

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ALZHEİMER HASTALARININ BAKIMINI ÜSTLENEN AİLE
BİREYLERİNİN GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE
İNCELENMESİ: DİYARBAKIR İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan BOZKURT

Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET

Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Bedrettin KESGİN

HAZİRAN 2021

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ALZHEİMER HASTALARININ BAKIMINI ÜSTLENEN AİLE
BİREYLERİNİN GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE
İNCELENMESİ: DİYARBAKIR İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sultan BOZKURT (177203021)

Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET

Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS İNTİHAL YAZILIM

RAPORU BEYAN BELGESİ

TEZ BAŞLIĞI: ALZHEİMER HASTALARININ BAKIMINI ÜSTLENEN AİLE BİREYLERİNİN GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ: DİYARBAKIR İLİ ÖRNEĞİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 96 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 20 /05/ 2021 tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen İntihal tespit programıraporuna göre tezimin benzerlik oranı % 9 'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı SOYADI : Sultan BOZKURT
Öğrenci Numarası 177203021
Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Sosyal Hizmet
Türü : () Proje (X) Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Danışman
Prof. Dr. Bedrettin KESGİN

ÖNSÖZ

Yaşlılık dönemi kişilerin fizyolojik, biyolojik, ruhsal, bedensel kayıplar verdiği ve başka bireylerin bakımına ihtiyaç duydukları bir dönemdir. Ele alınan bu çalışma, yaşlılık döneminde görülen ve yaşlıyı başka bireylere muhtaç hale getiren Alzheimer hastalığına sahip kişilerin bakımını yapan aile üyelerinin bakım sürecinde yaşadıkları zorluklar ve bu zorluklara güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde nasıl çözümler üretilebileceğini belirlemek amacı taşımaktadır.

Yüksek lisans tez çalışması kapsamında bana her türlü desteği veren hocam Bedrettin KESGİN' e çok teşekkür ederim.

Çalışma sürecinde pes etmeme engel olan ve desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Yüstra ÖZER' e ve Arş. Gör. Merve ZEYBEL' e samimi duygularıyla teşekkür ederim.

Haziran 2021

Sultan BOZKURT

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VI
TABLOLAR.....	VII
ŞEKİLLER.....	VIII
GRAFİKLER	IX
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM: YAŞLILIK KAVRAMI VE KAPSAMI	6
1.1. Yaşlı, Yaşlılık, Yaşlanma	6
1.2. Yaşlı Nüfusun Geçmişten Günümüze Yaşadığı Değişim Ve Dönüşüm.....	7
1.3. Yaşlılık İle İlgili Mevcut Sayısal Veriler.....	8
1.3.1. Dünyada Yaşlılık	8
1.3.2. Türkiyede Yaşlılık	8
1.4. Yaşlılıkta Temel Değişiklikler ve Sorunlar	9
1.4.1. Fizyolojik Sorunlar	9
1.4.2. Ekonomik Sorunlar.....	10
1.4.3. Bakım Sorunu	10
1.5. Demansın Tanımı.....	11
1.6. Alzheimer Hastalığının Tanımı.....	11
1.7. İleri Yaşlılık Dönemi Ve Alzheimer Hastalığı İlişkisi	12
1.8. Alzheimer Hastalığının Evreleri	13
1.9. Alzheimer Hastalığında Tedavi	15
1.10. Alzheimer Hastalığında Bakım	16
1.10.1. Bakım Veren Tanımı.....	16
1.10.2. Kurumsal Bakım –Formel bakım	16
1.10.3. Evde Bakım- İnfornel Bakım.....	16

1.10.4. Yük Tanımı	18
1.10.5. Bakım Veren Yüğü	18
1.11. Alzheimerlı Hasta Yakını Olmak ve Hastalara Evde Bakım Vermek	19
1.11.1. Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Stres Kaynakları	20
1.12. Alzheimerlı Hasta Bakımını Üstlenen Bireylerin Yaşadıkları Rol Karmaşası.....	24
1.13. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik	25
1.14. Alzheimer Hastalığı Özelinde Bakım Veren Kadın Olmak	26
1.15. Alzheimerlı Hasta Yakınlarının Sosyal Destek İhtiyaçları	27
2.BÖLÜM: ALZHEİMER HASTASI BİREY VE AİLELERİNE GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ	29
2.1. Sosyal Hizmetin Tanımlanması	29
2.2. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevleri.....	30
2.3. Tıbbi Sosyal Hizmet.....	31
2.4. Gerontolojik Sosyal Hizmet.....	32
2.5. Ailelerle Sosyal Hizmet	33
2.6. Sosyal Hizmet Uygulamasına Temel Teşkil Eden Kuram ve Yaklaşımlar	34
2.6.1. Sistem Kuramı	34
2.6.2. Ekolojik Yaklaşım	35
2.6.3. Güçlendirme	36
2.6.3.1. Güç Kavramı.....	36
2.6.3.2. Güçlendirme Yaklaşımı	36
2.6.3.3 Güçlendirme Yaklaşımının Tarihsel Gelişimi	40
2.6.3.4. Güçlendirme Yaklaşımının İlkeleri	40
2.6.3.5. Güçlendirmenin Amacı.....	41
2.6.3.6. Sosyal Hizmet, Güçlendirme ve Maneviyat İlişkisi	42
2.6.3.7. Güçlendirme Yaklaşımının Sosyal Hizmet Uygulaması İçindeki Yeri	43
2.7. Alzheimer Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerine Güçlendirme Müdahalesi.....	46

3. BÖLÜM : ARAŞTIRMAYA AİT METODOLOJİK BİLGİLER	51
3.1. Araştırmanın Sorunsalı	51
3.2. Araştırmanın Önemi.....	52
3.3. Araştırmanın Amacı.....	53
3.4. Araştırmanın Yöntemi	53
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	54
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
4. BÖLÜM: BULGULAR VE YORUM	55
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	55
4.1.1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımları	55
4.1.2. Katılımcıların Yaş Dağılımları	56
4.1.3. Katılımcıların Hastayla Yakınlık Dereceleri	57
4.1.4. Katılımcıların Eğitim Durumu.....	57
4.1.5. Katılımcıların Çalışma Durumu	58
4.1.6. Katılımcıların Aylık Gelir Durumu	59
4.1.7. Katılımcıların Aile Türü	59
4.1.8. Katılımcıların Bakım Verme Süreleri.....	60
4.2. Hastalık Süreci İle İlgili Bulgular	60
4.2.1. Hastalığın Fark Edilmesi	60
4.2.2. Hastalığın Öğrenilmesi ve İlk Tepkiler	62
4.2.3. Hastalık Öncesi ve Sonrası Değişiklikler	65
4.3. Bakım Veren Kişilerle İlgili Bulgular	68
4.3.1. Bakım Vermeyi Zorlaştıran Durumlar	68
4.3.2. Bakım ve Destek Alınan Kurumlar	71
4.3.3. Bakım Yüğü ve Tükenmişlik.....	73
4.3.4. Bakım Süreci ve Sosyal Destek Beklentileri	75
4.4. Bakım ve Aile ile İlgili Bulgular	77
4.4.1. Bakım Süreci ve Ekonomik Sorunlar	77

4.4.2. Bakım Yükünün Tek Kişiyeye Yüklenmesi.....	79
4.4.3. Bakımı Ailenin Yapmak İstemesinin Nedenleri.....	80
4.5. Bakım Süreci ve Sosyal Hizmet ile İlgili Bulgular.....	82
4.5.1. Faydalanılan Sosyal Hizmet Uygulamaları	82
4.5.2. Bakım Süreci ve Sosyal Hizmetlerden Beklentiler	84
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
Sonuç.....	87
Öneriler.....	89
KAYNAKÇA	92
EKLER.....	97
DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME SORULARI.....	101
ÖZGEÇMİŞ.....	103

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

IFSW : Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu

AÇSHB: Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

SYDV : Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Vakfı

NAWS: Sosyal Hizmet Uzmanları Ulusal Birliği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TDK: Türk Dil Kurumu

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

SHU: Sosyal Hizmet Uzmanı

TABLÖLAR

Tablo 1. Yaşlılara Bakan Bireylerin Problemlerinin Boyutları.....	17
Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	53
Tablo 3. Katılımcıların Yaş dağılımları	54
Tablo 4. Katılımcıların Hastayla Yakınlık Dereceleri.....	55
Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Durumu.....	56
Tablo 6. Katılımcıların Çalışma Durumu.....	56
Tablo 7. Katılımcıların Aylık Gelir Durumları	57
Tablo 8. Katılımcıların Aile Türü.....	57
Tablo 9. Katılımcıların Hastaya Bakım Verme Süreleri	58

ŞEKİLLER

Şekil 1. Türkiye’ de Toplumsal Yaşlanmaya Yol Açacak Sebepler.....	5
Şekil 2. Alzheimer Hastalığının Erken Evresinde Bireyde Meydana Gelen Değişiklikler	14
Şekil 3. Alzheimer Hastalığının İleri Evresinde Bireydeki Kayıplar	15
Şekil 4. Bakım Verme Sürecinde Birincil ve İkincil Stres Kaynakları.....	22
Şekil 5. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Stres Yaratıcı Başlıca Faktörler	23
Şekil 6. Bakım Veren Bireylerin Gündelik Yaşamındaki Rollerini.....	24
Şekil 7. Sosyal Hizmetin Uygulama Boyutları.....	29
Şekil 8. Güçlendirme Yaklaşımında Sosyal Hizmet Uzmanı – Müracaatçı İlişkisi	38



GRAFİKLER

Grafik 1: Dünya Nüfus Piramidi: 2000 ve 2050	6
Grafik 2: Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı ve Doğuştan Beklenen Yaşam Süresinin Değişimi .	7
Grafik 3: Demans Vakalarının Yaşa Bağlı Oranları.....	11



Yalova Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Alzheimer Hastalarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Diyarbakır İli Örneği	
Tezin Yazarı: Sultan BOZKURT	Danışman: Prof. Dr. Bedrettin KESGİN
Kabul Tarihi: 16.06.2021	Sayfa Sayısı: vii (Ön Kısım) + 96 (Tez) + 7 (Ekler)
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet	Bilim Dalı: Sosyal Hizmet
Yaşlılık dönemi kronik hastalıklara yakalanma riskinin arttığı bir dönemdir. Bu dönemde bağımsızlık zayıflamakta ve kronik hastalıklar bir zincirin halkaları gibi birbirini takip etmektedir. Alzheimer hastalığı yaşlılık döneminde görülen bir hastalıktır ve çoğu kronik hastalığın aksine bu hastalık yaşlının tek başına yaşamasına olanak vermemektedir. Alzheimer hastası yaşlının bakımı için iki seçenek vardır. Bu seçeneklerden ilki kurum bakımındır ancak bu seçenek toplumumuzda çok tercih edilmemektedir. İkinci seçenek yaşlının aile üyelerince bakılmasıdır. Aile üyelerinin bakması hem devlete daha az maddi yük oluşturmaları açısından hem de yaşlının alıştığı ortamdan kopmaması açısından büyük öneme sahiptir. Alzheimer hastasına bakım verilen süreçte aile üyeleri bakım yükünün çok ağır olması nedeniyle çeşitli ruhsal, sosyal, bedensel ve ekonomik sorunlarla karşılaşmakta, bu sorunlar kişilerin sosyal işlevselliğini kaybetmesine ve güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren bireylerin bakım sürecinde karşılaştıkları, başa çıkmakta yetersiz hissettikleri durum ve olaylara sosyal hizmetin güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde nasıl çözümler üretebileceğini belirlemektir. Araştırmada Diyarbakır örneklem olarak alınmıştır. Araştırmanın verileri nicel araştırma yöntemleri kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma kapsamından 20 yetişkin kadın görüşmeciyile mülakat yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda elde edilen verilere göre Alzheimer hastası bireylere çoğunlukla ailenin kadın üyelerinin baktığı, bakım sürecinde sosyal desteğin istenilen düzeyde olmadığı, bireylerin bakım sürecinde çaresiz, endişeli, güçsüz ve tükenmiş hissetmektedirler. Bakım sürecinde bakım veren bireylerin güç ve kaynaklarının farkında olmadıkları, karşılaştıkları sorunlarla baş edebilme mekanizmalarının zayıfladığı, sosyal işlevselliklerini kaybettikleri ve güçlendirilmeye ihtiyaç duydukları sonucuna ulaşılmıştır.	
Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Alzheimer, Güçlendirme, Sosyal Hizmet	

Yalova University Institute of Graduate Education Master Thesis Summary

Thesis Title: Investigation of Family Members Taking Care of Alzheimer's Patients Within the Framework of Empowerment Approach : Diyarbakır Province Example	
Thesis Writer: Sultan BOZKURT	Thesis Advisor: Prof. Dr. Bedrettin Kesgin
Date of Acceptance: 16.06.2021 Total Number of Pages: vii (pretext)+ 96 (main body) + (appendices)	
Department: : Social Work	Field of Study: Social Work
Old age is a period when the risk of developing chronic diseases increases. In this period, immunity weakens and chronic diseases follow each other like the rings of a chain. Alzheimer's disease is seen in old age and unlike most chronic diseases, this disease does not allow the elderly to live alone. There are two options for the care of the Alzheimer's patient. The first of these options is institutional maintenance and this option is not preferred in our society. The second option is to have the elderly cared for by family members. Taking care of family members is of great importance both in terms of creating less financial burden on the state and in terms of keeping the elderly from the environment that they are accustomed to. During the process of care for Alzheimer's patients, family members encounter various mental, social, physical and economic problems due to the heavy burden of care, and these problems cause people to lose their social functionality and become weak. The main purpose of this study is to determine how social work can produce solutions within the framework of empowerment approach to situations and events that individuals who care for the elderly with Alzheimer's disease face and feel inadequate to cope with during the care process. Diyarbakır was taken as the sample in the study. The data of the study were obtained using quantitative research methods. Within the scope of the research, 20 adult female interviewers were interviewed. According to the data obtained as a result of the study, individuals with Alzheimer's disease are mostly cared for by female members of the family, social support is not at the desired level during the care process, and individuals feel helpless, anxious, weak and exhausted during the care process. It was concluded that caregivers during the care process are unaware of their power and resources, their coping mechanisms have weakened, they lost their social functionality and needed to be strengthened.	
Keywords: Elderly, Alzheimer's, Empowerment, Social Work	

GİRİŞ

Yaşlanma bir süreçtir ve dünya üzerinde yaşayan her canlı varlık için işleyen bir kuraldır. Bireyler doğar ve doğdukları an biyolojik saat ilerlemeye başlar. Yaşlılık ise kavram olarak bu sürecin belirli bir dönemini kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini bireylerin 65 yaş ve üstü oldukları zamanı kabul etmektedir. Dünya üzerinde 65 yaş üstü yaşlı birey sayısı 2019 verilerine göre 703 milyon kişidir ve bu sayının 2050 yılında bir buçuk milyardan fazla olacağı öngörülmektedir (<https://www.trthaber.com/>, 2018). Yaşlı nüfusun bu derecede hızlı artmasının nedenleri olarak; sağlık alanında yeni tedaviler ve çözüm yollarının bulunması ve buna bağlı olarak hastalık kaynaklı ölüm oranlarının düşmesi, erken teşhis ve tanı yöntemlerinin uygulanması, doğum kontrolü ve doğum sayılarının azalması, koruyucu ve önleyici sağlık uygulamalarının hayata geçmesi, sağlıklı hayatın benimsenmesi, barınma şartlarının iyileşmesi vb. olarak sayılabilmektedir.

Yaşlı nüfusun artması bir başarı gibi görünse de aslında beraberinde bir dizibireysel ve toplumsal sorunu da beraberinde getirmiştir. Yaşlanan ve yaşa bağlı ciddi sağlık problemleriyle uğraşan ve bu nedenle başkalarına bağımlı halde yaşayan dev bir yaşlı ordusu meydana gelmiştir. Bu yaşlı gruplarında daha önce yaşlı bireylerde çok fazla rastlanmayan ancak modern toplumlarda bir sosyal sorun haline gelen sorunlar görülmeye başlanmıştır. Bunlar; ekonomik, psikolojik, sosyolojik, biyolojik, sağlık sorunları olmakla birlikte bunların en önemlisi yaşlı bireyin bakım sorunu olmuştur. Tüm yaşlıların bağımlı ve başka bireylerin bakımına muhtaç olduğunu söylemek doğru olmamakla birlikte büyük bir kısmının bu genellemeye dâhil olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Yaşlı bireyin başka bireylere bağımlı olarak yaşamalarını belirleyen temel faktörlerden biri de bu bireylerin kronik bir hastalıklarının bulunup bulunmadığıyla ilgilidir. Modern toplumlarda her ne kadar sağlık sistemleri gelişmiş ve ilerlemiş olsa da henüz kesin çözüm bulunamayan birçok hastalık da bulunmaktadır. Bu hastalıklar çoğunlukla yaşa bağlı olarak bağışıklık sisteminin de zayıflamasıyla birlikte yaşlı bireylerde ortaya çıkmaktadır. Bu hastalıklar; kalp yetmezliği, tansiyon, diyabet, kanser, parkinson, Alzheimer vb. gibi hastalıklardır. Bu hastalıkların çoğunluğu ilaçlarla durdurulabilir veya semptomları azaltılabilir hastalıklardır. Alzheimer hastalığı ise bunlardan farklı olmakla birlikte henüz hastalığı bulunduğu evrede durduracak veya iyileştirecek bir tedavisi bulunamayan bir hastalıktır. Hastalık sürecinde uygulanan

tedaviler hastalığın verdiği kayıpları yavaşlatmaya çalışan tedavilerdir. Alzheimer hastalığı dejenaratif bir nörolojik hastalıktır. Çoğunlukla yaşlı bireylerde görülen ve bireyin her geçen gün kognitif (bilişsel) kayıplar yaşadığı bir hastalıktır. Dünya Geneline65 yaş ve üzerinde olan nüfusun yüzde 5-6' sında Alzheimer hastalığı veya buna benzer bir demans hastalığı bulunmaktadır (Çolakoğlu, 2004: 10). Türkiye toplumunun gelişmekte olan bir yapısı olduğu ve her geçen gün yaşlı nüfusun arttığı düşünülürse bu hastalığa yakalanan yaşlı birey sayısının da her geçen gün artacağı yadsınamaz bir gerçekliktir.

Dünya üzerinde her ne kadar yaşlı bireylere bakım veren kurum sayıları artmış ise de toplumumuz için aynısını söylemek doğru olmayacaktır. Toplumumuzda geçmişten günümüze yaşlı bireylerin bakımının ev ortamında yapılması olağan bir durum olarak görülmüştür. Bu görüşün toplumumuz da yer edinmesinde temel faktörlerden biri Osmanlı devleti ve onun bir parçası olduğu İslam medeniyetinde yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerle alakalı tutumlarla ilgilidir. İslamiyet de var olan ve yaşlı bakımında güçlü motivasyon kaynağı olan ayet ve hadisler de yaşlılara yönelik tutum ve davranışların belirlenmesini etkilemiş, Müslümanların kurmuş oldukları medeniyetlerin genel tavrı haline gelmiştir. Osmanlıda yaşlı kimseler duası alınması ve merhamet edilmesi gereken kişiler olarak görülmüş, hatta yaşlı kimselerin savaş zamanlarında edeceği duanın orduya zafer getireceğine inanılmıştır (Erkan, 2020:128). Yaşlı bireylerin Osmanlı toplumunda gördüğü bu saygı ve değer yaşlı bakıma muhtaç hale bile gelse ev ortamında bakılması ve her türlü ihtiyacının giderilmesine olanak sağlamıştır. Bu görüşe sahip bir medeniyet olan Osmanlı ve devamı olan Türkiye toplumu içinde bu görüşün önemli ölçüde devam ettiği görülmektedir.

Ülkemizde yaşlı ve hasta bireylere kimin bakım vereceğiyle ilgili küreselleşme ve modern dünya algıları nedeniyle kültürel kodların çoğunluğunda bir değişim meydana gelmiş olsa da yaşlının bakımının ev ortamında aile üyeleri tarafından yapılmasıyla ilgili kodlar çok zarar görmemiştir. Bu durum ülkemizde yaşlı bireylerin bakımının çoğunlukla ev ortamında yapılmasına neden olmuştur. Ülkemizde 2014 yılı istatistiklerine göre 6.2 milyon yaşlıdan 21.282 kişi huzurevlerinde, 6.682 kişi rehabilitasyon merkezlerinde, 10.319 kişi özel bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yaşamlarını sürdürmektedir. (TÜİK, 2014) Geriye kalan yaşlı nüfusunun büyük çoğunluğunun bakımları ise evde yapılmaktadır.

Alzheimer hastası yaşı bireylere bakımda hastalığa sahip bireyin semptomları ağırlaşmayıncaya ve evde bakım mümkün olmayıncaya kadar ev ortamında bakım sürdürülmektedir. Bunun nedenleri olarak: yaşlıya kimsenin aile üyeleri kadar iyi bakamayacağı düşüncesi, dini-manevi nedenler, toplumsal baskı ve korku, evde ortamında yaşlı bakımı için alınan devlet desteği vb. nedenler sayılabilmektedir. Ailenin yaşlının bakımını üstlenmesi hem yaşlının alıştığı ortamdan ayrılmaması hem de devlete ciddi maddi bir yükün oluşmaması açısından çok değerlidir. Aile tüm kurumlar içerisinde en güçlü olanıdır. Bakım işini en güçlü yapabilen ve karşılığında bir ücret beklemeyen aile kurumu bakım sürecinde desteklenerek, sosyal sistemin devamı sağlanmaktadır (Tufan, 2016: 25).

Alzheimer hastası yaşlıya evde bakılması durumu aile üyelerinde çeşitli psikolojik, toplumsal hatta biyolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Alzheimer hastası bireyin bakımını yapan aile üyelerinin bakım yükünün hastalık ilerledikçe arttığı ve bakıcı bireyleri tükettiği bilinmektedir. Hastanın yemeğini yedirmek, tuvalete götürmek, banyo yaptırmak ve diğer tüm sosyal, psikolojik ve bedensel ihtiyaçların giderilmesinde başvurulacak birinci kişi olmak bakıcı bireylerin tükenmişlik hissetmesinde rol oynayan önemli faktörlerdir. Alzheimer hastasına uzun süreli evde bakmak ve tükenmişlik hissetmek hem hastaya tahammülü azaltarak daha iyi şartlarda bakım ihtimalini azaltmakta hem de tükenmiş hisseden özel de bakıcı birey, genelde tüm ailenin sorunlar yaşamasına ve güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hem bakıcı bireylerin ruhsal ve sosyal sorunlarını ortadan kaldırmak hem de aile sisteminin bu durumdan en az etkilenmesini sağlayarak devamında sağlıklı bir şekilde sürdürmesi amacıyla aile üyelerinin güçlendirilmesi bu çalışmanın odağını oluşturmaktadır.

Çalışmanın Konusu

Kronik bir hastalık olan ve genellikle yaşlı bireylerde görülen alzheimer hastalığına sahip bireylerin bakımını üstlenen aile bireylerinin hastalığın öğrenilmesiyle başlayan ve sonraki süreçlerde devam eden sorunların belirlenmesi ve bu sorunlara sosyal hizmetin nasıl çözümler getirebileceği ile ilgili çözüm önerileri çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

Ele alınan bu çalışmada Alzheimer hastası yaşlı bireyin ev ortamında bakımını yapan aile üyelerinin yaşadığı güçlükler irdelenecek olup, bu güçlüklerle sosyal hizmet disiplinin

hangi kuram ve yaklaşım çerçevesinde nasıl çözümler üretebileceği üzerinde durulmaktadır.

Çalışmanın Önemi

Bu çalışma Alzheimer hastası yaşlıya evde bakım veren ve bu bakımı verirken kendini tükenmiş, çaresiz, değersiz, hapsolmuş hisseden ve karşılaştığı hiçbir sorunu çözebilecek gücü kendinde bulamayan aile bireylerinin güçlendirilmesi ve sosyal işlevsellik kazanarak baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi adına büyük önem taşımaktadır.

Çalışmanın Amacı

Bu araştırma ile Alzheimer hastası bireye sahip olan ve bu hastaların bakımını ev ortamında sağlayan bireylerin sorunlarını sosyal, ekonomik, psikolojik ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçları sosyal hizmet uygulamasında nasıl karşılanacağıyla ilgili sorunun cevabını vermek amaçlanmaktadır. Araştırma sosyal hizmetin temel yaklaşımlarından biri olan güçlendirme yaklaşımı ile bu bakım yükünü üstlenen aile üyelerinin yaşadıkları problemlerle nasıl başa çıkabileceklerine dair çözümler üretmek amaçlanmaktadır.

Çalışmanın Soruları

- i. Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren aile üyelerinin karşılaştığı sorunlar nelerdir?
- ii. Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren aile üyeleri bir sorunla karşılaştıkları zaman ne tür çözüm yolları üretmektedirler? Hangi baş etme mekanizmalarını kullanmaktadırlar?
- iii. Alzheimer hastasına bakım veren aile üyelerinin sosyal işlevselliklerinin artması ve toplumla daha uyumlu hale gelebilmesi adına sosyal hizmete düşen görevler nelerdir?
- iv. Hastaya bakım veren bireyler verilen sosyal hizmetleri yeterli görüyorlar mı ve sosyal hizmetlerden beklentileri neler?
- v. Alzheimer hastası bir yaşlının evde bulunması aile sistemini nasıl etkilemektedir?
- vi. Alzheimer hastası yaşlıyı aile üyeleri neden herhangi bir kurum bakımına vermeyi reddedip evde bakmak istemektedir?
- vii. Bakım görevi evdeki bireylere eşit olarak mı dağılmaktadır?

Çalışmanın Yöntemi

Araştırma Diyarbakır ilinde yaşayan ve ev ortamında Alzheimer hastası yaşlı bireye bakım veren aile üyeleriyle görüşmelerin bir kısmı yüz yüze bir kısmı çevrimiçi yöntemler aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında literatür taranmış, ilgili çalışmalar incelenmiş ve araştırmanın soruları belirlenmiştir. Araştırmanın problemi belirlendikten sonra çalışmanın daha nitelikli olabilmesi adına mülakat soruları detaylandırılarak oluşturulmuştur.



1. BÖLÜM : YAŞLILIK KAVRAMI VE KAPSAMI

1.1.Yaşlı, Yaşlılık, Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaş ve üzeri olan birey yaşlı kabul edilmektedir. Bu tanıma göre 65-74 yaş genç-yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü ise çok-ileri-yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Bu yaş aralıkları kronolojik yaşlanmayı ifade etmektedir. Ancak yaşlanma tek yönlü bir süreç değildir. Gerontolog'lara göre yaşlanma 4 farklı süreç olarak meydana gelir. Bu süreçler birbirine paralel olarak meydana gelebilmekle birlikte birbirinden çok bağımsız süreçlerde de meydana gelebilmektedir.

Bazen biyolojik yaşlanma kronolojik yaşlanmanın önüne geçebilmekte ya da psikolojik yaşlanma belirlenen yaşlanma aralıklarından çok önce meydana gelebilmektedir. Bu yaşlanma süreçleri kişiden kişiye değişebilmektedir. Kısacası herkes için geçerli bir yaşlanma tanımından söz etmek oldukça güçtür. Literatürde nedenlerine göre kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere 4 ayrı şekilde yaşlanmanın farklılaştığı görülmektedir

a. Kronolojik Yaşlanma: Bu yaşlanma türünde yaşlılığın tanımı bireyin doğduğu yıl ile bulunduğu yıl arasında geçen sürenin sayısal olarak ifade edilmesidir.

b. Biyolojik Yaşlanma: Bireyler sayısal olarak yaş almakla birlikte vücut yapılarında, duruşlarında, ince ve kalın motor becerilerinde, zihinsel ve düşüncel becerilerinde de zamanla birlikte kayıplar yaşamaya başlarlar ve biyolojik yapıları bir gerileme dönemine girer ve yaşlanırlar. Danış (2004:5) 'de "Biyolojik yaşlanmanın ana nedeni kronolojik olarak yaşlanan organizmada hücre yenilenme sayısının düşmesi ve belli tipteki hücrelerin yenilenmemesi nedeniyle hücre kaybı olmasıdır" şeklinde tanımlamaktadır.

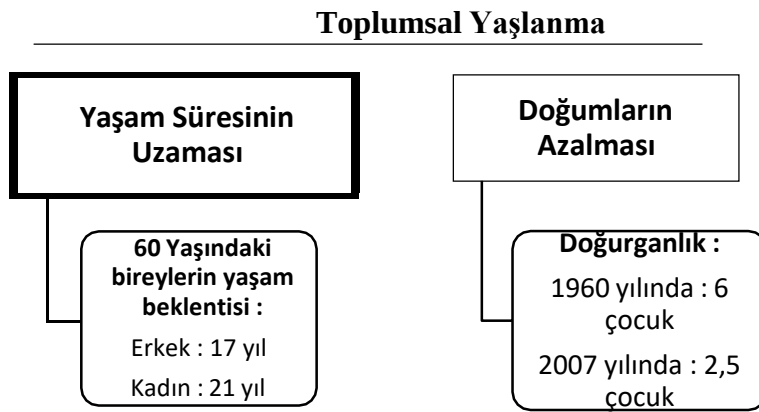
c. Psikolojik Yaşlanma: Yaşlanmayı sadece vücudun fiziksel yapısında meydana gelen değişiklikler olarak tanımlamak eksik olacaktır. Birey fiziksel olarak yaşlılığın etkilerini hissederken aynı zamanda zihinsel ve düşünsel olarak da bir değişim ve dönüşüm yaşamakta ve kişi yaşlanmaktadır. Bu bağlamda Danış (2004:5) psikolojik yaşlanmayı "duyu organları ve algılama süreçlerinde, hafıza, öğrenme, zeka gibi zihin fonksiyonlarında, kişilikte, güdüler ve dürtülerde kronolojik yaşın ilerlemesiyle görülen değişikliklerdir." şeklinde tanımlamıştır. Aslan ve Hocaoglu (2017:53) psikolojik yaşlanmayı "bireylerin yaşlılık döneminde geçirdikleri davranış, uyum ve mental fonksiyonlarındaki değişimleri kapsar." şeklinde tanımlamıştır.

d. Sosyal Yaşlanma: İnsanları kronolojik, biyolojik ve psikolojik olarak yaşlanırken sosyal rolleri ve ilişkilerinin de değişmesi gündeme gelmektedir. Yani bireyin fiziksel olarak yaşlanmasının ve kayıplar vermesinin toplum içindeki ilişkilerini ve rollerinin etkilenmesi durumu olarak açıklanabilmektedir. Bu bağlamda Aslan ve Hocaoglu (2017: 54) sosyal yaşlanmayı “bireylerin, toplumun sosyal yapısı içindeki rollerinin, konumlarının ve sosyal ilişkilerinin yaşlanmasıyla birlikte değişmesiyle oluşur.” şeklinde tanımlamıştır.

1.2. Yaşlı Nüfusun Geçmişten Günümüze Yaşadığı Değişim ve Dönüşüm

Sanayi devrimi öncesinde yaşlı nüfusun oranı toplam nüfus içerisindeki payı çok azdı ve bu nedenle günümüz modern toplumlarında görülen sorunların birçoğu sanayi öncesi toplumlarda görülmemekteydi. Yaşlılıkla ilgili sorunlar hep var olmuş ancak modern toplumların oluşumuyla yaşlılık sorunu bir değişim ve dönüşüm yaşayıp derinleşip bir sosyal sorun haline gelmiştir. Sanayi öncesi toplumlarda yaşlı, tecrübe sahibi, bilge, yol gösteren ve saygı duyulan bireyler olarak görülürken, sanayileşmiş modern toplumlarda bu vasıflar önemini yitirmiş, birey fiziksel üretkenliğini kaybetmişse ölümü beklemeli ve sosyal hayattan izole olmalı düşüncesi hâkim olmaya başlamış ve yaşlılık toplumsal bir dönüşüm yaşamıştır. Yaşlılığın bireysel sorun olmaktan çıkıp sosyal bir sorun haline gelmesinin nedenlerini Bulduk (2014: 55) “yaşlı nüfusta meydana gelen toplumsal ve demografik farklılaşma, çekirdek aile-geniş aile dönüşümünün yaşanması, hızlı şehirleşme ve sosyo-kültürel değişimler” şeklinde belirtmektedir.

Şekil 1. Türkiye’ de Toplumsal Yaşlanmaya Yol Açacak Sebepler



Kaynak : (Tufan, 2016 : 58)

Dünya üzerinde gün geçtikçe yaşlı, engelli, kendi öz bakımını yapmakta güçlük çeken veya hiç yapamayan muhtaç birey sayısı artmaktadır. Son 50 yıl bağlamında

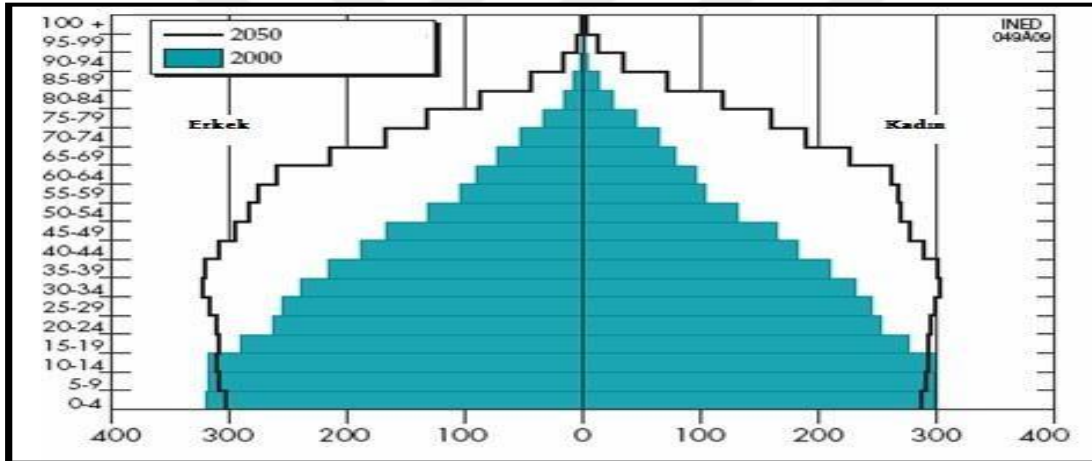
bakıldığında 20. yy öncelikle modern Batı ülkeleri 21.yy ise modernleşme-gelişme sürecini henüz tamamlamayan ülkelerde yaşlı nüfusun arttığı görülmüştür (Canatan, 2015). Günümüzde ise gelişmiş, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ayrımı yapılmaksızın tüm toplumlarda yaşlı nüfus oranı ciddi yükseliş göstermiş ve göstermeye de devam etmektedir.

