



**BAKIMA MUHTAÇ ALZHEIMER
HASTALARININ BAKIMINI ÜSTLENEN
HANE SAKİNLERİNİN YAŞADIĞI
ZORLUKLAR:AKŞEHİR İLÇESİ ÖRNEĞİ**

Mizgin ÖZÜŞ

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İlteriş YILDIRIM

Temmuz, 2019

Afyonkarahisar

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BAKIMA MUHTAÇ ALZHEIMER HASTALARININ
BAKIMINI ÜSTLENEN HANE SAKİNLERİNİN
YAŞADIĞI ZORLUKLAR:
AKŞEHİR İLÇESİ ÖRNEĞİ

Hazırlayan
Mizgin ÖZÜŞ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi İlteriş YILDIRIM

AFYONKARAHİSAR 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Bakıma Muhtaç Alzheimer Hastalarının Bakımını Üstlenen Hane Sakinlerinin Yaşadığı Zorluklar: Akşehir İlçesi Örneği**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Mizgin ÖZÜŞ

.../.../2019

TEZ JÜRİSİ KARARI VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ ÜYELERİ

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi İlteriş YILDIRIM
Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Hüseyin KOÇAK
: Dr. Öğr. Üyesi Gökhan GÖKTÜRK

İmza



Sosyoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mizgin ÖZÜŞ' ün **“Bakıma Muhtaç Alzheimer Hastalarının Bakımını Üstlenen Hane Sakinlerinin Yaşadığı Zorluklar: Akşehir İlçesi Örneği”** başlıklı tezi, 25.07.2019 günü saat 15:00’ de Afyon Kocatepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği’ nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıda isim ve imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek kabul edilmiştir.

**Doç. Dr. Elbeyi PELİT
MÜDÜR**

ÖZET

BAKIMA MUHTAÇ ALZHEIMER HASTALARININ BAKIMINI ÜSTLENEN HANE SAKINLERİNİN YAŞADIĞI ZORLUKLAR: AKŞEHİR İLÇESİ ÖRNEĞİ

Mizgin ÖZÜŞ

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

Temmuz 2019

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İlteriş YILDIRIM

Modern demografik faktörler, doğurganlığın azalmasına ve ortalama ömrün uzamasına işaret etmektedir. Söz konusu faktörlerin aktif olduğu toplumlar giderek yaşlanmaktadır. Yaşlı nüfusun, genel nüfus içindeki oranının artması, yaşlılığın daha da toplumsallaşmasına neden olmaktadır. İnsan ömrü uzadıkça ileri yaşlılık bir takım hastalıklarla beraber önemli bir konu haline gelmektedir. Bu hastalıklardan bir tanesi de Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı, bedensel, zihinsel ve ruhsal yönleri bulunan, tedavisi günümüzde mümkün olmayan, dejeneratif ve ilerleyici özellikleri olan bir hastalıktır. Hastalık, zaman içerisinde ilerleme göstererek hastanın, öz bakımını başkasından bağımsız bir şekilde yapamayacak duruma getirmektedir. Hastalığın zorluğuna bağlı olarak hastaların bakımının yapılması da oldukça zor ve yıpratıcı bir süreçtir.

Türk toplumu da giderek yaşlanmakta ve Alzheimer gibi hastalıklar artış göstermektedir. Alzheimer hastalarına bakan aile fertleri veya hane sakinleri de önemli sorunlar yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu tez çalışması kapsamında, Akşehir ilçesi kent merkezi, kasaba ve köylerinde yaşayan ve Alzheimerli hastaya bakım

veren 30 kişiyle derinlemesine g6r6şme gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda bakım veren bireylerin, belirli 6l6de geleneksel 6zelliklerini s6rd6ren bir y6rede, modern yaşlılığın doğasına uygun 6nemli sorunlar yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, modern yaşlılık, ileri yaşlılık, alzheimer hastalığı, bakım sorunları.



ABSTRACT

THE DIFFICULTIES OF HOUSEHOLD MEMBERS WHO TAKE CARE OF THE ALZHEIMER PATIENTS IN NEED OF CARE: EXAMPLE OF AKŞEHİR DISTRICT

Mizgin ÖZÜŞ

**AFYON KOCATEPE UNIVERSITY
THE INSTITUTE of SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT of SOCIOLOGY**

JULY 2019

Advisor: Assist Prof. Dr. İlteriş YILDIRIM

Modern demographic factors point to reduced fertility and prolonged life expectancy. Societies where these factors are active are getting older. The increase in the proportion of the elderly population in the general population causes the elderly to become more widespread. One of these diseases is Alzheimer's disease. Alzheimer's disease is a disease that has physical, mental and psychological aspects, and is not curable today, and has degenerative and progressive features. The disease progresses over time, making the patient unable to perform self-care independently of anyone else. Depending on the difficulty of the disease, the care of the patients is also a very difficult and abrasive process.

Turkish society is also getting older and diseases like Alzheimer's are increasing. It is estimated that family members or household residents caring for Alzheimer's patients also experience significant problems. Within the scope of this thesis, in-depth interviews were conducted with 30 people living in the city center, towns and villages of Akşehir district and caring for Alzheimer's patients. As a result of the study, it was concluded that the caregivers experienced important problems in

a region that maintains traditional characteristics to a certain extent in accordance with the nature of modern old age.

Keywords: Old age, modern old age, advanced old age, alzheimer's disease, care problems.



ÖNSÖZ

Tez çalışma konusunun belirlenmesinde ve hazırlama sürecimin her aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan tez danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi İlteriş YILDIRIM'a;

Tez çalışmam sırasında her zaman için yanımda olan ve beni destekleyen arkadaşım Ayşe KARALAR'a;

Bu süreçte desteklerini hiçbir şekilde esirgemeyen sevgili mahalle arkadaşım Hüseyin BALIK'a;

Hayatım boyunca yanımda olan, idol olarak benimsediğim, her zaman için yatırıma en iyisi eğitime yapılandır diyen ve bu uğurda davranan babam Ata ÖZÜŞ'e ve duasını her zaman için arkamda hissettiğim annem Mesude ÖZÜŞ'e;

Sonsuz teşekkür ederim. Bu tezi sizin desteklerinizle hazırladığımı bilmenizi isterim.

Mizgin ÖZÜŞ

Afyonkarahisar, Temmuz 2019

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
YEMİN METNİ	i
TEZ JÜRİSİ KARARI VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM MODERN TOPLUMDA YAŞLILIK OLGUSU

1. GENEL OLARAK YAŞLILIK KAVRAMI VE OLGUSU	4
1.1. YAŞLANMANIN NEDENLERİ.....	9
1.1.1. Kronolojik Yaşlanma.....	10
1.1.2. Biyolojik Yaşlanma	10
1.1.3. Psikolojik Yaşlanma.....	11
1.1.4. Sosyal Yaşlanma.....	11
1.2. TARİHSEL SÜREÇTE YAŞLILIK	12
1.2.1. Gerontolojinin Ortaya Çıkışı	15
2. MODERN TOPLUMDA DEĞİŞEN YAŞLILIK OLGUSU	17
2.1. NÜFUSUN YAŞLANMASI.....	17
2.2. YAŞLILIĞIN TOPLUMSALLAŞMASI.....	19
2.3. ÇAĞDAŞ DÜNYADA YAŞLILIK	21

İKİNCİ BÖLÜM İLERİ YAŞLILIK, ALZHEİMER HASTALIĞI VE BAKIM SORUNU

1. İLERİ YAŞLILIK DÖNEMİ VE ALZHEİMER HASTALIĞI İLİŞKİSİ	27
1.1. BEYİN YAPISI VE ALZHEİMER İLE İLİŞKİSİ	28
1.1.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Tarihçesi.....	29
1.1.2. Alzheimer Hastalığının Toplumsallığı	32
1.1.3. Alzheimer Hastalığının Nedenleri	33
1.1.4. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri	34
1.1.4.1. Kontrol Edilemeyen Faktörler	34
1.1.4.2. Kontrol Edilebilen Faktörler.....	36

1.1.5. Alzheimer Hastalığında Tanı	38
1.1.6. Alzheimer Hastalığında Tedavi	39
1.1.7. Alzheimer Hastalığının Evreleri	40
1.1.8. Alzheimer Hastalığının Belirtileri	43
2. ALZHEİMER HASTALIĞINDA BAKIM SORUNLARI	48
2.1. GENEL ANLAMDA HASTALARIN SORUNLARI	50
2.1.1. Fiziksel Sorunlar	51
2.1.2. Psikolojik Sorunlar	51
2.1.3. Sosyal Sorunlar	52
2.2. ALZHEİMER HASTALARINA REFAKAT EDEN HANE SAKİNLERİNİN SORUNLARI	53
3. ALZHEİMER HASTALARINA REFAKAT EDEN HANE SAKİNLERİNİN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR	59

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. ARAŞTIRMADA HAKKINDA	62
2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	68
2.1. HİÇ HASTAYA BAKIP YORGUN DÜŞTÜĞÜNÜZ, ARTIK YETER DEDİĞİNİZ OLDU MU? BU ESNADA HASTANIN KENDİSİNE KIZDINIZ MI?	68
2.2. BAKIMINI ÜSTLENDİĞİNİZ HASTA, ALZHEİMER HASTALIĞINA YAKALANMADAN ÖNCEKİ YAŞAMINIZ İLE ŞİMDİKİ YAŞAMINIZ ARASINDA NASIL FARKLILIKLAR VAR?	71
2.3. HASTANIN BAKIMINI ÜSTLENDİKTEN SONRA ÇEVRENİZİN ÖZELLİKLE YAKIN ÇEVRENİZİN SİZE KARŞI TAVIRLARINIZDA OLUMLU VEYA OLUMSUZ BİR DEĞİŞİKLİK OLDU MU?	75
2.4. BU HASTALIĞI İLK FARK ETTİĞİNİZDE NE HİSSETTİNİZ, TEPKİNİZ NE OLDU?	80
2.5. SİZ BU HASTALIĞA YAKALANMIŞ OLSAYDINIZ SİZE NASIL DAVRANILMASINI İSTERDİNİZ?	81
2.6. HASTAYA BAKIMINI ÜSTLENDİKTEN SONRA KENDİNİZDE OLUMLU VEYA OLUMSUZ NE GİBİ FARKLILIKLAR GÖZLEMLEDİNİZ?	84
2.7. ALZHEİMER’LI HASTAYA BAKMAK, SİZDE ALZHEİMER HASTASI OLMA KORKUSUNA NEDEN OLUYOR MU?	87
2.8. HASTA BAKIMINI GENEL OLARAK NASIL YAPIYORSUNUZ? BİR GÜN BOYUNCA YAPTIĞINIZ BAKIMI DETAYLI OLARAK ANLATIR MISINIZ?	89

2.9. HASTANIN BAKIMINI YAPARKEN NE TÜR ZORLUKLARLA KARŞILAŞIYORSUNUZ VE EN ÇOK NEYE İHTİYAÇ DUYUYORSUNUZ?	91
2.10. BU KADAR ZORLUĞA RAĞMEN HASTAYA BAKMA SEBEBİNİ ANLATIR MİSİNİZ, BU DERECEDEKİ AĞIR BİR HASTAYA NEDEN, NE İÇİN BAKIYORSUNUZ?	96
2.11. ÇEVRENİZDEN (AKRABALARINIZDAN, KOMŞULARINIZDAN, ARKADAŞLARINIZDAN VS.) BAKIM KONUSUNDA DESTEK ALIYOR MUSUNUZ? DESTEK ALIYORSANIZ BU DESTEK NE DÜZEYDEDİR? .	100
2.12. HASTANIN BAKIMINI YAPARKEN, BU DURUM AİLENİZDEKİ DİĞER KİŞİLERE KARŞI SORUMLULUĞUNUZDA BİR PROBLEM YARATIYOR MU?	103
2.13. BAKIM YÜKÜ AİLE İÇİNDE EŞİT VE ADİL BİR ŞEKİLDE PAYLAŞILIYOR MU?.....	106
2.14. KENDİNİZE ZAMAN AYIRABİLİYOR MUSUNUZ?	108
2.15. BU HASTALIĞIN ETKİLERİNİ EN AZA İNDİRMEK İÇİN SİZCE NASIL BİR TEDAVİ SÜRECİ UYGULANMALI, NELERE DİKKAT EDİLMELİDİR?	110
SONUÇ.....	113
KAYNAKÇA	119
EKLER.....	125

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. 2000-2018 Yıllarındaki nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımı.....	23
Tablo 2. Hasta ve Refakatçinin Kişisel Bilgileri	65



KISALTMALAR DİZİNİ

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

YASAD : Yaşlılık Sorunlarını Araştırma Derneği



GİRİŞ

Modern toplum birçok değişimin yanında demografik olarak da önemli değişimler yaşamaktadır. Modern diye ifade edilen sosyo-ekonomik, kültürel yapı ve dinamikler, doğurganlık oranlarını düşürerek genç nüfus yapısının en önemli sağlayıcısını zayıflatmıştır. Diğer yandan modern bilim ve teknoloji, tıbbi alandaki çok önemli başarılarla imza atarak hem bebek ölümlerini kontrol altına almış hem de bireylerin uzun süre yaşamasını mümkün hale getiren tıbbi tedbirler oluşturmuştur. Tüm bu değişimlerin sonucu kısaca ifade etmek gerekirse yaşlılık ve yaşlanan toplumdur.

Eski çağlardan modern zamana kadar geçen sürede kimi toplumlar yaşlıya önem vermiş kimi toplumlar da yaşlıya önem vermemiştir. Bu süreçte yaşlılara önem veren toplumlar yaşlıları bilge, geçmişi yeni nesile öğretene, zanaatı gençlere öğretene bireyler olarak değerlendirmişlerdir. Yaşlıya önem vermeyen toplumlar ise yaşlı bireyleri hiçbir iş yapamayan, güçsüz, topluma faydası dokunmayan bireyler olarak kabul etmişlerdir. Sanayi Devrimi, her yaş grubunu etkilediği gibi yaşlı bireyleri de oldukça derinden etkilemiştir. Sanayi Devrimi ile beraber köyde/kırda yaşayan aileler kente göç etmişlerdir. Kent kendine özgü toplumsal örgütlenmesi ile fertler arası ilişkiyi farklılaştırmıştır. Geleneksel toplum örgütlenmesinde statüsü güçlü olan yaşlı, modern toplumda bu gücünde ciddi bir kayıp yaşamış, toplumsal yaşamdan dışlandığı bir süreci yaşamaya başlamıştır. Sanayi Devrimi ile kadının iş yaşamına girmesi, erkeğin de ev dışında zaten çalışıyor olması yaşlının ev ortamında kendisi ile ilgilenecek kendi bakımını yapacak kimsenin olmamasına neden olmuştur. Kadının dahi iş yaşamına girmiş olması ev içerisinde üretimden uzak olarak yaşayan yaşlının neredeyse yük olarak damgalanmasına neden olmuştur.

Yaşlılık insan hayatının önemli bir dönemi ve son dönemidir. İnsanlık, arkaik dönemlerden bugüne kadar yaşlılığı deneyimlemiştir. Her ne kadar az da olsa insanlar eski çağlarda da 60, 70, 80 gibi yaşları görebilmekteydi. Ancak bu durum istatistiksel ve oransal olarak çok azdı. Modernleşme ile birlikte doğurganlığın azalması, bunun yanında tıbbi ve teknik ilerleme ile ortalama ömrün uzaması ile yaşlılık oransal olarak artmış ve toplum yaşlanmaya başlamıştır.

19. yy. da hız kazanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler her geçen gün artmaktadır. Özellikle sağlık alanında yaşanan gelişmeler her geçen gün biraz daha artmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler ile bulaşıcı hatalıkların önüne geçilmiş, doğum esnasındaki anne ve bebek ölümleri azalmıştır. Modern toplumda eğitim olanakları artmış olup insanlar her alanda her konuda bilgi sahibi olabilmektedir. Eğitim olanakları sayesinde sağlık alanında da insanlar bilgi sahibi olup bu konuda bilinçlenmektedirler. Modern toplumda aynı zamanda modern öncesi kol gücüne dayalı üretim sistemi yerine insanı bedensel olarak yormayan akıl gücüne dayalı bir üretim modeli oluşmuştur. Modern toplumda akıl gücüne dayalı üretim modelinin yanında aynı zamanda bazı modern kent değerleri de benimsenmiştir. Modern kent değerlerinin benimsenmesi, çocuksuzlaşma mantığının yaygınlaşması, geleneksel aile yapısından modern aile yapısına kavuşan ailelerin çocuk merkezli aile kurmaları ve çocuk merkezli hareket etmeleri, kadının çalışma hayatına girmesi ve doğum kontrol yöntemlerinin giderek yaygınlık kazanması gibi faktörler nüfus artış hızını düşürerek genç nüfusun giderek azalmasına neden olmaktadır. Buna karşın teknolojik ilerlemelere bağlı olarak ilaç sanayisinin giderek ilerlemesi, tıp biliminin gelişmesine bağlı olarak doğumda bebek ve anne ölümlerinin düşmesi, modern tıp uygulamalarına geçiş, yaşlılığa bağlı meydana gelen hastalıklara tıp biliminin çare üretmesi, bulaşıcı hastalıklar ve tedaviler hakkında bilgi seviyesinin yükselmesi, iş kazalarının önlenmesi hakkında farkındalığın artması, önleyici ve koruyucu tedavi yöntemlerindeki artan başarı, beslenme, yaşam tarzları ve alışkanlıklarında meydana gelen değişimler kişinin daha fazla yaşamasına olanak tanımıştır. Geleneksel çağlarda bireyin yaşayacağı bir sağlık sorunu kısa süre içerisinde kişiyi ölüme götürebilecekken günümüzde yapılacak bir cerrahi operasyonla kişi, kısa sürede hayata döndürülebilmektedir. İnsanoğlunun her türlü dış tehdite karşı yaptığı mücadele kendisinin daha uzun yaşamasını sağlamıştır. Uzun yaşamaya bağlı olarak yaşlı popülasyonu artmıştır. Yaşlanan toplum/popülasyon beraberinde bazı hastalıkları da getirmiştir. Bu hastalıklardan birisi de Alzheimer hastalığı olmuştur. Alzheimer hastalığı bireyi fiziksel, zihinsel ve ruhsal olarak çöküntüye uğratan, tedavisi mümkün olmayan dejeneratif bir hastalıktır. Hastalığın net, kesin bir tedavisi olmamakla beraber ilerleyen süreç içerisinde hastalık ilerleyici bir seyir

göstermektedir. Dolayısıyla bu hastalığa yakalanan bireyler zorlu bir hayat yaşamaktadırlar.

Bir diğer açıdan bakıldığında hastanın zorlu bir hayat yaşamasının yanında hastanın bakımını yapan bireyler de çok daha büyük zorluklara maruz kalmaktadırlar. Çünkü hem bedensel hem zihinsel hem de ruhsal boyutları olan bir hastalığa sahip bir bireyin bakımını yapmak hem çok zor hem de çok yıpratıcıdır.

Bu çalışmada temel hareket noktası Alzheimer hastalarının bakımını üstlenen aile fertleri veya hane sakinleridir. Hastaların arka planında kalan bu kategori aslında önemli bir toplumsal kategoriyi oluşturmakta ve önemli sorunlarla mücadele ettiği varsayılmaktadır. Bu çalışma, söz konusu sorunları bilimsel çerçevede tespit etmeyi ve meseleyi aydınlatmayı hedeflemektedir.

Toplunun, fert yaşamı için ne kadar gerekli olduğu konusu sosyolojik ve felsefi temelde çok tartışılan farklı gerekçeler öne sürülen ancak her hâlükârda toplumun vazgeçilmezliği vurgusu yapılan bir konudur. Vazgeçilmez olan toplum, bir anlamda zorlu hayat mücadelesinde fertlerin dayanışmasını ifade etmektedir. Bu anlamda hayat mücadelesinde zorlanan, dara düşen her fert toplumsal hatta bir anlamda devlet desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışma özelinde, Alzheimer hastalığı ile yaşayan hastalar ve bu hastalara bakım veren aile fertlerinin önemli bir zorluk yaşadıklarını düşünmek yanlış olmayacaktır. Biyolojik, psikolojik, sosyoekonomik ve kültürel olası birçok problem yaşamaları muhtemel görünmektedir. Bu çerçevede ekonomik zorluklar, yalnızlaşma, aile içi sorunlar, kadınların daha fazla sorumluluk üstlenmeleri, bakım sorunları, stres daha özelde ifade edilebilecek sorun başlıkları olabilir. Bu çalışma bu çerçevede söz konusu muhtemel sorunlarının varlığını, var ise derecesini sosyolojik temelde çözümlemeyi amaçlamaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde yaşlılık olgusu, kavramsal olarak ele alınacak ve modern toplumun yaşlanması üzerinde durulacaktır. İkinci bölümde ileri yaşlılıkta görülme ihtimali artan Alzheimer hastalığı tasvir edilerek onların bakımını yapan hane sakinlerinin sorunları kavramsal temelde ele alınacaktır. Üçüncü bölümde, çalışma kapsamında gerçekleştirilen derinlemesine görüşme tekniği ile elde edilen tespitler çözümlenecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

MODERN TOPLUMDA YAŞLILIK OLGUSU

Modern toplum birçok anlamda geleneksel toplumdan farklılaşmış bir toplumsal örgütlenme biçimini ifade eder. Kendine özgü toplumsal örgütlenme biçimi geleneksel toplumdan bambaşka toplumsal olgu ve hatta toplumsal sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Geleneksel toplumdan farklılaşmış hatta geleneksel toplumda yer almayan olgular modern toplumun temel görünümelerini oluştururlar. Yaşlılık, söz konusu toplumsal olgulardan biri olarak modern çağdaş toplumların en önemli görünümlerinden biri olmaya hatta önemli bir sorun olmaya başlamıştır. Bu bölümde yaşlılık olgusu kavramsal ve kuramsal temelde ele alınmaya çalışılacaktır.

1. GENEL OLARAK YAŞLILIK KAVRAMI VE OLGUSU

Yaşlı kimdir? Yaşlanma ne zaman başlar? Yaşlılığın belirtileri nelerdir? Bu ve bunun gibi sorular tarihin eski zamanlarından günümüze kadar sorulmakta ve araştırılmaktadır. Yaşlı tanımına bu zamana kadar farklı açılardan tanımlamalar getirilmiştir. Milattan önce eski Yunanlılar tecrübeleri sebebiyle yaşlılara her zaman saygı göstermişlerdir. Ünlü tarihçi Homeros yaşlılığın tecrübe ve bilgeliğine vurgu yapmış, Platon “Politeia” adlı eserinde gençlik ve yetişkinlikteki yaşam tarzının yaşlının katılımcılığını etkilediğinden bahsetmiştir. Aristoteles “Rhetorik” isimli yapıtında yaşlıların kavgacı olduklarından bahsederek başka bir yazısında yaşlılığı doğal bir hastalık olarak tanımlamıştır. Galen ise yaşlılığın doğal bir süreç olduğu vurgusu yapmış ve bu sebeple hastalık olarak adlandırmayı yanlış bulmuştur. Çiçero için yaşlılık, psişik ve değişimler içeren bir dönemdir. Çiçero yaşlılıkta zihinsel kapasitedeki değişimlere vurgu yaparak, eski Roma ve Yunanda yönetim, sanat ve bilimdeki başarılı örneklerle değinmiştir (Kaygusuz, Koç, Er, Akt. Yıldız Kökenek, 2012: 13).

İnsan hayatında, ölüm ile sonuçlanabilecek bir kaza veya erken ölüme neden olan bir hastalık olmadıkça bebekliği, çocukluğu, ergenliği, gençliği ve yetişkinliği deneyimleyen insan yaşlılığı da deneyimleyecektir. Bu, insanın yaşam döngüsüdür (Şentürk, 2018: 11).

Bu yaşam döngüsü içerisinde birey ilk dönemlerde başkasının yardımına ve bakımına ihtiyaç duyar, bu dönem bebeklik dönemidir. Daha sonra çocukluk döneminde kısmi olarak başka bir bireyin yardımına ihtiyaç duyar. Gençlik ve yetişkinlik döneminde birey, başka birisinin yardımına ihtiyaç duymaz fakat yaşlılığa gelince birey başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedir.

İnsanlık tarihinde zaman zaman ölüme çare arayışları olmuştur. Bu arayış tüm zaman ve mekanlardaki bütün insanlığa mal edilemese de ölüme çare anlamlı ya da anlamsız bilimsel ya da efsanevi, felsefî, edebi bir düşünce, bir konu olarak var olmuştur. Ölüme çare bulamayan insanoğlu yaptıkları buluşlar ve keşifler ile insan ömrünün uzamasını sağlayabilmiştir.

Ural (2016:42), Çinlilerin ölümcül bir madde olan barutu ölümsüzlük iksirini ararken bulduklarını ifade etmektedir. Bu ironik bilgi, ölüme çare arayışının nasıl bir şey olduğuna ilişkin önemli bir fikir vermektedir.

Ölüme çare arayışı evrensel bir arayış olmasa da uzun ve rahat bir ömür sürmenin, -eğer ruhsal bunalımlar söz konusu değilse- insanlığın belki de tamamının arzusu olduğundan söz edilebilir.

Teknolojinin gelişimi, ilaç sanayinin gelişmesi, tıbbi teknolojinin ilerlemesi ile insan ömrünü uzatmıştır. Antik çağlarda her 100 insandan sadece 1'i 60 yaşını görebilmiştir(Von Diffurt ve Arzt., Akt.Tufan, 2016: 96). Günümüzde 60 yaş -bir çok ülke 60 ve 65 arasında farklı emeklilik yaşı uygulamaktadır- yaşlılık sınırını ve emeklilik ve hukuki sorumluluğun belirlendiği kronolojik bir kavram olarak görünür(Akgün ve ark., 2004: 106). Onur (1997:255), bireyin birçok işlevini belirlemede yetersiz olan 65 yaşın, Alman devlet adamı Bismarck'ın emeklilik yaşı olarak 65'i kabul etmesi ile yaşlılık sınırı olarak kullanılageldiğini ifade etmektedir.

Birleşmiş Milletler ise 60 yaş ve üzerindeki kişileri yaşlı olarak kabul etmektedir. Fakat günümüzde birçok gelişmiş ülke sosyal güvenlik sisteminden

yararlanmak için 65 yaşı, yaşlılık sınırı olarak kabul etmektedir (Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu 2014: 2).

Yine Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı kronolojik olarak 3'e ayırmaktadır. Bunlar; 45-49 yaşları orta yaş, 60-74 yaşları yaşlılık, 75-89 yaşları ihtiyarlık, 90 yaş ve üzerini ise ilerlemiş ihtiyarlık dönemleri olarak sınıflanmıştır (Atay, 2014: 21).

Günümüzden yaklaşık 60 yıl önce insanların çoğu 50 yaşını görememekteydi (Akgün ve ark., 2004: 106). Fakat teknolojinin ve sağlık alanındaki gelişmeler neticesinde bugün gelişmiş ülkelerde insan ortalama ömrü 75-80 yaş olmuştur. Yaşam süresinin uzun olması toplum içerisinde yaşlı birey sayısını da arttırmış olup yaşlıların toplumda daha fazla görünür olmasına neden olmuştur. Bu uzun yaşam birçok hastalığı da beraberinde getirmiştir.

Yapılan araştırmalar sonucu elde edilen istatistiksel veriler dünya nüfusunun yaşlandığını göstermektedir. Bu istatistiklerden biri dünya insanının ortalama yaş süresidir. 1950 yılında dünya üzerindeki insanların ortalama yaşı 23.5 iken bu rakam 1998 yılında 26.1'e, 1999 yılında ise 26.4'e yükselmiştir. Ortalama yaşı 2050 yılında 37.8 olacağı tahmin edilmektedir (B.M. 1998. akt. Akçay, 2011:2).

Birleşmiş Milletler nüfus verilerine bakıldığında gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi diğer ülkelere göre oldukça yüksek olup ilerleyen yıllarda ortalama yaşam süresinin daha da artacağı tahmin edilmektedir. Japonya'da 2000 yılında Japonya'nın ortalama yaşı 41.2 iken 2050 yılında bu rakamın 52.1 olması öngörülmektedir. Türkiye'nin ise ortalama yaşı her geçen yıl yükselmektedir. Türkiye'nin ortalama yaşı 1985 yılında 19-20 arasında iken 1990 yılında 22.2'ye, 2000 yılında ise 25.5'e yükselmiştir (Sazak, akt. Akçay, 2011:2). 2018 yılı itibarıyla Türkiye'de ortalama yaş 32 olmuştur (TÜİK, 2007-2018).

