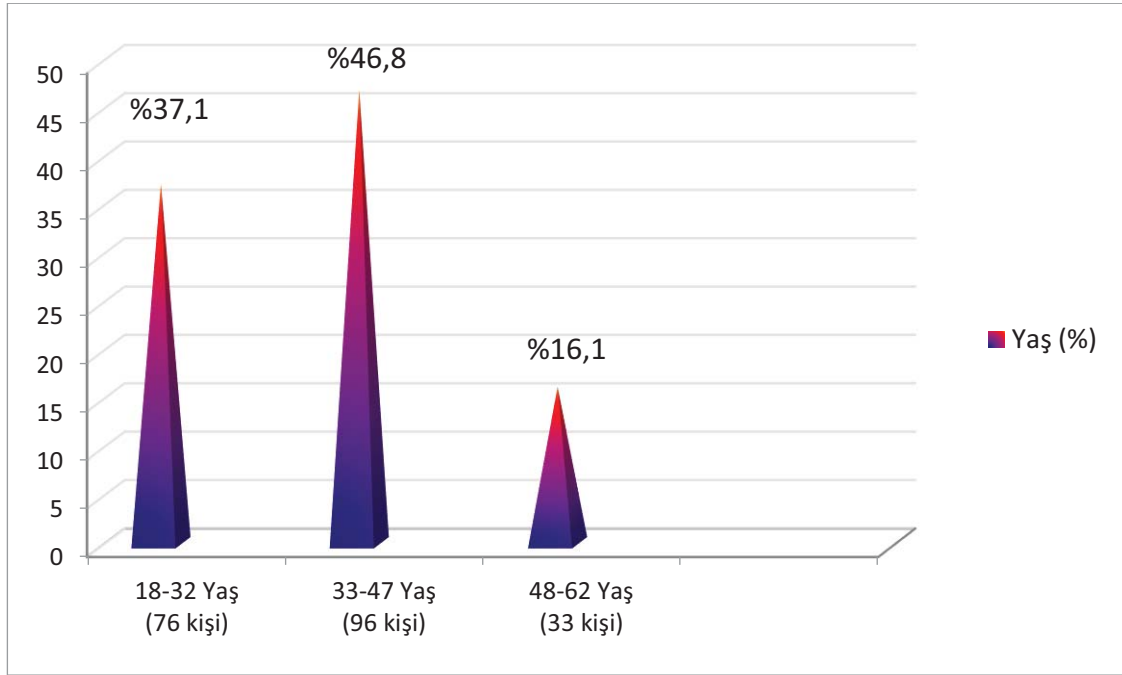
Genel olarak, huzurevlerinde bakım veren olarak çalışanların çoğunlukla kadınlardan oluştuğu ve bir meslek olarak bakım verme işinin, genellikle kadınlar tarafından tercih edildiği sonucuna varılabilir.

Bu durumun toplumsal cinsiyet temelinde açıklanabileceđi dűřünölmektedir. Cinsiyetlere verilen sosyal bir kimlik olarak nitelendirilebilen toplumsal cinsiyet olgusu, dođum bařladıđı andan itibaren etkilerini gűstermektedir. Kız çocukları narin, kibar, hassas olmayı ve ev iřlerinin kendi gűrevleri olduđunu öđrenirken; erkek çocukları gű kullanmayı, sert olmayı, zayıf yanlarını saklamaları gerektiđini ve ev iřlerinin kadının gűrevi olduđunu öđrenmektedirler. Bu cinsiyetçi yaklařımla bűyűyen bireylerin de bakım verme mesleđinde olduđu gibi, řefkat, hassasiyet, sabır ve sevgi gerektiren iřlere, kadınları uygun gűrmeleri kaçınılmazdır.



**şekil 8.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Gűre Dağılımları





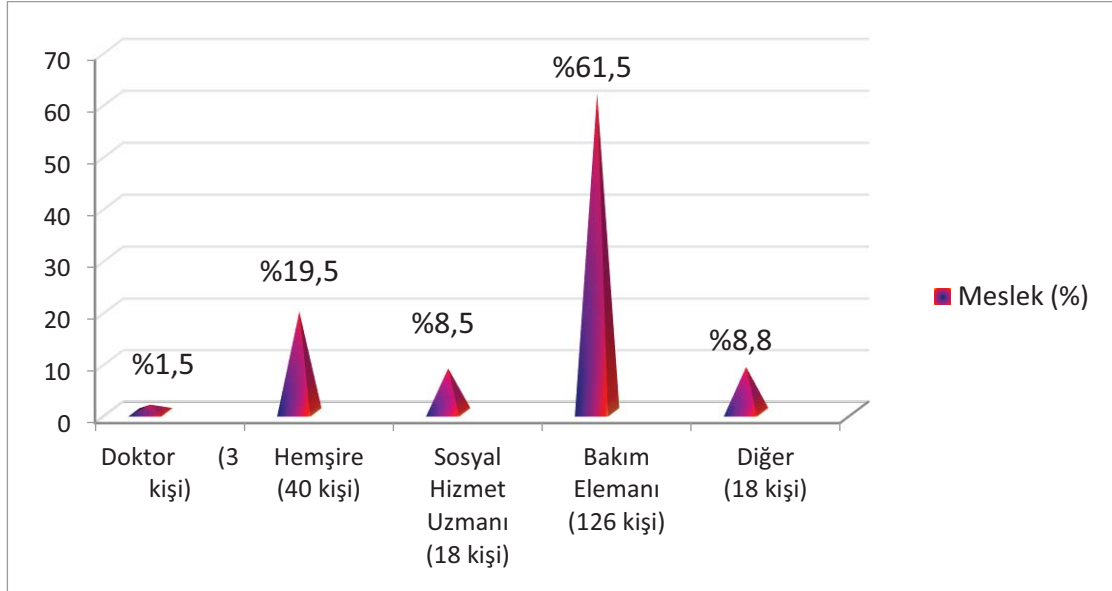
**Şekil 9.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Yaş Dağılımları

Huzurevlerinde bakım verenlerin yaşlarına bakıldığında oldukça geniş bir aralığa sahip olduğu söylenebilmektedir. Çalışma kapsamında, bakım verenlerin en küçüğünün 18, en büyüğünün ise 62 yaşında olduğu görülmektedir. Ortalama yaş ise 36,5 olarak bulunmuştur. Araştırma bulgularıyla benzer şekilde Mandıracıoğlu ve Çam (2004, s.30) tarafından yapılan çalışmada ortalama yaş 32,3; Ünal ve arkadaşları (2012, s.117) tarafından yapılan çalışmada da 37,6 olarak bulunmuştur.

Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde %37,1'inin 18-32 yaş grubunda, %46,8'inin 33-47 yaş grubunda, %16,1'inin ise 48-62 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir.

Bakım verenlerin çoğunun orta yaş grubundakilerden oluşmasının hem hastalar hemde kurumlar için artı değer getireceği düşünülmektedir. Bakım verenlerin genç yaş grubundan oluşması durumunda, tecrübenin eksik kalacağı; orta yaş üstü grubundan oluşması durumunda ise bakım verenlerin tahammül düzeylerinin düşeceği, enerjilerinin azalacağı ve hareketlerinin yavaşlayacağı düşünülmektedir. Bu sebeple 33-47 yaş grubunun sayıca fazla olmasıyla

tecrübe ve yaşam enerjisi faktörlerinin dengelenerek, verilen bakımın kalitesini arttıracığı sonucuna ulaşılabilir.



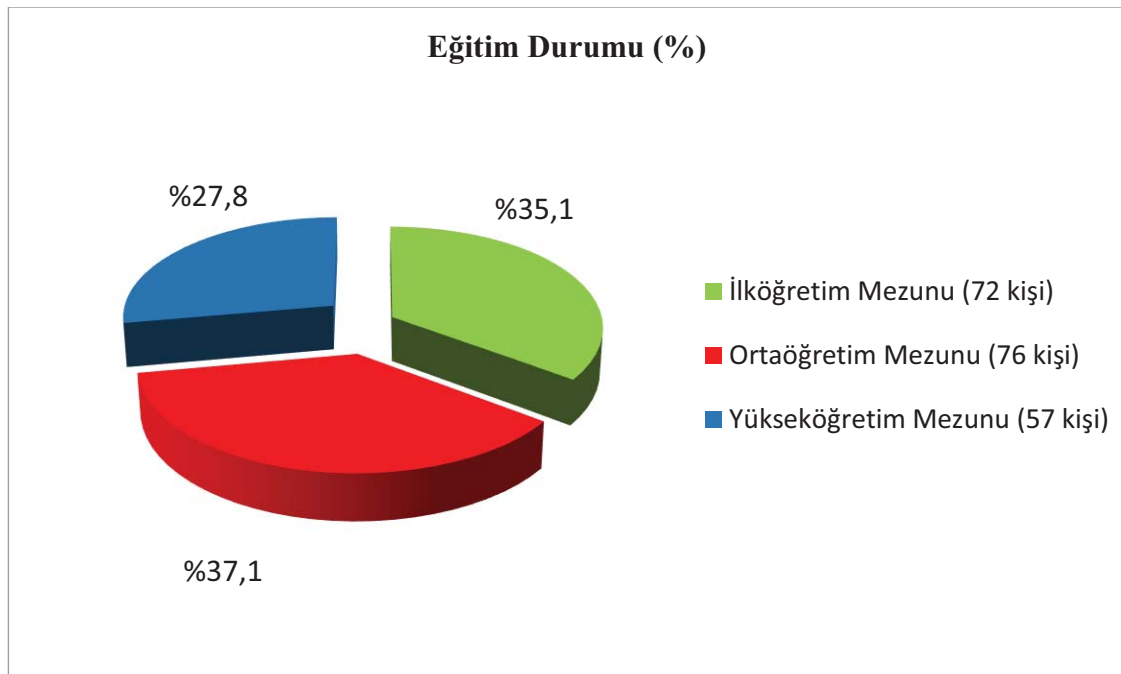
**Şekil 10.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Mesleki Dağılımları

Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlere meslekleri sorulduğunda, bakım verenlerin 3 doktor (%1,5), 40 hemşire (%19,5), 18 sosyal hizmet uzmanı (%8,5), 126 bakım elemanı (%61,5) ve diğer mesleklerden oluştuğu görülmüştür.

Görüşme yapılan diğer mesleklerden 1 kişinin sağlık personeli, 8 kişinin müdür/şef, 2 kişinin fizyoterapist, 2 kişinin temizlik personeli, 2 kişinin bakım teknikeri, 2 kişinin büro elemanı, 1 kişinin acil tıp teknisyeni ve 1 kişinin de huzurevinin sahibi olmak üzere toplam 18 (%8,8) kişiden oluştuğu görülmektedir. Bu meslek elemanlarının her biri yaşlılarla yakın ilişki içerisinde olup, onlara yardımcı olmaya çalışmaktadırlar.

Meslek elemanlarının sayısal dağılımlarına bakıldığında, yoğunlaşmanın %61,5'lik bir oran ile bakım elemanı kadrosunda olduğu görülmektedir. Huzurevlerinde çalışan bakım verenlerin, çoğunluğunun bakım elemanlarından oluşmuş olması beklenen bir durumdur. Çünkü doktorlar kurumlara haftada bir ya da iki kez gelmekte, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları vb. mesleklerde

çalışanlar genellikle belirli saatlerde çalışmakta ve haftada 1 gün izin kullanmaktadırlar. Genellikle iş yükü bakım elemanları arasında paylaşılmaktadır. Yaşının beslenme, giyim, kişisel bakım, alt bakımı, hareket desteği sağlanması, pozisyon verilmesi, boşaltım gibi temel ihtiyaçlarını karşılayan bakım elemanlarının, aynı zamanda çalıştıkları kurumlarda en fazla sirkülasyona sahip meslek grubu olduğu da söylenilebilir. Vardiya usulü çalıştıklarından genellikle iki ya da üç takım halinde varlıklarını sürdürmekte ve iş akışları bu sisteme göre düzenlenmektedir. Bu sebeple de sayıca fazla olmaları gerektiği düşünülmektedir.



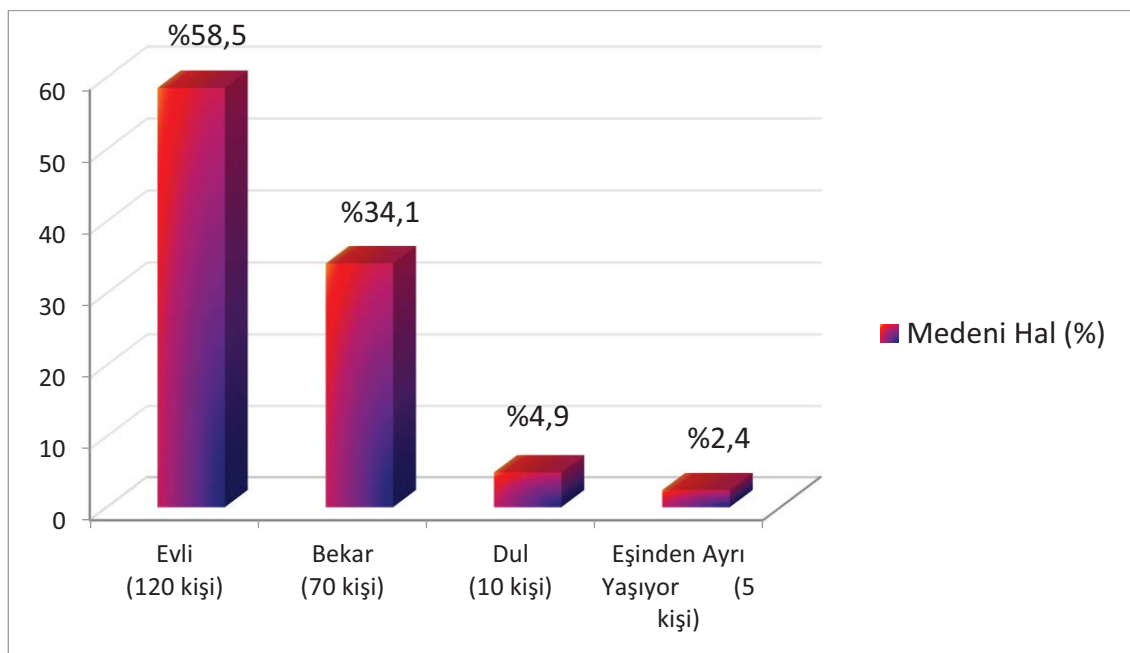
**Şekil 11.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Eğitim Durumları

Bakım verenlerin eğitim durumlarına bakıldığında %35,1'lik kısmı oluşturan 72 kişinin ilköğretim mezunu olduğu, %37,1'lik kısmı oluşturan 76 kişinin ortaöğretim mezunu olduğu ve %27,8'lik kısmı oluşturan 57 kişinin ise yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir.

Yapılan diğer çalışmalarda da, araştırma ile paralel olarak, bakım vericilerin çoğunlukla ilköğretim ve ortaöğretim mezunu oldukları görülmektedir. Örneğin, Çetinkaya (s.89) tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada, bakım verenlerin

%37,4'ü ilkokul mezunu iken, %28,9'u lise ve dengi okul mezunu olarak bulunmuştur.

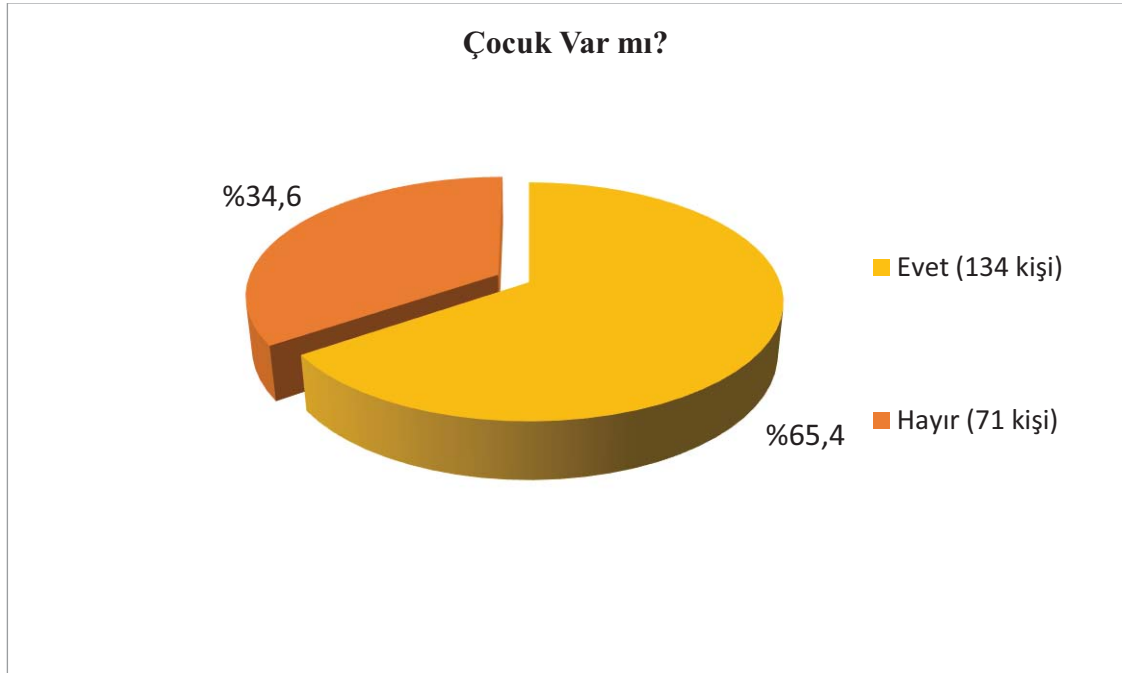
Ayrıca, araştırmaya katılanların çoğunluğunun ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olmalarının, bakım verenler içerisinde bakım elemanlarının sayısal olarak fazla olmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir. Çünkü genel olarak bakıldığında, bakım elemanı kadrosunun eğitim düzeyi düşük olanlar tarafından tercih edildiği bilinmektedir.



**Şekil 12.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Medeni Durumları

Bakım verenlerin medeni durumlarına bakıldığında 120'sinin (%58,5) evli, 70'inin (%34,1) bekar, 10'unun (%4,9) dul ve 5'inin (%2,4) eşinden ayrı yaşadığı görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarla paralel olarak bakım verenlerin büyük çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir (Özmete, 2016, s.249; Danış ve Genç, 2011, s.176; Ünal ve diğerleri, 2012, s. 118). Evli olanların, daha fazla sorumluluk sahibi olmaları sebebiyle mesleklerinde daha sabırlı ve özverili olacakları, bu yüzden de bakım verenlerin çoğunluğunun evli olmasının, bakım verme kalitesini olumlu etkileyeceği düşünülebilir. Eşinden ayrı yaşayanların ise hala evli oldukları ve özel hayatlarında sorun yaşadıkları, yaşlıya verilen bakımın da oldukça yıpratıcı, sabır, hoşgörü ve fedakarlık gerektirdiği

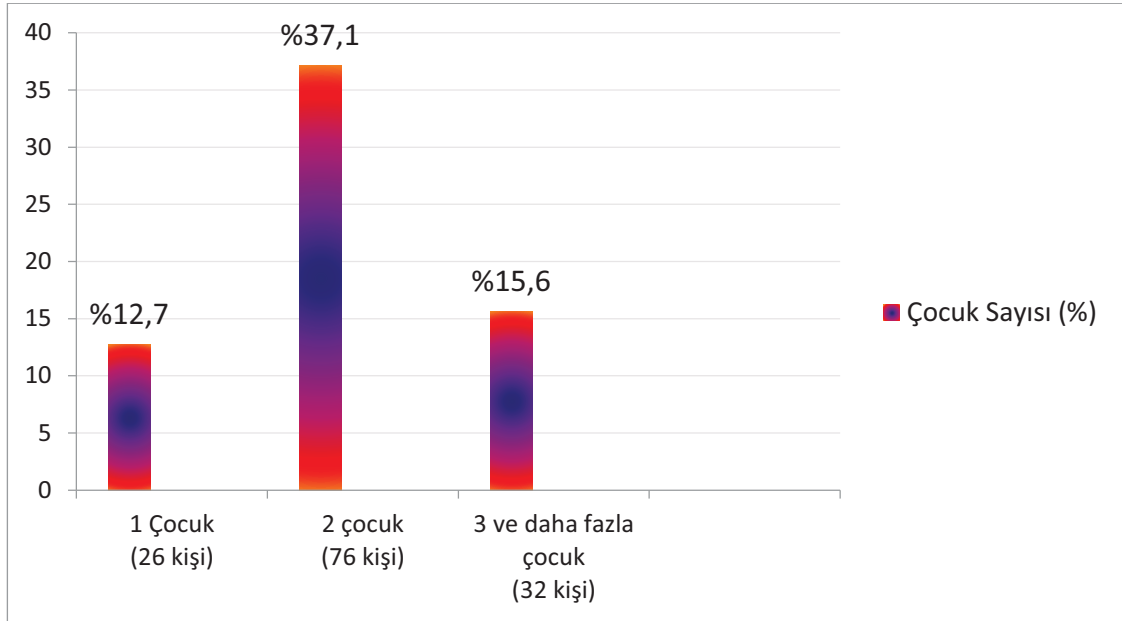
bilinmektedir. Özellikle hastalar, mental fonksiyonlarını kaybettikçe bakım vermek zorlaşmakta ve bakım vericinin bütün vaktini ve enerjisini tüketmektedir. İş yaşamı bu kadar zorlu iken, özel yaşamında da sorun yaşayan bakım verenlerin daha fazla yıpranacakları düşünülmektedir.



**Şekil 13.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları

Alzheimer hastasına bakım verenlerin 134'ünün (%65,4) çocuğunun olduğu, 71'inin ise (%34,6) çocuğunun olmadığı görülmektedir.

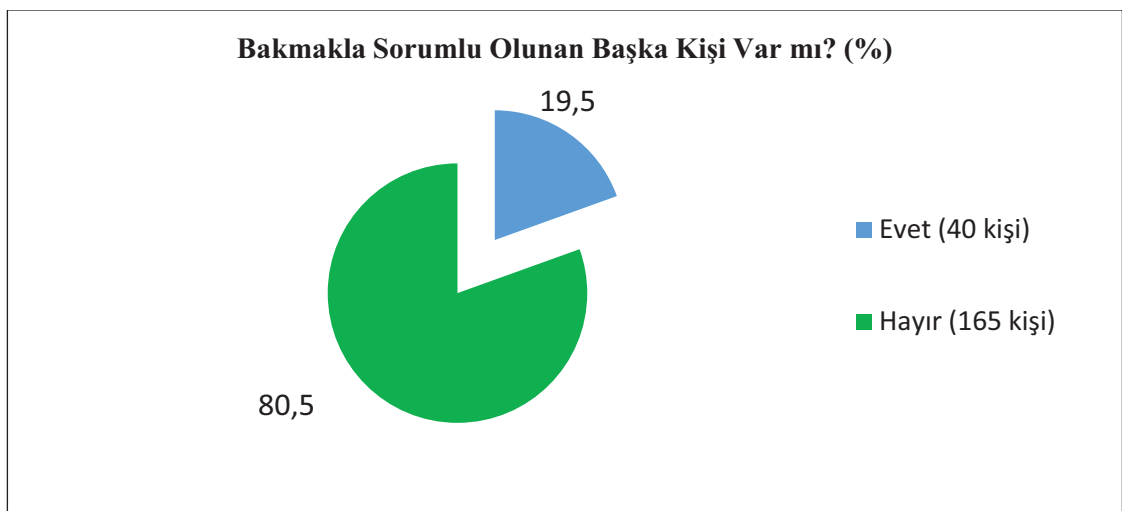
Çocuk sahibi olmanın da verilen bakımın kalitesini arttıracakları düşünülmektedir. Çünkü çocuk sahibi olan bakım verenler, çocukları sebebiyle daha duyarlı ve sabırlı olup, empati yetenekleri daha fazladır. Yaşları ilerledikçe çocuklaşan ve bir bebek gibi bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara karşı daha hoşgörülü yaklaşabilmektedirler.



**Şekil 14.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Sahip Oldukları Çocuk Sayısı

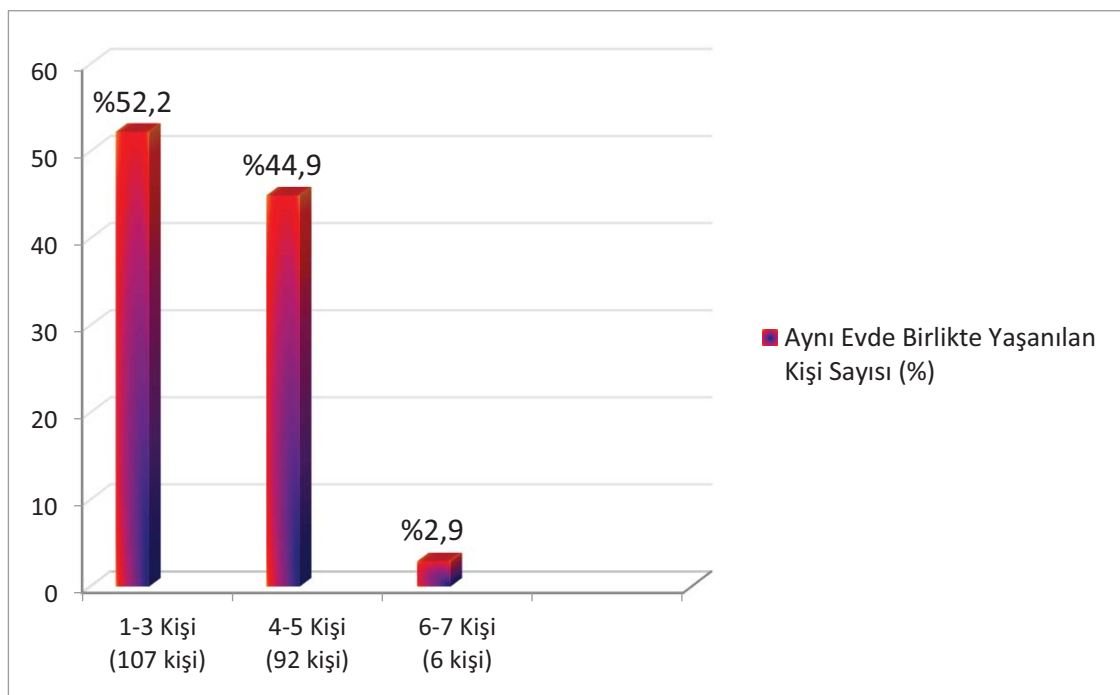
Alzheimer hastasına bakım verenlerden çocuğu olanların 26'sının (%12,7) 1 çocuğa, 76'sının (%37,1) 2 çocuğa, 32'sinin ise (%15,6) ise 3 ve daha fazla sayıda çocuğa sahip olduğu görülmektedir.

Barutçu ve Serinkan (2008, s.552) tarafından yapılan bir çalışmada da araştırma bulgularına ters olarak bir çocuk sahibi olanların sayısının fazla olduğu belirlenmiştir.