1.3. Yaşlılık İle İlgili Mevcut Sayısal Veriler

1.3.1.Dünyada Yaşlılık

Dünyada 65 yaş ve üstü nüfus 2000 yılında tahmini 420 milyon olup, 1999 yılına göre 9,5 milyon artış göstermiştir. Dünyada 2000-2030 yılları boyunca 65 yaş ve üstü nüfusun 550 milyondan 973 milyona yükseleceği öngörülmektedir. Dünya genelinde 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranının %6,9'dan %12,0' a yükselmesi beklenmektedir. (WHO, 2015)

Grafik 1. Dünya Nüfus Piramidi: 2000 ve 2050



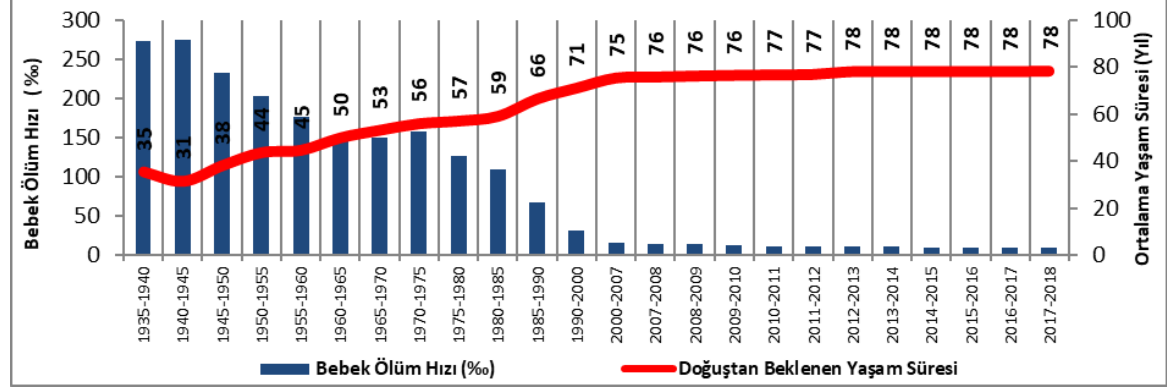
Son elli yılda gelişmekte olan ülkelerde ölüm oranları önemli ölçüde düşmüş ve 1950'li yılların başında yaşam beklentisi 41 yıl iken, 2015 yılında 71,3 yıl olmuştur. En yaşlı ülke 2015 yılında Japonya (83,7 yıl) olmuştur. (WHO, 2015) Dünyada 2019 yılı itibarıyla 65 yaş ve üstü 703 milyon kişi bulunmakla birlikte Doğu ve Güneydoğu Asya, 261 milyon ile en fazla yaşlı nüfusu barındırırken, onu 200 milyon yaşlıyla Avrupa ve Kuzey Amerika izlemektedir. (<https://www.trthaber.com/>, 2021)

1.3.2.Türkiyede Yaşlılık

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken son beş yılda %21,9 artarak 2019 yılında 7 milyon 550 bin

727 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2014 yılında %8,0 iken, 2019 yılında %9,1'e yükselmiştir. (TÜİK, 2019)

Grafik 2. Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı ve Doğuştan Beklenen Yaşam Süresinin Değişimi (1940-2018).



TÜİK 2019 Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür. Bu veriler dikkate alındığında çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranının artış gösterdiği görülmektedir. Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfus yapısına sahip olsa da, yaşlı nüfus sayısal olarak oldukça fazladır. Yaşlı nüfus oranlarının bu derece artış gösterme nedeni yaşlı nüfus oranı yüksek olan diğer ülkelerden farklı değildir. Sanayi sonrası Batı toplumlarının demografik yapısında meydana gelen değişiklikler uzun vadede Türkiye içinde benzer sonuçları doğurmuştur.

1.4. Yaşlılıkta Temel Değişiklikler ve Sorunlar

1.4.1. Fizyolojik Sorunlar

Yaşlanma beraberinde bir dizi sağlık problemlerini de getirmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşlının fiziksel, ruhsal, biyolojik ve psikososyal sorunlarla karşılaşma ihtimali yükselmekte, yaşa bağlı olarak gelişen bu sorunlar yaşlı bireyi tedavisi güç süregelen hatalıklarla mücadele etmek zorunda bırakabilmekte ve yaşlıları bağımlı bireylere dönüştürebilmektedir (Çapan, 2016: 34). Yaşanan bu fizyolojik dönüşümle birlikte yaşlı bireyler artık eskisi kadar bağımsız yaşayamamaktadırlar.

65 yaş üstü bireylerin %80 'inden fazlasında en az bir kronik hastalık bulunmaktadır (Danış, 2004: 25). Bu kronik hastalıklar çoğunlukla bireyin yaşlanmasıyla birlikte azalan hücre sayısı, bilişsel gelişimde meydana gelen gerileme ve zayıflayan

bağımsızlık sistemiyle ilgilidir. Bu hastalıkların başında: hipertansiyon, diyabet, osteoporoz, kalp rahatsızlıkları, demans, Alzheimer, organ yetmezliği gibi rahatsızlıklar gelmektedir.

1.4.2. Ekonomik Sorunlar

Yaşlılık döneminde bireyler biyolojik-fizyolojik kayıplara paralel olarak maddi gerilemelerde yaşayabilmektedirler. Yaşlılık ile birlikte birey eski üretken-aktif konumdan tüketen-pasif konuma geçmekte bu durum yaşlının gelir durumunu etkileyerek yaşam şeklinin kalitesini düşürebilmektedir (Türkan ve Sezer, 2017: 41). Meydana gelen bu maddi değişiklikler yaşlılık döneminde yoksullaşmaya neden olabilmektedir. Emeklilik sonrasında maddi gelir kaybı, işsizlik sorunu, sağlık problemleri nedeniyle çalışma hayatından uzaklaşmak zorunda kalma gibi nedenlerden dolayı yaşlı bireyler maddi olarak kayıplar yaşayabilmekte ve yoksullaşabilmektedirler (Danış, 2004: 21).

Yaşlı birey gelecek yaşamında kendi alt soyunu bir sigorta olarak görmüş ve yaşayacağı her türlü ekonomik sıkıntıda bu altsoyun yardımının geleceğini düşünmüştür. Ancak aile yapılarının yaşadığı hızlı değişim ile birlikte bu genç altsoydaki bireyler geniş aileden kopmuş, kendi çekirdek ailelerini kurmuş ve bu durumun neticesinde yaşlılık döneminde ki bireyler ciddi psiko-sosyal ve ekonomik sıkıntılarla çevrilmiştir (Türkan ve Sezer, 2017: 42).

1.4.3. Bakım Sorunu

Abay (2013:8)'a göre bakıma muhtaç kişi "hastalık, engellilik ve yaşlılık sebebiyle başkalarından yardım ve bakım görmeksizin hayatını idame ettiremeyen kişi" şeklindedir. Klie (2006)'e göre bakıma muhtaç kişi "bedensel, zihinsel veya ruhsal hastalık veya engellilik sebebiyle günlük yaşamda alışlagelmiş veya düzenli olarak tekrarlanan işlerde sürekli veya muhtemelen en az altı ay boyunca önemli ölçüde veya yüksek düzeyde yardıma ihtiyacı olan fertler" şeklinde açıklamıştır(akt. Tufan, 2016: 39).

Yaşlılık dönemi bakıma muhtaçlığın en yüksek olduğu dönemlerden biridir. Modern tıbbın ilerlemesi ve yaşanan teknolojik gelişmelerle birlikte insanların yaşam süreleri uzamıştır. Yaşanan bu teknolojik gelişmelerle birlikte yaşlıların yaşam süreleri uzarken aynı zamanda bu süreçte sağlığı bozulmuş üretkenliğini kaybetmiş kendi başına hayatını idame ettiremeyen ve bakıma ihtiyaç duyan yaşlı birey sorununu da kendisiyle beraber getirmiştir (Baran, 2005: 127). Yaşlı bireylerin eski üretkenliğini kaybetmesi,

çoğu zaman bir yük olarak görülmesi bazı durumlarda öz bakımını yapamayacak seviyeye geldiği dönemlerde yaşlıya kimin nasıl ve nerde bakacağı büyük bir sorun haline dönüşebilmektedir.

1.5. Demansın Tanımı

Demans tek bir hastalık ismi olmayıp, bellek ve benzeri zihinsel yeteneklerin bozukluğu ile giden hastalıkların hepsine verilen genel isimdir. Bu bağlamda Şahin (2019: 91) demansı ‘‘algılama, dikkat, zeka, gerçeği değerlendirme, yargılama, oryantasyon bozukluğu gibi kazanılmış bilişsel işlevlerde ve becerilerde ileri derecede çöküntü ve paralel olarak sosyal ve mesleki yaşantının bozulması ile gerçekleşen süreçtir.’’ şeklinde tanımlamaktadır. Demans her hasta için farklı şekilde başlayabilir veya farklı seyir gösterebilir ancak demans’ın ilerlemesiyle hastaların çoğunda aynı belirtiler görülmeye başlamaktadır. Bir hastaya demans hastalıklarından birinin tanısını koyabilmek için aşağıdaki çekirdek (hastalığa özgü) bulgulardan en az iki tanesinin hastada bulunması koşulu vardır. (<https://www.acibadem.com.tr/>, 2020) bu belirtiler;

- Bellek bozukluğu
- Lisan (konuşma) bozukluğu
- Dikkat bozukluğu
- Bir duruma veya konuya karar verme güçlüğü
- Görsel algı bozukluğu

Bilim ve teknolojiye gelişmelerle birlikte ortalama yaşam sürelerinin artması ve bu artışa paralel olarak yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte demans vb. gibi hastalıklarönemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir(Çağlar, 2019: 104). Tüm dünyada 50 milyon demanslı hasta olmakla birlikte bu sayıya her yıl 10 milyon yeni hasta daha eklenmektedir. Bu sayının 2030 yılında 75,6 milyona, 2050 yılında ise 150 milyona çıkması beklenmektedir (DSÖ, 2018). Dünyada her 20 yılda demanslı hasta sayısının iki katına çıktığını ve günümüzde 50 milyon civarında olan hasta sayısının 2050 yılında 150 milyon civarına ulaşacağını söylenmektedir. (<http://www.alzheimerdernegi.org.tr/>, 2020)

1.6. Alzheimer Hastalığının Tanımı

Alzheimer Hastalığı bir demans çeşididir. Beynin hafıza ile ilgili kısmını etkileyen ve yavaş seyreden nörolojik bir hastalıktır. 1906 yılında nöropatolog Dr. Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır (Kulaksızoğlu, 2007: 11).

Şahin (2019: 91) ‘e göre “alzheimer 65 yaş ve üzerinde %5-11, 85 yaş Ve üzerinde %50 oranında görülen, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülen ve beyin korteksinin sorumlu olduğu üst düzey işlevlerin bozulması ile bireyin günlük yaşamını her zamanki gibi sürdürmesini engelleyen ilerleyici kronik bir hastalıktır”. Çolakoğlu’na (2004: 8)’e göre alzheimer hastalığı “ileri yaşlarda başlayan ve beyinde ki bazı değişikliklerin sonucu olarak ortaya çıkan, temel bulgusu giderek artan kişide hafıza (bellek) kaybı oluşturan bir demans(bunama) hastalığıdır.”

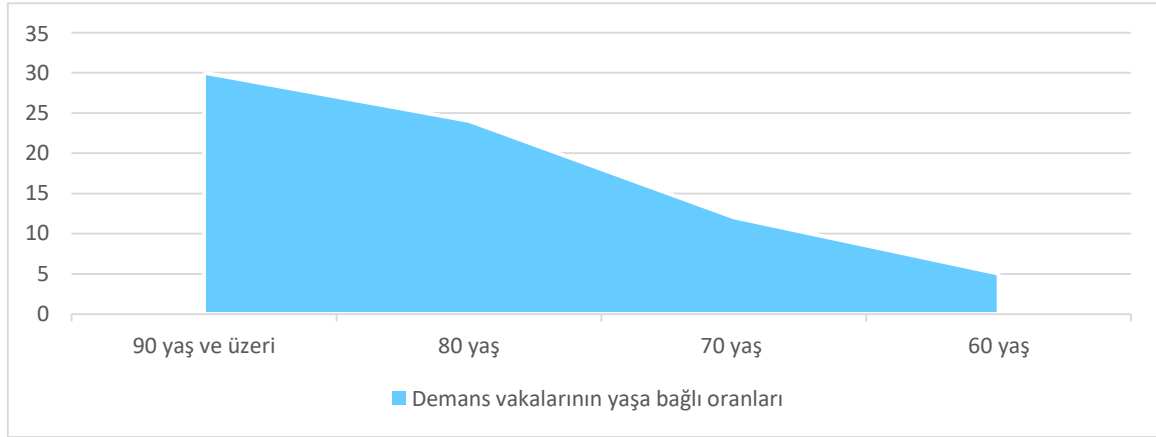
Alzheimer hastalığında ilk belirti genellikle yeni öğrenilen bilgilerin hızlıca unutulmasıdır. Hastalığın ilk zamanlarında geçmişle ilgili anılarda herhangi bir bulanıklık yoktur. Birey yeni öğrendiği bilgileri unutarak başlar ilerleyen evrelerde ise bu unutkanlığın boyutu hem geçmiş hem de şimdi olur. Temelde Alzheimer hastalığı öldürücü bir hastalık değildir ancak hastalığın yan etkileri ve bağışıklık sistemini etkileyerek bağışıklık direncini azaltması hastanın vefatına temel nedendir (Tufan, 2020: 59).

Çolakoğlu (2004:9) Alzheimer hastalığında bilişsel (kognitif) ve sosyal beceri kayıplarını şu şekilde sıralamıştır. “Temel bulgu hafıza kaybıdır ayrıca duygu, düşünce, davranış, konuşma, el becerisi de değişik derecelerde etkilenir. Hastalık sinsi başlangıçlı ve yavaş seyirlidir. Günlük yaşamda ihtiyaç duyulan yeteneklerde azalma sürekli artarak devam eder.”

1.7. İleri Yaşlılık Dönemi ve Alzheimer Hastalığı İlişkisi

Alzheimer hastalığı yaşlılık dönemi hastalığıdır ve gün geçtikçe Alzheimer hasta sayısı artmaktadır. Bunun nedeni dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve yaşlı nüfus oranının artmasıdır. Alzheimer hastalığı kesin bir kural olmamakla birlikte ileri yaşta ortaya çıkan bir hastalıktır. 65 yaş ve üzerinde olan nüfusun yüzde 5-6’ sında Alzheimer hastalığı veya buna benzer bir demans hastalığı bulunmaktadır (Çolakoğlu, 2004: 10).

Grafik 3. Demans Vakalarının Yaşa Bağlı Oranları



Dünya üzerindeki bütün toplumlarda yaşın ilerlemesi ve buna bağlı olarak bireyin bilişsel zayıflıklar yaşaması normal olarak görülmektedir. Unutkanlığın yaşın ilerlemesinin doğal sonucu olarak görülmesi Alzheimer hastalığının erken teşhisi, hastalığın önüne geçebilmekte ve hastalığın gecikmesine neden olabilmektedir (Akyar ve Akdemir, 2008: 33).

Alzheimer hastalığının bir ileri yaş hastalığı olduğu ve genellikle 65 yaş üstü bireyler de görüldüğü bilinmektedir. Dünya nüfusunun hızla yaşlandığı ve yaşlı nüfus oranlarının her geçen gün arttığı toplumlarda bu artışa paralel olarak Alzheimer hastası birey sayısının da artacağı sonucuna ulaşmak kaçınılmazdır (Çolakoğlu, 2004:101).

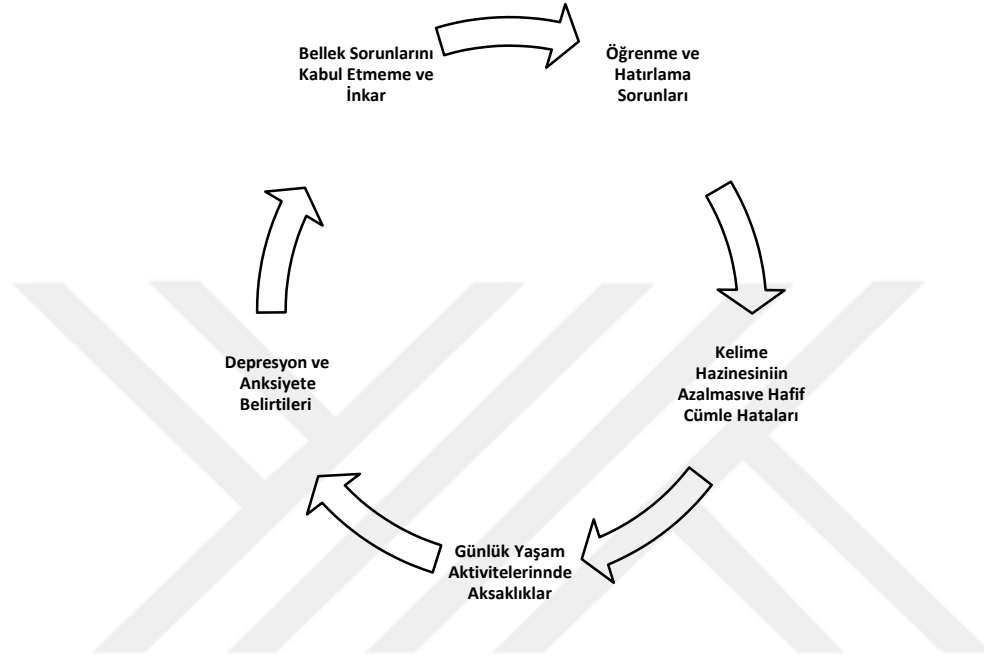
1.8. Alzheimer Hastalığının Evreleri

Alzheimer hastalığı kuluçka süresi uzun olan ve hızlı ilerlemeyen bir hastalıktır ve erken, orta ve geç evre olmak üzere temelde 3 evre geçirmektedir. Bu evreler herkeste aynı hızla ve belirtilerle ilerlememekte, kişiden kişiye değişiklik göstermektedir.

Erken evrede basit ve her yaşlı bireyde görülen klasik unutkanlıklar vardır ve bu evrede uzman biri tarafından tanı konulmazsa bu unutkanlıklar yaşa bağlı bilişsel zayıflıkların sonucu görülür. Yaşlı bu dönemde alışverişte neyi alacağını unutabilir, ocağın altını kapamayı unutup ev kazalarına neden olabilir, anahtarı kapıda unutup defalarca aynı soruyu sorup cevapları unutup tekrar sorabilir, bu dönemde yaşlıninkayıpları davranışsal olmadığı için sosyal yaşantısında çok büyük kayıplar yaşanmaz bu nedenle de yaşlı yaşamını bağımsız yürütebilir (Koca, Taşkapılıoğlu, ve Bakar, 2017: 3). Bu hastalık türünde ilk etkilenen yer bellektir. Birey yeni bilgiyi algılayamaz,kaydedemez ve lazım olunca hatırlayamaz (Kulaksızoğlu, 2007:11). Erken evrede

hastalarda hafif düzeyde unutkanlıklar vardır ve hastalar çoğunlukla bilişsel zayıflıktan şikâyet ederler ve bu değişimin farkında oldukları içinde çoğunlukla bu duruma anksiyete veya depresyon belirtileri ile tepki verirler ve kısa süre sonra bu bellek kayıplarının olmadığını ileri sürerek bu belirtileri inkâr ederler (Yılmaz & Turan, 2007:446).

Şekil 2: Alzheimer Hastalığının Erken Evresinde Bireyde Meydana Gelen Değişiklikler

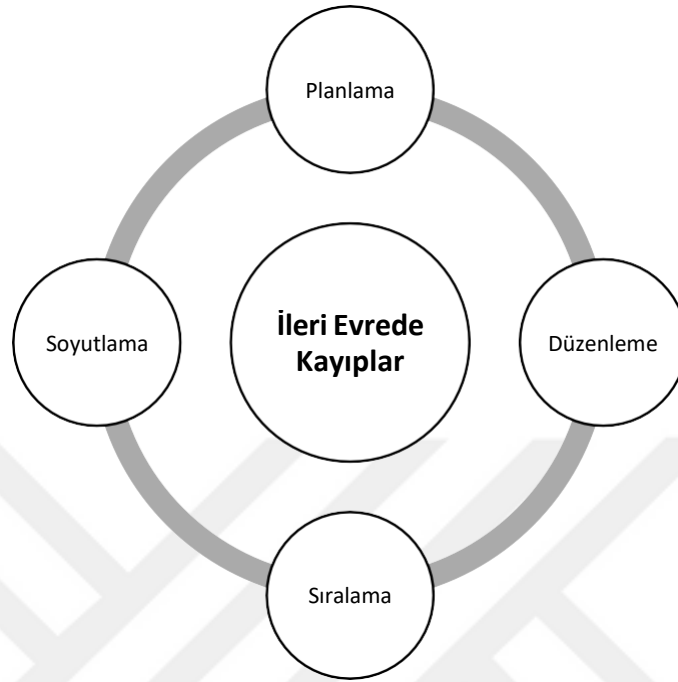


Alzheimer hastalığının orta evrelerinde maddi hesaplamalar yapmak, Yemek pişirmek, temizlik yapabilmek, seyahat etmek, yolunu bulmak gibi beceriler ölür (Kulaksızoğlu, 2007:11). Orta evrede düşünmede aksamaların meydana gelmesi, planlama yanlışlıklarının yapılması, kelimelerin yanlış kullanımı(parafazi),yönü bulmada zorluklar, amaçsız-hedefsiz hareketler yapma gibi durumlar ortaya çıkar. Birey hem davranışsal sorunlar hem de sosyal sorunlar yaşamaya başlar.

Hastalığın geç-ileri evresinde hastalar artık tek başlarına yemek yemekte, yürümekte dışkılarını tutmakta zorlanırlar. Bu evrede yakın çevrelerinin eşyaların hatta kendi isimlerini bile unutabilirler. İleri evrede nesneleri adlandırma, yapacaklarını planlama ve neyin iyi neyin kötü olduğunu ayırt etme becerileri ciddi derecede hasar görür ve büyük oranda başkalarına bağımlı olarak yaşarlar ve doğru olmayan ve saçma inanışlar, hayal görme, uydurma, ileri derecede huy değişiklikleri, depresyon, bağırma, küfretme, ev içinde sürekli dolanma, yemek yememe, idrar ve gaitasını altına yapma, uygun olmayan cinsel davranışlar gösterebilmektedirler (Kulaksızoğlu, 2007:11). Geç dönemde muhakeme yeteneği ve akıl yürütme becerilerinde ciddi kayıplar meydana gelir

ve yaşlı birey yavaş hareket eder, yavaş düşünür daha detaycı ve daha değişmez doğruları olan bireylere dönüşmektedirler (Tekindal, 2019: 71).

Şekil 3: Alzheimer Hastalığının İleri Evresinde Bireydeki Kayıplar



Hastalar son evrede neredeyse tüm becerilerini kaybetmiştir ve hem hasta hem de ailesi için hayat daha zor ve belirtiler daha yıkıcı olur bu dönemde hastalar tüm sözel becerilerini kaybetmiş ve motor becerileri unutulmuştur. Bu evrede hasta bir bakıcının desteğini almadan yaşamını idare edemeyecek döneme girmiştir (Yılmaz ve Turan, 2007:446).

1.9. Alzheimer Hastalığında Tedavi

Alzheimer hastalığında tedavi semptomatik, hastanın yaşam kalitesini artırıcı ve bakımını destekleyici özelliktedir (Akyar ve Akdemir, 2008:33). Eğer hastalık erkenevrede fark edilmişse hastalığın seyrini yavaşlatıcı tedaviler uygulanmaktadır. Hastalığın fark edilmesi erken evrede çok zor olduğu için genellikle orta veya ileri evrede tanı konulmaktadır. Bu da hastalığın seyrini yavaşlatacak tedaviyi geciktirmekte ve evreler arasındaki geçiş için zamanı kısaltmaktadır. Günümüzde Alzheimer hastalığını tamamen ortadan kaldıracak bir tedavi henüz bulunamadığından tedavilerde ki asıl amaç hastalığın seyrini yavaşlatmak ve hastanın yaşam kalitesini artırmak üzerine kurulmuştur (Koca, Taşkapılıoğlu, ve Bakar, 2017: 4). Alzheimer hastalığının tedavisindeki asıl amaç hastanın zihinsel becerilerini muhafaza etmek ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde zihinsel becerilerinin tamamen yitirilmesinin önüne geçmektir (Tufan, 2016: 34).

1.10. Alzheimer Hastalığında Bakım

1.10.1.Bakım Veren Tanımı

DSÖ bakımı, “kendi kişisel bakımını sağlamada yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler” olarak tanımlamaktadır.

Dökmen (2012)’e göre bakım veren tanımı “bakıma ihtiyacı olanla birlikte yaşayarak ya da zamanının bir bölümünü ona ayırarak, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden akraba, arkadaş olarak tanımlanabilir.” şeklindedir.

1.10.2. Kurumsal Bakım –Formel bakım

Yaşlı, engelli veya muhtaç kimseler gibi yardıma ihtiyacı olan bireylerin bakımı gerek kültürel değerlerin gerekse dini ve manevi unsurların toplumda oluşturduğu yönlendirmenin etkisiyle aile üyeleri tarafından verilmiştir. Ancak toplumların sanayileşmesi, kentleşmenin artması ve yeni bir kent kültürünün oluşmasıyla bu bakıma muhtaç kimseler bu sosyal yapının ve aile yapısının dışına itilmiş ve bu kişilerin bakımını aile üyeleri değil de profesyonel eğitim almış kimseler tarafından verilmesi amacıyla formel bakım (kurumsal bakım) yapıları oluşmuştur. Formel bakım bakıma muhtaç bireyin bakımının bu alanda uzman kişilerce verilmesi olarak tanımlanabilir. Bu hizmeti veren kuruluşlar yaşlı bakım kuruluşları, rehabilitasyon merkezleri, gündüz bakımevleri, hastaneler ve ev ortamında bakım hizmeti vs şeklinde sıralanabilmektedir (Çağlar, 2019:105).

1.10.3. Evde Bakım- İnfornel Bakım

Özer ve Şantaş (2012: 97)’ a göre evde bakım hizmeti “ Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır” şeklindedir.

İnfornel bakım tek yönlü bir bakım şekli olmayıp bireyin çok yönlü bakımını kapsamaktadır. Bu bakım şekli bireye yardımla sınırdır değil aynı zamanda bireyin duygusal, psikolojik, fiziksel, maddi, bireyin aldığı sosyal hizmetleri koordine etmeyi, sağlık rutinlerini takip etmeyi, öz bakımını yapmayı(tuvalete götürme, yemeğini yedirme,

giydirmeye, banyo yaptırma vs.) ,bireyin maddi-manevi yardımını ve bunların yönetimini kapsamaktadır(İnci ve Erdem, 2003)

Özyeşil ve diğ. (2014) informal bakımı şu şekilde tanımlamıştır:

Bakıma ihtiyacı olan yaşlı ile birlikte evi paylaşan, ona zaman ayıran, gerekli durumlarda hastane işlerini takip eden, hekimin tedavi konusunda dikkat çektiği noktalarda (ilaç, beslenme, hareket vb.) yaşlının tıbbi bakımının karşılanmasında Yardım eden ve temel bakımını sağlayan, bunun karşılığında herhangi bir ücret almayan aile, akraba ya da arkadaşlar tarafından verilen bakım şeklinde tanımlanabilir.

Her ne kadar sosyal refah sistemleri gelişmiş ülkelerde yaşlı bireyler için bakım yöntemi olarak formel bakım tercih ediliyor gibi görünse de bu ülkeler informal bakımı teşvik eden ve bu bakımı verenlerin sosyal ve maddi yükünü azaltan çeşitli desteklemelere gitmiştir (Çağlar, 2019:110). Günümüzde yaşlı bireylerin çoğunluğunun kurum bakımı altında yaşadıkları düşünülse de aslında bu bilgi yanlıştır. 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin % 90' ı kendi evlerinde yaşamakta ve çoğunluğu kendi birinci derece akrabaları tarafından bakılmaktadır. (Huston:1990'den akt : Tekindal, 2019:74)

Bu oranlar Alzheimer hastası olan yaşlı bireylerin bakımını veren aile üyeleri içinde geçerlidir. Alzheimer teşhisi konan yaşlı bireylerin %80'nin bakımı hasta bireylerin eşleri veya diğer aile bireyleri tarafından sağlanmaktadır (Birinci, 2020:104).

Ülkemizde de evde bakım (informel bakım) teşvik edilmektedir. Gerek yaşlının evinde bakılmasının yaşlının psikososyal durumu için olumlu etkilerinin olması gerekse evde bakımın maliyetinin kurumsal bakıma oranla çok daha düşük olması ülkemizde de evde bakıma teşvik politikalarını arttırmıştır. Evde bakım da yeme, içme tuvalete gitme, kitap okuma, tv seyretme gibi günlük rutin aktiviteler yaşlının kendi evinde daha kolay ve basit olmakla birlikte yaşlının kaygı düzeyini azaltmaktadır. (ASPB, 2017:128) Evde bakımın asıl amacı hasta bireyin ev şartlarında bakılıp ruhsal iyilik hallerini yükseltmek ve kurum bakımını engellemek ya da olabildiğince ertelemektir (Tufan, 2016: 62). Ülkemizde 2014 yılı istatistiklerine göre 6.2 milyon yaşlıdan 21.282 kişi huzurevlerinde, 6.682 kişi rehabilitasyon merkezlerinde, 10.319 kişi özel bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yaşamlarını sürdürmektedir. (TÜİK, 2014) Geriye kalan yaşlı nüfusunun büyük çoğunluğunun bakımları ise evde yapılmaktadır

Evde bakımı sağlanan yaşlı bireyin ve bakımını üstlenen aile üyesinin kanunda belirlenen şartları karşılaması halinde bu bakımı sağlayan aile üyelerine evde bakımaylığı bağlanmaktadır. Bu şartlar şu şekildedir.

2022 sayılı Kanun kapsamında; (1) 65 yaşını doldurmuş muhtaç yaşlılara, (2) tüm vücut fonksiyonlarını %40 ile %69 arasında kaybeden özürllülere, (3) tüm vücut fonksiyonlarını %70 veya üzerinde kaybeden ve başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek derecede özürllü olanlara, (4) kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve fiilen bakımını gerçekleştirdiği 18 yaşını tamamlamamış %40 ve üzerinde özürllü yakını bulunanlara ve (5) herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan malulü olmaları sebebiyle yetim olarak aylık veya gelir alan çocuklardan, aylık ya da gelirleri özürllülük derecelerine göre ödenecek olan aylık tutarından düşük olanlara, aylık bağlanmakta ve sağlık yardımı sunulmaktadır. (RG, 1 Ocak 2013, Sayı 28539).

1.10.4. Yük Tanımı

Given (1994) yük kavramını “bakım verenin üstlendiği bakım sonucunda ortaya çıkan fiziksel yorgunluğun yanında, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin kötüleşmesi ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi sübjektif ve objektif olumsuz sonuçlardır.” şeklinde tanımlamaktadır (Given: 1994’den Akt. Söğüt &Dündar, 2017).

1.10.5. Bakım Veren Yükü

Dünya Sağlık Örgütü, bakımı “kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler” olarak tanımlamaktadır. Bakımın hangi şartlarda gerçekleştiği ve bakıcı birey üzerindeki etkileri bu bakıcı bireylerde bakım yükü oluşturmaktadır. Bu bağlamda Söğüt ve Dündar’a göre (2017) bakım yükünün tanımı “ailelerin çeşitli alanlarda yaşadıkları sorunlardan kaynaklanan sorumluluk yüklenmeleri bakım yüküdür.” şeklindedir.

Kaya ve Çelik’e göre (2018:625) Bakıma ihtiyacı olan hastayı tek başına bırakamama, hastanın kendi kişisel öz bakımını yapamaması ve hastanın sürekli bakıma ihtiyaç duyarak yatağa bağımlı hale gelmesi hastalara bakan bireylerde bakım yükü meydana getirmektedir. Bakım yükü bakım görevini üstlenen bireylerin kendi kişisel ve sosyal ihtiyaçlarını ertelemesine ve toplumsal ilişkilerini etkileyerek bireyde çeşitli

fiziksel, sosyal, psikolojik sorunlara neden olabilmekte ve bakım veren bireyin rolünü de zorlaştırmaktadır (Tuncay, Mollaoğlu, ve Fertelli, 2015: 2)

Tablo 1: . Yaşlılara Bakım Bireylerinin Problemlerinin Boyutları

Zamansal	Çalışanlar, Evli, Çocuk Sahibi, Öğretimi Devam Edenler vs.
Maddi	Çalışmayan, İşinden Ayrılmak Zorunda Kalan, Toplam Hane Geliri Düşük Olan vs.
Sosyal	Sosyal İlişki Kayıpları, Soyutlanmak, Yalnızlaşmak vs.
Psikolojik	Ruhsal Sorunlar, Gerilimler, İçsel Çatışmalar, Bezginlik vs.
Fiziksel	Yorgunluk, Sağlık sorunları, Yaşından Ötörü Normal Fiziksel Kayıplar vs

Kaynak : (Horowitz, 1985’ den Akt. Tufan, 2020: 57)

Bakım veren yükünü etkileyen bir diğer durumsa bakım veren bireylerin bireysel özellikleridir. Bu bağlamda Kaya ve Çelik ’e göre (2018:627) Bu bireysel özellikler “‘hastaya bakım verenlerin cinsiyet farklılıkları, medeni durumları, yaşları, eğitim durumları, istihdam durumları, sağlık durumları, ekonomik statüleri, kültürleri, bakım verme süreleri, hasta ile beraber yaşama durumları vb.’” şeklinde sıralamıştır.

Zarit ve diğerleri (1980) Bakımı üstlenen aile üyeleri ile aile üyeleri dışında olup da hastanın bakımını üstlenen bireyler arasındaki bakım yükünü karşılaştırmış, yapılan bu karşılaştırma sonucunda bakıma ihtiyacı olan bireyin akrabalarının bakım yükünü diğer bakımı üstlenen bireylerden daha fazla hissettikleri sonucuna ulaşmışlardır.

1.11. Alzheimerlı Hasta Yakını Olmak ve Hastalara Evde Bakım Vermek

Küresel bir sonuç olan yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus sayısının her geçen gün artmasına paralel olarak Alzheimer hastalığına sahip birey sayısı da artmaktadır. Bu hastalığa sahip bireylerin bakımı genellikle birinci dereceden akrabalar tarafından evde yapılmaktadır. Ailelerin evde bakımı tercih etme nedenleri olarak şunlar sayılabilir; sosyo-kültürel yapı, alışlagelmiş düşünce kalıpları, çevreleri tarafından eleştirilmekten korkma ve yaşlı bireyin kurum bakımı sırasında gerekli bakımı göremeyeceği korkusu, ihmal ve istismar edilebileceği düşüncesi gelmektedir.

Ülkemizde evde bakım (informel bakım) öncelikli bakım şekli olarak görülmekte kurum bakımı ise yaşlı bireyin çok yaşlandığı ve evde bakımının mümkün olmadığı dönemler de tercih edilen bir bakım türünü oluşturmaktadır (Çağlar, 2019:110). Hastalıkların ilerleyen dönemlerinde bakımı üstlenen bireyler hasta bireyin ihtiyaçlarını gideremez döneme girdiklerinde ve tam zamanlı bir bakım görmesi gerektiğini düşündükleri aşamada bakım merkezlerini tercih etmektedirler (Birinci, 2020:103).

Evde bakımı yapılanlar çoğunlukla engelli ve yaşlı bireylerdir. Evde bakım sırasında ailelerin bakım yükünü (bireylere ayırdıkları zaman ve enerji) bireyin hastalığı ve engel durumuna göre değişmektedir. Bakım yükünün yüksek olduğu ve bu bakımın çoğunlukla aileler tarafından verildiği hastalıklardan biri de Alzheimer hastalığıdır (Akyar ve Akdemir, 2009:33). Alzheimer hastalığının erken döneminde yaşlı bireylerin bakımı aileleri tarafından yapılmakta ve bu durum hastalığın ileri dönemlerinde de devam etmektedir (Çolakoglu, 2004:14). Alzheimer hastalarına bakım veren bireyler bu bakım sürecini hasta yakınlarıyla bir vedalaşma süreci olarak görmekte ve hasta yaşlıya evde bakmak istemektedirler (Tufan, 2020: 55).

1.11.1. Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Stres Kaynakları

Engelli veya yaşlı bir bireyin evde bakılması, bu bakımı üstlenen aile bireylerinin yaşamlarında çeşitli güçlüklerle karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Zaten zor olan ve bakıcı bireyi kısıtlayan evde bakıma Alzheimer hastası olan ve diğer bakıma muhtaç bireylerde olmayan talepler ve kısıtlamalar eklenince Alzheimer hastası bireye bakmak çok daha zor hale gelebilmekte ve bu bakımı üstlenen bireylerin ekonomik, sosyal, psikolojik vb. güçlüklerle karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir. Alzheimer hastalığına sahip yaşlısını sevdiği için bakımını üstlenen aile üyeleri bu işi isteyerek yapsa bile çeşitli fiziksel, duygusal, psikolojik, maddi ve toplumsal nedenlerden dolayı bakımı üstlenen bireyler güçlükler yaşamaktadırlar (Birinci,2020:108). Alzheimer hastalığına sahip bireyin bakımını üstlenen aile üyeleri bu hastalığa sahip bir aile üyeleri var diye utanabilir ve sosyal yaşantılarında çevrelerine güvenememe duygularını yaşayabilirler ve bu etkiler ilk bakışta anlaşılmayan etkilere (Tufan, 2020: 56).