Türkiye'nin nüfusu 1990 yılında 56 milyondur, 65 yaş ve üzeri nüfus ise bunun %4,3'ü idi. Yeni doğan bebeklerin yaşam beklentisi süresi ise 67-68 idi. 2025 yılında ise nüfusun artacağı (nitekim şu an 2019 yılında Türkiye'nin nüfusu 82 milyondur ve gelecekte nüfusun daha da artması beklenmektedir.) 65 yaş ve üzeri nüfusun da %10'lara varacağı ve yeni doğan bireylerin ortalama yaşam süresinin 70 yılın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (Durgun, 2015:7).

İnsanoğlunun yaşamı kendi çevresi ve genetik yapısının etkileşimi sonucunda belirlenmektedir. Yapılan araştırmalar insanoğlunun ilk ortaya çıkışından itibaren genetik yapısı kendisinin 120 yıl yaşamasını mümkün kılmaktadır. Buna insanın maksimum ömür potansiyeli (MÖP) denmektedir. Bu çevresel şartlar olumlu olduğu sürece her insan 120 yaşına kadar yaşayabilir anlamına gelmektedir (Akın, 2016: 3).

Tıp ve teknoloji alanında meydana gelen gelişmeler insanoğlunun uzun yaşamasını sağlamıştır. Bu durum da yaşlılığın önemini arttırmış, yaşlılığa olan ilgiyi arttırmıştır.

Yaşlılık bilimi olan gerontoloji son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. Bu önem kazanımının altında iki önemli neden bulunmaktadır. Bunlardan ilki özellikle doğurganlığın azalması olgusudur. Doğurganlığın azalması, dünyanın demografik yapısını da etkilemektedir. Gerontolojinin bu durum ile ilgilenmesi gerontolojiyi önemli kılmaktadır. Diğer bir neden ise özellikle bilimsel ve teknolojik gelişmelerin etkisi ile tıp alanında yaşanan ilerlemelerdir. Bu ilerlemeler insan ömrünü uzatmıştır. İnsan ömrünün uzaması sonucu toplum içerisinde yaşlı nüfusu hem artmış hem de daha fazla görünür hale gelmeye başlamıştır. Gerontolojinin bu gelişmelerle de ilgilenmesi gerontolojiyi son yıllarda önemli kılmıştır.

Yaşlı nüfusun giderek artması, beraberinde gerontoloji ve gerontolojiye bağlı konulara ağırlık vermeyi gerektirmektedir. Toplum, insan ömrünü uzatmak hedefinde olan gerontoloji bilimini desteklemektedir. İnsan ömrünün uzaması beraberinde birçok sorunu da getirmektedir. Bu sorunlar ekonomik, kültürel, barınma, fiziksel, ruhsal ve boş zamanlarını değerlendirme şeklinde olan sorunlardır.

Doğan her birey bir yaşlı adaydır. Yaşlı bireylerin sorunları sadece ilerleyen yaşa bağlı olarak ortaya çıkmaz, toplumdaki değişimlerin de yaşlı sorunlarına neden olduğu bilinmektedir. Toplumun yaşlıya bakış açısı, yaşlının toplumdaki algısı yaşlı bireyi toplum içerisindeki sorunlarına hem neden olmakta hem de bu sorunları arttırabilmektedir.

İnsanoğlu tarih boyunca bir sürü şeye ilgi duyduğu gibi yaşlılık ve yaşlanma konusuna da ilgi duymuştur. Farklı kültürler yaşlılığa farklı anlamlar yükleyebilmiştir. Bazı kültürler yaşlı bireyi bunak, sözüne itibar edilmemesi gereken bireyler olarak değerlendirirken bazı kültürler de bireyi bilge ve sözüne itibar

edilmesi gereken bireyler olarak görmektedirler. Bu durum eskiden olduğu gibi günümüzde de mevcuttur. 21. yy. ın günümüz dünyasında yaşam süresinin uzaması ve yeni doğan bireylerinin yaşam beklentilerinin uzaması yaşlılığa daha fazla önem verilmesini gerektirmektedir (Tufan, 2016: 1).

İnsan beden, zihin ve ruh bütünlüğünden meydana gelir. İnsan yaşlanırken bu bütünlüğün bozulduğu söylenir; fakat işin aslı bu durumun tersidir aslında. İnsan yaş aldıkça beden ruh ve zihni bir bütünlük halini alır. Yaşlı bireyler hem ruh hem beden hem de zihnen bütünleşmiş olan bireylerdir(Niederfranke ve ark., Akt. Tufan, 2003: 40).

Geleneksel dönemde doğum esnasında ölüm oranları oldukça yüksekti. Bu nedenle ölüm çocuklukla bir anılırdı. Yaşam süresi daha bir asır öncesinde 40 idi. Şu an günümüzde ortalama yaşam süresi 40 yaşın neredeyse iki katıdır. Fizyolojik açıdan kayıplar veren birey, zaman içerisinde organlarının işlevini kaybetmesi sonucu ölür. Toplum tarafından bu durum yaşlı bireyin ölüme yaklaşması anlamına gelmesine neden olmaktadır. Fakat yaşlı bireyi ölümlle eş değer tutmak yanlıştır. Yaşlı birey, yaşamın doğru ve yanlışını tecrübe ile öğrenmiş toplumun hafızası niteliğindedir (Tufan, 2003:15).

Yaşlanma hemen herkeste aynı biçimde gerçekleştiği halde etkileri yaşlanan bireyin eğitimine, içinde bulunduğu sosyal yapıya, bakımına, beslenmesine ve hastalıklarındaki tedavisine bağlı olarak çok farklı olmaktadır.

Yaşlanma, 16. yy düşünürleri ve sanatçılarının da ilgi alanına girmiştir. Shakspeare “Nasıl hoşunuza giderse” adlı trajedyasında yaşlılığın fiziksel yapıda algı ve davranışlarda değişikliğin olduğu, bedensel özürlerin ortaya çıktığı, zihinsel fonksiyonların zayıfladığı bir dönem olduğuna işaret etmiştir. Schopenhauer için yaşlılık, gerçeği görmeyi sağlayan deneyimlerin daha çok olduğu, huzurun daha çok olduğu bir dönem iken Goethe için deneyim ve tecrübelerin zirveye ulaştığı bir dönem olarak tanımlanmıştır (Koç, akt. Yıldız Kökenek, 2012: 13).

William Shakespeare'ın “Nasıl Hoşunuza Giderse” adlı oyununun 3. Bölüm 7. Trajedyası şu şekildedir.

Ve son perde

Bu acı ve aynı zamanda ve coşkulu hikayeyi sonuçlandıran bölümdür.

İkinci bebeklik dönemidir; tam bir unutulmuşluktur:

Gözsüz, dişsiz, hiçbir şeysiz (Shakespeare W., 2019:47).

Shakspeare'in trajedyasında yaşlılığı ikinci çocukluğa benzetmiş artık hiçbir şey yapamayan hiçbir şeyi olmayan bir kişi olarak değerlendirmiştir. Shakspeare'in oldukça karamsar bir yaşlılık değerlendirmesine sahip olduğu görülmektedir. Bugün gerontoloji, Shakspeare'in hiçbir şeysiz olarak tanımladığı ve artan yaşlılığı daha olumlu bir çerçeveye içine oturtabilmek için uğraşmaktadır.

Yaşlılık dönemi, karşılıklı ilişki sürdürme aşamasından tek yönlü döngüdür aslında. Kişi, bir bebek olarak dünyaya geldiğinde ailesinin bakımına muhtaçtır. Zaman içerisinde büyüüp bağımsız olmakta ve başka kimsenin yardımına ihtiyaç duymamaktadır. İlerleyen yaşla beraber kişi yaşlandığında tekrar ailesinin veya bir başkasının yardımına muhtaç hale gelir. Bu durum, insanın yaşam döngüsünü bir diğer ifade ile toplumsal döngüyü oluşturmaktadır (Canatan, 2016: 140).

İnsan yetişkinlikten (erişkinlik) yaşlılığa geçişte sağlık sorunları ile tanışır ve yaşlanma evresine girdiğini hisseder. Bu evreye geçişte kişi bazı sorunlar yaşamaya başlar, bunlar: cilt kırıksıklıkları ve sarkmaları, saçların incilmesi ve kırılması, boy kısalması, görmede zorluk, gözlük kullanımı, duyma kaybı, tansiyon ve nabız problemi, diyabet, obezite, nefes darlığı, uyku düzeninin değişmesi, kadınlarda menopozun başlaması, daha ileri yaşlarda ise erkeklerde antropozun baş göstermesi gibi sağlık sorunlarıdır. Bu sağlık sorunlarına rağmen kişinin tecrübe ve gözlem yeteneğinden dolayı zihinsel işlevi artmış durumdadır. Zihinsel olarak kişinin yüksek durumda olması kişiyi pozisyon ve kazanç olarak iyi bir noktaya taşır. Bu kazancının yanında bu dönem kişinin aile üyelerine yardım etmek gibi ekonomik sorumluluklar kişinin karşılaştığı zor durumlardır (Şentürk, 2018: 11-12).

1.1. YAŞLANMANIN NEDENLERİ

Yaşlanma; kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan doğum ile başlayıp ölüme kadar devam eden bir gelişme sürecidir. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistem düzeylerinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan ve

geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümü olarak da değerlendirilebilir. Giderek azalan yaşamsal faaliyetlerin sonucunda ölüm gerçekleşir. Birey yaş aldıkça kalp, dolaşım sistemi, boşaltım sistemi, solunum sistemi ve bağışıklık sisteminde doğal olarak bir gerileme söz konusu olur. Bu sistemlerdeki söz konusu gerileme üzerinde bireysel farklılıklar oldukça önemlidir. Bazı bireyler ileri bir yaşta olmasına rağmen yaşlılığın belirtilerini göstermeyebilirler. Bazı bireyler ise çok yaş almamalarına rağmen ileri yaşlılık durumlarını gösterebilirler. Yaşlanma belirtileri yaşam süreci içerisinde bazı faaliyetlerle yavaşlatılabilir; bu faaliyetler beslenmeye dikkat etmek, hem zihinsel hem fiziksel aktivite yapmak, genel olarak sağlık kurallarına dikkat etmek şeklinde sıralanabilir. Yaşlanmanın getirdiği belirtiler bir anda belirmez. Süreç içerisinde, yıllar bazen de on yıllar boyunca yavaş bir şekilde ortaya çıkar (akt. Arpacı, 2016: 9).

Yaş almak ile beraber kişinin yaşlanması kaçınılmaz olmaktadır. Fakat yaşlanmayı geciktirmek kişinin kendisine (yaşam tarzına, depresyon durumuna, beslenme alışkanlığına, bedensel ve zihinsel aktivite düzeyine) bağlıdır. Yaşlanma çok yönlü bir süreçtir. Bu süreçte yaşlanma Kronolojik Yaşlanma, Biyolojik Yaşlanma, Psikolojik Yaşlanma ve Sosyal Yaşlanma olmak üzere 4 ayrılır.

1.1.1. Kronolojik Yaşlanma

Kronolojik yaşlanma; bireyin doğumundan başlayıp içinde bulunduğu zamana kadar geçen süreye verilen addır. İnsanoğlu her geçen zaman süreci içerisinde kronolojik açıdan yaşlanmaktadır. Bir bebek de geçen zaman içerisinde yaşlanmaktadır, yetişkin bir birey de yaşlanmaktadır. Zamanın ilerlemesi ile canlı, cansız her varlık belli bir zamandan sonra ilk bulunduğu durumdaki özelliklerini kaybeder. Kaybedilen bu özellikler varlığın yaşlanmasına neden olmaktadır (Şentürk, 2018: 25).

1.1.2. Biyolojik Yaşlanma

Biyolojik yaşlanma; zamanın geçmesi ile meydana gelen kronolojik yaşlanma sonucunda bireyde fiziksel olarak gerçekleşen değişimlerdir. Biyolojik yaşlanma kronolojik yaştan sonucunda meydana gelen bir olgudur. Bazı durumlarda kronolojik yaş biyolojik yaştan önüne geçebilir. Kişi eğer ki görüldüğünden daha fazla yaşlılık

belirtisi gösteriyorsa kronolojik yaşı biyolojik yaşı önüne geçmiş demektir. Başka bir deyişle, genel olarak insanların yaşlılıkla ilgili genel düşünceleri yani bireyde meydana gelen fiziksel değişimler biyolojik yaşlanma ile ilgilidir. Yavaş yavaş azalan yaşam enerjisi, sosyal rollerde azalma, sosyal rollerde azalmaya bağlı olarak gerçekleşen toplum tarafından bir fazlalık olarak görülme, vücudun tüm sistemlerinde (dolaşım, boşaltım, bağışıklık sistemi) bir azalma biyolojik yaşlanmanın önemli değişimleridir (Gillaerd ve ark., akt. Şentürk, 2018: 25-26).

1.1.3. Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik yaşlanma; biyolojik ve fiziksel yaşlanmaya bağlı gerçekleşen değişimlere uyumu ifade eder. İnsanın kendisini hissettiği yaş aslında onun psikolojik yaşıdır. Yaş alan birey hayatında meydana gelen değişimlere uyumlu olduğu sürece sağlıklı bir yaşlanma süreci yaşar. Bu değişiklikler; aile üyelerinin veya arkadaşlarının ölümü, emeklilik, yaşam koşullarında meydana gelen olumsuzluklar, sosyal statü kayıpları ve yaşam koşullarında meydana gelen azalmalar vb.dir. Kişi bu olaylara yani hayat çizgisinde başına gelen olumsuz durum ve durumlara karşı uyumlu olduğu ölçüde psikolojik olarak yaşlanması gecikir (Akçay, 2011: 14).

1.1.4. Sosyal Yaşlanma

İnsan yaşadığı toplumun bir parçası ve aynı zamanda bir üyesidir. Toplum tarafından nasıl algılandığımız bizim kendimizi o şekilde algılamamıza sebep olur. Bu durum insanın yaşlılık süreci için de geçerlidir. Yaşlı bireyin toplum tarafından nasıl algılandığı o yaşlının sosyal yaşlanma yönünü göstermektedir. Yaşlı birey, toplumun kendisini şekillendirdiği ve onu tanımladığı gibi görmekte ve ona göre hareket etmektedir. Sosyal yaşlanma toplumdan topluma, kültürden kültüre, zamandan zamana değişiklik göstermektedir (Şentürk, 2018: 29).

Sosyal açıdan yaşlanma kişinin topluma karışması, toplum içerisinde deneyim sahibi olması, toplum ile iletişim içerisine girmesi anlamına da gelmektedir (Görgün Baran, 2016: 77).

1.2. TARİHSEL SÜREÇTE YAŞLILIK

İnsanoğlunun; yaşlı, yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin ilgisi çok eski tarihlere dayanmaktadır. Dinler, felsefeler, efsaneler, masallar, romanlar, öyküler, yaşlılık ve yaşlanma üzerine görüşlerle doludur (Tufan, 2016: 39).

Tarihsel süreçte bazı topluluklar yaşlıya ve yaşlılığa önem verirken bazı toplumlar ise yaşlı ve yaşlılığa pek önem vermemiştir.

Amerika'nın eski topluluklarından olan ve aynı zamanda uygarlıklar içerisinde en eskisi olarak kabul edilen İnkalar tarım alanında çok ilerlemişlerdi. Buğday, arpa, patates, mısır başta olmak üzere çeşitli tarım ürünleri yetiştirebilen bu topluluk madencilik ve saklama/depolama konusunda da ilerlemiş bir topluluktu. Bu topluluk hayatın hemen hemen her alanında kendilerine kolaylık sağlayabilecek araçlara üretebilme bilgi ve becerisine sahiptiler. Bu bilgi ve yeteneklerini de her yaş dilimindeki insanların çalışmasına bağlamaktaydılar. İnkalar'a göre bütün yaş grubundaki insanların çalışması lazımdı. 50 yaşından sonra erkek bireyler savaşçılık gibi bütün zor görevlerden muaf tutulsalar bile evlerinin reisi olma, tarlada çalışma, ev için gerekli çalışmaları yapma görevlerini yerine getirmekle mükelleflerdi. Kadınlar da erkekler gibi belli bir yaştan sonra çalışma hayatından uzaklaşmayıp ev işlerini yürütme, yemek pişirme, elbise dokuma, ip eğirme, halı ve kilim dokuma, evdeki çocuklarla ilgilenip onları eğitme, erkeğe yardım etme gibi işleri yapmaktaydı. Hem kadın hem erkek belli bir yaşa gelmiş olsalar bile bu durum onları toplum dışına çıkarmamaktaydı. Çünkü hem kadın hem de erkek toplumdaki üretim ve katılım faaliyetlerine devam etmekteydi. Bu faal olma durumu kendilerine saygı duyulmasını ve onlardan çekinilmesini sağlamıştır. Yaş, onlarda aile içerisinde saygınlıklarını arttıran bir durum haline gelmiştir (De Beauvoir, akt. Şentürk, 2018: 69).

İnsanoğlu ilkel dönemlerde doğa karşısında son derece savunmasızdı. Bu mücadelede deneyim çok önemliydi. Yapılmış basit bir alet, ciddi bir deneyimin eseri olarak ortaya çıkıyordu. Bu yüzden ilkel insanlar tecrübe sahibi kişilere yani yaşlılara çık şey borçlu olup ona oldukça saygılı davranırdı (Childe, akt. Şentürk, 2018: 69).

Afrika'daki Kongo Cumhuriyeti devleti civarında ormanlık alanlarda ve savan bölgelerinde Leleler yaşırdı. Leleler geçimlerini tarım, avcılık, balık avcılığı, dokuma ile sağlamaktaydılar. Hatta ekonomilerinin temelini de avcılık, tarım, dokuma oluşturmaktaydı. Leleler'de asıl üstünlük ve itibar elde ettikleri mal mülk, servet değildi. Asıl üstünlük yaşıydı. Kim çok yaşlı ise en çok itibar edilen kişi o idi. Yaşlı erkekler çalışmazlar, kendi geçimlerini kendileri sağlamak gibi bir derterleri yoktu. Çalışan kişilerin çalışmasını organize ederlerdi. Yaşlı erkekler toplum içerisinde çok itibar sahibi kişilerdi, kendileri çok kadınla evlenme hakkına sahiptiler. Kendi yanlarında çok delikanlı çalıştırırlardı. Delikanlılardan uygun gördüğü kişiye kendi yanında çok çalışması ve dokuduğu elbiseler karşılığında kızlarından birisini verirdi. Delikanlıların sadece bir kişi ile evlenme hakları vardı. Yaşlı birey kızını verdiği delikanlılara kendi zanaatına öğretirdi. Demiri işleme, ağaç işlemeciliği, trampet çalma gibi zanaatlar sadece yaşlı bireyin yapabileceği zanaatlardı. Yaşlı birey bu zanaatları damatlarına öğretirdi. Zaman içerisinde zanaatları öğrenen genç damat, yaşlı birey ölünce onun yerine geçer, zanaatı tekeline alır ve onun kaldığı yerden devam eder. Damat, yaşlı bireyin yerine geçince o da yaşlı bireyin toplumsal statüsüne sahip olmuş olurdu (De Beauvoir, akt. Kalınkara, 2016: 57).

Koryak ismindeki topluluk Asya kıtasında yaşırdı. Koryaklar sert doğa koşulların karşı tek beslenme kaynakları ren geyiği idi. Koryaklar'ın yaşadığı Asya kıtasının kışları oldukça sert ve uzun sürmekteydi. Koryaklar Göçebe topluluklar olup uzun süreli yolculuklara çıkarlardı. Bu yolculuğa dayanamayan yaşlı bireyler gücü kuvveti bittikten sonra, ölmek istemekteydi. Koryaklar'da yaşlının ölmek istemesi çok doğal bir durumdu. Yaşlıyı öldürmek de aynı şekilde doğal bir durum olarak değerlendirilmekteydi. Ölmek isteyen yaşlı birey için tören düzenlenir. Törenler çok karmaşık olup tüm toplumun gözü önünde yaşlı birey bir bıçak veya kargı ile öldürülmekteydi. Hatta önceden kargı veya bıçak darbesinin vurulacağı yerler de belirlenir ondan sonra belirlenen yerlere bıçak veya kargı ile vurulurdu. Toplum bu durumu oldukça doğal kabul etmekteydi. Çünkü yaşlı birey doğa koşullarına karşı dayanamamış ve ölmek istemiştir. Yaşlı birey sert doğa karşısında öleceğine toplumun kabul ettiği törenle öldürülmeyi seçmekteydi (De Beauvoir, akt. Kalınkara, 2016: 60-61).

Yaşlı bireye önem vermeyen topluluklardan birisi de Hititlerden sonra Anadolu'da yaşamış olan Galatalar'dı. Galatalar'da topluma herhangi bir katkı sunamayan ve topluma yük olduğu düşünülen yaşlılar kendi istekleri ile ölüme terkedilirdi. Yaşlının kendisi böyle bir durumu istediğinde toplum tarafından oldukça yüceltilirdi. Savaşlarda özellikle yaşlı bireyler ölüme terkedilirdi. Çünkü yaşlı bireyin Galatalar'da topluma herhangi bir faydasının olmadığı düşünülürdü (Oğuz, akt. Kalınkara, 2016: 61).

Görüldüğü üzere eski toplumlarda, yaşlının içinde bulunduğu toplumun, kendisine bakış açısına göre yaşlı, değerli veya değersiz görülebilmektedir. Kimi toplumlar yaşlıyı tecrübe sahibi, bilge insan olarak değerlendirip toplum içerisinde önemli bir yerde konumlandırırken kimi toplumlarda yaşlı bireyin artık toplum içerisinde bir fayda sağlamadığı düşünüldüğü için ölüme terk edilmekteydi. Hatta bazı topluluklarda, yaşlının kendi çocukları yaşlıya iyilik yaptığını düşünüp canını bizzat çocukları kendileri almaktaydılar.

Tarımla beraber yerleşik hayata geçen toplumlarda yerleşik hayatın düzeni arttıkça yaşlıların statüsü de aynı oranda artmıştır. Yaşlılara ilginin artmasının nedeni; yaşlıların deneyim sahibi olmaları, bir önceki bilgi birikimini bir sonraki nesile aktarma potansiyeline sahip olmaları, toplumun örf, adet, gelenek ve göreneklerini bilip bunu sonraki nesile aktarabilme özellikleri olarak sıralanabilir (Bulut, 2015: 401).

Yaşlılık, tarih boyunca istenmeyen bir olgu olarak görülmüştür. Yaşlı birey, tarihte uzun süre yer almış olan Sümerler ve Mısırlarda korunmaya ve bakıma muhtaç olarak değerlendirilmiştir.

Gerek avcı- toplayıcı toplumlarda olsun gerekse de yerleşik hayatlardaki tarım toplumlarında olsun sert iklim koşullarında yaşayan yaşlılar her zaman için ılıman iklim koşullarında bulunan toplumlardaki yaşlılara göre daha az yaşamış ve daha az değer görmüşelerdir. Yaşlının değer görüp görmemesine doğanın koşulları karar vermektedir.

Din ve büyü sürekli olarak yaşlı kimseler ile özdeşleştiği için gerek avcılık/toplayıcılık döneminde olsun gerekse de tarım toplumlarında olsun din ve büyüün hakim olduğu dönem ve toplumlarda yaşlı bireye daha fazla değer

verilirken, din ve büyüünün etkisinin kırıldığı toplumlarda daha az değer değer verilmiştir. Hatta 19. yy. a kadar kötü koşullarda yaşayan yaşlı bireylerden neredeyse hiç söz edilmemiştir. Çünkü 19. yy. a kadar din ve büyü dünya üzerinde oldukça etkili iki olguydu. Din ve büyü yaşlı birey ile özdeşleştiği 19. yy. dan önce yaşlı birey toplum tarafından saygın olarak değerlendirilmiştir (Akın ve Önal, akt. Arpacı, 2016: 8).

Yerleşik hayata geçmiş yaşlıların, geçmiş tecrübeleri yeni nesile aktarabilmesi, genç bireyleri eğitebilmesi açısından değerli olarak görülmüş olup bu durum yaşlı bireyin yerleşik hayattaki statüsünü yükseltmiştir. Ülkeden ülkeye toplumdan topluma farklılıklar gösterse de tarım ile beraber yerleşik hayata geçilmesi yaşlıları sosyal, siyasal ve ekonomik olarak bir üst seviyeye taşımıştır. Yerleşik hayata geçildikten sonra yaşlının hayat tecrübesi, sahip olduğu zanaatı bir sonraki nesile aktarabilmesi toplum tarafından takdir edilmiş ve yaşlı, toplum tarafından saygın bir konum elde etmiştir. Yaşlı, zaman içerisinde elde ettiği saygınlığı toplumun her aşamasında kullanmış, yetki kullanan ve yönetimi elinde bulunduran bir pozisyona geçmiştir. Gerontokrasi, eski Yunan başta olmak üzere birçok toplumda uygulanmıştır. Gerontokrasi, modern öncesi zamanlara denk gelmektedir. Gerontokrasi: yaşlının yaşadığı bir toplumda yönetimi eline aldığı yönetim biçimidir, Gerontokrasiyi insanlık tarihine kadar geriye götürebiliriz (Önder, 2016: 4).

1.2.1. Gerontolojinin Ortaya Çıkışı

“Geront” Yunanca’da yaşlı insan anlamına gelmektedir. “Logie” ise Fransızca’da bilim anlamına gelmektedir. Gerontoloji bu iki kelimenin birleşiminden oluşmuş olup yaşlı insan bilimi yani yaşlılık bilimi anlamına gelmektedir. Gerontoloji; yaşlanmanın ve yaşlılığın; bedensel, zihinsel, ruhsal, kültürel, sosyal ve ekonomik yönleri ile ilgilenmektedir (Holdsworth, akt. Kalınkara, 2016: 11).

Avacı/toplayıcı toplumlarda besin kaynaklarının düşük seviyede olması, bu toplumların sürekli olarak bir yerden başka bir yere göç etmesi ve kötü doğa koşullar ile sürekli olarak mücadele etmeleri gerekçesi ile Gerontoloji bilimi, tarım öncesi ile değil tarımın icat edilmesi ile insanlığın yerleşik yaşama geçmesi ile başlamıştır. Tarım öncesi toplumlarda yaşlı bireye önem verilmeyip yapılan araştırmalardan

ortalama yaşam süresinin M.Ö. 10.000’de 14 iken tarım ile birlikte insanlığın tarıma geçmesi ile ortalama yaşam süresinin yaklaşık olarak 40’a çıktığı tespit edilmiştir. İnsanoğlunun tarımı icat edip yerleşik yaşama geçmesi beraberinde birçok şeyi getirdi. Yerleşik yaşama geçmek ile insanlar; sürekli olarak gıda temin etmeye başladılar, sürekli bir yerden başka bir yere göç edip doğa şartları ile mücadele etmekten kurtuldular. Böylece insan ömrü de uzamış oldu. M.Ö. 4000’lerde Dicle, Fırat Nehri arasında ve İndus Nehri yakınlarında nüfus belirli bir şekilde artmaya başladı. Tarımın icat edilmesi yalnızca sürekli olarak bir gıda kaynağın sağlamadı, bunun yanında yaşlı insanların artmasını da sağladı. Yaşam süresinin uzaması ile doğal olarak yaşlı nüfusunda da bir artış görüldü. İnsanoğlunun tarıma geçmesi ile yaşlı bireylerin görevlerinde değişiklikler oldu. Yaşlı insanlar evde çocuk bakımı, kuşaklar arası örf, adet, gelenek, göreneklerin aktarımı, alet yapımını yeni nesle öğretme gibi görevleri üstlendiler. Orta Çağ’da İslam Dünyası’nda yaşlılığın önemini anlatan Müslüman bilim insanları ortaya çıktı. Bu bilim insanlarının en önemlisi İbn-i Sina’dır. İbn-i Sina’nın 1025 yılında “Yaşlıların Bakımı” konusuna yazdığı “Canon of Medicine” isimli kitabı çıktı. Arap Dünyası’nda oldukça önemli bir isim olan İbn-Jazzar Al-Qayrawani (898-980) yaşlıların sağlığı üzerine kitap çıkardı. 13. yüzyıla gelindiğinde yaşlı birey ailesi tarafından bakılması gereken bir birey olarak görülmeye başlandı. 13. yy. dan bu yana yaşlı insan sayısı artmaktadır. 13. yy. dan itibaren yaşlı birey, ailesi ve akrabaları tarafından bakılması gereken, tek başına yaşamaya bırakılmaması gereken birey olarak kabul edildi. 18. yy. da Sanayi Devrimi ile seri üretimin artması, hem kadın hem de erkeğin ev dışında bir işyerinde çalışmaya başlaması ile yaşlı birey evde bakılamayacak duruma gelmiştir. 1880’lerde Sanayi Devrimi’nin etkisi ile ilk yaşlı bakım evleri kurulmuştur. Gerontoloji kelimesini ilk olarak Rus bilim insanı ortaya atmıştır. Tıp dalında Nobel ödüllü Elie Metchnikoff’a göre gerontoloji aynı zamanda bir davranış bilimidir. Elie Methcnikoff, Gerontoloji’yi yaşlıların davranışını inceleyen çok özel bir alan olarak kabul etmiştir. Gerontoloji’nin Türkiye’deki gelişimine bakıldığında ilk bilimsel çalışma 1998 yılında Prof. Dr. Velittin KALINKARA tarafından kurulan ve asıl amacı yaşlıların yaşam kalitesinin arttırılması ve ulusal yaşlılık politikalarının oluşturulması olan “Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği’dir.” Kısaltılmış ad ile

YASAD'dır. Bu dernek 2001 yılında Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi adı ile bir dergi çıkarıp yayın dünyasına kazandırmıştır (Kalınkara, 2016: 11-15).