**Şekil 15.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Bakmakta Sorumlu Oldukları Başka Kişilerin Varlığına İlişkin Durumları

Bakım verenlerden 40'ının (%19,5) bakmakla sorumlu olduğu başka kişiler bulunurken, 165'inin (%80,5) bulunmamaktadır. Bakım verenlerin bakmakla sorumlu oldukları başka kişilerin olmaması onların yaşamlarını kolaylaştıran bir faktör olarak gösterilebilir çünkü, çalıştıkları kurumlar bakım verenlerin neredeyse bütün zamanlarını almakta ve bakım vericilerin aileleriyle geçirecekleri/sosyal yaşamlarına ayıracakları süreyi kısıtlamaktadır. Bu sebeple fazladan bakmakla sorumlu olunacak kişinin, onların enerjilerini tüketeceği düşünülebilir.



**Şekil 16.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Aynı Evde Birlikte Yaşadıkları Kişi Sayısı

Bakım verenlerden %52,2'yi oluşturan 107 kişilik kısmın 1-3 kişi, %44,9'u oluşturan 92 kişilik kısmın 4-5 kişi, %2,9'u oluşturan 6 kişilik kısmın ise 6-7 kişi yaşadığı görülmektedir.

Bakım verenlerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip oldukları görülmektedir. Araştırma sonuçlarıyla benzer olarak Ünal ve arkadaşları (2012, s.117) tarafından yapılan bir çalışmada da, araştırmaya katılanların %87,8'inin çekirdek aile yapısından oluştuğu belirtilmiştir. Bunun beklenen bir

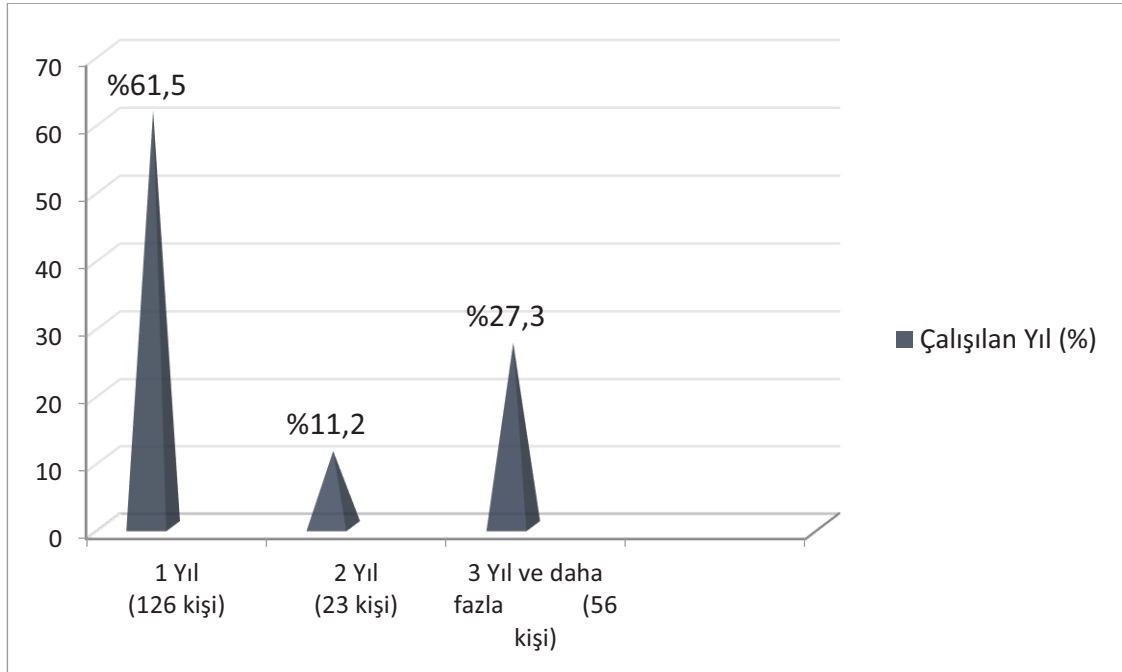
sonuç olduğu 2015 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verileriyle de desteklenmektedir. Verilere göre, çekirdek aileden oluşan nüfus daha fazladır ve yüzdesel olarak da %66,9 olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2016).



**Şekil 17.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Gelir Durumu

Araştırmaya katılanlara, gelirleri geçimleri için yeterli mi diye sorulduğunda bakım verenlerin 89'unun (%43,4) gelirinin geçimleri için yeterli olduğu görülmüştür. 116'sı (%56,6) ise gelirlerinin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Özmete (2016, s.254) tarafından ve Özgür ve arkadaşları (2011, s.297) tarafından yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin kazançlarının, yaptıkları işe göre az olduğundan şikayetçi oldukları ve bunun da strese sebep olduğu sonucu çıkmıştır. Gelirlerinin geçimleri için yeterli olduğunu belirten bakım verenlerin ise, ailelerinde eşlerinin ve çocuklarının da çalıştıkları düşünülmektedir. Özellikle de bakım elemanlarının yaptıkları işlerin niteliği ile aldıkları asgari ücret hesaba katıldığında, maddi açıdan çalışmalarının tam karşılığını alamadıkları da düşünülebilir. 24 saatlerini çalıştıkları kurumlarda, dinlenmeden geçiren bakım elemanlarının iş tempolarına göre maaşlarının daha yüksek olması gerekmektedir. Bu durum onların motivasyonu arttıracak ve yaşlılarla olan iletişimlerine olumlu olarak yansıtacaktır.



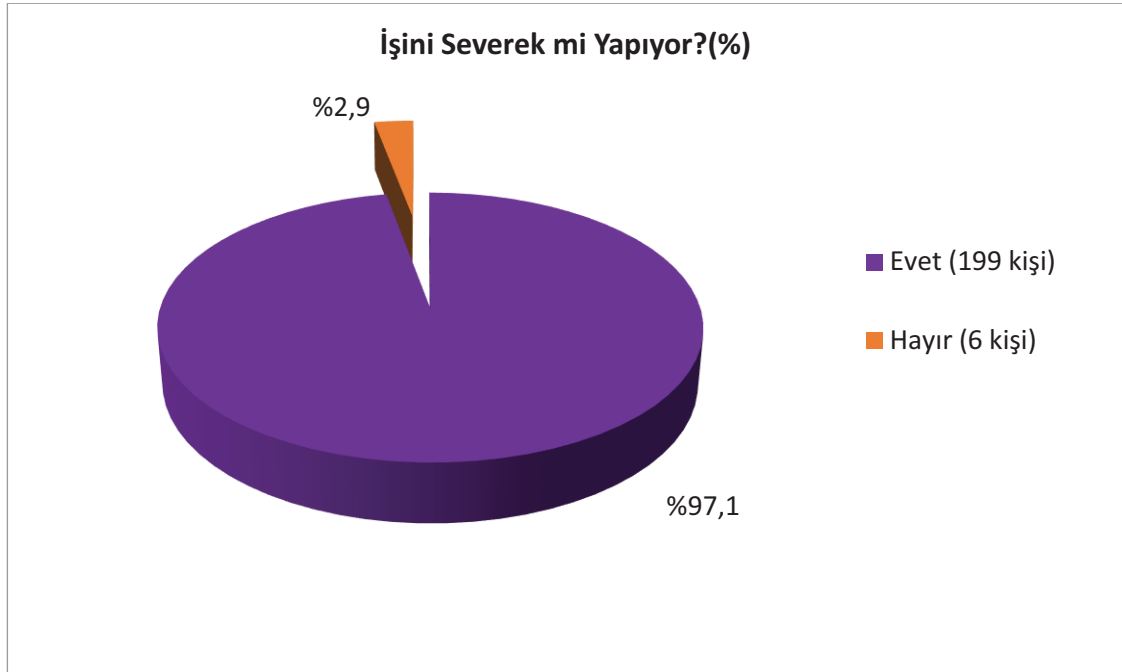


**Şekil 18.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Aynı Kurumda Çalışma Süreleri

Bakım verenlerin 126'sı (%61,5) 1 yıldır, 23'ü (%11,2) 2 yıldır ve 56'sı (%27,3) 3 yıl ve daha fazla süredir bulunduğu kurumda çalışmaktadır.

Bilindiği gibi kurumlar arasında çalışan personel sayısı, yatan hasta sayısı, çalışma saatleri, binanın fiziksel özellikleri, benimsenen iş akışı, yöneticilerin kişisel özellikleri gibi sebeplerden kaynaklanan yapısal farklılıklar bulunmaktadır.

Bakım verenlerin de gerek özel hayatlarından, gerekse iş ortamlarından kaynaklı sebeplerle çalışmayı tercih ettikleri kurumlar zaman içinde değişkenlik gösterebilmektedir. Huzurevlerine yapılan ziyaretlerde, kurumlarda yeni işe alım, işten ayrılma, kurum değiştirme gibi sebeplerle işgücü akışının çok fazla olduğu görülmüştür. Bu sebeple aynı kurumda çalışılan yıl sayısının düşük çıkması beklenen bir durum olarak ifade edilebilmektedir.

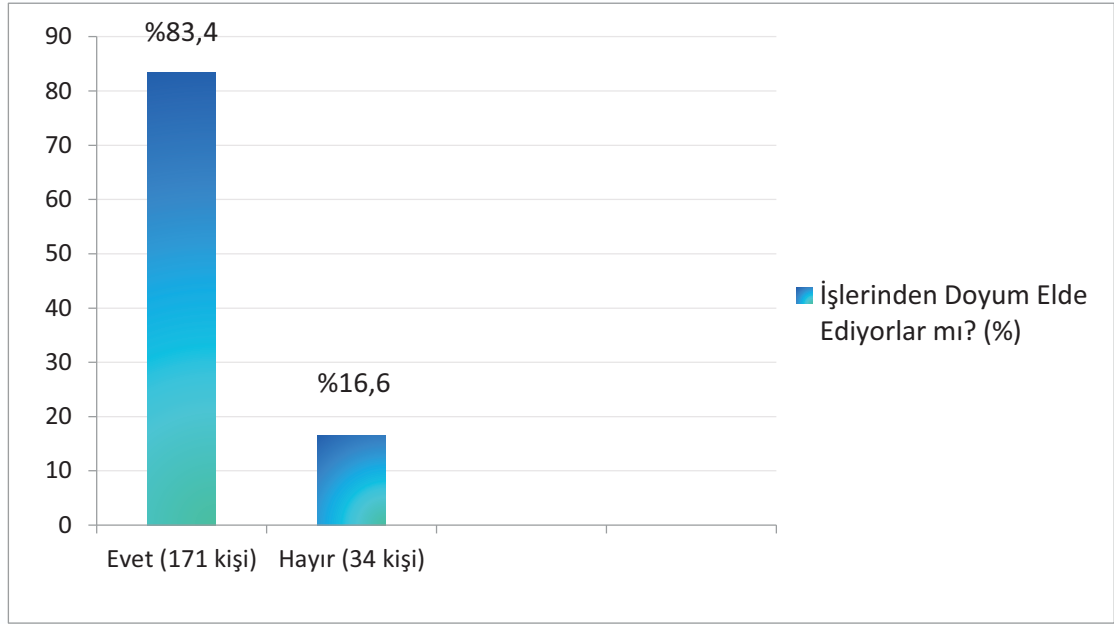


**Şekil 19.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşlerini Severek Yapma Durumları

Araştırmaya katılan 205 bakım verenden 199'u (%97,1) işini severek yaparken, 6'sı (%2,9) işini severek yapmamaktadır. 2010 yılında yapılan bir çalışma da araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermiştir (Akdemir ve diğerleri, s.52).

Bir ticaret kurumundan farklı olarak temelinde "insan" olan huzurevlerinde mesleğin sevilerek yapılması çok önemli ve olumlu bir durumdur çünkü, toplumun incinebilir kesimi olarak tanımlanabilen yaşlıların, özellikle de alzheimer hastası oldukları zaman bakımları oldukça zahmetli ve emek istemektedir.

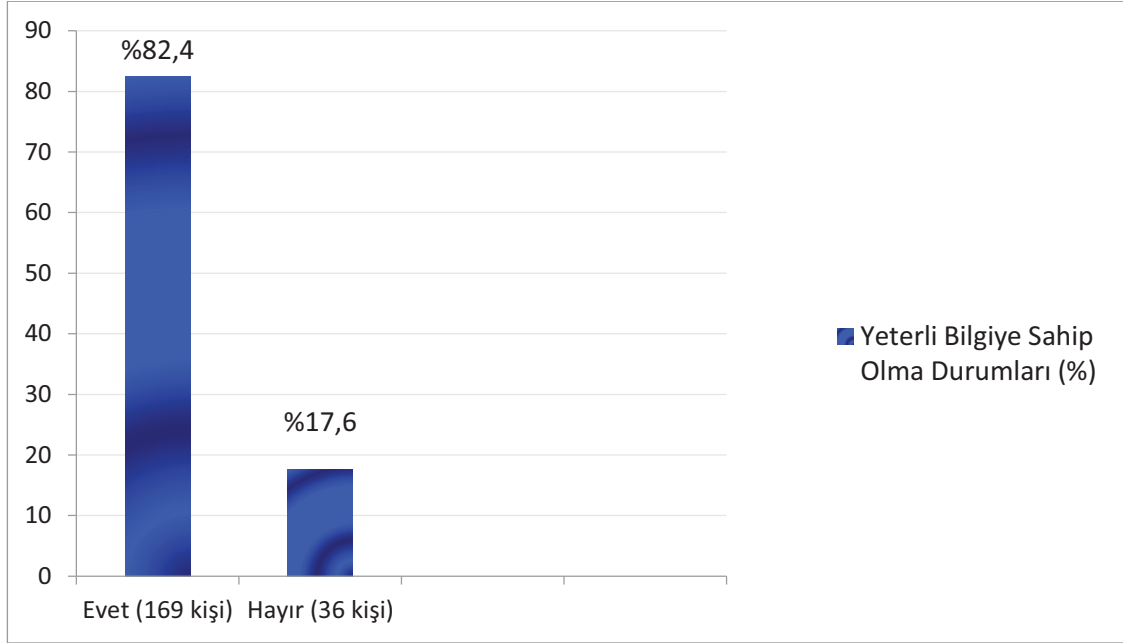
Benzer şekilde, bakım verme işinin sevilerek yapılması bakım vericiler açısından da olumlu bir durum olarak nitelendirilebilir. Daha önce de belirtildiği gibi bakım verenlerin zamanlarının çoğu çalıştıkları kurumlarda geçmekte bu sebeple de bakım verdikleri yaşlıları ve çalışma arkadaşlarını ailelerinden bile daha sık görmektedirler. İşlerini severek yapmaları durumunda ise, yaptıkları işlerin onlara zor gelmeyeceği düşünülebilmektedir. Bu sebeple de bakım verenlerin işlerini severek yapmalarının verilen bakımın kalitesini arttıracığı sonucuna varılabilir.



**Şekil 20.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Mesleklerinden Doyum Elde Etme Durumları

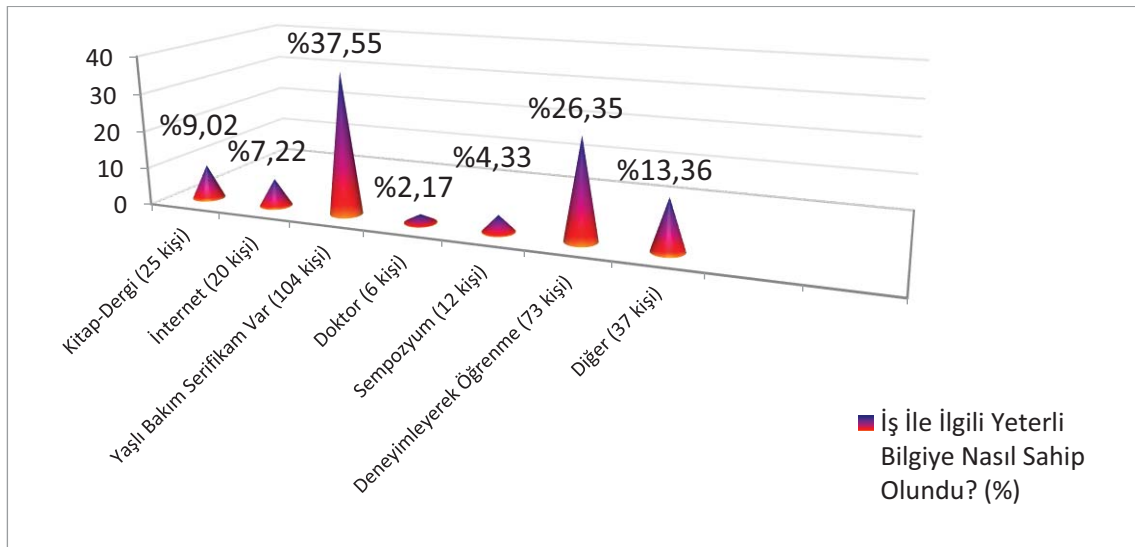
Araştırma içerisinde de bakım verenlere yaptıkları işlerden doyum elde edip etmedikleri sorulduğunda, bakım verenlerden 171'inin (%83,4) işinden doyum elde ettiği, 34'ünün (%16,6) ise işinden doyum elde etmediği belirlenmiştir. Bovier and Perneger, yaptıkları çalışma da iş doyumunun, yapılan işin kalitesi ve verimliliği üzerinde büyük etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (akt: Salam ve diğerleri, 2014, s.157). Yapılan işten doyum elde edilmesi, hem bakım veren hem de hasta açısından önemli bir etkidir. Vaktinin çoğu huzurevlerinde geçen bakım elemanları, işlerini severek yapmaları ve işlerinden doyum elde etmeleri sonucunda yaşlılara karşı daha özverili yaklaşacaklar ve onlardan gelen talepleri daha rahat karşılayacaklardır.

İşini severek yapma ile işinden doyum elde etme durumlarının ikisinin de yüksek çıkması sebebiyle, birbirleri ile ilişkili olabileceği ve bunun da verilen bakımın kalitesini arttıracacağı düşünülebilir.



**Şekil 21.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşleri İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumları

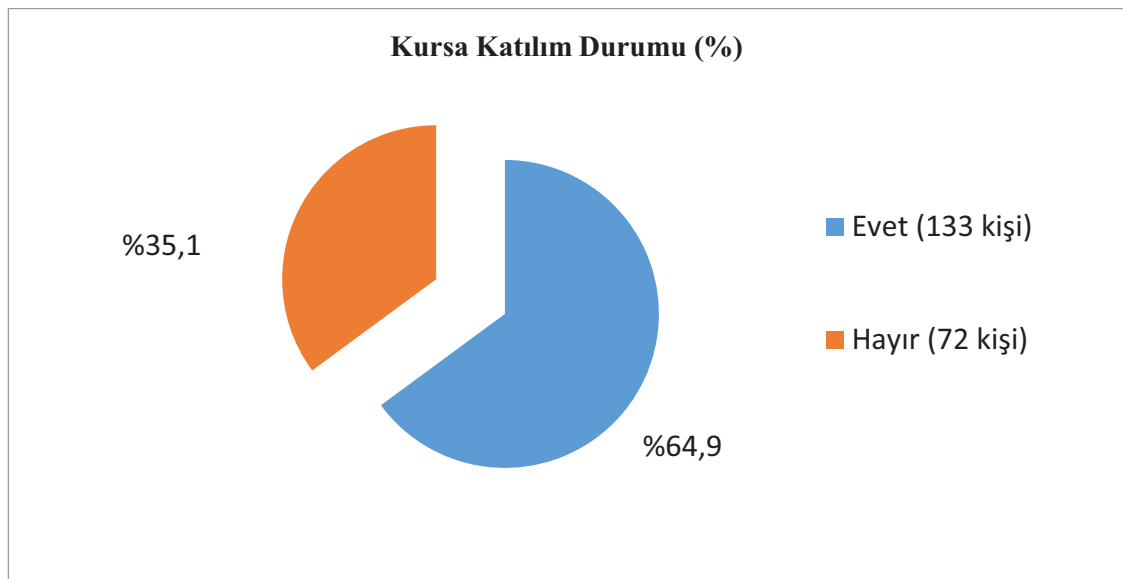
Bakım verenlere işleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları sorulduğunda %82,4'lük kısmı oluşturan 169 kişinin evet cevabı verdiği görülmektedir. %17,6'lık kısmı oluşturan 26 kişi ise her şeyi bilmenin mümkün olmadığını, her zaman öğrenilecek yeni bilgilerin mevcut olduğunu dile getirerek hayır cevabı vermiştir.



**Şekil 22.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşleri İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olma Şekilleri

Bakım verenlere işleri ile ilgili bilgiye nasıl sahip oldukları sorulduğunda 25'inin (%9,02) kitap-dergiden, 20'sinin (%7,22) internetten, 104'ünün (%37,55) kursa katılıp yaşlı bakım sertifikası aldığı, 6'sının (%2,17) doktorlardan, 12'sinin (%4,33) sempozyum, kongre vs'den, 73'ünün (%26,35) deneyimleyerek öğrendiği görülmektedir. Ayrıca, (%13,36) 27'sinin okuldan, 10'unun ise daha önceden tecrübe sahibi oldukları bilgisine ulaşılmıştır. Önceden bakım verme tecrübesi olanların bu deneyimi, geçmişte yakınlarına bakım vererek edindikleri sonucuna ulaşılabilir. Bakım verme gibi odak noktasında "insan" olan mesleklerde, eğitim çok önemlidir. Ancak teorik olarak alınan eğitimin, pratikte de uygulamaya konularak tecrübe edilmesi gerekmektedir. Bakım verenlerin, genel olarak yaşlılık ve ilişkili olduğu durumlar hakkında sahibi olmaları gerekmektedir.

Bakım verenlerin, bilgiye sahip olma şekillerine bakıldığında kitap, dergi ve internet seçeneklerinin düşük çıkması şaşırtıcı bir durum olarak değerlendirilebilir. Çünkü; bilgiye erişimin bu kadar kolay ve hızlı olduğu bir dönemde bakım verenlerden araştırmaya açık olmaları, kitap, dergi, internet gibi kaynaklardan, kendilerini yetersiz gördükleri alanlarda destek almaları ve güncel gelişmeleri takip etmeleri beklenmektedir.



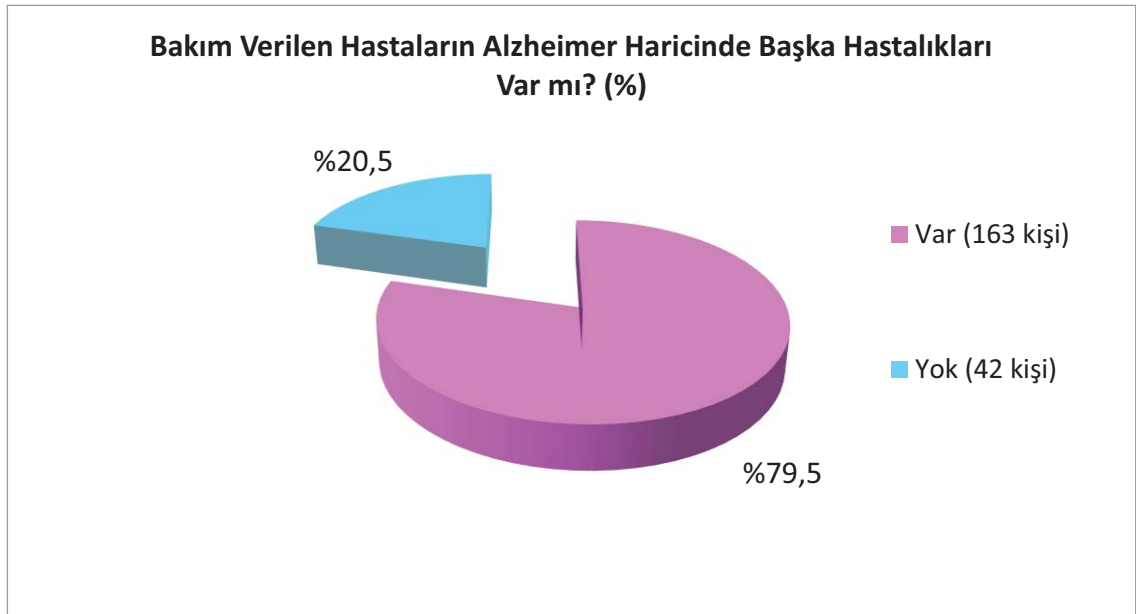
**Şekil 23.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Kursa Katılım Durumları

Bakım verenlerin 133'ü (%64,9) bakım verme ile ilgili kursa katılırken, 72'si (%35,1) kursa katılmadığını belirtmiştir.

Özçakar ve arkadaşları (2012, s.269) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmaya katılanların %83'ünün, Danış ve Genç (2011, s.176) tarafından yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin %55'inin yaptıkları işe özel eğitim aldıkları belirlenmiştir.

Bakım verme işinin odağında "insan hayatı" olduğu ve yapılacak hataların sonuçlarının ağır olabileceği bilinmektedir. Bu sebeple bakım verenlerin, genel olarak yaşlılık, bakım verme, yaşlılara ait dönemsel sorunlar ve geriatric hastalıklar, beslenme, iletişim sorunları ve davranış problemleriyle başa çıkma gibi alanlarda bilgi sahibi olmaları önemlidir.

Özellikle Alzheimer hastalarında yaşlı ile iletişim kurmak ve onun davranış bozukluklarıyla başa çıkabilmek için izleyecekleri yolları bilmeleri gerekmektedir. Bütün bunlar düşünüldüğünde tüm bakım verenlerin konu ile ilgili olarak eğitilmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır.