Alzheimer hastalığına sahip bireyin bakımını üstlenmek, bu hastalığın ilerlemesine paralel olarak bakıcı bireyin hayat kalitesi düşürebilmekte ayrıca bireyde ruhsal ve bedensel çöküntülere neden olabilmektedir (Koca,Taşkapılıoğlu ve Bakar,

2017). Alzheimer hastasına bakmak sadece bakıcı birey için değil ailenin diğer fertleri içinde sorunlara neden olan bir durumdur. Alzheimer hastasına evde bakmak aile üyelerinin sosyal hayatlarını kısıtlayarak eve bağımlı kılar ve bu da aile bireylerinin ruhsal ve bedensel hastalıklara yakalanma ihtimallerini yükseltir (Tufan, 2016: 62).

Larsen ve ark. yaptıkları bir araştırmada bakımı üstlenen bireylerin %60.6 ' ısı yaşlı bireylere baktıkları için kendilerine çok az zaman ayırdıklarını, %78.8 ' i kendilerini tükenmiş hissettiklerini, %84.9'u yaşlı bireyle iletişim kurmakta güçlük çektiklerini, %56.9'u maddi sorunlar yaşadıklarını dile getirmişlerdir (Akt. Söğüt ve Dündar, 2017).

Uğur, Orak, Aktaş, ve Enginyurt (2018) yaptıkları başka bir araştırmada Alzheimer hastası bireylere bakımı güçleştiren ve bakıcı bireyleri en çok zorlayan hastalık belirtilerini “‘kederli yüz ifadesi, tedirginlik, negativizm, kişilik değişikliği, korku ve öfke, ajitasyon, insomnia, apati ve perseverasyon, halüsinasyon, yüksek sesle bağırma ve ağlama, gece gündüz düzeninde bozulma, agresyon, stereotipik hareketler ve dokunulmaya tepki” şeklinde sıralamışlardır.

Yaşlı bireyin bakımının bakıcı bireyin gününün neredeyse tamamına yakınına alınması bu bakıcı bireylerde negatif sonuçlar doğurmaktadır. Bu negatif sonuçları; bakıcı birey ile bakım alan birey arasındaki iletişimin bozulması, bakıcı bireyin psikolojik sağlığının bozulması ve fiziksel sağlığının etkilenmesi vb sayılabilir (Çapan, 2016:35). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde alzheimer hastası bireylere bakan aile üyelerinin bakımdan önceki döneme oranla asosyal, işlevsiz, kaygı düzeyi yüksek, tükenmiş, umutsuz, sorunlarla baş etme mekanizmaları zayıflamış ve hayat kalitelerinin düşük olduğu görülmüştür. Şahin ve Batıgün' e göre stres kavramı olarak “‘organizmanın kendisi ve çevresi arasındaki diyalektik ilişkiye bağlı olarak ortaya çıkan ve optimum düzeyde olduğu sürece gelişmeye ve değişmeye yardımcı, aşırı olduğu durumlarda ise bireyin tüm biyolojik ve psikolojik kaynaklarını tüketen bir durum ” tanımlamıştır (Şahin ve Batıgün'den 1997 akt. Çapan, 2016:35). Bu tanımlamada da belirtildiği üzere stres insanların yaşamında var olan ve kaçınılmaz bir durum olarak görülmüştür. Alzheimer hastalığına sahip yaşlıya bakım veren aile üyelerinin de stres faktörleri fazla ve stres seviyeleri yüksektir. Yaşlı bireyin hastalığının hangi evrede olduğu ve bakıcı bireye ne kadar bağımlı halde yaşadığı, bakıcı birey ile yaşlının iletişiminin kalitesizliği, hastalık kaynaklı yaşlıda meydana gelen bireysel ve psikolojik değişimler hastaya bakan bireyde stres oluşturabilmektedir (Yılmaz ve Turan, 2007).

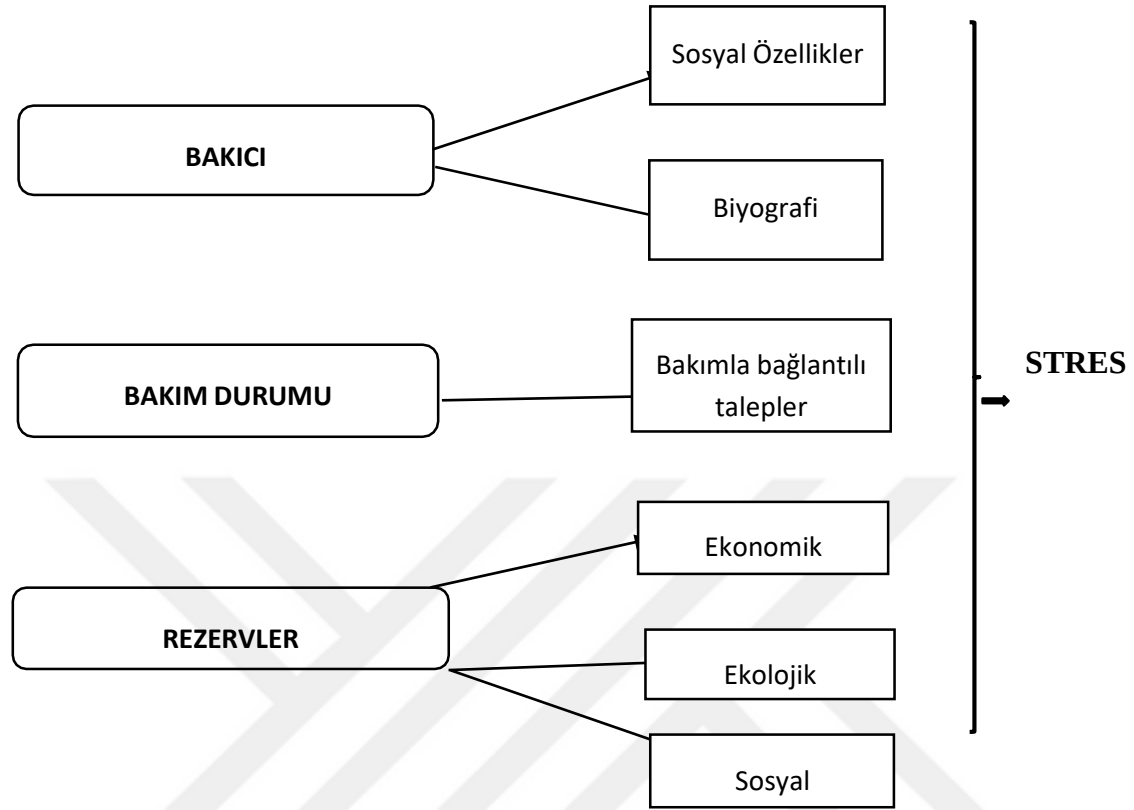
Şekil 4. Bakım Verme Sürecinde Birincil ve İkincil Stres Kaynakları



Kaynak: (Eraslan Çapan, 2016).

Maddi problemler, yaşlı bireyin düşük emekli aylığı alması, bakımı üstlenen aile üyesinin bakım nedeniyle kazancının azalması ya da tamamen kesilmesi gibi olumsuz durumlar nedeniyle alzheimer hastalığına sahip yaşlıya bakım zorlaşmakta ve buda bakıcı bireyde stres kaynağı oluşturmaktadır (Tufan, 2020: 60). Yaşlıya bakım nedeniyle İş kaybının olması, yaşlının sağlık harcamalarının aileye yük olması ve bunun sonuncunda aile üyelerinin yaşam kalitesinin düşmesi aile üyelerinde stres kaynağı oluşturabilmektedir (Çatak, Öner, Kılınç, Sütü, ve Şenbayram: 2012). Bu bağlamda stres yaratan zorlayıcı faktörler Çapan (2016: 37)’a göre “yaşlının tükürmesi, küfürlü konuşması, etrafa yönelik öfkeli davranışları, vurma, yumruklama, uygunsuz ve zamansız cinsel davranışlarda bulunma gibi yaşlının problemli davranışları ” şeklinde sıralamıştır. Yılmaz ve Turan (2007:448) ’a göre alzheimer hastalarının bakımını üstlenen aile bireylerinde “depresyon, anksiyete, yüksek tansiyon, mide ülseri ve öteki strese bağlı bozukluklar’ ın diğer bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Şekil 5. Alzheimer Hastalarına Bakın Bireylerde Stres Yaratan Başlıca Faktörler



Kaynak: (Peeartin, 1990 Akt. Tufan, 2016: 73)

Alzheimer hastalığının ilerleyen evrelerinde yaşlıda meydana gelen fizyolojik kayıplar nedeniyle hastanın yeme, içme, banyo, tuvalet gibi temel ihtiyaçlarını tek başına yapamayacak duruma gelmesi, yaşlı bireydeki davranışların değişmesi ve depresyon, ajitasyon, dalgınlık gibi sonuçların ortaya çıkması bakımı üstlenen bireyde stres meydana getirmektedir (Akyar & Akdemir, 2009:34). Alzheimer hastasına bakım veren bireyler hastayla ilgili endişelerinin yanı sıra ailesinin de geleceğiyle ilgili endişelenmekte bunun nedeni olarak ise yaşlının ilerleyen dönemlerde bakım yükünün artacağından korkma, bakımı üstlenen birey çalışıyor ise kariyeri ile ilgili kaygılar, aile üyeleriyle yeterince fazla ve kaliteli zaman geçirememesi, aile üyelerinden başka bireylerinde bu hastalığı yakalanıp yakalanmayacağı ihtimallerini hesaplama gibi düşünceler Alzheimer hastasının bakımını üstlenen aile üyelerinin kaygı seviyelerini arttırmakta ve bu da bu bireylerde stres oluşturmaktadır (Kaya ve Çelik, 2018:627).

1.11.2. Alzheimerlı Hasta Bakımını Üstlenen Bireylerin Yaşadıkları Rol Karmaşası

Rol kavramını yaşadığımız çevre içinde bizden beklenen ve istenen davranışlar olarak tanımlayabiliriz. Bireyler gündelik yaşamlarında çeşitli rollere sahiptirler ve bu rollere göre davranırlar. Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyeleri bu bakım esnasında yüksek seviyede rol yüklemesi yaşayabilmekte ve bunun sonucunda rol karmaşası ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Alzheimer hastası yaşlı bireye bakım veren bireyler gündelik rol ve sorumluluklarına (anne-baba, kardeş, eş, arkadaş, evlat, komşu vb.) ilaveten yaşlıya bakım vermenin sorumluluğuyla baş başa kalınca bu bireyler hangi role ne kadar zaman ayıracağını ve hangi rolün onun hayatının merkezinde olması gerektiğiyle ilgili rol karmaşası yaşayabilmektedir (Çapan, 2016:37-38).

Şekil 6: Bakım Veren Bireylerin Gündelik Yaşamdaki Roller



Yaşlıya bakım verdiği için rol yüklemesi yaşayan bakıcı birey bu rollerden hangi role mecbur kaldığı ya da hangi rolü daha çok benimsediği ve istediğiyle ilgili çelişkiler yaşayabilmektedirler. Alzheimer hastasına bakım veren bireyin yaşadığı bu rol karmaşası bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını kötü etkileyebilmekte ve bu rollerden hangisi olduğunu bulamayan bakıcı birey ya bu ikilemleri yaşayıp yaşlıya bakıma devam edip hem sosyal hem de fiziksel olarak tükenmek de ya da bu durumdan kurtulmak ve daha az rol yüklemesi yaşadığı döneme geri dönebilmek için alzheimer hastası yaşlıyı kurum bakımına vermektedir.

1.11.3. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik

Ev ortamında aile bireyleri tarafından bakılan Alzheimer hastası yaşlı bireylerin bakımı özelde bakımla ilgilenen kişiyi genelde ise aileyi olumsuz yönden etkileyebilmektedir. Ev ortamında bakılan diğer yaşlı bireylerle kıyaslandığında Alzheimer hastası yaşlıya bakım aile bireylerinin ekstra yorulmasına buna paralel olarak da daha hızlı tükenmelerine neden olmaktadır. Alzheimer hastası bireye bakan kişilerin önceden bir bakım geçmişleri yoksa ve ilk kez birinin bakımını üstlenmişlerse bu bireyler bakım görevinde kendilerini eksik hisseder, bireylerin kaygı düzeyi artar buda yüksek seviyede stresi beraberinde getirir (Çapan, 2016: 39). Bu bağlamda Akyar ve Akdemir (2009: 45) ev ortamında hasta bakımı veren bireylerin hasta bakımı için ayırdıkları süreleri araştırmış ve sonuç olarak bakıcı bireylerin hastaların yeme, içme, hareket, kişisel temizlik gibi ihtiyaçları için ortalama 15. 4 saat ayırdıkları sonucuna ulaşmıştır.

Hastanın bakım yükü ile bakıcı bireyin tükenmişlik seviyesi arasında sıkı bir ilişki vardır. Yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerin yaşam süreleri arttıkça bu bireylere bakım süreside artmakta buda bu bireylerde daha fazla stres, yorgunluk, tükenmişliğe neden olmaktadır. Selçuk ve Avcı (2016) ‘ a göre Alzheimer hastası yaşlının hastalığın hangi evresinde olduğu, kendi öz bakımını yapıp yapamadığı ve ne kadar bağımlı olduğu bakıcı bireyde ki tükenmişliğin boyutlarını göstermektedir. Hastanın yemeğini yedirmek, tuvalete götürmek, banyo yaptırmak ve diğer tüm sosyal, psikolojik ve bedensel ihtiyaçların giderilmesinde başvurulacak birinci kişi olmak bakıcı bireylerin tükenmiş hissetmesinde rol oynayan önemli faktörlerdir.

Bu bağlamda Bakar (2015:24) ’a göre tükenmişliğe neden olan sorunları aşağıdaki şekilde sıralamıştır. Bunlar;

- Hastalığın maliyetleri,
- Rutin hayat yaşanması,
- Takdir Görülmemesi,
- Baskı altında olmak,
- Bakım dışında diğer sorumlulukların olması,
- Bakım verme işinin tek başına üstlenilmesi.

Kronik hastalığa sahip bireylere bakım verme görevinin ailenin sorumluluğunda olduğu durumlarda aileler sosyal, ekonomik, psikolojik maddi sıkıntılar yaşamakta ve hastalık ilerledikçe bu duruma artan duygusal yük de eklenince bireyler tükenmiş

hissetmektedirler (Karabulutlu ve diğ, 2013). Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren bireylerde en sık karşılaşılan sorun tükenmişlik duygusudur ve bu bireylerin muhakkak psikososyal destek almaları gerekmektedir(Birinci, 2020:104).

Alzheimer hastası bireylere bakan aile üyelerinin hastanın öz bakımını yapma, hareket ettirme gibi güç ve hareket kabiliyeti isteyen konularda bedensel sorunlar yaşayabilmekte; duygusal yükün fazlalığı, yalnız hissetme, depresyon eğilimi ve tükenmiş hissetme durumlarından dolayı psikolojik sorunlar; toplumsal hayattan soyutlanma, eve hapsolmuş hissetme, aile içi iletişim sıkıntıları yaşama, parasal problemler gibi durumlardan ötürü ise sosyal sorunlarla karşılaşmaktadırlar (Çağlar, 2019:119). Alzheimer hastası bireyin bakımını üstlenen aile üyeleri toplumsal ilişkilerinde sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Bu sıkıntılar, sosyal izolasyon, ev dışındaki bireylerle olan iletişimde kendini ifade edememe, psikolojik, bedensel, sosyal kayıplar yaşama ve depresyon eğiliminin artması sayılabilmektedir (Tufan, 2020:57).

1.11.4. Alzheimer Hastalığı Özeline Bakım Veren Kadın Olmak

Kendi öz bakımını yapamayan ve başkalarının bakımına muhtaç şekilde yaşayan bireylerin bakımı ev ortamında yapılacaksa bunun sorumluluğu genellikle ailenin kadın üyelerine verilmektedir. Kadın varlığını hissettiği günden beri bakım işiyle meşguldür; küçük kardeşlerine, ağabeylerine, ebeveynlerine, kocasına, kendi çocuklarına bakar ve yine kendi bakımını yapamayacak duruma geldiğinde genellikle ona bakan ailenin kadın üyeleri (gelin, kız) olmaktadır (Tufan, 2016: 23).

Bu durum toplumsal algının bir sonucudur. Bu algı Alzheimer hastası olan yaşlı bireyin bakımına geldiğinde yine değişmez ve hasta bireyin bakımı ailenin kadın üyelerine düşer. Toplumda ki geleneksel örüntüler bu görevlendirmenin temel nedeni olarak gösterilebilir. Türkiye toplumunda yaşlı bakımı kuralları geleneksel değerlere göre yapıldığından bu bireylerin bakımı ailedeki kadın veya kız çocuklara düşmektedir (Selçuk ve Avcı, 2016). Türkiye toplumunda informal bakım veren kişilerin cinsiyet yapısını incelendiğinde bu bakımı çok küçük istisnalar haricinde ailelerin kadın üyelerinin üstlendiği görülmektedir (Çağlar, 2019: 109). Yaşlıların bakımının kadınlarca yapılması Türk toplumuna has bir durum değildir. Bu konu bakımından hangi toplum incelenirse incelenir yaşlı ve hasta bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bakım yükünü üstlenen ailenin kadın üyeleridir (Adak, 2003).

Arpacı (2009) yaptığı bir araştırma da bakımı üstlenen kadın üyelerin genellikle evin büyük kızı, boşanmış, dul(eşi vefat etmiş), ailenin maddi durumu düşük üyesi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bakımı üstlenen bireyler bu bakım görevini çoğunlukla kendi istekleri dışında almakta hayat şartları ve maddi yetersizlikler bu bireyleri bu bakımı yapmaya itmektedir. İnfomal bakım veren ailenin kadın üyeleri bu bakımı çoğunlukla kendi talepleri dışında üstlenmektedirler(Çağlar, 2019:110). Bakım görevini üstlenen bu kadınlar yaşlıya baktıkları için sosyal izolasyon yaşamakta, uykusuzluk, depresyon, aile içi ilişkilerin bozulması, görev ve rol karmaşası ile karşı karşıya kalmaktadır(Çapan, 2016:35).

1.11.5. Alzheimerlı Hasta Yakınlarının Sosyal Destek İhtiyaçları

İbn-i Haldun'un insanın sosyal bir varlık olduğunu ve sosyalleşmenin insan için zorunlu bir süreç olduğunu ifade ettiği herkes tarafından bilinmektedir. İnsanlar toplum içinde var oldukları ve kendini ifade ettikleri sürece varlıklarını sağlıklı bireyler olarak devam ettirebilmektedirler. Bireyler kimi zaman kendi istekleriyle kimi zaman da mecburi nedenlerden dolayı sosyalleşmeye ara verebilmektedirler. Ev ortamında hasta, yaşlı ve engelli bireylere bakan aile üyeleri çoğunlukla tüm günlerini evlerinde hasta bireylerin bakımıyla ilgilenererek geçirmektedirler. İlerleyen süreçlerde bu bireyler toplumsal hayattan izole olarak sadece hasta bireyin, kendisinin ve ailesinin olduğu sınırlı sosyal bir ortama mahkûm olurlar. Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren aile üyeleri ise bu sosyal izolasyonu en üst seviyede yaşayan bireylerdi. Alzheimer hastası bireylere bakım veren aile üyeleri hastanın kendi sağlığı ve çevresindekilerin güvenliği için hastayı yalnız bırakmamakta, gününün çoğunu bu bireyleri göz hapsinde tutarak geçirmekte ve buda bu bireylerde ki stres seviyesini artmasına neden olmaktadır (Çapan, 2016: 37).

Alzheimer hastası yaşlıya ev ortamında bakmak hem bakıcı bireyi hem de ailenin diğer üyelerini olumsuz yönde etkileyebilmekte bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak ya da minimum seviyeye indirebilmek için bakım veren bireyler ailelerinin, dostlarının, komşularının, akrabalarının sosyal desteğine ihtiyaç duymaktadır (Stoltz ,Uden ve Willman, 2004 akt. Dökmen,2012: 5).

Ardahan' a göre (2006: 69) sosyal destek kavramı “stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak” kavramsallaştırmaktadır. Duyan (2019: 132) ‘a göre sosyal destek “gereksinim halinde kişilere psikolojik, fiziksel ve maddi destek verebilecek aile, arkadaş, komşu ve sosyal

ilişki ağı olarak’’ tanımlanmaktadır. Bir diğer tanıma göre ise “sosyal destek kişinin yaşamında algıladığı duygusal ve fiziksel yardım derecesi anlamına gelmektedir ” (Tuncay, Mollaoğlu, ve Fertelli, 2011:125).

Sağlıklı bir mesleki çalışmanın amacı sadece Alzheimer hastası bireyin sorunları ve bunlara çözüm bulmak değil aynı zamanda bu hasta bireyin sosyal destek sistemlerinin doğru algılanması ve sistemler arasındaki ilişkinin doğru tespit edilerek bu sistemdeki bireylerin temel demografik bilgileri, eğitim, meslek, cinsiyet, yaş, kültürel örüntüler vb. gibi bilgilerinin edinilmesi ve doğru bir genogram haritasının çıkarılmasıyla mümkün olabilir (Birinci, 2020: 102). Sağlık çalışanları ve diğer destek personelleri genellikle hizmetlerinin merkezine hasta bireyleri almaktadırlar. Yapılan bir araştırma’ da bakım vericiler; sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını ve gerekli sosyal destek sistemlerinden (aile, arkadaş, akraba, eş, çocuk) yeterli düzeyde destek alamadıklarını dile getirmişlerdir (Kaufman ve Ark. 2010, akt. Tuncay, Mollaoğlu, ve Fertelli, 2015:2).

2. BÖLÜM: ALZHEİMER HASTASI BİREY VE AİLELERİNE GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

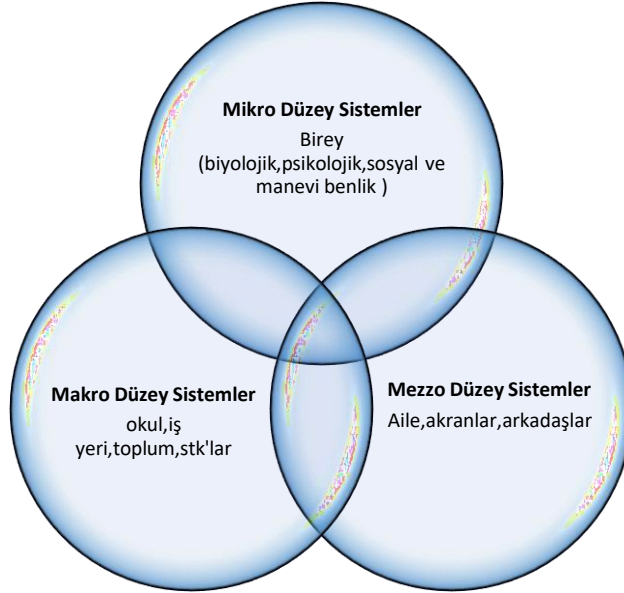
2.1. Sosyal Hizmetin Tanımlanması

Uluslararası sosyal hizmet uzmanları federasyonunun(IFSW, 2019) tanımına göre:

Sosyal hizmet, uygulamaya dayalı bir mesleği ve toplumsal değişimi ve gelişmeyi, sosyal uyumu ve insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmesini kolaylaştıran akademik bir disiplindir. Sosyal adalet prensipleri, insan hakları, kolektif sorumluluk ve çeşitliliklere saygı, sosyal çalışmaların merkezi konumundadır. Sosyal çalışma, sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerli bilgi teorileri ile desteklenen sosyal çalışma, insanlara ve yapılara yaşam zorluklarını ele almak ve refahı arttırmak için yönlendirir. (<https://www.ifsw.org/tr/global-social-work-statement-of-ethical-principles,2019>)

Sosyal hizmet uygulamasında asıl amaç sosyal adaleti esas alarak sosyal değişimi sağlamak, problem çözme odaklı bakış açısıyla yaklaşarak bireyleri güçlendirmek ve bu bireylerin bireysel bağımsızlıklarına katkı sağlamaktır(Özdemir, 2018: 43). Sosyal hizmet mikro, mezo, makro düzeyde müdahale boyutları olan toplumsal değişimi ve gelişimi destekleyen, bireylerin sosyal işlevselliklerini esas alan, bireysel ve toplumsal refahın artması için çabalayan bir meslek ve disiplindir. Sosyal hizmet mesleğinde asıl odak noktası yardımdır ve bu yardımlar birey, grup ve toplum düzeyindedir(Apak, 2018: 400). Sosyal hizmet uygulaması çok boyutlu bir uygulamadır. Bu boyutlar arasındaki bağlantılar dinamik bir yapıya sahiptir ve hepsi bir birbiriyle bağlıdır.

Şekil 7: Sosyal Hizmetin Uygulama Boyutları



Sosyal hizmet bireylerin sorunlarla baş etme mekanizmalarını geliştirerek bu bireylerin sosyal işlevselliğini artırmayı ve böylelikle bireylerin sosyal ilişkilerinde ki iletişimin daha sağlıklı ve kaliteli olması için destek vermeyi amaçlar (Duyan, 2019: 14).

2.2. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevleri

Sosyal hizmet mesleği neredeyse diğer tüm mesleklerde olduğu gibi bir dizi rol çerçevesinde uygulanmaktadır. Bu rollerin amacı temelde müracaatçı bireyleri güçlendirerek sosyal işlevsellik kazanmalarını sağlamaktır. Bu rol ve işlevlerin bazılarını Sheafor ve Horejsi (2012: 76) aşağıdaki başlıklar şeklinde sıralamaktadır.

- **Aracı / Arabulucu Rolü:** Aracı rolünde SHU müracaatçı ile müracaatçının ihtiyaç duyduğu kaynaklar arasında bağlantı kurarak aracı rolünü üstlenmektedir.
İşlevler: Müracaatçı durum ön değerlendirmesi, kaynak ön değerlendirmesi, hizmet sistemi bağlantısı, bilgi verme
- **Savunuculuk Rolü:** savunuculuk rolü sosyal hizmetin temel felsefesini yansıtan rollerin başında gelmektedir. Bu rolde SHU bireylerin kaynaklara eşit bir şekilde ulaşmalarını sağlayarak sosyal adaleti sağlamayı amaçlamaktadır. Dez avantajlı, toplumsal kaynaklara ulaşmakta sıkıntı yaşayan tüm bireylerin hak savunuculuğunu yapmaktadır.
İşlevler: müracaatçı veya vaka savunuculuğu, sınıf savunuculuğu
- **Eğitici:** Eğitici rolünde SHU bireylerin karşılaştıkları ya da ilerde karşılaşmaları muhtemel sorunlarla baş etmeyi öğretme ve sosyal işlevsellik kazandırmayı temel alan roldür.
İşlevler: Sosyal ve günlük yaşam yetenekleri öğretmek, davranış değişimine yardım, birincil önlemler
- **Danışman:** Bu rolde SHU bireylere danışmanlık/klinisyenlik hizmeti vererek bireylerin yaşadıkları sıkıntılarla başa çıkmaları için yardım etmeyi temel alan roldür.
İşlevler: psikososyal değerlendirme ve teşhis, devam eden dengeleme bakımı, sosyal tedavi
- **Vaka Yöneticisi:** Bu rolde shu diğer rollerin toplamı olan bir rol üstlenmektedir. Shu vakanın psikososyal iyilik halinin sağlanması ve sürdürülebilmesi adına diğer tüm kaynakları harekete geçirir.
- **İşlevler:** müracaatçının tanımlanması ve oryantasyonu, müracaatçının değerlendirilmesi, Hizmet/tedavi planlaması, bağlantı durumu, müracaatçı desteği, takip etme ve verilen hizmeti izleme

- **Süpervizör Personel Geliştirici:** Bu rolde shu çalıştığı kurumda bulunduğu konum gereği sorumlu olduğu personelin daha verimli çalışmasını sağlayacak uygulamalar yaptığı roldür. **İşlevler:** Çalışan oryantasyonu ve eğitimi, personel yönetimi, süpervizyon, danışmanlık
- **Sosyal Değişim Faili:** Bu rolde SHU makro boyutta değişim ve gelişim sağlanabilmesi adına siyasi, sosyal, bireysel, örgütsel düzeyde karar mekanizmalarının içinde olarak iyi yönde sosyal değişimi destekleyen faaliyetler yapmaktadır. **İşlevler:** Toplumsal sorunlar ya da politika analizi, toplumun endişelerinin aktarılması, sosyal kaynak gelişimi ”

2.3. Tıbbi Sosyal Hizmet

Sosyal hizmetin çalışma alanı geniş bir yelpazeye sahiptir. Sosyal çalışmacılar bireylerle, ailelerle, gençlerle, engellilerle, hasta bireylerle ve onların yakınlarıyla çalışmalar yapmaktadır. Bu sayılan çalışma alanlarından hasta ve hasta yakınıyla ilgili çalışmalar yürütmek ve gerek hastane ortamında tedavi sürecinde gerek tedavi sonrasında sosyal anlamda oluşabilecek risk faktörlerini minimize ederek hem hasta bireyleri hem de hasta yakınlarının biyopsikososyal iyilik hallerini korumayı amaçlayan sosyal hizmet dalı Tıbbi sosyal hizmet olarak adlandırılmaktadır.

Duyan (2003)’a göre tıbbi sosyal hizmet :

Kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür.

Yıldırım ’ a göre (2017: 70) tıbbi sosyal hizmet “sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti almakta olan hastaların, sunulan sağlık hizmetlerine ulaşmada ya da tedavi sürecinde karşılaştıkları psikososyal ve ekonomik sorunların çözümüne yönelik uygulamaları, profesyonel, planlı ve mikro, mezo ve makro düzeylerdeki müdahaleleri içeren, ekip çalışması içerisinde hastayı bütüncül bir bakış açısıyla ele alan bir sosyal hizmet alanıdır” şeklindedir.

Lessser (2003 akt. Uçan, Çalım, & Yıldırım, 2015) tıbbi sosyal hizmet biriminin uygulama alanları şu şekilde sıralamıştır.

- Hastalığın psikososyal açıdan değerlendirilmesi
- Yapılan değerlendirmenin sağlık ekibine sunulması

- Hastaların uygun sağlık sistemlerinden yararlanmalarının sağlanması
- Hasta ve yakınlarına yönelik danışmanlık ve psikoterapi hizmeti verilmesi,
- Sağlık personelini hastaların içinde bulundukları evre ve ihtiyaçları konusunda bilgilendiren eğitimler verilmesi

2.4. Gerontolojik Sosyal Hizmet

Dünya üzerinde meydana gelen demografik değişim ve dönüşümler sonucunda 100-150 yıl öncesine kadar toplumsal sorun olmayan yaşlılık yenedünya düzeninde bir sosyal sorun haline gelmiştir. Bu sosyal sorunu inceleyen ve özümmler üretmeye çalışan bilim dalına gerontoloji denilmektedir. Bu bağlamda Sevil (2005: 22)’ e göre Gerontoloji “yaşlılık dönemini tüm sosyal, biyolojik, psikolojik ve ekonomik özellikleriyle inceleyen bir bilim dalıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Başka bir tanıma göre ise gerontoloji “İnsanın ana rahminden son nefesinde kadar “biyolojik”, “psikişik” ve “sosyal” değişimlerini incelemektedir” şeklinde dir. (Tufan, 2016: 21)

Yaşlılığı çalışmalarının merkezine alan ve çoğunlukla yetişkinlik sürecinden bireyin son nefesini verdiği ana kadar ki süreci inceleyen bir bilim dalı olan gerontolojinin amacı; bireylerin sağlıklı bir yaşlanma geçirmelerini sağlamak, bireylerin içinde yaşadıkları çevreyi ve bu çevredeki değişimleri sosyolojik olarak incelemek, yapılan bu araştırmalar sonucu ortaya çıkan verileri bu bireylerin başarılı bir yaşlanma geçirebilmeleri amacıyla uygun politikalara çevirmektir (Yanardağ, 2019: 32).

Yaşlılığın sadece bireysel bir sorun olmayıp toplumsal bir sorun olması yaşlılığın sosyal sorunları ortadan kaldırmayı amaçlayan sosyal hizmetin çalışma alanına girmesine neden olmuştur. Yaşlı bireylerin yaşadığı sorunları ortadan kaldırmayı ve bu bireylerin başarılı bir yaşlanma geçirmelerini amaçlayan sosyal hizmet dalına Gerontolojik sosyal hizmet denilmektedir. Gerontolojik alanda çalışmalar yürüten sosyal çalışmacının öncelikli hedefi hizmet götürülen yaşlının bireysel, toplumsal, psikolojik ve bedensel iyilik halini yükselterek bu bireylerin kendi kendilerine yetebilecek bağımsızlığa ulaşarak sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmeleridir (Birinci, 2018: 69).

Sosyal alışmacılar yaşlı bireylerle ve aileleriyle çalışmalar yürütürken bu bireylerin sosyal işlevselliğini artırmayı hedeflemektedirler. Gerontolojik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal çalışmacılar yaşlı bireylerin ve ailelerinin hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyolojik iyilik hallerini arttırmayı hedeflemektedirler. Bireylerin yaşlının tedavisini nasıl uygulayacakları, bu tedavi sürecindeki görev dağılımlarının nasıl

olacağı, Yaşlı bireylerin ihmalinin ve istismar edilmelerinin engellenmesini ve yaşlı bireyle ilgili günlük başka sorunları ortadan kaldırmayı görev bilen kısaca bireyin ve ailesinin psikososyal desteğini üstlenen meslek elemanlarından biridir (Yanardağ, 2019: 39). Gerontolojik alanda çalışan sosyal çalışmacılar yaşlı mevzuatına hâkim olmalı ve bu yaşlı bireylerin ilerleyen yıllarda hangi değişim dönemlerinden geçeceği ve budönemlerde ortaya çıkabilecek ruhsal ve çevresel sorunları öngörerek bu gibi durumlarda yaşlının hak savunuculuğunu yapabilmelidirler. NASW (2018).

2.5. Ailelerle Sosyal Hizmet

Ailelerle sosyal hizmet uygulaması ailelerin (geniş-çekirdek) sosyalişlevselliklerini arttırmayı hedefleyen, aile üyelerinin her birinin psikososyal iyilik hallerinin yüksek olması için çaba sarf eden ve aileyi bir sistem olarak değerlendirip bu sistemdeki bir aksaklığın ve sorunun sistemdeki diğer parçaları da etkileyeceğini bilip sistemdeki tüm parçaları önemseyen bir bakış açısına sahip sosyal hizmet dalıdır.

Bu bağlamda Tomanbay ' a göre (1999: 5) Ailelerle Sosyal Hizmet:

Sosyal refah alanında belirlenen politikalara uygun olarak ailenin toplum içindeki her türlü işlevinin yerine getirilmesinde ortaya çıkan yetersizliklerin giderilmesi, sorunların çözülmesi, aile bireylerinin sağlıklı gelişmesi, ilişkilerinin ve aile yaşamının düzenli sürmesini amaçlayan, aileye yönelik her türlü sosyal refah hizmetleridir.

Ailelerle sosyal hizmetin temel amacının aile üyelerin birbiriyle olan ilişkilerinin sağlıklı ve birbiriyle etkileşimlerinin olması ancak birbirinden bağımsız yaşayabilmeyi becerebilen bireyler olmalarını sağlamaktır (Duyan, 2019: 263). Ailelerle sosyal hizmet uygulaması yaparken öncelikli amaç aile üyelerinin duygusal ve gelişimsel eksikliklerini fark ettirmek ve bu eksikliklerle baş edebilmeleri için üyelerin güçlü yanlarını destekleyerek, ailedeki değişimi iyi yöne kanalize edip ailenin fonksiyonunu arttırmaktır (Çevik, 2020: 28).

Collins, Jordan ve Coleman' a göre (2007 akt. Duyan, 2019: 265) ailelerle sosyal hizmet uygulaması yapılırken uyulması gerekenler şu şekilde sıralamıştır.