Yaşlılık bilimi anlamına gelen gerontolojinin ortaya çıkışı özellikle Sanayi Devrimi sonrasında hızlanmıştır. Çünkü Sanayi Devrimi sonrasında yaşlı birey ve yaşlılık olgusu daha fazla ön plana çıkmaya başlamıştır. Gerontoloji bilimi yaşlılık olgusu, yaşlılığın nedenleri, yaşlılıkta davranış değişiklikleri, yaşlılıkta hastalıklar, mevcut yaşlılığın dışında başka bir yaşlılığın mevcut olup olmadığı ile ilgilenir. Tıp biliminin gelişmesi sonucu yaşam süresinin uzaması ile birlikte Gerontoloji bilimi daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Yaşlılık biliminin geliştiği ülkeler gelişmiş ülkeler olarak kabul edilmektedir. Çünkü ancak gelişmiş ülkelerde yaşam süresi uzun olup bu alana ağırlık verilmektedir.

Ancak ülkemizde de önümüzdeki 30 yıl içinde tıpkı gelişmiş ülkelerdeki gibi toplumsal yaşamı derinden etkileyecek bir yaşlanma oranına ulaşılacağı anlaşılmaktadır (Kurtkapan, 2018:39). Bu yüzden ülkemizde de gerontoloji ve diğer yaşlılık gündemleri ile ilgilenilmesi kaçınılmazdır.

2. MODERN TOPLUMDA DEĞİŞEN YAŞLILIK OLGUSU

Sanayi Devrimi ile beraber kentleşmenin artması ve kadının iş yaşamına girmesi sonucu geniş ailenin yerine çekirdek ailenin geçmesine ve böylece çekirdek aile sayısının artmasına neden olmuştur. Kadının iş yaşamına girmesi, geniş ailenin yerini çekirdek ailenin alması ve kent değerlerinin benimsenmesi sonucu modern insanlar daha az çocuk dünyaya getirmeyi amaçlamaktadır. Modern hayatta doğum kontrol yöntemlerinin yaygınlığının artması doğum sayısını düşürmüştür. Modern hayatta ebeveynlerin düşünceleri kendilerine bakacak çok sayıda çocuk yapmak yerine daha sağlıklı, maddi açıdan daha rahat olabilecek, başarılı az sayıda çocuk yapmak olmuştur (Şentürk, 2016: 2).

2.1. NÜFUSUN YAŞLANMASI

Avcı/toplayıcı toplumlarda yaşlılar en fazla 68-72 yıl arası yaşamaktaydılar. Bu durumun çeşitli nedenleri vardı. Doğal olaylara yeterince müdahale edememek, ufak bir hastalığa karşı bile karşı koyamamak, vahşi hayvanlara karşı savunmasız

olmak, besinlerin oldukça yetersiz ve yeterince sağlıklı olmaması, vs. yine kadın yaşlıların erkek yaşlılara oranla daha fazla yaşadıkları yapılan araştırma sonuçlarından anlamak mümkündür. Avcı/toplayıcı toplumlar sürekli olarak hareket halinde olup hareket kabiliyetini kaybeden yaşlılar -çoğunlukla erkek yaşlılar- törenle yok edilmekteydiler. Buna karşın kadın yaşlılar ise yeni doğan çocukların yetişmesine ve büyümesine yardımcı olmak için toplum tarafından daha fazla önem görmekte bu durum da uzun yaşamalarını sağlamaktaydı (Tezcan, akt. Kalinkara, 2016: 21).

21. yüzyıl dünyasında savaş, açlık, bulaşıcı hastalıklar dünyanın en fakir bölgelerinde yaygın olarak devam eden olaylardır. Bütün bu kötü olaylara karşın dünyanın dört bir yanında daha önce hiç olmadığı kadar fazla insan yeterli yiyecek bulabilmekte ve sağlıklı bir şekilde yaşayabilmektedir (Lieberman, akt. Kalinkara, 2016: 22).

Bunun iki önemli nedeni bulunmaktadır: Birincisi sanayileşme ikincisi ise modernizasyondur.

Sanayi Devrimi ile beraber tıbbi teknolojideki gelişmeler artış göstermiş, bireyler ve toplumlar eğitime daha fazla önem vermeye başlamış ve kadının iş yaşamına girmesi ile cinsiyet rollerinde bir değişim yaşanmış olup bu gelişmelere bağlı olarak da doğum oranları düşmüş ve aynı zamanda yaşlı nüfusu artış göstermiştir. Yaşam süresinin uzaması ve yaşlı birey sayısının artması özellikle gelişmiş olan ülkelerin gündemini fazlasıyla meşgul etmektedir. Birleşmiş Milletler, nüfusun yaşlanmasını sadece gelişmiş ülkeleri değil, gelişmekte olan ülkeleri de etkileyen küresel bir olgu olduğunu ifade etmiştir. Teknoloji, altyapı ve üstyapı bakımından gelişmiş olan ülkeler, gelişmekte olan ülkelere göre yaklaşık olarak 20-30 yıl öndedirler. Ancak nüfus yapısı hızla değişmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için de yaşlı nüfusu hızla artmaktadır. Birleşmiş Milletlere göre 65 yaş ve üzeri nüfus 2050 yılında iki katına çıkacaktır. 1970'lerde kadın başına düşen doğum oranı 4.3 iken bu oran zengin ülkelerde 2011'de 1.6'ya kadar düşmüştür (Kalinkara, 2016: 24).

Nüfus yaşlanması konusunda 21. yy. da, Türkiye de gelişmiş ülkelerin bulunduğu doğum oranlarının düşük yine aynı şekilde ölüm oranlarının da düşük olduğu duruma geçtiği görülmektedir (akt. Yakar, 2012: 130).

Yapılan çalışmalarda toplumsal yaşlanma günümüzde sadece gelişmiş olan ülkeleri değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkeleri de etkilediği ve bu toplumsal yaşlanmanın dünya genelinde hızla arttığı bilinmektedir (Ceylan, 2016: 171).

Yaşam beklentisi; bir insanın bulunduğu yaşından itibaren kaç yıl daha yaşayacağına dair beklentisidir. 1992 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaşındaki bir kadının 18,6 yıl, erkeğin ise 14,4 yıl yaşam beklentisi, bir Japon'un ise 18,9 yıl yaşam beklentisi bulunmaktaydı. Bu verilere bakıldığında Japonların ortalama yaşam süresinin Amerikalılardan daha fazla olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere göre de daha fazla yaşadıklarını göstermektedir. Japonya'da 65 yaş ve üstü nüfus oranı 2017 yılında %25,6'dı. Bunun yarıdan fazlası 75 yaş ve üzerindeydi. Türkiye'de 2000 yılındaki 65 yaş ve üstü yaşlı oranı 5,2'ydi. Bu oranın 2023 yılında %10'u aşacağı, 2050 yılında ise bu oranın %19,5'e çıkacağı tahmin edilmektedir (Kalınkara, 2016: 25).

Evlenmemiş ve çocuksuz insan sayısının artması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payını arttırmaktadır. İnsanların eğitim ve genel olarak yaşam standartlarının yükselmesi ile birlikte 80 yaş ve üzeri nüfusta da artış meydana gelmektedir. Yaşlı nüfus oranının artmasının başka bir nedeni de kadının çalışma hayatına girmesi sonucu az çocuk yapmasıdır. Az çocuk doğurma sonucunda toplumdaki çocuk sayısı düşmekte ve bu şekilde yaşlı nüfusunun toplam nüfus içindeki payı yüksek görünmektedir (Maeda, akt. Kalınkara, 2016: 23).

2.2. YAŞLILIKIN TOPLUMSALLAŞMASI

Endüstrileşmiş toplumlarda meydana gelen gelişmelere bağlı olarak, yaşam süresi uzamaktadır. Buna karşın yaşlılık bir sorun olarak görülmekte ve yaşlılığa çözümler üretilme çalışılmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki yaşlının statüsü geleneksel toplumlardaki yaşlı statüsüne göre düşük seviyededir. Yaşlının yaşadığı toplumun endüstrileşmesi ile yaşlının statüsü yani yaşlıya verilen değer arasında ters bir ilişki mevcuttur. Geleneksel toplumlarda yaşlı bireyin her türlü bakımı yapılmaktadır. Geniş aile içerisinde yaşlı birey kendisine yer bulabilmektedir. Sanayi toplumlarında ise geleneksel aile, yerini çekirdek aileye bırakmıştır. Çekirdek ailede yaşlı bireyin yeri bulunmamaktadır. Modern toplum içerisinde çekirdek aile sayısının artması ile yaşlı bireye verilen önem azalmıştır. Yaşlılık ile ilgili yapılan araştırmalar da bu tezi

desteklemektedir. Modern toplumda kişisel deneyime ve kişisel bilgiye çok gereksinim duyulmamaktadır. Bu toplumlarda yaşlının yaşından kaynaklı bazı özelliklere sahip olduğu düşünülmez. Modern toplumda yaşlı, artık bir şeyleri başarabilecek durumda değildir ve toplum tarafından değerli görülmemektedir. Sanayi toplumlarında meydana gelen teknolojik değişimler, bireylerin teknoloji sayesinde bilgiyi rahat bir şekilde elde edebilmesi sonucu yaşlının bilgeliği toplum tarafından sayılmamaktadır. Sanayi toplumlarında insanlar başka kimseye ihtiyaç duymadan yaşamayı hedeflemektedir. Tarım toplumunda ise yaşlı açısından modern toplumun tersi bir durum söz konusudur. Yaşlı, tarım toplumunda aile bireyleri ile beraber yaşar, geniş aile içerisinde her zaman kendisine yer bulabilmektedir. Yaşlının toplum içerisinde üstlendiği bilgelik ve diğer sorumluluklar da mevcut olup toplum içerisindeki diğer kişilere göre yüksek bir statüdedir (Bulut, 2015: 405).

Bireyler hızlı gelişen dünyaya oldukça hızlı bir şekilde ayak uydurmaktadır. Bu nedenle gelişmiş ülkeler (ABD, İngiltere gibi toplumlar) yaşlı insanların tecrübelerinden ziyade haber kanallarına güvenmektedirler. Bu ve benzeri toplumlar için yaşlanan bireylerin yaşam tecrübelerinin bir önemi yoktur. Fakat Japonya ve Çin Halk Cumhuriyeti gibi ülkelerde insanlar yaşlı insanların yaşam tecrübelerine güvenerek onlara inanarak yaşlı bireyleri gururlandırmaktadırlar.

Modernleşme, endüstrileşme ve kentleşme beraberinde kadının iş yaşamına girmesine, çekirdek aile yapısının hazla artmasına neden olmuştur. Özellikle kadının iş yaşamına girmesi kadının çocuk doğurmasını azaltmıştır. Doğurganlığın azalması doğal olarak nüfusun da azalmasına neden olmuştur. Türkiye’de 1950’li yıllardan itibaren yüksek doğurganlık hızına rağmen yaşam süresinin uzaması sonucu toplumdaki yaşlı nüfus oranı giderek artmış ve toplum giderek yaşlanmıştır (Kalınkara, akt. Arpacı, 2016: 9-11).

Globalleşen dünyada yaşlılık kavramı yeni bir kavram değildir. Fakat gün geçtikçe yaşlı nüfusunun artması beraberinde yeni sorunlar, yaşlılar için farklı gereksinimler ve yeni hizmet modellerinin oluşmasına neden olmaktadır. Yaşlılar geleneksel toplumlardaki geniş aile yerine artık modern toplumlarda yaygınlık kazanan çekirdek ailelerin olduğu bir Dünya’da yaşamaktadırlar. Teknoloji dünyasındaki gelişmeler, sağlık alanındaki gelişmeler, doğum kontrol yöntemlerinin

yaygınlık kazanması, dış çevrenin etkilerine karşı korunaklı olan yapıların inşa edilmesi insanoğlunun yaşam süresini arttırmıştır. Yaşlılık döneminde gereksinimler ve tüketim alışkanlıkları değişmektedir. Yaşlılık döneminin en önemli konularından bir tanesi de hastalıklar ve hastalık sonucu yaşlı bakımıdır. Yaşlı, yaşlanmanın etkisi ile belli bir yaşama süresinden sonra bazı hastalıklara yakalanabilmektedir. Bu hastalıklar sonucu yaşlı bakımı yaşlılık döneminin önemli konusu haline gelmiştir (Kalkınma Bakanlığı, akt. Arpacı, 2016: 13).

Yaşlı kişi sayısı her geçen gün biraz daha artmaktadır. Gelecekte de bu artışın daha da hızlanacağına dair tahminler yürütülmektedir. Yaşlı birey sayısının ve yaşlıların toplum içerisindeki oranının artmasının nedenleri yaşam süresinin artması ve bireylerdeki çocuksuzlaşma mantığının yer edinmiş olmasıdır (İlgar, 2008: 114).

“Yaşlı oranının artmasının diğer bir nedeni ise kentleşme, sanayileşme ve modernleşme süreçlerinin ortak bir sonucu olarak doğum oranlarının hızla düşüşüdür. Doğurganlıktaki bu düşüşün arkasında, modernleşme, sanayileşme ve kentleşme süreçlerinin birlikte ortaya çıkardığı yaşam koşulları, öncelikleri ve alışkanlıkları yanında sosyal değerlerdeki değişim bulunmaktadır. Modernleşmenin somutlaştığı mekanlar olarak kentleşme kadınlar eğitimi ve çalışma hayatına katılma olanağı yanında yeni bir yaşam tarzı sunmaktadır. Eğitim, çalışma hayatına katılım ve yeni yaşama alışkanlıkları ile tanışan kadının, üzerindeki aile, akraba, gelenek, görenek ve adetlerin baskısını azaltmakta ve kadın geleneksel rol ve beklentilerinden uzaklaşmaktadır. İstedığı, hazır olduğunu düşündüğü, zaman ve sayıda çocuk dünyaya getirmek demografik dönüşüm için önemli bir kırılmadır. Eğitim düzeyi özellikle ilk evlilik yaşını arttırarak kişinin yeni fikirlerle tanışması, daha iyi bir iş bulma olanağı sağlayarak doğurganlık düşüşüne neden olmaktadır. Eğitimli kadınlar doğurganlıklarını daha bilinçli bir şekilde kontrol edebilmekte ve konu üzerinde kendi inisiyatifini kullanabilmektedir (Şentürk, akt. Şentürk, 2018: 87,88).”

Yaşam süresinin artması yaşlı birey sayısının artmasına neden olurken doğurganlığın azalması yeni bireylerinin sayısının az olmasına neden olmaktadır. Yaşlı sayısının fazlalaşıp yeni doğan sayısının az olması yaşlı bireylerin nüfus içerisindeki payını arttırmaktadır.

2.3. ÇAĞDAŞ DÜNYADA YAŞLILIK

Modernleşme teorisi; toplumun kırsal alandan kente doğru göç etmesi sonucu yaşlıların durumunun eskiye göre kötüleştirdiğini iddia etmektedir. Teoriye göre kentleşme ve sanayileşmenin birleşmesi sonucu kent yaşamında geniş aile yerini çekirdek aileye bırakmıştır. Yaşlı birey, çekirdek ailede yer almayıp toplumun

dışında kalmak zorunda bırakılmaktadır. Cowgil ve Holmes bu fikirleri daha da geliştirerek modernleşme sürecini 4 parametre ile tanımlamaktadır. Bunlar:

- Teknoloji ve tıptaki gelişmeler
- Bilim ve teknolojinin ekonomiye uygulanması
- Kentleşme
- Kitle eğitimi

şeklinde. Cowgil ve Holmes'e göre modernleşme sürecinde bu 4 parametre kent toplumu içerisindeki yaşlıyı oldukça olumsuz bir şekilde etkilemektedir (akt. Şentürk, 2018: 135).

Günümüz yaşlılığı en iyi ifade eden yaşlılık kuramı Modernleşme Kuramı'dır. Modernleşme kuramı; sanayi ve kentleşme sonucu toplumların yaşlı bireye daha az değer verdiklerini iddia etmektedir. Modernleşme Kuramı; modernite ile yaşlılığa verilen değer ters orantılı gittiğini belirtmektedir. Modernite ve kentleşme arttıkça yaşlı bireye verilen değer de azalmaktadır. Kırdan kente göç sonucu aile yapısı değişmiş ve kırdaki geniş aile kentte yerini çekirdek aileye bırakmıştır. Çekirdek aile yapısına geçiş doğal olarak ailelerin parçalanmasına, yaşlı bireyleri toplumun en küçük yapı taşı olan aileden koparmıştır. Bu geçiş aynı zamanda yaşlı bireyin aile içindeki statüsünü de elinden almıştır. Teknolojinin gelişmesi, bireyler tarafında her an bilgiye ulaşılmasını olanaklı kıldığı için yaşlıların bilgeliğine ve yaşam deneyimine daha az güvenilmesine neden olmuştur. Bilgisine ve yaşam deneyimine güvenilmeyen yaşlı, doğal olarak toplumda statü ve güç kaybına uğramıştır. Sanayileşme ve sanayileşme sonucu iş gücü açısından yaşlının bilgi ve iş gücüne gerek duyulmaması ve çocuk merkezli eğitim yaşlıyı ikinci plana atmıştır.(Kalınkara, 2016: 35).

Modernleşme kuramı sanayi öncesi toplumlarda yaşlı ve yaşlı bireylerin daha çok değer gördüğünü savunmaktadır. Sanayi öncesi toplumlarda yaşlı kişi her zaman için tecrübeli, bilirkşi, sözüne itibar edilmesi gereken kişiydi fakat Sanayi Devrimi sonrasında oluşan modern dünyada yaşlı bireylerin yerini çocuk eğitimi, teknoloji, bireyin kendisini ön plana koyması (yaşlıya bakan kişi), geniş ailenin yerine çekirdek ailenin yer alması modern dünyada yaşlı bireyi ötekileştirmiştir.

Tıp bilimindeki gelişmelere bağlı olarak bireyin yaşam süresinin uzaması ve doğurganlığın azalması ile birlikte yaşlı bireyler ve toplumdaki yaşlı oranı daha fazla görünür hale gelmiştir.

Bu görünürlük gelişmiş ülkelerde daha fazla olmuştur. Meydana gelen teknolojik ilerlemeler ve sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda yaşlı nüfusta da ortalama yaşam beklentisi artmıştır. Gerontologlar 85 yaş ve üzeri olarak nitelendirilen ileri yaşlı bireylerin yakın gelecekte sayı ve oran olarak artacağını tahmin etmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde ileri yaşlı bireylerin sayısı ve oranı yüksektir. Gelişmiş ülkelerde yakın gelecekte bu yaşlıların sayısının ve oranının artacağı öngörülmektedir.

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfus oranının arttığı ve ilerleyen yıllarda yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının daha da artacağı öngörülmektedir. TÜİK Nüfus Projeksiyonları 2018-2080 yılları arasındaki tahminlerinde; Türkiye’nin 2018 yılındaki 81.867.223 olan nüfusu 2025 yılında 88.844.934 olacağı, 2050 yılında 104.749.423 kişi olacağı ve 2080 yılında ise toplam nüfusun 107.100.904 olacağını öngörmektedir. Doğurganlık hızı düşmesine rağmen nüfusun artmasının nedeni yaşam süresinin artmasıdır. Mevcut nüfus yaşlanmakta ve yeni doğanlar ile birlikte nüfus artmaktadır (TÜİK, 2018, file:///C:/Users/HP/Downloads/N%C3%BCfus_Projeksiyonlar%C4%B1_21.02.2018.pdf). (Erişim Tarihi: 26.06.2019).

Tablo 1. 2000-2018 Yıllarındaki nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımı

Yıl	Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
2000	Toplam - Total	67.803.927	34.346.735	33.457.192	100,0
	0-14	20.220.095	10.453.093	9.767.002	29,8
	15-64	43.701.502	22.131.543	21.569.959	64,5
	65+	3.858.949	1.749.563	2.109.386	5,7
2018	Toplam - Total	82.003.882	41.139.980	40.863.902	100,0
	0-14	19.184.329	9.846.565	9.337.764	23,4
	15-64	55.633.349	28.123.283	27.510.066	67,8
	65 +	7.186.204	3.170.132	4.016 .072	8,8
Kaynak: TÜİK 2018					

Türkiye İstatistik Kurumu 2000 yılındaki toplam nüfus 67.803.927 iken bu sayı 2018 yılında 82.003.882 olarak yaklaşık 15 milyon artmıştır. 2000 yılında 65+ yaşındaki insan sayısı 3.858.949 olup 65+ yaşındaki nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı %5,7'dir. 2018 yılında 65+ yaşındaki insan sayısı 7.186.204'tür. 65+ yaşındaki nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı ise 3,1 puan artarak 8,8 olmuştur. Zaman ilerledikçe nüfus artmakta olup bu duruma paralel olarak yaşlı nüfusun oranı da artmaktadır. Türkiye'de nüfus her geçen yıl artmakta iken nüfus artış hızı ise düşmektedir. TÜİK Uluslararası veri karşılaştırma sonuçlarına göre Türkiye'nin 2010 yılındaki nüfus artış hızı %1.52 iken 2018 yılında nüfus artış hızı %1.27'ye düşmüştür (TÜİK,1935-2018, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059). (Erişim Tarihi: 26.06.2019).

Uzun yaşam herkesin istediği bir durum olmasına karşın hiç kimse uzun yaşam/yaşlılık sürecinde meydana gelen hastalıkları düşünmemektedir. İleri yaşlılık bedensel, zihinsel ve ruhsal birçok hastalığı ve yaşlı bakımını beraberinde getirmektedir. Berlin Yaşlılık Araştırması 80-85 yaşındaki yaşlılarda meydana gelen hastalıkları sağlık sorunlarını ve diğer sorunları şu şekilde belirlemiştir: ileri yaşlılık olan 80-85 yaşları arasında; hastalıkların sayısında artış meydana gelmektedir, kronik hastalıkların oluşma ihtimali artmaktadır. Bu dönemde zihinsel bir gerileme söz konusudur, hatta bu zihinsel gerileme demansa kadar varabilmektedir. Bu dönemde sürekli veya geçici olarak yaşlı birey başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Yaşlılar bu dönemde sık sık tedaviye ihtiyaç duymakta olup buna bağlı olarak sık sık bir hastaneye veya bir rehabilitasyon merkezine yatma ihtiyacı hissetmektedirler. Bu dönemde yaşlı bireyler kendilerini yalnız ve izole edilmiş hissetmektedirler(Tufan, 2003: 57).

Artan yaş ile beraber yaşlı bireyin fizyolojisinde önemli değişiklikler olmaktadır. Bu değişikliklere bağlı olarak kronik hastalık riski artmaktadır. Bireylerde 60'lı yaşlardan itibaren; işitme, görme bozukluğu, kalp hastalığı, felç, kanser, demans gibi hastalıkların olma ihtimali artmaktadır(Şentürk, 2018: 218).

Yaşlanmaya (60 yaşından sonra) bağlı olarak yıllar geçtikçe yaşlı bireyde zihinsel ve bedensel olarak bir takım bozulmalar görülmektedir. Yaşlılarda bedensel olarak belirtileri görülen hastalıklardan bazıları baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık,

vertigo (baş dönmesi), konstipasyon (kabızlık), hareketsizlik, dengesizlik, idrar-gaita tutamama, uykusuzluk, osteoporoz (kemik erimesi), görmede sorunlar, işitmede sorunlar, şeklindedir.

Yaşlılarda zihinsel olarak belirtileri grlen hastalıklardan bazıları da; depresyon, mani, demans, Alzheimer ve Parkinson şeklindedir.

Son yıllarda meydana gelen teknolojik gelişmeler, sağlık alanındaki gelişmeler, konforlu ve güvenli bir yaşam sürülmesi, yapıların dış dünyanın tehlikelerine karşı korunaklı yapılması, kol gücüne dayalı işlerin terk edilip daha çok beyin gücü gerektiren işlerin ön plana çıkması sonucu insan ömrü uzamıştır. İnsanın yaşam süresinin uzaması sonucunda birçok hastalık oluşmuştur. Bu hastalıklar yaşlı bireyi öz bakımını başkasından bağımsız olarak yapamayacak duruma getirebilmektedir. Yaşlı, kendi öz bakımını başkasından bağımsız olarak yapamadığı durumlarda yaşlıya bir bakım veren yardım etmek durumunda kalmaktadır. Bu hastalıklar yaşlının bakımını zorunlu hale getirip bakım hizmetlerinin gündeme gelmesine neden olmaktadır (Elevli, akt. Kahraman Kelleci, 2013: 143-144).

Bu noktaya kadar ele alınan hususlar, değinilen istatistikler, trendler göstermektedir ki hem dünyada hem Türkiye’de yaşlılık giderek artmakta ve toplumsallaşmaktadır. Bunun neticesinde yaşlılık çeşitli sorunlar ile birlikte gündeme gelmektedir. Bir sonraki bölümde yaşlılık hatta ileri yaşlılığın neden olduğu Alzheimer hastalığı ve bu hastalara bakım veren kişilerin sorunları ele alınacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

İLERİ YAŞLILIK, ALZHEİMER HASTALIĞI VE BAKIM SORUNU

Yaşam süresinin çeşitli sebeplerle artması yaşlılığın birden fazla kategoriye ayrılmasına neden olmuştur. Yaşlılar günümüzde genç yaşlılar ve yaşı yaşlılar olarak 2 gruba ayrılmasına rağmen bunların yanında üçüncü ve dördüncü yaşam olarak değerlendirilen dönemler de bulunmaktadır. 60-75 yaş arası dönem 3. Dönem olarak değerlendirilirken 75 yaşından sonraki dönem dördüncü dönem olarak değerlendirilmektedir. Yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlılık popülasyonunun nüfus içindeki payı artmıştır. Bu artış beraberinde yaşlılığın olumsuz yönlerinin görülmesini sağlamıştır. Berlin Yaşlılık Araştırması, fiziksel, zihinsel ve ruhsal sistemlerdeki kayıpların 80-85 yaşlarında arttığını ve bu artışla beraber birçok problem ve hastalığın meydana geldiğini göstermektedir (Tufan, 2003: 57).

İlerleyen yaşla beraber insanda birçok hastalık görülmektedir. Bu hastalıklardan birisi de hem bedensel, hem zihinsel hem de ruhsal boyutları olan Alzheimer Hastalığıdır. Alzheimer Hastalığı bunamanın tıp dilindeki adıyla demansın bir türüdür. İlerleyen yaşla beraber Alzheimer hastalarının sayısı her geçen gün artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında 4 milyon Alzheimer Hastası vardı. Bu sayı her geçen gün artmakta olup araştırmacılar tarafından 2050 yılında bu sayının 15 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2000 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus 3.8 milyondur. 2010 yılında bu rakam 4.8 milyona ulaştı. 2018 yılında ise %8.8 artışla 7.18 milyona ulaştı. Bu oranlar hastalık ile beraber değerlendirildiğinde hastalığın her geçen arttığını görebilmekteyiz. 2006 yılında Türkiye'de 250 bini geçen Alzheimer Hastası bulunmaktayken 2010 yılında bu rakam 480 bine kadar çıktı. Bu hastalığın bakımı oldukça zordur. Bakımda hastanın yaşam kalitesini artırmak temel hedeftir (Ünsal, 2014: ix).

Demans'ın en büyük nedeni Alzheimer hastalığıdır. Hem Türkiye'de hem de dünyada Alzheimer hastalarının sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Alzheimer hastalığı günümüzde tedavisi mümkün olmayan bir hastalıktır. Hastalıkta yapılan tedaviler hastalığın ilerlemesini engellemeye ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye yöneliktir. Alzheimer hastalığı sadece tıp biliminin ilgilenmesi gereken bir durum değildir. Alzheimer hastalığı psikolojik, biyolojik ve ekonomik boyutları olan bir hastalıktır. Alzheimer, hastanın ailesini ve bakımını yapan çevresini psikolojik, sosyal ve ekonomik zarara uğratan bir hastalıktır (Atay, 2014: 14).