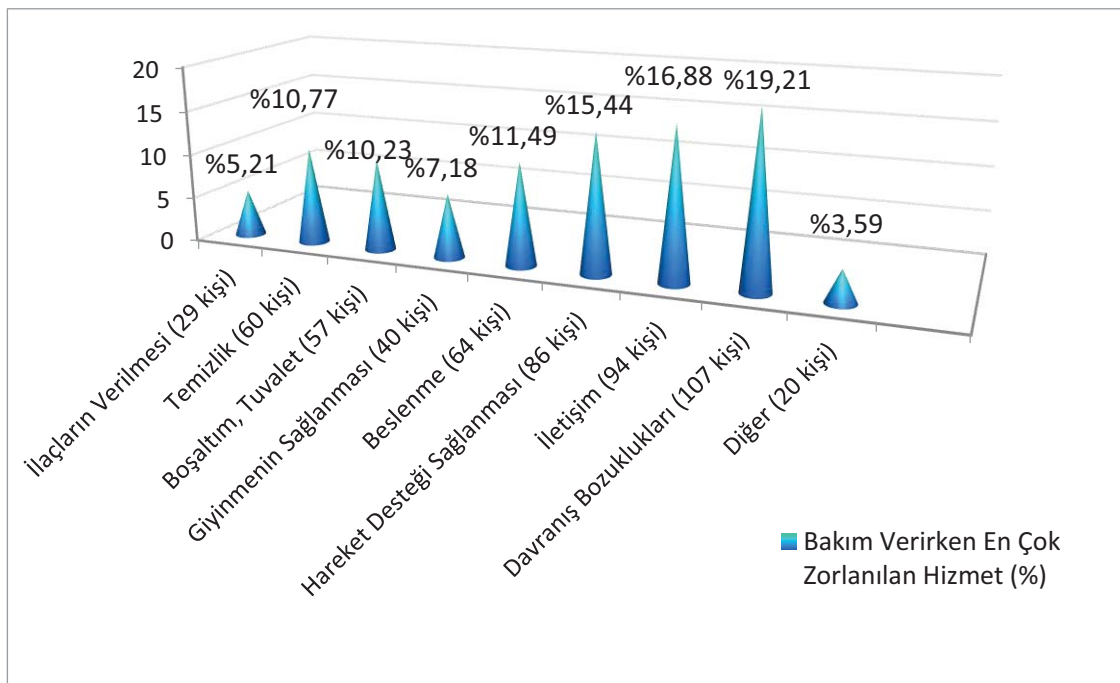
**Şekil 24.** Bakım Verilen Bakım Verilen Kişilerin Başka Hastalıklarının Olup Olmaması

Araştırma kapsamındaki bakım verilen hastaların 163'ünün (%79,5) Alzheimer haricinde başka hastalıkları bulunmakta iken 42'sinin (%20,5) bulunmamaktadır.

Huzurevleri genelinde kalan yaşlılara bakıldığında çoğunluğunun sağlık sorunları yaşadığı görülmektedir. Örneğin, araştırma ile benzer şekilde, 2009 yılında Altıparmak (s.161) tarafından yapılan bir çalışmada yaşlıların %56,9'unun kronik bir hastalığı olduğu, Arpacı tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada da yaşlıların %84,6'sının sağlık sorunu yaşadığı belirtilmiştir.

Bakım verilen hastalarda Alzheimer hastalığından başka kanser, tansiyon, şizofreni, demans, diyabet, felç, KOAH, parkinson, epilepsi, kırık, böbrek ve akciğer hastalıkları, KKH, astım, osteoporoz, bipolar bozukluk, yetersiz beslenme gibi hastalıklar yaygın olarak görülmektedir.

Akyar (2006, s.22) tarafından yapılan bir çalışmada da bakım verilen hastaların, kalp, hipertansiyon, Parkinson ve akciğer hastalıkları gibi sağlık sorunlarının olduğu belirtilmektedir.



**Şekil 25.** Alzheimer Hastasına Bakım Verilirken En Çok Zorlanılan Hizmet Türü

Görüldüğü gibi, bakım verenlerin 107'si (%19,21) en çok Alzheimer hastalarında oluşan, apati, sinirlilik, halüsünasyon, paranoya, ajitasyon, kişilik ve uyku bozuklukları, amaçsız dolaşma gibi davranış problemleriyle başa çıkarken zorlanmaktadırlar. Bunun içinde genellikle farmakolojik ve müzik, resim, egzersiz gibi non-farmakolojik yaklaşımlardan yararlandıkları bilinmektedir. 94'ü (%16,88), hastalarla iletişim kurmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir.

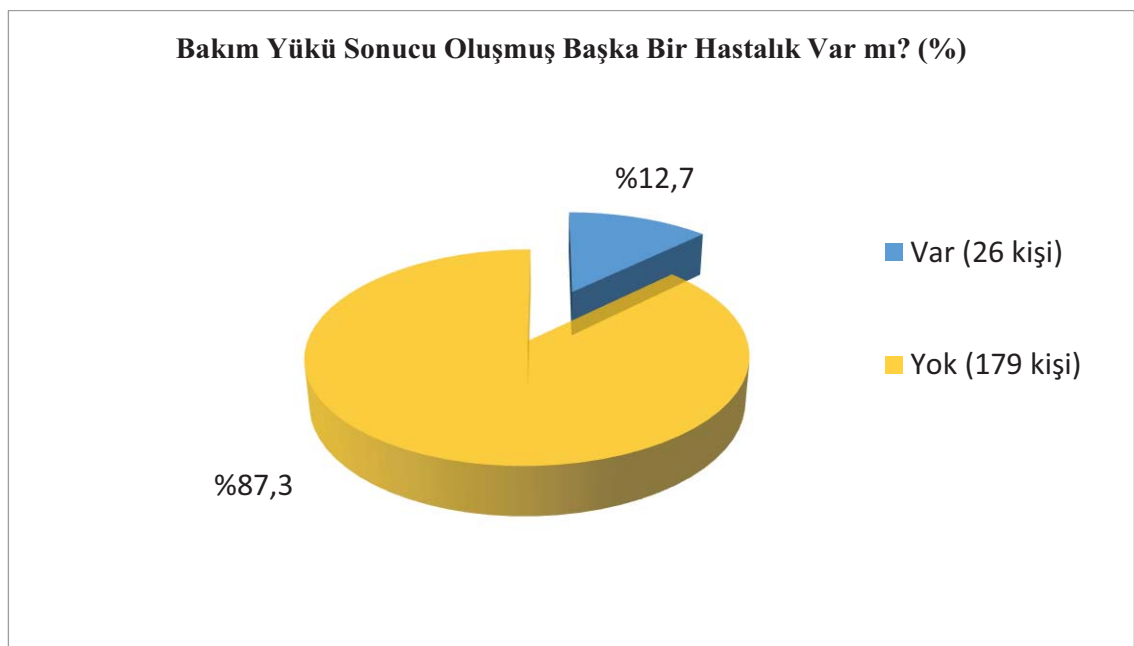
Bilindiği gibi Alzheimer hastalığında öncelikli olarak zihinsel fonksiyonlar etkilenmekte ve durma noktasına gelmektedir. Özellikle de hastalığın ilerleyen aşamalarında, bu bozulmalar derinleşebilmekte ve hasta çoğu zaman kendini bile tanıyamadığı için onunla iletişim kurmak imkansızlaşabilmekte ya da davranış bozuklukları gösterdikleri zaman onlara bir şey yaptırmak oldukça güçleşmektedir.

Bakım verenlerin 86'sı (%15,44) ise hastalara hareket desteği sağlarken zorlanmaktadırlar. Örneğin, yatağa bağımlı hastalarda bası yarası oluşmaması için, düzenli olarak pozisyonlarının değiştirilmesi, yemek yedirirken oturtulmaları, alt bakımları yapılırken ona uygun duruma getirilmeleri gerekmektedir. Bunların da bakım vereni özellikle de fiziksel olarak zorladığı bilinmektedir. Bakım verenlerin 64'ü (%11,49) beslenme sırasında sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastalık ilerledikçe yaşlıların iştahları azalmakta ve bozulan ruh hali durumlarıyla birleşince, bakım verenler için sorun oluşturmaya başlamaktadır. Hastalarda bağırsak sorunları, kilo kaybı, hazımsızlık, çiğneme ve yutma gibi problemler oluşabilmektedir. Bakım verenlerin 60'ı (%10,77) temizlik sırasında sorun yaşamaktadırlar. Özellikle birçoğu yıkanmak istemeyip, şiddet uygulayabilmektedirler. Bakım verene vurma, yumruk atma, ısırma, cimcikleme, saç çekme, bağırma, küfür etme vb davranışlar sık görülmektedir. Bakım verenlerin 57'si (%10,23) hastalarda oluşan boşaltım, tuvalet sorunlarından yakınmaktadırlar. Hastalarda idrar yolları iltihabı, prostat vs. gibi nedenlerle sık idrara çıkma, orta evrelerine doğru ise idrar kaçırma problemleri ortaya çıkabilmekte ve hastaların bezlenmesi gerekmektedir. Ayrıca kabızlık sık görülen bir durumdur. İshal fazla görülmemekle birlikte, vücutta su kaybına neden olacağı için önlem alınması



gerekmektedir. Tek başına desteksiz olarak yürüyemeyen hastaların tuvalete götürülmesi de bakım verenleri zorlamaktadır. Bakım verenlerin 40'ı (%7,18) hastaların giyinmesi sırasında, 29'u (%5,21) ise ilaçları verirken sorun yaşamaktadırlar.

Ayrıca bakım verenlerin 20'si (%3,59) nöbet değişimi sırasında sorun yaşadıklarını ve 11 kişide yaşlıları sevdiklerini, işlerini severek yaptıklarını bu sebeple de bakım verme esnasında sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

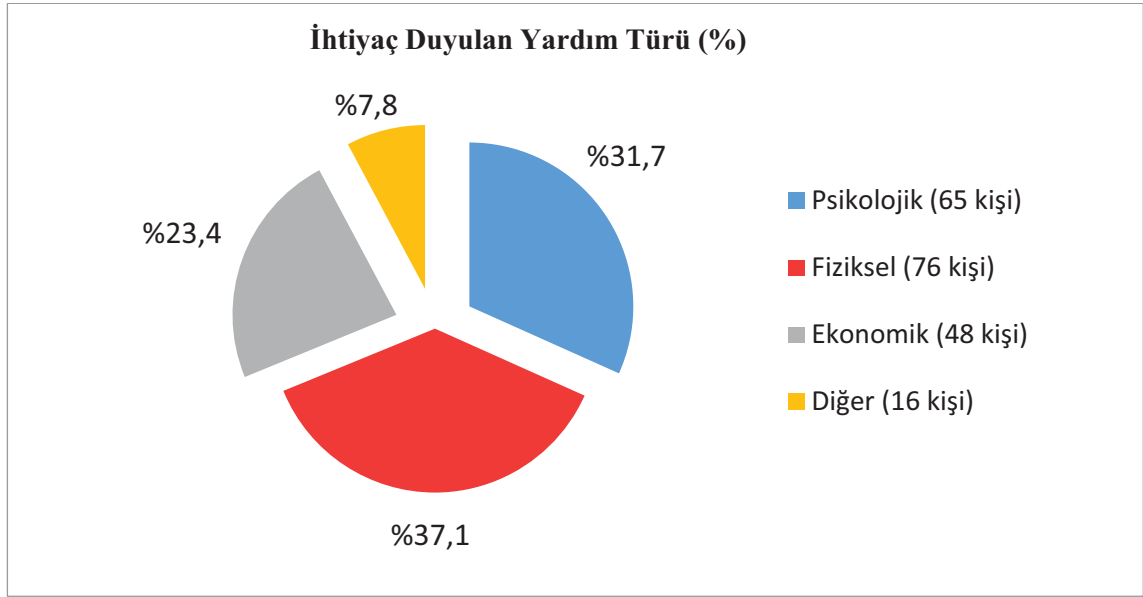


**Şekil 26.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Tanı Konulmuş Başka Hastalıklarının Olup Olmama Durumları

Bakım veren kişilerin yaşadıkları bakım yükü sonucunda 26'sinin (%12,7) tanı konulmuş başka hastalıkları bulunurken, 179'unun (%87,3) bulunmamaktadır. Çetinkaya tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin %48,2'sinin sağlık sorunu olduğu, %51,8'inin ise sağlık sorunu olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Çetinkaya, 2008, s.93).

Araştırmaya katılan bakım verenlerden 2 kişide böbrek rahatsızlığı, 1 kişide Koah hastalığı bulunmaktadır. 15'inde yukarı uzanma, yana eğilme, fazla ayakta kalma, ağır kaldırma gibi vücudun yanlış kullanımından kaynaklı bel

fitiğı, 7'sinde boyun fitiğı, 2'sinde ise sinir sıkışması görülmüştür. Bilindiği gibi bakım verenler bazı durumlarda hastalarıyla kendilerini fazla işselleştirebilip bu sebeple de psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler. Hayattan zevk alamama, uyku düzensizlikleri, hafıza zayıflaması, suçluluk duygusu, halsizlik, üzüntü, keder, karamsarlık gibi duygudurum değişiklikleri görülebilmektedir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin 4'nde de psikolojik şknt olduğu belirlenmiştir.



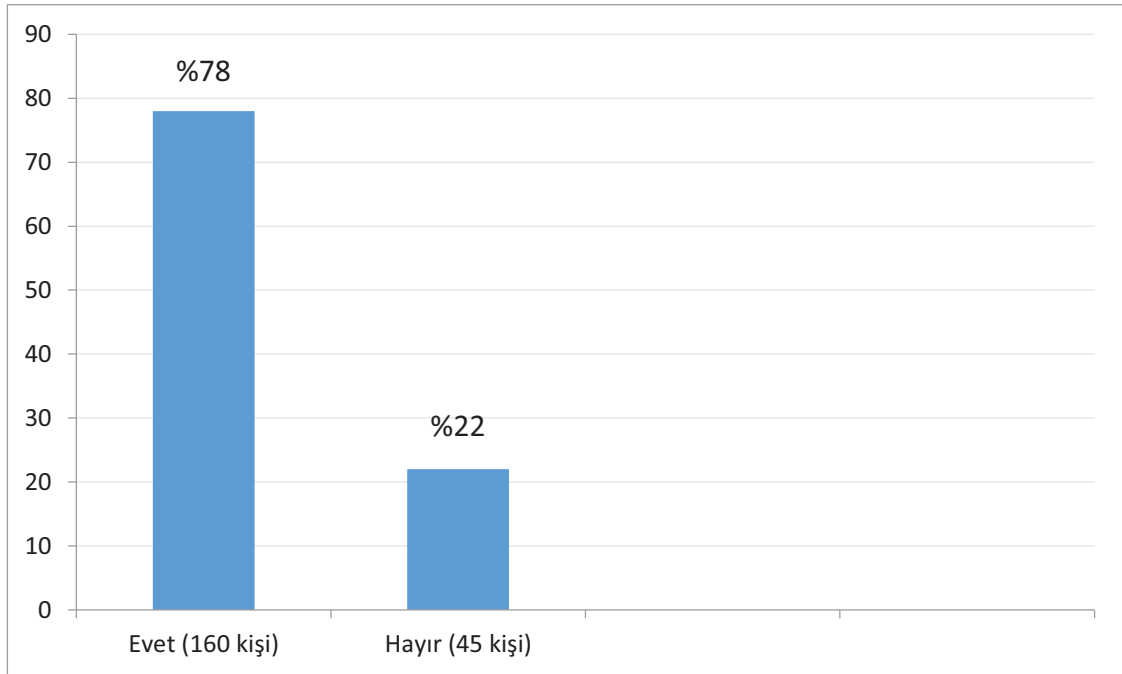
**şekil 27.** Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin En Çok İhtiyaç Duydukları Yardım Türleri

Görüldüğü gibi bakım verenler en çok fiziksel ve psikolojik yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bakım verenlerin 76'sı (%37,1) fiziksel yardıma ihtiyaçlarının olduğunu belirtmişlerdir. şnk, hastaları sürekli olarak kaldırmak zorunda kalmakta ve bu durum da onları zorlamaktadır. Fiziksel olarak, teknik ekipmana ve destek personeline ihtiyaçlarının olduğunu belirtmişlerdir.

Bakım verenlerden 65'inin (%31,7), psikolojik yardıma ihtiyaç bulunmaktadır. Hastaya bakım verme, hasta yakınları ile ilgilenme, şalışma arkadaşları ile iş paylaşımında bulunma, kendi ailesi içinde düzeni sağlama ve kendine vakit ayırabilme gibi konuları aynı anda ve dengeli bir biçimde yönetmeye şalışmak onları zorlamaktadır.

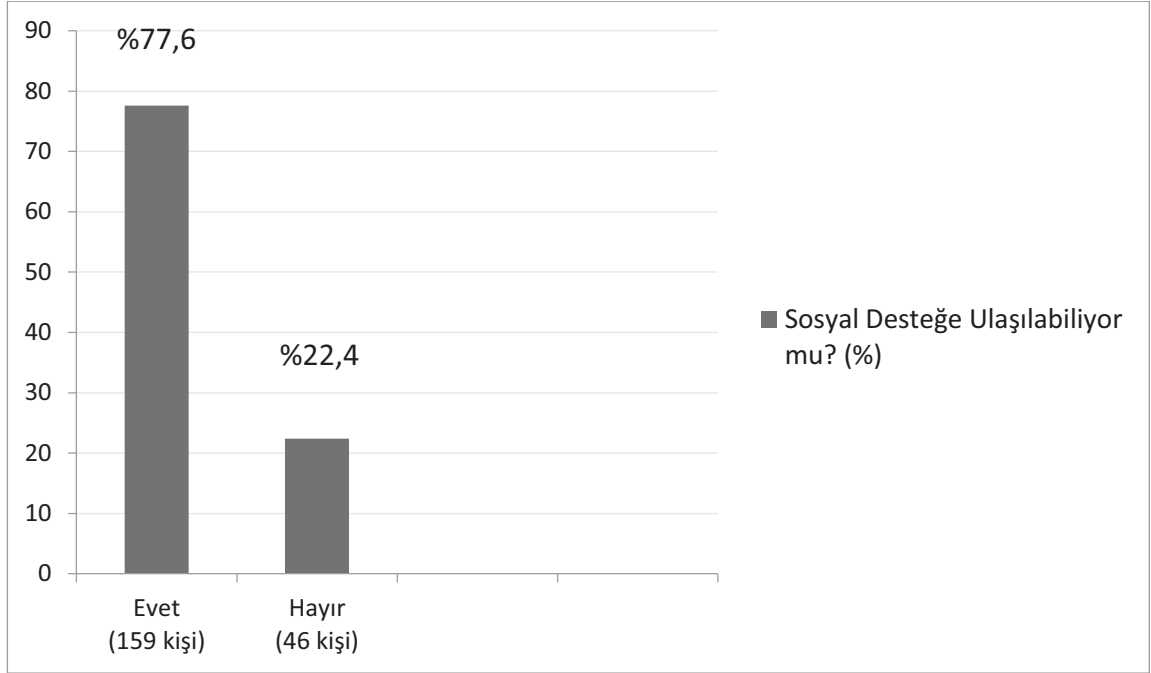
48'i (%23,4) ekonomik yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan 16 (%7,8) kişi ise diğer yardım çeşitlerine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bunlardan 3'ü personel eğitiminin gerekli olduğunu söylemişlerdir. Yapılan eğitimlerin hastalık ve bakımı hakkında personeli bilgilendirmenin yanında, bakım verenler arasında dayanışmayı da arttırdığı düşünülmektedir. Bakım verenlerden 2'si temizlik konusunda yardıma ihtiyaç duyduklarını, 1'i ise uykuya ihtiyacının olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan 10 kişi ise işlerini severek yaptıkları için yardıma ihtiyaç duymadıklarını söylemişlerdir.

İhtiyaç duyulan yardım çeşitleri arasında oransal farklılıkların çok olmaması beklenen bir durum olarak nitelendirilebilir. Çünkü hastaya bakım verme, çok boyutlu olarak algılanan bir süreçtir. Hasta sadece fiziksel olarak ya da psikolojik olarak desteklenemediği gibi, bakım veren de sadece fiziksel, sadece psikolojik ya da sadece ekonomik olarak desteklenemez, desteklense bile süreç yarım kalır çünkü tüm bu değişkenler birbirleriyle etkileşim halindedirler.



**Şekil 28.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Fiziksel Desteğe Ulaşabilme Durumları

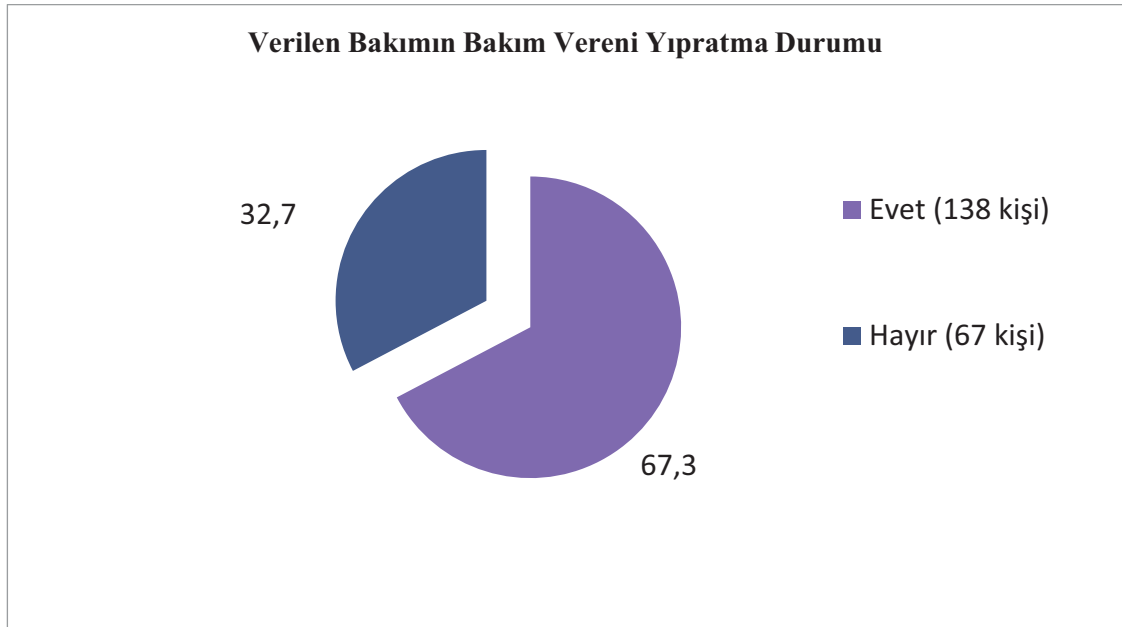
Bakım verenlerin 160'ı (%78) fiziksel desteğe ulaşabilmekte iken, 45'i (%22) ulaşamamaktadır. Bu sorunun çözümü için, fiziksel desteğe ulaşamayanlardan 24'ü eleman sayısının artırılması gerektiğini, 4 kişi de teknik ekipman alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Artan eleman sayısı ile bakım verene düşen hasta sayısının azalmasını, hastayı kaldırırken ve pozisyon verirken onlardan destek almayı, teknik ekipmanla da gelişen teknolojiden yararlanarak iş yüklerinin azaltılmasını istedikleri düşünülebilir. Bakım verenlerden 2'si daha büyük bir huzurevi olması gerektiğini söylemiştir. Yapısal olarak daha büyük bir binaya geçilerek fiziksel koşulların iyileştirilmesini, kendileri için mola verip dinlenebilecekleri, yemek yiyebilecekleri, kıyafetlerini rahatça değiştirebilecekleri alan istedikleri sonucuna varılabilir. 2 kişi maaşlarının artırılıp ekonomik olarak daha iyi duruma gelmek istediklerini, 4 kişi de mesai saatlerinde düzenleme yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bakım verenlerle yapılan görüşmelerde çalışma saatlerinden memnun olmadıkları, vardiyalı çalışma saatlerinin yaşam düzenlerini bozduğu sonucuna varılmıştır. 3 kişi sosyal destek verilmesi gerektiğini, 4 kişi ise hasta yakınlarından destek ve anlayış beklediklerini belirtmişlerdir. Çoğu hasta yakını bakım verenlere karşı önyargılı bir tutum sergileyebilmekte ve hastalarının paranoid davranışları nedeniyle bakım verenlere kötü davranabilmektedirler. Bakım verenlerden 2'si ise bakım elemanlarının temizlik yapmamaları gerektiğini söylemişlerdir. Yani; çalışanlar arasında iş bölümünün adaletli bir şekilde oluşturulmasını istedikleri ve iş tanımlarının açıkça belirlenip, görevleri haricinde iş yapmayı istemedikleri düşünülebilir.



**Şekil 29.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Sosyal Desteğe Ulaşma Durumları

Bakım verenlerin 159'u (%77,6) sosyal desteğe ulaşabilirken, 46'sı (%22,4) ulaşamamaktadır. Ulaşamayanlardan 3 kişi devlet ve özel şahıslardan maddi ve manevi olarak yardım beklediklerini belirtmişlerdir. 6 kişi mesai saatlerinin iyileştirilmesi gerektiğini çünkü kendilerine ayırabilecek zamanlarının olmadığını dile getirmişlerdir. Diğer taraftan 24 kişi psikolojik ve sosyal destek istediklerini, personele yönelik aktivitelerin olması gerektiğini belirtmişlerdir. Yapılan görüşmelerde, huzurevlerinde genellikle dini ve milli bayramlar, yılbaşı, doğum günleri, yaşlılar haftası gibi günlerin kutlanmakta olduğu, ancak personele yönelik olarak düzenlenen etkinlik olmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Bakım verenlere yönelik olarak, iş akışını aksatmadan yapılacak çeşitli faaliyetlerle onların motivasyonunun, iş arkadaşları arasında dayanışmanın, kuruma bağlılıklarının artırılacağı ve böylelikle de verilen bakımın kalitesinin iyileştirileceği düşünülebilir. Bakım verenlerden 6 kişi maaşlarının artırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Kazançlarının geçimlerine bile zor yettiği, sosyal aktivitelere ayırabilecekleri bütçelerinin olmadığı sonucuna varılabilir. 4 kişi personel sayısının artırılması gerektiğini, 3 kişi de, herkesin kendi işini yapması

gerektiğini (örneğin; hasta bakıcının temizlik işleri yapmaması) ve bakımevi olanaklarının artması gerektiğini düşünmektedir.



**Şekil 30.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin İşin Yıpratma Durumuna İlişkin Dağılımları

Bakım verenlere yaptıkları iş sebebiyle yıpranıp yıpranmadıkları sorulduğunda 138'i (%67,3) işin kendilerini yıpratmadığını düşünürken, 67'si (%32,7) yıpranma yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Özmete (2016, s.253) tarafından yapılan çalışmada da bakım elemanlarının yıprandıkları ve bu sebeple stres yaşadıkları belirtilmiştir.