1. “Ailelere yardım etmek için en iyi yer onların evidir,
2. Danışmanlık ailelerin sorunlarını kendi başlarına çözmeleri için onları güçlendirir,
3. Müdahale bireyselleştirilmelidir ve ailenin sosyal, psikolojik, kültürel, eğitimsel, ekonomik ve fiziksel özelliklerini temel almalıdır,

4. Aile parçaların toplamından daha fazla olan bir bütündür,
5. Öncelikle ailelerin acil gereksinimleri karşılanmalı, daha sonra uzun dönemli amaçlara yönelmelidir,
6. Aileler değişme ve değişmemeyi dengelemeye çalışır,
7. Bir aile üyesinde meydana gelen değişme tüm aile üyelerini etkiler,
8. Aile üyelerinin davranışları en iyi döngüsel nedensellik ile açıklanabilir,
9. Aile daha büyük sosyal sistemlere aittir ve birçok alt sisteme karşılık gelir,
10. Aile oluşturulmuş kurallar çerçevesinde işlev görür, şeklinde sıralanabilir.”

Ailelerle Sosyal Hizmet uygulaması yaparken 7 aşamalı bir uygulama süreci izlenmektedir, Bu aşamalar; Tanışma / Bağlantı kurma, Ön değerlendirme, Planlama, Uygulama, Son değerlendirme, Sonlandırma ve İzleme aşamalarıdır. (Duyan, 2010: 290)

2.6. Sosyal Hizmet Uygulamasına Temel Teşkil Eden Kuram ve Yaklaşımlar

Sosyal hizmet bilim olma yolunda ilerleyen bir akademik disiplindir. Henüz bilim olamama ve disiplin kalma nedeni ise kendine ait kuram ve yaklaşımlar üretememesi, diğer bilim dallarına ait kuram ve yaklaşımlardan etkilenip mesleki alan bilgisinin toplamıyla bugünkü kuramsal çerçevesini oluşturmasıdır. Meslek olarak toplumda varlığını hissettiren sosyal hizmetin etkilendiği ve mesleğin kuramsal çerçevesini oluşturan diğer bilim dallarının ürettiği kuram ve yaklaşımlar olmuştur.

Özdemir (2018: 57) sosyal hizmetin etkilendiği ve uygulamasına dahil ettiği bu kuramları “Psikanalitik kuramlar, psikososyal kuramlar, bilişsel kuramlar, davranışsal Kuramlar, kriz ve krize müdahale Yaklaşımı, güçlendirme yaklaşımı, hümanist ve varoluşçu kuramlar, sistem kuramı ve ekolojik kuram ” şeklinde sıralamıştır.

2.6.1. Sistem Kuramı

Beşeri bilimlerden olan psikoloji, antropoloji, biyoloji, işletme, ekonomi, siyaset bilimi, ve yönetim bilimlerinin çoğunlukla faydalandıkları kuramlardan biri de sistem kuramıdır (Özdemir, 2018: 57). Sistem kuramı olay ve durumlara tek yönlü bakılmaması gerektiğini, bu durumların birçok dinamiğe sahip olduğunu ve bu dinamikler arasındaki bağlantıların sistemin tamamını etkilediğini dile getiren bir yaklaşımdır.

Sosyal hizmet disiplinin de bu yaklaşım merkeze bireyi alıp bu bireylerin çevrelerinde ki bireylerle olan bağına ve alışverişine odaklanmaktadır.

(Acikogretim.istanbul.edu.tr, 2020). Sistem kuramında birey ve çevresindeki diğer birey ve faktörler birbirinden bağımsız olarak incelenmek yerine bunlara bir bütün olarak bakıp tek resim olarak görmek amaçlanmakta ve bu bireyleri yaşanan durumun suçlusu olarak nitelendirmemektedir (Duyan, 2019: 136). Sistem yaklaşımın bakış açısına göre birey bir sistem olarak nitelendirilir, bu sistemle bağlantılı birçok alt sistemin olduğu ve bu alt sistemlerden herhangi birinde meydana gelebilecek bir sorunun sistemin tamamını etkileneceğidir.

Sistem yaklaşımının sosyal hizmet uygulamasında kullanılma sıklığının fazla olması ve başarılı sonuçlara ulaşılma nedeni sistem yaklaşımının diğer yaklaşımların aksine daha çok değişkeni probleme dâhil ederek bireyi sorunun tek öznesi olmaktan çıkarıp çevresel faktörlerin sorun üzerindeki etkilerini fark ettirmesi ve sorunun çözümünde kolektif etkilerden yararlanmasıdır (Özdemir, 2018: 58). Sistem kuramı sosyal çalışmacıların uygulama sırasında hangi faktörleri göz önünde bulundurması gerektiğini fark edebilmesi adına sosyal çalışmacılara bir bakış açısı kazandırmaktadır (Duyan, 2019: 147).

2.6.2. Ekolojik Yaklaşım

Ekolojik yaklaşım sistem kuramının eksik görülen kısımlarının tamamlanmasıyla oluşturulmuş ve sistem kuramından birkaç farklı yönü olması dışında pek de yeni bir söylemde bulunamamış bir yaklaşımdır. Ekolojik yaklaşım sistem kuramının devamı niteliğindedir. Artan (2020:30)’a göre ekolojik yaklaşım “temelde, sosyal sorunları sadece kişilerin psikolojik ya da kişilik özelliklerinden kaynaklı olarak algılamaz. Sosyal sorunların temelde birey ile çevresi arasındaki psikolojik, sosyal ve biyolojik etkileşimden kaynaklı” şeklinde açıklamaktadır. Ekolojik yaklaşıma göre bireyler çevrelerinde meydana gelen durum ve olaylara tepkisiz kalan, yaşadığı çevreyi bireyi şekillendiren bir sistem olarak görmekten ziyade onun dinamik bir yapıya sahip olduğunu ve çevresiyle etkileşim halinde olan varlıklar olarak nitelendirmektedir (Duyan, 2019: 162). Ekolojik yaklaşıma göre bireyin sosyal destek sistemleri (akraba, eş, aile, iş, arkadaş) hakkında bilgi sahibi olmak uygun sosyal hizmet müdahalesi için yeterli değildir bununla birlikte bireyin yaşadığı ekolojik çevre, toplumsal bağlarının da iyi anlaşılması ve sosyal hizmet müdahalesine dahil edilmesi gerekliliği üzerinde durmaktadır. (Acikogretim.istanbul.edu.tr, 2020)

2.6.3. Güçlendirme

2.6.3.1. Güç Kavramı

TDK 2020 sözlüğün de güç kavramını “fizik, düşünce ve ahlak yönünden bir etki yapabilme veya bir etkiye direnebilme yeteneği” şeklinde tanımlamaktadır. Thompson (2016: 23)’ a göre güç kavramı “bir yetkinlik, yani sahip olduğumuz yapabilme becerisi” olarak tanımlamaktadır.

Miley (1998)’e göre güç kavramı ne kadar kişinin kendi iç motivasyonu ve kişisel becerilerinin sonucu olarak görülse de temelde güç kavramı bireyin kişilerarası ilişkileri ve iletişimleri sonucunda gelişme gösteren bir kavramdır (akt. Çiftçi ve Uluocak, 2011:101). Güç kavramının sosyal hizmet literatürüne girişi ve mesleki uygulamalarda kullanılması gerektiği düşüncesi 1970’lere denk gelmekte, gelen müracaatçıların yaşadıkları çevredeki güç odaklarının, onları güçsüzleştiren faktörlerin fark edilmesi ve bunlarla savaşılmaması gerektiği düşüncesinin bu dönemde olgunlaştığı bilinmektedir (Erbay, 2019: 58).

2.6.3.2. Güçlendirme Yaklaşımı

Sosyal hizmet literatürün de güçlendirme yaklaşımı bir müdahale yaklaşımı olarak tanımlanmış ve kuramsal bilgi havuzun da bu şekilde yerini almıştır. Ancak genel literatür incelendiğinde güçlendirmenin bir yaklaşım, model veya kuram mı olduğu sorusunun cevabının tam olarak verilemediği görülmüştür (Erbay, 2019: 49).

Thompson (2016:42)’a göre güçlendirme kavramı “insanlara kendi hayatları, koşulları üzerinde büyük bir kontrol kazanmaları için yardım etmek” şeklindedir. Barker (1999:153) Sosyal Hizmet Sözlüğü’nde güçlendirmeyi, “Sosyal hizmet uygulamasında bireylerin, ailelerin, grupların ve toplulukların kişisel, kişiler arası, sosyo-ekonomik ve politik gücünü artırmalarına ve koşullarını geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlayan bir süreç” olarak tanımlamaktadır. Adams’a göre (2003:8 akt. Çiftçi& Uluocak,2011: 100) güçlendirme “birey, grup ve toplulukların kendi yaşam koşullarını kontrol altına almalarına olanak sağlamak ve belirledikleri amaçlara ulaşarak kendi yaşamlarının kalitesini arttırmalarına yardımcı olmak “ için bir araçtır.

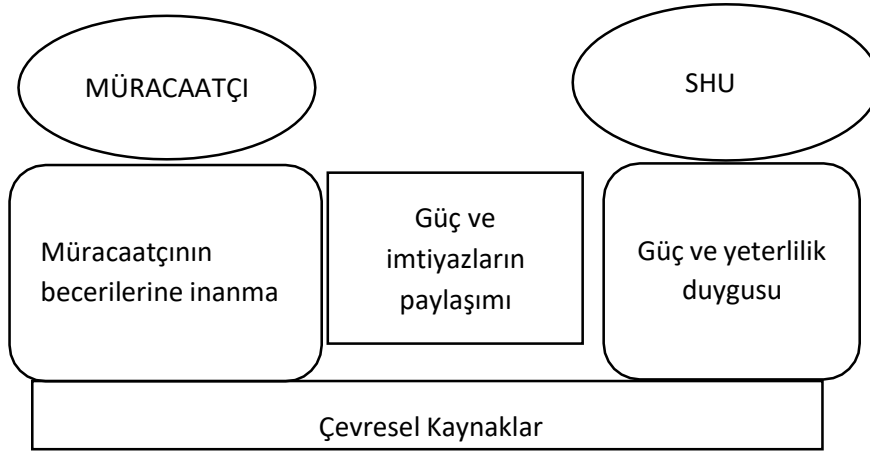
Güçlendirme de ki ana mantık kişinin olumlu yönlerini fark etmesini sağlamak, bu olumlu yönleri belirginleştirip destekleyerek bireyin başkalarından bağımsız olarak yaşamayı ve hayatta kalabilmeyi öğrenmesini sağlamaktır(Özmete, 2011: 82). Bu açıdan

bakıldığında güçlendirme bireye sadece ruhsal açıdan bağımsızlığını kazanmasını sağlaması için yardımda bulunmaktan fazlasıdır(Thompson, 2016: 42).

Şahin (2011: 2)’ e göre güçlendirme yaklaşımında bireylerin geçmiş sorunlarının çözümün de hangi baş etme mekanizmalarını kullandıkları ve sorunlarının üstesinden hangi yolla kurtulmayı başardıkları bilgisinin bireyin gelecekte ortaya çıkabilecek sorunlarına olası çözümlerinin nasıl olacağını belirleyeceği görüşündedir. Danışan olarak gelen bireylerin daha önce yaşadıkları zorluklarla nasıl mücadele ettikleri bilgisinin danışmanı tarafından bilinmesi danışanın geleceğinin sağlam bir şekilde oluşturmak için fayda sağlayacaktır (Altıntop, 2018: 26). Bu bağlamda Arıkan’ a göre (2011: 43) bireyleri güçlendirebilmek için danışmanın gelen müracaatçının şu bilgileri bilmesi gereklidir. Bunlar : “bireyin kişilik özellikleri(içe kapanık, depresif, saldırgan vb.),eğitim düzeyi, yaşı ve cinsiyeti, ağırlıklı olarak kullandığı savunma mekanizması, sorun çözme tarzı, öfke kontrol becerisi, iletişim becerileri, sosyal destek sistemleri(akraba, komşu, arkadaş vb .) gibi değişkenlerdir.

Güçlendirme yaklaşımından önce bireyler teşhisçi (medikal) model çerçevesinde bir yardım sürecinden geçmekte, bu bakış açısıyla yaşadıkları tüm sıkıntılar ve olumsuzlukların kaynağı bireyin kendisi ve kendi güçsüzlüğü görülmektedir.Güçlendirme yaklaşımı bireyi sorunun merkezine koyarak onu günah keçisi yapan, tüm yükü üstlenmesini ve geri çekilmesini isteyen medikal modelin aksine bireyin hali hazırda bu sorunlarla baş edebileceği gücünün ve iç motivasyonun olduğunu danışmanın temel görevinin bu güçleri müracaatçının fark etmesini sağlamasıdır.

Şekil 8: Güçlendirme Yaklaşımında Sosyal Hizmet Uzmanı – Müracaatçı İlişkisi



Kaynak : (Duyan, 2010)

Güçlendirme yaklaşımında müracaatçı danışman ilişkisi baskı ve zorunluluk temelli değil aksine gönüllü ve işbirliği içindedir (Thompson, 2016: 43). Sosyal hizmet disiplininin uygulama alanına dahil olan güçlendirme yaklaşımı (Strenghts Perspective) bireylerin karşılaştıkları sorunları bireyin yerine danışmanın çözümler getirmesi ve uygun çıkış yollarını bulmasından ziyade danışanların yaşadıkları bu sorunun üstesinden gelebileceği inancı, güçlü olduğu ve bu durumu aşabilecek iç motivasyonunun varlığına olan inancının müdahalenin merkezinde olması gerektiğidir. (Şahin, 2011: 1) Güçlendirme yaklaşımının temelinde birey, grup, aile ve toplulukların güçlerini fark ettirme, bu güçleri sağlamlaştırma ve devamlılığını sağlayarak bireylerin kendi kaderlerini tayin etme şansı oluşturmaktır (Duyan, 2012: 180). Güçlendirme yaklaşımında bireyin güçsüzlüklerine değil güçlü ve başarılı olduğu taraflara vurgu yapılmakta, bireylerin kendilerine yetebilen ve sorunlarıyla baş edebilen bir role bürünmelerini sağlamak öncelikli amaçtır. Günümüz modern sosyal hizmet uygulamasının geneline bakıldığında öncelikli konunun bireylerin baş etme mekanizmalarını sağlamlaştırmak ve güçlü ve başarılı olduğu tarafları belirginleştirmek üzerine kuruludur (Duyan, 2011). Güçlendirme yaklaşımında hedeflenen şey bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek ve kendini gerçekleştirerek ileride bu duruma benzer şekilde yaşayabileceği olaylara karşı güçlenmesini sağlamaktır (Arıkan, 2011: 42).

Çoban (2011: 119)'a göre güçlendirme yaklaşımının ana mantığı 3 maddede toplanmıştır. Bunlar:

1. Her insanın güçleri ve kendini geliştirme, daha iyi koşulları isteme ve bunlara ulaşma kapasitesi vardır.
- 2 İnsanlarının kapasitelerini kullanmama nedenleri her zaman doğrudan kendileriyle ilgili değildir, aksine çevresel koşullar, yasalar, hizmetler gibidiğer sistemler kimi zaman bireyin kapasitesini kullanmasını engelleyebilir.
3. Duruma bağlı olarak, bireyler var olan kapasitelerini geliştirebilir veya yeni beceriler öğrenebilir .

Güçlendirme yaklaşımı temelde sistem kuramından farklı bir görüşe sahip değildir. Sosyal hizmet uygulamasında temel teşkil eden sistem kuramı problemlerin kaynağını sorun yaşayan birey olarak görmemiş, bireyi çevresinden bağımsız düşünmeyerek bireyin çevresinde bulunan ve birey sistemiyle bağlantılı olan diğer alt sistemlerden kaynaklandığını, bu alt sistemdeki sıkıntı giderilirse sistemin eski haline dönebileceğini ve sağlıklı bir sistem olarak varlığını devam ettirebileceğini söylemiştir. Güçlendirme yaklaşımı sistem kuramına ek olarak bireyin diğer alt sistemlerde meydana gelen sorunlarını kendi başına çözebilmek, bireyin alt sistemlerde meydana gelebilecek olası diğer sıkıntılarda baş etme becerisi kazandırmak ve sistemin sorunsuz çalışmasını sağlamayı hedeflemektedir.

Şahin (2019: 3)'e göre güçlendirme yaklaşımının ana mantığı aşağıda ki maddelerdeki gibidir. Bunlar;

- ✓ Bireyler karşılaştıkları soruna her ne kadar çözüm getiremiyorsa da bunun için gerekli kaynağa ve beceriye sahiptirler.
- ✓ Bireylerinin başaramadıkları değil başarabildikleri, güçlü oldukları yönlerinin vurgulanması ve geliştirilmesi gereklidir.
- ✓ Bireyin var olan güçlerine ek yeni güçleri keşfedebilmek için bireyle işbirliği içinde çalışılması gereklidir.
- ✓ Bireyler içinde bulundukları durum içeresinden çıkabilmenin yolunu bilmekte ancak bunu nasıl kullanacağını bilememektedir. Danışmanın amacı danışanın zaten içinde var olan gücü bulmasını sağlamak ve sosyal işlevselliğini artırarak sorunlarla baş etme kapasitesini artırmaktır.

2.6.3.3 Güçlendirme Yaklaşımının Tarihsel Gelişimi

Güçlendirme yaklaşımının sosyal bilimler içerisinde kullanılması ve benimsenmesinin çok eski tarihlere dayandığını söylemek oldukça güçtür. Sosyal hizmet meslek ve disiplinine güçlendirme yaklaşımının dâhil oluşu 1980'lere dayanmaktadır. Güçlendirme Yaklaşımın ilk uygulandığı sosyal hizmet dalı klinik sosyal hizmettir ve sadece var olan problemleri çözmeye odaklanmış sorun odaklı yaklaşımlara alternatif olarak kullanılmıştır (Duyan, 2019: 181). Sosyal bilimler uzun yıllar psikianalitik yaklaşımın etkisinden kurtulamamış ve toplumda var olan tüm sorun yaratan durumlara psikianalitik çerçevede çözümler getirmiştir. Sosyal hizmet disiplini de uzun yıllar toplumsal sorunlara Psikianalitik yaklaşımın bir ürünü olan medikal model çerçevesinde çözümler getirmeye çalışmıştır. Ancak 1980 'lerde çalışmalar yürüten bir sosyal hizmet düşünürü olan Dennis Saleebey sosyal hizmet de medikal modele tepki olarak güçlendirme yaklaşımının gerekliliğini savunmuştur. Yine bir sosyal hizmet akademisyeni olan Barbara Solomon'un 1976 yılında yayımlanan "Black Empowerment" adlı eseri sosyal hizmet literatürüne güçlendirme yaklaşımıyla ilgili kazandırılmış ilk eserlerdendir (Erbay, 2019: 50).

Sosyal Hizmet uygulamalarının da uzun yıllar Psikanalitik yaklaşım uygulama merkezinde olmuş ve gelen müracaatçı hasta, uçlu ve yaşadığı problemin kaynağı olarak görülmüştür (Duyan, 2019: 158). Güçlendirme yaklaşımı ve sistem yaklaşımı gibi yaklaşımların sosyal hizmetin uygulama alanının merkezine alınması yaşanan sorunun kaynağının yalnızca birey olarak görülmesi düşüncesini yıkmış ve birey biyopsikososyal bir varlık olarak görülüp yaşadığı sorunun birçok dinamiğin toplamı olduğu görüşü hâkim olmuştur.

2.6.3.4. Güçlendirme Yaklaşımının İlkeleri

Simon'a göre (1994; akt. Güdek, 2013: 28) Sosyal çalışmacılar güçlendirme yaklaşımını kullanırken bir dizi ilke çerçevesinde hareket etmelidirler. Bu bağlamda bu ilkeleri şu şekilde sıralamaktadır. Bunlar;

- “1- Programları, müracaatçıların ve toplum üyelerinin ifade ettikleri tercihlere ve ortaya koydukları gereksinimlerine göre şekillendir.
- 2- Program ve hizmetlerin müracaatçılar ve toplum için en üst düzeyde uygun olmasını, müracaatçıların ve toplumun onlardan yararlanmasını sağla

- 3- Müracaatçıların kendi kendine sorun çözebilmesi yaklaşımını benimse.
- 4- Müracaatçıların ve toplumun güçlerini gündeme getir ve onları bu yönde yapılandır
- 5- En tercih edilen müdahale yöntemini uygulamak yerine. Müdahaleyi müracaatçının veya müracaatçı gruplarının kendine özgü taleplerine, sorunlarına ve gereksinimlerine uygun olarak düzenle ve yeniden tanımla
- 6-uygulamanın ve politika geliştirmenin önceliklerini belirlemek için liderlik. Yapmalarını sağla.
- 7- Güçlendirme, dikkate değer bir zaman ve sürekli bir çaba gerektirdiği için sabırlı ol
- 8- Sosyal çalışmacının, işteki kendi güçsüzlüğü ve gücünü sürekli olarak dikkate al
- 9-Genel iyilik durumuna katıcı vermek için yerel bilgiyi kullan ” şeklinde.

Bireyler hali hazırda karşılaştıkları sorunları çözmek için gerekli güç kaynağına sahiptirler. Sosyal çalışmacılar bireylerin talep ve istekleri doğrultusunda, yaşadıkları sosyo kültürel faktörleri göz önünde bulundurup, bireyin içinde yaşadığı sistemleri iyi anlayıp buna uygun çözümler getirdiklerinde başarılı bir uygulama gerçekleştirebilirler. Güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde doğru ve yerinde bir uygulamagerçekleştirilebilmesi için sosyal çalışmacının güçlendirme yaklaşımının ilkelerini iyi anlaması ve bunları göz ardı etmeden kararlar verebilmesi gerekmektedir.

2.6.3.5. Güçlendirmenin Amacı

Güçlendirme yaklaşımın da ilk hedeflerden biri gücü karşıda ki bireye verebilmektedir. Bu güç somut ve gözle görülebilen duyularla algılanabilen bir şey değil daha çok bireylerin ilişkileri, kalıpları ve içinde yaşadığı sistemdeki yapılarla ilgilidir (Thompson, 2016: 101). Güçlendirme uygulamasının temel amacı bireyin yaşadığı çevrede biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan bağımsız ve kendine yetebilen varlıklar olarak yaşamlarını sürdürebilmeleridir. Güçlendirme uygulaması yardıma dayalı bir uygulamadır.

Sheafor ve Horejsi (2012: 421)’e göre güçlendirme yaklaşımının ana düşünce yapısında bireylerin karşılaştıkları sorunlarla baş edememe nedenleri olarak yaşadıkları çevrede meydana gelen sosyal ve ekonomik problemleri bireylerin kişisel olarak algılayıp bunları kendi bireysel yetersizlikleri olarak görmelerdir. Güçlendirme yaklaşımında amaçlanan şey bireyin kendini suçlayarak sorunun kaynağı olarak görmesini engellemek,

sorunun kaynağından ziyade bununla nasıl baş edebileceğini öğrenip kendi güç ve kaynaklarına güvenmesini sağlamaktır.

Bireyler yalnızca içinde yaşadıkları mikro sistemler de yaşadıkları sorunlarla baş edemediklerinde güçlendirmeye ihtiyaç duymazlar. Bu güçlendirme ihtiyacı bireyin ikili ilişkilerinde ya da kendi öz benliğiyle ilgili değil grup ve toplum düzeyinde de olabilmektedir. Güçlendirme yaklaşımının bir diğer amacı ise bireyin bulunduğu mezzo ve makro düzeydeki sistemlerde yaşadıkları baskıcı uygulama ve politikalar karşısında kendi hak savunuculuğunu yapmayı öğrenmesi ve böylelikle sosyal işlevselliğini artırmasıdır (Erbay, 2019: 43). Güçlendirme hangi boyutta yapılırsa yapılsın amaç bireyini içinde var olan güç duygusuna ulaşmasını sağlamaktır. Sosyal çalışmacılar bu güç arayışında bireyi yönlendiren, inandıran, motive eden; müdahale etmeyen, zorlamayan, kendi düşüncelerini dayatmayan bireyin kararlarına saygı gösteren konumundadır.

2.6.3.6. Sosyal Hizmet, Güçlendirme ve Maneviyat İlişkisi

Sosyal hizmet yardım temelli bir meslek ve disiplindir. Sosyal hizmetin ortaya çıkışına neden olan yardım anlayışının dayanak olarak bu hizmeti sağlayanların manevi ve dini motivasyonlarının olduğu bilinmektedir. Sosyal hizmetin meslek olarak çıkış yeri olan Avrupa 'da Kiliseler, ayır kuruluşları ve gönüllü faaliyetler temelinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Ancak maneviyat ile hamuru yoğrulan sosyal hizmet mesleği pozitivist kaygıların sosyal bilimlere de etkisi altına alması sonucu bu özünden uzaklaştırılmıştır. Pozitivizmin Sosyal hizmeti etkilemesi sonucu soyut, tinsel, metafizik olan şeylerin bilimin tanımına ters düştüğü ve sosyal hizmetin güvenilirliğini zedelediği düşüncesi etkin olmaya başlamıştır (Apak, 2018: 17-18). Her ne kadar bugün sosyal hizmet eğitimi ve uygulamalarında hala pozitivist sosyal hizmet anlayışı hâkim olsa da bu anlayışın Türkiye toplum yapısına uymadığı ve başarılı sonuçlar vermediği maneviyat olmadan sosyal hizmetin eksik kalacağı son yıllarda yapılan çalışmalarla gözler önüne serilmiştir.

Güçlendirme yaklaşımını doğru bir şekilde uygulanabilmesi için güç kavramının iyi bilinmesi gerekmektedir. Güç ve güçsüzlük kavramlarını iyi anlamak ve bunların birey sisteminde nasıl çalıştığını bilmek doğru müdahale için kilit roldedir (Erbay, 2019: 51). Müracaatçıların güç algılarını bilmek, güç kaynağı olarak gördükleri somut ve soyut şeyleri, durumları iyi anlamak gerekmektedir. Güç ve güçsüzlük kaynakları genelde her birey de farklı olarak algılanmaktadır. Sosyal hizmet disiplinin ana söylemi olan “her birey özeldir” söylemi güçlendirme yaklaşımı uygulanırken de geçerlidir. Her birey

özeldir, her bireyin güçlü ve güçsüz yanları farklılık gösterebilmektedir. Bireyler beklenmeyen, hesapta olmayan güç bir durumla karşılaştıklarında, bununla nasıl baş edeceklerini bilemediklerinde çoğunluklara maneviyatlarına yönelir ve çözümü bunda ararlar (Karataş, 2016: 102). Özellikle modern tıbbın ve tedavilerin yetersiz ve eksik kaldığı hastalık teşhisi almış birey ve aile üyelerinde bu yönelim çok daha yüksek seviyelere çıkabilmektedir. Bu yönelim Güçlendirme yaklaşımının etkin bir şekilde kullanılabilmesi adına fırsata dönüşebilmektedir. Sosyal hizmet müdahaleleri bireylerin manevi değer ve isteklerine uygun bir şekilde uygulanırsa bireyleri güçlendirici etkiye sahip olabilmektedir (Apak, 2018: 406). Güçlendirme yaklaşımının etkin kullanımı için bireyin kendini güçlü hissettiği, motivasyonunu arttıran faktörler kilit rolündedir. Bununla birlikte bireylerin güç analizi yapılırken manevi değerlerinin de dikkate alınması ve buna uygun bir müdahale planının hazırlanması doğru olacaktır.

2.6.3.7. Güçlendirme Yaklaşımının Sosyal Hizmet Uygulaması İçindeki Yeri

Sosyal hizmet disiplini sosyal bilimler içerisinde var olduğu günden bugüne çeşitli disiplinlerin kuram ve yaklaşımlarından faydalanmış ve mesleki uygulamasına dâhil etmiştir. Mesleğin ilk zamanların da diğer sosyal bilimleri de etkisi altına alan sorun odaklı yaklaşım çerçevesinde müdahaleler gerçekleştirmiştir. Bu müdahale anlayışında bireyin sorunları ve patolojik nedenleri üzerinde durulmuş ve bunlara çözümler getirilmeye çalışılmıştır. Ancak güçlendirme yaklaşımının sosyal hizmet disiplinine dâhil olmasıyla sosyal hizmetin uygulamasının merkezine patolojik nedenler ve sorunlardan ziyade bireyin güç ve kaynakları konulmuştur. (Chapin, 1995; Cowger, 1994; Goldstein 1990; akt. Şahin, 2011: 1) Bu nedenle güçlendirme yaklaşımının sosyal hizmet meslek ve disiplinine dâhil olması ve uygulamalarda temel alınması devrim niteliğindedir. Sosyal hizmetin günümüzde düşünce yapısına ulaşmasında ve modern sosyal hizmet uygulamalarının günümüzde uygulanıyor olmasında önemli bir etkiye sahip olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Günümüz sosyal hizmet uygulamaların da özellikle sistem ve güçlendirme kuramları temelli müdahale yöntemleri uygulanmaktadır. Sistem ve güçlendirme kuramları birbiriyle bağlantılı ve birbirini besleyen iki kuramdır. Sistem kuramı bireyin diğer sistemlerle olan ilişkisini görmemizi sağlayıp, problemin kaynağını anlayabilmemiz açısından bize yol gösterirken, güçlendirme yaklaşımı ise sistem yaklaşımıyla tespit edilen sorunun bireyin hangi yolu kullanarak ortadan kaldıracığı ve bir daha böyle bir

sorunla karşılaştığı zaman sistemin bozulmadan sağlıklı bir şekilde varlığını devam ettirmeyi nasıl öğreneceğini bireye öğretmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır.

Sosyal hizmet uygulamasının merkezinde “insan” vardır ve insanların yaşadığı problemler, sıkıntılar, mücadeleler sosyal hizmetin ana malzemesidir (Arıkan, 2011: 41). Bu sıkıntıların kaynağı bireyin kendisi değil bireyi güçsüz kılan diğer sistemler olarak görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının uygulama alanında karşılaştıkları bireylerin çoğu şiddet, yoksulluk, kötü yaşam tarzı, kimsesizlik, baskılanma, eğitim ve bilgi eksikliği gibi sorunları yaşayan, bu durumdan kurtulmayı isteyen ancak bunu yapacak gücü ve yöntemi tek başlarına bulamakta zorluk çeken kişilerdir (Duyan, 2019:180).

Sosyal hizmet uzmanları bu bireylerle çalışırken onların hayatında yapıcı ve güçlendirici bir konum üstlenerek bireylerin kendilerini suçlamalarının önüne geçmektedirler (Artan, 2020:77). Güçlendirme yaklaşımın da bireye yardım odak noktasıdır. Bu uygulama da amaç bireylerin kendi yaşamları üzerinde daha fazla söz hakkı bulması ve bağımsızlaşmaları için gerekli tüm kaynakları harekete geçirip yardım etmektir (Thompson, 2016: 44). İhtiyacı olan insanlara yardım etmek, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde işlevsellik kazandırmak, ihtiyaç duyulan gücü ve desteği sağlamak sosyal hizmetin temel felsefesinde yer almaktadır (Apak, 2018: 402).

Güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde sosyal hizmet müdahalesinde bulunurken bireylerin toplumsal düzen içinde bireysel ya da bireylerarası ilişkilerinde sağlam ve güçlü olmalarına olanak sağlayarak, onları negatif olarak etkileyen kurumlar, uygulamalar ve sosyal tutumları ortadan kaldırmak hedeflenmektedir(Duyan,2019:180). Güçlendirme de amaç bireyi güçsüzleştiren duygu ve düşünceleri etkisiz hale getirmek, böylelikle var olan iç motivasyonu ve gücü belirginleştirerek bireyin var olan sorununa çözümü yine kendinde ve kendi motivasyonlarında bularak kendi kaderini belirlemesine olanak sağlamaktır (Erbay, 2019: 48).

Sosyal hizmet uzmanı güçlendirme uygularken bireyin sorunlarla baş etme mekanizmasını geliştirmeyi hedeflemektedir. Birey hali hazırda sorunlarını çözebilecek güce sahip olduğu ancak bunun farkında olmadığı, farkında olsa bile bunu nasıl harekete geçireceğini bilemeyen konumundadır. Sosyal hizmet uzmanları güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde uygulama yapıp bireyin güçlerini ortaya çıkardıkları zaman sadece o soruna özgü bir çözüm getirmiş olmaz aynı zamanda bireyin sorun çözme mekanizmasını güçlendirerek bireyi ileride karşılaşılabileceği sorunlara karşı güçlendirmiş olmaktadır.

Kendi özünde var olan bilgi ve becerilerin yardımıyla güçlendirilen birey, bu bilgi ve becerileri ileride karşılaştacağı muhtemel sıkıntı ve problemlere karşı tekrar kullanıp kendi sosyal işlevselliğini yardım almadan gerçekleştirebilmektedir (Altıntop, 2018: 24). Güçlendirmenin hem şimdi hem de gelecekte ortaya çıkması muhtemel problemleri kapsaması bu yaklaşımı sosyal hizmet uygulaması için hem araç hem de amaç haline getirmektedir (Özkan ve Yaşar, 2011: 155).

Güçlendirme yaklaşımına ihtiyaç duyan bireyler genellikle sosyal işlevselliği tıkanan ve toplumla yaşamını devam ettirmekte güçlük yaşayan bireylerdir. Bireyler yaşamlarının belli dönemlerin de problemlerini çözmekte gerekli kaynaklara sahip olamadıkları olsa bile bu kaynakları sorunlarının doğru çözümü için gerekli yöne kanalize edemedikleri durumlarda güçlendirme yaklaşımına ihtiyaç duyulmaktadır (Altıntop, 2018: 24). Günlük hayatta bireylerin çoğu karşılaştıkları problemleri çözmede beceriklidirler. Bireylerin içinde yaşadıkları çevre, bu çevrede ki sosyal destek ağları çoğu zaman birey farkında olmadan bu bireyleri güçlendiren ve destekleyen roldedir. Bu nedenle toplumsal düzene baktığımızda bireylerin sosyal destek sistemleri görünmez güçlendirme uygulayıcılarıdır. Ancak bu destekler çoğunlukla basit düzeyde kalmakta, günlük problemler ve çıkmazlarla ilgili güçlendirmelerdir. Bireyin sorununun boyutu arttıkça profesyonel düzeyde destek ve güç alma isteği de artmaktadır.

Thompson (2016: 50)'a göre Bireylerin profesyonel düzeyde yardım almalarına neden olan problemler aşağıdaki başlıklar halinde sıralanmaktadır.

- **Düşük Benlik Saygısı:** Bireylerin kendileriyle ilgili güven ve inançlarıyla ilgili olumsuz kök inançlarının bulunması, sorunlarla baş edemeyeceğini düşünmesi ve kendine olan inancını ve saygısını kaybetmesi olarak açıklanabilmektedir.
- **Anksiyete:** Güçlendirmeye ihtiyaç duyan bireylerin çoğu ileri derecede Anksiyeteye neden olan durumlarla boğuşmaktadırlar. Yaşanılan bu yüksek anksiyete durumu bireyin sorunlarla baş etmesi için kullanacağı mekanizmaları görmesini ve kullanmasını engelleyici bir faktör olmaktadır.
- **Çatışma:** Çatışma içeren durumlarla karşılaşan bireyler karar verme mekanizmalarını doğru kullanamamakta ve bu nedenle güçlendirmeye ihtiyaç duymaktadır.
- **Acı Çekmek:** Yaşanılan acının boyutu ve zamanı, bireyin bu acıya hazır olup olmama durumu bireyin acıyla karşılaştığı anda güçlerini kullanıp

kullanamayacağına neden olan, böylelikle sorunu bireyin mi çözeceğine yoksa profesyonel desteğe ihtiyaç mı duyacağını belirleyen durumdur.

- **Borç İçinde Yaşamak:** Borç sahibi olmak bireye kendini yetersiz ve başarısız hissettiren bir durumdur. Bireyler bu yetersizlik duygusu içindeyken çoğu zaman güçlerinin farkında değildirler ve bu güçleri aktive etmekte güçlükler yaşarlar.
- **Ruh Sağlığı Sorunları:** Bireylerin geçmiş ya da hali hazırda var olan ruh sağlığı sorunları kendi beceri ve kaynaklarını görmelerini güçleştiren durumlardır.