Alzheimer hastalığının günümüzde bilinen bir çaresi yoktur. Kişiye Alzheimer hastalığı teşhisi konduktan sonra yapılacak tek tedavi yöntemi ilaç tedavisi ile beraber bakımını doğru bir şekilde yapmaktır. İlaç tedavisi ve hastanın genel bakımı da zaman içerisinde ilerleme gösteren Alzheimer hastalığının ancak ilerleme hızını yavaşlatmaktadır. Hastalığı tamamen iyileştirmemektedir (Atay, 2014: 36-39).

Bunamaya (demansa) neden olan hastalıklar arasında Alzheimer hastalığı ilk sıradadır. Bu hastalıkta yaş önemli bir faktördür. İlerleyen yaşla beraber hastalığa yakalanma ihtimali de artmaktadır. 65 yaş ve üzeri kişilerin bu hastalığa yakalanma ihtimali yüksektir. Türkiye'de Alzheimer hastalarının sayısı tam olarak bilinmemesine karşın yaklaşık olarak 500 bin Alzheimer hastasının olduğu tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Alzheimer Hastalarının sayısı günümüzde yaklaşık olarak 5.2 milyondur. Bu sayının 2050 yılında 3 kat artması düşünülmektedir (Atay, 2014: 23-24).

1. İLERİ YAŞLILIK DÖNEMİ VE ALZHEİMER HASTALIĞI İLİŞKİSİ

Alzheimer hastalığı gün geçtikçe artan bir hastalıktır. Görülme sıklığı da yaşla birlikte artış göstermektedir. Hastalık genel olarak 60 yaşından sonra görülmeye başlar. 60 yaşından önce çok nadir olarak görülür. Erkek ve kadınlarda 65 yaş sonrasında %5 oranında görülür. Alzheimer hastalığının görülme sıklığı yaşla birlikte artış gösterip 65 yaşından sonra her 5 yılda iki katına çıkmaktadır. 85 yaşında olan yaşlıların yaklaşık olarak %35'i bu hastalığa yakalanmaktadır. Bilim insanları, dünya genelinde yaklaşık olarak 20-25 milyon Alzheimer hastası olduğunu tahmin etmektedirler (Atay, 2014: 29).

1.1. BEYİN YAPISI VE ALZHEİMER İLE İLİŞKİSİ

Beyin olağanüstü bir organdır. Yapısı itibari ile kapasitesi çok yüksektir. İnsanoğlu doğduğunda beyinde yaklaşık olarak 50 milyar hücre bulunmaktadır. Her insanda yaklaşık olarak aynı sayıda beyin hücresi bulunmaktadır. Bu hücrelerin her birisinin yaklaşık olarak 1500 bağlantısı vardır. Elli milyar hücrenin her birisinin 1500 bağlantısının olması beyin ne kadar komplike ve ne kadar detaylı bir yapının olduğunu bize göstermektedir. Bizi birbirimizden ayıran asıl faktör beyin hücrelerimiz değil beyin hücrelerimizin bağlantılarıdır. O bağlantılar bizim kişilik yapımızı, deneyimlerimizi kısacası farklılığımızı sağlamaktadır. Herkes aynı sayıda beyin hücresi ile doğmasına rağmen zihinsel kapasitesinin aynı olmamasının nedeni beyin hücrelerinin bağlantılarıdır. Bağlantılar bizim deneyimlerimiz sonucu beyin hücrelerine iletim sağlamaktadırlar. Farklı bağlantılar ve farklı deneyimler bizi birbirimizden farklılaştırmaktadır. Beyin hücreleri sürekli olarak aktif haldedirler. Ölen beyin hücresinin yerine yenisi eklenmemektedir. Sürekli olarak aktif olan beyin hücreleri zaman içerisinde yıpranırlar. Farklı bireylerde farklı süreçler sonucu beyin hücrelerinin yıpranma süreci farklı olmaktadır. Beyin hücrelerinin yıpranması veya ölmesi kişisel farklılıklara göre farklılık gösterebilmektedir (Emre, 2014:4).

İnsan beyni muazzam bir fabrikadır. Bütün sevinçlerin, üzüntülerin, korkuların, hareketlerin, reflekslerin kısacası bütün duygu, düşünce ve hareketlerin komuta merkezidir. Bütün bu komuta merkezinde bulunan hücreler doğumdan ölüme kadar ki süreçte aktif olarak işleme halindedir. Bu işleme halinde zaman ilerledikçe beyin daha doğrusu beyin hücrelerinin ve bu hücreleri birbirine bağlayan bağlantıların işlevlerini yitirdiği yapılan araştırmalardan anlaşılmıştır. Beyin hücreleri kendisini yenileme veya bölünme özelliği olmadığından dolayı işlevini yitiren bir hücrenin yerine o işlevi yerine getiren bir başka hücre bulunmaz. Böylece işlevini yitiren hücrenin yaptığı faaliyet de hasara uğramış olur. Örneğin: beyinde korku duygusunu oluşturan hücrelerin zarar görmesi durumunda insanoğlu daha önce korktuğu şeylerden korkmayacak duruma gelecektir. Alzheimer hastalığında da tam olarak böyle bir durum söz konusudur. Beynin hücrelerini birbirine bağlayan bağlantı hücrelerinin yaşlanması, zarar görmesi sonucu hücreler arası bir iletişimsizlik olduğundan dolayı bireyde bir unutkanlık ve hatırlayamama, süreç içerisinde daha

fazla beyin hücresinin zarar görmesi veya ölmesi sonucu bireyde hatırlayamama, hareketlerde yavaşlama, zaman ve mekan oryantasyonunu yapamama vs. gibi durumlar söz konusu olur. Kısacası ölen veya zarar gören beyin hücrelerinin ve bağlantılarının miktarı veya sayısı oranında bireyde zarar oluşur. Beyin hücrelerinin ve bağlantılarının zarar görmesi veya işlevini eskiye nazaran az yapması 60 yaşından sonra artış göstermektedir. Bu nedenle Alzheimer hastalığına yakalanma durumu 60 yaşından sonra artmaktadır. Yaşlanma sonucunda beyin hücrelerinin ölmesi beraberinde beyin hastalıklarının meydana gelmesine neden olmaktadır. Bu hastalıklar; nörodejeneratif hastalıklar olarak nitelendirilmektedir. Sinir sisteminin bozulması, sinir sisteminde bulunan hücrelerin ölmesi sonucu oluşan hastalıklar olarak bilinmektedir. Nörodejeneratif Hastalıkların çoğu beyin yaşlanması sonucu oluşan hastalıklardır. Dolayısıyla bu hastalıklar yaşlılık sürecinde meydana gelen hastalıklardır. En sık meydana gelen örnekleri; Alzheimer ve Parkinson hastalıklarıdır (Emre, 2014: 15-16).

Alzheimer hastalığı; henüz tam olarak sebebi bilinmeyen şekilde beyin hücrelerinin erkenden ölmesi sonucu meydana gelmektedir. Beyin hücrelerinin ölmesi sonucu beyin büzüşür ve küçülür. Alzheimer Hastalığı bulaşıcı bir hastalık değildir. Bulaşıcı olmayan bu hastalık bir kanser de değildir. Hastalığın en bariz özelliği unutkanlıktır (Atay, 2014: 24-25).

1.1.1. Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Tarihçesi

Demans kelimesi, Latince mens yani zihin kelimesinde türemiştir. Olumsuzluk eki olan “de” ekinin başına getirilmesi ile zihnin geriye gidişi, zihnin yitirilmesi anlamına gelmektedir (Gönen ve ark. akt. Erkuran, 2015: 3).

Alzheimer hastalığının tarihini M.Ö. 7. yy. a kadar götürmek mümkündür. O dönemde bile bazı felsefeciler bu hastalıktan çeşitli kavramlarla söz etmişlerdir. 17. yy. da hastalık hakkında daha net bilgiler elde edilmiştir. Bazı yaşlı kadavraların beyinlerinde yapılan çalışmalar hastalık hakkında tıbbi verilerin elde edilmesini sağlamıştır. 19. yy. a gelindiğinde ise hastalık hakkında daha önemli çalışmalar yapılmıştır. Philippe Pinel zihinsel rahatsızlık konusunda önemli işlere imza atmıştır. Bu çalışmalar hastalığın tedavisi için bir sonraki bilim insanları için yol gösterici olmuştur. Öğrencisi Esquirol, Alzheimer hastalığına neden olan faktörler ve

hastalığın çeşitleri üzerinde çalışmalar yapmıştır. 19. Yüzyılın sonlarına doğru önemli gelişmeler yaşanmıştır. Morel ve Wilks bazı beyin hastalıklarının nedenini yaşlanma olarak belirtmişlerdir (Wright, McSweeny ve Kieswetter, akt. Tezcan, 2017: 9).

Demans, bir yaşlılık hastalığı değil bir beyin hastalığıdır. Çünkü nadiren de olsa orta yaşlarda demans görülme ihtimali vardır. Demans bir yaşlılık hastalığı olmamasına rağmen en çok yaşlılarda görülmektedir. Bu bağlamda demans tamamen bir beyin hastalığıdır (Tufan, 2016: 33).

Demans bellek bozukluğu, konuşma, duyma, görme ve motor becerilerinden en az iki tanesinin işlevini yitirdiği, bu yitimin kişinin gündelik hayatını idame ettirmekte güçlük çıkardığı, sürekli olarak ilerleme gösteren, tedavisi mümkün olmayan nörodejeneratif zihinsel bir hastalıktır (Toker Tekin, 2018: 4).

Demansın en sık görülen türü Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı, beyindeki sinir hücrelerinin ölmesi ile hücreler arası iletişimin yok olması sonucu beynin faaliyetlerini yapamayacak duruma gelmesidir. Alzheimer hastalığı demans türleri içerisinde en sık görülen hastalıktır. Alzheimer hastalığı; öğrenme, konuşma, işitime, yargılama, günlük yaşam etkinliklerini sürdürememe ve davranışlarda değişikliklere yola açan nörodejeneratif ve ilerleyici bir beyin hastalığıdır (Atay, 2014: 23-27).

Demans hastası birey zaman içerisinde konuşmada, işitmede daha sonraları görmede güçlük çeker. Zamanla düşünme, kavrama, hesaplama, el göz koordinasyonu, bellekte zayıflama, hatırlama yetilerinde güçlük çeker zamanla bu güçlükler hastanın kendi öz bakımını yapmasını engeller ve hasta başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelir. Demans hastası birey duygularını kontrol edemez. Hastalığın tam olarak ne zaman başladığı belirsizdir. Hastalığın belirtileri net bir şekilde ortaya çıktıktan 2-3 yıl öncesinde başlamaktadır. Bu nedenle hastalığın başlangıcını tespit etmek zordur. Hastalık öldürücü olmamakla beraber bireyin bağışıklık sistemini çökertir. Hasta bu hastalığa yakalandıktan yaklaşık olarak 7-8 yıl sonra vefat eder. Nadiren de olsa hastalığın süresinin 20 yıla kadar çıktığı görülmüştür. Hastalığın başlangıcından hastanın ölümüne varan sürede asıl amaç tıbbi desteği sağlamak, hastanın bakımını doğru yapmak ve hastalığın ilerlemesini

yavaşlatmaktır. Hastalığın tedavisi yoktur. Bu süreçte hastanın bakımını yapan bireylerin de yardıma ve desteğe ihtiyacı bulunmaktadır (Tufan, 2016: 31-34).

Alzheimer hastalığı, serebral korteks, hipokampus ve subkortikal bölgelerinde hücre kaybı ile metabolizmadaki aktivitelerde azalma ile beraber hatırlamada güçlüğü ve bilişsel zayıflamaya neden olan, bireyin duygun durumunu olumsuz bir şekilde etkileyen sürekli olarak ilerleyen bir hastalıktır (Akyar ve Akdemir, 2009: 32).

Alzheimer hastaları ile sanatsal aktiviteler yapmak oldukça iyi sonuçlar verir. Örneğin: beraber öyküler kurup anlatmak, birlikte şarkılar söylemek, beraber bir kitap okumak. Bunlar arasında müzik ayrı bir yer tutmaktadır. Yapılan araştırmalarda en iyi hatırlanan şarkılar çocukluk ve ergenlik arasında dinlemiş olduklarıdır. Yani Alzheimer hastası birey hastalık nedeni ile bir sürü şeyi unutsa da çocukluk ve ergenlik arasında dinlediği müzikleri unutmamaktadır. Ayrıca özellikle o yıllarda öğrenilmiş bir müzik aleti çalma becerisi de hafızada saklı kalmaktadır. Hastanın dinlediği müzik ve enstrüman çalma becerisi Alzheimer'ın son evrelerine kadar hasta tarafından unutulmamaktadır (Acheson, 2016: 1).

Alzheimer hastalığı; beynin bazı bölgelerinde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma sonucu oluşmaktadır. Hastalık; konuşmayı, işitmeyi, duyguları, sistematik düşünmeyi, algılamayı olumsuz etkileyen bir beyin hastalığıdır. Alzheimer hastalığı bellek bozukluğu ile kendini gösterir. Hasta bellek bozukluğu ve unutma işlevlerinin ardından zihin gerektiren işlevlerini yerine getirememektedir. Ardından hasta da kişilik değişimleri başlar. Hasta, hastalığın son evresinde, motor becerilerini yapamaz, duygu durumunu kontrol edemez ve yürüme işlevini yapamaz hale gelip tamamen yatağa bağımlı ve başkasının yardımına muhtaç bir birey durumuna gelmektedir (Geldmacher ve Whitehouse, akt. Akyar ve Akdemir, 2009: 33).

Alzheimer hastalığı bilincin kalıcı olarak zayıflaması halidir. Beyinde meydana gelen Alzheimer hastalığında önce zeka, hafıza, sonra olayları birbirine bağlama ve yargılama yeteneklerinin ön kabulleri zarar görmektedir. Hasta bireyde, zayıf bir şekilde de olsa daha önceki yeteneklerinden geriye birkaç parça kalabilir.

Hastada duygusal körelme, irade zayıflığı, içgüdüleri bastıramamak gibi gerilemeler oluşmaktadır (Schalbach, akt. Tufan, 2016: 54).

Alzheimer hastalığı ilk defa 1906 yılında Dr. Alois Alzheimer tarafından kullanılmıştır. 1901 yılında çalıştığı sırada bir bayan hastasını tedavi ederken elde ettiği verileri yorumlayamamış, elde ettiği veriler hakkında yaptığı araştırmalar da herhangi bir sonuç elde edememiştir. Hastanın ölümünden sonra hastanın beyin otopsisini yapan Alois, beynin beyin korteksinin normaldekinden ince olduğunu gözlemiştir. Beyin üzerinde yaptığı çalışmada beynin üzerinde senil plaklar ve nörofibriler plaklar olduğunu tespit etmiştir. Alois Alzheimer 1906 yılında bir kongrede “Serebral Korteksin Tuhaf Hastalığı” olarak bugünkü Alzheimer hastalığını sunmuştur. Dr. Emil Krepelin hastalığa 1910 yılında “Alzheimer” adını vermiştir (Selekler, 2010: 10).

1.1.2. Alzheimer Hastalığının Toplumsallığı

Türkiye genelinde yapılan en büyük prevelans çalışmasındaki 70 yaş ve üstü Alzheimer hastalığı prevelansı %16 iken demans prevelansı %20 olduğu saptanmıştır. Bu prevelans çalışması ekseninde Türkiye’de yaklaşık olarak 300-350 bin arasında Alzheimer hastasının olduğu kabul edilmektedir. Ankara Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi polikliniği 65 yaş ve üzerinde olan 1255 hasta üzerinde bir çalışma yapmıştır. Söz konusu çalışmada hastaların %8.2’sinin Alzheimer hastası olduğu ve % 4,8’inin Alzheimer dışı demans hastası olduğu tespit edilmiştir. Demans tanısı almış hastaların %67,3’ü Alzheimer teşhisi koyulmuş hastalar olduğu görülmüştür (Çınar, 2012: 4).

Dünya genelinde Alzheimer hastalarının sayısı tam olarak bilinmemektedir. Buna karşın tahmini olarak Dünya’da yaklaşık olarak 46 milyon insanın Alzheimer hastası olduğu varsayılmaktadır. Gün geçtikçe bu hatalığa yakalanan kişilerin sayısında artış olacağı tahmin edilmektedir (Fonseca-Santos ve ark. akt. Toker Tekin, 2018: 6).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda 70 yaş ve üstündeki bireylerin yaklaşık %11.1’i Alzheimer hastasıdır. Alzheimer hastalığının kesin bir tedavisi yoktur. Buna rağmen bakımı ekonomik açıdan oldukça yüksektir. Bu durum hastanın bakımını

üstlenen aileleri olumsuz etkilemektedir. Hastalığın kesin bir tedavisi bulunmayıp yapılan tedavilerin tümü hastalığın etkilerini en aza indirmek ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaktır. Hastalığın erken fark edilmesi tedavi sürecinde bakım veren kişinin işini kolaylaştırmaktadır (Gurvit, Emre ve ark. akt. Dursun, 2009: 1).

Demans'ın en büyük nedeni Alzheimer hastalığıdır. Yapılan çalışmalar da bize bunu doğrulamaktadır.

1.1.3. Alzheimer Hastalığının Nedenleri

Teknolojinin gelişimi, sağlık alanındaki, ilaç sektöründeki ilerlemeler, altyapı ve üst yapı hizmetlerinin gelişmesi hastalıkların önlenmesini sağlamıştır. Tıp alanındaki gelişmeler ile hastalıklar erken teşhis ve tedavi edilmiş böylece ölümlerin önüne geçilmiş ve yaşam süresi uzamıştır. Uzayan yaşam süresi toplumda yaşlı nüfusunun artmasına neden olmuştur. Yaşın ilerlemesi ile yaşlı bireylerde biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar baş göstermiştir (Yeşilbalkan ve Karadahovan, 2005: 74).

Meydana gelen gelişmeler ile (tıp, teknoloji, ilaç sanayisi, altyapı ve üstyapı hizmetlerinin gelişmesi) ile insan ömrü uzamış ve toplumda yaşlı nüfusu artmıştır. Bu artış yaşlılık ile ilgili hastalıkların artmasına neden olmuştur. Bu hastalıklardan bir tanesi de Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı hem bedensel, hem zihinsel hem de ruhsal yönleri olan bir hastalık olup gün geçtikçe prevalansı artan ve ciddi bir sağlık sorunu haline gelen bir hastalıktır (Topçuoğlu ve Selekler, 1998: 64).

Geriatristlere göre 65-75 yaş arası insanların %15'inde yaşlılığa bağlı bunama (demans) görülürken 75 yaş ve üzeri yaşlıların ise %25'inde yaşlılığa bağlı bunama görülmektedir. Yaşlılığa bağlı olarak görülen psiko-sosyal çözülme sonucunda meydana gelen bunama her zaman yaşlılık ile orantılı olarak görülmeyebilir. Bazen 40 yaşındaki birisinde de bunama görülebilmektedir. İnsanoğlu yaşlandığı oranda bunaması beklenmemektedir (Güneral, 2017: 81).

Alzheimer hastalığının genel geçer bir nedeni veya nedenleri yoktur. Alzheimer hastalığının risk faktörleri vardır. Örneğin: Yaş Alzheimer hastalığının nedeni değil bir (en büyük) risk faktörüdür. Yaşı 60 yaşının üzerinde olan kişiler

Alzheimer hastalığına yakalanacak diye bir durum söz konusu değildir; fakat 60 yaşın üzerinde olan bir bireyin bu hastalığa yakalanma riski de yüksektir.

1.1.4. Alzheimer Hastalığında Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığının kesin bir sebebi yoktur. Buna karşın hastalığın meydana gelmesine neden olan bazı risk faktörleri vardır: Alzheimer hastalığının kesin ve net sebebi olmamasın karşın hastalığı oluşturan bazı risk faktörleri mevcuttur. Alzheimer Hastalığında kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen risk faktörleri mevcuttur. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü (genetik yatkınlık), down sendromu kesinleşmiş ve kontrol edilemeyen risk faktörleri iken, kontrol edilebilen risk faktörleri; hipertansiyon, anne yaşı, eğitim düzeyi, kalp krizi, kafa travması, Diyabet, sigara, alkol, obezite, kolestrol, depresyon, kafa travması şeklindedir.

1.1.4.1.Kontrol Edilemeyen Faktörler

Alzheimer hastalığının en önemli risk faktörü yaştır. Yaşın ilerlemesi ile kişinin hastalığa yakalanma ihtimali artar. Alzheimer hastalığı 60 yaş ve sonrasında başlarken bu hastalığa yakalanan kişilerin yaşı genellikle 65'in üzerindedir. Kişinin bu hastalığa yakalanma ihtimali 60 yaşından sonra her 5 yılda iki katına çıkmaktadır. 85 yaşından sonra ise Alzheimer'in düzenli ve daha hızlı bir şekilde yükseldiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalar 85 yaşından sonra Alzheimer Hastalığına yakalanma ihtimalinin %30-40 arasında olduğunu göstermektedir (Daroff, Fenichel, ve ark. akt. Erkuran, 2019: 9).

Yaşın ilerlemesi ile bu hastalık kendisini daha sık göstermektedir. Hastalık 60-65 yaş arası hızlı bir şekilde görülürken 40 yaşlarında da görülebilmektedir. Alzheimer'ın 65 yaşlarında görülme sıklığı %6-10 arasındadır. Hastalık her 5 yılda 60 yaşından sonra görülme sıklığı 2 katına çıkmaktadır. 85 yaş ve üzeri görülme sıklığı ise %30-47 arasında değişmektedir (Gürvit, Emre ve ark. 2008: 71).

Alzheimer hastalığı erken yaşlarda başlasa bile tam teşhisin konulduğu yaş, kişinin hastalığa yakalandığı yaştan belli bir süre sonra olması, tanı konulan yaşın artmasına neden olmaktadır.

Alzheimer hastalığının görülme sıklığı, 65 yaş ve üzeri yaşlar için %6-10 arasında iken 85 yaş ve üzerindeki yaşlar için bu oran %30-50 arasında değişebilmektedir (Selekler, 2012: 46).

Alzheimer Hastalığının bir başka değiştirilemeyen faktörlerinden bir tanesi de genetik yatkınlıktır. Yapılan araştırmalarda ailesinde Alzheimer Hastalığı bulunan kişilerin hastalığa daha fazla yakalandığı tespit edilmiştir. Ailesinde veya yakın akrabalarda Alzheimer hastalığı bulunan kişiler, ailesinde ve yakın akrabalarında bu hastalığı bünyesinde bulundurmeyen kişilere göre yaklaşık olarak 2-4 kata daha fazla olduğu yapılan araştırmalar sonucu elde edilmiştir. Bu veriden de genetik faktörün Alzheimer hastalığı için önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Bu genetik yatkınlığı oluşturan da Apolipoprotein E (APOE) genotiplerinin olmasıdır (Jack, Huang, ve ark. akt. Öztürk, 2012: 3).

İnsan bünyesinde bulunan bazı genlerin mutasyona uğramasıyla Alzheimer hastalığının meydana geldiği bilinmektedir.. Bu genler: APP Geni, PS2 Geni ve PS1 Genidir. Erken yaşta başlayan Alzheimer hastalığının birincil risk faktörü bu genlerin mutasyona uğraması olduğu tespit edilmiştir (Özkay Demir, Öztürk ve ark. 2011: 35).

Ailesinde birinci dereceden akrabalarda (anne-baba) Alzheimer hastalığı bulunan kişilerin hastalığa yakalanma ihtimali bu hastalığı birinci dereceden ailesinde bulundurmeyen kişilere göre 4-10 kat daha fazladır (Selekler, 2012: 125).

Yapılan araştırmalarda ailesinde birinci dereceden akrabalarından bir kişinin Alzheimer olması durumunda hastalığa yakalanma ihtimali 4 kat iken ailesinde 2 kişinin bu hastalığa yakalanmış olması Alzheimer hastalığına yakalanma ihtimalini 10 kat arttırmaktadır. Örneğin aile içerisinde anne veya babanın Alzheimer hastası olması çocuklarının bu hastalığa yakalanma riskini 4 kat arttırmaktadır. Anne ve baba her ikisinin de bu hastalığa yakalanmış olması ise çocukların bu hastalığa yakalanma ihtimalini 10 kat arttırmaktadır (Selekler, 2010: 11).

Alzheimer hastalığının kontrol edilemeyen risk faktörlerinden bir tanesi de Down sendromudur. Down Sendromu; Alzheimer hastalığının ciddi risk faktörlerinden birisidir. Down Sendromu kalıtsal bir hastalık olup bu hastalığa yakalanan kişilerin aile bireylerinden birisinde Alzheimer hastalığının olma ihtimali

yüksektir. Ayrıca Down Sendromlu bireylerde kalıtsal ApoE' ün ε4 alleleline geninin bulunma ihtimali de yüksektir. Bu gen Alzheimer hastalığına neden olabilecek bir gendir. Down Sendromlu bireyler bu gene sahip olmaları durumunda 60 yaşına varmadan erken bir yaşta Alzheimer hastalığına yakalanmaktadırlar (Nowotny ve ark. akt. Bostancı, 2014: 8).

ApoE' ün ε4 alleleline geninin dışında APP geni de Alzheimer hastalığına neden olabilmektedir. Bu gen sadece Down Sendromlularda kromozom 21 üzerinde bulunmaktadır. Hastalar daha 12 yaşında iken amiloidler birikir ve Alzheimer hastalığının yakın bir gelecekte oluşmasına neden olur (Hooper, akt. Bostancı, 2014: 18).

Kontrol edilemeyen bir diğer risk faktörü de cinsiyettir. Kadınların erkeklere oranla yaşam ömrünün daha uzun olması nedeniyle rölatif prevelansta bir artış olduğu öne sürülmektedir. McBee ve arkadaşlarına (1997)'ye göre AH sıklığı, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır. Kadınların yaşam süresinin erkeklere göre uzun olması kadınların erkeklere göre Alzheimer Hastalığına yakalanma olasılığını yükseltmektedir. McBEE ve arkadaşları(1997)'ye göre kadınlarda Alzheimer Hastalığına yakalanma sıklığı sayısı erkeklere göre 2 kat daha fazladır (Erdemoğlu ve Varlıbaş, 2001: 105).

Bu durumun nedeni kadınların erkeklere göre daha çok yaşamasının yanında kadınlardaki östrojen hormonunun menopoz döneminde düşmesidir. Kadınlarda bulunan Östrojen hormonu beyni koruma özelliği taşımaktadır. Kadınlarda menopoz döneminde bu hormonun düşmesi kadınların Alzheimer hastalığına yakalanma riski arttırmaktadır (Carter ve ark. akt. Bostancı, 2014: 16,17).

1.1.4.2. Kontrol Edilebilen Faktörler

Bireyin kontrolü dışında olan faktörler kadar kontrolü altında olan faktörler de bireyin sağlığını etkilemektedir.

İnsan biyopsikososyal ve ekonomik bir varlıktır. Bireyin sağlığı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak ele alındığında bu faktörlerin bireyin sağlığı açısından ne kadar önem taşıdığı anlaşılmaktadır.

Bu bağlamda hipertansiyon önemli kontrol edilebilir bir faktör olarak görünmektedir. Hipertansiyon, damarın içerisinde bulunan damar duvarının sertleşmesi ve zarar görmesi sonucu damar yoluyla kalbe ve beyne giden oksijenin azalması sonucu oluşan bir rahatsızlıktır. Beyne kan ve oksijeninin yeterince gidememesi sonucu beyinde bilişsel olarak bir bozukluk oluşmaktadır. Hipertansiyon özellikle geç başlangıçlı Alzheimer hastalığına neden olmaktadır. Damarda duvarının sertleşmesi sonucu, beyne yeterince kan ve oksijenin gidememesi ile sonuçlanır. Bu durum beynin yeterince çalışmamasına ve doğal olarak Alzheimer hastalığına neden olmaktadır (Işık, akt. Bostancı, 2014: 18).

Kafa travması sonucu insan beyni zedelenmeyle karşı karşıya kalır. Yüksek bir yerden düşme, kafayı bir yere çarpma, sert bir cismin kafaya çarpması sonucu gerçekleşen kafa travmaları neticesinde beyin zedelenir. Bu zedelenme sonucunda da Alzheimer başlangıcı gerçekleşebilir (Gürvit ve ark., Akt. Tezcan, 2017:13).