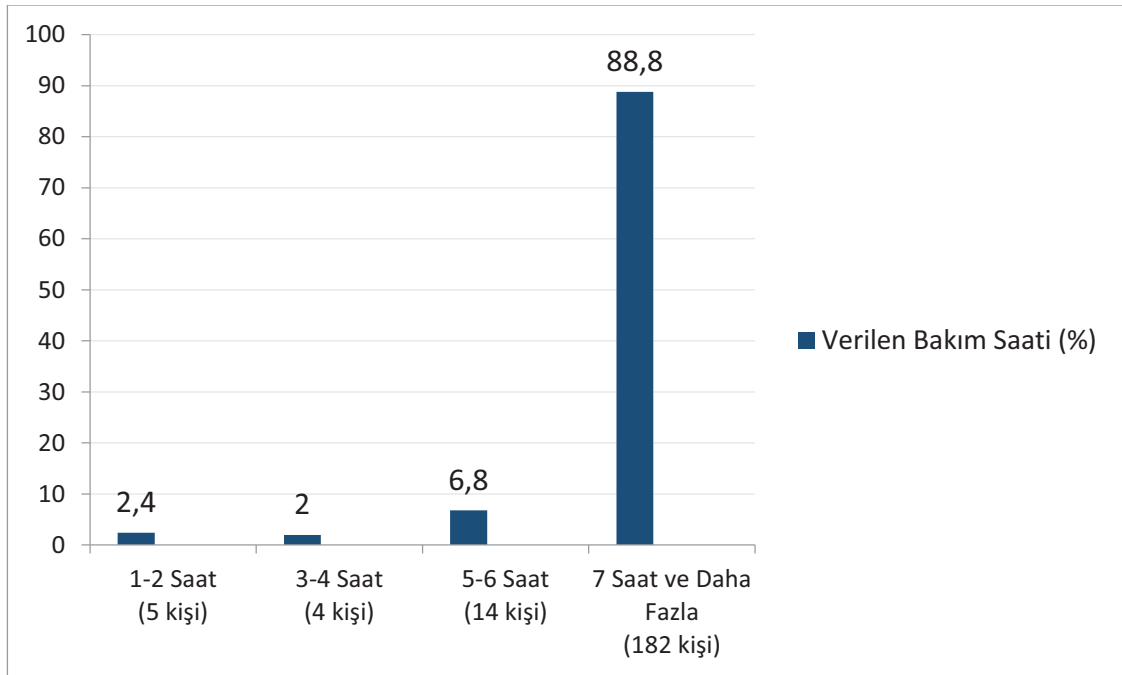
Daha önce de belirtildiği gibi bakım verme işi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan yıpratıcı olarak değerlendirilebilmektedir. Fiziksel yükü çok fazladır. Bakım verenler, bakım verdikleri hastaları kaldırmakta, yürüyemeyenlere yardım etmekte, bazı hastalara sürekli pozisyon vermektedirler. Bu sebeple bu işleri yaparken diğer bakım verenlerden çoğunlukla yardım istemektedirler. Verilen bakımın sosyal boyutu da oldukça yıpratıcıdır.

Bakım verenlerin özellikle de bakım elemanlarının yaptıkları iş sebebiyle tüm zamanları çalıştıkları kurumlarda geçmekte, genellikle kesintisiz 24 saat

çalışmakta ve özel hayatları kalmamaktadır. Bakım işini her bir bakım elemanı ortalama 10-15 hasta için gerçekleştirmektedir.

Bakım verenlerin yaptıkları işlerin yoğunluğu, uzun çalışma saatleri, nöbetler, insana verilen bakımın fiziksel ve psikolojik olarak zorluğu, maaşların yetersizliği vs. sebebiyle bakım verenlerin yıprandıkları düşünülebilir.

Ayrıca, görüşmelerde, bakım verenlerin sosyal izolasyona uğradıkları ve tüm sosyal hayatlarının ev ve işyerlerinden oluştuğu belirlenmiştir. Yapılan işin, ekonomik açıdan da tatmin edici olmadığı bilinmektedir. Tüm bu sebeplere ek olarak çalışma ortamı da değerlendirildiğinde bakım verenlerin psikolojik olarak da zorlandıkları sonucuna ulaşılabilmektedir.

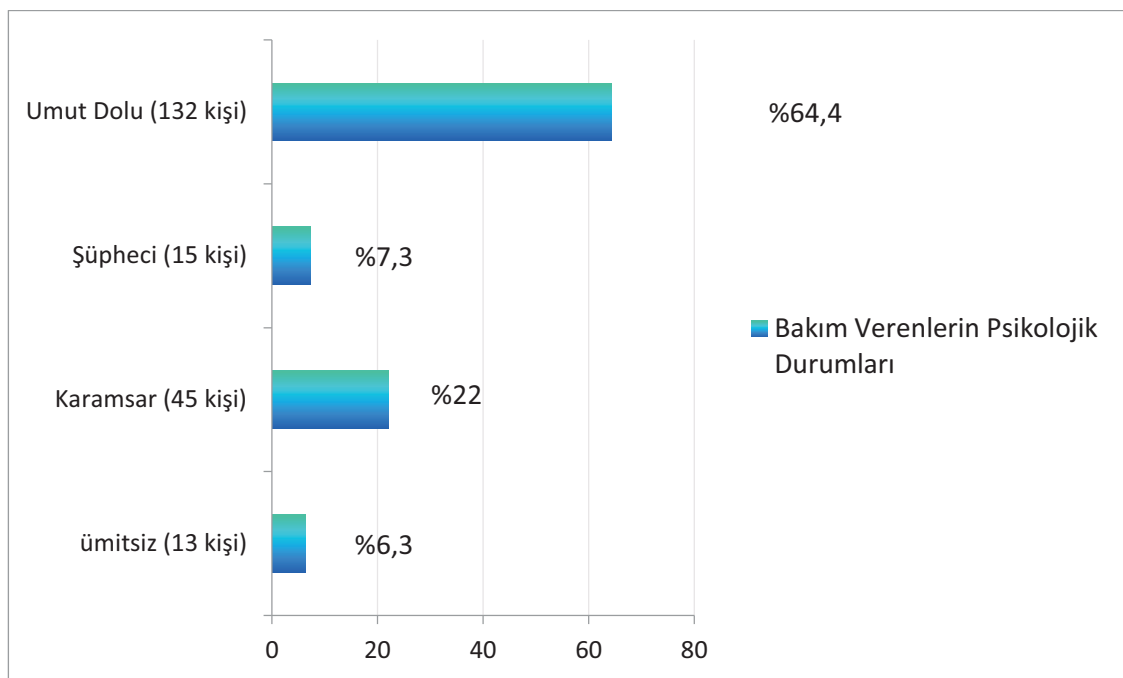


**Şekil 31.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Ortalama Olarak Verdikleri Bakım Saati

Bakım verenlerin 5'i (%2,4) 1-2 saat, 4'ü (%2) 3-4 saat, 14'ü (%6,8) 5-6 saat çalışmaktadırlar. Huzurevleri genellikle 24/24 ya da 24/48 gibi vardiyalı sisteme göre çalışmakta ve bu sebeple de bakım verenlerin 182'si (%88,8), 7 saatten daha fazla süre bakım vermektedir.

24/24 vardiya sisteme göre, 24/48 vardiya sistemi daha tercih edilebilir bir seçenek olarak düşünülmektedir. Çünkü, 24/48 çalışan bakım verenler, kendilerine kalan 48 saatin bir kısmını dinlenmeye, diğer kısmını ise arkadaşlarıyla ya da aileleriyle zaman geçirmeye ayırabilmektedirler.

Salam ve arkadaşları (s.171) tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada da çalışma saatlerinin uzunluğu belirtilmiş ve araştırmaya katılanların %70,3'ü aileleriyle yeterince zaman geçiremediklerini belirtmişlerdir.



**Şekil 32.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Psikolojik Durumları.

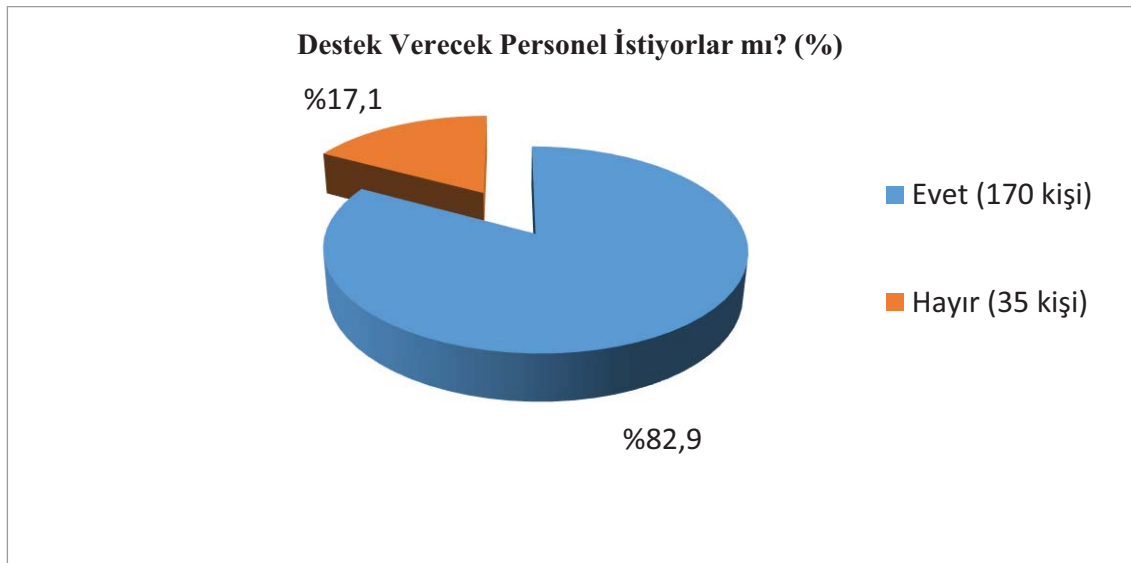
Araştırma kapsamında, bakım verenlere psikolojik anlamda kendinizi nasıl hissediyorsunuz diye sorulduğunda, 13'ü (%6,3) ümitsiz, 45'i (%22) karamsar, 15'i (%7,3) şüpheli ve 132'si (%64,4) umut dolu hissettiğini belirtmiştir.

Bakım verme, fiziksel ve psikolojik olarak zorlu, yorucu bir iştir. Bilindiği gibi, iş yoğunluğu ve temposu, çalışma saatleri, çalışılan ortamın fiziki, sosyal ve psikolojik olarak yıpratıcı olması bakım vereni olumsuz etkilemektedir. Bakım verenlerde sinirlilik, agresif ve huzursuz yapı, yeme alışkanlıklarında değişiklik, uyku düzensizlikleri, enerjide düşüş, umutsuzluk, kendini değersiz hissetme,



hayata karşı şüpheci, karamsar ve ümitsiz olma gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bakım verenlerin çevreleri, sürekli olarak hasta yaşlılardan oluşmakta ve günlerinin büyük bir kısmını onlara hizmet ederek geçirmektedirler. Yaşlıların hastalıklarının da çoğunluğunun progresif olduğu dikkate alınır, bakım verenlerin psikolojik olarak çöküntüye uğramaları doğal olarak karşılanabilmektedir.

Çok fazla gündeme getirilmese de insana hizmeti içeren, bakım verme gibi işlerin olumlu tarafları olduğu da bilinmektedir. Bakım verenlerden, umut dolu hissedenlerin sayısının fazla çıkmasının mesleğin sevilerek yapılması ve manevi doyum elde edilmesi ile açıklanabileceği düşünülmekte ve böyle bir ortamda çalışırken psikolojik olarak umut dolu hissedenlerin sayısının yüksek çıkmasının, diğer çalışanlara ve hastalara da yansıtacağı, verilen bakımın kalitesini arttıracığı sonucuna varılmaktadır.

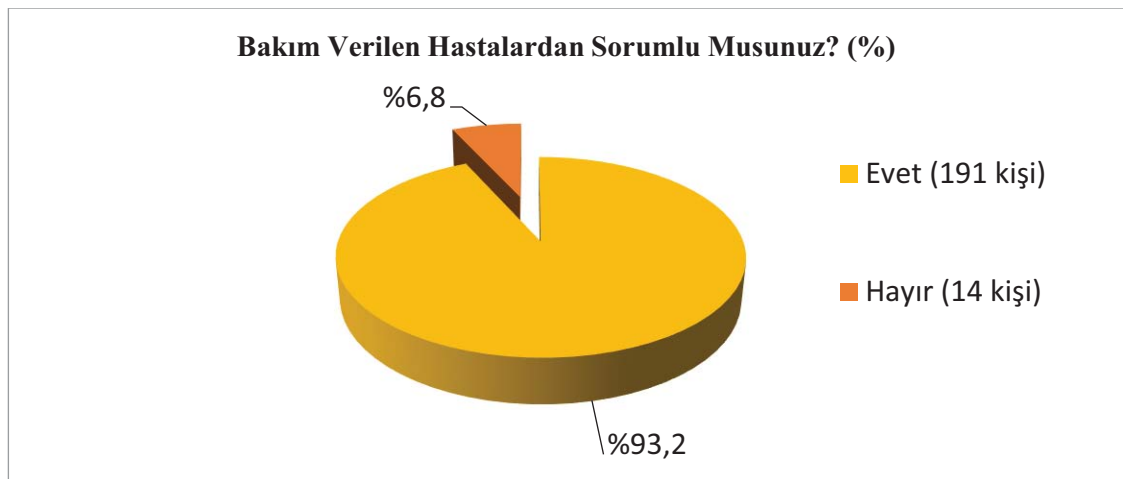


**Şekil 33.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Kurumda Kendilerine Psikolojik Destek Verecek Personel İsteme Durumları

Bakım verenlerin 170'i (%82,9) çalıştıkları kurumlarda kendilerine psikolojik destek verecek personel istemekte iken 35'i (%17,1) istememektedir.

Bakım verenlerle yapılan görüşmelerde, çalıştıkları kurumlarda kendilerine psikolojik destek verecek personel istemeyenlerin, yaşadıkları sorunları iş

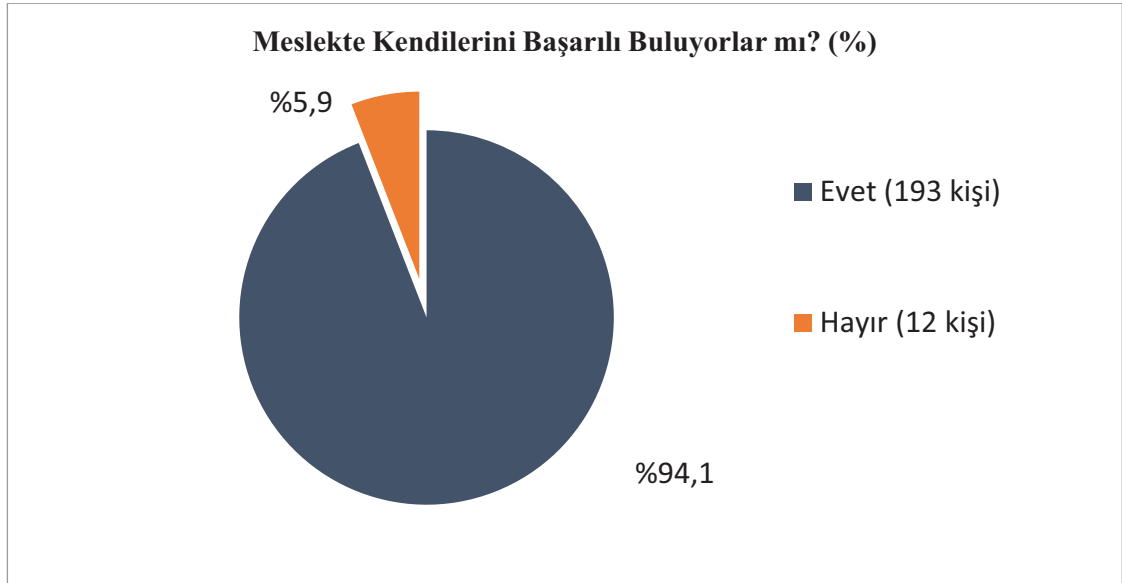
arkadaşlarıyla paylaştıkları ve onlardan destek aldıkları bilgisine ulaşılmıştır. Ayrıca kurumda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının da, sorunları olduğu zaman kendilerine yardımcı oldukları bilinmektedir. Ancak, psikolojik destek verecek birini isteyenlerin sayısının yüksek olması, sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen desteğin kurumun bütününe yayılmadığını, hizmetlerden bakım verenlerin hepsinin yararlanamadığını göstermektedir. Bu da kurumda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına verilen önemin ve sayılarının artırılması gerekliliğini açığa çıkarmaktadır. Bilindiği gibi disiplinlerarası çalışan sosyal hizmet uzmanları aldıkları çok yönlü eğitim ve sahip oldukları geniş vizyonla, sadece hastaları değil, bakım verenleri de desteklemektedirler.



**Şekil 34.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Hastalarından Sorumlu Olduklarını Düşünme Durumları

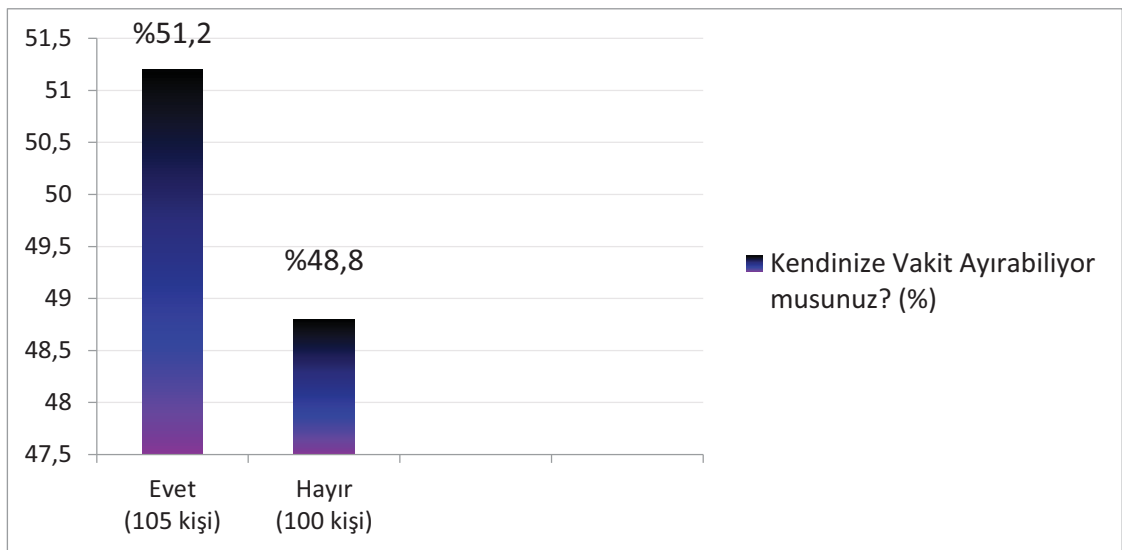
Bakım verenlere, bakım verdiğiniz kişilerin durumlarından sorumlu olduğunuzu düşünüyor musunuz diye sorulduğunda, araştırmaya katılanların 191'i (%93,2), sorumlu olduğunu, 14'ü (%6,8) ise bakım verdiği hastalardan sorumlu olmadıklarını belirtmişlerdir.

Sorumlu olduğunu düşünenlerin sayısının yüksek çıkması beklenen bir durumdur çünkü, özellikle hastalık ilerledikçe yaşlılar, bağımsız olarak hareket edebilme fonksiyonlarını tamamen kaybetmekte ve giderek bakım verene bağımlı yaşamaya başlamaktadırlar.



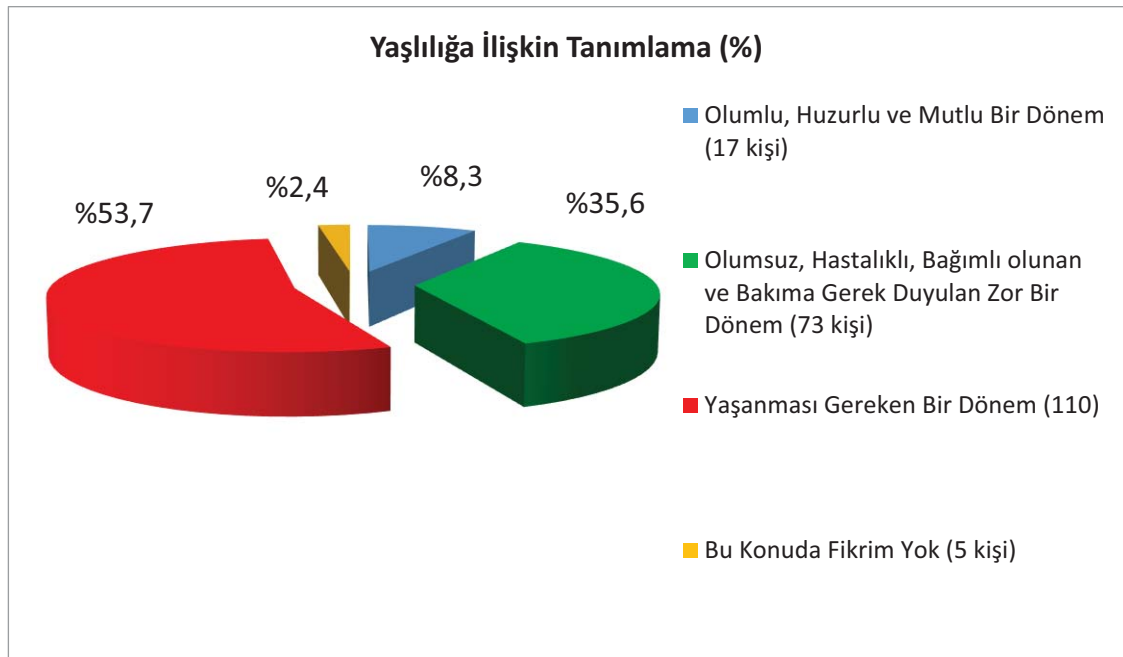
**Şekil 35.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Meslekte Kendini Başarılı Bulma Durumları

Bakım verenlerin 193'ü (%94,1) mesleklerinde kendilerini başarılı bulurken, 12'si (%5,9) bulmamaktadır. 2008 yılında Bektaş ve İlhan tarafından yapılan çalışmada da araştırmaya katılanların %65'i kişisel başarı durumlarını "iyi" olarak bulduklarını belirtmişlerdir. Buradan da bakım verenlerin çalıştıkları kurumlarda, yaşlılar için yapabilecekleri her şeyi yaptıklarını düşündükleri sonucuna ulaşılabilir.



**Şekil 36.** Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Kendilerine Vakit Ayırabilme Durumları.

Bakım verenlere kendinize vakit ayırabiliyor musunuz? diye sorulduğunda çalışmaya katılanların 105'i (%51,2) gün içinde kendisine vakit ayırabildiğini, 100'ü (%48,8) ise vakit ayıramadığını belirtmiştir. Görüldüğü gibi rakamlar birbirine çok yakındır. Rakamların birbirine bu kadar yakın olmasının nedeninin, çalışılan kurumlar arasındaki yapısal farklılıklarla açıklanabileceği düşünülmektedir. Çünkü huzurevlerinde çalışan personel sayısı, yatan hasta sayısı, kurumun belirlediği çalışma saatleri ve iş bölümü farklılık göstermektedir.

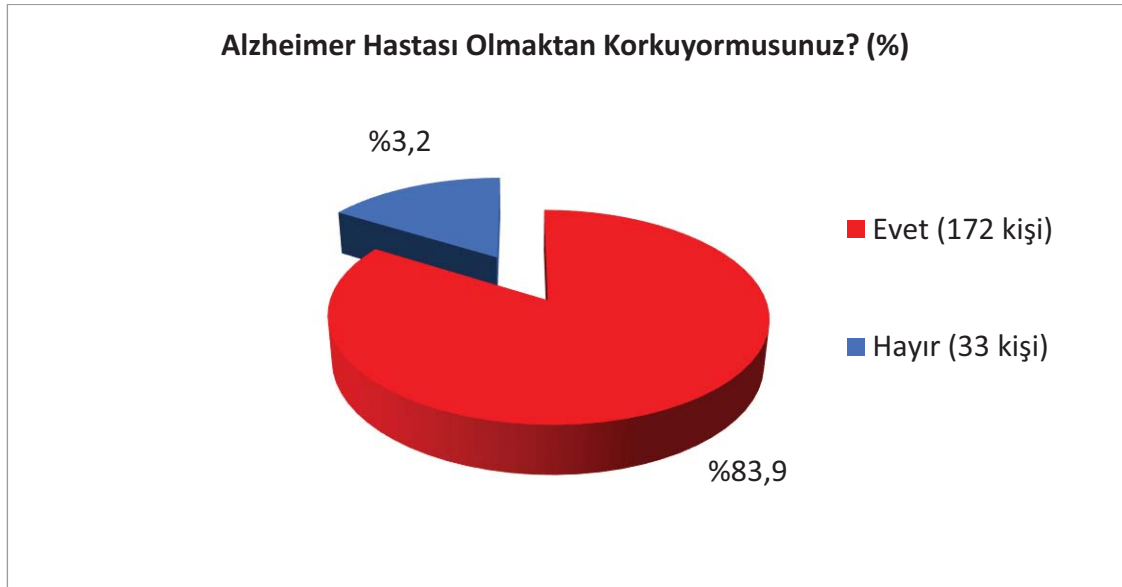


**Şekil 37.** Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Yaşlılık Tanımlamaları.

Bakım verenlerin 17'si (%8,3) yaşlılığı olumlu, huzurlu ve mutlu bir dönem olarak tanımlamakta iken 73'ü (%35,6) olumsuz, hastalıklı, bağımlı olunan ve bakıma gerek duyulan zor bir dönem olarak tanımlamıştır. 110'u (%53,7) yaşlılığı yaşanması gereken bir dönem olarak belirtmiş ve 5'i (%2,4) herhangi bir fikrinin olmadığını söylemiştir.

2010 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde, araştırmaya katılanların %66,8'i yaşlılığı doğal bir süreç olarak gördüklerini belirtmiş, %50,2 ve 41,5'lik kısmı ise yaşlılığı fonksiyon kaybı ve bağımlı bir dönem olarak ifade etmişlerdir.

Huzurevinde çalışan bakım verenlerin, çevrelerinde gördükleri yaşlıların çoğunluğunun, bilişsel fonksiyonlarını kaybetmiş olmaları, sürekli olarak birine muhtaç olmaları ve bağımlı yaşamaları sebebiyle, yaşlılığı olumlu bir dönem olarak görenlerin sayısının düşük çıktığı düşünülmektedir.



**Şekil 38.** Alzheimer Hastasına Alzheimer Hastalığından Korkma Durumları

Bakım verenlerin 172'si (%83,9) ilerde alzheimer hastası olmaktan korkmakta iken, 33'ü (%15,1) korkmamaktadır. Bunun sebebi olarak huzurevinde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin, hastalığın her aşamasını görerek tecrübe etmeleri gösterilebilir. Bilindiği gibi hastalık ilerledikçe, semptomları da giderek kötüleşmekte ve hasta bağımsız yaşayamamaktadır. Örneğin, beslenme ve boşaltım sorunları ortaya çıkmakta, fiziksel aktiviteler durma noktasına gelip, hasta yatağa bağımlı hale gelebilmektedir. Çevresindeki olaylara karşı kayıtsız kalıp kendisini bile tanımayabilmektedir. Psikolojik sorunlar derinleşmektedir. Hasta da meydana gelen tüm bu değişiklikleri gören bakım verenlerin, ilerde Alzheimer hastası olmaktan korkmaları da beklenen bir durumdur.

## 4.2. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİNDEN ELDE EDİLEN BULGULAR

Bu bölümde bakım verenlerin; sosyodemografik özellikleri, psikososyal durumları, ev ortamları, ekonomik durumları ve çalışma hayatlarına ait bulgular ile Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği arasındaki ilişkiler incelenmektedir.