Sosyal çalışmacılar sorunla karşılaşan, bunu çözmede güçlük çeken bireyleri destekleyen, başarılı ve güçlü oldukları yönlerini vurgulayan aynı zaman da bunları yaparken bireyi değişimin baş unsuru haline getirip ona sorumluluklar veren, bireyi pasif ve işlevsiz olarak görmeyip aksine aktif ve çözümün parçası haline getirmeyi amaçlayan profesyonellerle elemanlardır (Erbay, 2019: 43).

2.7. Alzheimer Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerine Güçlendirme Müdahalesi

Güçlendirme uygulanması kolay, çoğu danışanda ve durumda kullanılabilen çok yönlü bir yaklaşımdır. Uygulanmasının kolay olması her durumda ve her kişide aynı şekilde uygulanacağı anlamına gelmemektedir. Doğru ve başarılı bir uygulama için Sosyal Hizmet Uzmanları çalışma esnasında uygulanacak yolu; danışanın çevresel faktörleri, kişilik Özellikleri, sosyo ekonomik şartlarına göre belirlemektedir (Sheafor ve Horejsi, 2012: 423). Güçlendirme perspektifinde uygulama yapan sosyal hizmet uzmanları danışanın biyopsikososyal özelliklerini, günlük yaşamdaki motivasyonlarını, kişilerarası ilişkilerinin nasıl olduğunu, ağırlıklı olarak hangi baş etme mekanizmasını kullandığını, yeterliliklerini, yetersizliklerini bilmeli ve buna uygun bir güçlendirme planı hazırlamalıdır (Şahin, 2011: 4).

Alzheimer hastası bireye ev ortamında bakım verecek aile üyelerinin bakım verme sürecinde zorlanmamaları, hastalığı tanımaları, evrelerini bilmeleri, hazırlıklı olmaları ve sorunlarla ilgili çözümleri karşılaşmadan üretebilmeleri amacıyla bu aile üyelerine güçlendirmenin ilk aşaması olarak hastalıkla ilgili bilgi ve eğitim verilmesidir. Yaşlı bireylere ev ortamında İnformel bakım veren aile bireylerinin yaşlılığın gelişim evreleri, yaşlının biyopsikososyal ihtiyaçları ve yaşlı bakımının gereklilikleriyle ilgili devamlı bir eğitim sürecinde olmaları gerekmektedir (Bayoğlu, 2011: 132). Bakım yükünü üslenen

aile üyelerinin eğitim sürecinden geçmesi hem bakım yükünü üstlenen aile üyesinin(çoğunlukla ailenin kadın üyesi) hem de aile sistemi içerisindeki diğer bireylerin rol ve sorumluluklarının yeniden belirlenerek bakım yükünün tek bir üyede yoğunlaşmasının önüne geçilmesi sağlanmalıdır.

Bireylerin hastalığı öğrendikleri an kriz anıdır. Bu kriz durumu hem teşhis sahibi yaşlı birey hem de aile üyelerinin yaşadığı bir durumdur. Hastalığın öğrenilmesiyle ilk evre şaşkınlık ve şok evresidir. Bireyler bu evrede olayları ve söylenenleri anlamlandıramazlar. Sonra kriz durumu ikinci evre olan inkâr evresine geçer. Birey ve ailesi bu evrede hastalığı inkâr ederler ve çoğunlukla yanlış teşhis konulduğuna kendilerini ikna ederler. Bu an Sosyal hizmet uzmanı tarafından doğru kontrol edilebilir ve hızlıca müdahale aşamasına geçilebilirse kriz akut dönemdeyken bitirilebilir. Bireyler kriz durumunda oldukları zamanlarda başka birinin etki ve yönlendirmesine her zamankinden daha fazla açık olmakta ve özellikle bu zamanlar da verilecek danışmanlık hizmeti her zamankinden daha etkili ve hızlı sonuç doğurmaktadır (Thompson, 2016: 55). Kriz anında müdahale kısa vadede olumlu sonuçlar doğurmakta ancak uzun vadede doğabilecek sorunların çözümü için yeterli olmamaktadır. Uzun vadeli çözümler için güçlendirme uygulamasının yapılması gerekmektedir. Alzheimer hastalarının bakımını yapan bireylerle çalışma yürüten sosyal hizmet uzmanları bu bireylerin bakım sürecinde karşılaştıkları ya da uzun vadede karşılaşılabilecekleri problemleri belirler ve bu bireylerin sosyal işlevselliklerini artırıp, güçlendirerek bu bireylerin sorun çözme kapasitelerini geliştirmeyi hedeflerler (Birinci, 2020: 105).

Yaşadığı sorunla baş etme de sorun yaşayan, kendini suçlayan ve kendi benliği ve kişiliğiyle ilgili olumsuz algı ve düşünceleri olan bireylere güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde hizmet verilmesi gerekmektedir (Duyan, 2019: 180). Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren ve bu bakım esnasında kendini bakım konusunda yetersiz, suçlu, sorumlu, başarısız, umutsuz hisseden ve bu duygularla baş etme de sorunlar yaşayan bireylerle uygulama yapılırken güçlendirme uygulaması yapılmalıdır. Geriatrik alanda çalışma yürüten sosyal Hizmet uzmanının öncelikli sorumluluğu Alzheimer hastası yaşlının ve bakımını üstlenen aile bireylerinin hastalık ve hastalıkla ilgili geç kalmışlıkları, geçmişten ziyade bugünde kalmayı sağlamaları, ilişkilerinin daha sağlıklı hale gelmesi ve böylelikle hayat kalitelerini artırarak bu sürecin bireylerde bıraktığı izleri minimize etmektir (Birinci, 2020: 107).

Güçlendirmenin uygulanmasının kilit noktalarından biri de müracaatçının hikâyesidir. Thompson (2016: 52) göre bireylere yardım edilebilmesi için hikâyelerinin iyi analiz edilmesi, hangi kişisel özelliklerinin olduğu, güçlü-güçsüz yanlarının neler olduğu, sosyal destek ağlarının nasıl örüldüğü vb. gibi ayrıntılar bireylerle yapılan görüşmeler ve bu görüşmede bireylerin anlattıklarıyla ulaşılacak sonuçlardır. Bireyin kendini ifade etmesi ve kendiyle ilgili durumlar hakkında fikir beyan etmesi, dinleyici- anlatıcı ilişkisinin dinamik bir yapıya sahip olması gerekmektedir. Bireylere söz hakkı verilmesi, kendini ifade etmesi, sorunun çözümüyle ilgili önerilerinden bahsetmesine olanak sağlanmalıdır. Güçlendirme yaklaşımı esnasında birey diğer uygulamalarda olduğu gibi edilgen, pasif, etkisiz bir konumda değil aksine etken ve çözümün başkahramanı konumundadır (Erbay, 2019: 58). Bireylere söz hakkı verilmeyerek, onun istek ve duyguları göz ardı edilerek tek taraflı bir çözüm yolu benimsenmek güçlendirmenin doğasına aykırıdır. Sosyal hizmet uzmanları güçlendirme yaklaşımını uygularken bireyin kendi kararını vererek kaderini tayin etme hakkı doğrultusunda yönlendirmelerde bulunur. Güçlendirme de esas olan müracaatçıyı dinlemek, dinledikten sonra müracaatçı hakkında bir profil çıkarmaktır (Thompson, 2016:53).

Güçlendirme yaklaşımında ön plana çıkan ilkeler Miley Q'melia ve Dubois 'a göre (1998, akt. Duyan, 2011: 23) şunlardır.

- “Müracaatçının güçlü yanının olduğunu kabul etmek
- Müracaatçının motivasyonu'nun ve güçlü yanlarının beslenmesi ve desteklenmesi önemlidir.
- SHU müracaatçı ile işbirliğine dayalı bir ilişki kurmalıdır
- Her Çevre kullanılabilir kaynaklar barındırır.”

Güçlendirme yaklaşımında asıl konu bireyin yapamadıkları değil yapabildikleridir. Kendini güçsüz, başarısız ve işlevsiz hisseden bireyler güçlendirme yaklaşımıyla bu olumsuz duygu ve düşüncelerden sıyrılmaktadır. Olumsuz düşüncelerden kurtulan müracaatçılar güçlendirmeye güç ve başarılarını gördükçe kendileriyle ilgili düşünce kalıplarını sorgulayıp gözden geçirdikten sonra bakış açıları değişmekte böylelikle olumsuz duygu ve düşünce kalıplarından kurtularak kendi kapasitelerinin farkına varmaktadırlar (Duyan, 2019:180). Sosyal hizmet uzmanlarının güçlendirme yaklaşımını uygularken yapmaları gerekenler; bireyin güç ve kaynaklarını belirlemek, kullanılabilir çevresel faktörleri ortaya çıkarmak, müracaatçıyı desteklemek, motive

etmek, cesaret vermektir (Şahin, 2011:3). Sosyal hizmet uzmanları için önemli olan problem değil o problemin bireyin hangi güç ve motivasyonlarını kullanarak o çıkış kapısını bulabileceğidir. Sadece problemle ilgilenmek bireyi pasif konuma getirerek güçsüz kılmakta ve çözüm yolu bulmasını güçleştirmektedir (Çoban, 2011:118). Thomson (2016:43)'a göre güçlendirme sadece uzmanın ya da tek başına müracaatçının yapabileceği bir uygulama değil hem müracaatçının hem de danışanın aktif olduğu ve işbirliği içinde yürüttüğü bir süreçtir.

Güçlendirme yaklaşımında önemli dinamiklerden birisi de bakım veren aile üyelerinin sosyal destek ağlarıdır. Sosyal destek ağları (komşu, akraba, eş, aile vb.) gibi sosyal destek sistemlerinin destekleri önemlidir ancak tek başına yeterli değildir. Alzheimer hastalığını tanımayan ve kendini neyin beklediğini kestiremeyen hasta ve hastayakınları, kulaktan dolma bilgilerle korkuya kapılmakta ve beraberinde de umutsuzluk içerisine girmektedirler. Sosyal hizmet uzmanları güçlendirilmesi gerektiğini düşündüğü bireylerle çalışırken danışmanlık verme, gerekli kaynaklara erişimin sağlanması ve kaynakların bu bireylere en doğru şekilde aktarımı rollerini üstlenmektedirler (Çoban, 2011:119). Alzheimer hastalığına sahip hasta bireylerin bakımı üstlenen başka ailelerle destek toplantılarının yapılması, yaşanan zorlukların konuşulması ve benzer sorunlara diğer aile bireylerinin nasıl çözümler getirdiği bilgisinin edinilmesi, erken evre de olan vekendisini neyin beklediğini bilmeyen aile üyelerinin hastalığın ilerleyen evrelerinde olan aile üyelerinden bilgi ve destek alması vb. gibi sonuçların alınması ve böylelikle bu bireylerin birbirini güçlendirmesi sağlanmalıdır (Arkan, 2011:45).

Sheafor ve Horejsi' a göre (2003:416-418 akt. Erbay, 2019: 54) Sosyal hizmet uzmanları için başarılı bir güçlendirme uygulamasının öğelerini şu şekilde ifade etmiştir.

- Sosyal hizmet uzmanı, insanların birlikte çalışarak değişebileceklerine ve arzu edilen sosyal ve politik değişimi yaratabileceklerine inanmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının yaşamı ve içinde bulunduğu durum hakkında tek uzman olduğunu kabul etmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanı, özgüven ve özsaygı geliştirmesi için müracaatçıya yardım etmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanı, karar alma yönünde destekleyerek ve buna izin vererek müracaatçının kişisel gücü yaşamasına olanak vermelidir.

- Sosyal hizmet uzmanı, yaşadığı güçsüzlük duygusuna katkıda bulunan faktörleri anlaması için müracaatçıya yardım etmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanı, kendisine etki edecek insanları, organizasyonları ve sistemleri anlamasına yardım edecek öğrenme fırsatlarını araştırması için müracaatçıyı cesaretlendirmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanı, kendi durumunu düzeltmek için kullanabileceği potansiyel güç kaynaklarını belirlemesi için müracaatçıya yardım etmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanı, müracaatçı yardımsız olmadığını ve güce sahip olduğunu hissettiğinde; arzu edilen değişime ulaşmak için var olan gücü planlı ve disiplinli bir şekilde kullanma yönünde onu desteklemelidir.
- Sosyal hizmet uzmanı, güçlendirmenin her türlü ortamda tüm müracaatçılar için kullanılabilir olduğunu bilmelidir.”

Saleebey (1997) güçler perspektifinin temeli olarak aşağıda sıralanan beş ilkeyi ve müracaatçıların kendi becerilerini kullanabilmeleri için sosyal hizmet uzmanlarının yerine getirmesi gereken beş görevi önermektedir. (akt. Duyan, 2019:184)

1. Her bir birey, grup, aile ve toplumun güçleri vardır.
2. Travma ve istismar, hastalık ve bunlarla mücadele etme örseleyicidir, ancak bunlar birer meydan okuma ve fırsat kaynağı da olabilir
3. Büyüme ve değişme kapasitesinin üst sınırlarını bilmediğinizi varsayın ve bireylerin, grupların ve toplumun emellerini ciddi bir şekilde dikkate alın.
4. Müracaatçılara en iyi hizmet, onlarla işbirliği Yapılarak verilebilir.
5. Her Çevre kaynaklarla doludur.

3. ARAŞTIRMAYA AİT METODOLOJİK BİLGİLER

3.1. Araştırmanın Sorunsalı

Kronik hastalığa sahip bireylerin bakımını üstlenen aile bireylerinin bakım sürecinde en az hasta birey kadar yıprandığı bilinen bir gerçektir. Bu çalışma ile kronik bir hastalık olan ve genellikle yaşlı bireylerde görülen alzheimer hastalığına sahip bireylerin bakımını üstlenen aile bireylerinin hastalığın öğrenilmesiyle başlayan ve sonraki süreçlerde devam eden sorunların belirlenmesi ve bu sorunlara sosyal hizmetin nasıl çözümler üretebileceğiyle ilgili sonuçlara ulaşmak hedeflenmiştir. Alzheimer hastalarının bakımını üstlenen aile bireylerinin yaşadıkları güçlükler, tükenmişlik, rol karmaşaları ve sosyal desteğin azalıp bireylerde anksiyete, depresyon ve yalnızlık gibi durumlar ortaya çıkabilmekte ve bireyler bu problemlerle baş etmede kendilerini güçsüz hissedebilmektedirler. Gerekli literatür incelendiğinde genellikle hasta birey ve onun hastalık sonrası sorunları ve psikolojisi üzerinde çalışmalar yapılmış olup sosyal hizmet literatüründe Alzheimer hastalarının bakımını üstlenen aile bireylerinin yaşadıkları güçlükler, bu bireylerin bu süreçte alabileceği sosyal hizmet desteğinin varlığı ve bu desteğin sosyal hizmetin bilgi temelinde hangi kuram ve yaklaşımla yapılabileceği ile ilgili bir boşluk bulunmuş olup literatürde ki bu boşluk doldurulmak istenmiştir.

Ele alınan bu çalışmada Alzheimer hastası yaşlı bireyin ev ortamında bakımını yapan aile üyelerinin yaşadığı güçlükler irdelenecek olup, bu güçlüklerle sosyal hizmet disiplinin hangi kuram ve yaklaşım çerçevesinde nasıl çözümler üretebileceği üzerinde durulmaktadır. Çalışmanın genel bütünlüğüne bakıldığında aşağıdaki sorunlara yönelik yanıtlar aranması hedeflenmiştir:

- viii. Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren aile üyelerinin karşılaştığı sorunlar nelerdir?
- ix. Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren aile üyeleri bir sorunla karşılaştıkları zaman ne tür çözüm yolları üretmektedirler? Hangi baş etme mekanizmalarını kullanmaktadırlar?
- x. Alzheimer hastasına bakım veren aile üyelerinin sosyal işlevselliklerinin artması ve toplumla daha uyumlu hale gelebilmesi adına sosyal hizmete düşen görevler nelerdir?

- xi. Hastaya bakım veren bireyler verilen sosyal hizmetleri yeterli görüyorlar mı ve sosyal hizmetlerden beklentileri neler?
- xii. Alzheimer hastası bir yaşlının evde bulunması aile sistemini nasıl etkilemektedir?
- xiii. Alzheimer hastası yaşlıyı aile üyeleri neden herhangi bir kurum bakımına vermeyi reddedip evde bakmak istemektedir?
- xiv. Bakım görevi evdeki bireylere eşit olarak mı dağılmaktadır?

3.2.Araştırmanın Önemi

Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanmakta ve yaşlılık dönemiyle ilgili sorunlar artmaktadır. Yaşlılık psikolojik, biyolojik ve ekonomik sorunları küresel bir sorun haline gelmiştir. Yaşlılık döneminde karşılaşılan en önemli sorundan biri de yaşlının bakım sorunudur. Yaşlıya nerde, nasıl ve kim tarafından bakılacağı büyük bir sorun haline gelmiştir. Hele ki bu yaşlıların kronik bir hastalığı var ise bu sorun daha derin bir hale gelmektedir. Yaşlının hem psikolojik hem biyolojik hem de ekonomik yönden destekleyebilecek en önemli ve en güçlü kurum aile kurumudur. Ülkemizde çoğunlukla yaşlı ve kronik hastalığı olan bireyler için kurum bakımı çoğu zaman bir alternatif olarak görülmemekte ya da en son çare olarak görülmektedir. Yaşlı nüfusa bakabilecek böyle bir kurumun varlığı hem devletin maddi yükünü hafifletmekte hem de yaşlı bireyin daha başarılı bir yaşlılık geçirmesine neden olmaktadır. Alzheimer hastası yaşlıya ev ortamında bakım verilmesi hasta açısından olumlu sonuçlar doğururken hastaya bakan bakıcı birey için bu durum tam tersidir. Bakıcı bireyler bakım sürecinde hastalığın ilerlemesi ve bakım yükünün artması sonucunda çeşitli ruhsal ve fiziksel sorunlar yaşamaktadırlar. Hastaya bakım vermek bireyleri tüketmekte ve herhangi bir sorunla karşılaştıkları zaman hangi baş etme mekanizmasını nasıl kullanacaklarını bilememekte ve kendilerini güçsüz hissetmektedirler.

Bu bağlam çerçevesinde çalışma: Ev ortamında Alzheimer hastası yaşlıya evde bakım veren ve bu bakımı verirken kendini tükenmiş, çaresiz, değersiz, hapsolmuş hisseden ve karşılaştığı hiçbir sorunu çözebilecek gücü kendinde bulamayan aile bireylerinin güçlendirilmesi ve sosyal işlevsellik kazanarak baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi adına büyük önem taşımaktadır.

3.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile Alzheimer hastası bireye sahip olan ve bu hastaların bakımını ev ortamında sağlayan bireylerin sorunlarını sosyal, ekonomik, psikolojik ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçları sosyal hizmet uygulamasında nasıl karşılanacağıyla ilgili sorunun cevabını vermek amaçlanmaktadır. Bu araştırma sosyal hizmetin temel yaklaşımlarından biri olan güçlendirme yaklaşımı ile bu bakım yükünü üstlenen aile üyelerinin yaşadıkları problemlerle nasıl başa çıkabileceklerine dair çözümler üretmek amaçlanmaktadır.

3.4. Araştırmanın Yöntemi

“Alzheimer Hastalarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Diyarbakır İli Örneği” başlığıyla hazırlanan bu çalışma Alzheimer hastası yaşlı bireye bakım veren aile üyelerinin karşılaştıkları sorunların neler olduğu ve bu sorunlara sosyal hizmet disiplininin hangi kuram ve yaklaşım çerçevesinde çözüm getirebileceğini belirlemek amacıyla ele alınmıştır.

Araştırma Diyarbakır ilinde yaşayan ve ev ortamında Alzheimer hastası yaşlı bireye bakım veren aile üleriyle görüşmelerin bir kısmı yüz yüze bir kısmı çevrimiçi yöntemler aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamında literatür taranmış, ilgili çalışmalar incelenmiş ve araştırmanın sorunları belirlenmiştir. Araştırmanın problemi belirlendikten sonra problemi ortaya çıkarabilecek soruların belirlenmesi ve çalışmanın daha nitelikli olabilmesi adına mülakat soruları detaylandırılarak oluşturulmuştur.

Mülakat sorularının hazırlanmasında; aile içi ilişkileri, bu ilişkilerin bakım yükünü nasıl etkilediğini ve bakıcı bireylerin hangi sorunlara karşı güçsüz hissettiklerini belirlemek adına 5 çeşit soru grubu hazırlanmıştır.

- i. *Demografik Bilgiler*
- ii. *Eğitim - Öğretim*
- iii. *Hastalık Algısı*
- iv. *Tükenmişlik Algısı*
- v. *Problemler ve Çözüm Önerileri*

Araştırma verilerinin daha verimli ve sağlıklı olması amacıyla nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Bu bağlamda Diyarbakır ilinde ikamet eden ve Alzheimer

hastası yaşı bireylere bakan aile üyelerine ulaşılmış ve bu kişilere hazırlanan derinlemesine görüşme soruları sorulmuştur. Sorular açık uçlu ve yarım-tam yapılandırılmış şeklinde hazırlanmıştır. Bu çerçevede 20 katılımcıya derinlemesine görüşme soruları yöneltilmiş, cevaplar kayıt altına alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ele alınan bu çalışmanın evreni Diyarbakır'dır. Araştırma kapsamında kartopu araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntem çerçevesinde kişilere Alzheimer hastası yaşlıya sahip ailelerin destek amaçlı kurdukları sosyal medya gruplarından ulaşılmıştır. Bu kişilerin bir kısmı ile yüz yüze görüşmeler yapılırken bir kısmıyla da online olarak görüşmeler yapılmış ve bu görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Bu görüşmeler ortalama 20-40 dk arası gerçekleştirilmiştir.

Nitel araştırma kapsamında Diyarbakır' da ikamet eden ve ev ortamında Alzheimer hastası yaşlı bireylere bakım veren 20 kadın ile görüşmeler yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Görüşme yapılan kişiler hasta bireye bakım verdiklerinden ve yalnız bırakamadıklarından dolayı görüşmeler istenilen uzunlukta ve derinlikte olamayışı araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Görüşmecilerin tamamının kadın olması ve erkek görüşmecilere ulaşılamaması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Covid-19 Salgını nedeniyle görüşmecilerin büyük bir kısmının görüşmelerin yüz yüze olmasını reddetmesi ve online yöntemlerle görüşmeyi kabul etmesi araştırmanın sınırlılıklarındadır.

Çalışmanın ilk halinde görüşmecilere ulaşma yöntemi olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Diyarbakır il müdürlüğüne bağlı olan engelli ve yaşlı birimlerince ulaşılması hedeflenmiş ancak yapılan izin görüşmelerinde bu talebin reddi cevabı alınmıştır. Bu red cevabı nedeniyle yöntem değişikliğine gidilmiş ve kişilere bakanlık aracılığıyla değil sosyal medya grupları üzerinden ulaşım sağlanmış olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR VE YORUM

Bulgular ve yorum başlığı altında yapılan saha araştırması ile ilgili veriler analiz edilmiş ve bu analizler yorumlanmıştır. Bu bölümdeki başlıklar; katılımcıların cinsiyet dağılımları, yaş dağılımları, medeni durumları, eğitim durumları, çalışma durumları, bakım verme süreleri, aile türleri ile ilgili sosyo demografik bilgilere yer verilmiştir. Hastalık süreci, hastalığın fark edilmesi, hastalık öncesi ve sonrası dönem, bakım vermeyizorlaştıran durumlar, bakım süreci ve ekonomik sorunlar, bakım ve destek alınan kurumlar, bakım yükü ve tükenmişlik, bakım süreci ve sosyal destek beklentileri, bakım ve aile ile ilgili bulgular ve sosyal hizmetlerden beklentiler ile ilgili bölümlerden oluşmaktadır.

4.1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu çalışmada örneklem olarak Diyarbakır ili seçilmiş olup, katılımcılarla derinlemesine mülakat yöntemi kullanılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında ulaşılan görüşmecilerin farklı sosyo ekonomik gelir ve yaşam tarzına sahip olmasına araştırmanın çeşitliliği yansıtması adına dikkat edilmiştir. Bu başlık altında görüşmecilerin cinsiyet, yaş, eğitim, hastayla yakınlık derecesi, medeni durumu, çalışma, aylık gelir, aile türü ve hastaya bakım süreleriyle ilgili bulgulara yer verilmiştir.

4.1.1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımları

Araştırma kapsamında 20 kişiyle görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan kişilerin 20'sinin de cinsiyeti kadındır. Erkek görüşmecilere ulaşılamamıştır. Tablo 3'de katılımcıların cinsiyete göre dağılımları ve yüzdelik oranları verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	20	% 100
Erkek	0	% 0
Toplam	20	% 100

Tablo 3. Yüzdelik olarak incelendiğinde katılımcıların % 100 kadın olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak toplumda var olan evde bakılacak bir aile üyesi varsabuna evin kadın bireyleri tarafından bakılır algısı olduğu düşünülmektedir.

4.1.2. Katılımcıların Yaş Dağılımları

Çalışma Kapsamında bütün yaş gruplarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Böylelikle verilen cevapların tekrarlayıcı, benzer cevaplar olmasının ve araştırmanın güvenilirliğini azaltmasının önüne geçilmek istenmiştir.

Tablo 4’de katılımcıların yaş aralıklarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Yaş dağılımları

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde %
25-30	5	% 25
31-35	2	% 10
36-40	6	% 30
41-45	2	% 10
46 veya üzeri	5	% 25
Toplam	20	% 100

Tablo 4 ‘e bakıldığında, en yüksek katılımcı oranının % 30 ile 36-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Akabinde 31-35 ve 36-40 yaş aralığındaki katılımcıların ise toplam katılımcıların % 40’nı oluşturdukları belirlenmiştir. 41-45 ile 46 veya üzeri yaş aralığındaki katılımcıların ise toplam katılımcıların % 25’ini teşkil ettiği saptanmıştır.

4.1.3. Katılımcıların Hastayla Yakınlık Dereceleri

Araştırmanın kapsamında evde bakım veren aile üyesinin genellikle kadın olduğu ve hastayla akrabalık ilişkisi var olan bireyler olduğu görülmüştür. Ailenin bu kadın üyelerinin yaşlının kızı, gelini, torunu olduğu görülmüştür. Hastalığın çoğunlukla 65 yaş ve sonrasında ortaya çıkması ve bu yaş aralığında ki çiftlerin her ikisinde de bir kronik hastalığın var oluşu, güç kaybı olması veya çiftlerden birinin vefat etmiş olması gibi faktörlerin bakımı eşlerin yapamamasına neden olduğunu göstermiştir.

Tablo 5 ‘de görüşmecilerin hastayla yakınlık derecelerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Hastayla Yakınlık Dereceleri

Yakınlık Derecesi	Sayı	Yüzde %
Kızı	9	% 45
Gelini	8	% 40
Torunu	3	% 15
Eşi	0	% 0
Toplam	20	% 100

Tablo 5 ‘ e bakıldığında en yüksek katılımcı oranının % 45 ile hastanın kızı olduğu görülmektedir. Bununla birlikte ikinci sırada % 40 ile hastaların gelinleri olduğu belirlenmiştir. Üçüncü sırada ise % 15 ile hasta bireylerin torunları gelmektedir

4.1.4. Katılımcıların Eğitim Durumu

Araştırma sonucunda bakım veren kişilerle yapılan görüşmelerde her eğitim seviyesine sahip görüşmecilere ulaşılmıştır.

Tablo 6‘da görüşmecilerin eğitim durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Durumu

Eğitim Seviyesi	Sayı	Yüzde %
Okuryazar değil	6	% 30
Okuryazar	2	% 10
İlköğretim mezunu	3	% 15
Ortaöğretim mezunu	5	% 25
Yüksek Öğretim mezunu	4	% 20
Toplam	20	% 100

Tablo 6 ‘da görülmekte olduğu üzere en yüksek katılımcı oranı % 30 la okuryazar olmayan kişilerdir. Bu durumu %25 ile ortaöğretim mezunu olan kişiler takip ederken, üçüncü sırada % 20’ lik bir oranla yükseköğretim mezunları olduğu görülmektedir. Okuryazar ve ilköğretim seviyesinde eğitim seviyesine sahip olan bireylerin oranı ise tüm görüşmeciler içinde % 25 ‘dir.

4.1.5. Katılımcıların Çalışma Durumu

Araştırma kapsamında 20 kadın ile görüşme yapılmıştır. Yapılan görüşmelerde bireylerin çok büyük bir kısmının ev işleri, ailevi sorumlulukları ve hastanın tüm gün bakımı ile ilgilenmeleri nedeniyle çalışmadıkları görülmüştür.

Tablo 7’de Görüşmecilerin çalışma durumlarına göre dağılımları verilmiştir

Tablo 6. Katılımcıların Çalışma Durumu

Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde %
Çalışıyor	1	%5
Çalışmıyor	19	%95
Toplam	20	%100

Tablo 7’de görüldüğü üzere katılımcıları % 95 ‘i herhangi bir işte çalışmamaktadır.

4.1.6. Katılımcıların Aylık Gelir Durumu

Araştırma kapsamında katılımcıların çoğunluğunun aylık gelir durumlarının aylık giderlerine eşit olduğu görülmüştür. Hastalığın ilerleyen seviyesinde resmi kurumlarca yapılan ayni ve nakdi yardımların çıkan sonuçları bu şekilde etkilediği düşünülmektedir.

Tablo 8’de Görüşmecilerin aylık gelir durumlarına göre dağılımları verilmiştir

Tablo 7. Katılımcıların Aylık Gelir Durumları

Aylık Gelir Durumu	Sayı	Yüzde%
Gelir Giderden az	6	%30
Gelir Gidere Eşit	14	%70
Gelir Giderden Fazla	0	%0
Toplam	20	%100

Tablo 8 ‘de görüldüğü üzere katılımcıların %70 ‘i aylık gelirlerinin giderleriyle eşit olduğunu ve hastalık nedeniyle ekonomik sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %30’u ise gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirtmişlerdir.

4.1.7. Katılımcıların Aile Türü

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde bakım veren kişilerin aile yapılarıyla ilgili bilgiler tespit edilmiştir.

Tablo 9’da Görüşmecilerin aile türlerine göre dağılımları verilmiştir

Tablo 8. Katılımcıların Aile Türü

Aile Türü	Sayı	Yüzde %
Çekirdek Aile	8	%40
Geniş Aile	12	%60
Toplam	20	% 100

Tablo 9’da görüldüğü üzere katılımcıların %60’ı geniş ailede yaşadıklarını belirtirken %40 ise çekirdek aile de yaşadıklarını ifade etmiştir.

4.1.8. Katılımcıların Bakım Verme Süreleri

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde Alzheimer hastası yaşlıya bakım verilen sürenin aralığıyla ilgili sayılar ve yüzdelik oranlar verilmiştir.

Tablo 10’da Görüşmecilerin Hastaya Bakım Verme Sürelerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Hastaya Bakım Verme Süreleri

Bakım verilen Süre	Sayı	Yüzde %
1 yıldan az	1	%5
1-3 yıl arası	6	%30
3-5 yıl arası	5	%25
5 yıl ve üstü	8	% 40
Toplam	20	% 100

Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %40’ı hastaya 5 yıl ve üzeri yıldır bakım verdiklerini belirtirken, yüzde %30’u 1-3 yıl arası süredir hastaya baktıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %25’i ise 3-5 yıl arası süredir baktıklarını belirtmiştir.

4.2. Hastalık Süreci İle İlgili Bulgular

Bu bölümde hastalığın yaşlı bireylerde hangi belirtiler göstererek ortaya çıktığı ve ailenin bunu nasıl fark ettiği sorusunun cevabı aranmış olup, teşhis sonrası verilentepkileri öğrenerek, hastalık öncesinde ve sonrasındaki süreçte bakıcı birey ve ailenin yaşamında meydana gelen değişiklikleri belirlemek amacıyla katılımcılarla yapılan görüşmeler bulunmaktadır.

4.2.1. Hastalığın Fark Edilmesi

Bu bölümde Hastalığın fark edilmesi ile ilgili bakım veren kişilere “ Bu hastalığı ilk olarak nasıl fark ettiniz ?” sorusu yöneltilerek hastalığın yaşlı bireylerde ilk hangi belirtilerle ortaya çıktığı ve ailenin bunu nasıl fark ettiğiyle ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Elde edilen verilere göre hastalık kişilerin davranışlarında anormallik, yeni bilgileri kaydedememe, halüsinasyon, cevabını aldığı şeyleri tekrar tekrar sorma gibi belirtilerle ortaya çıktığı ifade edilmiştir.

Alzheimer hastalığı ilk evrelerde her bireyde farklı seyreden bir hastalıktır. Ancak çoğunlukla ilk belirti unutkanlık ve yeni bilgilerin akılda tutulamamasıdır. Aşağıdaki katılımcıların ortak ifadesi hastalığı ilk fark ettiklerin durumların yaşının unutkanlıklarının başlaması ve yeni öğrendikleri bilgileri kaydedememesi şeklindedir.

(K6) Babam 60 yaşındayken belirtileri fark ettik. Eşyalarını nereye koyduğunu unutuyordu başlarda. Daha sonraları sorduğu ve cevabını aldığı soruları tekrar tekrar sormaya başladı. Başta çok önemsemedik yaşa bağlı unutkanlığı başladı herhalde dedik. Ancak bu belirtiler gün geçtikçe artmaya başladı. Duvarlara boş boş bakma evresine de geçince şüphelenip doktora gittik. Doktor tarafından da teşhis konuldu.

(K13) Duymadığını söyledi aslında duymama değil anlama, algı sonucu olduğu tespit edildi. Bu şekilde fark ettik. Daha sonra unutkanlıklar kendini göstermeye başladı. Bazen hiç kimseyi tanımazken bazen de çocukluk arkadaşlarını hatırladığı olurdu. İlk başlarda ne yalan söyleyeyim bana numara yapıyormuş gibi geldi ama boşuna günahını almışım.

(K1) Hastalığı ilk fark etmemiz git gide unutkan olması ve alakasız konuşmaya başlamasıyla oldu. Tabi konduramadığımız için ve aklımıza alzheimer gelmediği için önemsemedik. Ancak bu durum zaman geçtikçe arttı. ilk tanı resmi olarak hastanede konuldu. Geçirdiği bir epilepsi krizinin ardından nöroloji departmanının da beynine MR çekildiğinde anlaşıldı.

(K5) İlk başta unutmaya başladı bazı şeyler hiç aklına gelmiyordu ve daha sonra yaptığı şeyleri de yanlış yapmaya başladı. Öyle fark ettik.

(K12) Babam 89 yaşındayken bu hastalık kendini göstermeye başladı. İyice elden ayaktan düşmüştü yani enerjisi yoktu. Kendi ihtiyaçlarını görebilecek kadar enerjisi vardı. Uyku düzeni bozulmuştu geceleri uyumuyordu ama gün içinde de uykusunu alıyordu. Unutkanlıkları başlayınca ve huysuzluk yapınca hastaneye götürdüm. Orda doktorlar baktı ve babamın Alzheimer olabileceğini söylediler. Doktor bana bir süre sonra babamı tekrar hastaneye götürmemi söyledi. Tekrar gidince Alzheimer olduğunu söyledi.

(K3) İlk olarak bu hastalığı dedemin bizleri bir yerlere gönderip bizlerden bir şeyler istemesi daha sonra bizim onu yapmamızın sonucu bize kızıp bunu neden getirdiniz kim size dedi gidip de getirin demesi üzerine oldu. Unutkanlığını bu olaylar üzerine fark ettim. Ve bunun gibi olaylarda yaptığını ve söylediğini inkâr edince fark ettim ve doktora götürdüm.

Kişilerin zihninde zaman, mekân, kişi algılarının karışması çoğunlukla hastalık belirtilerindendir. Aşağıdaki katılımcılar fark ettikleri ilk belirti olarak yaşlı bireylerin çevrelerindeki insanları farklı kişilerle karıştırmaları olarak ifade etmişlerdir.

(K17) Kaynanamla beraber çay içerken, kaynanamın eşinden bahsetmesini istedim. O da bana “o benim eşim değil oğlum” dediğinde fark ettim. Tabi bu soruyu bir defa sorup bu kararı vermedim soruyu farklı zamanlarda yinelediğim de aynı cevabı veya buna yakın doğru olmayan cevapları aldığım da daha iyi anlamış oldum.