Bir diğer faktör eğitim ve meslektir. Eğitim ve yapılan iş insan beynini etkilemektedir. Düşük eğitim düzeyi, ilerleyen yaşlarda Alzheimer Hastalığı için bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşük zihinsel aktiviteli işlerde çalışan veya zihin kapasitesi düşük kişilerde Alzheimer'e yakalanma riskinin arttığı anlaşılmaktadır. Yapılan meslek de insan beynini sürekli olarak yaptığı işte meşgul ettiği için düşük zihinsel düzeyli bir işte çalışan kişinin Alzheimer Hastalığına yakalanma riski fazla iken yüksek zihin kapasiteli bir işle meşgul bir kişinin Alzheimer hastalığına yakalanma riski düşüktür. Kontrol edilebilen bir başka faktör de ileri yaşlarda yapılan doğumlardır. Yani Anne yaşıdır. İleri yaşlarda yapılan doğumun down sendromlu çocuk ile sonuçlanabildiği gibi sağlıklı bir birey dünyaya gelse de ileri yaşlarda doğan kişinin Alzheimer Hastalığına yakalanma riskinin normal anne yaşı ile dünyaya gelen bir bireyin Alzheimer olma riskinden daha yüksektir. Özellikle ileri yaşlardaki meydana gelen kalp krizinin Alzheimer hastalığı için bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür bu durumu şöyle açıklamak mümkündür. Kalp krizi sonucu beyne yeterince kan pompalanmaz dolayısıyla kan ile beraber oksijen de pompalanmaz. Beyne oksijen gitmemesi durumunda da Alzheimer olma riski yüksek olur (Selekler, akt. Tezcan 2017: 13-14).

Yukarıda sayılan riskler dışında kontrol edilebilen başka riskler de mevcuttur. Bunlar: Diyabet, sigara, alkol, obezite, kolesterol, depresyon şeklindedir. Depresyon her hastalık ve rahatsızlığın bir nedeni konumunda olup Alzheimer hastalığının da bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Atay, 2014: 84.).

1.1.5. Alzheimer Hastalığında Tanı

Alzheimer hastalığının klinik tanısı için yayınlanan ve yaygın biçimde kullanılan iki tanı ölçütü bulunmaktadır. Bunlardan birisi, Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (NINCDSADRDA) tarafından geliştirilen tanı ölçütü, diğeri ise Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ölçütüdür. Bu ölçütlerden yararlanılarak hastada öğrenme ve bellek bozukluğunun olup olmadığı, afazi (dil bozukluğu), apraksi (motor işlevlerin normal olmasına karşın belirli motor eylemlerin yerine getirilmesi yeteneğinde bozulma) agnozi (duysal işlevlerin salim olmasına karşın nesneleri tanımakta güçlük), yönetsel işlevler gibi (planlama, organize etme, sıralama, soyutlama), bozukluğun görülüp görülmediği veya başka bir patoloji bulunup bulunmadığı gibi değerlendirmeler yapılmakta ve Alzheimer tanısı konulabilmektedir. Başka olası nedenleri dışlayabilmek ve Alzheimer tipi demansı diğer beyin patolojilerinden ayırabilmek amacıyla bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) görüntüleme, pozitron emisyon tomografi (PET) ya da tek foton emisyon tomografi (SPECT) gibi çeşitli görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmaktadır (Deeken ve ark. akt. Özkay Demir ve ark. 2011: 36).

1994 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından AH'nın klinik tanısı için bugün yeterli güvenilirliğe sahip olduğu için yaygın biçimde Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) tanı kriterleri kullanılmaktadır (Özkay Demir ve ark., 2011:36).

DSM-IV Alzheimer Tipi Demans İçin Tanı Kriterleri şu şekildedir:

A. Birden fazla bilişsel alanı içeren bozukluk kendini aşağıdaki iki maddeyi de kapsayacak şekilde gösterir:

1. Bellek bozukluğu (yeni bir bilgi öğrenme ve öğrenilmiş eski bir bilgiyi hatırlama yeteneğinin bozulması)
2. Aşağıda sıralanan bilişsel bozuklardan en az biri:
 - a. Afazi (dil bozukluğu)

b. Apraksi (motor işlevlerin normal olmasına karşın belirli motor eylemlerin yerine getirilmesi yeteneğinde bozulma)

c. Agnozi (duysal işlevlerin salim olmasına karşın nesneleri tanımakta güçlük)

d. Yürütücü işlevlerde bozulma (planlama, organize etme, sıralama, soyutlama)

B. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar toplumsal ve mesleki işlevselliği ciddi biçimde bozmakta ve eski işlevsellik düzeyine göre anlamlı bir gerilemeyi temsil etmektedir.

C. Aşama aşama başlar ve sürekli kognitif bir düşme görülür.

D. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar aşağıda sıralanan nedenlerden herhangi birine bağlı değildir:

1. Bellek ve diğer bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulmaya neden olabilecek merkez sinir sistemine ait diğer durumlar (örn. serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematoma, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü)

2. Demansa neden olabileceği bilinen sistemik durumlar (örn. Hipotiroidizm, B12 vitamini ya da folik asit eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifilis, HIV enfeksiyonu)

3. İlaçlar ve madde kullanımı ile ilgili durumlar

E. Bozukluklar delirium seyri dışında ortaya çıkmıştır.

F. Bozukluk başka bir Eksen I hastalığı ile açıklanabilir nitelikte değildir (Öziç ve ark. 2014: 40).

Bu tanı kriterlerindeki ölçütlerden faydalanılarak bireyde öğrenme ve bellekte bozukluğun bulunup bulunmadığı, afazi, apraksi, agnozi, yönetsel işlevlerde örneğin planlama yapma, organizasyon işlevleri, sıralama, soyutlama gibi becerilerde bozukluk olup olmadığı ve merkezi sinir sisteminde başka bir patolojinin olup olmadığı gibi değerlendirmeler yapılmaktadır. Yapılan bu değerlendirmeler dikkate alınarak bireye AH tanısı konulabilmektedir. AH'ın ayırıcı tanısında sıkça kullanılan görüntüleme yöntemlerinden birisi de Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MR)'dir (Öziç ve ark. 2014: 40).

1.1.6. Alzheimer Hastalığında Tedavi

Alzheimer hastalığını tamamen iyileştirecek bir tedavi yöntemi günümüzde maalesef yoktur. Günümüzde yapılan tedavilerin tümü Alzheimer hastalığının ilerlemesini yavaşlatmak, belirtilerini en aza indirmek, hastanın yaşamını kolaylaştırmak, hastanın yaşam süresini uzatmak, öz bakımını yapmasını sağlamak, bağımlılığını en aza indirmektir. Bunun dışında Alzheimer hastalığının bir tedavisi yoktur. Yapılan tedavi ise iki şekildedir. Birincisi ilaçla tedavi, ikinci de bakım

tedavisidir. Bu iki tedavi birlikte uygulanır. Bakım tedavisi hastanın günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmaya yönelik bakımdır. Bakım tedavisinin kalitesi hastanın kaliteli bir yaşam sürmesi ve daha mutlu ve huzurlu olması anlamına gelmektedir. İlaçla tedavi ise tanı konulduktan sonra doktorun uygun gördüğü ilaçları uygun gördüğü zamanlarda verilmesidir (Akdemir ve Birol Akpınar, akt. Erkuran, 2015: 11).

Alzheimer hastalığının tedavisinde ilaç tedavisi olarak sınırlı sayıda ilaç kullanılmaktadır. Kullanılan ilaçlar Alzheimer hastalığında bozulan davranışları düzeltme amaçlı olup hastanın davranış bozukluğunu engellemeye yönelik ilaçlardır. Hastalığa yönelik aşı yapılması için çalışmalar bilim dünyasında devam etmektedir (Selekler, akt. Duru Aşiret, 2014: 16).

1.1.7. Alzheimer Hastalığının Evreleri

Erken evre Alzheimer Hastalığının ilk evresidir. Bu evrede hastalığın belirtileri çok açık ve net bir değildir. Hastalığın ne zaman başladığı bilinemez. Hastalık geçmiş bir zamanda başlamış olup ilk belirtilerini bu evrede göstermektedir. Hastalığın başlangıcı ile beraber oluşan evredir. Bu evrede; konuşma sırasında kelime bulma güçlüğü, eşyalarını kaybetme, eşyalarını nereye koyduğunu unutma, daha önce bilmediği çevrede kaybolabilme, daha önce yaptığı hobilerini yapmada zorluk çekme, yeni hobiler edinmede güçlük çekme, yeni beceriler öğrenmekte zorluk çekme, depresif bir hal takınma, kimseyi ve hiç bir şeyi umursamama, en ufak bir hatada agresif olma gibi belirtiler görülmektedir (Yacı, 2011: 17).

Bu evre, hastanın mesleki yaşamının bozulmaya başladığı evredir. İşyerinde performans düşüklüğü yaşamaya başlar. Bu durum işyerindeki arkadaşları tarafından da açıkça fark edilir. Hasta bu dönemde yakın geçmişe ait olayları hatırlamada güçlük çeker. Sorduğu soruları aradan zaman geçmeden kısa bir süre sonra tekrar sorar, günlük yaşamında daha önce rahatlıkla yaptığı şeyleri yapamaz duruma gelir: örneğin: evin içerisinde odaların yerlerini sık sık karıştırır, oda yerine banyo veya mutfığa gitmeye başlar, ocağı kapatmayı unutur, araba kullanırken sinyal vermeyi unutur. Hasta eskiden gidebildiği yerlerde yön bulmada fazla bir zorluk yaşamazken ilk defa gittiği bir yerden dönmede zorluk yaşar. Hasta bu dönemde kompleks sayılan ileri yapamaz, banka ödemelerini unutabilir, yeni şeyleri bu dönemde öğrenemez,

daha önce iyi bir şekilde yaptığı işlerde kötüye doğru bir gidiş vardır. Örneğin: bulunduğu ortamda organizasyon yapıyorsa bu dönemde organizasyonu yapamaz, enstrüman çalıyorsa enstrümanı yavaş yavaş çalamaz duruma gelir. Bu dönemde cinsel isteksizlik de söz konusudur. Kendisinde oluşan bu geriye doğru gidişleri fark eden yaşlı agresif bir hal takınabilir. Bu dönemde alışkanlıklarını devam ettirir. Hijyen konusunda, öğün yemeklerde bir sorun yaşanmaz, hasta öğün yemeklerini hatırlar fakat iştahta bir kapanma söz konusudur (Gürvit, akt. Bozgeyik, 2015: 11-12).

Bu dönem özellikle unutma döneminin başlangıcı sayılır. Hasta hemen her şeyi unutma eğilimindedir. Arkadaşlarının isimlerini unuttur, konuşma esnasında kelime bulmada zorluk yaşar, konuşurken bir anda duraklar ve söyleyeceği kelimeyi hatırlayamaz, içe kapanma, mevcut durumu kabullenememe, kabul etmesine karşın aşırı agresyon gösterme bu dönemde oluşan bazı belirtileridir(Selekler, 2012: 48-49).

Hasta bu dönemde özellikle elinin altında olan gözlük, telefon, cüzdan, anahtar gibi eşyaları nereye koyduğunu sık sık unuttur. Eşyalarını sık sık unuttuğu için de eşyalarını kaybetmektedir. İletişim becerileri bu dönemde henüz bozulmamışken plan yapma ve organizasyon yetenekleri azalmıştır (Özkay Demir ve ark. 2011: 36-37).

İkinci evre orta evredir. Erken evrede bireyi kısıtlamayan belirtiler, hasta orta evreye geçince kendisini kısıtlamaya başlar. Hasta bireyler bu evrede, sadece evde tek başlarına kalabilirler. Ev dışında yalnız başına duramazlar. Bu dönemde zaman ve mekan oryantasyonu tamamen bozulmuştur. Hastalar hangi zaman diliminde ve nerede olduklarını bilememektedir. Erken evrede bozulmaya başlayan organizasyon, planlama, olaylar arasında bağlantı kurma, olayları neden sonuç ilişkisi içinde değerlendirme bu dönemde net bir şekilde bozulmuştur. Kişilik değişimleri görülmeye başlanır. Hastayı daha önce tanıyan kişiler “bu kişi aynı kişi değil” gibi yorumlarda bulunabilirler. Hasta erken evrede bağımsız bir şekilde hayatını idame ettirebiliyorken bu dönemde başkasına bağımlı hale gelmektedir. Günlük yaşamın gerektirdiği, yemek yeme, bulaşık yıkama, ev temizliği yapma, tıraş olma, banyo yapma tek başına bir aktivitede yer alabilme gibi işlerde başkasının yardımına ihtiyaç duyarlar. İlk evrede kendi farkındalığının farkına varan hasta agresyon gösterirken bu

evrede agresyonla beraber aşırı şüpheli davranır. Hasta bu dönemde gerçek dışı düşüncelere de sahip olabilmektedir (Toker Tekin, 2018: 10).

Hasta bu dönemde huzurevi veya rehabilitasyon merkezinde kalıyorsa kaldığı huzurevinin kendisinin olduğunu iddia edebilir. Veya en ufak bir olayı abartıp fazla tepki verebilir. Hastalar bu dönemde özellikle olaylar arasında bağlantı kurma, neden-sonuç ilişkisi kurma gibi muhakeme yeteneklerinden yoksun kalmaktadır.

Orta evreye geçiş hastalık başladıktan yaklaşık olarak 4-7 yıl gibi bir zaman geçtikten sonra olmaktadır. Bu dönemde en bariz belirti hastanın geçmişe takılı halde kalmasıdır. Hasta geçmiş yaşantısını hatırlamaktadır. Fakat yaşantıları yanlış bir şekilde değerlendirmektedir. Örneğin; akrabalarını hatırlar fakat ölmüş olsalar bile yaşadıklarını düşünmektedir. Bu dönemde hasta için tek güvenli yer kaldığı evdir. Evin içinde sadece tek başına kalabilir. O da sınırlı bir şekilde. Evin dışında bağımsız bir şekilde tek başına kalamaz. Gittiği yer neresi olursa olsun evin yolunu tek başına bulamaz. Yeni bilgileri öğrenme bu dönemden itibaren imkansız hale gelir. Bu dönemde hastanın öz kontrolü minimum düzeye inmiştir. Hasta bu evrede doğru ve yanlış, iyiyi ve kötüyü birbirinden ayıramaz duruma gelir. Mevsimine göre giyinemez, giydikleri kıyafetlerin sırasını karıştırır. Örneğin; iç çamaşırını pantolonun üzerine giyebilir. Kış mevsiminde yaz elbiselerini, yaz mevsiminde kış elbiselerini giyebilir. Duygusal olarak da bir çöküntü durumu başlar. Hasta terkedilmekten, yalnız başına kalmaktan oldukça korkar hale gelir. Okuma, yazma, anlama gittikçe bozulur. Konuşma, anlama ve kavrama yetilerinde evrenin sonlarına doğru tümüyle kayıp meydana gelir. Çocukların isimlerini bilse de ne iş yaptıklarını unutabilir. Çocuklarının kiminle evli olduğunu yani damadının veya gelinin adını unutabilir (Gürvit, akt. Bozgeyik, 2015: 12).

Bu evrede hasta amaçsız bir şekilde gezinmeye başlar. Önce bellek bozukluğu sonra da dil kusuru yani konuşmakta güçlük yaşar. Uyku ve uyanıklık döngüsünde problemler yaşar. Bu dönemde kendi kendine varsayımlar kurar. Olmayan şeyleri olmuş olarak kabul eder. Evrenin başlangıcından sonlarına doğru başkasına bağımlı olmaya başlayıp bu süreç ilerledikçe daha fazla bağımlı olur. Bu dönemde çabuk sinirlenme, karşı taraftan hemen nefret edebilme ve ona karşı gardını alma,

sevmediği kişileri kendisine karşı tehlike olarak görme gibi davranış bozukluklarına sahip olmaya başlarlar (Eker, akt. Bostancı, 2014: 24).

Üçüncü evre ileri evredir. Bu evrede hasta artık tamamen başkasına bağımlı bir yaşam sürer. Öz bakımını (tuvalete gitme, banyo yapma, yemek yeme, yürüme, konuşma...vs.) başkasının yardımı olamadan yapamaz. Hastanın altına bez bağlanır. Başkası tarafından yemeği yedirilir. Duygu, düşünce ve hislerini karşı tarafa aktaramaz. Bu nedenle elleri ile tuttuğu kişiyi veya eşyayı bırakmaz, isteklerini o şekilde karşı tarafa aktarmaya çalışır. Evrenin sonlarına doğru yemeği çiğneme ve yutma zorluğu meydana gelir. Bunun neticesinde de hastada kilo kaybı ve halsizlik oluşur (Bingöl, akt. Bostancı, 2014: 24).

Üçüncü evre hastalığın en son safhasıdır. Hem hasta açısından hem de bakıcısı açısından en zor safhadır da diyebiliriz. Hasta bu dönemde yatalak duruma gelmiştir. Yatalak olduğu içinde bakımı da zorlaşmıştır. Sürekli yatalak ve hareketsiz kaldığı için yatak yaraları, bel ağrısı gibi rahatsızlıklar da kısa bir zaman içerisinde baş gösterir. İleri ve son evrenin sonunda hasta, yaşamını yitirir. Alzheimer hastalığında ileri evre, duygusal çöküntünün yaşadığı bir evredir. Bu evrede bellek tamamen yok olmaya yakın bir durumdadır. Hasta bu evrede gerçeği ve yanılsamayı birbirinden ayırt edememektedir. Aynada kendi aksini bir başkasıymış sanıp onunla konuşur, televizyonda gördüklerini evin içerisindeymiş gibi algılayabilir. Oldukça zor bir evredir. Bu dönemde nöbetler geçirme ihtimali de yüksektir. İleri evrede olup kısmen yatağa bağlı hastalarda istifçilik, el ve ayaklarda titremelerde görülebilir (Gürvit, akt. Bozgeyik, 2015: 13).

Hasta son ve en zor evrenin sonucunda hayatını kaybeder. İleri evrede olan Alzheimer hastalarının çoğu yatalak konumuna gelir. Çok az bir kısmı, kısmi olarak yatalak olurlar. Bu evre hem hasta için hem de kendisinin bakımını yapan bakıcısı için en zor evredir.

1.1.8. Alzheimer Hastalığının Belirtileri

Alzheimer hastaları zaman ve mekan oryantasyonunda sorunlar yaşarlar. Zaman içerisinde Alzheimerli bir hasta kaldığı yerin neresi olduğunu, hangi ülkede olduğunu, hangi ilde yaşadığını, hangi yılda olduğunu unuttur. Zaman içerisinde

hastalar geçeği ve sanalı da birbirleri ile karıştırırlar. Alzheimer hastalarının evreleri 3 evre olup bu evrelerin her birinde farklı belirtiler görölmektedir (Gürvit, akt. Bozgeyik, 2015: 11-13).

Alzheimer hastalarına ait davranışların seyrine ilişkin 7 evre tanımlanmıştır. Bu evrelerin hangi evrede yer aldığına ilişkin ise ilk 3 evre Alzheimer'ın başlangıç evresinde görölen belirtiler, 4. ve 5. evredeki belirtiler Alzheimer'ın orta evresinde görölen belirtiler, 6. ve 7. evredeki belirtilere ise Alzheimer'ın İleri evresinde görölen evrelerdir.

Bu belirtileri şu şekilde Alzheimer evrelerinin içinde gösterebiliriz:

Evre 1: Bu evrede hasta zihinsel olarak gerilemeye başlamıştır. Alzheimer hastalığının ilk evresidir. Bu evre ile beraber süreç ilerledikçe Alzheimer hastasının belirtileri artmakta ve belirtileri gittikçe daha ağır bir seyir izlemektedir.

Evre 2: (Çok hafif bilişsel zayıflık) Bu evre hastaların eşyalarını bariz bir şekilde unutmaya başladıkları evredir. Bu evrede hastalar anahtar, telefon, cüzdanlarını bir yerlerde çok çabuk unuturlar. Unutma sonucunda da eşyalarını kaybedebilirler. Unutma bu dönemde başat sorun iken hastaların iletişim kurma yetenekleri hala yerindedir. Hastalar bu evrede başkaları ile sorunsuz bir şekilde hala iletişim kurabilmektedir.

Evre 3: (Hafif bilişsel zayıflık) Hastalar bu evrede eşyalarını bir önceki evreye nazaran daha sık kaybederler, konuşmaları akıcı değildir, konuşma sırasında söyleyeceklerini sık sık unuturlar, kelimedede bulmada güçlük yaşarlar bu. Bu evrenin en belirgin özelliği de hastaların organizasyon ve plan yapma becerilerinin oldukça düşmesidir.

Evre 4: (Orta bilişsel zayıflık) Bu evre Alzheimer Hastalığının orta evresinin ilk belirtilerinin olduğu evredir. Bu evrede hastalar sosyal açıdan içine kapanmış durumdalar. Hastalık belirtilerinin farkına varıp agresif davranışlarda bulunabilirler. Yakın zaman bu evre itibari ile hatırlanmamaya başlanır.

Evre 5: (Orta-şiddetli bilişsel zayıflık) Hastalar bu evrede zaman ve mekan oryantasyonunu yapamazlar. Zaman ve mekan kavramları ile ilgili kafaları oldukça karışıktır. Kendilerine ait önemli detayları unutmaya başlarlar. Örneğin; ev

adreslerini, iş adreslerini, telefon numarasını, iş arkadaşlarının isimlerini, mezun olduğu okulu, vs. Kendi öz bakımını (banyo yapma, tualete gitme, yemek yeme vs.) yapmada başkasının yardımına ihtiyaç duyar.

Evre 6: (şiddetli bilişsel zayıflık) Bu evrede hastalar altını kirletmeye başlarlar. Konuşma sırasında söyleyecekleri kelimeleri bulmakta zorluk çekerler. Bu dönemde diğer dönemlere kıyasla başkasının yardımına ve bakımına daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar.

Evre 7: (Çok şiddetli bilişsel zayıflık) Bu evrede hastalar yatalak duruma gelmiştir. Alzheimer hastalığının en zor evresi bu evredir. Bu evrede hastada konuşma yeteneği minimum seviyeye inmiş ya da tamamen kaybolmuştur. *Hasta yatalak* durumda olup başka rahatsızlıklara da sahip olabilmektedir. Bu evrede hasta, yutmada ve çiğnemede zorluk yaşamaktadır. Beslenmesi sınırlı olduğu için hasta bu dönemde kilo kaybına uğrar. Hastanın cüssesi oldukça küçülür bu evrede. Hastanın motor becerileri oldukça zayıflamaktadır (Friedlander, Norman ve ark. akt. Özkay Demir ve ark. 2010: 36-37).

Çoğu kişide Alzheimer belirtileri yavaş ilerler. Belirtileri başlarda çoğunlukla fark edilemeyebilir. Bazen sadece aile üyeleri geriye dönüp baktığında, belirtilerin ne zaman başlamış olduğunu anlayabilirler. Atay (2014: 31-35)'e göre Alzheimer'in yaygın olarak görülen belirtileri şu şekildedir.

Alzheimer hastası hatırlamakta ve yeni şeyler öğrenmekte zorlanır. Hastalığın ileri aşamalarında uzun süreli hafıza kaybı meydana gelir. Yani kişi doğum yeri, mesleği veya aile üyelerinin isimleri gibi bireysel bilgileri hatırlayamaz. Alzheimer hastaları kendi başlarına dışarı çıktıklarında kaybolabilir ve nerede olduklarını veya oraya nasıl geldiklerini unutabilirler. Daha önceden bildikleri yerleri ve olayları anımsamayabilirler. Daha önce tanıdıkları isimleri, günün hangi ayında, saatinde olduklarını veya hangi yılda olduklarını bilemeyebilirler. Gözlük, işitme cihazı veya anahtar gibi her gün kullanılan eşyaları koydukları yerleri unuturlar. Ayrıca eşyalarını normalde hiç koymadıkları yerlere koyabilirler. Örneğin; takma dişlerini, işitme cihazını evin farklı yerlerine koyabilirler. Alzheimer hastalarına banka hesabını kontrol etmek veya takip etmek gibi belirli görevleri eskisine nazaran daha zor gelmeye başlayabilir. Örneğin; banka hesabındaki para miktarının ne kadar

olduğunu bilemeyebilirler, sayıların anlamını ve onlarla ne yapmaları gerektiğini unutabilirler. Alzheimer hastası yeme, giyinme, kendine çeki düzen verme, tek başına banyo yapma gibi rutin işleri yapmakta zorlanmaya başlar. Günlük işleri de planlayamazlar. Hasta, normalin dışında kızgın, sinirli, huzursuz veya sessiz olur. Alzheimer hastalarının bazen kafaları karışabilir. Paranoyak olabilirler veya korkabilirler. Evin bütün odalarını kilitlemek ve kilitleri saklamak, hiç kimseye görünmek istememek gibi davranışlar sergilerler. Alzheimer hastaları normalin dışında davranışlar gösterebilirler. Soğuk bir günde evden paltosuz veya ayakkabısız çıkabilirler veya sıcak bir yaz gününde dışarıya montla çıkabilirler. Yine aynı şekilde markete pijamalarıyla gidebilirler. Anlamada ve bir olayı anlatmada zorluk çekerler. Kolaylıkla kaybolup uzaklaşmaya, ortalıkta birdenbire gezinmeye başlayabilirler. Basit kelimeleri bile hatırlayamaz, nesneleri tanırsalar bile isimlerini söyleyemezler. Çok bilindik şeyler olsa bile örneğin elma, masa veya telefon, televizyon kumandası gibi yaygın kullanılan kelimelerin anlamını kavramakta güçlük çekerler. Alzheimer hastası olayları neden sonuç ilişkisine göre değerlendirememektedir. Zaman ve mekan oryantasyonunu yapamamaktadır. Nesnelerin şekillerini ve ne işe yaradığını bilemezler. Hangi eşyanın ne işe yaradığını bilemezler. Aynada kendilerini gördüklerinde korkabilirler. Hastanın gece ve gündüz durumlarını algılama durumu en düşük seviyedir bu nedenle uyku düzeni bozulmuş durumdadır. Bütün gündüz boyunca uyuyup gece uyanık kalabilir. Her uyandığında yeni bir güne başlıyor gibi bir hisse sahiptir. Hasta, yakın geçmişteki bilgileri ve olayları hatırlayamamaktadır. Bu durum uzak geçmişteki bilgiler için geçerli değildir. Yakın geçmişteki bilgileri ve olayları unutmak demansın en sık karşılaşılan sebebi olan Alzheimer Hastalığının en önemli bulgularından birisidir. Hastalar günlük işlerini planlamada zorluk yaşarlar. Günde başladıklarında ne yapacaklarını bilememektedirler. Yemek pişirme, telefonla konuşma, ya da giysi seçme, gibi belirli basamakları olan işlerde giderek sorunlar yaşamaya başlarlar. Alzheimer hastaları kelime bulmakta zorluk çekebilirler. Konuşurken söyleyecekleri kelimeyi bir türlü bulamamaktadırlar. Bu nedenle konuşmaları akıcı değildir. Konuşurken sürekli olarak takılırlar konuşurken bulamadıkları kelimeleri tarif etmeye çalışırlar. Örneğin diş fırçasının adını hatırlamayıp yerine “ağzım için kullandığım şu şey” diyebilirler. Bu nedenle hastalar konuşurken söyledikleri anlaşılmayabilmektedir. Alzheimer hastaları nerede

olduklarını, evin çevresi gibi bildik tanıdık yerlerde bile kaybolabilirler. Bir yere gittiklerinde gittikleri yere ne için geldiklerini, orada ne iş yapacaklarını bilemeyebilmektedirler. Hastalar, para kavramını bilememektedirler. Satın aldıkları şeylerden çok sayıda alabilirler. Bu nedenle gereksiz alışverişi çok fazla yaparlar. Alzheimer hastaları eşyaları normal yerinin dışına bazı yerlere koyabilirler. Örneğin; cep telefonunu, cüzdanını buz dolaba koyabilir veya saatini bir kavanoza koyabilirler. Eşyaları koydukları yerleri de sıklıkla unutmaktadır. Eşyalarını sıklıkla da koydukları yeri hatırlamazlar. Alzheimer hastalarının ruh halleri de aniden değişebilmektedir. Herhangi bir neden yokken aniden ve çok fazla sinirlenebilirler. Görünürde bir neden yokken aniden ağlama, içine kapanma, söylenenleri yanlış algılama ve yorumlama, hayaller görme görülebilir. Alzheimer hastaları çok pasif hale gelebilirler. Saatlerce bir yere doğru sabit bir şekilde bakabilirler. Donuk hale gelirler. Televizyonun karşısında saatlerce oturabilir, olağan işlerini yapmak istemeyebilirler.