**Tablo 8.** Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu

Puan Dağılımı	n	%
0-20 bakım yükü yok	44	21,5
21-40 hafif bakım yükü	104	50,7
41-60 orta bakım yükü	48	23,4
61-72 ağır bakım yükü	9	4,4
<b>Bakım Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalaması</b>	<b>33,18 ± 13,96</b>	

Araştırmaya katılan bakım verenlerin, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında, en az puanın 0, en fazlasının ise 72 olduğu görülmektedir. Bilindiği gibi ölçekten alınabilecek min. puan 0 iken, max. puan 88'dir ve alınan puan yükseldikçe, bakım verme yükünün de arttığı bilinmektedir. Ortalama puan ise 33,18 olarak bulunmuştur. Bakım verenlerden 44'ünün (%21,5) bakım yükü yaşamadığı, 104'ünün (50,7) hafif, 48'inin (23,4) orta, 9'unun (%4,4) ise ağır bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir. Ağır ve orta bakım yükü yaşayan 57 kişinin; çalışma saatleri, yoğun iş temposu, gelir düşüklüğü, ekip üyeleri ile çalışma zorluğu, rol karmaşası, iş güvenliği eksikliği, hasta yakınları ve yönetici ile yaşanan sorunlar vs. sebeplerden ötürü sıkıntı yaşadıkları sonucuna varılabilir.

**Tablo 9.** Bakım Verenlerin Mesleklerine Göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu

	<i>Doktor</i>		<i>Hemşire</i>		<i>Sosyal Hizmet Uzmanı</i>		<i>Bakım Elemanı</i>		<i>Diğer</i>		<i>Toplam</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>0-20 Bakım Yüğü Yok</b>	3	1,5	9	4,4	5	2,4	22	10,7	5	2,4	44	21,5
<b>21-40 Hafif Bakım Yüğü</b>	0	0	19	9,3	11	5,4	64	31,2	10	4,9	104	50,7
<b>41-60 Orta Bakım Yüğü</b>	0	0	10	4,9	2	1	35	17,1	1	0,5	48	23,4
<b>61-72 Ağır Bakım Yüğü</b>	0	0	2	1	0	0	5	2,4	2	1	9	4,4
<b>Toplam</b>	3	1,5	40	19,5	18	8,8	126	61,5	18	8,8	205	100

Bakım verenlerin meslek gruplarına göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlara göre; doktorların bakım yüğü yaşamadıkları, hemşirelerin; 9'unun (%4,4) bakım yüğü yaşamadığı, 19'unun (%9,3) hafif bakım yüğü, 10'unun (%4,9) orta bakım yüğü, 2'sinin (%1) ağır bakım yüğü yaşadığı saptanmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının 5'inin (%2,4) bakım yüğü yaşamadıkları, 11'inin (%5,4) hafif bakım yüğü, 2'sinin (%1) orta bakım yüğü yaşadıkları, bakım elemanlarının; 22'sinin (%10,7) bakım yüğü yaşamadıkları, 64'ünün (31,2) hafif bakım yüğü, 35'inin (%17,1) orta bakım yüğü, 5'inin (%2,4) ağır bakım yüğü yaşadıkları belirlenmiştir.

Fizyoterapist, acil tıp teknisyeni gibi diğer mesleklerde çalışanların ise 5'inin (%2,4) bakım yüğü yaşamadıkları, 10'unun (%4,9) hafif bakım yüğü, 1'inin (%0,5) orta bakım yüğü, 2'sinin (%1) ağır bakım yüğü yaşadıkları belirlenmiştir.

**Tablo 10.** Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu

	<i>Hemşire</i>			
	<i>K</i>		<i>E</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>0-20 Bakım Yüğü Yok</b>	3	1,46	6	2,88
<b>21-40 Hafif Bakım Yüğü</b>	15	7,31	4	1,92
<b>41-60 Orta Bakım Yüğü</b>	9	4,38	1	0,48
<b>61-72 Ağır Bakım Yüğü</b>	2	0,99	0	0
<b>Toplam</b>	29	14,14	11	5,28

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında kadın hemşirelerin 3'ünün (%1,46), erkek hemşirelerin ise 6'sının (%2,88) bakım yüğü yaşamadıkları belirlenmiştir. Kadın hemşirelerden 15'inin (%7,31) hafif bakım yüğü, 9'unun (%4,38) orta bakım yüğü, 2'sinin (%0,99) ağır bakım yüğü yaşadıkları, erkek hemşirelerden ise, 4'ünün (%1,92) hafif bakım yüğü, 1'inin (%0,48) orta bakım yüğü yaşadıkları saptanmıştır. Tablodan ayrıca kurumlarda çalışan kadın hemşirelerin sayısının, erkek hemşire sayısından fazla olduğu sonucuna da ulaşılmaktadır.

**Tablo 11.** Sosyal Hizmet Uzmanlarının Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu

	<i>Sosyal Hizmet Uzmanı</i>			
	<i>K</i>		<i>E</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>0-20 Bakım Yüğü Yok</b>	3	1,47	2	0,96
<b>21-40 Hafif Bakım Yüğü</b>	9	4,38	2	0,96
<b>41-60 Orta Bakım Yüğü</b>	0	0	2	0,96
<b>61-72 Ağır Bakım Yüğü</b>	0	0	0	0
<b>Toplam</b>	12	5,85	6	2,88

Sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında 12'sinin kadın, 6'sının erkeklerden olduğu görülmektedir. Kadın sosyal hizmet uzmanlarından 3'ünün (%1,47), erkek sosyal hizmet uzmanlarından ise 2'sinin



(%0,96) bakım yükü yaşamadıkları belirlenmiştir. Kadın sosyal hizmet uzmanlarından 9'u (%4,38) hafif bakım yükü yaşarken, erkek sosyal hizmet uzmanlarından 2'si (%0,96) hafif bakım yükü, 2'si (%0,96) orta bakım yükü yaşamaktadır. Ağır bakım yükü yaşayan sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktadır. Bu durumun da sosyal hizmet uzmanlarının meslekteki yeterlilikleri ve aldıkları profesyonel eğitim ile karşılaştıkları zorlukların üstesinden nasıl geleceklerini bilmeleri ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

**Tablo 12.** Bakım Elemanlarının Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu

	<i>Bakım Elemanı</i>			
	<i>N</i>	<i>K</i> <i>%</i>	<i>N</i>	<i>E</i> <i>%</i>
<b>0-20 Bakım Yükü Yok</b>	22	10,72	0	0
<b>21-40 Hafif Bakım Yükü</b>	54	26,36	10	4,80
<b>41-60 Orta Bakım Yükü</b>	33	16,09	2	0,93
<b>61-72 Ağır Bakım Yükü</b>	5	2,43	0	0
<b>Toplam</b>	114	55,60	12	5,73

Bakım elemanlarının cinsiyetlerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında kadın bakım elemanlarından 22'sinin (%10,72) bakım yükü yaşamadığı görülmektedir. Erkek bakım elemanlarından ise bakım yükü yaşamayan yoktur. Kadın bakım elemanlarından 54'ü (%26,36) hafif bakım yükü, 33'ü (%16,09) orta bakım yükü, 5'i ağır bakım yükü yaşamaktadır. Erkek bakım verenlerin ise 10'u (%4,80) hafif bakım yükü ve 2'si (%0,93) orta bakım yükü yaşamaktadırlar. Yaptıkları işlere göre hissettikleri bakım yüklerinin ağır olmaması durumunun, işlerini severek yapmaları ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

**Tablo 13.** Diğer Bakım Verenlerin Cinsiyetlerine Göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu

	<i>Diğer Bakım Verenler</i>			
	<i>K</i>		<i>E</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>0-20 Bakım Yükü Yok</i>	4	1,95	1	0,48
<i>21-40 Hafif Bakım Yükü</i>	6	2,94	4	1,92
<i>41-60 Orta Bakım Yükü</i>	1	0,48	0	0
<i>61-72 Ağır Bakım Yükü</i>	1	0,48	1	0,48
<i>Toplam</i>	12	5,85	6	2,88

Araştırmaya katılan fizyoterapist, acil tıp teknisyeni, huzurevi sahibi gibi diğer meslek gruplarının cinsiyetlerine göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları bakıldığında kadınlardan 4'ünün (%1,95), erkeklerden ise 1'inin (%0,48) bakım yükü yaşamadıkları görülmektedir. Kadınlardan 6'sının (%2,94) hafif bakım yükü, 1'inin (%0,48) orta bakım yükü, 1'inin ise (%0,48) ağır bakım yükü yaşadıkları belirlenmiştir. Erkeklerden ise 4'ünün (%1,92) hafif bakım yükü, 1'inin (%0,48) ağır bakım yükü yaşadıkları görülmektedir.

**Tablo 14.** Mesleklerine Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Meslek</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>F değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Doktor</i>	15.3333	4.61880			
<i>Hemşire</i>	32.9500	14.01821			
<i>Sosyal Hizmet Uzmanı</i>	28.2222	10.24727	2.169	0.074	-
<i>Bakım Elemanı</i>	34.5397	13.99809			
<i>Diğer</i>	32.1111	15.59370			
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin meslekleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde meslek faktörünün düzey sayısı 2 den fazla olduğu için F testi kullanılmıştır.

$p=0.074 > \alpha=0,05$  olduğundan bakım verme yükü ve meslek değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bilindiği gibi huzurevinde çalışan bakım verenlerin hepsi yaşlılarla ilgilenmekte ve onlardan uzak kalamamaktadırlar. Bir kısmı onların beslenme, temizlik gibi ihtiyaçlarını karşılarken, bir kısmı hareket etmelerine yardımcı olmakta, ilaçlarının düzenli verilmesini sağlamakta, bir kısmı rutin sağlık muayenelerini yaparken bir kısmı da sosyal açıdan onları destekleyip, yaşamdan kopmamalarını sağlamaktadırlar. Buradan da araştırmaya katılan bakım verenlerin, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, bakım elemanı ya da diğer mesleklerden olmalarının hissedilen bakım verme yükünü değiştirmedeği sonucuna ulaşılabılır.

**Tablo 15.** Yaşa Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Yaş Grubu</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>F değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<b>18-32 Yaş</b>	30.2500	11.03102			
<b>33-47 Yaş</b>	33.6979	13.49317	4.194	0.016	3>1
<b>48-62 Yaş</b>	38.4242	19.17360			
<b>Toplam</b>	33.1805	13.96289			

Yaş grubu ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde yaş grubu faktörünün düzey sayısı 2 den fazla olduğu için F testi kullanılmıştır. Yapılan analizde,  $p=0.016 < \alpha = 0.05$  olduğundan bakım verenlerin yaş grupları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark araştırmaya katılan 48-62 yaş grubu lehinedir. Ören (2016, s.57-58) tarafından yapılan çalışmada da, bakım verme yükü ve yaş değişkeni arasında, araştırma sonuçlarına paralel olarak, anlamlı bir fark bulunmuştur. 48-62 yaş grubundaki bireylerin yaşam enerjilerinin 13-32 ve 33-47 yaş grubundaki bireylere göre

daha düşük olduğu, bu sebeple de bakım yükünü daha çok hissettikleri düşünülebilir.

**Tablo 16.** Cinsiyetlere Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Cinsiyet</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Kadın</i>	34.2275	14.31558			
<i>Erkek</i>	28.5789	11.34861	2.274	0.024	1>2
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin cinsiyetleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde cinsiyet faktörünün düzey sayısı 2 olduğu için analizde t testi kullanılmıştır.  $p=0.024 < \alpha = 0.05$  olduğundan araştırmaya katılan bakım verenlerin cinsiyetleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark kadın lehinedir.

2015 yılında Thomson (s.26) tarafından yapılan bir çalışmada ise, araştırma bulgularından farklı olarak bakım verme yükünün cinsiyet ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde, 2006 yılında Çetinkaya (s.74) tarafından yapılan çalışmada da ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 17.** Eğitim Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>F değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>İlköğretim Mezunu</i>	36.2639	15.13600			
<i>Ortaöğretim Mezunu</i>	30.2237	12.25137			
<i>Yükseköğretim Mezunu</i>	33.2281	13.95147	3.546	0.031	1>2
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin eğitim durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde eğitim durumu faktörünün düzey sayısı 2 den fazla olduğu için F testi kullanılmıştır.

$p=0.031 < \alpha = 0.05$  olduğundan bakım verenlerin eğitim durumu ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ilköğretim mezunu lehinedir. Araştırma sonucuna paralel olarak, Ören (2016, s.60)'de eğitim durumu ile bakım yükünün ilişkili olduğunu belirtilmiştir.

**Tablo 18.** Medeni Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Medeni Hal</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>F değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Evli</i>	34.5917	14.13886			
<i>Bekar</i>	30.2571	12.90510			
<i>Dul</i>	29.2000	15.31013	3.779	0.011	4>3
<i>Eşinden Ayrı Yaşıyor</i>	48.2000	8.04363			
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin medeni durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde medeni hal faktörünün düzey sayısı 2 den fazla olduğundan F testi kullanılmıştır.

$p=0.011 < \alpha = 0.05$  olduğundan bakım verenlerin evli olmaları, bekar olmaları, dul olmaları ya da eşlerinden ayrı yaşamaları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark eşinden ayrı yaşıyor lehinedir. Bakım verenlerden evli, bekar ya da dul olanların, eşlerinden ayrı yaşayanlara göre daha düzenli bir yaşamlarının olduğu düşünülebilir. Eşinden ayrı yaşayanlar ise hala evli olmasına rağmen eşiyile beraber yaşamıyordu. Yapılan görüşmelerde eşinden ayrı yaşayanların çoğunlukla, çocuklarının gözleri önünde şiddete uğradıkları bilgisine ulaşılmıştır ve bazıları çocuklarını diğer

ebeveynlerden almışken, bazıları alamamış ve çocuklarından ayrı yaşamaktadırlar. Özel hayatlarında bu gibi sorunlarla uğraşan bakım verenlerin, çalıştıkları ortamlarında çok yoğun ve yorucu olduğu dikkate alınır, bakım yükü hissetmelerinin beklenen bir durum olduğu düşünülebilir.

**Tablo 19.** Gelir Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Gelir Durumu</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Evet</i>	29.2584	12.81825			
<i>Hayır</i>	36.1897	14.10946	-3.626	0.000	2>1
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Gelir durumu ile bakım yükü arasındaki analizde gelir durumu faktörünün düzey sayısı 2 olduğundan t testi kullanılmıştır.  $p=0.000 < \alpha = 0.05$  olduğundan gelir durumu ile bakım yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Fark hayır lehinedir. Farkın hayır lehine çıkması beklenen bir durum olarak düşünülebilir. Çünkü bakım verenlerin yaptıkları işlerin niteliğine ve yoğunluğuna bakıldığında ücretlerinin düşük olduğu düşünülmektedir. Özmete (2016, s.252) tarafından ve Barutçu ve Serinkan (2008, s. 556) tarafından yapılan çalışmalarda da ekonomik olarak, yapılan işin karşılığının alınamaması bakım verenlerde stres nedeni olarak gösterilmiştir.

**Tablo 20.** Kurumda Çalıştıkları Yıl Süresine Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Çalışılan Yıl</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>F değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>1 Yıl</i>	32.0079	13.01476			
<i>2 Yıl</i>	32.6522	12.61892			
<i>3 Yıl ve Daha Fazla</i>	36.0357	16.21443	1.642	0.196	-
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Çalışılan yıl ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde çalışılan yıl faktörünün düzey sayısı 2 den fazla olduğundan F testi kullanılmıştır.

$p=0.196 > \alpha=0,05$  olduğundan bakım verenlerin çalıştıkları yıl ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde Thomson (2015, s.26) tarafından yapılan çalışma ile Ören (2016, s.57) tarafından yapılan çalışmada çalışılan yıl ve bakım verme yükü arasında fark bulunmadığı belirtilmiştir.

**Tablo 21.** Aynı Kurumda Çalıştıkları Süreye Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Durumu

	1 Yıl		2 Yıl		3 Yıl ve Daha Fazla		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>0-20 Bakım Yükü Yok</b>	31	15,1	3	1,5	10	4,9	44	21,5
<b>21-40 Hafif Bakım Yükü</b>	64	31,2	13	6,3	27	13,2	104	50,7
<b>41-60 Orta Bakım Yükü</b>	27	13,2	7	3,4	14	6,8	48	23,4
<b>61-72 Ağır Bakım Yükü</b>	4	2	0	0	5	2,4	9	4,4
<b>Toplam</b>	126	61,5	23	11,2	56	27,3	205	100

Bakım verenlerin çalıştıkları süreye göre Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında aynı kurumda 1 yıl çalışanlardan 31'inin (%15,1) bakım yükü yaşamadığı, 64'ünün (%31,2) hafif bakım yükü yaşadıkları, 27'sinin (%13,2) orta bakım yükü yaşadığı, 4'ünün (%2) ağır bakım yükü belirlenmiştir. Aynı kurumda 2 yıl ve daha fazla süre çalışanlardan 3'ünün (%1,5) bakım yükü yaşamadığı, 13'ünün (%6,3) hafif bakım yükü yaşadığı, 7'sinin (%3,4) orta bakım yükü yaşadığı görülmüştür. Aynı kurumda 3 yıl ve daha fazla süredir çalışanlardan 44'ünün (%21,5) bakım yükü yaşamadığı, 104'ünün (%50,7) hafif bakım yükü yaşadığı, 48'inin (23,4) orta bakım yükü yaşadığı, 9'unun (%4,4) ağır bakım yükü yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 22.** İşlerini Sevme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>İşini Sevme</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Evet</i>	32.9598	13.78179			
<i>Hayır</i>	40.5000	19.14941	-1.306	0.193	-
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

İşini sevme durumu ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde işini sevme faktörünün düzey sayısı 2 olduğundan t testi kullanılmıştır.

$p=0.193 > \alpha=0,05$  olduğundan işini sevme ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç şaşırtıcı olarak değerlendirilebilir. Çünkü işini severek yapanların bakım yüklerinin daha düşük çıkması beklenirdi.

Araştırma bulgularından, bakım verenlerin, geçimlerini sağlayabilmek için mesleklerini yapmak zorunda olduklarını düşündükleri ve işlerini sevip sevmeme durumlarını, yaşlılara verdikleri bakımın önünde bir engel olarak görmedikleri sonucuna varılabilir.

Akdemir ve arkadaşları tarafından (2010, s.58) yapılan çalışma da ise araştırma bulgularına ters olarak, mesleğini severek sürdürenlerin tükenmişliklerinin az olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Bektaş ve İlhan (2008, s.131) tarafından yapılan çalışmada da, çalıştığı yerden memnun olmayanların tükenmişliklerinin, çalıştığı yerden memnun olanlara oranla yüksek olduğu belirtilmiştir.



**Tablo 23.** İşlerinden Doyum Elde Etme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>İş Doyumu</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<b>Evet</b>	31.2865	12.92352			
<b>Hayır</b>	42.7059	15.25645	-4.592	0.000	2>1
<b>Toplam</b>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin işlerinden doyum elde etme durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde doyum faktörünün düzey sayısı 2 olduğundan t testi kullanılmıştır.  $p=0.000 < \alpha=0,05$  olduğundan doyum ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark hayır lehinedir. Bektaş ve İlhan (s.134) tarafından yapılan çalışma da araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

**Tablo 24.** Kursa Katılım Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Kursa Katılım</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<b>Evet</b>	33.8120	14.26011			
<b>Hayır</b>	32.0139	13.41588	0.880	0.380	-
<b>Toplam</b>	33.1805	13.96289			

Kursa katılım ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde kursa katılım faktörünün düzey sayısı 2 olduğundan t testi kullanılmıştır.

$p=0.380 > \alpha=0,05$  olduğundan bakım verenlerin bakım verme ile ilgili kursa katılım durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cheah ve Moon'un da belirttiği gibi, yaşlı insanların kendilerine

has ve özel ihtiyaçları olduğu bilinmekte ve sağlık uzmanlarının, yaşlı hastaların kapsamlı ve sürekli bir değerlendirmesini yapabilmeleri için, uzmanlık becerilerinin uygulanması gerektiği savunulmaktadır (akt; Joy ve diğerleri, 2000, s.1042). Bu sebeple, bakım verenlerin hepsinin bakım verme ile ilgili bir kursa katılmış ve konularında uzmanlaşmış olmaları beklenmektedir.

Araştırma bulgularında kursa katılım durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark olmayışının da, bakım verenlerin daha önceden bakım geçmişlerinin olup, mesleği ve yaşlılara karşı nasıl yaklaşımları gerektiğini öğrenmiş olmalarıyla açıklanabileceği düşünülmektedir.

**Tablo 25.** Ortalama Bakım Saatine Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Ortalama Bakım Saati</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>F değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<b>1-2 Saat</b>	36.8000	24.18057			
<b>3-4 Saat</b>	31.5000	8.73689			
<b>5-6 Saat</b>	27.4286	10.51529	0.968	0.409	-
<b>7 Saat ve Daha Fazla</b>	33.5604	13.94560			
<b>Toplam</b>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin ortalama bakım saati ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde ortalama bakım saati faktörünün düzey sayısı 2 den fazla olduğundan F testi kullanılmıştır.

$p=0.409 > \alpha=0,05$  olduğundan bakım verenlerin ortalama bakım saati ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Salam ve arkadaşları (2014, s.162) tarafından yapılan çalışma da ise araştırma sonuçlarına ters olarak, haftada 50 saat ve daha fazla süre çalışanların daha stresli oldukları belirtilmiştir. Genel olarak yaşlıya verilen bakım saati ile bakım verme yükü arasında ilişki olması beklenirdi. Ancak burada bakım verenlerin çoğunun (%97,1) işlerini seyerek yapmaları sebebiyle, bakım yükü hissetmedikleri düşünülebilir.

**Tablo 26.** Psikolojik Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Psikolojik Durum</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>F değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Ümitsiz</i>	41.3077	14.78391			
<i>Karamsar</i>	39.3556	14.65692			
<i>Şüpheli</i>	36.0000	13.25573	7.633	0.000	1>2>4
<i>Umut Dolu</i>	29.9545	12.71224			
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Psikolojik durum ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde, psikolojik durum faktörünün düzey sayısı 2 den fazla olduğu için F testi kullanılmıştır.

Yapılan analizde,  $p=0.000 < \alpha=0,05$  olduğundan bakım verenlerin psikolojik durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Fark hayata karşı ümitsiz olanlar lehinedir.

Bakım verenlerin, alzheimer hastalarının tüm sorumluluğunu üstlendikleri bilinmektedir. Bunlara ek olarak, hasta ile yaşanan iletişim ve davranış bozuklukları, hastalardan şiddet görme, hasta yakınları ile yaşanan sorunlar, iş arkadaşlarıyla olan sıkıntılar, çalışma ortamındaki rol belirsizlikleri, yöneticilerle anlaşamama, maaşların yetersizliği, vardiyalı çalışma saatleri, gece nöbetleri, özel hayatta yaşanan problemler gibi sebeplerin bakım verenler üzerinde baskı oluşturduğu ve onları psikolojik olarak olumsuz etkilediği bilinmektedir. Özellikle de bakım verenlerin geleceğe yönelik olarak umutlarının tükendiği ve ümitsizliğe kapıldıkları durumlarda bakım yükü hissetmeleri, beklenen bir durum olarak görülebilir.

**Tablo 27.** Hastalara Karşı Sorumluluk Hissetme Durumlarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Sorumluluk</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Evet</i>	33.5183	13.67473			
<i>Hayır</i>	28.5714	17.37246	1.282	0.201	-
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin hastalarına karşı sorumluluk hissetme durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde sorumluluk faktörünün düzey sayısı 2 olduğu için t testi kullanılmıştır.

Yapılan analizde,  $p=0.201 > \alpha=0,05$  olduğundan hastaya karşı duyulan sorumluluk ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü bakım verenin, bakım verdiği hastaya karşı sorumlulukları ve yapması gerekenler belli olup, hastaya karşı duyduğu sorumluluk hissini, onun çalışma rutinini çok fazla etkilemeyeceği düşünülmektedir.

**Tablo 28.** Alzheimer Hastalığından Korkmalarına Göre Bakım Verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<i>Alzheimer Hastalığından Korkma</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t değeri</i>	<i>p değeri</i>	<i>Fark</i>
<i>Evet</i>	34.0930	14.34588			
<i>Hayır</i>	28.4242	10.73845	2.155	0.032	1>2
<i>Toplam</i>	33.1805	13.96289			

Bakım verenlerin ileride Alzheimer hastası olmaktan korkma durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde alzheimer hastalığından korkma faktörünün düzey sayısı 2 olduğu için t testi kullanılmıştır.

Yapılan analizde,  $p=0.032 < \alpha=0,05$  olduğundan alzheimer hastası olmaktan korkma durumu ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Fark evet lehinedir. Analizin bu şekilde çıkması beklenen bir durumdur çünkü, daha öncede belirtildiği gibi bakım verenler, Alzheimer hastalığının her evresine yakından tanıklık ederler. Bilişsel bozukların çok fazla olmadığı, hastanın hala bağımsız olarak yaşamını sürdürebildiği ilk evrelerden, hastanın tamamiyle başkasına bağımlı olduğu sürece kadar ki değişiklikleri hasta ile birebir yaşayarak görürler. Bakım verenlerden %83,9'unun, yaşlılığın kaçınılmaz bir dönem ve alzheimer hastalığının da çağın hastalığı olduğunu bildikleri için, alzheimer hastası olmaktan korktukları bilinmekte ve bunun da üstlerinde baskı oluşturarak, bakım yükünü daha fazla hissetmelerine sebep olduğu tahmin edilmektedir.

## 5. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatür taraması yapıldığında genel olarak, diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile araştırma sonuçlarının paralellik gösterdiği saptanmıştır.

Örneğin bakım verenlerin cinsiyetlerine ilişkin yapılan diğer çalışmalar da, araştırma sonuçlarıyla benzer olarak, kadın bakım verenlerin sayısının, erkek bakım verenlerin sayısından fazla olduğu belirlenmiştir. Ünal ve arkadaşları (s.117) tarafından, 2012 yılında yapılan bir çalışmada araştırmaya katılanların %75,5'inin, Danış ve Genç (s.176) tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada da araştırmaya katılanların %80'inin kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Özmete (2016, s.249) ile Arun ve Pamuk (2014, s.25) tarafından yapılan çalışmalarda araştırmadan elde edilen bulguları desteklemektedir.

Bakım verenlerin yaşları incelendiğinde, 33-47 yaş grubundaki bakım verenlerin sayısal olarak üstün oldukları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da genel olarak bakım verenlerin orta yaş grubundan oluştuğu görülmüştür. Örneğin; Barutçu ve Serinkan (2008, s.552) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan 64 kişiden, 30'unun 34 ve üzeri yaşlardan, Kızılırmak ve Demir (2016, s.134) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin %46,6'sının 35-43 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Mandıracıoğlu ve Çam (2004, s.30) ile Ünal ve arkadaşları (2012, s.117) tarafından yapılan çalışmalar da araştırma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Eğitim durumlarına bakıldığında bakım verenlerden, ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olanların sayılarının fazla olduğu saptanmıştır. Çetinkaya (2008, s.89) tarafından yapılan çalışmada da araştırma sonuçlarıyla paralel olarak, bakım verenlerin %37,4'ü ilkokul mezunu iken, %28,9'u lise ve dengi okul mezunu olarak bulunmuştur.