(K7) Babam şuan 71 yaşında ilk olarak iki sene önce fark ettim. Babam inşaat işçisi olarak ömrünü yaşamış ve yaşlılarına göre daha dinç ve zinde birisiydi. Bütün ihtiyaçlarını kendisi yapabiliyor ve ev işlerine bile yardım edebiliyordu. Bir gün babam bana annemin ismiyle seslendi benim dedim afalladı babam. Daha sonra bu afallamalar çoğaldı. Ben yaşlılık hali diye yorumluyordum. Uyku düzeni bozulup unutkanlığı artınca hastaneye götürdük. Hastanede doktor Alzheimer olduğunu söyledi.

Unutkanlıkların artması ve eski zihinsel keskinliğin bulunmayışı çoğu hastanın teşhis öncesinde depresyon yaşamasına neden olabilmektedir. Katılımcı ilk belirtilerin yaşlı hastanın depresyon belirtileri gösterip asosyal olması olarak belirtmiştir.

(K16) Babam bulmaca çözen, televizyon izleyen çok ilgili bir kişiydi ama birden bire bunların hiç birini yapmamaya başladı. Televizyon izlemekten zevk almıyordu. Sürekli uyukluyordu. Bulmaca götürüyordum çözmüyordu. Babamın hasta olduğunu ilk o zamanlar anladım. Ancak Alzheimer teşhisi hemen konmadı. Biz babamın ağır bir depresyon geçirdiğini düşündük önceleri ancak gittikçe beyni bulanıklaştı ve zaman mekân algısı kaybolmaya başlayınca nöroloji kliniğine gittik ve teşhis kondu.

Kişilerin geçmişte olmuş bir olayı bugünde yaşanmış gibi anlatarak zaman algısının kayboluşu hastalık belirtilerindendir. Katılımcı 9 ilk belirtiyi yaşının gün içerisinde yaşanmamış şeyleri yaşanmış gibi anlatması olarak belirtmiştir.

(K9) Kayınpederimin hafıza ile ilgili sorunları, unutkanlıkları ben evlendiğim günden beri vardı ancak teşhis konulmadan önce bu durum çok ağırlaştı. Olmamış şeyleri olmuş gibi anlatmaya başladı. Gün içerisinde yaptığı şeylerden bahsediyordu. Ancak biz tüm gün onunlaydık ve anlattığı hiçbir işi yapmamış hiçbir yere de gitmemişti. Bu olaydan sonra şüphelendik ve doktora gittik. Teşhis hastanede konuldu.

4.2.2. Hastalığın Öğrenilmesi ve İlk Tepkiler

Bu bölümde bakıcı bireylere “Alzheimer teşhisi ilk konulduğunda neler hissettiniz?” sorusu yöneltilmiş ve hastalık teşhisi ilk konulduğunda hissettikleri ve bunlarla nasıl başa çıktıkları ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. Hastaların çoğunluğu bu hastalığın ne olduğunu bilemediklerini bu nedenle ilk durumda bir şey hissetmediklerini

ancak doktor bilgilendirmesi ve internetten araştırmalar sonucu tedavisi olamayan bir hastalık olduğunu öğrendiklerini ve yıkıldıklarını belirtmişlerdir.

Hastalık teşhisinin konulduğu zaman dilimi bireylerin güçsüz hissettikleri, başa çıkmada yetersiz kaldıkları ve psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları akut bir kriz anıdır. Bu akut kriz anı iyi yönetilemez ve doğru baş etme mekanizmaları devreye sokulamaz ise krizin kronikleşmesi kaçınılmazdır. Bu süreçte Bireylerin kendi başına doğru güç ve motivasyon kaynaklarını bulmaları güçleşmektedir. Yeni teşhis konulmuş hasta yakınlarıyla sosyal hizmet uygulaması yapılırken bireylerin güç ve kaynaklarının iyianaliz edilmesi, ağırlıklı olarak kullandıkları savunma mekanizmalarının neler olduğu, geçmişte bu olaya benzer bir durumla karşılaştıklarında bununla nasıl baş ettikleri bilgisini edinmek bireylerin güçlendirilmesi ve krizin kronikleşmeden ortadan kaldırılması adına büyük öneme sahiptir. Aşağıdaki katılımcılar hastalık teşhisi ilk konulduğunda hastalık hakkında bilgi sahibi olunmamasından dolayı teşhis anında kötü hissetmediklerini ancak gerekli bilgi edindikten ve araştırma yaptıktan sonra çok üzüldüklerini, yıkılmış hissettiklerini ve geri dönüşü olmayan bir yola girdiklerini ifade etmişlerdir.

(K7) Alzheimer teşhisi konuğunda çok üzüldüm. Çünkü bu hastalığın belirtilerinin ne olduğunu hastaya nasıl etki ettiğini biliyordum. Neler yaşayacağımızı tahmin ediyordum. Bizim ne kadar zorluk çekeceğimizden değil babamın o hallere düşmesi kendini, her şeyi unutacak olması kötü hissetmemin nedeni oldu.

(K9) İlk duyduğumuzda çok ağladık. Doktor olacakları anlatınca ve kesin ilacının olmadığını söyleyince yıkıldık. Evde ki herkes evden cenaze çıkmış gibi hissetti. O günden sonra hayat hiç normale dönmedi. Duyduktan sonra kayınvalidem eşim ve eşimin diğer kardeşleri her gün kayınpederimle daha fazla zaman geçirebilmek için uğraştı. Ölecek birini uğurlar gibiydi.

K12) Alzheimer teşhisi konuğunda bu hastalıkla ilgili bir bilgim olmadığı için fazla korkmadım veya üzülmedim çünkü hastalığın ne olduğu veya neler getireceğini bilmiyordum. Doktorun birkaç ilaç verip göndereceğini düşündüm. Ama öyle değilmiş meğerse benim bütün hayatımı etkileyecek bir hastalıkımış. Gerçekleri öğrenince çok üzüldüm. Hem babam için hem kendim için çok üzüldüm. Çünkü ben genç yaşta dul kaldım ve uzun yıllar boyunca babamla beraber yaşadım o benim için bende onun için bu hayatta yoldaş olmuştuk.

K17) Kaynanamla anne kız gibiydik. Hastalığı normal bir hastalık zatennettim ilaç verince geçeceğini düşündüm. Ancak doktor hastalığın çözümü yok her geçen gün kötüleşecek en

son durumda da yemeden içmeden kesilecek ve ölecek deyince ağlamaya başladım. Yarım saat kadar durmadı doktorun yanındaki ağlayışım, kendimi toparlayamadım.

(K5) Biz daha önce görmemiştik bilmiyorduk hastalıkla ilgili herhangi bir bilgimiz yoktu. Böyle hastalık geçiren başka bir yakınım veya tanıdığım da olmadığı için şaşırdım. Doktora götürdüğümüzde bize nasıl ilerleyeceğini anlattı yavaş yavaş mı hızlı mı duyunca çok şaşırdık. Sonra bizde alıştık elimizden gelen bir şey yoktu Allahtan gelen bir şeydi.

Teşhis sonrasında yaşanan yetersizlik hissi ve endişeyle baş etmekte güçlük yaşayan hasta yakınları, hastalığın nasıl ilerleyeceği, hastayı nasıl bir son beklediği, aile üyeleri olarak kendilerinin duygusal, maddi, sosyal açıdan nasıl etkileneceği ve hayatlarının eskisi gibi olup olmayacağıyla ilgili belirsizliklerle dolu olmaktadır. Bu belirsizlik ve anksiyetenin yüksek oluşu bireylerin doğru baş etme mekanizmalarını kullanmalarına engel olabilmektedir. Bireyler güçsüzlük yaşadıkları bir durumla karşı karşıya kaldıklarında bunun üstesinden gelebilecek kapasiteye sahiptirler. Ancak yüksek kaygı ve endişe anında bunu nasıl kullanacaklarını bilememektedirler. Güçlendirme temelinde yapılacak uygulamayla öncelikli hedef bireylerin içlerinde var olan gücü danışmanlık vererek bulmalarını yardımcı olmak, sosyal işlevsellik kazandırıp bu durumla baş edebilmelerini sağlamaktır. Bireylerin güçlü olduğu yanları vurgulanmak, belirginleştirmek ve geliştirmek öncelikli hedeftir. Aşağıdaki katılımcılar hastalık teşhisini ilk öğrendiklerinde bakım vermeyle ilgili yetersizlik hissine kapıldıklarını ve endişelendiklerini ifade etmişlerdir.

(K3) Alzheimer teşhisi ilk konulduğunda tatbikîde kötü hissettim hastalık sonuçta. Geleceğe dair şüphelerim ve kaygılarım arttı. Kendime olan güvenimde azalma olduğunu ve bu durumun altından nasıl çıkarım diye düşünmeye başladım. Tabi bu durumu çabucak atlatıp dedemin bu hastalıktan ne kadar az zararla kurtarabiliriz onu düşünmeye başladım.

(K1) Hem alzheimer hem de babaannemin aynı zamanda yatalak hasta olması beni endişelendirdi. Zaten bakım görevim vardı ancak iki ayrı durumla uğraşmak, bakımamuhvac biriyle yaşamak düşündürücüydü ve altından kalkıp kalkamayacağımızı düşündüğümde de korku vardı.

(K13) Hastalığı biliyordum, tek yaşaması nedeniyle kaygı ağırlıklı bir ruh hali içerisindeydim. Anneannem benim çocukluğumdan bu yana her zaman hayranlık la baktığım ve saygı duyduğum bir insandı bu şekilde hasta düşmesini kabullenemedim. Çok kötü hissettim ve yıkıldım diyebilirim.

(K6) Hastalığı çok bilmediğimden olayında ciddiyetini anlayamadığımdan ilk teşhis esnasında çok bir şey hissetmedim. Ancak doktor hastalıkla ilgili bilgileri verdikten ve sonra hastalığı tanıtan ve evreleri hakkında bilgilendiren bir kitapçık verdi. Bu kitapçığı

okuduktan ve internetten de gerekli bilgileri okuduktan sonra hastalığın ciddi ve geri dönülmez bir hastalık olduğunu öğrendim. Bunları öğrendikten sonra kendimi çok çaresiz hissettim. Başka bir hastalık olsa iyileşme umudu yüzde 1 bile olsa o umutla insan ayakta durabiliyor ancak Alzheimer gibi iyileşmeyen aksine her geçen gün kötüleşen ve yakınınızı bitiren bir hastalık olduğunu öğrenmek insana kendini çok çaresiz ve işe yaramaz hissettiriyor.

4.2.3. Hastalık Öncesi ve Sonrası Değişiklikler

Bu bölümde hasta yakınlarına “Hayatınızda hastalık öncesi ve sonrası ne gibi değişimlerin olduğunu düşünüyorsunuz?” sorusu yöneltilmiş olup bakıcı bireylerin hastalıktan önce ne kadar özgür, bağımsız ve sosyal oldukları ile bunların hastalık sonrası nasıl değiştiği ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Alzheimer hastası bireylere bakan kişiler bakım sürecinde bakımdan önceki döneme oranla asosyal, işlevsiz, kaygı düzeyi yüksek, tükenmiş, umutsuz hissetmekte ve sorunlarla baş etme mekanizmaları zayıflayarak hayat kaliteleri düşmektedir. Sorunlarla baş etmede güç ve motivasyonlarına yönelememektedirler. Güç kavramsal olarak bireylerin özünde bulunan ve iç motivasyonları ile ilgili olsa da gelişimini bireylerarası ilişkilerden almaktadır. Kişiler sosyalleşemez ve toplumsal uyumlarını kaybederlerse ise var olan güç belirginleşip gelişemez. Aşağıdaki katılımcılar hastalık öncesi süreçte sosyal olduklarını akraba ziyaretlerine, komşu oturmalarına, çarşı gezmelerine, akrabalarına yatıya gittiklerini ifade etmiş, Hastalık sonrasında sosyallik açısından radikal bir değişim yaşadıklarını ve bu faaliyetlerin hepsi durduğunu, eve ve yaşlıya bağımlı bir şekilde yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(K17) “Önceleri istediğim zaman komşuya gidebiliyordum altın günlerine gidiyordum düğünlere gidiyordum çarşı pazar istediğim her yere gidebiliyordum. Şimdi ise öyle değil eşimle nöbetleşe kaynanama bakıyoruz. Tek başına bırakmamaya çalışıyoruz. İstedığımız zaman misafir de ağırlaya biliyorduk ama kaynanamın hastalık sürecinde misafirleri de ağırlayamamaya başladık.”

(K3) “Hastalıktan önce de dedem bizle yaşıyordu ve yaşlıydı ama en azından bakımını kendisi yapabiliyordu. Misafirliğe gidebiliyorduk, akraba ziyaretlerine gidip yatılı kalıyorduk, misafir ağırlıyorduk ancak hastalandıktan sonra bunların hiçbirini yapamaz olduk.

K6) “Hastalıktan önce çok sosyal ve gezmeyi seven bir insandım hem ben hem annem. Kendimize zaman ayırır ve ev turmalarına, gezilere giderdik. Ancak hastalıktan sonra sosyal hayatımız bitti diyebilirim. Annemin sosyalliği benim ki kadar çok zarar görmese

de benimki tamamen bitti. Annem yaşı ve kronik hastalıkları var diye ona çok sorumluluk yüklemek istemiyorum. Bu nedenle o bu yükü benim ki kadar ağır hissetmiyor.

(K7) Hastalık öncesi babam ve ben iki arkadaş gibiydik. Akşam yemeğe dışarı çıkardık ara sıra, eş dost ev ziyaretleri ve şehir gezileri hepsini babamla yapardık. Hatta benim ev işlerinde yorulduğum zamanlar babam kalkar yardım eder işimi hafifletirdi. Hastalandıktan sonra ise tam tersi oldu hayatımdaki tüm olumlu ve heyecanlı aktiviteler tek tek elimden alındı sanki. Önce dışarı çıkmalarımız kesildi daha sonra ben çıkmamaya başladım. Ev işleri babamın bakımı gelen gidenler gerçekten her şey çok ters gitmeye başlamıştı.

(K1) Hayatımda hastalık öncesinde vaktimi istediğim gibi kendim yönetebiliyordum. Artık evde sürekli birinin bulunması gerektiği için sürekli fedakârlık içindeyiz. Ailecek hep birlikte bir yere gidemiyoruz, çünkü evde babaannemle birlikte hep birisi kalmalı. Ayrıca hastalık sonrası okul kaydımı dondurdum, böylece geç mezun olduğum için de iş arama sürecinde koronaya denk geldim ve su an işsizim.

(K12) Hastalık geldikten sonra tabi ki insan ister istemez hastanın bakımına yoğunlaşacağı için biraz hayatınızda değişiklikler oluyor. Daha az komşu ziyaretleri daha az gezmeler bunların hepsini bu tür hasta bakan bütün hasta yakınları çekmiştir. Ben sosyal bir kişiydim benim sohbet toplantılarım hasta ziyaretlerim veya akraba ziyaretlerim oldukça sık olurdu çünkü kendi yuvam veya ailem yok bunların eksikliğini hep çekmişimdir. Ziyaretlerle bir nebze bunu azaltıyordum Babamın hastalığı bunun da önüne geçti.

Hastalık sonrası hem kişilerin sosyal hayatlarında hem de ev içindeki rol ve dağılımlarında büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Bakım nedeniyle eşler arasında ortaya çıkan sorunlar genellikle bakımla ilgili rol ve dağılımların iyi düzenlenememesiyle alakalıdır. Ancak bakım veren kişiler bunun farkında olamamakta ve aile içi sorunlar nedeniyle kendini suçlayabilmektedirler. Bireylerin yaşanan sorunun suçlusu olarak kendilerini görmeleri bir güçsüzlük belirtisidir. Bireylere aile içi ilişkilerde oluşabilecek sorunların her zaman doğrudan kendileriyle ilgili olmadığı fikrinin aşılması bireylerin güçlendirilmesi açısından büyük öneme sahiptir. K(16) evde Alzheimer hastası babasına bakım vermeye başladıktan sonra eşiyle problemler yaşamaya başladıklarını belirtmiştir.

(K16) Evet hayatımda büyük değişiklikler oldu direkt çünkü aynı evin içinde bakıyordum babama ve büyük sorumluluklarım vardı eşimden de destek göremiyordum. Bunu hasta olan babam hissediyordu. Babam hastalanmadan önce eşimle aramız çok iyiydi ama hastalıktan sonra çok kavga eder birbirimize çok ilgi gösteremez olduk

K13 hastalıktan önce yaşlıyla ayrı evlerde yaşayan katılımcı hastalık teşhisinden sonra evin yapısını, eşyaların düzenini değiştiğini evdeki her şeyin hastanın hayatını kolaylaştıracak şekilde ayarlandığını belirtmiştir.

(K13) Ciddi boyutta değişimler oldu. Tek yaşıyan anneannem artık tek kalmayacak durumdayken bizimle yaşamaya başladı. Hastalığın getirdiğı sinir, agresiflik birçok soru sorma davranışlarda tekrar durumlarına saygı duymaya çalışarak başladı değişim. Alzheimer her evresinde daha da yaşam değişmeye başladı. Ona ait bir oda hazırlığı odanın köşesiz-yumuşak olması için hazırlıklar.(ileri evrede uyurken düşmeler olduğu için). Evimize geldiğı ilk günden beri adeta çocuk gelmiş gibi duruma adapte olma bakım sağlama yapılan yiyecek yemek, hastane rutinleri, ilaç kullanımı vasilik işlemleri her aşamasına psikolojik olarak adapte olmak değişimi beraberinde getirdi. Kendisine hatırlatacak ipuçları, aktiviteler bulma vs. bir çocuğa nasıl odak olunursa işte tam da o kadar

Aile içinde çeşitli rol ve sorumlulukları olan kadınlar bakım görevini üstlendikten sonra rol karmaşası yaşayabilmektedirler. Anne, eş, kız, gelin rollerine bakıcı rolü eklenmekte ve yeni eklenen bu rol tüm rollerin üzerine çıkmaktadır. Bireyler bu süreçte hangi rolün gerçek ve istedikleri rol olduğunu, hangisinin dayatılmış ve onu mutsuz eden rol olduğunu ayırt edememekte ve güçsüz hissetmektedirler. Bireyler güçlendirilirken amaç onları güçsüzleştiren durumların etkisini kırarak var olan gücü belirginleştirip çözümü kendinde bulmasını sağlamaktır. Aşağıdaki katılımcılar ise hastalık öncesi süreçteki sorumluluklarına hastalıkla birlikte yeni sorumluluklar eklendiğini ve bu durumun kendilerini yordüğünü ifade etmiştir.

(K5) Zor bir süreçti Allah kimsenin başına vermesin. Onun bakımı onunla uğraşmak çok zordu bir çocuktan farkı yoktu mesela. Git gide kendini unuttu yemek yemeyi unuttu. Yemeğı bile ben veriyordum ağzına bazen o yemek ağzında yarım saat kalıyordu yutmuyordu çiğnemiyordu. Bir yere bıraksam orada öyle kalıyordu hareket etmiyordu. Bana bağımlı yaşıyordu. hem evdeki işlerime sorumluluklarım hem hastayla ilgilenmek beni bitirdi resmen.

(K9) Ben evlendiğim günden bu yana hep kayınvalidem ve kayınbabamla birlikte yaşadım. Evde hep çok fazla sorumluluklarım oldu. Yemek,, temizlik ,misafir ağırlama gibi ancak hastalıktan sonra kayınvalidemin yaşlı olmasından ve bana yardımcı olamamasından dolayı yüküm arttı. Temizlik, yemek, çocuklarımla ihtiyaçları, eşimin beklentileri, kayınvalidemin beklentileri ve en zoru olan kayınbabamın kontrol altında tutulması ve bakımının yapılması gibi sorumluluklarım beni çok yordu.

4.3.Bakım Veren Kişilerle İlgili Bulgular

Bu başlık altında aile özelinde alzheimer hastası yaşlıya bakım veren kişilerin bakım sürecinde yaşadıkları sorunlar, bireysel ve toplumsal yardım beklentilerini içeren bulgular yer almaktadır.

4.3.1. Bakım Vermeyi Zorlaştıran Durumlar

Bu bölümde bakım veren kişilere “Yaşlıya bakım verirken zorlanan konular nelerdir?” sorusu yöneltmiş olup bakım sürecinde bireyleri güçsüz hissettiren ve zorlayan konularla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Bakım sürecinin en zorlu kısımlarından biri de bireylerin öz bakımlarıyla ilgilenmektir. Yetişkin ve akli dengesini her geçen gün kaybeden ve bakımı reddedip inatlaşan yaşlının bakımını yapmaya çalışmak bakıcı birey için her gün tekrarlayan bir mücadeledir. Bu mücadelede desteklenmeyen, kayıpları önemslenmeyen, kişisel ve sosyal ihtiyaçları göz ardı edilen bakıcı bireyler her geçen gün güçsüzleşmekte ve bakımın sürdürülebilirliği açısından motivasyonlarını kaybetmektedirler. Güçlendirme süreci kişilerin, ailelerin, grupların var olan güçlerini ortaya çıkarmayı, bu güçlerin kapasitelerini arttırmayı ve geliştirmeyi hedeflemektedir. Aşağıdaki katılımcılar bakım sürecinde en çok zorladıkları konunun hastanın bakımıyla ilgili fiziksel yetersizlik yaşamak ve hastanın altına kaçırmayı, yemek yemek istememesi, banyo yapmak istememesi gibi konular olduğunu ifade etmişlerdir.

(K17) Zorlandığım kısım bakım kısmıydı. Sonuçta kaynanam 70 kilo civarındaydı. Onu indir kaldır yıka zor işti. Yemek konusunda da zorlandığım oldu. Onun için ayrı yemek pişiriyordum. Bu benim için zor oluyordu. Bazen yemeğini yemiyordu aç olduğun bildiğim için o yemeği yemesi konusunda kaynanama baskı yapıyordum ve bu beni yoruyordu. Arada bir dışarı çıkıyordu ve bazen kayboluyordu. Köyde yaşıyoruz zaten fazlabir yere gidemezdi. Aramaya çıktığımız zaman kendimi çaresiz hissediyordum. Aklıma sürekli başına kötü şeyler gelecek kaygısı vardı. Ya kötü bir şey oluşt ben kocama nasıl söylerim. O bana demez mi yaşlı hasta bir kadına bile bakamadın.

(K7) Babamın bakımında beni zorlayan şeyler tabi ki de tuvalet ihtiyacını gidermesi ve banyo yapmasıydı. Ben babamı tuvalete götürmüyordum tabi ama abimlere söylemek onların gelmesi bizi zorluyordu. Abilerim akşama kadar işteydi ve sabah babamın tuvaleti gelince veya altına yapınca ne yapacağımı hiç bilmiyordum. Uykusuz geçirdiği geceler bende uyumuyordum. Hiç biri değil ama beni tanımadığı zaman huysuzlanıyor ve beni zorluyordu

(K13) İlerleyen seviyelerde hastanın altının değişimi bezinin değişimi, yutma becerisinin azaldığı için sıvı ile beslenme ve en önemlisi bunlara şahit olmak en zoru buydu. Her seviyede ilerlemesine şahit olmak. İlk evrelerde ise ne derse desin dinlemek, saygı duymak zor. Her davranışını kontrol etmek zorunda olmak Mevcut durumda yatalak olduğu için her aşama zorlayıcı. Allaktan evde annemle beraber 3 kız çocuğu da vardı ben kardeşim ve ablam bizler olmasak annem bu kadar bakımın altından biraz zor kalkardı.

(K3) İlerleyen süreçlerde yeme yetisini kaybettiği zaman çok zorlanıyorsunuz. Lavabo ihtiyacını karşılayamadığı zaman çok zorlanıyorsunuz. Hastalığın ilk aşamalarında bunlar yok maalesef ama dedemde çok geç yaşta görülmesine rağmen çok hızlı ilerledi. 94-95 yaşında baya bir kötü oldu

(K1) kesinlikle zorlandığım konu "acaba yaptığım la ona faydam mı oluyor, zararım mı oluyor" düşüncesi. ne kadar iyi niyetle yaparsan yap yine de insan emin olamıyor. ve emin olamayıp zarar verme düşüncesi (her ne kadar gündelik hayatından fedakarlık yapsan bile) insana kötü hissettiriyor. baslarda zorlandığım diğer konular hastanın altını almak, hastaya yemek yedirirken çıkan sıvılar vs. (yani daha çok hijyenik konular, ama insan alışıyor)

(K5) Çok zor bir süreçti ister istemez yıpranıyorsun, zorlanıyorsun, yoruluyorsun çünkü o bir çocuk gibi. Onu kaldırmak üstünü başını değiştirmek yıkamak temizlemek her şeyini yapmak ister istemez sizden bir şeyler alıyor. Vücut olarak çöküyorsunuz. Bakımını yaparken bir yere çıkamıyorsunuz gezemiyorsunuz yakınlarınızı göremiyorsun hayatım onunlaydı onla yatıp onla kalkıyorsun.

K6 ve K9 ise en çok zorlanılan konu olarak hastayı yalnız bırakamamak, bıraksalar bile akıllarının sürekli hastada olması, başına bir şey gelebileceği düşüncesi, ev ortamında kapının, pencerenin ve balkonun sürekli kapalı olması olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım veren kişiler kendi bireysel ve ailevi ihtiyaçlarını karşılamakta güçlükler yaşadıklarını ifade etmektedirler. Gün içerisinde yaşlıyı sürekli göz hapsinde tutmanın, her şeyin hastaya göre belirlenmesinin tahammül edilemez seviyelere geldiğini belirtmektedirler.

(K6) En çok zorlandığım konu onu yalnız bırakamamak oldu. Kendine bakamayacağını bildiğim ve başına bir iş gelir düşüncesi nedeniyle babamı hiç yalnız bırakmak istemiyordum. Buda benim üzerimde büyük bir yük oluşturuyor. Başkası benim kadar iyi bakamazmış gibi geliyor. Onu ihmal eder ya da ne istediğini bilemez diye düşünüyorum. Bu da evden çıkmama ve kendime zaman ayırmamama neden oluyor. Ama olsun yine de pişman değilim yine dünyaya gelsem yine böyle bir şey olsa ben bakarım.

(K9) Tek işim sadece yaşlıya bakmak olsaydı belki bu kadar zorlanmazdım. Ama benimde bir ailemin olmasından kaynaklı yaşlının bakımı beni çok zorluyor. Sürekli bir şeyler istiyor bağılıyor, dışarı çıkmak istiyor. Kapıyı kilitlediğim için benimle kavga ediyor. Evde kapı pencere sürekli kapalı balkon kapısını bile açmıyorum. Sürekli onu kontrol

etmem gerekiyor. Yarım saat ses vermese korkup evin içinde onu aramaya başlıyorum ve genellikle hiç olmadık yerlerde olmadık durumlarda buluyorum

Alzheimer hastalığı her bireyde farklı belirtiler gösterebilmektedir. Bu belirtilerden en sık görülen ve aile üyelerini zorlayan belirtilerden biri de hastanın gece - gündüz algısının farklılaşması, uyku düzeninin değişmesi, gece uyanmalarının artmasıdır. Yapılan görüşmelerde bireyler hastalıktan sonra derin uyku ihtiyaçlarının arttığını ve artıkeskisi kadar kaliteli bir uyku sistemlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Bireylerin kaliteli bir uyku düzenlerinin olmayışı gün içinde yorgun, halsiz, mutsuz ve agresif olmalarına neden olabilmektedir. Bu durum hastanın bakımını ve hastalığın seyrini etkileyen aynı zamanda bakıcı bireylerin tahammül seviyelerinin en aza inmesine neden olan durumlardandır. Aile içinde bakıma dair sorumluluk ve görev dağılımının doğru yapılmaması, Alzheimer hastası bireyin bakımıyla tek kişinin ilgilenmesi, hastaya dair tüm bakımı o kişinin yapması hem hastanın daha iyi şartlarda bakılmasının hem de bakıcı bireyin sağlıklı bir fizyoloji ve psikolojiyle bakım görevini devam ettirmesinin önüne geçmektedir. Güçlendirme mikro boyutta olabileceği gibi mezzo ve makro boyutlarda da olabilmektedir. Aile sisteminin etkin bir şekilde güçlendirilmesi ve hastanın bakımıyla ilgili sorumluluk dağılımının adil bir şekli yapılmasını sağlayacak aile danışmanlığı hizmetinin verilmesi hem bakım yükünü sırtlanan aile üyesinin hem de ailenin güçlendirilmesine olanak sağlayacak bir müdahaledir. Aşağıdaki katılımcılar ise bakım sürecinde en çok zorlanılan konunun hastalık sonrası hem kendi hem de hastanın uyku düzeninin değişmesi olarak ifade etmişlerdir.

(K16) ‘Hastaya bakımın zorluklarında şunu söyleye bilirim hastanın inatlaşması olabilir ama babam hasta olmadan önce de öyleydi. Banyo yapmayı çok seven biri değildi ve bu konuda yine inatlaşırdı. Yıkama konusunda baya zorlanıyorduk da sonra öğrendim ki diğer hastalarda olduğunu öğrendim. En çok zorlandığım zaman ilerleyen dönemlerde uyku problemi çektiği zamanlarda oldu. Gün içinde uyuma bak gece uyuyamıyordum. Tüm gece uyumuyordu ve sürekli dolaşmaya başlamıştı en son balkon kapısına yöneldi oradan çıkmaya çalıştı üçüncü kattayız. Pencereleleri açıp çıkmak istiyordu. Ama en çok uyumaması zorluyordu üç dört gün uyumuyordu

(K8) Hastalıktan sonra uykusu çok değişti. Uyumaz oldu. Gündüzleri onunla ilgilenmekten çok yoruluyorum zaten bide gece uyanmaları, bağırımları, çok ses yapması ve komşuları rahatsız etmesi beni çok zorluyor. Her seferinde uykudan sıçrayarak uyanıyoruz. Zaten hastalıktan sonra derin bir uyku uyuduğumu hatırlamıyorum hiç.

K12) Babamın uyku problemleri babamın altına kaçırımları, beni tanımamaları, huysuzlukları bunların hepsi beni fazlasıyla yoruyor ve bakımında zorluyordu. Uyku

uyumaz beni de uyutmazdı. Yemeğini yemezdi ama ben onun aç olduğunu bilirdim dayanamazdım zorluk ta çıkartsa o yemeği ona yedirirdim. Bazen beni tanımazdı sen kimsin derdi tanıttırdım kendimi sonrasında gelip yanıma bana rahmetli annemin adıyla seslenirdi. Çok üzülürdüm. Bazı sabahlar yatağını ıslatırdı kızardım ona Allah affetsin ama yine babamdır zorla banyoya sokar kendini temizlemesini söylerdim.

4.3.2. Bakım ve Destek Alınan Kurumlar

Bu bölümde bakım veren kişilere “Bakım sürecinde destek alınan kişi ya da kurumlar var mıydı? (Aile, arkadaş, profesyonel destek vb) ” sorusu yöneltilmiş ve bireylerin bakım verirken desteklendiği kurum ve yapılar belirlenmek istenmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda çoğu görüşmecinin resmi- gayri resmi kurumlardan destek almadığı ve nasıl alınabileceğiyle ilgili bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Evde sağlık bakım hizmetlerinin verilmesi hastanın bakım yükünü hafifleten uygulamalardandır. Bu uygulamayla hastalara periyodik kontrollerin yapılması hastaya bakım veren kişilerin hastaneye ulaşım sıkıntısı yaşamayıp hastayı rutin düzenlerinden ayırmadan sağlık kontrollerinin yapılmasına olanak sağlamaktadır. Bu durum bakıcı bireylerin bakım yükünü hafifletmekte ve güçsüzleşmelerinin önüne geçen uygulamalardandır. K1 ve K8 hastalık sürecinde evde sağlık bakım hizmetinden faydalandıklarını belirtmişlerdir. Bunun dışında herhangi bir resmi-gayri resmi kurumdan destek veya yardım almadıklarını ifade etmişlerdir.

(K1) Hastalığın başlarında kurum desteği yoktu. Ancak hasta yatalak hale gelince hem tıbbi hem de temizliği için hafta 3 gün evde bakım servisi geliyordu.

(K8) Hastaneden sağlık ekibi geliyordu belli günlerde. Hastanın tansiyonunu ölçüp bir sıkıntısı var mı yok mu ona bakıyorlardı. Bide sondasını değiştiriyorlardı. Hasta için Bez veriyorlardı. Bu hizmetten başka bir kurum hizmeti almadık.

Bakım sürecinde aile üyelerinin yalnız olmadıklarını hissetmeleri, hastayla ilgili baş edemedikleri bir durumla karşılaştıklarında yakın çevrelerinden destek alabileceklerini bilmeleri hastaların bakım sürecinde güçlenmelerine olanak sağlamakta ve bakım yüklerinin hafifletmektedir. Aşağıdaki katılımcılar herhangi bir resmi kurumdan destek almadıklarını ancak aile kurumundan ve akrabalarından destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

(K17) Herhangi bir kurumdan destek almadım. Ama ailemden her zaman olsun destek aldım. Arkadaşlarım bana bu durum senin imtihanın derlerdi. Dini olarak destek vermeye çalışıyorlardı. Bakım süresince bazen gücümün yetmediği zamanlarda kızımdan veya en

yakın konu komşudan yardım aldım. Allah razı olsun hiç biride bir gün olsun beni yalnız bırakmadı

(K7) Bakım süresince abilerim isteyken onların hanımları gelirdi veya ben seslenirdim. Onlar bana yardım ederdi bazen arkadaşlık ederdi. Kurum veya kuruluşlardan her hangi bir yardım talebinde bulunmadık. Herhangi bir bakım yardımı da almadık. Sadece bez yardımı alıyorduk onu da her zaman değil ara sıra.

(K3) Profesyonel destek hiçbir zaman olmadı. hastane süreci geçtikten sonra evinize geliyorsunuz ve tek başınıza bakıyorsunuz. Aile vardı tatbikî de nenem vardı dayım vardı ben vardım. Beraber e yapmaya çalışıyorduk ancak yine de çok zorlanıyorduk. Nenem de yaşlıydı onun yardım edebilecek gücü zaten yoktu dayım deseniz işe gidip geliyordu. En çok dedemle ben ilgilendim ve her zaman desteğe ihtiyacım vardı

(K13) Hiç olmadı diye bilirim ama annem adına söylerim çünkü benim arkadaş çevrem sosyal olarak bana destek vermeye çalıştılar. Annem içe kapanık bir kişiliğine sahip olduğu için bu yaşına kadar da fazla arkadaş edinememiş. Doğal olarak yaşadığı bu zorlu bakım sürelerinde de ona destek verecek bir arkadaş bir dost bulamadı. Akrabalar deseniz bayramdan bayrama kapıyı çalarlar.

(K12) Bakım süresince tabi ki de eş ve dosttan bakım desteği aldık. Ama her hangi bir profesyonel destek almadık yani bakıcı tutmadık babama. Çünkü ben vardım benim yetmediğim yerde abilerim vardı onlar olmasa onların çocukları vardı. Bakım süresince babamın yanında sürekli aileden birileri vardı. Babam sağlığında öyle iyi biri öyle seveni çok biriydi ki onun arkadaşı olup ailemizden olmayan bir sürü insan bile yardım talebinde bulunuyordu.

Alzheimer hastalığında bakım veren kişinin kendi yakın çevresinden ya da profesyonel kişi ve kurumlardan destek alması bireyin güçsüzleşmesinin önünde önemli bir engeldir. Bireyler diğer kişi ve kurumlardan ümidini kesip hastalıkla ilgili tüm sorumlulukları üstlenirlerse kısa süre içinde motivasyonlarını kaybedip ruhsal bir çöküntü içine girmeleri kaçınılmazdır. Bireylerin güçlerine inanıp sorumluluğu tek başına üstlenmeleri olası bir ihtimaldir ancak güç içte var olan ama toplumla, ilişkilerle gelişen bir şeydir. Gücün bu özü reddedilip yalnızlaştırılırsa bireyler güçlenmediği gibi var olan güçleri de kısa süre içerisinde tükenmeye mahkûm olur. K16 ise hastalığın başlarında profesyonel bakım desteği aldığını ancak bunun çözüm olmadığını ve bir daha hiçbir desteği düşünmediğini ifade etmiştir.