Bireyin kendisi ya da yakınları tarafından bu belirtilerden bir veya birkaçı fark edildiğinde zaman geçirmeden bir nörolog veya psikiyatriste başvurulması, hastalığın erken tanısı açısından önemlidir. Alzheimer hastalığı ilerledikçe belirtiler giderek daha çekici hale gelerek tıbbi yardım istenmesine yol açacak kadar ciddi boyutlara ulaşır. Özellikle unutkanlık günlük işleri etkileyecek boyutlara ulaşır. Orta evrelerde giyinme, diş fırçalama, saç tarama gibi basit işlerin nasıl yapıldığını unutabilir. Hasta artık net olarak düşünemez duruma gelebilir. Yakından tanıdığı kişileri ya da yerleri tanımayabilir. Konuşma, anlama, okuma ve yazmada sorunlar çıkmaya başlar. Daha ileri evrelerde yoğun kaygılar ya da saldırganca davranışlar görülebilir. Hasta evden uzakta amaçsızca gezinebilir. Hasta son evrede tümüyle artık bakıma muhtaç hale gelir. Alzheimer hastalarında davranışsal bulgular ve belirtiler görülür. Alzheimer hastalarında depresyon sık görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda Alzheimer hastalarının %25-85'inde depresyon belirtilerinin geliştiği belirtilmiştir. Alzheimer hastalarının %10-30'unda hezeyanlar (sanrı) ortaya çıkar. Hasta, bir şeylerinin çalındığına ya da belirli bir kişinin kendisine karşı düşmanlık beslediğini düşünebilmektedir. Bu kişi yakın bir akraba ya da bakıcıysa hastanın bakımında ciddi sorunlar çıkabilir. Bu nedenle hasta bakımını yapan kişiler itham

altında bırakılabilir. Halisünasyonlar (olmayan şeyleri görme ya da duyma) da sık görülen belirtilerdendir.

2. ALZHEİMER HASTALIĞINDA BAKIM SORUNLARI

Alzheimer hastalarının evlerinde hüznü vedalaşma vardır. Aile ve özellikle yaşlısıyla ilgilenen, ona bakan, ihtiyaçlarını karşılayan aile ferdi bunu daha güçlü bir şekilde yaşar. Alzheimer hastasına bakmaya başladıktan sonra bedensel ve ruhsal gücünü kemiren bir sürece girmiş olur. Bir taraftan ağır hasta olan yaşlının her yönde gücü tükenirken, diğer taraftan onun bakımıyla ilgilenen aile ferdinin gücü yavaş yavaş tükenmektedir. Bunama hastası olan yaşlısına “bunama” kelimesini yakıştırmaz. Bunu kabullenmekte zorluk çeker. Diğer taraftan içinde bulunduğu zor koşulları aile dışına, bir başkasına açamaz. Başkasından yardım istemeyi de kendisine yakıştıramaz. Bir taraftan kendisinin diğer taraftan ailesinin kendi kabuğuna çekilmekten kaynaklanan tükenişi, bakım kapasitesinin de tükenme tehlikesi ile karşı karşıya kalmasına yol açar (Rückert, akt. Tufan, 2014: 43).

Alzheimer hastalığı, dejeneratif etkisi olan ilerleyici bir hastalıktır. Hastalıkta her geçen zaman sonrasında hastanın hastalığı ilerler ve hasta daha fazla bakım ihtiyacı duyar. Bu durum da bakım verenin bakım konusunda işini daha da zorlaştırmakta olup yükünü arttırmaktadır. Bakım veren birey ilerleyen dönemlerde çok zorlanmakta ve sosyal destek ihtiyacı duymaktadır (Özkoçak, 2016: 47).

Alzheimer hastası bireylerin hastalık evreleri arttıkça hastalığı da daha fazla ağırlaşmaktadır. İlk evrede öz bakımını başkasından bağımsız bir şekilde gerçekleştiren bir hasta son evre olan ileri evreye ulaşınca hem bedensel, hem zihinsel hem duygusal hem de ruhsal olarak başka birisinin yardımına ve bakımına ihtiyaç duyar hale gelir (Altın, Alzheimer Association(AA), akt. Tezcan, 2017: 5).

Alzheimer hastalığı ilerledikçe hastalar daha fazla bakıma muhtaç hale gelirler. Hastaların bakıma muhtaç hale gelmesi hastanın bakımını yapan kişilerin bakım yükünü de oldukça arttırmaktadır. Alzheimer hastalığı hem bedensel hem de zihinsel bir hastalık olduğu için Alzheimer hastalarına bakan kişiler bu iki durumla da mücadele etmek zorundadırlar. Bakım yükünün ağırlığı bakıcı kişileri de hem bedensel, hem ruhsal hem de zihinsel olarak yıpratmaktadır. Alzheimer hastalarına

bakan kişilerin; bakım süreci içerisinde aile ilişkileri, arkadaşlık ilişkileri, akraba ilişkileri, kendilerinin kendileri ile ilgili olan ilişkilerini sosyal çevre ile ilgili olan ilişkileri, kısacası bütün ilişkileri etkilenir, bu etkilenme olumsuz bir etkilenmedir. Çünkü Alzheimer hastalarının bakımı oldukça güçtür. Genel popülasyon içerisinde bireylerin psikiyatrik belirti oranı %15-20 iken bu oran Alzheimer hastasına bakan bireylerde %52 oranında olduğu tespit edilmiştir. Yine yapılan araştırmalarda Alzheimer teşhisi konduktan bir yıl sonra hastaya bakan bakıcı bireylerin depresyon durumları ölçülmüş ve bakıcı bireylerin %50'sinden fazlasına orta-ciddi düzeyde depresyon teşhisi konmuştur (Yacı, 2011: 6).

Alzheimer hastasına bakım veren bireyler açısından oldukça zorlu bir süreçtir. Evlerin küçülmesi, kadının iş yaşamına dahil olması, yaşlı ve engelli özellikle de yaşlı ve engelli bireyleri aile içinde ikinci plana atmıştır. Yaşlı birey hastalanınca bakımı oldukça güç ve zordur. Alzheimer hastalığı gibi zor ve ekonomik açıdan maddi durum gerektiren bir hastalığın bakımı daha da zordur.

Alzheimer hastalarının %70'inden fazlası evde yaşamaktadır ve bakımları aile ya da arkadaşları tarafından üstlenilmektedir. Alzheimer hastalığının sağlık sistemleri, aileler ve sosyal hizmetler üzerinde yarattığı yük oldukça büyüktür. Alzheimer hastalarının işlevsel bozukluklar nedeni ile bağımsızlıklarını kaybetmesi nedeni ile hasta yakınlarının, hastanın günlük bakımına giderek daha fazla zaman ayırmaları gerekir. Bu durum hastaya yakınları üzerinde önemli bir yük oluşturur ve hasta yakınlarının sosyal yaşamının giderek azalmasına neden olur. Hastalık ilerledikçe tam gün hasta bakımı için işlerinden ayrılmaları da gerekebilir. Bunun sonucunda maddi zorluklar, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli duygusal sorunlar da ortaya çıkabilir. Ayrıca, hastanın bakımını yürüten aile bireylerinin fiziksel sağlık durumlarında da bozulma görülebilir. Alzheimer hastalığı toplum üzerinde de önemli bir yük oluşturur. Günümüzde Alzheimer hastalığını tümüyle ortadan kaldıran bir tedavi bulunmamaktadır. Tedavi esas olarak ilaç kullanımı ve hasta bakımından oluşmaktadır. Şu anda Alzheimer hastalığında kullanılan ilaçlar hastalığın ilerleme hızını kısmen yavaşlatabilmekte ve hastalığın bir kısım belirtilerini geçici bir süre de olsa azaltabilmektedir. Ayrıca uykusuzluk, amaçsız gezinme, anksiyete, ajitasyon, hayaller, halisünasyon ve depresyon gibi Alzheimer hastalığına sık olarak eşlik eden davranışsal belirtileri iyileştirmeye yönelik ilaçlar da kullanılmaktadır. Alzheimer

hastalarındaki belirtilerin tedavi edilmesi çoğunlukla hastanın daha rahat bir yaşam sürmesine ve hasta yakınlarının hastanın bakımını daha kolay sürdürmelerine olanak vermektedir. Tedavinin en önemli parçalarından birisi Alzheimer'i tanısı konduğunda hastaların ve ailelerin durumla baş etmelerine yardımcı olacak destekleyici önlemlerdir. Bu yaklaşım, hastalar ve yakınlarının hastalık, bakım ve tedavi seçenekleri konusunda bilgi edinmesini, hastaya nasıl davranılması gerektiğini öğretmek ailenin yaşam kalitesini olabilecek en üst düzeyde tutmaya yöneliktir. Hastalığı tümüyle ortadan kaldıran bir tedavi ortaya çıkana kadar Alzheimer hastalarının bakım ve gereksinimleri devam edecektir (Atay, 2014: 38-39).

2.1. GENEL ANLAMDA HASTALARIN SORUNLARI

Demans hastalıklarının tipik özelliği yavaş ilerlemesidir. Başlangıçta hastanın kendisi bile değişimlerin farkında değildir. Farkına vardığında hastalığı da artık dıştan algılanabilecek düzeye erişmiştir. Çevresindeki insanlar da hastadaki değişimleri başlangıçta algılayamaz. Genellikle hastalığın farkına varan kişi hastanın kendisidir. Fakat ufak tefek unutkanlıklarını önemsiz bir şeymiş gibi çevresine tanıtmaya çalışabilir. Zihinsel yeteneklerindeki kayıplar nedeni ile bunu sürdürmez. Hafıza arızaları, isimleri, telefon numaralarını ve kısa süre önce meydana gelen olayları unutmaya yol açar, olaylar arasında bağlantı kurmasına engel olur. Çamaşır yıkamak veya yemek pişirmek gibi ev işlerinin üstesinden gelmede zorluk çeker. Konuşurken kullandığı kelimelerin seçiminde, nesnelerin isimlerini hatırlamakta zorlanır. Hatta yanlış kavramlar kullanmaya başlar. Zaman ve mekan kavramları kaybolunca, tanıdığı çevrede kaybolur. Resim çizme ve yazma yeteneğini yitirir. Tarihi ve mevsimi bilemez, uygun olmayan giysileri seçer, olaylar ve durumlar arasındaki bağlantılar hakkında yargıları yanlıştır. Soyut düşünme yeteneği azalınca atasözlerin anlamlarını, soyut kavramları ve karmaşık süreçleri kavrayamaz. Eşyaları uygun olmayan yerlere koyar. Örneğin; elbiselerini buzdolabına yerleştirir. Ruhsal durumu inişli çıkışlıdır. Duygusal dengesizlik ve saldırganlık eğilimleri ortaya çıkabilir (Martin ve Kliegel, akt. Tufan, 2016: 46).

2.1.1. Fiziksel Sorunlar

Alzheimer hastalığı beynin bir kısmında baş gösterip zaman içerisinde diğer bölgelere yayılabilmektedir. Hastalar kişilik değişimi sorunu yaşarlar. Yeni bilgi öğrenme, yeni yerleri keşfetme durumu hastalarda bitmiştir. Hastaların gittikleri yerden eve gelme durumları yoktur. Çünkü yön bulma problemi yaşarlar. Okuma, yazma, öğrenme gibi hafıza gerektiren işlevleri yerine getiremeyecek duruma gelmişlerdir. Hastalarda dil, hafıza ve görme problemleri oluşmuştur (Zeisel ve ark. akt. Bostancı, 2014: 29-30).

Alzheimer hastalığı hem fiziksel hem de zihinsel bir hastalıktır. Hasta, hastalığın ilk iki evresinde zihinsel sorunlar yaşar. Hastalık 3. Evreye geçiş yaptığında hasta hem zihinsel hem de bedensel sorunlar yaşamaya başlar. Hasta 3. Evreye geçip fiziksel olarak tamamen yatağa bağımlı durumdadır. Konuşması ya tamamen yoktur ya da kısmi bir şekilde konuşabilmektedir. Hasta yürüyememektedir. Tamamen yatağa bağımlı bir halde olduğu için de yatak yaraları ya da bedenin bir bölümü kasılma problemi yaşamaktadır. Parmaklarını kısmen kullanabilmektedir. Hasta altını kirletmekte olup bez kullanmaktadır. Hasta, hastalığın sonlarına doğru yutkunma ve çiğneme problemi yaşamaktadır. Bu da hastanın yeterince beslenememe ve kilo kaybı yaşamasına neden olmaktadır.

2.1.2. Psikolojik Sorunlar

Alzheimer hastasında psikolojik olarak halisünasyon görme, delüzyon, paranoya, ajitasyon, panik, inkar, davranışsal bozukluklar, agresif davranışlar görülmektedir. Öğrenmede güçlük, okuma, yazma, yeni yerleri keşfetme isteğinde azalma, odaklanma, el göz koordinasyonu sağlama, motor davranışlarda bozulma gibi sorunlar görülür. Bu sorunların olması hem hasta bireyi hem de hastanın bakımını sağlayan kişinin yaşamını oldukça kötü etkilemektedir (Zeisel ve ark. akt. Bostancı, 2014: 30).

Bireylerin yaşamlarını nasıl sürdürdükleri zihinlerine bağlıdır. Zihni güçlü olan kişiler biyopsikososyal açıdan başkalarına muhtaç halde değilken zihni zayıf veya belleği güçsüz olan bireyler başka bireylere bağımlı olma durumunu yaşarlar. Alzheimer hastalarının da zihinleri zayıf oldukları için başka bireylerin bakımına

muhtaçtırlar. Hastalar önce yakın belleklerini, sonra da uzak belleklerini kaybederler. Benlik saygılarında bir düşüş olur ve bu düşüş hastalık ilerledikçe devam eder. Bu dönemde anksiyete, depresyon şiddetli bir şekilde hastalarda gözlenmektedir (Abay, akt. Bostancı, 2014: 37).

Alzheimer hastalığı ilerledikçe hastalığın semptomları ve şiddeti artış göstermektedir. Alzheimer hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada psikomotor davranışların, ileri geri yürüme, amaçsız bir şekilde gezinmeler, iki yıl geçtikten sonra daha fazla arttığı, bu durumun daha da şiddetlendiği tespit edilmiştir. Yine aynı hastalar üzerinde bir yıl daha geçtikten sonra davranışların kalıcı bir hal aldığı görülmüştür (Eustace, Coen ve ark. akt. Bozgeyik, 2015: 75).

Alzheimer hastalarında, hastalık ilerledikçe hastalığın belirtileri ve belirtilerin şiddeti artış göstermektedir. Alzheimer hastaları önce yakın geçmişi sonra uzak geçmişi unuturlar. Dışarda nerede olduklarını, bulundukları yere nasıl geldiklerini, evlerine nasıl gideceklerini bilemezler çünkü yön bulmada hafızaları yetersiz konuma gelmiştir. Yeni şeyleri öğrenme gücünü yaşarlar, zihinleri süreç ilerledikçe kötüleşir ve anılar da dahil olmak üzere bütün geçmiş yavaş yavaş hafızadan silinir ve kaybolur. Hasta için belki de en zoru budur. Bütün yaşamı silinir kaybolur. Geçmiş hastayla beraber değildir. Hasta sadece o esnada ne olup bittiği ile ilgilenir.

2.1.3. Sosyal Sorunlar

Alzheimer hastalarının yaşadığı sorunlardan bazıları da sosyal sorunlardır. Alzheimer hastası zihinsel, duyuşal, duygusal ve fiziksel yeteneklerinde kayıplar olması sonucunda sosyal hayatını normal ve eskisi gibi rahat bir şekilde idame ettirememektedir. Yaşadığı kayıplardan dolayı öz bakım yeteneklerinde azalma görülür. Hasta, amaçlı olarak yapmak istediği hemen hemen hiçbir şeyi yapamamaktadır. Toplum içerisinde bağımsız olarak hareket edemeyecek duruma gelmiştir. Sosyal hayat içerisinde yolunu bulamaz, bağımsız olarak banka işlemlerini yapamaz, toplu taşıma araçlarına tek başına binemez, herhangi bir şey için dışarı çıktığında, dışarı çıkma nedenini kısa süre içerisinde unuttuğu için yapması gerektiği işi yapamaz, ev işlerini yapamaz duruma gelmiştir. Çamaşır yıkayamaz, bulaşık yıkayamaz, tamir işlerini yapamaz, bulunduğu sosyal ortama dahil olamaz. Bütün bunlar birleşince hasta da toplumdan doğal olarak soyutlanır. Bu dönemde hastanın

en çok zorlandığı durum bir olayı veya durumu takip etmede zorlanmadır. Örneğin; ilaç kullanımını takip edemez, çocuğun okul ve ders takibini yapamaz (Ölüş, akt. Bostancı, 2014: 31).

Bütün bu sosyal sorunlar hastayı kendi iç dünyasına kapatır ve başkaları ile iletişimi tamamen kesmesine yol açar. Bunun sonucunda da hastada depresyon görülmeye başlanır. Hem hasta hem de kendisine bakan kişi bu durumdan oldukça olumsuz etkilenir. Sosyal sorunlar hastalığın erken evresinde kendisini gösterir. Orta evresinde ise hasta şiddetli bir şekilde sosyal sorun yaşar, bulunduğu sosyal çevreye adapte olamayan yaşlı bu evrede kendisini toplumdan sosyal çevreden geri çeker. Hasta daha önce ilgi duyduğu şeylere artık ilgi duymamaya başlar. Çevresinde meydana gelen olaylara karşı artık oldukça ilgisizdir. Eşi ve çocukları ile sık sık tartışmalar yaşar. Eşi ve çocuklarının kendisinin olmadığını, yerine kopyalarının geldiğini iddia eder. Evin kendisinin olmadığını bu nedenle eve gitmek istemediğini iddia edebilir. Kendi kendisine komplolar kurar. Evdeki kişilerin onu evden çıkartacaklarını, onu bir yatılı kuruluşa verecekleri ile ilgili hezeyanlara kapılır. Hasta kendisine hiç güvenmez, bu nedenle eşinin onu aldattığını düşünür. Ölen kişilerin sağ olduğunu, ölmediklerini düşünür. Bütün bu hezeyanlar ve paranoid düşünceler ve sanrılar hastanın sosyal çevre tarafından dışlanmasını beraberinde getirmektedir. Hastanın sürekli olarak hezeyanları bulunur. Hasta bir günün tamamını hiçbir şey yapmadan geçirebilir. Bu durumdan da şikayetçi değildir. Mevcut hemen hemen her şeye karşı kayıtsızdır. Hasta var ve yok arasındadır (Köroğlu ve ark. Işık ve ark. akt. Bostancı, 2014: 38).

2.2. ALZHEİMER HASTALARINA REFAKAT EDEN HANE SAKİNLERİNİN SORUNLARI

Aile en iyi bakım kurumudur. Ülkemizde ondan güçlüsü yoktur. Herhalde gelecekte de olmayacak. Aileyi dikkate almayan bakım hizmetleri başarısızlığa mahkumdur.

Bir insanın, yeti yitimi yaratan ve yozlaştırıcı bir duruma yakalanmış bir yakınına bakması ve onun yavaş yavaş kimliğini yitirmesini, sözcük anlamıyla gözünün önünde eriyip gitmesini izlemesi hem ruhsal hem de fiziksel olarak her açıdan büyük stres yaratır (Atay, 2014: 74).

Sağlık alanlarındaki gelişmeler, ilaç sektöründeki ilerlemeler altyapı ve üstyapı hizmetlerinin artması sonucu insan ömrü uzamaya başlamış ve bu durum da beraberinde Dünya nüfusunun hızla yaşlanmasına neden olmuştur. Bireylerde çocuksuzlaşma mantığının oluşması, korunma yöntemlerinin gelişmesi, bireyselleşmenin daha fazla oluşması neticesinde ise doğum oranları düşmüştür. Yaşlı nüfusu artıp çocuk sayısı azalmaya başlamıştır. İlerleyen yıllarda yaşlı sayısının çocuk sayısını aşacağı gerontologlar tarafından tahmin edilmektedir. Dünya’da 2010 yılında 65 yaş ve üzerindeki yaşlı sayısı yaklaşık olarak 524 milyon iken bu rakam 2050 yılında 1.5 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Bu sayı tüm dünya nüfusunun yaklaşık olarak %16’sına denk geleceği öngörülmektedir. Yaşlı nüfusunun artış hızının en fazla olacağı ülkeler gelişmemiş ülkeler olacaktır. Yaşlı nüfusu 2010-2050 yılları arasında gelişmemiş ülkelerde yaklaşık olarak %250’lik bir artış göstereceği, gelişmiş ülkelerde ise bu oranın %71 olacağı tahmin edilmektedir. Demans yaşlanmanın normal bir süreci değildir. Yaşlıları etkileyen başlıca etkidir. Demans genellikle kronik ve ilerleyici bir sendromdur. Bireyin günlük yaşam performans yeteneğini, davranış, düşünme ve hafıza gücüne etki eden çeşitli beyin hastalıkları yoluyla ortaya çıkan bir hastalıktır (World Health Organization, akt. Bostancı, 2014: 2-3)

Dünya nüfusunun hızla yaşlanması beraberinde yaşlı hastalıklarını ve hastaya bakan kişileri ve onların sorunlarını da beraberinde getirmektedir.

Alzheimer hastalığına sahip bireylerin yaşamları zaman ilerledikçe daha zorlu ve bir hal almaktadır. İlerleyen dönemlerde hasta bir başkasının yardımı ve bakımı olmadan kendi yaşamını idame ettiremeyecek duruma gelmektedir. Hastaya bakan bakıcı bireyler hastanın bakımını yapmaktadırlar. Bu bakım hem hasta açısından hem de bakıcı açısından oldukça zorlu ve yıpratıcı bir süreçtir. Hasta birey zaten hasta olup hastalığın verdiği bütün zorlukları yaşamaktadır. Bununla beraber hasta bakımını yapan kişiler de hasta bakımını yaparken oldukça zor bir dönem yaşamaktadırlar. Hastanın sağlığına dikkat edilirken hastanın bakımını yapan kişilerin de sağlığına dikkat çekmek gerekir (Bostancı, 2014: 6).

Çünkü Alzheimer hastaları hem bedensel hem de zihinsel bir hastalık olup bu hastalığa sahip bir bireyin bakımını yapmak da oldukça güçtür.

Bakım veren kişi hasta zorlu bir sürecin içinde olmasa da kendisi de oldukça zor bir sürecin içerisinde. Bakım veren kişi eşinin veya baktığı kişinin hastalanıp bir şey hatırlamamasına öz bakım yönünden yetersiz bir hale geldiğini görmesine karşın duygusal sorunlar yaşamaya başlarlar. Bakım veren kişi hasta olan kişinin rollerini de üstlenmek zorunda kalır. Örneğin; hastalanan kişi erkek ise kendisinin bakımını yapan eşi evin tüm mutfak ihtiyaçlarını, banka ödemelerini, araba kullanmasını bilmiyor ise araba kullanmayı, evin gelir ve giderlerini hesaplamayı, kısacası hasta bireyin sağığında yaptığı tüm rolleri yapmak durumunda kalır. Hasta olan birey kadın olup kendisine bakan eşi için de durum aynıdır. Bakıcı erkek, eşinin sağığında yaptığı ev temizliğı, yemek yapma, bulaşık, çamaşır işlerinin tümünü üstlenmek durumunda kalır. Bakıcı açısından hem mevcut durumdaki tüm işleri yapmak hem de hastaya ayrıca bakmak oldukça yıpratıcı ve zorlu olmaktadır. Hastanın bakımıyla ilgilenen birey memnuniyet ve sevgi gibi duyguların yanı sıra, kızgınlık, yorgunluk, isyan, üzüntü gibi duygulara sahip olabilmektedir (Özcan ve Kapucu, 2009: 168).

Hartford Enstitüsü, bakım vermenin olumsuz sonuçlarıyla alakalı risk faktörlerini şu şekilde belirlemiştir:

- Bakım veren kişinin fiziksel durumu bakım vermeye karşın olumsuz etkilenmektedir. Bakıcıda bakım vermeden öncesine göre yüksek seviyede stres ve depresyon görülür.
- Bakıcıların genellikle kadın olması kadınlarda daha fazla depresyon ve stresin olduğunu gösterir.
- Bakım veren kişinin eğitim durumu da depresyon ve stres durumunu etkilemektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması bakıcının depresyon ve stresini arttırmaktadır.
- Hastanın bakıcının eli olması durumunda bakım veren birey daha fazla stres yaşamaktadır.
- Bakıcı ile hasta arasındaki iletişimin kötü olması bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir.
- Bakıcı bireyin bakıma hazır olmaması bakım konusunda sorunlara neden olmaktadır (Özcan ve Kapucu, 2009: 170).

Alzheimer hastalığının gidişatı gereği hasta birey; erişkinlikten bebekliğe, yeterlilikten yetersizliğe, bağımlılıktan bağımsızlığa doğru evrimlemektedir. Hastanın bakıcısı olan birey, hastanın her türlü ihtiyacını gidermektedir. Bu ihtiyaçlarını görürken oldukça zorlanmaktadır. Bütün bu zorluklara karşın bakımını yaptığı kişinin bütün bu bakımına karşın eşine veya bakıcısını takdir etmemesi ve onu desteklememesi bakıcının duygusal olarak kendisini kötü hissetmesine neden olmaktadır. Hastalığın ilk evresinde öz bakımını yapabilen hastaya bakarken çok fazla zorlanılmamaktadır. Fakat ilerleyen süreçte hastanın tamamen yatağa bağımlı hale gelmesi, davranış değişikliklerinde bulunması, artık kimseyi tanıyamayacak duruma gelmesi bakıcıyı ve diğer aile bireylerinin stres düzeylerini ve depresyon riskini arttırmaktadır (Toker Tekin, 2018: 13-14).

Yaşlı bakımı tüm yönleri ile incelendiğinde bakım vermenin, sadece sevgi ve iyi niyet ile yürütülemeyecek kadar kapsamlı olduğu anlaşılmaktadır. Bakım verme yükü kişilerin yükü bakım verenlerin sosyal psikolojik sağlığını tehdit etmekte ve çeşitli hastalıklara sebep olabilmektedir.

Ören (2016: 67), yaptığı araştırmada hastalığın sevgi, iyi niyet, hoşgörü ile tedavi edilemeyecek kadar ciddi bir hastalık olduğu, hastaya bakan bakıcı bireyin hastanın hastalık derecesi arttıkça bakım yükünün arttığı ve buna bağlı olarak bakıcı bireydeki stresin de arttığı ve çeşitli hastalıklara yakalanma riskinin arttığını tespit etmiştir.

Yapılan nüfus istatistikleri; yıllar geçtikçe yaşam süresinin uzadığını göstermektedir. Uzun yaşamla birlikte yaşlılık birçok hastalığı da beraberinde getirmektedir. Özellikle 65 yaş ve üzerindeki her 10 kişiden 1'inin Alzheimer hastası olması hastalara bakan bakıcı bireylerin de sayısını arttırmaktadır. Alzheimer hastası birey hem bedensel hem de zihinsel bir hastalık olması nedeniyle hastaya bakım oldukça zor ve güç bir iş haline gelmektedir. Bu bakım sonucunda hastaya bakan bakıcılarda stres, bıkkınlık, yorulma, tükenmişlik gibi sendromlar görülür. Alzheimer hastasına bakan bakıcıların sorumlulukları çok fazla olduğu için kendilerine çok az zaman ayırabilmektedir. Kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarından ve sevdikleri kişinin hastalıkla ne hale geldiğini gördüklerinden ağır bir stres yaşayabilirler. Bakıcılar bakım verme süreci içerisinde bir sürü sorunla karşılaşır.

Yıllardır beraber oldukları bir sürü anı paylaştıkları kişi artık kendisini/bakıcıyı tanımamaktadır. Hasta ne yaptığının farkında bile değildir. Bakıcının tanıdığı bildiği kişi olmaktan çıkıp bambaşka biri haline gelmiştir. Bu ve buna benzer durumlar karşısında hastanın bakımını yapan kişi süreç içerisinde psikolojik, sosyal, ekonomik sorunla karşılaşabilirler. Bazı bakım verenler bakım verme sürecinde çok fazla etkilendikleri için kronik rahatsızlıklara yakalanabilirler (Bostancı, 2014: 1).

Alzheimer hastası bir bireye bakım verme oldukça zor ve stresli bir süreçtir. Bu süreçte bakım veren kişinin baş etme durumu, kriz ve krizleri çözme becerisi, bakıcıya destek kaynakları oldukça önemlidir. Alzheimer hastalığının çaresi yoktur. Sürekli olarak olumsuz yönde seyir göstermektedir. Bu süreçte bakıcı; en sevdiği kişi çaresi olmayan ve sürekli olumsuz yönde seyir gösteren hastalıkla mücadele ederken hem hastaya hem de kendi sağlığına oldukça önem vermelidir. Hastaya bakım verme esnasında bakıcıya yapılan destek kaynakları oldukça önemlidir. Bakım verilen hastanın hastalık evresi de bakımı etkilemektedir. Bakımı en kolay yapılacak evre erken evre iken bakımı en zor yapılan evre ileri evredir; çünkü erken evrede hastanın işlevsel bozukluk düzeyi yüksek iken ileri evrede hastanın işlevsel bozukluk düzeyi oldukça düşüktür. Hasta bakıcıları hastaya bakım verirken kendi bakımlarını da ihmal etmemelidirler. Hastaya bakım yaparken baş etme stratejilerini yükseltmeli, destek kaynaklarını (akraba, eş, dost) artırmalı, sevdiği kişi hastalıkla mücadele ederken ve giderek işlevselliğini kaybederken bu durumla baş etmesini bilmelidir. Çünkü bakım verenin sağlığı bakım verme kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bakım verme kalitesi de hastanın mutlu ve biraz daha huzurlu olmasını etkilemektedir. Bakım verme süreci geçici bir süreç değildir. Hastalığın başlangıcından hastanın vefatına kadar devam eden bir süreçtir. Bu süreçte bakım verenin yaşam kalitesi düşer, sosyal açıdan eve kapanır, psikolojik açıdan stres ve depresyon yaşatır, fiziksel açıdan güçsüz bir duruma düşürür. Bütün bu durumlara karşı bakıcı birey baş edebilmelidir (Özer, 2010: 28).