Bakım verenlerin medeni durumlarına bakıldığında evli olanların sayısının diğerlerinden fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde genel olarak bakım verenlerin çoğunun evli olduğu ve sonuçların araştırma bulgularıyla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Örneğin, Özmete (2016, s.249) tarafından yapılan çalışmada araştırmaya katılanların %82,1'inin evli; Kızılırmak ve Demir (2016, s.134) tarafından yapılan çalışmada araştırmaya katılanların %62,9'unun evli olduğu görülmüştür. Ayrıca Barutçuoğlu ve Serinkan (2008, s. 552) ile Özgür ve diğerleri (2011, s.298) tarafından yapılan çalışmalar da, araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Yapılmış diğer çalışmalarda da bakım verilen yaşlıların, araştırma sonuçlarına benzer olarak, Alzheimer hastalığından başka hastalıklarının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Altıparmak (2009, s.161) ve Akyar (2006, s.22) tarafından yapılan çalışmalarda araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca bakım verenlerin çoğunun, diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi, çekirdek aile yapısından oluştuğu belirlenmiştir. Ünal ve diğerleri (2012, s.117) ile Barutçu ve Serinkan (2008, s.552) tarafından yapılan çalışmaların sonuçları da araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Bu kısımda çalışmanın sonunda elde edilen sonuçlar ile önerilere yer verilmektedir. Elde edilen sonuçlar, Bakım Verenleri Tanıtıcı Sonuçlar ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden Elde Edilen Bulgulara Ait Sonuçlar ve Öneriler olmak üzere iki ana bölüm altında sunulmaktadır.

### **5.1. BAKIM VERENLERİ TANITICI SONUÇLAR**

Bu bölümde araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinden elde edilen sonuçlara yer verilmiştir ve kendi içerisinde beş alt bölüme ayrılarak, Sosyodemografik, Psikososyal, Çalışma Hayatına Yönelik, Ev Ortamına Yönelik ve Ekonomik Duruma Yönelik Özelliklerden Elde Edilen Bulgulara Ait Sonuçlar başlıkları altında sunulmaktadır.

### 5.1.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Sonuçlar

Bu bölümde bakım verene ait yaş, meslek, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu gibi özelliklerden elde edilen sonuçlar incelenmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerin cinsiyetleri incelendiğinde, kadın bakım verenlerin sayısının, erkek bakım verenlerden fazla olduğu görülmüştür.

Yaşları incelendiğinde, en küçük yaşın 18, en büyük yaşın ise 62 olduğu görülmüş ve ortalama yaşları 36,5 olarak bulunmuştur.

Bakım verenlerin mesleklerine bakıldığında, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, bakım elemanı, sağlık personeli, müdür/şef, fizyoterapist, temizlik personeli, bakım teknikeri, büro elemanı, acil tıp teknisyeni ve huzurevi sahibinden oluştuğu ve bakım elemanlarının, sayısal olarak daha fazla oldukları görülmektedir.

Eğitim durumlarına bakıldığında ortaöğretim ve ilköğretim mezunu olanların sayısının, yükseköğretim mezunu olanların sayısından fazla olduğu belirlenmiştir.

Medeni durumlarına bakıldığında 120'sinin evli, 70'inin bekar, 10'unun dul ve 5'inin ise eşinden ayrı yaşadığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre özelliklerine bakıldığında, araştırmaya katılanların çoğunun, çocuğu olduğu belirlenmiştir. Çocuk sahibi olanlar içerisinde de iki çocuğa sahip olanların sayısal olarak fazla olduğu görülmüştür.



### 5.1.2. Bakım Verenlerin Psikososyal Özelliklerine Ait Sonuçlar

Bu bölümde bakım verenin içinde bulunduğu psikolojik ve sosyal durum sebebiyle hissettiği ruh hali, yıpranmışlık hissi, psikolojik destek ihtiyacı, Alzheimer hastası olmaktan korkma durumu ve yaşlılığa ilişkin tanımlamalarından elde edilen sonuçlar incelenmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlere psikolojik anlamda kendilerini nasıl hissettikleri sorulduğunda umut dolu hissedenlerin sayısı fazla bulunmuştur.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerin iş ile ilgili olarak yıpranmışlık durumlarına bakılırsa, 138'inin mesleklerinin kendilerini yıprattığını düşündükleri belirlenmiştir.

Bakım verenlerin çalıştıkları kurumlarda kendilerine psikolojik destek verecek personel istemelerine ilişkin dağılımlarına bakıldığında, çoğunun psikolojik destek istedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Bakım verenlere yaşlılığı nasıl bir dönem olarak tanımlarsınız diye sorulduğunda, araştırmaya katılanların çoğu, yaşlılığı yaşanması gereken, kaçınılmaz bir dönem olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Bakım verenlerin ileri de Alzheimer hastası olmaktan korktukları görülmüştür.

### 5.1.3. Bakım Verenlerin Çalışma Hayatına Ait Özelliklerinden Elde Edilen Sonuçlar

Bu bölümde aynı kurumda çalışılan süre, işini severek yapma, işinden doyum elde etme, iş ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumu ve şekli, işle ilgili kursa katılım durumu, bakım verirken zorlanılan hizmet, iş ile ilgili ihtiyaç duyulan yardım çeşidi, fiziksel ve sosyal desteğe ulaşabilme durumu gibi özelliklerden elde edilen sonuçlar incelenmektedir.

Bakım verenlere kaç yıldır aynı kurumda çalıştıkları sorulduğunda, 126'sının bir yıldır aynı kurumda çalıştığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin çoğunun işlerini severek yaptıkları, işlerinden doyum elde ettikleri ve bakım verdikleri hastalardan sorumlu olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bakım verenlerin, kendilerini mesleklerinde başarılı buldukları ve işleriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunun yaşlı bakım sertifikasının olduğu ve işleri ile ilgili kursa katıldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlere, bakım verdikleri hastaların Alzheimer hastalığı haricinde başka hastalıkları var mı diye sorulduğunda, yaşlıların kanser, tansiyon, şizofreni, demans, diyabet, KOAH, böbrek ve akciğer rahatsızlıkları gibi başka hastalıkları da olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin ise verdikleri bakım sonucunda sinir sıkışması, bel ve boyun fıtığı gibi başka hastalıklarının olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin çoğunun 7 saat ve üzerinde çalıştıkları, yaşlılardaki davranış bozuklukları, iletişim kurma, hareket desteği sağlama gibi konularda zorlandıkları saptanmıştır.

Alzheimer hastalarına bakım verirken, bakım verenlerin en çok fiziksel ve psikolojik yardıma ihtiyaç duydukları, ihtiyaç duydukları desteklere de çoğunun ulaşabildikleri belirlenmiştir.

#### **5.1.4. Bakım Verenlerin Ev Ortamına Ait Özelliklerinden Elde Edilen Sonuçlar**

Bu bölümde aynı evde beraber yaşanan kişi sayısı, bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı gibi özelliklerden elde edilen bulgulara ait sonuçlar incelenmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerin, çoğunun bakmakla sorumlu oldukları başka kişilerin olmadığı ve aynı evde 1-3 kişi yaşayanların sayısal olarak fazla olduğu belirlenmiştir.

### **5.1.5. Bakım Verenlerin Ekonomik Duruma Ait Özelliklerinden Elde Edilen Sonuçlar**

Bu bölümde bakım verenlerin gelir durumlarından elde edilen bulguya ait sonuçlar incelenmektedir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin çoğunun gelirlerinin geçimleri için yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

## **5.2. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİNDEN ELDE EDİLEN BULGULARA AİT SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

Bu bölümde bakım verenlerin; sosyodemografik özellikleri, psikososyal durumları, ev ortamları, ekonomik durumları ve çalışma hayatlarına ait bulgular ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği arasındaki ilişkiler incelenmekte ve önerilere yer verilmektedir.

Bilindiği gibi Alzheimer hastalığı sadece hastayı etkilemekle kalmayıp hastaya bakım veren informal ve formal bakım verenleri de etkilemekte ve uzun dönemde toplum üzerinde de yük oluşturmaktadır.

Bakım verenlerin yaş grubu değişkenleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında  $p=0,016 < \alpha=0,05$  olduğundan anlamlı fark bulunmuş ve 48-62 yaş grubundakilerin bakım verme yüklerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin meslek değişkenleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında  $p=0,074 > \alpha=0,05$  olduğundan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bakım verenlerin cinsiyet değişkenleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında  $p=0,024 < \alpha=0,05$  olduğundan anlamlı fark bulunmuş ve kadınların, bakım verme yüklerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bakım verenlerin eğitim durumu değişkenleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasında  $p=0,031 < \alpha=0,05$  olduğundan anlamlı fark bulunmuş ve ilköğretim mezunu olan bakım verenlerin bakım verme yükünü daha çok hissettikleri belirlenmiştir.

Bakım verenlerin medeni durum değişkenleri ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde,  $p=0,011 < \alpha=0,05$  olduğundan anlamlı bir fark bulunmuş ve eşinden ayrı yaşıyanların bakım yüklerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bakım verenlerin aynı kurumda çalıştıkları yıl süresi değişkeni ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde  $p=0,196 > \alpha=0,05$  olduğundan anlamlı fark bulunamamıştır.

Bakım verenlerin işlerini sevmeye durumları değişkeni ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde  $p=0,193 > \alpha=0,05$  olduğundan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Bakım verenlerin işlerinden doyum elde etme değişkeni ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki analizde  $p=0,000 < \alpha= 0,05$  olduğundan anlamlı bir fark bulunmuş ve işinden doyum elde etmeyenlerin bakım verme yükünü daha çok hissettikleri sonucuna varılmıştır.

Bakım verenlerin kursa katılım durumu değişkenleriyle zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde,  $p=0,380 > \alpha= 0,05$  olduğundan anlamlı bir fark bulunamamıştır

Bakım verenlerin psikolojik durum değişkeni ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde,  $p=0,000 < \alpha= 0,05$  olduğundan anlamlı bir fark

bulunmuş ve hayata karşı ümitsiz olanların bakım verme yükünü daha çok hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Bakım verenlerin hastalarına karşı sorumluluk hissetme durumları ile zarit bakım verme yükü ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde,  $p=0,201 > \alpha= 0,05$  olduğundan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bakım verenlerin Alzheimer hastası olmaktan korkma durumları ile zarit bakım verme yükü arasındaki ilişki incelendiğinde,  $p=0,032 < \alpha= 0,05$  olduğundan anlamlı bir fark bulunmuş ve ileride Alzheimer hastası olmaktan korkanların bakım yüklerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Genel olarak bakıldığında huzurevlerinde çalışan bakım verenlerin hepsinin bir şekilde yaşlıya karşı sorumlulukları bulunduğu bilinmektedir. Örneğin, tıp doktorları onların bedensel sağlıkları ile ilgilenmekte iken psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları daha çok psikolojik ve sosyal sağlıklarıyla ilgilenmekte ve onların yaşamdan kopmamalarını sağlamaya, yaşam doyumlarını arttırmaya çalışmaktadırlar. Hemşireler, günlük rutin sağlık kontrollerini yapıp, ilaçlarını vermektedirler. Bakım elemanları, günlük temel ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Büro personeli, kayıt işlemlerini yapmakta ve kurum memnuniyetinin devamlılığı için çalışıp ve bakım elemanlarına genellikle fiziksel destek sağlamaktadırlar.

Ancak bunların dışında, yaşlıların yaşam kalitesini arttırmaya çalışan bakım verenlerin de verdikleri bakım sebebiyle, çoğu zaman yardıma ihtiyaç duydukları ve durumdan olumsuz olarak etkilendikleri bilinmektedir. Bu sebeple de bakım verenlerin psikososyal açıdan desteklenmeleri gerekmektedir.

Gün içerisinde, iş akışını yavaşlatmadan bakım verenlerin küçük molalar vermesi, arkadaşlarıyla sohbet edebilecekleri dinlenme alanları yaratılması sağlanabilir. Bakım verenlere yönelik aktiviteler düzenlenerek, motivasyonlarının artırılması ya da yaptıkları iş sonucunda takdir edilmelerinin sağlanması gerçekleştirilebilir.

İhtiyaç duydukları fiziksel yardımın tam kapasitede ulaşılabilir olması için, destek personel alınması sağlanılabilir. Mevcut teknolojik gelişmeler takip edilerek, teknik ekipman yenilenebilir. Huzurevlerinin fiziki koşullarında bakım verenlerin ihtiyaçları doğrultusunda düzenlemeye gidilebilir. Çalışanlar arasındaki rol karmaşasını ortadan kaldırmaya yönelik olarak iş bölümleri daha açık ve net bir biçimde oluşturulabilir ve mesai saatlerinde düzenlemeye gidilerek, bakım verenlerin kendilerine ayıracakları zaman aralıkları yaratılabilir. İş akışını yavaşlatmadan, çalışanları sosyal açıdan destekleyecek faaliyetler düzenlenebilir. Örneğin, bakım verenleri ve hasta yakınlarını kapsayıcı eğitimlerin düzenlenmesiyle, hastalık ve bakım verme ile ilgili olarak tarafların bilgilenmeleri ve iki taraf arasında empati gelişmesi sağlanıp, birbirlerine karşı daha anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımlarının sağlanabileceği düşünülmektedir. Bu durumun da mikro, mezo ve uzun dönemde genele yayılması halinde makro düzeyde olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

Bakım verme işinin fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açılardan bakım veren üzerinde yük oluşturduğu ve bu bakım yükünün de çeşitli faktörlerden meydana geldiği görülmüştür. Alzheimer hastasına bakım verenlerle ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında literatürün kurumlarda bakım verenlerle ilgili olarak oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun, Alzheimer hastasına bakım veren aile yakınları ile ilgili olup, formal bakım verenlerin çoğunlukla araştırmaların kapsamı dışında bırakıldığı ve bu alanda yeni çalışmaların yapılmasının gerektiği belirlenmiştir.

Günümüz toplumlarında, huzurevi ve yaşlı bakım merkezleri üzerindeki olumsuz yargıların azaldığı ve toplumdaki sosyoekonomik değişimler nedeniyle bu kurumlara olan taleplerin arttığı bilinmektedir. Bu da kurum çalışanlarının sorunlarının daha kapsamlı ve ayrıca sosyal politika bazında da ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Dünya da olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfusunun hızla arttığı ve bunun da beraberinde yaşlı bakım hizmetlerine olan, profesyonel bakım talebini arttıracacağı bilinmektedir. Gerontolojik sosyal hizmetin önemi de bu noktada

devreye girmekte ve yaşı bakım hizmetlerinde aktif rol oynayan ve geriatric ekibin etkin bir aktörü olan sosyal hizmet uzmanlarına duyulan ihtiyaç hızla artmaktadır. Bu doğrultuda etkin sosyal politikalar kapsamında kurumlarda istihdam edilen sosyal hizmet uzmanlarının sayılarının ve etkinliklerinin artırılması gerektiği, böylelikle de yaşlıların ve bakım verenlerin desteklenebileceği düşünülmektedir. Sosyal hizmet uzmanları sahip oldukları öğretici, danışman, vaka yöneticisi, savunucu, arabulucu gibi mesleki rolleriyle. müracaatçıları için iç ve dış kaynakları harekete geçirip, ihtiyaçları olan kaynaklara ulaşmalarının önündeki engelleri kaldırır, yaşamlarında sahip oldukları seçenekleri onlara gösterip kendi yaşamlarının kontrollerini ellerine almalarını sağlar ve onları güçlendirirler. Kurumlarda mikro ve mezzo düzeylerde müdahalelerde bulunup yaşlılar, yaşlı yakınları ve bakım verenler için destek sağlayıp, bakım verenler üzerindeki bakım yükünü azaltıcı etkilerde bulunurlar. Ayrıca yaşanan sorunların çözümü için geniş ölçekte yapılan uygulamalarla makro düzeyde etkin program ve politika yapılmasına katkı sağlarlar.

## KAYNAKÇA

- Abrass, I. B., Kane, R. L., Ouslander, J. G. ve Resnick B. (2009). *Essentials of Clinical Geriatrics*. USA: McGraw Hill Companies.
- Acar, H. (2003). Dünyada Sosyal Hizmet Mesleğinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14(1), 1-19. Erişim: 09.04.2017, <http://www.tsh.hacettepe.edu.tr/Arsiv/20031.pdf>.
- AFA. Erişim: 02.11.2015 <http://www.alzfdn.org/AboutAlzheimers/definition.html>.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı*. Erişim: 03.01.2016, <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yasli-hizmetleri>.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü BakımHizmetleri Dairesi (2014). Erişim:03.01.2016, <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/turkiye-de-sosyal-hizmetuygulamaları>.
- Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N. ve Türkçapar, M. H. (2012). Evaluation of Burdening a Group of Patients with Chronic Psychiatric Disorders and Their Caregivers. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*,25(4), 330-337. Erişim: 26.03.15, doi:10.5350/DAJPN2012250405.
- Akdemir, A., Cangöz, B., Örsel, S. ve Selekler, K. (2007). Hafif Kognitif Bozukluğu Olan Hastalarla Alzheimer Tipi Demans Hastalarının Örtük Bellek Performansı Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 118-128. Erişim:27.08.14,<http://www.turkpsikiyatri.com/C18S2/hafifKognitif.pdf?ref=Sawos.Org>.



- Akdemir, N., Kapucu, S., Özdemir, L., Akkuş, Y., Alparıslan, G.B. ve Akıyar, İ.(2010). Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Bakım Sorunları ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,3, 49-62. Erişim: 13.04.2017, <http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2010/2010-vol12sayi3253.pdf>.
- Akın, G. (2006). *Gerontoloji Her Yönüyle Yaşlılık*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Aközer, M., Nuhurat, C. ve Say, Ş. (2011). Türkiyede Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Aile ve Toplum*, 12(7),103-128. Erişim:28.11.2016, IISN:1303-0256.
- Akıyar, İ. (2006). *Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi: Ankara.
- Akıyar, İ. (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri. *Hacettepe Hemşirelik Dergisi* 18(2), 79-88. Erişim:03.04.2016, [http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf\\_HHD\\_126.pdf](http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_126.pdf).
- Akıyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Hacettepe Hemşirelik Dergisi*, 16(3),32-49. Erişim: 03.04.16,[http://hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf\\_HHD\\_83.pdf](http://hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_83.pdf).
- Alkema, G. E. ve Alley, D. E.(2006). Gerontology's Future: An Integrative Model for Disciplinary Advancement. *The Gerontologist*46(5), 574–582. Erişim:11.11.2016, doi:10.1093/geront/46.5.574.
- Alley, D.E., Putney, N. M., Rice, M. ve Bengton, V.L.\_(2010). The Increasing Use of Theoryin Social Gerontology: 1990–2004. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(5), 583–590, doi:10.1093/geronb/gbq053.
- Allsop, D. (2000). Introduction to Alzheimer's Disease. N. M. Hooper (Ed.). *Methods in Molecular Medicine Alzheimer's Disease Methods and Protocols*. (1-22). Totowa, NJ.: HumanaPress.

- Almberg, B. Grafström, M. ve Winblad, B. (1997). Caring For A Demented Elderly Person- Burden and Burnout Among Caregiving Relatives. *Journal of Advanced Nursing*. 25,109–116. Erişim: 04.12.2016, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.13652648.1997.1997025109.x/epdf>.
- Altan, Ö. Z. ve Şişman, Y. (2003). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 7(2). Erişim: 04.01.2016, <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/725.pdf>.
- Altın, M. (2006). *Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete*. Uzmanlı Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi*, 23(3), 159-164. Erişim:12.04.2017, [http://tip.fusabil.org/pdf/pdf\\_FUSABIL\\_692.pdf](http://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_692.pdf).
- Altmışbeş Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun. (1976). *T.C Resmi Gazete*, 2022, 01.07.1976.
- Alzheimer's Association, (2011a). Erişim: 31.03.16, [http://www.alz.org/braintour/alzheimers\\_changes.asp](http://www.alz.org/braintour/alzheimers_changes.asp) Alzheimer's.
- Alzheimer's Association, (2011b). Erişim:31.03.16, [http://www.alz.org/braintour/healthy\\_vs\\_alzheimers.asp](http://www.alz.org/braintour/healthy_vs_alzheimers.asp).
- Alzheimer's Association. (2016a). Erişim: 26.10.2015, <http://www.alz.org/what-is-dementia.as>.
- Alzheimer's Association. (2016b). Erişim:26.03.2016, <http://www.alz.org/alzheimersdiseasewhatisalzheimers.asp>.

- Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *The Healty Brain Initiative: The Public Health Road Map for State and National Partnerships*, 2013–2018: Chicago, IL: Alzheimer's Association.
- Alzheimer's Disease, (2013). Erişim: 02.04.16, <http://terstranskriptaz.blogspot.com.tr/2013/07/alzheimers-disease.html>.
- Amirkhanyan, A. A ve Wolf, D. A. (2003). Caregiver Stress and Noncaregiver Stress: Exploring the Pathways of Psychiatric Morbidity. *The Gerontologist*, 43(6),817-827. Erişim: 24.06.2016, doi:10.1093/geront/43.6.817.
- Arslantaş, H ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,3(2),251-277. Erişim: 01.12.2016, [http://www.cappsy.org/archives/vol3/no2/cap\\_03\\_11.pdf](http://www.cappsy.org/archives/vol3/no2/cap_03_11.pdf).
- Arun, Ö ve Pamuk, D. (2014). Kurumsal Bakım Sektöründe Ageism: Yaşlı Bakım Personelinin Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Ayrımcı Tutumlarının Nedenleri ve Müdahale Önerileri. *Mediterranean Journal of Humanities*. IV/2,19-33. doi: 10.13114/MJH.201428426.
- Aslan, İ. A. (2015). *Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyal Sorun Çözme Becerilerini İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz M. ve Özpolat, A. Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3),513-552. Erişim: 26.03.15, [http://www.cappsy.org/archives/vol3/no3/cap\\_03\\_23.pdf](http://www.cappsy.org/archives/vol3/no3/cap_03_23.pdf).
- Aydemir, Ç. ve Göka, E. (2000). Yaşlıya ve Demanslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım. *Demans Dizisi*, 2(1), 5-26. Erişim: 05.01.16, Türk Psikiyatri Dizini, <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/169.pdf>.

- Aviram, U. (2002). The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System. *Social Work in Health Care*, 35, 1-2, 617-634, doi: 10.1300/J010v35n01\_15.
- Barutçu, E. Ve Serinkan, C. (2008). Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 8(2),541-561. Erişim:19.04.2017, [http://www.onlinedergi.com/makaledosyalari/51/pdf2008\\_2\\_8.pdf](http://www.onlinedergi.com/makaledosyalari/51/pdf2008_2_8.pdf).
- Bayles, K. ve Tomoeda, C. (2009). *Demansta Bilişsel-İletişimsel Bozukluklar* (E. Karagöz ve B. Metin, Çev.) İstanbul: Zeta Yayıncılık (Orijinal çalışma basım tarihi:2007).
- Beers, M. H. ve Berkow, R. (2000). *The Merck Manual Of Geriatrics*. USA: Merck Reseach Laboratories Divsion of Merck&Co.
- Beğler, T ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık veYaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(3),1-3 Erişim:03.01.2015,[http://www.klinikgelisim.org.tr/kg25\\_3/1.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/kg25_3/1.pdf).
- Bektaş, G. ve İlhan, N. (2012). Huzurevlerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri, *Türk Geriatri Dergisi*, 11(3), 128-135. Erişim: 14.04.2017, [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_398.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_398.pdf).
- Bilal, E. (2013). *Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyoekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi: Konya.
- Brindle, N ve George-Hystop, P. (2000). The Genetics of Alzheimer’s Disease. N. M. Hooper (Ed.). *Methods in Molecular Medicine Alzheimer’s Disease Methods and Protocols*. (23-43). Totowa, NJ.: Humana Press.
- Brossoie, N. ve Chop, W. C. (2015). *Social Gerontology*. R. H. Robbnet ve W. Chop (Ed.). *Gerontology For The Health Care Proffessionals* (17-50). USA: Jones&Bartlett Learning.

- Buz, S. (2015). Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(53), 268-278. Erişim: 23.10.2015, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/esosder/article/view/5000077974/5000105205>.
- Calapoğlu, N.Ş. ve Calapoğlu, M. (2009). Alzheimer Hastalığında Kemokin ve Kemokin Reseptörlerinin Rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(4), 39-44. Erişim: 26.08.14, <http://edergi.sdu.edu.tr/index.php/sdutfd/article/viewFile/1684/1678>.
- Cankurtaran, M. (2004). *Alzheimer Tıp ve Vasküler Tıp Demansta Risk Faktörleri Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Cankurtaran M., ve Arıoğul, S. (2006). Yaşlıda Nöropsikolojik Sistem. S. Arıoğul (Ed.) *Geriatric ve Gerontoloji* (197-205). Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitab Sarayı.
- Cankurtaran, E. Ş ve Cankurtaran, M. (2008). Demansa Bağlı Davranış Bozuklukları ve Deliryum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(1), 33-43. Erişim: 04.01.2016, [http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue\\_id=51&ref\\_ind\\_id=320](http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue_id=51&ref_ind_id=320).
- Cankurtaran, M., Özbabalık Adapınar, B. D., Dünder, E., A., Adapınar, B. ve Arslantaş, A. (2013). Bakım Elemanının Karşılaşılması Muhtemel Olan Sağlık Sorunları ve Alınması Gereken Önlemler Tıbbi Dökümantasyonun Hukuksal Yönü.D. Özbabalık Adapınar (Ed.). *Temel Bakım Hizmetleri [Elektronik Sürüm]*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.
- Carrier, L.ve Brodaty, H. (1999). Mood and Behavior Manegement. S. Gauthier (Ed). *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer Disease* (228-248). London: Martin Dunitz.
- Cılga, İ. (2015, 3 Ocak). Sosyal Hizmet Bilimi ve Mesleği-4. Erişim: 03.01.15, [http://www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyal\\_hizmet\\_bilimi4.htm](http://www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyal_hizmet_bilimi4.htm).
- Cleveland Clinic. *Caregiving: Recognizing Burnout*. Erişim: 21.10.2015, [http://myclevelandclinic.org/health/diseases\\_conditions/hic\\_Alzheimers\\_a](http://myclevelandclinic.org/health/diseases_conditions/hic_Alzheimers_a)

nd\_Dementia\_Overview/hic\_Alzheimers\_Disease\_The\_Role\_of\_the\_Car  
egiver/hic\_Caregiving\_Recognizing\_Burnout.