(K16) Evin içindeyken bir kadın tuttum oda yardımcı oluyordu. Daha önce Alzheimer hastası baktığını söylediği halde bir gün evde yalnız bıraktığımda ağlayarak beni aradı ve babamın ona seni öldürürüm bırak beni ben gideceğim demiş ama öyle bir insan değil tabi

ki de. İnsanları çok seven biriydi. Ama böyle olayların olabildiğini biliyordum hemen koştum eve gittim. bir daha da kimseden bir yardım talep etmedim

Aile üyelerinin bakım sürecinde kurum ve kuruluşlar alınabilecek destekler hakkında bilgi sahibi olmaları, bu desteklerden faydalanmaları bu üyelerin bakım yükünü hafifletmektedir. Hasta bakımında tek sorumluluk sahibinin sadece aile üyeleri olmadığı, bu durumun toplumsal bir mesele olduğu, ailelerin her konuda desteklendiklerini veya yardım alabileceklerini bilmek bakım sürecinde bireylerin güçsüzleşmesinin önüne geçecektir. Güçlendirme sürecinin yalnızca bireysel tarafı yoktur. Güçlendirme bireylerin ve ailelerin ihtiyaç duydukları toplumsal kaynaklara ulaşmalarını sağlamayı da kapsamaktadır. Aşağıdaki katılımcılar herhangi bir destek almadıklarını destek amacıyla başvurabilecekleri kurum ve kuruluşların neler olduklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir.

(K6) Resmi olarak bir kurumdan destek almadık hangi kurumdan yardım alınır onu bile bilmiyorum. evli ablalarım ve abilerim destek olmaya çalıştılar ilk zamanlar ancak ne kadar destek olmaya çalışsalar da hepsinin evi ayrı ve ayrı bir kurulu düzenleri ve sorumlulukları olduğu için çok uzun sürmedi bu destekler. Yine ben ve annem kaldık.

(K9) Resmi kurumdan destek vermedi kimse. Hastane dışında yardım veriyorlar mı onu da bilmiyorum. kayınpederimin kızları ve diğer gelinleri ara sıra yardım etmek için geliyorlar. Ancak hiçbirisi uzun süreli olmuyor. Yine tüm yük benim üzerimde. Onları çok kısa süreli ve çok üstten yardımlar.

(K5) Hayır kimseden destek almadım kimse yoktu. Destek aldığım kurum da yoktu.

4.3.3. Bakım Yüğü ve Tükenmişlik

Bu başlık altın bakım veren kişilerin bakım yükü ve tükenmişliği arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için görüşmecilere “Kendinizi tükenmiş hissettiğiniz oldu mu ?” sorusu yöneltilmiş alınan tüm cevaplar tüm görüşmecilerde evet olmuştur. Görüşmeciler bakım yüklerinin arttıkça tükenmişlik duygularının da arttığını ifade etmiştir.

Hastalıkla birlikte bireylerin hayatında meydana gelen köklü değişiklikler ve bu değişiklik sürecinde resmi ve sosyal desteğin gerekli düzeyde olmayışı bireylerin güçsüzleşmesine ve beraberinde tükenmiş hissetmelerine neden olmaktadır. Bakım sürecinde tükenmişlik tek bir olayın sonucu değildir. Yaşanan sorun ve sıkıntıların toplamı tükenmişliği doğurmaktadır. Bireyler teşhis anından itibaren takip altında olup, güçlendirme temelli yaklaşımla müdahalelere maruz bırakılırsa tükenmişlik ortadan kalkmaktadır. Güç bireylerin içlerinde var olan bir durumdur. Bu gücü aktive edecek

bireysel, çevresel ve toplumsal kaynaklar harekete geçirilip uygun müdahaleler uygulanırsa güç aktif hale gelmektedir. Aşağıdaki katılımcılar hastanın bakım ihtiyacının artması, asosyal yaşam tarzı, hastalık ilerledikçe bakımda ihtiyaç duyulan fiziksel güç, fizyolojik ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan güçlükler, sosyal desteğin istenilen düzeyde olmayışı gibi durumların tükenmiş hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir.

(K1) Evet fazlasıyla oldu. Bu tükenmişlik duygusu yüzünden uzun süre eğitime devam edemedim ve dondurmak zorunda kaldım. Okulda olduğu her an aklım annemde ve dedemdeydi. Sürekli erkenden işimi bitirip eve gelip dedemle ilgilenmem gerekiyordu. kendimden o kadar çok ödün verdim ki bu durum beni tüketti

(K17) Evet tükenmiş olduğum zamanlar oldu. Bakım süresince veya ihtiyaçlarını giderirken her hangi bir tükenmişlik hissi yaşamadım. Fakat bazen kaynanamın beni tanımaması olayları tekrar tekrar ona anlatmam veya çıkıp onu dışarda kayb olduğunda aradığım zamanlar tükenmişlik hissini yaşadım.

K6) Neredeyse her gün kendimi tükenmiş hissettiğim zamanlar oldu. Bende genç bir kızım sonuçta arkadaşlarım ve bir çevrem var. Bütün gün evde olmak ve bir yaşlıya bakmak hele ki akli dengesini her geçen gün kaybeden bir yaşlıya bakmak tüketiyor insanı niye bunu yaşıyorum niye ben diye defalarca sorduğum zamanlar oluyor ancak sonrasında Allah' a yöneliyor ve dua ediyorum. Bunların biteceğini ve sevap olarak bana kalacağını düşünüyorum. Böyle ayakta durmaya çalışıyorum.

(K13)Bizim değil annemin anneannemin yatalak olduğu ilk zamanlarda çok oldu. Mevcut durumda olmadı. Benim annem için tükenmiş hissettiğim zamanlar oldu çünkü bir ara annem depresyona girmiş psikolojik olarak iyi olmayan bir haldeydi. Ben de anneme yardım edemediğim zamanlarda kendimi tükenmiş hissediyordum. Aynı duyguları annem annesine hissediyordu.

Sosyal desteğin istenilen ve ihtiyaç duyulan düzeyde olmayışı bireyleri güçsüzleştirerek tükenmiş hissettirmektedir. Aşağıdaki katılımcılar hastayla yalnız yaşamının, hastanın yeme, içme ihtiyaçları ve hastayı yalnız bırakamamanın kendilerini tükenmiş hissettirdiğini ifade etmişlerdir

(K12) Evet insan bir yakını ama bu yakını sizin doğumunuzdan 60 yaşınıza kadar yanınızda olan bir yakını hasta olunca ve bakıma ihtiyacı olunca tükenmiş hissediyorsunuz. Evde erkek yoktu babamdan başka. Bu yüzden hem ev işleri hem babamla bir çocukmuş gibi ilgilenmek bir şeylere bir çocuğa anlatır gibi anlatmak beni çok yoruyordu. Diğer kardeşlerim evli ailesi var ve benim başka bir alternatifimin olmayışı hem benim babama bakıyor olmam beni tüketiyor

(K7) Evet bazen kendimi tükenmiş hissettiğim oldu. Babamın yemek yeme istememesi ortalığı dağıtmaması, uyumaması zaten beni zorluyordu bunun yanında abilerimin bize gelip söylenerek üzerime gelmesi gerçekten beni zorluyordu ve tükenmiş hissediyordum.

(K9) Çok çok oldu. Hala da öyle hissediyorum tüm sorumluluk benim üzerimde yemek yemiyor ilaçlarını içmiyor. Gönül rahatlığıyla bir çarşıya pazara, misafirlğe gidemiyorum. Sürekli telefonum çalıyor ve sürekli benden bir şeyler isteniyor. Benimde gücüm kalmadı. Bende de bir hastalık çıkması yakındır diye düşünüyorum.

K3 tükenmiş hissettiğini ve bu hissin kendi kişisel yaşamında yanlış kararlar almasına neden olduğunu belirtmiştir. Tükenmişlik bireylerin hayattan zevk almadığı, hissizleştiği, mutsuzlaştığı ve yanlış kararlar almaya müsait bir yapıya gelindiği bir ruh halidir. Bireyler bakım sürecinde yaşadıkları tükenmişlik ve beraberindeki güçsüzlük duygusunu kendi güç, kaynak ve motivasyonları ile desteklemek yerine başka güç ve kaynaklarına yönelip sağlıklı olmayan kararlar alabilmektedirler. Bu süreçte bireyler kendi başarıları ve güçlerine gönderilerek kendi kapasitelerinin farkına varmaları sağlanmalıdır.

(K3) Çaresiz ve tükenmiş hissediyorsunuz tabi ki ama bir süre sonra toparlıyorsunuz. O anlık gel gitler yaşıyabiliyorsunuz. Kendime vakit ayıramadığım ve kişisel ihtiyaçlarımı karşılayamadığım zamanlar çok oldu. Bu zamanlarda depresyon haliyle yanlış kararlar bile aldığım zamanlar oldu.

K16 bakım yükü arttıkça tükenmişlik duygusunun da paralel olarak arttığını belirtmiştir. Bakım yükü artışı ile tükenmişlik arasındaki doğru orantı bilinen bir durumdur. Bireylerin bakıma dair sorumlulukları arttıkça endişeleri, anksiyeteleri de artmakta, bu artışla baş edecek gücü ve yolu bulamayan kişiler çözümsüz kalmakta ve tükenmiş hissetmektedirler. Güçlendirme temelli yaklaşım ile tükenmiş hisseden bireylerin güç ve kaynaklarını belirlemek, desteleyip, motive ederek kişilerin kendi güçlerine inanmaları sağlanmaktadır.

(K16) Evet kendimi tükenmiş hissettiğim zamanlar oldu. Hastalık ilerledikçe ve benim babamla ilgilenmem gereken zaman arttıkça bende tükendim.

4.3.4. Bakım Süreci ve Sosyal Destek Beklentileri

Bu başlık altında bakım veren kişilere bakım sürecinde sosyal destek ağlarında olan kişilerden bekledikleri sosyal desteklerle ilgili “Bakım verme sürecinde sosyal destek(Aile, akraba, komşu vb .) aldınız mı?” sorusu yöneltilmiş ve bulgular elde edilmiştir.

Bakım sürecinde alınan sosyal destek bakım veren bireylerin psikososyal iyilik hallerinin devamı için hayati öneme sahiptir. Bireylerin bakım sürecinde yalnız olmadıklarını hissetmeleri onları ruhsal, sosyal açıdan olumlu etkilemekte ve bakım yükünü hafifletmektedir. Aşağıdaki katılımcılar sosyal destek sistemlerinden aldıkları yardımları şu şekilde ifade etmektedirler.

(K12) Bakım sürecinde sosyal olarak bana kız kardeşlerim ve yeğenlerim destek oldu. Konu komşu ziyaretleri ve altın günü davetlerinin yoksunluğunu evime gelen kız kardeşlerim ve yeğenlerimin hoş sohbetiyle bastırdım diyebilirim. Onların bana olan samimi tavırları beni isyankârlıktan ve şükürsüzlükten korudu. Bana arkadaş oldular.

(K17) Ailem destek oldu arkadaşlar destek oldu. Köy yerinde aile akraba ve komşuluk bağları çok gelişmiştir. Bizde bu hastalık ve bakım süresince sosyal destek olarak eş dosttan çok yardım aldık. Hastamız Evden çıktığı an komşular yarı yolda onu bulup eve getiriyorlardı. Herkes çok destek oldu.

(K3) Tabi ailede destek vardı kaldıramadığım durumlarda benzer durumlarda komşular aile ve akraba yetiştirdi elbette vardı. Dedemin her günü bir olmuyordu bazen iyi bazen kötü. İyi olduğu günler ben yetebiliyordum. Ama kötü olduğu günler gerçekten başa çıkamıyordum ve desteğe çok ihtiyaç duyuyordum.

(K16) Kızım ve damadımı söyleyebilirim hep yanımdaydılar her zaman yardımcı oldular. En son babam düştüğünde eşim yanımdaydı birlikte hastaneye götürdük dikiş atıldı bir bakım evi aradık. Hastanede beklerken pandeminin en tavan yaptığı zamanlardı. Sağlığından endişe edip yine vazgeçtik kuruma vermekten.

K7 Bakım sürecinde depresyon belirtileri gösterdiği zamanlar olduğunu ve bu zor zamanlarını arkadaş sistemlerinin desteğiyle geçirebildiğini ifade etmiştir.

(K7) Bakım sürecinde bazı dönemlerim sorunlu bazı dönemlerim depresyonda bazı dönemlerimde yalnız kalmış bir olarak geçiriyordum. O dönemlerde yanımda olan bana destek veren iki arkadaşım vardı. Bu arkadaşlarım benim bu süreçten sağlam çıkmamda en önemli faktör olduklarını söyleyebilirim.

Bakım veren bireyler küçük istisnalar haricinde kadınlardır. Bakım verme görevi kadının temizlik, yemek yapması kadar normal ve çoğu zaman desteklenecek kadarda önemli görülmemektedir. Ancak bireylerin bakım sürecinde desteklenmesi ve takdir edilmesi bireylerin iç motivasyonlarını olumlu yönde etkilemektedir. K5 ve K9 ise sosyal destek sistemlerinde herhangi bir yardım alamadıkları gibi ayrıca aile içinde bile çoğu zaman gerekli desteği alamadıklarını belirtmişlerdir.

(K5) Hayır hiç kimseden almadık hastanın kendi çocuğu bile bakmadı gelini olarak ben baktım.

(K9) Kimseden destek almadım. Kimse de vermedi zaten. Düşenin dostu olmuyor bu dünyada herkes kendi hayatına kendi mutluluğuna bakıyor. Ben tek başıma baktım. Evin içinde bile kimse destek vermiyor bırakın akrabayı, arkadaşını.

Aşağıdaki katılımcılar ise aile sisteminden destek aldıklarını ancak diğer sosyal ağlarından herhangi bir destek görmediklerini ifade etmişlerdir. Bakım süreci yıpratıcı ve zorlayıcı bir süreçtir. Sürecin sıkıntılarıyla uğraşan aile üyeleri yakın çevrelerinden anlayış ve destek beklemektedirler. Bu desteğin varlığı bakım sürecinin devamlılığı ve kalitesi açısından önemli bir yere sahiptir.

(K13) Ailemden sadece anne ve kızları olarak birbirimize destek verdik onun dışında diğer akrabalarımızdan her hangi bir destek almadık. Arkadaşlarımla da bazen telefonla bazen bize geldiklerinde bana vermiş oldukları iyi niyet tavsiyeleri ile destek olduğunu söyleyebilirim.

(K6) Başlarda bakmak için talepte bulundu yakınlarımız ancak kabul etmedik ve bakabileceğimizi düşündük. Ancak şimdi ne onlar böyle bir talepte bulunuyor ne de biz isteyebiliyoruz. Zaten bakamazlar da onun dilinden ve isteklerinden ben ve annem anlıyoruz. Başkasının bizim kadar iyi bakamayacağını biliyoruz. Bizi anlasınlar yeter desteklerini beklemiyoruz.

(K1) Kendi ailem dışında kimseden destek almadım. Akrabalarımın, arkadaşlarımdan anlayış ve destek bekledim ancak hiçbirini bunu sağlamadı. Durumu büyüttüğümü ve abarttığımı düşündüler.

4.4. Bakım ve Aile ile İlgili Bulgular

Bakım ve aile başlığı altındaki bulgular aile bireylerinin evde Alzheimer hastası bireye bakım verme durumlarının aile sistemine etkisi, bakım yükünün evde ki tek bireyde olup olmadığının belirlenmesi ve bakımın ailenin ekonomisini nasıl etkilediği üzerinedir.

4.4.1. Bakım Süreci ve Ekonomik Sorunlar

Araştırmanın bu bölümünde bakım veren kişilere “Bakım verme sürecinde ekonomik sorun yaşadınız mı?” sorusu yöneltilerek bakım süreci boyunca ailenin ekonomik refahının değişip değişmediği, herhangi bir ekonomik sıkıntı yaşanıp yaşanmadığıyla ilgili bulgular bulunmaktadır.

Bakım süreci hasta ve ailesi için gelir kaybının arttığı, maddi giderlerin fazlaştığı ve bakım veren kişilerin işsiz kalmalarına neden olabilecek bir dönemdir. Bu dönemde yaşlının ve ailesinin devamlı bir gelirinin olmayışı aileyi ekonomik açıdan zorlamaktadır.

Ailelerin bakım sürecinde ekonomik zorlanmalarının önüne geçmek amacıyla ihtiyaç duyulan kaynakların aktarımını sağlamak ve ekonomik olarak güçlendirmek gerektiği görülmektedir.

Aşağıdaki görüşmeciler bakım sürecinde yaşlı bireylerinin emekli aylıklarının olmayışı ve kendi aile bütçelerinin de kısıtlı olmasından kaynaklı bakım sürecinde ekonomik sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

(K3) Elbette yaşıyoruz. İlaçlarını devlet karşılıyor ancak geri kalan her şeyiyle biz ilgileniyoruz. Bizim aile bütçemiz çok şükür yetebiliyordu dedemin ihtiyaçlarına ama gönül isterdi ki daha iyi şartlarda bakabilseydik. Dedemin tüm ihtiyaçların en iyi şartlarda karşılayabilseydik Hastalığına iyi gelebilecek her yolu deneyebilseydik .

(K9) Çok yaşadık ve hala yaşamaya devam ediyoruz. Kayınbabamın herhangi bir yerden emekliliği yok. Sadece yaşlı aylığı alıyoruz. 4 çocuğum var. Eşim inşaat işçisi olarak çalışıyor. Kışın iş olmadığı içinde evde işsiz yatıyor.

(K5) Yaşadık yaşamadık desem yalan olur. Bu hastalığa sahip kişinin iyi beslenmesi gerekiyor bu nedenle çok masrafımız oldu. Daha sonra hasta bakım parası bağlandı bana o zaman giderlerini denkleştiriyorduk. Eşimin de işi olmadığı için zorluyordu bizi.

Sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmesi ve emeklilik işlemlerinin kolaylaşması gibi değişimler bakım sürecinde aile üyelerinin maddi sıkıntılar yaşamasının ve ekonomik güçsüzlük içerisine girmesinin önünde engel oluşturmaktadır. Aşağıdaki görüşmeciler bakım sürecinde herhangi bir maddi sıkıntı yaşamadıkları bunun nedeni olarak ise hem kendi gelirlerinin yeterli olması hem de yaşlının emekli aylığının olmasına bağlamıştır.

(K1) Ekonomik sorun yaşamadık. Hastalığın ağırlaşmasından dolayı evde bakım parası alıyoruz. Bu ücret hastanın ihtiyaçlarına gidiyor. Bizim kendi gelirimiz sabit o değişmedi.

(K17) Yok ekonomik sorun yaşamadım. Kaynanamın 65 yaş aylığı vardı. Bizim tarlalarda vardı çok şükür ekonomik sorun yaşamadım. Zaten kaynanamın bize yük olacak bir ekonomik yükü yoktu. Beraber yiyip beraber kalkıyorduk.

(K16) Bu soruyu cevaplamam gerekirse babam emekliydi. Bende öğretmen emeklisiyim ve çok sorun yaşamadık. Pandemi sebebiyle hastanelere fazla gidemedik tahlillerde istenilen her şeyde maddi olarak yetiyordu. Şu anda da ben bakıyorum kimselere muhtaç değil

(K6) Babam emekliydi ve emekli maaşı vardı. Evimiz kira olmadığı içinde yetti gelirimiz. Bazen eksilere düştüğümüz zamanlar oldu ancak bunlar çok uzun süreçler değildi.

(K7) Hayır maddi olarak her hangi bir sıkıntı veya zorluk çekmedik. Çok şükür halimiz iyiydi.

(K12) Hayır maddi olarak her hangi bir sıkıntı çekmedik. Babamın kendi maaşı benim kendi maaşım vardı. Babasına bakan çocukları vardı. Onun için maddi zorluk çekmedik.

(K13) Hayır anneannemin kendi eşinden kalma maaşı vardı. Kendi maaşıyla bir ev geçindirebilirdi anneannem. Onun için ekonomik olarak bir sıkıntı yaşamadık.

4.4.2. Bakım Yükünün Tek Kişiye Yüklenmesi

Bu başlık altında bakım yükünün aile üyelerinin tamamına eşit olarak mı dağıldığı yoksa aile üyelerinden yalnızca birine mi yüklendiği ile ilgili “yaşlının bakımında herkes eşit rol alıyor mu ” sorusu yöneltilmiş ve bununla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Yaşlıların ev ortamında bakıldığı ailelerde bakım görevi çoğunlukla ailenin kadın üyeleri (Yaşlının kızı, gelini, eşi, torunları) tarafından yapılmaktadır. Aşağıdaki katılımcılar ise bakım yükünü tek başına yüklediklerini, bakımla ilgili acil bir durum ve zaruret olmadığı sürece başka kimseden destek almadıklarını ve bu desteklerinde kısa süreli destekler olduğunu ifade etmişlerdir.

(K1) Bakımı çoğunlukla ben ve annem yapıyoruz. Anneme de çok iş yüklemek istemediğim içinde çoğunlukla ben yapıyorum. Babam ve erkek kardeşlerim zorunlu oldukça ve çok kısa süreliğine bakıyor.

(K9) Kayınpederime ben bakıyorum. Arada kızları ve diğer gelinler ziyarete geliyor ancak uzun süre durmuyorlar. Aynı evin içinde kocam bile yardım etmiyor bana. Sadece ben.

(K12) “Eşim yıllar önce vefat etti. Ben ve babam 35 yıldır birlikte yaşıyoruz. Evde başka kimse yaşamadığı için bakımını sadece ben yapıyorum. ”

(K17) Kayıinvalideme ben bakıyorum. Kızları ve diğer gelinleri de istedi bakmayı ama kabul etmedim Etmemde. Çok şükür gücüm yerinde başka kimse olmadan da bakabiliyorum. Arada kızlarım yardım ediyor ben tarlaya gidince ama onun dışında hep ben bakıyorum

(K3) Bakımını sadece ben yapıyorum. Zaten istese de başka kimse yapamaz çünkü ne yediğini ne zaman ilaç içtiğini ne zaman tuvalete götürüleceğini ben biliyorum

(K16) Babamın bakımını ben yapıyorum. Eşim bütün gün işte çalışıyor. Kardeşlerim de yurt dışında yaşıyor. Evde küçük çocuğuma ve babama yalnızca ben bakıyorum.

(K5) Babamın bakımını ben yapıyorum. Ablamlar ben bir yere çıkacağım zaman ya da hastane randevularım olduğunda yeğenlerimi gönderiyor ya da kendileri gelip ben gelinceye kadar bakıyorlar. Onun dışında hep benimle ben bakıyorum

Aile içinde hastaya bakım görevi kimi zaman sadece tek bir kadına yüklenirken kimi zamanda ailedeki kadın üye sayısının fazla olmasından kaynaklı birkaç kişiye yüklenmektedir. Birkaç kadının yaşlının bakımından sorumlu olması bakım yükünden

doğabilecek güçsüzlüğün paylaşılması anlamına gelmektedir. Bir alternatifin oluşu bakım yükünü hafifletmektedir. Aşağıdaki katılımcılar bakım sürecinde ailenin diğer kadın üyelerin bakım desteği aldıklarını ifade etmişlerdir.

(K6) Ben ve kızlarım yapıyoruz bakımı. Banyosunu yaptırırken, yemeğini yedirirken, evde onu kontrol ederken hep kızlarım yardımcı oluyor bana. Onlar olmasaydı işim çok daha zor olurdu.

(K7) Ablam ve ben aynı yerde altı üstlü oturuyoruz. Kapılarımız sürekli açık. Bazen bize gidiyor babam bazen ablamlara. Ama yatılı olarak bizde yaşadığı için evde ben yapıyorum

(K13) Ben çalıştığım için gün içerisinde annem bakıyor. İşten geldikten sonra akşamları ben ilgileniyor ve ilaçlarını veriyorum. Yürüyüşe çıkarıyorum. Hafta sonları da çoğunlukla ben bakıyorum. Annemin dinlenmesini istiyorum.

4.4.3. Bakımı Ailenin Yapmak İstemesinin Nedenleri

Bu bölümde aile bireylerinin yaşlıya evde bakım vermek istemesinin nedenlerini tespit etmek amacıyla “ Hasta bireye ev ortamında bakmak istemenize neden olan şey (manevi, dini, vicdani, toplumsal baskı, kültürel nedenler, maddi gelir vb.) nedir? ” sorusu yöneltilmiş ve ilgili bulgular elde edilmiştir.

Aileler unutkanlığı olan ve kendini ifade etmekte güçlük yaşayacak yaşlılarının kurum bakımında ihmal ve istismar edilmelerinden korkmakta, bunu vicdani olarak sindirememek de ve yaşlılarına ev ortamında bakmak istemektedirler. Aşağıdaki aile üyeleri Alzheimer hastası yaşlının bakımının kurum bakımında değil de ev ortamında aile üyelerince verilme nedenleri olarak vicdani nedenler ve Kimsenin yaşlıya yakınları kadar iyi bakamayacağı düşüncesi olduğunu belirtmişlerdir.

(K1) Benim açımdan vicdani sebepler ve kesinlikle huzurevinde kötü bakılacağı nedeniyle evde daha iyi bakılacağını bilmem. anne-babam için toplumsal baskılar da vardı tabi .

(K17) Ben kendimi dindar olarak görürüm. Dinim vicdanım el vermedi. Kültürel değerler de var tabi. Burada yaşadığımız bu coğrafyada herkes yaşlılara bakmak zorundadır. Kocam ve ben her zaman aynı şeyi düşünmüştüzdür bizden iyi kimse bakamaz kaynanama. Biz hep onu düşündük bu hastalığı süresince. Düşündüğümüz için de daha iyi bakım vermek için ev ortamında baktık.

(K16) Kendi vicdanımın sesi ve ailevi sorumluluğum olduğunu düşündüğüm için evde bakıyorum.

(K5) Vicdanım rahat etmezdi. Ben onu başka bir yere versem ben asla rahat etmem. Böyle bir olasılığı hiç düşünmedik zaten elimizden geleni de yaptık vicdanımız da rahat.

Evde bakmak isteme nedenlerinden bir diğeri ise aile üyelerinin manevi değerleridir. Manevi değer ve hislerin yoğunluğu yaşlının kurum bakımına verilmek istememesinin nedenlerindendir. K10 ve K3 yaşlıya evde bakmak istemelerinin nedeninin manevi değerler olduğunu ifade etmişlerdir.

(K10) Ailesi gibi kimsenin bakamayacağı düşüncesi. Yani manevi değerler vicdan- gerekli olan. Ben de öyle düşünüyorum kendi kızından daha iyi kimse bakamaz kimse kalkıp ta anneannemin altını kalkıp benim annem gibi temizlemez kimse onun gururunu kırmamak için elinden geleni yapmazdı. Manevi olarak da dedim ya biz muhafazakâr bireyleriz bakım evine vermek bizim için günahdır. Toplumsal baskı olarak kimseden korkumuz yok çok şükür ha bakımını evde yapacağımızın kararını biz aldıysak bakım evine verecek olsak onun kararını da biz verirdik ama vicdanlı insanlar yaz yapamazdık.

(K3) Asla toplumsal baskı değil topluma göre hareket eden bir insan değilim. Tamamen manevi değerler ve ona olan büyük sevgim hayranlığım ve ona olan aşkım onsuz duramamamdı. Şöyle düşünelim dedem bütün çocuklarına ve hatta torunlarına bizlere yeri geldi mi bütün imkânıyla kol kanat geldi. Şimdi biz onu bakım evine verirsek hiç doğru olmaz. Toplumsal baskı veya birileri ne der bu durum beni hiç ilgilendirmedir ben sadece dedemin ne hissettiğine ve mutlu olup olmadığına baktım.

Hasta yaşlının ev ortamında bakılma nedenlerinden biri de kişilerin dini hassasiyetleridir. Kişiler dinlerinin emirleri ve öğütleri çerçevesinde yaşlının kurum bakımına verilmesini dini bir zayıflık olarak görebilmekte ve kurum bakımını günah olarak algılayabilmektedirler. K19 ve K9 yaşlıya evde bakma nedeni olarak Allah Korkusu ve dini hassasiyetler olarak ifade etmişlerdir.

(K19) Birçok nedeni var bu saydığınız bütün nedenler var (manevi, dini, vicdani, toplumsal baskı, kültürel nedenler, maddi gelir vb.) ancak temel neden Allah korkusu ve merhamet duygusu bence. Başkaları ne der diye yaptığınız şeye çok uzun dayanamıyorsunuz. Ancak kendi istek ve vicdani kaygılarınızla yaptığınız şey size çok t ağır gelmiyor. Gelse bile bunu bir şekilde bastırabiliyorsunuz.

(K9) Bütün nedenler var ama öncelikle Allah korkusu diyebilirim. Hastama evde bakmazsam ben bunun hesabını ahirette veremem. Bu yüzden bakabildiğim kadar kendim evde bakacağım.

Bazı aile üyeleri ise dini ve toplumsal değer yargılarıyla değil de kişisel istekleri doğrultusunda yaşlıya bakım vermek isteyebilmektedirler. K7 ve K20 hasta yaşlıya evde bakma nedeni olarak yaşlıya olan sevgilerini göstermişlerdir.

(K7) Babamı çok seviyorum hiçbir sebebi yok sadece çok sevdiğim için. Bu hastalığa başka biri yakalansa sevmediğim biri asla dini vicdani veya toplumsal baskılar aklıma

gelmezdi hemen bakım evine verirdim. Çünkü hasta bakımını yaparken kendinizden, yaşamınızdan veriyorsunuz.

(K20) Babamı bakım evine vermeme sebebi tabi ki de ona olan sevgimiz. Yoksa sevmediğim gaddar kötü bir baba olsa yaşantım boyunca bana çektiren biri olsa evde bakmaktansa onu bakım evine vermeyi düşünürdüm. Maneviyat, vicdan, toplumsal baskı veya kültürel nedenler benim umurumda dahi değil. Sevgi ve saygı bana bunu yaptırdı. Bakımını yapma sebebim buydu.

4.5.Bakım Süreci ve Sosyal Hizmet ile İlgili Bulgular

Bu bölümde yaşlıya bakım veren bireylerin bakım sürecinde sosyal hizmetlerin ayni, nakdi, danışmanlık, psikososyal destek hizmetlerinden ne düzeyde faydalandıkları ve sosyal hizmetlerden beklentileriyle ilgili bulgulara yer verilmiştir. Hasta yakınlarının çoğunluğu sosyal hizmetlerden yararlanmadıklarını geri kalanı ise sosyal hizmetlerden evde bakım ücreti ve bez-mama yardımı olarak faydalandıklarını ifade etmektedirler.

4.5.1. Faydalanılan Sosyal Hizmet Uygulamaları

Bu başlık altında görüşmecilere “Hastaya bakım verirken yaşlı yakını olarak sosyal hizmetlerden yararlandınız mı? ” sorusu yöneltilmiş ve görüşmecilerin yarısı faydalandıklarını belirtirken diğer yarısı hangi sosyal hizmet uygulamalarından faydalanabileceğini bilmediğini ifade etmiştir.

Sosyal hizmetin merkezinde bireyler ve bu bireylerin iyilik halleri vardır. Sosyal hizmet Bireylerin yaşadıkları ve üstesinden gelmekte güçlük çektikleri sorun ve sıkıntıların çözümünde bireylere danışmanlık vermek, desteklemek, gelişimine katkı sağlamak ve güçlendirmek görevlerini üstlenmektedir. Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren ve bakım verme süresince çeşitli ruhsal, biyolojik, sosyal, ekonomik sorun yaşayan kişilere uygulanacak bir sosyal müdahalesi bireyleri sadece ekonomik olarak güçlendirmekle kalmayacak aynı zamanda ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin, baş etme mekanizmalarının gelişimi ve kullanımı açısından da fayda sağlayacaktır. Ancak toplumsal algıya bakıldığında sosyal hizmet uygulamaları bireylere yalnızca maddi destek sağlayacak uygulamalar olarak görülmektedir. Aşağıdaki görüşmeciler yaşlı bireye bakım verirken yaralandıkları sosyal hizmet uygulamalarını evde bakım ücreti ve mama-bez yardımı olarak belirtmişlerdir. Bunun dışında psikososyal destek ve danışmanlık hizmetiyle ilgili herhangi bir uygulamadan faydalanmadıklarını ifade etmişlerdir.

(K1) Sosyal hizmetlerden kasıt bakım parasıysa evet. Onun dışında da başka bir şeyden faydalandığımı hatırlamıyorum.

(K3) Evet sosyal hizmetlerden evde bakım ücreti alarak yararlandık.

(K11) Sadece bakıcı parası veriliyordu ve bez parası veriliyordu. Bez parasını yardımını hemen hastalığın başında vermediler alamadık aynı şekilde bakım parasını da ilk yıl alamadık ikinci yıl verdiler. İlk yıl götürdüğümüzde yeni başlamıştı hastalığı doktor rapor vermemişti. Bir yıl bittikten sonra tekrar götürdük çünkü iyice ilerlemişti ve doktor rapor verdi. Doktor raporu verince de bakım parası bağlandı. Verilen hizmetler yeterli değildi bu süreç çok zor bir süreçtir bakım isteyen bir süreçtir her şeyi sen yapmak zorundasın tamam o konuşmuyor anlatmıyor ama onun rahat etmesi için sen her şeyi yapmak zorundasın.

(K7) Bakım parası bağladılar. Bide bez yardımı verdiler. Onun dışında herhangi bir yardım almadım.

(K20) Mama-bez sağlanması gibi destekler alındı. Annemin durumu aslında normaldi pek bir sorunu yoktu. Anneannemin durumu kötüleştiğinde annemin durumu da bi kötüye gitmeye başladı. Sonra annemde agresifleşti. Bir sinirli oldu kimseye iyi davranmamaya başladı. Biz de anneannemin doktoruna söyledik laf arasında doktorda bize böyle durumlarda psikolog desteği alabileceğimizi söyledi. Ama başvurmamak zamanı yoktuannemin. Bunların yanında mama ve bez de alıyorduk aylık belli bir kotamız vardı alıyorduk yani.

K9 SYDV ‘den çocukları ve için yardım aldığını ve sosyal hizmetlerden faydalandığını ancak yaşlıya bakım verdikleri için ne maddi ne de bireysel iyilik hallerini geliştirmek adına bir yardım almadığını belirtmiştir.

(K9) Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından çocuklarım için kırtasiye yardımı, erzak yardımı gibi yardımlar aldım. Ancak bunun dışında yaşlıya bakım verdiğim için herhangi bir kurumdan yardım almadım. Engelli raporu henüz ağır engelli değil diye de alamadık.

Bakım verme sürecinde bakıcı bireylerin yaşadıkları çaresizlik, umutsuzluk, güçsüzlük, sosyal destek kaybı ve yetersizliği, tükenmişlik ve buna benzer sorunlarla başa çıkmada çoğu zaman kişiler herhangi bir kurum ya da kuruluştan psikososyal destek talebinde bulunmamaktadırlar. Bu davranışın nedeni bazen kişilerin kendi kişisel tercihleriyken bazen ise bu hizmetlere erişim hakkında bilgi sahibi olunmamasından kaynaklanmaktadır.

Aşağıdaki görüşmeciler ise yaşlı bakımı için ve kendi psikososyal iyilik hallerini korumak adına sosyal hizmetlerden herhangi bir şekilde faydalanmadıklarını belirtmişlerdir.

(K17) Hayır yararlanmadık. Zaten nereye nasıl başvuru yapacağımızı da bilmiyorduk. Kendi çabamızla baktık.

(K16) Şöyle söyleye bilirim ilk dönemlerde çaresiz kaldığım zamanlarda sağlıkbakanlığıyla ilgili bir bölümü aradım hemen birkaç gün içinde geldiler. Ancak geldikleri zaman babam hemen arkamdan kapıya kadar gelmişti ve 87 yaşında babamın ayakta olduğunu gördüler. Biz yatalak hastalara yardım ediyoruz size yardım edemeyiz dediler. O günden sonra hiçbir resmi kurumdan bir talep içerisinde olmadım.