Hastaya birinci dereceden bakım veren kişi hastanın yaşantısının tam ortasındadır. Bütün sorunlar ile kendisi ilgilenir ve hastanın tüm sorunlarını kendisi çözme eğilimindedir. Bakıcının sorumlulukları arttıkça daha fazla efor gösteren bakıcı belli bir zamandan sonra zorlanır. Bu zorlanma bakım verenin bakım yükünü daha da arttırır. Bakım verme tek yönlü olduğu için belli bir zaman sonra bakıcı birey

tükenmişlik yaşar ve bakıcının iş, aile, sosyal hayatında bir takım sorunlar baş gösterir (Yüce Yıldız, 2015: 17).

Karaaslan (2013: 25-26), hasta bakımını üstlenen primer bakım vericilerin fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok sorunlar yaşadığını bildirmektedir. Bu sorunlar;

- 1. Fiziksel sorunlar;** Bakım veren bakıcı bireylerde fiziksel sorunlar baş göstermektedir. Bu sorunlar; genellikle kilo kaybı, nadiren de olsa kilo alma, yorgunluk, iştahsızlık, uyku düzeninde bozulma, bağışıklık düzeninde bozulma, hipertansiyon şeklindedir.
- 2. Emosyonel (Duygusal) sorunlar;** Bakım veren bakıcı bireylerde emosyonel (duygusal) sorunlar baş göstermektedir. Bu sorunlar; stres, depresyon, benlik saygısında düşüş, problem çözmede güçlük çekme, kaygı, korku, sıkıntı, yalnız kalma korkusu, olayları yanlış değerlendirme, şüphecilik alkol ve ilaç alımı şeklindedir.
- 3. Sosyal sorunlar;** kronik hastalığı olan bireye bakım verme, sosyal ve kişilerarası ilişkilerde problemlere de yol açmaktadır. Bakım vericiler özgürlük, mahremiyetin ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlandığını/kaybedildiğini düşünebilmektedir. Bu nedenle sosyal destek algısında azalma, kendilerini bakım verici rolünde yalnız bırakılmış hissetme ve izolasyon duygusu yaşama olasılıkları artmaktadır.
- 4. Ekonomik ve iş ile ilgili sorunlar;** Alzheimerli hastaya bakan bakıcı, hastaya bakması nedeniyle işinden ayrılabilir. Ayrılmasa da eskiye göre daha az çalışabilir. Hastalık ilerledikçe hastanın durumu da ağırlaşır. Ağırlaşan hastanın ilaçları da yüksek fiyatlı olabilir. Bu ilaçları sağlık güvencesi karşılamayabilir. Hasta sık sık hastaneye götürülmek zorunda kalınabilir. Bütün bu durumlar hastaya bakan bakıcısına ekonomik olarak sorun yaratır.

Bakımın en önemli yerlerinden biri Alzheimer hastasının halen hoşlandığı şeylere odaklanmaktır (Atay, 2014: 40).

(Comer, 2018: 17, 73, 126) erken başlangıçlı Alzheimer hastası olan kocasına 19 yıl boyunca baktı. Bu süre zarfında kendi anılarını paylaştığı “Bizim Alzheimer Hikayemiz” isimli eserde Alzheimerli eşi ile ilgili şu ifadeler yer vermiştir:

“Akli karışık, çocuk gibiydi ve biçareydi, toplumsal süzgeçlerinden mahrumdu. Artık adımı hatırlayamadığı zamanlarda bile peşimden ayrılmıyordu, çünkü ben tanıdığım ve güvenliydim.”

“Fakat sevdiğim kişi gözlerimin önünde zihnen ve bedenen parça parça yok oluyordu.”

“Bu hastalığın, zamanla kendi sözlerini unutan aileleri, hastalardan bile daha fazla gaddarlaştırdığını biliyordum.”

Alzheimer’da hastalık süreci, hastalığın ilerleyici özelliği nedeniyle hastaların sürekli değişimler yaşamasına; aile üyeleri ve bakım verenin yaşantılarının çeşitli boyutlarının etkilenmesine ve zorlanmasına yol açan bir süreçtir.

Alzheimer hastalığı, sürekli olarak ilerleyici bir seyir göstermesi nedeni ile hastada sürekli olarak duygu durumunun bozulmasına neden olmaktadır. Hastanın sürekli olarak değişen ruh hali aile bireylerini ve bakım verenlerin oldukça zorlanmasına neden olmaktadır (Cankurtaran ve Arıoğlu, 2002: 33).

3. ALZHEİMER HASTALARINA REFAKAT EDEN HANE SAKİNLERİNİN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Atay (2014:40-42)’e göre Alzheimerli bir hastaya bakan kişi veya kişilerin dikkat etmesi gereken hususları şu şekilde açıklamıştır:

Hastanın bakımını yapan birey hastanın cüzdanına veya cebine hatırlatıcı notlar şeklinde bir liste bırakması hastanın bağımsız bir şekilde hayatını sürdürmesine yardımcı olabilir. Bu listede günlük etkinliklerin, aranabilecek telefon numaraları, bir fincan çay yapmak ya da telefon etmek gibi basit işlerin nasıl yapılabileceğine ilişkin talimatlar olabilir. Hastanın yaşadığı evin huzurlu ve istikrarlı bir ev ortamının olması gerekmektedir. Huzurlu ve istikrarlı bir ev ortamında hasta kendisini rahat hisseder ve davranış sorunları minimum düzeye iner. Evin huzursuz, kalabalık, gürültülü olması karşısında hastada huzursuzluk yaratabilir. Bu huzursuzluk karşısında hastanın düşünme yetisi bozulup davranış sorunları baş gösterir. Hastalarda amaçsız gezinme sık görülmektedir. Hastaya, bakıcının telefon numarası ve “evi ara” yazan bir cep kartı veya bu bilgilerin yer aldığı bir bileklik yararlı olur. Yine aynı şekilde hazırlanan bileklikte “Hafıza Bozukluğu” yazılması hastanın kaybolması karşısında başka vatandaşlar tarafından bulunmasına ve hastanın özel durumunun bilinmesine yardımcı olur. Bazı uzmanlar

hastanın, bakımı üstlenen kişiler tarafından uzun günlük yürüyüşlere çıkarılmasının amaçsızca gezinmeyi azalttığını belirtmektedirler. Hastalar genellikle geceleri davranış bozukluğu gösterirler. Geceleri hastanın gürültüden (televizyon gürültüsü, bulaşık gürültüsü, yüksek sesle konuşma) uzak bir yatma düzeninin oluşturulması gerekmektedir. Evde hastanın yönünü bulması için yatarken gece lambasının yanık olması gerekir. Hastanın gün içiğinde kafeinin sınırlandırılması, egzersiz yapması, gündüz az uyuması, geceleyin rahat uyumasını sağlayacaktır. Alzheimer hastasıyla konuşurken görebileceği bir yerde durmak ve dikkatini çekmek için koluna ya da omuzuna dokunmak yararlı olacaktır. Hasta ile konuşurken tane tane, net ve açık bir şekilde konuşulmalıdır. Başka bir anlama gelebilecek kelimeler veya cümleler kurulmadan yavaş bir tempoda konuşulmalıdır. Hasta, cevap vermeye zorlanmamalıdır. Ev ortamı güvenli bir şekilde dizayn edilmelidir. Düzensizlikten kaçınmak ve düşmeleri önlemek için, mobilyalar hep aynı yerde tutulmalıdır. İlaçlar, alkollü içecekler, silahlar, zehirli maddeler, tehlikeli araçların durduğu dolaplar kilitli tutulmalıdır. Elektrik çarpmasını önlemek için elektrikli aletler banyoda tutulmamalı, yanıkları engellemek için su ısıtıcıları 50 santigrat derecenin (C) üzerine çıkarılmamalı ve düşmeleri önlemek için pencerelere parmaklık taktırılmalıdır. Egzersiz yapmak Alzheimer hastaları için oldukça faydalıdır. Egzersizin başlıca yararları arasında kas gücünün artırılması ve kalp damar sağlığı yer almaktadır. Bun faydalar dışında hastada depresyon belirtilerini azaltır, hareket becerilerinin artmasını ve hastada sakinleştirici bir etkinin oluşmasını sağlar. Fiziksel egzersizle hastanın hareket kabiliyeti de gelişmiş olur, böylece hastada düşme durumları da azaltılmış olur. Ayrıca gün içerisinde yapılan fiziksel egzersiz hastayı yoracağı için hastanın geceleri erken yatmasını ve rahat bir uyu uyumasını sağlar.

Küçükgüçlü ve arkadaşları (2017:71-73), yaptığı araştırmada; bakım verme rolünde zorlanma temasını yedi gruba ayırmışlardır. Bunlar: bakımda destek beklentisi, anlaşılmadığını düşünme, ailevi ve sosyal ilişkilerde bozulma ve rollerde değişim, hastalığı kabullenememe, geçmişte yaşanan olumsuz ilişkileri sorgulama, gelecekte bakamama korkusu ve profesyonel destek alma çabasıdır. Bakıcı bireyler; aile içinde bulunan ve evli olup evden ayrılan aile bireylerinin kendisine yardım etmemekten şikayetçi olduklarını belirtmişlerdir. Bakıcı bireyler hem hastanın kendisinin hem, evin içindeki bireylerin hem de sosyal çevresinin kendisini

anlamadığını, bu durumun da bakım verme üzerinde olumsuz etki yaptığını belirtmişlerdir. Bakıcı birey sadece kendisinin hastaya bakıp çevresinin onu anlamamasının aile ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Bakıcı bireyler bir noktadan sonra aile içinde kendilerinin de artık hasta bir birey olduklarını kabul ettiklerini ifade etmişlerdir. Bakıcı bireyler hastalığın süreç içerisinde bir tedavisinin bulunabileceğini, hastalığın sürekli olarak ilerleme durumunu kabullenemediklerini ifade etmişlerdir. Bakıcı bireyler bakımını yaptığı kişilerin bu hastalıktan önce kendilerine kötü davrandıklarını şu an mecbur kaldıkları için hastanın bakımını yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bakıcı bireyler hastanın ilerleyen zamanlarda hastalığının kötüleşmesine karşın hastaya bakmakta çok fazla güçlük çekeceklerini (örn; hastanın yatalak olması, yatak yaralarının oluşması..vs.) belirtmişlerdir. Bakıcı bireyler hastaya bakım verme sürecinde profesyonel kişi ve kurumlardan destek almaya çalıştıklarını, aldıkları yardımın kendi durumlarını iyiye doğru götürdüğünü ama çoğu zaman da destek alamadıklarını ifade etmişlerdir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

“Bakıma Muhtaç Alzheimer Hastaların Bakımını Üstlenen Hane Sakinlerinin Yaşadığı Zorluklar: Akşehir İlçesi Örneği” isimli tez çalışması bir alan araştırması çalışması olarak yapılmıştır. Bu çalışmada Alzheimer Hastalarının yaşadıkları sorunlara da değinilmiş olup asıl vurgulanan Alzheimer hastalarının bakımını yapan hane sakinlerinin yaşadığı güçlüklerdir. Ağır engelli bir hastanın bakımını yapan kişi-bakıcı birey hasta ile sürekli olarak ilgilendiği için doğal olarak bazı sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunların neler olduğu ile ilgili bakım veren bireyler ile yüz yüze görüşme/mülakat yapılmıştır. Yapılan mülakat sonucunda elde edilen veriler analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Elde edilen veriler, yapılan yorumlar ışığında sonuç ve öneriler ile sonlandırılmıştır.

1. ARAŞTIRMADA HAKKINDA

Modern toplumun önemli bir fenomeni olan modern yaşlılık ve modern yaşlılığın bir sonucu olarak artış gösteren Alzheimer hastalığı toplumsal işleyiş açısından çözümlenmesi gereken bir sorun olarak belirlemektedir. Bu çalışma çok boyutlu olan bu soruna hastalara refakat eden fertler açısından yaklaşmayı ve bu çerçevede bir çözümleme yapmayı amaçlamaktadır. Bu minvalde “Bakıma Muhtaç Alzheimer Hastaların Bakımını Üstlenen Hane Sakinlerinin Yaşadığı Zorluklar: Akşehir İlçesi Örneği” isimli tez çalışması Konya İlinin Akşehir İlçesindeki köy, kasaba ve İlçe merkezinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evreni Akşehir ilçesi, örnekleme ise kendileriyle görüşülen 30 katılımcıdır. Bakımı üstlenen hane sakinlerinin yaşadığı zorluklar gibi bir konunun seçilme nedeni ise bakım veren kişilerin hem bedensel, hem zihinsel hem de ruhsal olarak çok zorlandıkları düşüncesi ve bu kesimin yaşadığı zorlukları geri planda kalabileceğinden hareketle

böyle bir çalışma yapılmaya yönelinmiştir. Çalışmanın Akşehir İlçesinde gerçekleştirilmesinin nedeni modern bir olgu olan ve bir takım sorunlara işaret eden modern yaşlılığın bir görünümü olan Alzheimer'e ilişkin bakım sorunlarını, hala geleneksel hüviyetini belli ölçüde sürdüren bir Anadolu şehrinde gözlemlemek istenmesidir.

Bir alan araştırması olan bu çalışmanın ilk iki bölümünde genel olarak yaşlılık kavramı ve olgusu, yaşlanmanın nedenleri ve türleri, tarihsel süreçte yaşlılık, gerontolojinin ortaya çıkışı, modern toplumda değişen yaşlılık olgusu, nüfusun yaşlanması ve yaşlılığın artması, Alzheimer hastalığı ve bakım sorunu, ileri yaşlılık dönemi ve Alzheimer hastalığı ilişkisi, Alzheimer hastalığı ve tarihçesi, Alzheimer hastalığının nedenleri, Alzheimer hastalığının risk faktörleri, Alzheimer hastalığında tanı ve tedavi, Alzheimer hastalığının evreleri, Alzheimer hastalığının belirtileri, genel anlamda Alzheimer hastalarının sorunları, Alzheimer hastalarına refakat eden hane sakinlerinin sorunları, Alzheimer hastalarına refakat eden hane sakinlerinin dikkat etmesi gereken hususlar konuları ele alınmıştır. Çalışmanın son ve üçüncü bölümünde ise katılımcılarla yapılan mülakatlar ele alınmış olup bu mülakatlardan elde edilen veriler analiz edilip yorumlanmıştır.

Bu çalışmanın ana eksenini Alzheimer hastaları değildir. Hastaların bakımını üstlenen hane sakinleridir. Mülakat soruları da hastanın bakımını üstlenen hane sakinlerini doğrudan ilgilendiren ve onun yaşadıklarına yönelik sorunlar olmuştur. Araştırmada, görüşme yapılan hastanın bakımını üstlenen bireye sorular sorulmuş ve ona odaklanılmış olup görüşmede 15 soru sorulmuştur. Fakat bu 15 sorunun yanı sıra görüşme esnasında derinlemesine görüşme yapıldığı için katılımcının asıl duygu ve düşüncelerine yönelik yeni sorular da sorulmuştur. Sorulan sorular hastanın bakımını üstlenen bireyin, bakım sürecinde hastaya olan yaklaşımını, bakıcı bireyin hastanın bakımını üstlenmeden önceki yaşamı ile bakımını yaptıktan sonraki yaşamı arasındaki farklılıkları, hastanın bakımını üstlendikten sonra yakın çevresinin kendisine olan yaklaşımı, hastalığı ilk fark ettiğinde neler hissettiği, bakımını üstlendikten sonra kendisinde olumlu veya olumsuz olarak gözlemleri, hastanın bir gün boyunca bakımını nasıl yaptığı, hastanın bakımını üstlendikten sonra bu hastalığa yakalanmaktan korkup korkmadığı, hastanın bakımını yaparken ne tür zorluklarla karşılaştığı, karşılaştığı zorluk var ise bu zorluk/zorluklara rağmen

hastanın bakımını neden yaptığı, çevresinden bakım konusunda destek alıp almadığı, destek alıyor ise bu desteğin ne düzeyde olduğu, hastanın bakımını yaparken bu durumun ailedeki diğer kişilere karşı sorumluluklarında bir problem yaratıp yaratmadığı, bakım yükünün aile içinde eşit ve adil bir şekilde paylaşılıp paylaşılmadığı, kendisine zaman ayırıp ayıramadığı ve hastalığın etkilerini en aza indirmek için nasıl bir tedavi süreci uygulanması gerektiğine yönelik sorular olmuştur.

Araştırma derinlemesine görüşme yolu ile yapıldığından dolayı katılımcıların tümü ile birebir görüşme sağlanmış olup grup görüşmelerine yer verilmemiştir. Görüşmeler 02/05/2019 tarihi ile 29/06/2019 tarihleri arasında 4 haftalık bir süre içerisinde yapılmıştır. Çalışmada 30 katılımcı ile yüz yüze derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşme öncesi Alzheimer hastasının bakımını yapan bireyin izni ve onayı alınarak görüşmeler gerçekleştirilmiş ve yine aynı şekilde hastanın bakımını yapan bireyin izni ve onayı alınarak görüşmelerin ses kaydı alınmıştır. Toplam 30 katılımcı ile görüşme sağlanmasının nedeni ise 30. Katılımcı ile beraber katılımcıların yaşadıkları sorunların aynı olması, verdikleri cevapların benzer nitelikler taşımaya başlaması ve görüşmelerin birbirini tekrarlamaya başlamasıdır. Araştırmada Derinlemesine Görüşme/Mülakat tekniği kullanılmıştır. Bu tekniğin kullanılmasının nedeni görüşmeler esnasında katılımcıların duygu düşünce ve hislerini en iyi şekilde anlamaya çalışmaktır. Derinlemesine görüşme ile katılımcı ile görüşme yapılırken ifade ettiklerinin ne anlama geldiği, tam olarak neyi ifade etmek istediği anlaşılmasına çalışılmış olup gerektiğinde hazırlanan sorular dışında ekstra sorular da sorulmuştur.

Tablo 2. Hasta ve Refakatçinin Kişisel Bilgileri

Refakatçi No:	Refakatçi Yaşı	Refakatçi Cinsiyeti	Refakatçi Eğitim Durumu	Refakatçinin Mesleği	Refakatçi Çalışma Durumu	Aylık Gelir	Hanedeki Kişi Sayısı	Engelliye Yakınlık Derecesi	Engellinin Yaşı	Engellinin Cinsiyeti	Engellinin Eğitim Durumu	Engellinin Mesleği	Engellinin Engellilik Oranı
K-1	69	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3229 tl	10	Eşi	79	Erkek	İlköğretim	Çiftçi	%100
K-2	75	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	1800 tl	3	Eşi	84	Erkek	İlköğretim Mezunu	Serbest Meslek	%79
K-3	57	Kadın	Ortaokul Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3200 tl	3	Gelin	84	Kadın	Okula Gitmedi	Serbest Meslek	%71
K-4	43	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	4200 tl	4	Gelin	73	Kadın	Ortaokul	Ev Hanımı	%100
K-5	35	Kadın	Lise Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2900 tl	5	Gelin	95	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%89
K-6	42	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2500 tl	3	Kızı	87	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%89
K-7	55	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2100 tl	3	Kızı	88	Erkek	İlköğretim Mezunu	Serbest Meslek	%89
K-8	52	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2250 tl	5	Kızı	82	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%75
K-9	37	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3700 tl	5	Torunu	89	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%93
K-10	63	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2500 tl	2	Kızı	91	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%82
K-11	37	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3200 tl	7	Torunu	78	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%98
K-12	56	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2500 tl	4	Eşi	58	Erkek	Ortaokul	Memur	%100
K-13	45	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2000 tl	6	Gelini	82	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%75
K-14	45	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3000 tl	5	Kızı	87	Erkek	Ortaokul Mezunu	Serbest Meslek	%87
K-15	41	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2000 tl	4	Gelini	79	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%77
K-16	44	Erkek	İlköğretim Mezunu	İşçi	Çalışıyor	4000 tl	3	Oğlu	77	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%79

Tablo2.(Devam). Hasta ve Refakatçinin Kişisel Bilgileri

K-17	48	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	4100 tl	4	Gelini	86	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%98
K-18	49	Kadın	Ortaokul Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3135 tl	3	Kızı	75	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanım	%90
K-19	48	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3300 tl	5	Kızı	86	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%95
K-20	58	Kadın	Ortaokul Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3628 tl	4	Kızı	84	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%96
K-21	47	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	3785 tl	4	Gelin	89	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%71
K-22	35	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	5100 tl	7	Torununu n eşi	87	Erkek	İlköğretim Mezunu	Çiftçi	%88
K-23	37	Kadın	İlköğretim Mezunu	Sekreter	Çalışıyor	3300 tl	2	Kızı	78	Erkek	Ortaokul Mezunu	Serbest Meslek	%100
K-24	57	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2830 tl	3	Kızı	87	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%76
K-25	85	Erkek	İlköğretim Mezunu	Çiftçi	Çalışmıyor	1550 tl	2	Eşi	87	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	%91
K-26	21	Kadın	Lise Mezunu	Ev Kızı	Çalışmıyor	3125	5	Torunu	87	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%94
K-27	56	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	5945 tl	5	Gelini	85	Erkek	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%90
K-28	49	Erkek	İlköğretim mezunu	Çiftçi	Çalışıyor	3900 tl	4	Oğlu	77	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%95
K-29	57	Kadın	Lise Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	1966 tl	2	Kızı	77	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%93
K-30	48	Kadın	İlköğretim Mezunu	Ev Hanımı	Çalışmıyor	2592 tl	4	Gelin	87	Kadın	Okula Gitmedi	Ev Hanımı	%72

Refakatçi ve hastanın bilgilerine bakıldığında refakatçilerden sadece 3 kişinin erkek olduğu, geriye kalan 27 refakatçinin kadın olduğu görülmektedir. Erkek refakatçılardan 2'sinin annesinin bakımını sağladığı, 1'inin ise eşinin bakımını sağladığı görülmektedir. 27 kadın refakatçinin 19'u, kadın hastanın bakımını sağlarken 8'i erkek hastanın bakımını sağlamaktadır. Buna karşın hastaların 8'inin erkek olduğu 22'sinin kadın olduğu görülmektedir. Erkek hastaların 3'üne eşi, 3'üne kızı, 1'ine torunu (kadın), 1'ine de gelini bakmaktadır. 22 Kadın hastanın refakatçılarının 19'unun kadın olduğu, 3'ünün erkek olduğu görülmektedir. Erkeklerden 2'si hastanın çocuğu 1 tanesi de hastanın eşidir. Erkek hastanın bakımını yapan erkek refakatçi bulunmamaktadır. 27 kadın Refakatçinin 11'i hastanın kızı, 9'u hastanın gelini, 4'ü hastanın torunu, 3'ü ise hastanın eşidir.

Bu bilgilere bakıldığında Alzheimer hastalarının refakatini kız çocuklarının, gelinlerin, kız torunların hatta erkek torunların eşlerinin yaptığı görülmektedir. Bu dikkat çekici bilgi bir çok hastalıkta gözlemlenebileceği gibi Alzheimer hastalığında da bakım sorumluluğunun kadınlara yüklendiğini, bu geleneksel tavrın Akşehir'de sürdüğünü göstermektedir.

Refakatçilerin 8'inin okula gitmediği, 17'sinin ilköğretim mezunu olduğu, 3'ünün ortaokul mezunu olduğu ve 1'sinin lise mezunu olduğu görülmektedir. Hasta bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında 21'inin okula gitmediği, 5'inin ilköğretim mezunu olduğu, 5'inin de ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Cinsiyete ilişkin rakamlarla bir arada değerlendirildiğinde büyük çoğunluğu kadın olan bakıcıların eğitim durumlarının da çok yüksek olmadığını ortaya koymaktadır. Bu tablo da geleneksel toplum örgütlenmesi ile uyumlu bir tablodur.

Refakatçilerin mesleklerine bakıldığında 25'i ev hanımı, 1'i ev kızı, 1'i sekreter, 1'i işçi, 1'i de çiftçi şeklindedir. Kadın refakatçılardan sadece 1'si çalışmaktadır. Geriye kalan 26 kadın çalışmamaktadır. Erkek refakatçılardan da sadece 1'i resmi bir işte çalışmaktadır. Geri kalan 2 kişi çiftçilikle uğraşmaktadır.

Hastaların hastalanmadan önceki iş durumların bakıldığında ise 22'sinin ev hanımı olduğu, 5'inin serbest meslek erbabı olduğu, 2'sinin çiftçi olduğu ve 1'sinin de memur olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sosyo-ekonomik ve kültürel göstergeleri dikkate alındığında çoğunluğu kadın, düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi, çok sayıda ev hanımı gibi faktörler, hem gelişme açısından hem de toplumsal cinsiyet açısından geleneksel toplumlara, ülkelere, kırsal dokuya özgü motiflerin nispeten ağırlık kazandığı bir sosyal yapıya işaret etmektedir.

2. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

2.1. HİÇ HASTAYA BAKIP YORGUN DÜŞTÜĞÜNÜZ, ARTIK YETER DEDİĞİNİZ OLDU MU? BU ESNADA HASTANIN KENDİSİNE KIZDINIZ MI?

“Oluyor bazen, hasta beni yıldırıyor, oluyor yani. O bizim ailemizin bir parçası, eşimin annesi bakmak zorundayım artık. İşler üst üste geliyor. Evin bütün işleri bende. Bütün ev işlerini ben yapıyorum. Sabahları eşimin kahvaltısını hazırlıyorum, hasta o esnada lavaboya gitmek istiyor. Bir sürü şeyler oluyor. O esnada bunalıyorum. Artık yeter diyorum yani. Ama hastaya kolay kolay kızmıyorum. Ama kızdığım zamanlarda olmuyor değil. Özellikle yemek saatlerinde oluyor ister istemez.” (K-4, K, 40, İlköğretim).

“Yok atam o, hiç kızmadım kendisine. Bazen sitemde bulunuyorum ama kendisine değil. 3 tane abim var. Bir beni mi doğurdu diyorum. Neden ben? diyorum bazen. Ama yüzüne karşı asla demedim. Kendi kendime diyorum bazen, güceniyorum bazen.” (K-7, K, 55, İlköğretim).

“Bazen bunaldığım oluyor, yalan söylemiyim. Hasta bize bağırır, çağırır, küfür eder ama ben kalkıp geri bağırmıyorum ona. Seslenmiyorum ona, o da benim atam sonuçta.” (K-13, K, 45, Okur yazar değil).

“O beni dokuz ay karnında taşıdı. Ona bakmak benim görevim. Ben ona bakmazsam kim bakacak? Bakıyorum, hayatta da atmam, bırakmam ben annemi dışarıya. O benim babamın yadigarı. Ona bakmaktan asla yorulmam, hiç kızmam da. İşte ben bir daha bakmayacağım, beş tane kızı var, neden ben bakıyorum falan da demedim asla.” (K-15, K, 41, İlköğretim).

“Bazen yorulduğum oluyor ama hiç kızmadım kendisine. Anam o benim, nasıl bakmam ben ona, tabi ki bakarım, o beni büyüttü ben de onu büyüteceğim.” (K-18, K, 49, Ortaokul).

“Yorgun düştüğüm oldu. Ama hastaya hiç kızmadım. Hasta zaten çocuk gibi kızamazsın ki. Bir de o benim annem. Küçükken o benim altıma bez bağladı, şimdi de ben ona bez bağlıyorum. Biz dokuz kardeşiz ve o şanslı Cenab-ı hak bana verdi. Annemin duasını da çok güzel alıyorum.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

“Yok. Şükür Allah’a. Şu ana kadar olmadı hiç. Acizlenip bakmaya da bilirdim. Ama kendi isteğimle bakıyorum. Hasta, benim kayınpederimin babası. Normalde bakmak istemezsem kemse bana neden bakmıyorsun demez. Ama ben Allah rızası için bakıyorum kendisine. Eğer ben ona bakarsam evlatlarım da bana bakar diyorum. Biz büyüklerimize asla öte git demedik, büyüklerimizden öyle gördük ve öyle de yapıyoruz.” (K-22, K, 35, İlköğretim).