- Clyburn, L.D., Stones, M.J., Hadjistavropoulos, T. ve Tuokko, H. (2000). Predicting Caregiver Burden and Depression in Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences*,55B(1),2-13. Erişim: 16.11.2016, doi: 10.1093/geronb/55.1.S2.
- Cohen, M., Miller, J. ve Weinrobe, M. (2001). Patterns of Informal and Formal Care-giving Among Elders With Private Long-Term Care Insurance. *The Gerontologist*,41(2),180-187. Erişim: 03.04.16, doi: 10.1093/geront/41.2.180.
- Cordell, B. ve Naidu, A. (2000). Analysis of  $\beta$ -Amyloid Peptide Degradation In Vitro. N. M. Hooper (Ed.). *Methods in Molecular Medicine Alzheimer's Disease Methods and Protocols*. (139-148). Totowa, NJ.: Humana Press.
- Cummings, J.L. ve Dunitz, M., (2007). *Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Demansların Nöropsikiyatrik Özellikleri* (G. Erkol ve B. Metin, Çev.). Taylor&Francis Group.
- Cummings, J. ve Khachaturian, Z. S. (1999). Definitions and Diagnostic Criteria. S. Gauthier (Ed.).*Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer Disease* (3-15). London: Martin Dunitz.
- Curan, S. ve Wattis, J. (2011). ABC Serisi Geriatrik Hastalıklar. (H. Güven ve A. E. Çilliler, Çev.). Ankara: Atlas Yayıncılık.
- Çetinkaya, Y. (2006). *Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar Ve Etkilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi: İzmir.
- Çetinkaya, F. (2008). *Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

- Çetinkaya, A.C. (t.y.). *Sosyal Politikalar ve Toplumsal Değerimiz 'Yaşlılar'*. Erişim:01.04.2016, [http://www.sosyaldusunce.com/sosyal-politikalar-ve-toplumsal-degerimiz -yaslilar/](http://www.sosyaldusunce.com/sosyal-politikalar-ve-toplumsal-degerimiz-yaslilar/).
- Çohaz, A. (2010). *Türkiye'de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri*. Çalışma 3. Akademik Geriatri Kongresinde Sunulmuş Bildiri. Erişim:14.05.2016, [http://akademikgeriatri.org/files/Akademik\\_Geriatri\\_2010/Konusma\\_Metinleri/8.pdf](http://akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/8.pdf).
- Daffner, K.R. (2000). Current Approaches To The Clinical Diagnosis Of Alzheimer's Disease. L.F.M. Scinto ve K.R. Daffner (Ed.). *Early Diagnosis of Alzheimer's Disease* (29-65). Tatowa NJ: Humana Press.
- Daffner, K. R. ve Scinto, L.F.M. (2000). Early Diagnosis of Alzheimer's Disease: An Introduction. L.F.M. Scinto ve K.R. Daffner (Ed.). *Early Diagnosis of Alzheimer's Disease* (1-28). Totowa, N.J. : Humana Press.
- Danış, M.Z. ve Genç, Y. (2011). Kurumsal Bakım Elemanlarının Genel Özellikleri Ve Yaşadıkları Sorunlar. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 170-183. Erişim: 12.04.2017, <http://yusbed.yalova.edu.tr/article/view/5000000805/5000001497>.
- Delibaş, N. ve Kılınç, İ. (2003). Ünsulin ve Gliklazid Tedavisinin Streptozotosin Rat Hipokampuslarında Lipid Peroksidasyonuna Etkisi. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 1(1). Erişim: 26.8.2014, <http://tkb.dergisi.org/text.php3?id=6>.
- Demirlek, Ş. (2015) *Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yükü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi: Beykent Üniversitesi: İstanbul.
- Dölek, B.Ö. (2013). Geriatrik Hizmetlerde Ekip Çalışması Ve Geriatrik Ekipte Sosyal Çalışmacı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 191-198. Erişim: 20.04.2017, <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423931205.pdf>.

- Dönümcü, Ş. (2006). *Yaşlı ve Sosyal Hizmetler*. Erişim: 03.01.2016, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslisosyalhizmetlerimiz.htm>.
- Dönümcü, Ş.(2008).*Yaşlılara Merkezlerde Gündüzlü Bakım ve Evde Bakım Hizmeti Verilecek*. Erişim:12.10.2016, <https://m.bianet.org/bianet/toplum/108944-yasli-lara-merkezlerde-gunduzlu-bakim-ve-evde-bakim-hizmeti-verilecek>.
- Duggleby, W., Williams, A., Ghosh, S., Moquin, H., Ploeg, J., Markle-Reid, M. VePeacock, S. (2016). Factors Influencing Changes in Health Related Quality of Life of Caregivers of Persons With Multiple Chronic Conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*,14(81),2-9. Erişim:03.08.2016, doi:10.1186/s12955-016-0486-7.
- Dumlu, A. (2010). *Alzheimer Hastalığında Vasküler Risk Faktörleri*. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Duyan, V. (1993). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar Ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 25 (4), 39-44. Erişim:06.04.2017, <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/487.pdf>.
- Eastwood, R. ve Reisberg, B. (1999). Abnormal Behavior in Alzheimer Disease. S.Gauthier (Ed.). *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer Disease* (197-212). London: Martin Dunitz.
- Eker, E. (2008). Alzheimer Hastalığı. M.Uğur, İ.Balcıoğlu, N. Kocabaşoğlu. (Ed.).*İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62* (85-110). Erişim: 22.12.14, <http://194.27.141.99/dosya-depo/stek/pdfs/62/6207.pdf>.
- Eker, E. ve Ütücü, N. (2009). Yaşlı Popülasyonda Fiziksel Hastalıklar ve Depresyon. *Akademik Geriatri Dergisi* 1(2), 90-97. Erişim: 29.02.16, [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-02/2009-1-2-090-097.pdf](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-02/2009-1-2-090-097.pdf).



- Enginyurt, Ö. ve Öngel, K. (2012). Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *Symra Tıp Dergisi*.
- En son haber. *İl il Türkiye'nin Kanser ve Kalp Krizi Ölüm Haritası*. (2012, Mayıs). Erişim:27.08.14,<http://www.ensonhaber.com/il-il-turkiyenin-kanser-ve-kalk-krizi-olum-haritasi-2012-05-10.html>.
- Erdem, M. (2005). Yaşlıya Bakım Verme. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, [S.l.], 8(3),101-106. Erişim Tarihi: 02.08.2016, doi:<http://dx.doi.org/17049/ahsbd.08864>.
- Erdemoğlu, A.K. ve Varlıbaş, A. (2001). Alzheimer Hastalığında Hormon Replasman Tedavisi ve Diğer Potansiyel Tedavi Yöntemleri. *Demans Dergisi*, 1(4),105-109. Erişim: 13.06.2014, Türk Psikiyatri Dizini, <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/117.pdf>.
- Erdoğan, M.K. ve Sütlaş, P. (2004). Santral Sinir Sisteminin Dejeneratif Hastalıklarında BOS Tau Düzeylerinin Bir Belirteç Olarak Kullanımı: Bir Gözden Geçirme Yazısı. *Düşünen Adam Dergisi*,17(2),126-130.Erişim: 26.08.14, [http://www.dusunenadamdergisi.org/tr/DergiPdf/DUSUNEN\\_ADAM\\_DERGISI\\_986e7d47cb9140afa851ff190c814316.pdf](http://www.dusunenadamdergisi.org/tr/DergiPdf/DUSUNEN_ADAM_DERGISI_986e7d47cb9140afa851ff190c814316.pdf).
- Esmeray, N. (2013). *Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Aldıkları Sosyal Destek ve Stres Durumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Ferraro, K.F. (2006). Is Gerontology Inclusive?. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 61B(1), 3.Erişim: 11.11.2016, <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/61/1/S3.full.pdf+html>.

- Fialho, P.P.A., Koenig, A.M., Santos, E.L.D., Guimarães, H.C., Beato, R.G., Carvalho, V.A. ve diğerleri. (2009). Dementia Caregiver Burden in a Brazilian Sample Association to Neuropsychiatric Symptoms. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(2), 132-135. Erişim:01.04.15, <http://www.Demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/dnv03n02a10.pdf>.
- Figueiredo, D., Jacome, C., Gabriel, R. ve Marques, A. (2016). Family Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: What Happens When The Carer is A Man?. *ScandJ Caring Sci*, 30, 721–730. Erişim: 03.12.2016, doi:10.1111/scs.12298.
- Fratiglioni, L., Winblad, B. Ve Strauss, E. V. (2007). Prevention of Alzheimer's Disease and Dementia. Major Findings From the Kungsholmen Project. *Physiology & Behavior*, 92, 98-104. Erişim: 23.06.15, doi:10.1016/j.physbeh.2007.05.059.
- Friedenberg, R. M. (2003). Dementia: One of The Greatest Fears of Aging. *Radiology*, 229(3), 632-635. Erişim: 08.09.2014, doi:10.1148/radiol.2293031280.
- Gorelick, P. B. (2004). Risk Factors for Vascular Dementia and Alzheimer Disease *Amerikan Heart Association Journal*, 35(1), 2620-2622. Erişim: 30.03.16, doi: 10.1161/01.STR.0000143318.70292.47.
- Greenberg, L. S. (2011). Dementia. V. Hirth, D. Wieland ve M. Dever-Bumba (Ed.). *Case-Based Geriatrics a Global Approach* (415-430). New York: McGraw-Hill Medical.
- Gülpak, M. ve Kocaöz, S. (2014). Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(2), 99-108. Erişim: 27.11.2016, doi:10.5455/pmb 1-1359391140.

- Gürdil Birinci, G. ve Erden G. (2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31 (77), 10-26.
- Gürol, A. ve Çapık, C.(2014).Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım VermeYükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*,23(2),65-72. Erişim: 14.11.2016, <http://www.ttb.org.tr/STED/images/files/dergi/2014/2/index.pdf>.
- Gürvit, İ. H. (2010). *Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar*. Erişim: 02.04.16, <http://www.itfnoroloji.org/demans/demans.htm>.
- Hall, J. R., O'Bryant, S., Johnson, L. Ve Barber, R. C. (2011). Depression and Brain Derived Neurotrophic Factor Levels in Alzheimer's Disease. *Neuroscience & Medicine* 2(1), 43-47. Erişim: 30.03.16, Doi: 10.4236/nm.2011.21006.
- Hanoğlu, L., ve Arpacı, B. (1992). Alzheimer Hastalığının Klinik Tanısı, *Düşünen Adam Dergisi*,5(1-3),58-60. Erişim: 26.03.16, [http://onlinemakaledusunenadamdergisi.org/pdf/dusunenadam/810201017105-1\\_3-12.pdf](http://onlinemakaledusunenadamdergisi.org/pdf/dusunenadam/810201017105-1_3-12.pdf).
- Harris, J. R. (2005). The Contribution of Microscopy to Study of Alzheimer's Disease, Amyloid Plaques and AB Fibrillogenesis. R. Harris ve F. Fahrenholz (Ed.). *Alzheimer's Disease Cellular and Molecular Aspects of Amyloid Beta* (1-44). New York: Springer.
- Harper, L., Barkhof, F., Scheltens, P., Schott, J. M. ve Fox, N. C. (2014). An Algorithmic Approach to Structural Imaging in Dementia. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*,85(6), 692-698. Erişim: 23.03.16, doi:10.1136/jnnp-2013-30628.
- Henderson, A. S. (1994). *Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems Dementia*. Geneva: World Health Organization.

- Hilarski, C. ve Wodarski, J.S.(2001). The Effective Social Worker. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 4(1), 19-39. Erişim: 08.04.2017,[http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J137v04n01\\_02?needAccess=true](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J137v04n01_02?needAccess=true).
- Hocaoğlu,F.S.(2006).*Molecular Analysis of Alzheimer’s Disease and Frontotemporal Dementia: A Novel Mutation In The Presenilin1 Gene of a Turkish Patient With Early Onset Familial Alzheimer’s Disease*.Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Holstein, M. B. ve Minkler, M. (2003). Self, Society, and the “New Gerontology”.*The Gerontologist*, 43(6), 787–796. Erişim: 15.05.2016, <https://gerontologist.oxfordjournals.org/content/43/6/787.full.pdf+html>.
- Holzaepfel, K. (2014). The Geriatric Social Worker — Working as Part of an Interdis-ciplinary Health Care Team. *Social Work Today*14(5). Erişim: 15.05.2016, <http://www.socialworktoday.com/archive/091514p34.shtml>.
- Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği. (2001). *T. C. Resmi Gazete*, 24325, 21.02.2001.
- Hürriyet, *Kemik Erimesine Neden Oluyor*. (2014, 22Mart). Erişim: 22.12.14, <http://www.hurriyet.com.tr/saglik-yasam/26060411.asp>.
- Işık, A. T. (2009a). Akut Mental Değişikliği olan Yaşlıya Yaklaşım. A. T. Işık ve E. Eker (Ed.). *Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller Geriatrik Sendromlar Dizisi*3,(25-44). Ankara: Som Kitap.
- Işık, A. T. (2009b). Alzheimer Hastalığı. A. T. Işık ve O. Tanrıdağ (Ed.). *Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu Geriatrik Sendromlar Dizisi* 4,(90-123). İstanbul: Som Kitap.
- Işık, K.(2013). *Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya.

- İçelli, İ. (2001). Demans ve Komorbid Durumlar. *Psikiyatri Dünyası*, 5(2), 49-54. Erişim 27.08.14, <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/49.pdf>.
- İnan, L.(1999). Alzheimer Hastalığında Histopatoloji. *Demans Dizisi*. 1,52-61. Erişim:16.11.2016, <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/161.pdf>.
- İnci, F.H ve Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'ninTürkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4),85-95. Erişim: 21.06.2016, <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025000688/1025000680>.
- İşeri, P. K. ve Efendi, H. (2003). Demanslı Hastaya Klinik Yaklaşım ve Tedavi.Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 12(12), 458-461. Erişim: 23.03.16, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted1203/demansli.pdf>.
- İzgülü, N. (2014). Hematopoyetik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Bakım Verme Yükü ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(1),61-69. Erişim: 22.06.2016, [http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf\\_HHD\\_182.pdf](http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_182.pdf).
- Jungbauer,J., Wittmund, B., Dietrich,S. ve Angermeyer, M.C.(2004). The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*,30(3), Erişim: 16.11.2016, <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/3/665.long>.
- Karakuş, B. (2015). Türkiye'de Sosyal Hizmet Uzmanı Sayıları veİstihdam Açısından Durumları. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği. Erişim:10.04.2017,<http://www.shudernegi.org/?pnum=175&pt=T%C3%B9rkiye%27deki+Sosyal+Hizmet+Uzman%C4%B1+Say%C4%B1lar%C4%B1>.
- Karakuş, B. Ve Aktan, M.C. (2016). Dünya'da Sosyal Hizmet Uzmanı Sayıları. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği. Erişim:10.04.2017, <http://www.shudernegi.org/?pnum=174&pt=D%C3%BCnyadaki+Sosyal+Hizmet+Uzman%C4%B1+Say%C4%B1lar%C4%B1>.

- Karaman, Y. (2006). Alzheimer Hastalığı, Vasküler Demans ve Hafif Kognitif Etkilenmede Plazma Homosistein, Vitamin B12 ve Folat Seviyeleri. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*,23(3), 175-184. Erişim: 26.08.14, <http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=103>.
- Kaufert, D.I. ve Khandelwal, C. (2014). Alzheimer's Disease and Other Dementias. E. Flaherty, G.A. Warshaw, J.F. Potter, P. D. Sloane ve R.J.Ham.(Ed.). *Ham's Primary Care Geriatrics A Case-Based Approach* (201-213). USA: Elsevier Saunders.
- Kavas, C. H. (1999). Alzheimer's Disease. W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. H. Ettlinger, J. B. Halter ve J. G. Ouslander (Ed.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (1257-1271). USA: McGraw Hill Companies.
- Kızılırmak, M ve Demir, S. (2016). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (2), 132-140. DOI: 10.5455/pmb.1-1430724745.
- Kim H., Chang M., Rose K. ve Kim S. (2012) Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 846–855. Erişim: 03.12.2016, doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x.
- Knutson, K. (2006). Dementia and Older Adult: The Role of Geriatric Care Manager. C. Cress (Ed.). *The Handbook of Geriatric Care Management* (207-255). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Koo, E. H. ve Price, D. L. (1993). The Neurobiology of Dementia. P. J. Whitehouse (Ed.). *Dementia* (55-92). Philadelphia : F.A. Davis.
- Köroğlu, Ç. (2014). *Alzheimer Hastalarında Yürüme ve Denge Değerlendirmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi: Denizli.

- Kulaksızıoğlu, I. B. (2009). Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Klinik Gelişim Psikiyatri*, 22(4), 65-74. Erişim: 23.03.16, <http://www.timucinoral.com/PDF/ManikDepresiften%20Iki%20Uclu%20Bozukluga.pdf>.
- Kung, M. P., Zhuang, Z. P., Hou, C., Skovronsky, D., Gur, T., Chumpradit, S. ve diğer-leri (2002). Novel B-Amiloid Probes. H. W. Fillit ve A.W. O'Connell (Ed.). *Drug Discovery and Devolopment For Alzheimer's Disease* (50-56). New York: Springer Publishing Company.
- Kungsholmen Project (t.y.) Erişim: 23.06.2015, <http://www.kungsholmenproject.se/>.
- Kuyumcu, M. E., Yeşil, Y. ve Cankurtaran, M. (2012). Geriatrist Güzüyle İnterdisiplinerliner Ekip. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 23(2), 115-123. Erişim: 19.10.2016, <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423913900.pdf>.
- Küçükgüçlü, Ö. (2003). Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Demans Dergisi*, 3(3), 86-92. Erişim: 01.09.14, Türk Psikiyatri Dizini, <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/149.pdf>.
- Lanska, D. J. ve Schoenberg, B. S. (1993). The Epidemiology of Dementia: Methodolo-gıclssues and Approaches. P.J. Whitehouse (Ed.). *Dementia Contemporary Neurology Series* (3-33). Philedelphia: F.A DavisCompany.
- Leggett, A. N., Zarit, S. H., Kim, K., Almedia, D.M. ve Klein, L.C. (2015). Depressive Mood, Anger, and Daily Cortisol of Caregivers on High- and Low-StressDays. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*.70(6), 820–829. Erişim: 02.08.2016, doi:10.1093/geronb/gbu070.
- Lin, L., Huang, Q. X., Yang, S. S., Chu, J., Wang, J. Z. ve Tian, Q. (2013). Melatonin in Alzheimer's Disease. *International Journal Of Molecular Science*, 14 (7), 14575-14593. Erişim: 24.03.16, doi:10.3390/ijms140714575.

- Maksimovich, I. V. (2012). Certain New Aspects of Etiology and Pathogenesis of Alzheimer's Disease. *Advances in Alzheimer's Disease*, 1(3), 68-76. Erişim: 23.03.16, Scientific Research an Academic Publisher, doi:10.4236/aad.2012.13009.
- Mandıracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*,49(3),39-45. Erişim: 16.11.2016, [http://egetipdergisi.com.tr/pdf/pdf\\_EGE\\_460.pdf](http://egetipdergisi.com.tr/pdf/pdf_EGE_460.pdf).
- Mandıracıoğlu, A. Ve Çam, O. (2004). Huzurevi Çalışanlarının Sorunları ve Yaşlılar Hakkında Görüşleri. *Türk Geriatri Dergisi* 7 (1), 29-32. Erişim: 13.04.2017, [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_194.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_194.pdf).
- Manevi ve Sosyal Bakım Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi (2016). *Sosyal Bakım*. Erişim: 24.05.2017, [http://www.manevibakim.com/bilim\\_alanlari/sosyal\\_bakim/index.asp](http://www.manevibakim.com/bilim_alanlari/sosyal_bakim/index.asp).
- Mavrodaris, A., Powell, J. ve Thoregood, M. (2013). Prevalances Of Dementia and Cognitive Impairment Among Older People İn Sub-Saharan Africa: A Systematic Review *Bulletın of the WHO*, 91,773-783. Erişim:15.11.2016, doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118422>.
- Mark, R. E. (2012). Understandingt he Individual with Alzheimers's Disease: Can Socio Emotional Selectivity Theory Guide Us?. *Advances in Alzheimer's Disease*,1 (3), 77-86. Erişim: 27.03.16, Scientific Research an Academic Publisher, doi: 10.4236/aad.2012.13010.
- Matchar, B. G. (2015). The ABCs of Long-Term Care. *The Caregiver Newsletter of The Duke Family Support Program*, 34(1), 1-20. Erişim:12.06.15, Duke University Medical Center, <http://www.geri.duke.edu/service/dfsp/caregiver.pdf>.
- Matveychuk, D., Dursun, S.M., Wood, P.L. ve Baker, G.B. (2011). Reactive Aldehydes and Neurodegenerative Disorders. *Klinik psikofarmakoloji Bülteni*, 21(4), 277-288. Erişim: 27.06.14, DOI: 10.5455/bcp.19691231040000.



- Maurer, K., Volk, S. ve Gerbaldo, H. (1997). Auguste D and Alzheimer's Disease. *The Lancet*, 349 (9064), 1546-1549. Erişim: 23.03.16, <http://alzheimer.neurology.ucla.edu/pubs/alzheimerLancet.pdf>.
- Mayeux, R. (2008). Alzheimer's Disease: Epidemiology. M.J. Aminoff, F. Boller ve D. F. Swaab (Ed.). *Handbook of Clinical Neurology* (195-205). Amsterdam: Elsevier.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. ve Stadlan, E.M. (1984). Neurology Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease: Report of the NINCDS-ADRA WorkGroup Underthe Auspices of Department of Healthand Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*,34(7), 939-944. Erişim: 27.08.14, doi 10.1212/WNL.34.7.939.
- Medikal Akademi (2011). *Türkiye'de Alzheimerlı Hasta Sayısı 350 Bini Aştı*. Erişim: 27.03.16, <http://www.medikalakademi.com.tr/alzheimer-kongre-hasta/>.
- Michael, E. ve Gordon, M. (2001). *The Encyclopedia of Health&Aging the Complete Guide to Well-Being in Your Later Years*. Toronto: Key Porter Books Limited.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2011). *Yaşlı Bireylere Sosyal Destek Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar 762SHD019*. Erişim: 03.01.16, [http://www.megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Ya%C5%9FI%C4%B1%20Bireyllere%20Sosyal%20Destek%20Hizmeti%20Veren%20Kurum%20Ve%20Kurulu%C5%9Flar.pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ya%C5%9FI%C4%B1%20Bireyllere%20Sosyal%20Destek%20Hizmeti%20Veren%20Kurum%20Ve%20Kurulu%C5%9Flar.pdf)
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö. ve Fertelli, T. K. (2011). İnmeli HastaBakım Vericilerinde Bakım Yüku Ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125-130. Erişim: 03.04.16, [http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/125130\\_mollaoglu.pdf](http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/125130_mollaoglu.pdf).

- Morris, J. H. ve Naggy, Z. (2004). Alzheimer's Disease. M. Esiri, V.M.Y. Lee, J. Q. Trojanowski (Ed.). *The Neuropathology of Dementia*(161-207). Cambridge: Cambridge University Press.
- National Institute on Aging. *About Alzheimer's Disease: Caregiving*. Erişim: 03.04.2016, <http://www.nia.nih.gov/alzheimers/topics/caregiving>.
- Newport, M. T.(2013). *Alzheimer's Disease What If There Was a Cure?*. USA.
- New York Times. *Alzheimer's Disease In-Depth Report*. Erişim:28.03.16, <http://nytimescom/health/guides/disease/alzheimers-disease/print.html>.
- O'Brien, J. (2000). Caring for Caregivers. *Am Fam Physician*,62(12), 2584-2587. Erişim: 26.03.15, <http://www.aafp.org/afp/2000/1215/p2584.html>.
- Onat, Ü. (2001). Geriatrie Sosyal Hizmetin Yeri. *GEBAM Bülteni*2001. Erişim: 14.05.2016,<http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/bultenler/bulletin2001h.html>.
- Orjada, S. A. (2009). Biliş ve Dilin Nöral Temelleri. (E. Karagöz ve B. Metin, Çev.) İstanbul: Zeta Yayıncılık (Orijinal çalışma basım tarihi:2007).
- Ory, M.G, Hoffman, R.R., Yee, J.L., Tennstedt, S. Ve Schulz, R.(1999). Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177-185. Erişim: 21.11.2016, doi: 10.1093/geront/39.2.177.
- Öktem, R. (2005). *Araştırma Modeli*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eytap Yüksek Lisans Programı Araştırma Yöntemleri Dersi Ödevi. Ankara Üniversitesi: Ankara.
- Ören, N. (2016). *Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü Ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki*.Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi: İstanbul.

- Özcan, M. ve Kapucu, S. S. (2009). *Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları*,1(3), 167-172. Erişim:26.10.2015, [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-03/html/2009-1-3-167-172.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-167-172.htm).
- Özer, S. (2010). Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi. *Geriatry Dergisi*13(Özel Sayı 3), 27-35. Erişim: 03.04.16, [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdfTJG\\_511.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdfTJG_511.pdf).
- Özgür, G., Gümüş, A.B. ve Gürdağ, Ş. (2011). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 24,296-305 Doı: 10.5350/DAJPN2011240405.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N. Ve Güldal, D. (2012). Burnout and Relevant Factors In Nursing Staff: What Affects The Staff Working In An Elderly Nursing Home?. *Türk Geriatri Dergisi*, 15(3), 266-272. Erişim: 14.04.201, [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_662.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_662.pdf).
- Özkay, Ü. D., Öztürk, Y. ve Can, Ö. D. (2011). Yaşlanan Dünyanın Hastalığı: Alzheimer Hastalığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18 (1), 35-42. Erişim: 26.08.14.
- Özlu, A., Yıldız, M. ve Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 46, 38-42. Erişim: 06.11.2016, <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/394/buyuk/38-42.pdf>.
- Özmen, S. (2015). *Multiple Sklerozlu Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Özmete, E. (2016). Yaşlı Bakımı İşinin Psiko-Sosyal Riski: Kurumsal Yaşlı Bakımında Çalışanların Stres Nedenlerinin, Tükenmişlik Ve İş Tatmini Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17

(1),243-264. Erişim: 12.04.2017, <http://dergi.cumhuriyet.edu.tr/cumuiibf/article/view/5000087306/5000165029>.

Öztürk, E. (Eylül 2015). *Dünya Alzheimer Farkındalık Günü* (Rapor No:11). Erişim: 26.10.2015, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/4b30930a266d4833adf9223afa9926ce.pdf>.

Özyeşil, Z., Oluk, A. ve Çakmak, D. (2014). Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 39-44. Erişim:03.11.2015, <http://earsiv.arel.edu.tr/jspui/bitstream/1/147/2/147.pdf>.

Özveri Dergisi, Yaşlılık Rehberi. Erişim: 26.03.15, <http://www.yaslilikrehberi.org/haberler/oezveri-dergisi.aspx>.