(K6) Hayır yararlanmadık. Zaten ne tür hizmetlerden yararlanabileceğimiz hakkında da bir bilgimiz yok sosyal hizmetlerden kastınız maddi yardımsa hayır öyle bir talebimiz olmadı.

(K8) Sosyal hizmet kurumlarından yararlanmadım. Gerek te duymadık daha doğrusu kendi babamızın bakımını da yapamayacak mıyız diye düşündük. Ama sosyal hizmet kurumunun faaliyetlerinden daha sonra haberdar olduk tabi birebir faydalananlardan bez yardımı, evde bakım ücreti alanlar varmış. Biz talep etmedik.

4.5.2. Bakım Süreci ve Sosyal Hizmetlerden Beklentiler

Bu başlık altında görüşmecilere “Hastaya bakım verirken sosyal hizmetlerden beklentileriniz nelerdir?” sorusu yöneltilmiş olup bununla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Sosyal hizmet uzmanlarının rollerinden biri de aracı\arabulucu rolüdür. Bu rol kapsamında Sosyal Hizmet Uzmanları müracaatçı ve müracaatçının ihtiyaç duyduğu kaynaklar arasında aracı rolü üstlenmektedir. Bu bağlamda hasta ve hasta yakınları ile sağlık merkezleri arasındaki bağlantı sürecinin hasta yakınları için daha az yıpratıcı olması ve bu kişilerin güçsüzleşmesinin önüne geçilmesi adına faaliyetler yürütmektedirler.

K1 Sosyal Hizmetlerden beklentilerini hasta ve yakınlarına insanca bir muamele yapılması, raporlar ve diğer resmi işlemler için prosedürlerin hafifletilmesi ve hasta yakınlarının yalnız olmadıklarının hissettirilmesi olarak ifade etmiştir.

(K1) Hastayı "ürün" olarak değil, para kazanılacak bir şey olarak değil, insan olarak görmek. Hasta yakınları için prosedürleri hafifletecek hizmetlerde bulunmak.En önemlisi hasta yakınlarının yalnız olmadığını hissettirmek.

Sosyal hizmet uzmanlarının bir diğer temel rolü ise savunuculuk rolüdür. Bu rol kapsamında Bireylerin kaynaklara eşit bir şekilde ulaşmalarının sağlanması ve sosyal adaletin gerçekleştirilerek güçlendirilmesi temel felsefedir. K3 ve K17 Sosyal hizmetlerden beklentilerinin kırsal alanda yaşadığı için gerekli sosyal hizmetlerden faydalanamadığını, bez mama yardımına ulaşımının zor olduğunu, gerekli kaynak bulmakta zorlandığını ve bu tür problemlerin önüne geçilmesi olarak ifade etmiştir.

(K3) Sosyal hizmetlerden psikolojik destek beklentim vardı. Fiziki olarak evde bakım değerlendirilebilirdi. Köyde olduğu için ulaşımı bahane ettiler. Ulaşım vardı köyümüze halbu ki bunu yapmadılar. Bezlerini ve mamalarını alırken çok fazla zorlandık. Doktora yazdırıp daha sonra ise eczaneye götürüp daha farklı bir sürü protokol vardı bunun bu yollardan değil de daha farklı yollardan yapılabilirdi. Daha kolay bir süreç işleyebilirdi. Çeşitli sıkıntılar ve araç taşıma en önemlisi de o destekleri görmek isterdik onlarında göremedik.

(K17) Düzenli olarak sağlık kontrollerinin yapılması yeterli olurdu başka bir ek hizmete gerek yok. Çünkü diğer bütün ihtiyaçlarını bizler ailesi olarak karşılıyorduk. Bizim gibi köylerde sağlık hizmet kuruluşlarına uzak olan yerlerde yaşlı bakımlarında en önemli olan şey sağlık kontrollerini yaptırmak oluyor. Diğer ihtiyaçlarını biz karşılıyorduk zaten.

Sosyal hizmet uzmanlarının temel rollerinde biri de danışmanlık rolüdür. Bu rol kapsamında bireyler başa çıkmakta zorlandıkları ve hayatlarına devam edecek gücü bulamadıkların bir olayla ve durumla karşılaştıklarında bireylere psikososyal destek verilmektedir. K16 sosyal hizmetlerden beklentilerini hastalığın teşhisi ve tedavi planının çizilmesi aşamasında yol gösterici, destekleyici olması olarak ifade etmektedir.

(K16) Bir hizmet beklersem sadece doğru ilaçların verilip babamın rahatlamasıydı yani ev ortamında uykusun düzenli olması iyi bir uyku uyuması sinirlilik halinin agresifliğinin geçmesi gitmek istemekten vaz geçmesi bazı şeyleri daha basit bir şekilde halletmek bütün bu saydıklarım doğru ilaç ve doğru doktorla olabiliyormuş ama ben bunu sağlayamadım. Bunun vicdan azabı da var benim içimde. Acaba doğru tedavi yöntemi ile daha iyi bakar mıydım babama onu düşünüyorum hep. Bu nedenle sosyal hizmetlerden beklentim ben doğru tedaviyi, nasıl davranacağımı nerelere başvuracağımı bilemedim ama benden sonra bunu yaşayacaklar için yol gösterici uygulamalar yapılsın.

SHU 'nın bir diğer önemli rolü sosyal değişimin faili olmalarıdır. Bu kapsamda bireylerin sorunlarına ve isteklerine çözüm getirmeye yönelik makro boyutta siyasi, sosyal, bireysel, örgütsel değişimlerin sağlanması amacıyla çalışmalar yürütülmektedir. K9 sosyal hizmetlerden beklentilerini engelli bakım oranının düşürülmesi ve hasta ağırlaşmadan ve yatalak hale gelmeden önce evde bakım ücreti verilmesi olarak ifade etmektedir.

(K9) Beklentim rapor oranını düşürmeleri. Komşular eş dost sosyal hizmetlere git evde yaşlına bakıyorsun diye sana maaş bağlarlar dedi. Gittim ama yaşlımın engel raporunu yeterli bulmadıkları için vermediler. Eğer evde bakım yardımını verseydiler çoğu sorunu yaşamazdık ve bende daha hevesli bakabilirdim.

K19 ise Sosyal hizmetlerden beklentilerini evde bakım ücretinin arttırılması ve hastanın sağlık kurumlarına erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla faaliyetlerde bulunması olarak ifade etmektedir.

(K19) Daha fazla para verebilirdiler. Hastamızı rutin olarak gelip kontrol edebilirdiler. Hasta ile ilgili sorular sorabilir kontrol edebilirdiler ama öyle bir şey hiç olmadı. Hastalık ilerledikçe bizde hani üst katta oturuyorduk 6. Katta oturuyorduk asansör yoktu hastayı aşağıya indirmek ve çıkartmak ölümden beterdi. Birkaç kişi çağırıp sandalye üzerinde çıkartırdık. Son zamanlarda hastaneye götürürken ambulans geldi onun dışında biz kendi imkânlarımızla götürüyorduk. Bu tarz şeyleri onlar yapabiliirdiler.

Sosyal hizmet uygulamasının temel prensiplerinden biride şok ve kriz anında bireylere psikososyal destek vererek kriz anının kronikleşmesinin önüne geçmektir. K6 sosyal hizmetlerden beklentilerini hastalık teşhisiyle birlikte yaşanan şok ve üzüntü halinde destek verecek bir yapı talep ettiklerini ifade etmektedir.

(K6) Bu beklenti sosyal hizmetlere mi giriyor bilmiyorum ama hastalık ilk öğrenildiğinde hem hastada hem de ailedekiler çok üzüyor. Doktorun yanından çıktığınız da beyniniz durmuş gibi hissederek çıkıyorsunuz. Bu aşamadayken hastalıkla ilgili korkularımın en çok arttığı bu zamanda bir destek istiyor insan yanında. Bunu bilen birini istiyor.

Toplumsal algıya bakıldığında sosyal hizmetin kapsamı, sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleri, sosyal hizmet kapsamında verilebilecek hizmetlerin boyutu hakkında çok fazla bilginin olmadığı görülmektedir. Bilginin olmayışı ve hizmetlerin bilinmeyişi bireylerle sosyal hizmet arasında mesafe oluşması ve sosyal hizmetten beklentilerinin olmayışına neden olmaktadır. Aşağıdaki görüşmeciler sosyal hizmetlerden herhangi bir beklenti içinde olmadıklarını ifade etmektedirler.

(K14) Herhangi bir beklentim yok. Evde bakım ücreti veriyorlar zaten.

(K20) Hayır yok. Zaten öyle bir talebimizde olmadı. Beklentim yok.

(K10) Herhangi bir beklentimiz olmadı.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç

Dünya nüfusunun her geçen gün yaşlandığı ve yaşlanmanın küresel bir sorun haline geldiği yadsınamaz bir gerçekliktir. Yaşlılık döneminde görülen çeşitli sorunlar vardır. Bu sorunlar çoğunlukla yaşlıyı ve yakın çevresini etkilemektedir. Bu sorunların başında yaşlı bireyin biyolojik yapısında meydana gelen değişiklikler ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunları gelmektedir. Bu sağlık sorunları çoğunlukla kroniktir ve yaşlıyı başka bireylerin bakımına muhtaç hale getirmektedir. Yaşlıya kronik bir hastalık teşhisi konulduktan sonra yaşlının bakımı için iki seçenek bulunmaktadır. Bunlardan ilki yaşlının bir bakım evine yerleştirilmesidir. İkinci seçenek ise aile bireylerinin yaşlının bakımını ev ortamında sürdürmesidir. Bu seçeneklerden birincisi çoktercih edilen bir seçenek değildir. Toplumumuzda yaşlı bireyler hastalandıkların da bakımları çoğunlukla aile üyelerince yapılmaktadır.

Ev ortamında aile üyeleri tarafından bakımı yapılan hasta bireylerden biri de Alzheimer hastası yaşlılardır. Alzheimer hastalığı çoğunlukla 65 yaş üstü bireylerde görülen bir hastalıktır. Bu hastalığının bilinen bir tedavisi bulunmamakla beraber kullanılan ilaçlar hastalığın seyrini yavaşlatmaya çalışan ilaçlardır. Alzheimerlı yaşlılar ilk evrelerde aile üyelerine zorluk yaşatabilecek ağır belirtiler göstermemektedir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte yaşlı bireyler bilinçli davranışlar sergileyememekte, öz bakımını yapamamakta ve hastaya bakan kişilerin hastayla birlikte eve bağımlı halegelmesine neden olmaktadır.

Bu çalışma Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren aile üyelerinin, bakım sürecinde yaşadığı sorunlar ve bu sorunlara güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde nasıl müdahalelerde bulunulabileceğiyle ilgilidir.

Bu bağlamda yapılan bu alan araştırması sonucunda 20 kadın katılımcı ile nitel araştırma yöntemi kullanılarak derinlemesine görüşme yapılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri değerlendirildiğinde, katılımcıların hepsinin kadın olduğu görülmüştür. Yaş aralıklarının 25-53 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyelerine bakıldığında katılımcıların 4'ünün yükseköğretim, 5'inin ortaöğretim, 3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, 2'sinin okuryazar ve 6'sının okuryazar olmadığı

belirlenmiştir. Görüşmecilerin 19'u gelir getiren herhangi bir işte çalışmadıklarını 1'inin çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların hastayla yakınlık derecelerine bakıldığında 9'unun hastanın kızı, 8'inin gelini 3 'ünün torunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan görüşmecilerin büyük çoğunluğu hastalığı fark etmelerini sağlayan olayların hastanın unutkanlıklarının artması ve rutin davranışlarından farklı davranışlar sergilemesi olarak belirtmiş, anormal davranışların artmasıyla birlikte doktora gittiklerini ve Alzheimer teşhisi konulduğunu ifade etmişlerdir.

Görüşmeciler hastalık hakkında ilk bilgilendirmeyi teşhis anında doktordan öğrendiklerini ancak hastalığın ciddi bir hastalık olduğunu ve hastalığın evreleri hakkındaki temel bilgileri internet araştırmaları sonrasında edindiklerini ifade etmektedirler.

Araştırmaya katılan görüşmeciler hastalık öncesi hayatlarını sosyal, aktif, zaman yönetimi sorunu olmadan, çevresel ilişkilerinin verimli olduğu dönem olarak tanımlarken, hastalık sonrasındaki dönemi asosyal, pasif, eve ve yaşlıya bağımlı oldukları dönem olarak ifade etmişlerdir.

Görüşmeler sonucunda hasta bireye bakımın genellikle evin kadın üyelerine (kız, gelin, eş, torun) yüklendiği ve bunun zorunlu bir sonuç gibi algılandığı görülmüştür. Bu kapsamda yaşlıya teşhis konulduktan sonra hasta yaşlıların eşlerinin hasta yaşlıya bakmakta güçlük çektiği ve bu görevin ailenin daha genç ve kadın üyelerine yüklendiği görülmüştür.

Araştırma kapsamında görüşmeciler Alzheimer hastasına bakarken en çok zorlandıkları konuları yemek yedirme, tuvalet ihtiyacını karşılama, ilaç içirme, uyutma, hastanın inatlaşması gibi durumlar olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırma sonucunda bakıcı bireylerin tükenmişlik duygusunu sürekli hissettikleri ve bu olumsuz duygunun her geçen gün arttığı ifade edilmiştir. Tükenmişlik duygusunun nedenine bakıldığında ise hastanın bakımının genellikle ailenin tek bir üyesinde yoğunlaşması, bu bireylerin aile içinde bakım rolünün dışında da rollerinin olması ve bu rollerin sorumluluklarına yetişememesi, sosyalleşememesi gelmektedir.

Görüşmecilerin bakım sürecinde sosyal desteğe ihtiyaç duydukları inkâr edilemez bir gerçekliktir. Bu bağlamda yapılan görüşmelerde sosyal destek alınan kişilerin

çoğunlukla yakın akrabalar ve arkadaşlar olduğu bunların dışında sosyal destek sistemlerinden destek almadıkları ifade etmektedirler.

Görüşmecilerin büyük bir kısmı bakım verme sürecinde herhangi bir ekonomik sıkıntı yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun nedenleri olarak; yaşlıların emekli aylıklarının olması ve aile bireylerinin hastaya ev ortamında bakım vermeleri nedeniyle alınan evde bakım ücreti olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında bakıcı bireyler yaşlıyı kurum bakımına vermeme ve ev ortamında bakma nedenleri olarak sırasıyla manevi değerler, dini yaptırımlar, kültürel nedenler, hastaya duyulan sevgi ve hiçbir kurum ve kişinin aile bireyleri kadar etkili şekilde bakamayacağı düşüncesi olduğunu ifade etmektedirler.

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde hasta bireyin aile sistemine katılmasıyla aile içi sorumluluk ve ilişkilerde bozulmalar meydana geldiği, bu bozulmaların aile sistemine zarar verdiği ve evli çiftler arasında sorunlu ilişkiler doğmasına neden olduğu belirlenmiştir.

Görüşmeciler sosyal hizmetlerden ayni ve nakdi yardımlar dışında herhangi bir danışmanlık veya psikososyal destek hizmetlerinden faydalanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Genel sonuçlara bakıldığında Alzheimer hastası yaşlılara evde bakım veren aile üyesinin gelecek kaygısı taşıdığını, yaşlıyı kurum bakımına vermek istemediği, hastanın öz bakımını yapmakta zorlandığı, hastalık karşısında çaresiz ve tükenmiş hissettiğini, bakım sürecinde sosyal destek beklentisinin olduğu, sosyal hizmetlerden ayni ve nakdi yardımlar dışında faydalanmadığı, bakım sürecinde psikososyal destek almadığı görülmüştür. Sonuç olarak hastalığın öğrenildiği andan itibaren hasta yakınları güçlendirilmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu güçlendirme dışardan gelebilecek veya hastaya aktarılabilecek bir şey değildir. Güç kişilerin içinde bulunan ve sosyal hizmet müdahalesiyle kendini fark ettirip gün yüzüne çıkabilecek ve hasta yakınının yaşamında kendini gösterecek bir şeydir.

Öneriler

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın sonuçları ve görüşme yapılan aile üyelerinin ihtiyaçları çerçevesinde bakım verme sürecinde yaşanan güç durumlarla nasıl baş edilebileceği, bakıcı bireylerin sosyal işlevselliklerini geri nasıl kazanabilecekleri, aile

içi sorunların çözümü, bireysel ve toplumsal kaynaklarından en etkili biçimde nasıl faydalanılabileceğiyle ilgili öneriler sunulacaktır. Bu önerilerin aile üyelerinin bakım sürecinde güçlenmelerine fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Öncelikle Alzheimer hastalığı teşhisi konulduğunda hasta ve ailesinin yaşadığı akut kriz durumunun kronik hal almaması amacıyla doktor ve tıbbi sosyal hizmet birimi arasında koordinasyon ağı kurulması gerektiği, teşhis anında sosyal destek ekibinin bulunması, kriz anı seyrini düşürdükten sonra hastalıkla ilgili gerekli bilgilendirmenin tıbbi sosyal hizmet ekibince yapılmalıdır. Böylelikle hasta ve hasta yakınlarının internet ortamında yanlış bilgi edinmelerinin ve olumsuz bilgiler edinerek hastalık karşısında çaresiz ve güçsüz hissetmelerinin önüne geçilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Teşhisin ilk zamanları hem hasta hem de ailesi için güçlendirmeye en çok ihtiyaç duyulan zaman dilimidir. Kişiler bu dönemde hastalığı inkâr edebilmekte, kendilerini suçlayarak depresyon belirtileri gösterebilmektedirler. Bu süreçte bireylerin buna benzer bir kriz anı yaşadıklarında hangi savunma mekanizmalarını kullandıkları bilinmeli, dini-manevi inanç boyutları, tepkileri iyi analiz edilip bireylerin daha önce kullandıkları baş etme mekanizmaları harekete geçirilerek güçleri beslenip desteklenmelidir.

Alzheimer hastası bireye bakım verecek aile üyelerinin bakım verme sürecinde zorlanmamaları, hastalığı tanımaları, evrelerini bilmeleri, hazırlıklı olmaları ve sorunlarla ilgili çözümleri karşılaşmadan üretebilmeleri amacıyla bu aile üyelerine güçlendirmenin ilk aşaması olarak hastalıkla ilgili bilgi ve eğitimler verilmelidir.

Hastalık sonrası hem hasta bireyin hem de aile üyelerinin hayatında radikal değişimler yapmaları gerekebilmektedir. Hastanın yalnız bırakılmaması, sorumluluk verilmemesi, evin şekil ve dekorasyonunun hastaya göre düzenlenmesi gibi zorunlu değişiklikler yapılmaktadır. Bu sürecin hem hasta hem de aile üyeleri için daha az yıpratıcı olması açısından bireyler desteklenmeli, sosyal destek ağları(aile, akraba, arkadaş, komşu vb) harekete geçirilmeli ve bireylerin hayatındaki bu değişikliklere uyumu kolaylaştırarak bu yönden gelebilecek bir güçsüzlüğün önüne geçilmelidir.

Hastalık sonrası bakım yükünün ailenin tek bir üyesine bırakılmasının ve bu bireylerin güçsüzleşmesinin önüne geçmek amacıyla ailenin bütün üyelerinin bulunduğu zaman dilimlerinde periyodik görüşmeler yapılması gerekmektedir. Bu görüşmelerde aile içi görev dağılımının belirlenerek bakım yükünün tek kişiye yüklenmesinin önüne

geçilmesi, bakım veren kişilerin sosyal işlevselliklerini kaybederek eve bağımlı, asosyal, tükenmiş ve güçsüz hissetmesinin önüne geçilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Alzheimer hastası yaşlıya bakım veren ve çeşitli dönemlerde güç dengesinin değiştiği aile üyelerinin sosyal hizmetler kapsamında hangi desteklerden (aynı, nakdi, psikososyal) faydalanabilecekleri hakkında ön bilgilendirmeler yapılarak ekonomik ve psikolojik güçsüzlük yaşanmasının önüne geçilmelidir.

Bakımı üstlenen aile üyelerinin büyük çoğunluğu yaşlıya ev ortamında bakım verme nedenlerini; manevi, dini, vicdani nedenler olarak belirtmişlerdir. Bireylerin bakım verme, bakımın devamlılığını motivasyonları yüksek bir şekilde devam edebilme ve güçsüzleşmelerini önlemek adına bakım veren aile üyelerinin manevi, dini, vicdani değerlerine uygun bir şekilde güçlendirme uygulaması yönetilmelidir.

KAYNAKÇA

- Abay, A. R. (2013). A. R. Abay, & F. Güngör içinde, *Bakım ve Sosyal Hizmet*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Adak, N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları Kadınlar. *Aile ve Toplum Dergisi*, 81-89.
- Akyar, İ., & Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49.
- Altıntop, İ. (2018, Nisan). İnfertile Tedavisi Gören Bireylerin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi: İzmir-Manisa Örneği. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Yalova Üniversitesi.
- Apak, H. (2018). Güçlendirme ve Maneviyata Duyarlı Sosyal Hizmet. *Ululararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(67), 399-411.
- Apak, H. (2018). *Sosyal Hizmet ve Maneviyat*. İstanbul: Bir Yayıncılık.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Arıkan, Ç. (2011). Aile İçi Şiddet, İstismar ve İhmale Sosyal Hizmet Müdahalesi. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile : Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı*(s. 32-51). Ankara: Maya Akademi.
- Arpacı, F. (2009). Yaşlıya Bakan Kadınların Bakım Yüklerinin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*(1), 61-72.
- Aslan, M., & Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(7), 53-62.
- Baran, A. G. (2005). *Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması: Ankara Örneği*. Ankara: .C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Barker, & R, L. (1999). *The Social Work Dictionary*. Washington: NAWs Press.
- Bayoğlu, A. S. (2011). Yaşlanma Sürecinde Sosyal Dışlanmaya Karşı Güçlendirme Temelli Sosyal Hizmet Müdahalesi. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile : Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 108-123). Ankara: Maya Akademi.
- Birinci, E. (2020). Alzheimer Hastalığında Sosyal Hizmet Yaklaşımı. E. Birinci içinde, *Alzheimer Hastalığında Multidisipliner Yaklaşım* (s. 95-110). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bulduk, E. Ö. (2014). Yaşlılık ve Sosyal Değişim. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*(2), 53-60.
- Canatan, A. (2015). Yaşlılıkta Sosyal İlişkiler ve Toplumsal Cinsiyet. *Kimlik ve Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 18-27.
- Çağlar, T. (2017). *Yaşlı Bakımı : Modeller ve Uygulamalar*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Çağlar, T. (2019). Yaşlıya Bakım Verenlerle Çalışma. U. Yanardağ, & Y. M. Zubaroğlu içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Çapan, B. E. (2016, Aralık). Yaşlı ile Birlikte Yaşamak: Stres ve Başa Çıkma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(2), 33-47.

- Çatak, B., Öner, C., Kılınç, A. S., Sütü, S., & Şenbayram, S. (2012). Yaşlılara Evde Bakım Verenlerde Ruhsal Hastalık Belirtisi Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Kafkas Tıp Dergisi*, 2(3), 105-108.
- Çevik, Y. (2020). Türkiye’de Aileye Yönelik Sosyal Hizmet ve Aile Danışmanlığı Uygulamaları. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Çiçek, z. (2012). Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. İzmir.
- Çifci, E. G., & Uluocak, G. P. (2011). Alkol ve Madde Bağımlısı Ergenlerin ve Aileleri : Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Sosyal Hizmet Müdahalesi. y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile : Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 72-89). Ankara: Maya Akademi.
- Çoban, A. İ. (2011). Göçmen Ailelerin Uyum Süreci : Kaynaklar ve Engeller. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 107-122). Ankara: Maya Akademi.
- Çolakoğlu, Z. (2004). Alzheimer Hakkında Her Şey. *Aktüel Sağlık Kitapları Serisi*. İstanbul: Boyut Yayıncılık.
- Danış, M. Z. (2004). *Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri*. Ankara: Güç-Vak Yayınları.
- Dökmen, Z. Y. (2012). Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 1-38.
- Duyan, G. Ç. (2011). Parçalanmış Aileler ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 13-30). Ankara: Maya Akademi.
- Duyan, G. Ç. (2019). Yaşlı Ailesi ile Çalışma. U. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(25).
- Duyan, V. (2019). *Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Nar Yayınevi.
- Erbay, E. (2019). Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(42), 41-63.
- Erkan, N.(2020). Arşiv ve Mahkeme Kayıtlarına Göre Osmanlı Payitahtında Yaşlı Olmak (16-18. yüzyıllar). *Diyanet İlmi Dergisi*, 56(1), (Mart 2020): 123-146.
- Güdek, K. (2013). *Birey & Aile Sosyal Çalışma*. Nobel Tıp Kitapevleri.
- İnci, F. H., & Erdem, M. (2003). Birlikte Yaşama Güçlüğü Belirleme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliği. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3(2), 126-136.
- Karabulutlu, E., Akyıl, R., S Karaman, & Karaca, M. (2013). Kanseri Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1-9.

- Karataş, Z. (2016). *Evde Bakım Hizmetleri Manevi Değerler Boyutuyla*. İstanbul: Açılım Kitap.
- Kaya, H. O., & Çelik, Y. (2018). Hasta Bakım Yükü : Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 625-640.
- Kaya, H. O., & Çelik, Y. (2018). Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(21), 625-640.
- Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., & Bakar, M. (2017). Alzheimer Hastalığı'nda Evrelere Göre Hastaya Bakım Veren Kişi(Ler)nin yükü. *Arch Neuropsychiatry* (54), 82-86.
- Korkut, G. (2019). Yaşlılık ve Yaşlılara Yönelik. Sosyal Politikalar. U. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Kulaksızoğlu, I. B. (2007, Eylül-Ekim). Unutmak Bir Hastalık Belirtisi Olabilir. *Popüler Psikiyatri*(39), 11-12.
- Özdemir, U. (2018). *Sosyal Hizmetin Neliği*. Ankara : Nobel Yayıncılık.
- özden, S. A. (2019). Yaşlılara Yönelik Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. U. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Özer, Ö., & Şantaş, F. (2012, Nisan). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103.
- Özkan, Y., & Yaşar, Y. G. (2011). Ekonomik Krizde İşsizlik ve Ailenin Güçlendirilmesi. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 137-158). Ankara: Maya Akademi.
- Özmete, E. (2011). Yoksul Ailelerde Sosyal Dışlanmaya Karşı Güçlendirme Yaklaşımı. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 71- 88). Ankara: Maya Akademi.
- Özmete, E. (2019). Yeni Yüzyılda Yaşlanma İçin :Gündem: Temel Kavramlar ve Yaklaşımlar. U. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet* (s. 25). Ankara: Nika Yayınevi.
- Öztop, H., A., S., & Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 39-49.
- Pehlivan, S., Özgür, Y. F., Yıldız, H., Dalkılıç, H. E., & Pehlivan, Y. (2018). Romatolojik Hastalıklarda Sosyal Destek ve Bakım Veren Yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(44), 19-25.
- Selçuk, K. T., & Avcı, D. (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1).
- Selma, e. C., & Sunal, N. (2017). Demaslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Özgün Araştırma*. Gazi Osman Paşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Sevil, H. T. (2005). *Yaşlılığın Sosyal Anatomisi*. Ankara: Sabev.
- Sheafor, B. w., & Horejsi, C. J. (2012). *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*. Nika Yayınevi.

- Sögüt, Ç., & Dündar, P. E. (2017). Manisa'da Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilere Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Türk J Public Health*, 15(1), 37-46.
- Şahin, D. S. (2019). Yaşlılarda Sık Görülen Sağlık Problemleri ile Tedavi ve Bakım Esnasında Ortaya Çıkan Tıp Etiği Sorunları. U. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Şahin, F. (2011). Aileleri Güçlendirmek : Güçler Perspektifi Temelinde Bir Bakış. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile : Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı*, Ankara: Maya Akademi.
- Şahin, N., & Batıgün, A. (1997, Aralık). Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres. *Türk Psikoloji Dergisi*, 39, 57-71.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2017). *Demans Bakım Modeli Raporu*. Ankara: T.c. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Tekindal, M. (2019). Gelişimsel Özellikleri Açısından Yaşlıyı Değerlendirme. u. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet* (s. 71). Ankara: Nika Yayınevi.
- Thompson, N. (2016). *Güç ve Güçlendirme*. Ankara : Nika Yayınevi .
- Tomanbay, İ. (1999). *Sosyal Çalışmayı Yapılandırmak*. Ankara: Sabev Yayınları.
- Tufan, İ. (2016). *Bakıma Muhtaç Türkiye 'de Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Tufan, i. (2020). Gerontolojik Bakış Açısından Alzheimer Hastalığına Multidisipliner Yaklaşım. E. Birinci içinde, *Alzheimer Hastalığına Multidisipliner Yaklaşım* (s. 55). Ankara: Nobel Yayın Grubu.
- Tuncay, F. Ö., Mollaoğlu, M., & Fertelli, T. K. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4(3), 125-130.
- Tuncay, F. Ö., Mollaoğlu, M., & Fertelli, T. K. (2015, Ekim). *Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Sosyal Destek Düzeyi*. www.literaturesempozyum.com. adresinden alındı
- Türkan, M., & Sezer, S. (2017). Yaşlı Yoksulluğunun Yarattığı Sosyal ve Psikolojik Sorunlar: Muğla Örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(4), 35-57.
- Uçan, G., Çalım, S. İ., & Yıldırım, Ş. (2015). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık İletişimi Alanındaki Rol ve Fonksiyonları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(4) 91-100.
- Uğur, H. G., Orak, O. S., Aktaş, Y. Y., & Enginyurt, Ö. (2018). Alzheimer Tanılı Hastaya Ev Ortamında Bakım Veren Bireylerin Hastalarıyla İlgili Yakındıkları Hastalık Semptomları. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 601-611.
- Verma, G. S., Oğuzhanoglu, N. K., Ateşçi, F. Ç., Karagöz, N., & Apa, F. (2018). Alzheimer Hastasına Bakım Veren Yakınlarında Psikodramatik Grup Terapisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(19).

- Yanardağ, M. Z. (2019). Sosyal Hizmet Mesleğinde Gerontolojik ve Geriatrik Boyut Üzerine Bir İnceleme. U. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ içinde, *Yaşlılık ve Sosyal Hizmet* (s. 32). Ankara: Nika Yayınevi.
- Yıldırım, B. (2017). Bir Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması: Hemodiyaliz Hastaları Üzerine Etkileşim Grubu Planlama. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2), 64-73.
- Yılmaz, A., & Turan, E. (2007). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27(3), 445-454.
- 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik(2013, 1 Ocak). Resmi Gazete (Sayı 28539)

Çevrimiçi Kaynaklar

- <https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/demans/> . Erişim Tarihi : 12 Mart 2021
- <https://www.trthaber.com/haber/dunya/2050de-dunya-yasli-nufusu-iki-katina-cikacak-520043.html> . Erişim Tarihi: 1 Ekim 2020
- <https://www.alzheimerderneği.org.tr/2020/08/14/2050-yilinda-hasta-sayisinin-150-milyona-ulasmasi-bekleniyor/#:~:text=Derne%C4%9Fi%20Ba%C5%9Fkan%C4%B1%20Prof.-,Dr.,150%20milyon%20civar%C4%B1na%20ula%C5%9Faca%C4%9F%C4%B1n%C4%B1%20s%C3%B6yledi> . Erişim Tarihi : 21 Nisan 2020
- https://cdnacikogretim.istanbul.edu.tr/auzefcontent/19_20_Guz/sosyal_hizmete_giris/3/index.html . Erişim Tarihi : 12 Ocak 2020

EKLER

EK-1 Etik Kurul Kararı



T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 93772138-22
Konu : Görüşme Formu İzni

18/12/2019

Sayın Sultan BOZKURT

Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü yüksek lisans öğrencisi olarak yürütmekte olduğu "Alzheimer Hastalarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Diyarbakır İli Örneği" adlı yüksek lisans tezi ile ilgili yapacağı görüşme sorularının ve başvuru formu, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Mustafa ÖZTAŞ
Etik Kurul Başkanı

Ek 1: Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurulu Başvuru Formu
Ek 2: Görüşme Soruları

**T.C. YALOVA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ARAŞTIRMA ETİK KURUL
RAPORU**

T. C. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet ABD yüksek lisans öğrencisi Sultan BOZKURT'un yürütücülüğünü yaptığı "Alzheimer Hastalarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Güçlendirme Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Diyarbakır İli Örneği" başlıklı çalışması ve ekte yer alan mülakat soruları 03.12.2019 tarihinde yapılan toplantı sonucu başvuru formunda yer alan sorulara verilen cevaplar da göz önüne alınarak Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurul'u tarafından :

- (X) Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.
- () Çalışmanın etik açıdan geliştirilmesi gerekmektedir.
- () Çalışma etik açıdan uygun bulunmamıştır.

EK-2

Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIŞ DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Eğitim Durumunuz:

☐ Okur yazar değil

☐ Okur yazar

☐ İlköğretim mezunu

☐ Ortaöğretim mezunu

☐ Yüksek Öğretim mezunu

4. Hasta ile yakınlık dereceniz:

☐ Eşi

☐ Kızı

☐ Oğlu

☐ Kız Kardeşi

☐ Erkek Kardeşi

☐ Gelin

☐ Damat

☐ Torun

5. Aylık geliriniz

☐ Gelir Giderden az

☐ Gelir Gidere Eşit

☐ Gelir Giderden Fazla

6. Şu anda çalışıyor musunuz:

☐ Evet

☐ Hayır

7. Ne kadar süredir yaşlıya bakım vermektedirsiniz ?

☐ 1 yıldan az

☐ 1-3 yıl arası

☐ 3-5 yıl arası

☐ 5 yıl ve üstü

8. Aile türünüz

☐ Geniş aile

☐ Çekirdek aile

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME SORULARI

- 1 .Bu hastalığı ilk olarak nasıl fark ettiniz ?
2. Alzheimer teşhisi ilk konulduğunda neler hissettiniz?
3. Hastalık hakkında detaylı bilgiyi nereden, ne şekilde aldınız?
4. Durumu ilk kiminle ve nasıl paylaştınız?
5. Hastalık ilk öğrenildiğinde çevreniz nasıl tepkiler verdi?
6. Hayatınızda hastalık öncesi ve sonrası ne gibi değişimlerin olduğunu düşünüyorsunuz?
7. Yaşlıya bakım verirken zorlanılan konular nelerdi?
8. Yaşlıya bakım verirken kendinizi en çok hangi durumlarda çaresiz hissettiniz?
9. Bakım sürecinde destek alınan kişi ya da kurumlar var mıydı? (Aile, arkadaş, profesyonel destek vb)
10. Bakım verme sürecinde ekonomik sorun yaşadınız mı?
11. Bakım verme sürecinde sosyal destek(Aile , akraba , komşu vb .) aldınız mı?
12. Eğer aldıysanız bu sosyal destekler nelerdir?
13. Hastaya bakım verirken yaşlı yakını olarak sosyal hizmetlerden yararlandınız mı?
- Eğer yararlandıysanız Verilen bu hizmetleri yeterli gördünüz mü ?
14. Yaşlınızı herhangi bir kurum bakımına vermeyi düşündünüz mü?
- Düşünmediyseniz neden düşünmediniz?
- 15 .Hasta bireye ev ortamında bakmak istemenize neden olan şey(manevi, dini,vicdani, toplumsal baskı, kültürel nedenler , maddi gelir vb.) nedir?
- 16.. Hastaya bakım verirken sosyal hizmetlerden beklentileriniz nelerdir?
17. Bakım sürecinde destek alınan kişi ya da kurum olduysa bu destekler kimler tarafından hangi yollarla verildi?

18. Kendinizi tükenmiş hissettiğiniz oldu mu ?
19. Bu süreçte kimden ne yönde bir destek beklentisi içerisinde oldunuz ?
20. Hastanızla birlikteyken kısıtlanmış hissediyor musunuz ?
21. Hastanıza yetmediğinizi düşündüğünüz zamanlar oluyor mu ?
22. Hastanızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendinize zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz ?



ÖZGEÇMİŞ

Sultan BOZKURT İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Diyarbakır’da tamamlamıştır. 2017 yılında Bingöl Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünden mezun olmuştur. 2018 yılında Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde Tezli Yüksek Lisansa başlamıştır.