Panisset, M. ve Gauthier, S. (2000). *Alzheimer Hastalığının Farmakoterapisi* (B. Büyükkal Çev.). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık.

Petrella, J.R., Coleman, R.E. ve Doraiswamy, P.M. (2003). Neuroimaging And Early Diagnosis of Alzheimer Disease: A Look to the Future. *Radiology*, 226(2), 315–336. Erişim: 08.09.14, RSNA, doi: 10.1148/radiol.2262011600.

Piccini, C., Bracco, L. ve Amaducci, L. (2000). *Alzheimer Hastalığının Farmakoterapisi* (B. Büyükkal Çev.). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık.

Pierce, L. L, ve Lutz, B. J. (2009). Family Caregiving. I. M. Lubkin ve P. D. Larsen (Ed.). *Chronic Illness Impact and Intervention* (191-223). Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers.

Reiner, P. B., ve Bihan, S.L. (2002). Identification of Brain-Expressed ABC Transporters That May Mediate Detachment of  $\beta$  amyloid from Biological Membranes. H. W. Fillit ve A.W.O'Connell (Ed.). *Drug Discovery and Development For Alzheimer's Disease* (67-74). New York: Springer Publishing Company.

- Reisberg, B., Doody, R., Stöffler, A., Schmitt, F., Ferris, S. ve Möbius, H. J. (2003). Memantine in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *The New England Journal of Medicine*, 348(14), 1333-1341. Erişim: 27.03.16, doi: 10.1056/NEJMoa013128.
- Reismann, W. E. ve Cummings, J. L. (1998). Dementia. D. Katz (Ed.). *Practice of Geriatrics* (s.267-299). USA: WB Saunders Company.
- Reuben, D. R., Herr, K. A., Pacala, J.T., Potter, J. F., Pollock, B.G. ve Semla, T. P. (2002). *Geriatrics At Your Fingertips*. Malden, MA: Blackwell Science.
- Robison, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N. ve Porter, M.(2009).A Broader View of Family Caregiving: Effects of Caregiving and Caregiver Conditions on Depressive Symptoms, Health, Work, and Social Isolation. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(6), 788–798, Erişim: 16.11.2016, doi:10.1093/geronb/gbp015.
- Robinson, L., Wayne, M. S. ve Segal, J. (2016). *Support for Alzheimer's and Dementia Caregivers How to Get the Caregiving Help You Need*. Erişim: 04.04.16,<http://www.helpguide.org/articles/caregiving/support-for-alzheimers-and-dementia-caregivers.htm>.
- Robnett, R. H. ve Bolduc, J. J.(2015). The Cognitive and Psychological Changes Associated with Aging. R. H. Robnett ve W. Chop (Ed.). *Gerontology for the Health Care Professional* (103-147). Burlington, MA: Jones&Bartlett Learning.
- Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi (2016). Erişim:07.04.2017,<http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>.
- Salam, A., Abu-Helalah,M., Jorissen, S.L., Niaz, K., Monsour, A. Ve Qarni, A.A. (2014). Job Stress And Job Satisfaction Among Health Care Professionals. *European Scientific Journal* 10(32),156-153. ISSN: 1857 – 7881, e - ISSN 1857- 7431.

- Sayın, Y.(2012). Yaşlılık Süreci ve Etkileri. Z. Durna (Ed.). *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (517-537). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Schulz, R. ve Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for MortalityThe Caregiver Health Effects Study. *The Journal Of The American Medical Association*, 282(23), 2215-2219. Erişim: 03.04.16, doi:10.1001/jama.282.23.2215.
- Schurf, N. (2001). Epidemiology of Dementia in Down's Syndrom. K. Iqbal, S.S. Sisodia, B. Winblat (Ed.). *Alzheimer's Disease: Advances in Etiology, Pathogenesis and Therapeutics* (23-30). Chichester; New York : J. Wiley & Sons.
- Scottish Government (2013). *Scotland's National Dementia Strategy 2013-2016*. Erişim:04.01.2016,<http://www.gov.scot/Resource/0042/00423472.pdf>.
- Selçuk, K.T. ve Avcı, D. (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7 (1), Erişim: 27.06.2016, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sdusbed/article/viewFile/5000181252/5000165933>.
- Selekler, K. (2004). Yaşlanma ve Alzheimer Hastalığı, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi (Haz.). *Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma* (19-25) Ankara: GEBAM.
- Selekler, K. (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı. *Geriatri Dergisi*, 13(Özel Sayı), 9-14. Erişim: 23.03.16, [http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_508.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_508.pdf).
- Sezer, C. ve Memiş, L. (2001). Alzheimer Hastalığı Histopatolojisi. *Demans Dergisi*, 1(2), 42-49. Erişim: 26.08.14, Türk Psikiyatri Dizini, <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/109.pdf>.
- Sink, K. M ve Yaffe, K. (2004). Cognitive Impairment Dementia. C. S. Landefeld, R. M. Palmer, M.A. Johnston ve W. L. Lyons (Ed.). *Current*

*Geriatric Diagnosis&Treatment* (60-74). New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.

Social Work Degree Guide. (2017). What is the History of the Social Work Profession? Erişim:09.04.2017, <http://www.socialworkdegreeguide.com/faq/what-is-the-history-of-the-social-work-profession/>.

Songur, A., Özen, O. A. ve Sarsılmaz, M. (2001). Hipokampus. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 21(5), 427-431. Erişim: 26.08.14, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-hipokampus-1593.html>.

Spar, J. ve Rue, A. L. (2002). *Concise Guide to Geriatric Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Steckle, C. (2008). Reversible and Irreversible Cognitive Disorders Mental Help.Erişim23.03.16<https://www.mentalhelp.net/articles/reversible-and-irreversible-cognitive-disorders/>.

Sumana, M., Sreelatha, C.Y., Sreelanga, A., Arpitha, B., Akshatha, S.P. ve Anand,H.D.(2016).Prevalence of Dementia and Other Psychiatric Morbidities Among Geriatric Population of Salagame Primary Health Centre in Hassan District, Karnataka, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 3(5),1315-1317. Erişim: 15.11.2016, doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20161404.

Sungur, M.Z. (1999). İkincil Travma ve Sosyal Destek. *Klinik Psikiyatri*, 105-108.

Şahin, F. (2011). Sosyal Hizmet Nedir? Ne Değildir?. Erişim: 03.01.2016, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/shizmetnedirnedegildir.htm>.

Şahin, M. (2000). Depresyon ve Demans. *Demans Dizisi*, 2(1), 27-31. Erişim: 15.01.16, Türk Psikiyatri Dizini, <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/170.pdf>.

Tanburoğlu, A. (2014) *Alzheimer Demans Hastalarında Beyin Manyetik Rezonans Rezonans Görüntüleme Volumetri Ölçümleri ile Nöropsikolojik*

*Testlerin ve Beyin Omurilik Sıvısı Biyobelirteçlerinin Karşılaştırılması.*  
Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

- Tariot, P.N., Farlow, M.R., Grossberg, G.T., Graham, S.M., McDonald, S. ve Gergel, I. (2004). Memantine Treatment in Patients With Moderate to Severe Alzheimer Disease Already Receiving Donepezil A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association* 291(3),317-324. Erişim: 24.03.16, doi:10.1001/jama.291.3.317.
- Taşçı, F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. *Çalışma Ve Toplum Dergisi*, 1 (24), 175-202. Erişim: 03.01.16, <http://calismatoplum.org/sayi24/tasci.pdf>.
- Taşkıran, Z. E. ve Yılmaz, E. (2007). Amiloid Birikiminin Moleküler Temeli ve Yeni Tedavi Yaklaşımları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38(1), 20-25. Erişim: 26.08.14, [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2007/sayi\\_1/baslik4.pdf](http://www.tip.hacettepe.edu.tr/actamedica/2007/sayi_1/baslik4.pdf).
- Tejada-Vera, B. (2013). Mortality From Alzheimer's Disease in the United States: Data for 2000 and 2010. National Center for Health Statistics. Erişim: 27.03.16, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db116.htm>.
- Tellioğlu, S. B. (2011). *Alzheimer Hastalığı, Hafif Kognitif Bozukluk ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik ve Nöropsikolojik Açısından İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Thomson, K. (2015). *Paid Formal Caregivers and Caregiver Burden: A Quantitative Study*. Master Thesis, California State University, Long Beach.
- Tripathi, M. ve Vibha, D. (2009). Reversible Dementias. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(1), 52-55. Erişim: 08.12.14, PubmedCommons, PMC3038529
- Truell, R. (2014, 7 Temmuz). *What is social work?*. The Guardian.



- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Panyavin, I., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E ve Arango-Lasprilla, J.C. (2016). Mediation of Family Dynamics, Personal Strengths, and Mental Health in Dementia Caregivers. *Journal of Latina/o Psychology* 4(1), 1–17. Erişim: 03.08.2016, <http://dx.doi.org/10.1037/lat0000046>.
- Tufan, İ. (2008). Türkiye Gerontoloji Ajandası 2020 Türkiye’de İnsanların Gözünde Yaşlılık Sorunları: Görüşler, Planlar, Talepler, Tutumlar.Erişim:04.01.2015,[http://www.itgevakif.com/pdfs/Ajanda2020\\_itufan\\_sicher.pdf](http://www.itgevakif.com/pdfs/Ajanda2020_itufan_sicher.pdf).
- TÜİK. (2014). İstatistiklerle Yaşlılar 2013.Erişim: 22.12.2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>.
- TÜİK. (2015). İstatistiklerle Yaşlılar 2014. Erişim: 27.10.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>.
- TÜİK. (2016). Hayat Tabloları, 2013-2015 Erişim: 05.01.2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21509>.
- TÜİK (2016). İstatistiklerle Aile, 2015. Erişim: 18.04.2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21523>.
- Tümerdem, Y. (2006). Gerçek Yaş.*Geriatric Dergisi*.9(3),195-196.Erişim: 09.11.2016[http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf\\_TJG\\_310.pdf](http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_310.pdf).
- Türk Geriatri Vakfı, Erişim: 15.05.2016, <http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/>.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982.
- Ülger, Z. ve Arıoğul, S. (2007). Demans Tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14(1), 33-38. Erişim: 13.06.14, [http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2007-01/2007-14-1-033-038.pdf](http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2007-01/2007-14-1-033-038.pdf).
- Ülger, Z., Yavuz, B., B., Halil, M. Cankurtaran, M. ve Arıoğul, S. (2008). Alzheimer Hastalığı Tedavisinde Kullanılan İlaçlar.*Akademik Geriatri*

*Dergisi*. Erişim: 25.11.2016, [http://akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-01/html/2009-1-1-003-012.htm](http://akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-003-012.htm).

Ünalın, D., Soyuer, F. ve Elmalı, F. (2012). Geriatri Merkezi Çalışanlarında Yaşlı Tutumunun Değerlendirilmesi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(3):115–120. Doi: 10.5505/kjms.2012.15870.

Ütücü, N. ve Eker, E. (2012). Alzheimer Hastalığında Aile ve Bakıcı Tükenmişliği. A. T. Işık (Ed.). *Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı Geriatrik Sendromlar Dizisi* 5,689-703. İstanbul: Som Kitap.

World Alzheimer Report: Alzheimer Disease International (2014), Erişim:15.11.2016, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>.

World Health Organization ve Alzheimer's Disease International (2012). *Dementia: a Public Health Priority*. United Kingdom: World Health Organization, Alzheimer's Disease International.

Worthington, B. (2008). Is a Gerontology Career in Your Future? *Social Work Today* 8(4),38. Erişim:15.05.2016, <http://www.socialworktoday.com/archive/070708p38.shtml>.

Yaari, R. ve Corey-Bloom, J. (2007). Alzheimer's Disease. *Seminars in Neurology*, 27(1), 32-41. Erişim: 12.04.2016, Medscape, [http://www.medscape.com/viewarticle/553256\\_6](http://www.medscape.com/viewarticle/553256_6).

Yacı, Ö. (2011). *Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Yan, X.X. (2013). Advances in Alzheimer's Disease (AAD): Standing Firm at Its First Anniversary. *Advances in Alzheimer's Disease*, 2(2), 49-50. Erişim: 26.08.14, Scientific Research an Academic Publisher, doi: 10.4236/aad.2013.22006.

- Yavuzer, H. (2014). Demans. T. Beğer, D.S. Erdinçler ve A. Döventaş (Ed.). *Geriatrik Sendromlar (75-92)*. İstanbul: Tıp Kitapevi.
- Yazıcı, T.G. ve Şahin, H. (2010). Alzheimer Hastalığı. *Klinik Gelişim Dergisi*, 20(1), 48-52. Erişim: 25.08.2014, [http://www.klinikgelisim.org.tr/kg\\_10\\_1/8.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/8.pdf).
- Yeh, P.M. ve Chang, Y. (2015). Use of Zarit Burden Interview in Analysis of Family Caregivers' Perception Among Taiwanese Caring with Hospitalized Relatives. *International Journal of Nursing Practice* 21, 622–634. Erişim: 05.11.2016, doi: 10.1111/ijn.12333.
- Yıldız Yüce, N. ve Yüce, O. (2014). Alzheimer Hastalığını Etkileyen Psiko-Sosyal Faktörleri Saptayarak Alzheimer Hastalarına Yönelik Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahaleleri Geliştirme (Adapazarı Örneği). *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(4), 36-50. Erişim: 04.01.2016 <https://www.saglik.gov.tr/Hastahaklari/dosya/1-95296/h/dergi.pdf>.
- Yılmaz, A. ve Turan, E. (2007). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları. *Türkiye Klinikleri*, 27(3), 445-454. Erişim: 03.04.16, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-alzheimer-hastalarina-bakim-verenlerde-tukenmislik-tukenmislige-neden-olan-faktorler-ve-bas-etme-yollari-47690.html>.
- Yılmaz, S., Açıkgoz, A., Çevik, C., Selçuk, K.T. ve Uçku, R. (2013). Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler. *STED*, 22(3), 105-114. Erişim: 06.10.2016, [http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?cwid=9&vtadi=TTIP&c=ebsco&ano=175349\\_0cb7e8111ea8dd8239348121e2a20c42&?](http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?cwid=9&vtadi=TTIP&c=ebsco&ano=175349_0cb7e8111ea8dd8239348121e2a20c42&?)
- Yılmazer, A. (2013). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılarda Demografik Değişimler. M.Altındış (Ed.). *Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı* (1-11). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

Zaybak, A., Güneş, Ü., Günay İsmailoğlu, E. ve Ülker, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerrinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 48-54. Erişim: 27.11.2016, <http://edergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025006174/1025006655>.

<http://www.alzheimerstreatment.space/tag/auguste-deter-brain>.

<https://www.google.com.tr/>.

<http://tuikapp.tuik.gov.tr/SecilmisUluslararasıGostergeler/sorguSayfa.do?target=degisken>.

## EKLER

### EK 1. Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma, Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN danışmanlığında, Sezen SONER tarafından Ankara'daki Özel Huzurevlerinde yürütülen bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, Alzheimer hastalık sürecinin bakım verenler üzerine etkileri ile ilgili bilgi toplamaktır. Araştırmada Görüşme Formu ve Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı uygulanacak olup, çalışmaya katılım tamamiyle gönüllülük temelindedir. Araştırma ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluğunuz yoktur ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamiyle gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Görüşme Formu ve **Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı**, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkabilirsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemeniz yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı Sezen SONER (e-posta: sezen.soner@hotmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

***Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.*** (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

**Katılımcı**

**Adı-Soyadı** :  
**Adresi** :  
**Tel** :  
**Tarih** :  
**İmza** :

**Araştırmacı** :Sezen SONER

**Adres** :Ankara

**Tel** :0536 289 7105

**E-posta** :sezen.soner@hotmail.com

**İmza** :

## Ek 2. Görüşme Formu

1. Yaşınız?.....
2. Mesleğiniz?
  1. ( ) Doktor
  2. ( ) Hemşire
  3. ( ) Sosyal Hizmet Uzmanı
  4. ( ) Psikolog
  5. ( ) Bakım Elemanı
  6. ( ) Diğer ( Lütfen Belirtiniz).....
3. Cinsiyetiniz?
  1. ( ) Kadın 2. ( ) Erkek
4. Eğitim Durumunuz?
  1. ( ) Okur-yazar değil
  2. ( ) Okur-yazar
  3. ( ) İlköğretim mezunu
  4. ( ) Ortaöğretim mezunu
  5. ( ) Yükseköğretim mezunu
5. Medeni Haliniz?
  1. ( ) Evli
  2. ( ) Bekar
  3. ( ) Dul
  4. ( ) Eşinden ayrı yaşıyor
6. Çocuğunuz Var mı?
  1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır
7. Cevabınız *Evet* ise Kaç çocuğunuz Var?
  1. ( ) 1 2. ( ) 2 3. ( ) 3 ve daha fazla
8. Bakmakla Sorumlu Olduğunuz Başka Kişiler Var mı?
  1. ( )Evet 2.( ) Hayır
9. Aynı Evde Birlikte Yaşadığınız Kişi Sayısı Nedir?
  1. ( ) 1-3 kişi
  2. ( ) 4-5 kişi
  3. ( ) 6-7 kişi
  4. ( ) 8 kişiden fazla
10. Şu anki Geliriniz, Geçiminiz İçin Yeterli mi?
  1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır
11. Kaç Yıldır Bu Yerde Çalışıyorsunuz?
  1. ( ) 1 yıl
  2. ( ) 2 yıl
  3. ( ) 3 yıl ve daha fazla

**12. İşinizi Severek mi Yapıyorsunuz?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**13. İşinizden Doyum Elde Ediyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**14. İşinizle ilgili Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunuzu Düşünüyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**15. Yanıtınız *Evet* ise İşinizle ilgili Bu Bilgiye Nasıl Sahip Oldunuz?**

1. ( ) Kitap, Dergi  
 2. ( ) İnternet  
 3. ( ) Yaşlı Bakım Sertifikam Var  
 4. ( ) Doktor  
 5. ( ) Sempozyum, Kongre vs.  
 6. ( ) Deneyimleyerek Öğrenme  
 7. ( ) Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

**16. Bakım Verme ile İlgili Bir Kursu Katıldınız mı?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**17. Bakım Verdiğiniz Hastaların Tanı Konulmuş Başka Hastalıkları Var mı?**

1. ( ) Var (Lütfen Belirtiniz).....  
 2. ( ) Yok

**18. Bakım Verirken En Çok Zorlandığınız Hizmet Nedir? (Birden Fazla Seçenek İşaretlenebilir)**

1. ( ) İlaçların Verilmesi  
 2. ( ) Temizlik  
 3. ( ) Boşaltım, Tuvalet İhtiyacı  
 4. ( ) Giyinmenin Sağlanması  
 5. ( ) Beslenme  
 6. ( ) Hareket Desteği Sağlanması  
 7. ( ) İletişim  
 8. ( ) Davranış Bozuklukları  
 9. ( ) Diğer .....

**19. Yaşadığınız Bakım Yükü Sonucunda Tanı Konulmuş Bir Hastalığınız Var mı?**

1. ( ) Var (Lütfen Belirtiniz).....  
 2. ( ) Yok

**20. İşinizle İlgili Hangi Yardıma Daha Çok İhtiyaç Duyuyorsunuz?**

1. ( ) Psikolojik  
 2. ( ) Fiziksel  
 3. ( ) Ekonomik  
 4. ( ) Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

**21. İşinizle İlgili Olarak İhtiyaç Duyduğunuz Fiziksel Desteğe Ulaşabiliyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**22. Yanıtınız Hayır ise, İhtiyaçlarınızın Karşılanabilmesi için Nelerin Yapılmasını İstersiniz? (Lütfen Belirtiniz)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**23. İşinizle İlgili Olarak İhtiyaç Duyduğunuz Sosyal Desteğe Ulaşabiliyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**24. Yanıtınız Hayır ise, İhtiyaçlarınızın Karşılanabilmesi için Nelerin Yapılmasını İstersiniz? (Lütfen Belirtiniz)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**25. İşinizin Sizi Yıprattığını Düşünüyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**26. Günde Ortalama Kaç Saat Bakım Veriyorsunuz?**

1. ( ) 1-2 saat  
 2. ( ) 3-4 saat  
 3. ( ) 5-6 saat  
 4. ( ) 7 saat ve daha fazla

**27. Psikolojik Anlamda Kendinizi Nasıl Hissediyorsunuz?**

1. ( ) Ümitsiz  
 2. ( ) Karamsar  
 3. ( ) Şüpheli  
 4. ( ) Umut Dolu

**28. Kurumunuzda Psikolojik Anlamda Size Destek Verecek Bir Personelin Olmasını İster misiniz?**

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

**29. Bakım Verdiğiniz Kişilerin Durumlarından Sorumlu Olduğunuzu Düşünüyor musunuz?**



1. ( ) Evet 2.( )Hayır

**30. Mesleğinizde Kendinizi Başarılı Buluyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2.( ) Hayır

**31. Gün İçerisinde Kendinize Vakit Ayırabiliyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2.( ) Hayır

**32. Yaşlılığı Nasıl Bir Dönem Olarak Tanımlarsınız?**

1. ( ) Olumlu, Huzurlu ve Mutlu Bir Dönem  
2. ( ) Olumsuz, Hastalıklı, Bağımlı olunan ve Bakıma Gerek Duyulan Zor Bir Dönem  
3. ( ) Yaşanması Gereken Bir Dönem  
4. ( ) Bu Konuda Fikrim Yok

**33. İleride Alzheimer Hastası Olmaktan Korkuyor musunuz?**

1. ( ) Evet 2.( ) Hayır

**34. Eklemek İstedığınız Başka Konu Var Mı?**

.....  
.....  
.....  
.....

### Ek 3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

	Hiçbir zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Oldukça Sık (3)	Hemen Her Zaman (4)
1.Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6.Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7.Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11.Yakınınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
16.Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
17.Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
18.Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
19.Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
20.Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21.Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
22.Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

#### Ek 4. Araştırmaya Katılan Özel Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Listesi

1	ÖZEL ALTINÇATI HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Hilalmah.626.Cad.(Aleksander Dopçek cad) 680.sokno:4 Çankaya/ANKARA
2	ÖZEL TATLIDİL HUZUR VE YAŞLI BAKIMEVİ	Birlik mah. 448.cad.no:60 çankaya / ankara
3	ÖZEL ÖZCAN YAŞLI BAKIMEVİ	Vedat dolakay caddesi ulubey sokak no:14 gaziosmanpaşa- çankaya/ ankara
4	ÖZEL PURSAKLAR YAŞLI BAKIMEVİ	Şehit salim akgül cad. Gülşen sok. No:3 pursaklar keçiören / ankara
5	ÖZEL TALYA YAŞLI BAKIMEVİ	Oğuzlar mah. Osmanlı cad.1336.sok. No:12 balgat/çankaya-ankara
6	ALTINÇATI ORAN HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Hilal mah. 626. Cad. No:12 çankaya/ankara
7	ANKARA MELAHAT DEMİRBAŞ HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIMEVİ	Uğur mumcu sokak no: 48 g.o.p. Çankaya / ankara
8	ÖZEL EVİMİZ HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Ümitköy mah. 2526. Sokak no:28 ümitköy - yenimahalle / ankara
9	ÖZEL SEFA HUZUREVİ YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Kırkkonaklar Mah. 323.sok No:9 Çankaya/ANKARA
10	ÖZEL EMİN ELLER HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Ahmet taner kışlalı mah. 2742. Sok. No:4/6 çankaya/ankara
11	ÖZEL ÖMÜR HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIMEVİ	Mutlukent mah. Binsensin sitesi 1961. Cad no:31 ümitköy çankaya /ankara
12	ÖZEL 4 MEVSİM YAŞAM KÖŞKÜ HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIMMERKEZİ	Mutlukent mah. Binsensin sitesi 1964 sokak no:27 ümitköy / ankara
13	ÖZEL BAŞKENT VİZYON HUZUREVİ YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Süleyman Hacı Abdullahoğlu cad. No:45 Balgat - ANKARA
14	ÖZEL İREM HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Harbiye mah. Nisan sok. No:7 kırkkonaklar çankaya / ankara
15	ÖZEL ALTINÇATI GORDİON HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Ümit mahallesi 2539. Sokak no:3 ümitköy - yenimahalle / ankara
16	ÖZEL IHLAMUR KONAĞI HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Alacaatlı mah. 5024 sok. No:4 yaşamkent çankaya/ankara
17	ÖZEL YENİ ANKARA SEVGİN ESEN HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Ümit mah. 25228 sok. Töyko villaları no:4 ümitköy çankaya/ankara
18	ÖZEL YILDIZ KONAĞI HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Sancak mah. Turan güneş bul. Ali haydar feroğlu sok. No:38 çankaya/ankara
19	ÖZEL DİKMEN HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Huzur mah. 1161. Sok. No:16 dikmen- çankaya/ankara
20	ÖZEL GÜLHAN DOĞAN HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZİ	Sancak mah. Turan güneş bul. No:63 çankaya/ankara

## Ek 5. Etik Kurul İzni



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük

23 Ocak 2017

Sayı : 35853172/ 433-319



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Sezen SONER**'in **Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN** danışmanlığında yürüttüğü "**Alzheimer Hastalık Sürecinin Bakım Veren Üzerine Etkisi**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **17 Ocak 2017** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Rahime M. NOHUTCU  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

## Ek 6. Orjinallik Formu

	<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b>
<b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b>	
Tarih: 31/05/2017	
Tez Başlığı / Konusu: ALZHEIMER HASTALIK SÜRECİNİN KURUMLARDA BAKIM VERENLER ÜZERİNE ETKİLERİ	
<p>Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 157 sayfalık kısmına ilişkin, 31/05/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 6 'dır.</p>	
<p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,</li> <li>2- Kaynakça hariç</li> <li>3- Alıntılar hariç/dâhil</li> <li>4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç</li> </ol>	
<p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p>	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
 31.05.2017 Tarih ve İmza	
<p><b>Adı Soyadı:</b> SEZEN SONER</p> <p><b>Öğrenci No:</b> N10229538</p> <p><b>Anabilim Dalı:</b> SOSYAL HİZMET</p> <p><b>Programı:</b> SOSYAL HİZMET</p> <p><b>Statüsü:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>	
<p><b>DANIŞMAN ONAYI</b></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">             Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN         </p>	



**HACETTEPE UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES  
THESIS/DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES  
TO THE DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

Date: 31/05/2017

Thesis Title / Topic: THE EFFECTS OF ALZHEIMER'S DISEASE ON CAREGIVERS WHO WORK IN THE INSTITUTIONS

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options stated below on 31/05/2017 for the total of 157 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 6 %.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

*Sezen Soner*  
31.05.2017  
Date and Signature

**Name Surname:** SEZEN SONER  
**Student No:** N10229538  
**Department:** SOCIAL WORK  
**Program:** SOCIAL WORK  
**Status:**  Masters  Ph.D.  Integrated Ph.D.

**ADVISOR APPROVAL**

APPROVED.

*Vedat İşikhan*

Prof. Dr. Vedat İŞIKHAN