“Hastanın kendisine tabi hiç kızmadım ama benim de bir dönem sağlık problemlerim olmuştu, o dönem haliyle bakmakta güçlük çekmiştim. O dönem ablamlar da bana yardım etmişti. Fakat şimdi çok şükür iyiyim ve sağlığım el verdiği ölçüde babama bakacağım. Babamdır, kendisine bakarken asla bıkkınlık gelmiyor bana.” (K-23, K, 37, İlköğretim).

“Anneye kızılır mı hiç? Annem o benim. Çünkü o bize nasıl baktıysa biz de ona o şekilde bakacağız. Anneme bakarken yorgunluk, argınlık bir şey hissetmem ben.” (K-24, K, 57, İlköğretim).

“O benim büyüğüm sonuçta. Hiç kızmıyorum kendisine. Zaten yaşlı, hasta, kalbini kırmaya değmez. Bakarken de yorulmuyorum. Bakarım da kendisine o benim büyüğüm sonuçta.” (K-25, E, 85, İlköğretim).

“Kızma falan olmadı. Ben 16 yaşında gelin olarak geldim buraya. Annem olarak bildim ben onu ve hep o şekilde yaklaştım kendisine. Yorgunluk bıkkınlık olmuştur, insanlık hali ama kızgınlık olmadı hiç.” (K-28, E, 49, İlköğretim).

“Hayır kızmadım, anneme kızmam ben. Başımın üzerinde yeri var. Artık yeter dediğim de olmadı, yorulduğum illaki olmuştur ama annem o benim, bakarım ben ona.” (K-29, K, 57, Lise).

Geleneksel aile yapısı; aile bağlarının kuvvetli olduğu, aile büyüğünün her zaman saygın bir konumda olduğu, yaşça büyük olan kişinin yaşça küçük olan bireyi koruduğu, kolladığı, yardımseverlik duygularının bireyler arasında güçlü bir şekilde olduğu, sırf aile bireyidir diye bireylerin birbirlerine yardım ettiği aile yapısıdır. Yukarıda görüşleri aktarılan katılımcıların engelli bireyin bakımını yapma sürecinde zorlanmalarına rağmen bakmalarının nedeni aileye olan bağlılıklarından ve aile büyüğüne saygılarından dolayıdır. Bakıcı olan bireylerin aileleri geleneksel aile yapısının özelliklerini göstermektedir. Aile ilişkileri sıkı olup aile içindeki bir bireye herhangi bir şey olduğunda (hastalık, kaza...vb) diğer aile üyeleri tarafından hemen sahiplendikleri görülmüştür. Bireyler kendilerine özgü bir şekilde bakımını yaptıkları kişileri tarif etmiş (örneğin: *atam o benim, annem o benim, büyüğüm o benim, babaya bakılmaz mı..vb*) ve aile bağlarının kuvvetli olmasından dolayı bakımlarını yaptıkları anlaşılmıştır. Katılımcılar, bir zamanlar kendilerine sahip çıkan, kendilerini koruyan ve kollayan bireylerin şimdi yardıma muhtaç hale geldiklerinde, zorlanmalarına rağmen, yorgun düşmelerine rağmen, hastaların bakımlarını yapmayı bir görev olarak kabul ettikleri anlaşılmıştır. Katılımcılar aynı zamanda bakımını yaptıkları kişilere hiçbir zaman kızmadıklarını belirtmişlerdir. Çünkü geleneksel aile yapısında yaşça büyük olan kişi saygındır ve her zaman için kendisine hizmet edilmelidir. Bakıcı bireylerin engelli bireylerin bakımını yaparken yorgun düşmelerine rağmen kızmamalarının nedeni bakıcıların geleneksel aile yapısına sahip oldukları ve geleneksel aile yapısı içinde yetişmiş olduklarıdır. Aile içerisinde saygın olan birey hastalansa bile, kendi öz bakımını yapamayacak duruma gelmiş olsa bile geleneksel aile yapısı içerisinde olduğu için saygınlığını korumaya devam etmektedir. Engelli olan bireyler kadın olsun, erkek olsun bakıma muhtaç hale geldiklerinde aile içerisindeki başka bir birey tarafından bakımının yapıldığı ve saygınlığının devam edildiği görülmüştür.

Bakım veren birey bakım esnasında engelli bireyin aile büyüğü olmasına rağmen, çok yorulabildiği hatta bazı durumlarda hastaya karşı agresifleştiğini ifade etmiştir.

“Oluyor, yalan söylemiyim. Geceleri kalkıyor, bağıyor, çağırıyor. O zamanlarda kendisine kızıyorum. Gündüz vakitleri onunla iyi vakit geçiriyoruz fakat geceleri çok bunalıyorum. Artık yeter diyorum yani.” (K-2, K,75, Okula Gitmedi).

“Bazen oluyor, yalan söylemiyim. Geceleyin hiç uyumuyoruz. Bütün gece ayaktayım. Sabaha kadar tuvalete gidiyoruz geliyoruz, gidiyoruz geliyoruz, bu durum da tabi beni çok yoruyor. O durumda da sitemde bulunmuşumdur. Ama bilerek hiç kızmadım ona.” (K-3, K, 57, Ortaokul)

Agresifleşmenin daha çok geceleyin olduğunu belirtmişlerdir. Alzheimer hastaları gündüz uyudukları için gece yatmayıp kendilerinin bakımını yapan kişileri de uyutmadıkları, bunun sonucunda da bakıcı bireyin böyle durumlarda engelli bireye kızdığı tespit edilmiştir.

Geleneksel yaşlar ve kuşaklar arası davranış kalıpları dikkate alındığında yaşlıya karşı gelmek, ona agresif bir şekilde davranmak söz konusu değildir. Hatta yaşlıya saygı önemli bir örnektir. Ancak modern yaşlılığın giderek daha fazla bir biçimde gündeme getirdiği Alzheimer hastalığı tutum olarak geleneksel kalıpları benimseyen fertlerde bile örf dışı davranışlara neden olmaktadır. Diğer bir ifade ile modern sorun geleneksel kalıbı zorlamaktadır.

2.2. BAKIMINI ÜSTLENDİĞİNİZ HASTA, ALZHEİMER HASTALIĞINA YAKALANMADAN ÖNCEKİ YAŞAMINIZ İLE ŞİMDİKİ YAŞAMINIZ ARASINDA NASIL FARKLILIKLAR VAR?

“Tabi benim için farklılıklar var. Hastaya bakmaya başladıktan sonra dört duvar arasında kalmaya başladım, sürekli olarak dört duvar arasındayım. Daha önce öyle değildim. Yani eşim hastalandıktan sonra bu şekilde olmaya başladım.” (K-11, K, 37, İlköğretim).

“Hasta bu hastalığa yakalanmadan önce biraz daha rahattım. Ama bu hastalığa yakalandıktan sonra fazlaca eziyet etmeye başladı bana. Sürekli olarak bağırıp bir şeyler ister mesela. Önceden sosyal bir insandım fakat şimdi değilim haliyle hastaya bağımlı durumdayım. Çocuklarım da var. Hem çocuklara bakmak hem de hastaya bakmak biraz ağır geliyor bana.” (K-13, K, 45, İlkokul).

“Evlenmiş olan kızlarım var. Hastaya bakmadan önce istediğim zaman onların yanına gidebiliyordum. Rahatça gidiyordum yanlarına şimdi rahatça gidemiyorum tabi. Daha önce aile ekonomisine katkıda bulunmak için yaz aylarında kiraz toplamaya, vişne toplamaya giderdim fakat şimdi gidemiyorum. Tamamen hastaya bağımlıyım.” (K-18, K, 49, Ortaokul).

“Hastaya bakmadan önce biraz daha sosyal hayatım vardı. Biraz daha geziyordum, günlere daha fazla gidiyordum, daha fazla misafir kabul ediyordum, eşimle ailemle biraz daha vakit geçiriyordum fakat şimdi bunların hepsi durdu tabi. Daha önce yaptıklarımın hiç birini yapamıyorum.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

“Şimdi devamlı başında olduğum için bir yere çıkamıyorum. Eskiden çıkıyordum, sosyal hayatım vardı fakat hastaya bakmaya başladıktan sonra sosyal hayatım bitti. Uyku düzenim bozuldu, en ufak bir şeyde hemen uyanıyorum.” (K-28, E, 49, İlköğretim).

“E tabi baktıktan sonra biraz daha çökkünlük oluşmaya başladı bende. Biraz daha yorgun hissediyorum kendimi. Benim de bazı rahatsızlıklarım var. Ayağımda platin var, kalp hastasıyım. Anneme baktıktan sonra bu hastalıklarım ağırlaştı.” (K-29, K, 57, Lise).

“Sürekli olarak anneme bağımlıyım. Daha önce öyle değildim. Mesela geçen yıllarda İstanbul’da yeğenimin düğünü oldu. Annemi dayımlara bıraktım. Hazır İstanbul’a gitmişken kız kardeşlerimi de göreyim dedim. Daha dördüncü günde dayımın eşi aradı beni, gel annene bak diye. Ben kız kardeşlerimi görmeden geldim. O açıdan bu şekilde bir kısıtlanmam oluyor. Onun dışında ev içinde herhangi bir değişiklik olmuyor. Eskiden olsa istediğim zaman istediğim yerde istediğim kadar kalırdım.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

Yukarıdaki katılımcılar genel olarak engelli bireye baktıktan sonra yaşamlarında meydana gelen değişimleri açıklamışlardır. Alzheimer hastalığı, sürekli olarak kontrol altında olması gerektiği ve sürekli olarak hastanın yanında bulunulması gerektiği için engellinin bakımını yapan bireylerin bakımı yapmaya başladıktan sonra yaşamaya başladığı farklılıkların başında sosyal hayatın bitmesi gelmektedir. Katılımcılar sürekli olarak hasta ile ilgilendikleri için akraba ziyaretleri, komşu ziyaretleri, özellikle evlenmiş ve evden ayrılmış olan çocuklarının

ziyaretlerini yapamamaktadırlar. Bu durum da onları dar bir çerçevenin içinde sıkışıp kalmalarına neden olmaktadır. K-11 isimli katılımcının ifadesi ile hastaya bakan bakıcılar 4 duvar arasında sıkışıp kalmaktadırlar. Çünkü hasta 4 duvar arasındadır. Kendisine bakan bakıcı birey de sürekli olarak hastanın yanında bulunması veya ihtiyaçlarını karşılaması gerektiği için bakıcı birey de aynı hastanın sosyal yaşamını yaşamak zorunda kalmaktadır. Bu durum da bizlere Alzheimer hastasının bakımını yapan bireyler, hastanın yaşadığı sosyal hayatı yaşamak zorunda kaldığını göstermektedir. Bu durumu hastaya bağımlılık olarak nitelendirebiliriz. Çünkü katılımcılar hastayı herhangi bir Yaşlı Bakım veya Rehabilitasyon Merkezine vermeyi kabul etmeyip var olan duruma razı oldukları görülmüştür. Bakım veren bireyler bu durumdan oldukça rahatsız oldukları halde bu durumu kabullenmiş oldukları gözlenmiştir. Bakım veren bireylerin Alzheimer hastasının bakımını yapmaya başladıktan sonra yaşamlarında oluşan sosyal yalnızlık beraberinde bazı psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Aşağıdaki katılımcılar sosyal hayat ile beraber psikolojilerinin olumsuz yönde etkilendiklerini ifade etmişlerdir.

Bir diğer husus K-29 isimli kadın katılımcının kendisinin de yaşlılığa ilişkin sorunları tecrübe ediyor olmasıdır. Dizdeki platin, kalp rahatsızlıkları gibi yaşlılığı anımsatan rahatsızlıklar bakıcı kategorisindeki kişiler için de geçerli olabilmektedir. Yani yaşlı bir hastanın bakıcısı ondan nispeten daha iyi bir başka hasta olabilmektedir.

“Önceden hasta kör ise de akli eriyordu. Yemeğimiz/aşımız az da olsa birbirimize katlanıp gidiyorduk. Yarım ekmeğim olsaydı da beyim bu şekilde kötürüm olmasaydı. Akli ermiyor, bu ev kimin der, bizim diyorum, bizim ise madem neden bu adam (kendi oğlu için) evin içinde yaşıyor der. Ben de kendisine anlatıp duruyorum. Tabi şimdi çok daha zor eskisine göre.” (K-1, K, 69, Okula Gitmedi).

“Çok fark var. Önceden sağlamdı. Yemeğini kendisi yiyordu, tuvalete kendisi gidiyordu. Banyosunu kendisi yapardı fakat şimdi bunların hepsinde ona yardımcı oluyorum. Dizimde şu an platin var ben bile yürümekte zorlanıyorum fakat yardımcı oluyorum yine. Önceden bunları yapmıyordum şimdi yaptığım için çok yoruluyorum açıkçası.” (K-2, K, 75, Okula Gitmedi).

“Çalışma hayatımı bitirdim. Daha önce çalışıyordum. Annem hastalanınca ve kendisine bakacak kimse olmayınca iş hayatımı bitirdi, kendisine bakmaya başladım.” (K-3, K, 57, Ortaokul).

“Hasta, kendi işini görebiliyorken bakımı da rahattı. Şimdi daha çok zorlanıyorum. Eskiye nazaran şimdi daha da stresli bir haldeyim.” (K-4, K, 43, İlköğretim).

“Tabi ki yıprandım, çöktüm. Ben bu halde miydim? Ama yine de hamdolsun, hem erkek işini yapıyorum hem de kadın işini. Her şey boynuma. On senenin adı var. Tam tamına on senedir bakıyorum ben kendisine. Bir de her şeyi ile ilgileniyorum. Genel temizliği, hapını, yemeğini, kısacası her şeyini takip ediyorum. Atam o. İştmiyor, işittiğini de anlamıyor, bağılıyor: Meral, Meral, Meral Meral.... Diye. Babama, yemek yapıyorum desem, bulaşık yıkıyorum desem anlamıyor yine de.” (K-7, K, 55, İlköğretim).

“Hastaya baktığımdan beri gittikçe agresif birisi oldum. Sinirimi hastaya yansıtmamak için kendi içimde yaşıyorum. Bazen çocuklarıma çok kızıyorum. Sürekli değil ama oluyor bazen. Öyle olduğunda da hastaya baktığım için onun yüzü suyu hürmetine bakar bize diyorum.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

“Yorgunluk, bıkkınlık oluyor. Dışarda işlerim oluyor, onları yapamıyorum. Kendi içimde çok üzülüyorum. Ama ben bu hastaya bakmak zorundayım deyip boynumu büküyorum.” (K-26, K, 21, Lise).

“Psikolojik olarak çok yıprandım. İsterdim ki yılın yarısı bende kalsın diğer yarısı da diğer kardeşlerimin yanında kalsın ama öyle bir şansım da yok. Sürekli olarak benim yanımda kalıyor. Eskiye nazaran dediğim gibi oldukça yıprandım.” (K-27, K, 56, İlköğretim).

Bu katılımcıların ise ortak noktası; psikolojik olarak bir yıpranma yaşamalarıdır. Alzheimer hastasının bakımını yapmaya başladıktan sonra bakım veren bireylerde, eski yaşamlarına göre oluşan farklılıklar; yıpranma çöküntü, agresyon, eziyet edilme duygusu, yorgunluk, stres şeklindedir. Katılımcılar hastaya bakmaya başladıktan sonra bu durumların zaman içerisinde oluşmaya başladığını aktarmışlardır. Alzheimer hastalığı olan bireye bakmak hem zor hem de yıpratıcı bir süreçtir. Yıpratıcıdır; çünkü hastanın iyileşme şansı yoktur ve hasta giderek daha da

ağır bir hasta konumuna gelmektedir. Hasta ağırlaşınca, tabi ona bakım yapmak da bir o kadar zorlaşır ve bakım veren kişinin bakım yükünü arttırır. Eziyet, çöküntü, yıpranma, agresyon ve stres gibi olumsuz psikolojik oluşumların bakıcılarda meydana gelmesi Alzheimer hastasına bakımın ne kadar zor ve güç bir iş/yük olduğunu göstermektedir.

“Sürekli olarak hayatla mücadele ettiğim için hiçbir fark yok açıkçası. Annem yokken de çalışıp evime bakıyordum şimdi de anneme bakıp bakım ücreti alıyorum, daha rahatım da diyebilirim. Çünkü anneme baktığım için para alıyorum, devlet tarafından evde bakım ücreti alıyorum, dışarda çalışmama gerek kalmıyor. Önceleri dışarda çapa işi, tarla, bağ bahçe, yevmiye işlerine giderdim fakat şimdi gitmeyip anneme bakıyorum ve bakım ücreti alıyorum.” (K-6, K, 42, Okula Gitmedi).

Yukarıdaki katılımcı da ağır engelli bir bireyin bakımını sağlayıp yoksul bir katılımcı olduğu gerekçesi ile devlet tarafından ağır engelli bireylere bakan ve yoksul olduğu tespit edilen bakıcılara sağlanan evde bakım ücretini almaktadır. Katılımcı, hastaya bakıp bunun karşılığında evde bakım ücretini alması hem kendisi açısından hem de hasta açısından oldukça önemlidir. Kendisi açısından artık dışarda çalışmasına gerek kalmamıştır. Hasta açısından da şu şekilde olumlu tarafı var ki; katılımcı bu ücreti alamamış olsaydı hem dışarda çapa, ev temizliği, apartman temizliği gibi işlerde çalışıp hastaya yeteri kadar zaman ayıramayacaktı. Devlet; ağır engelli vatandaşın bakımını yapan yoksul ailelere bu ücreti vermekle Sosyal Devlet anlayışını göstermektedir. Çünkü Sosyal Devlet; güçsüz, yardıma muhtaç, yoksul birey ve ailelerin ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür.

2.3. HASTANIN BAKIMINI ÜSTLENDİKTEN SONRA ÇEVRENİZİN ÖZELLİKLE YAKIN ÇEVRENİZİN SİZE KARŞI TAVIRLARINIZDA OLUMLU VEYA OLUMSUZ BİR DEĞİŞİKLİK OLDU MU?

“Olsa bile bana hiç fark ettirmediler. Oğullarımın çilesi benimkinden de beter. En büyük oğlunun da hasta eşi var, o onunla ilgileniyor. Bakımını yapmaya başladıktan sonra özellikle yakın çevrem bana karşı tavırlarında herhangi olumsuz bir şey olmadı.” (K-1, K, 69, Okula Gitmedi).

“Olumsuz herhangi bir şey olmadı. Benim beyim kim ne diyebilir ki. Ama olumlu olarak çok şey oluyor. Komşuların: helal olsun o kadar zor durumdaki hastasına bakıyor, ne kadar da iyi bir kadın. Şeklinde konuşmaları kulağıma geldi. Çok da hoşuma gitti açıkçası bu tarz konuşmalar.” (K-2, K, 75, Okula Gitmedi).

“Çok olumlu tepkiler alıyorum. Konu komşu ‘helal olsun, oldukça iyi bakıyorsun, başkası olsa bu kadar bakamazdı’ diyorlar. Etrafım, çok takdir ediyor bu konuda beni.” (K-3, K, 57, Ortaokul).

“Hastaya baktığım için etraf, konu komşu, herkes olumlu olarak bahseder bu durundan. Olumsuz olarak bahseden kimse neredeyse hiç yok. Çünkü hastaya bakmak zor. Bu zorluğun üstesinden geldiğim için kim neden olumsuz olarak bahsetsin ki?” (K-14, K, 45, İlköğretim).

“Eş, dost, akraba, konu komşu her zaman takdir ediyorlar beni. Hiç olumsuz bir şey diyen olmadı. Özellikle eşimin kardeşleri, annelerine yani kayınvalideme baktığım için çok takdir ediyorlar.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

“Çevremden gelen tepkiler genellikle olumlu tepkiler oluyor. Hastaya baktığım için hemen hemen herkes; Allah razı olsun senden diyorlar. Ben sırf babam için evlenmemiştim, sonra babam; beni dert etme evlen dedi, evlendim ben de, evliliğim kısa sürdü. Ayrıldım, geldim. Ablamın yanındaydı o zaman babam. Ablamın da bel fıtığı vardı, yeterince bakamıyorum diyordu. Öyle olunca babamı yanıma aldım. Ben bakmaya başladım tekrar. Herkes; babanı huzurevine de verebilirsen sen bakıyorsun, Allah razı olsun diyor.” (K-22, K, 35, İlköğretim).

Bu katılımcılar hastaya baktıkları için çevreden ve yakın çevrelerinden olumlu dönüt almışlardır. Bakım veren kişilerin etraflarında bulunan insanlar ağır engelli bir Alzheimer hastasına bakımın ne kadar zor olduğunun farkında olduğu için bakım veren bireyleri takdir ettiği tespit edilmiştir. Çevredeki insanların bakım veren kişiler için genellikle “helal olsun veya Allah razı olsun” cümlelerini kullandıkları tespit edilmiştir.

Aşağıda belirttiğim bazı katılımcılar ise kendilerini takdir eden kişilerin kim olduğunu özellikle vurgulamak istemişlerdir. Bu kişiler mahallenin imamıdır.

“Olumsuz olarak bir şey diyen yok. O benim eşim bakarım ona. Kim ne diyebilir ki? Ama olumlu olarak konu komşu hep beni takdir eder. Mesela geçen gün mahallenin hocası (imamı) bize geldi. Anneciğim dedi. Eşine baktığın için Rabbim cennetinden sana bir kapı ayırdı, sen hiç merak etme dedi. Ailem olsun, eşimin ailesi olsun bu konuda benimle gurur duyuyorlar.” (K-11, K, 37, İlköğretim).

“Herkes; senden Allah razı olsun diyor. Mahallenin hocası bile: “Kızım sen bu bakımın mükaifatını göreceksin” diyor. Kayınvalidemin akrabaları bile beni takdir ediyorlar. Çok az insandan olumsuz tepki aldım ama o insanlar da dikkate alacağım insanlar değillerdi açıkçası.” (K-17, K, 48, İlköğretim).

Bu iki katılımcı kendilerini takdir eden kişinin mahalle imamı olduklarını özellikle vurgulamışlardır. Engelli bireye bakan kişiyi takdir eden birey din görevlisi olunca bu durum bakıcının fazlasıyla hoşuna gittiği gözlenmiştir. Bu durumun iki nedeni vardır: birincisi imamın resmi bir görevli olması, ikinci ise imamın din görevlisi olmasıdır. İmamın din görevlisi olması şüphesiz ki bu durumda ön plana çıkmaktadır. Çünkü din faktörü insanlar üzerinde etkili olan bir unsurdur. Dini temsil eden kişilerin ifadeleri de dolayısıyla hasta bakıcıların üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

“Etrafımdaki insanlardan hep olumlu tepkiler aldım. Çevremden aldığım cesaretle rahatladım aslında. Çünkü ilk başta acaba hastaya bakar mıyım bakamaz mıyım, para için (evde bakım ücreti) mi baktı diye derlerse diye düşündüm, fakat aldığım tepkilerden sonra rahatladım ve daha da anneme bakmaya başladım.” (K-6, K, 46, Okula Gitmedi).

“Sırf baktığım için etrafımdaki insanlar bana saygı duyuyorlar. Annem, babam bile “kayınvalidene bak, onun duası yeter” diyorlar. Ablam ile yakın oturuyoruz, o da sen hastana baktığında ben sana yardımda bulunurum, diyor her türlü desteklerim diyor. Herkes destekliyor beni yani. 3-5 günlük ömür zaten, bugün var yarın yok. Ben de Allah rızası için kendisine bakıyorum.” (K-8, K, 52, Okula Gitmedi).

“Olumlu tepkiler verdiler kardeşlerimin hepsi. Arkadaşlarımdan hepsi de beni desteklediler. Genel olarak söyledikleri şeyler şöyledir: anne bu elbet bakılmalı, anne atılmaz satılmaz, Allah senden razı olsun, senin yaptığını biz yapamayız, senin

yaptığın, hem Allah katında hem de kul katında çok büyük bir olay....vs. eğer çevrem beni bu kadar desteklemeseydi ben bu kadar sahiplenmezdim annemi. Biz 9 kardeşiz dönüşümlü olarak kalırdı hepimizin yanında fakat hem yakın çevrem hem de komşularım beni çok desteklediler. Bu desteklerle anneme tek başına bakabiliyorum. Olumsuz olarak tepki gösteren hiç kimse olmadı.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

Toplum ve birey her zaman için birbirini etkileyen ve şekillendiren unsurlardır. Bireyin toplumu etkilediği kadar toplum da bireyi etkilemektedir. Herhangi bir şey yaparken toplumu ve toplumun gücünü göz ardı etmemek lazım. Toplum, birey üzerinde o kadar etkilidir ki bireyin toplum tarafından nasıl algılandığı onun kişilik yapısını bile belirleyebilmektedir.

Yukarıdaki iki katılımcı, hastanın bakımını yaptıkları için toplum tarafından takdir edilmiş olup saygı görmektedirler. Toplum tarafından takdir edilmemeleri karşısında hastanın bakımını yeteri kadar yapamayacakları tespit edilmiştir. Toplumun bireye bakış açısının ne kadar önemli olduğu görülmüştür. Toplumun bireyi olumlu olarak kabul ettiğinde bireyin de bu durumdan olumlu olarak etkilendiği, toplumun bireyi olumsuz olarak değerlendirdiğinde ise bireyin bu durumdan olumsuz olarak etkilendiği gerçeği bir kere daha tespit edilmiştir. Toplumun gücünü hiçbir zaman hafife almamak gerekir. Toplumsal güç, birbirinden haberi olmayan insanların yarattığı, gözle görülmeyen fakat hissedilen bir güç konumundadır.

“Olumlu olarak bir şey diyen olmadı. Ama olumsuz olarak diyenler çok oldu. Bakım ücreti aldığım için sırf bu ücret için baktığımı söyledi etrafımdaki insanlar. Ama öyle bir şey yok tabi. Özellikle yakın çevremdeki insanlar çok fesatlar.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Olumsuz olarak diyenler var tabi. Babasının maaşını yiyor, hiçbir iş yapmıyor. Diyenleri duyuyorum ben. Kardeşlerimden bir tanesi de Allah razı olsun demiyor. Konu komşu ise Allah var olumlu şeyler söylerler. Beni takdir ederler. Konu komşu, akrabalarımın ise takdir eden yoktur mesela.” (K-14, K, 45, İlköğretim).

“Olumsuz olarak diyenler de oldu. İşte ben bakım parası alıyorum dedeme baktığım için. Onlar benim sırf bakım parası için baktığımı söylüyorlar. Bende dedim

ki onlara alın siz bakın öyle diyorsanız bakım parasını da siz alın. Ben yaklaşık olarak 10 yıldır bakıyorum dedeme. Ama bakım parasını şurada 3 yıldır alıyorum. Bakabilecekseniz vereyim size diyorum. Her yiğidin harcı değil hastaya bakmak. Bu şekilde olumsuz şeyler diyenler oluyor. Ama olumlu şeyler diyenler de var hatta bunlar daha da fazla. Geçen gün teyzemle konuştum telefonda; Allah razı olsun senden diyor. Bir hastaya bakmak kolay değil ama sen bakıyorsun diyor.” (K-22, K, 35, İlköğretim).

Yaptığım görüşmelerde hastanın bakımını yaptığı için çevresinden özellikle yakın çevresinden olumsuz olarak tepki alan yukarıda belirttiğim katılımcılar olmuştur. Bu 3 katılımcı engelli bireye bakıp Evde Bakım ücreti aldıkları için yakın çevreleri tarafından olumsuz tepkiler almışlardır. Burada Evde Bakım ücretinden bahsetmem uygun olur. Evde Bakım Ücreti: Ağır engelli olduğu (Raporda En az %50 ağır engelli, Evet, ibaresinin olması gerekmektedir.) Engelli Sağlık Kurulu Raporunca belirlenen hastaların bakımını yapan ve hane içerisine giren toplam gelirinin kişi başın düşen gelirin net asgari ücretin 2/3’ünün altında olan ailelerde bakımı yapan bireye yapılan bir ödemedir. Bu ödeme 2019 yılı içerisinde aylık 1309 tl’dir(Bakım Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik 2006:8). Her yıl bu ücret belirli bir oranda artmaktadır. Belirtilen şartları taşıyan hastalara bakan bakıcı bireyler bu haktan faydalanabilmektedir.

Yukarıdaki hastanın bakımını yapan bakıcı bireyler evde bakım ücreti almaktadırlar. Hastaya bakıp evde bakım ücreti aldıkları için de yakın çevreleri tarafından olumsuz olarak eleştirilmişlerdir. Hastanın bakımını yapan kişiler hastanın bakımını iyi yapmadıkları için eleştirilmiyorlar aslında sadece yakın akrabalar, bakıcı tarafından alınan ücrette hak iddia ettikleri ve bunu doğrudan dile getirmedikleri için bakımı yapan kişiye olumsuz tavırlarda bulundukları tespit edilmiştir. Eleştiriyi yapan veya olumsuz olarak eleştiride bulunan yakın akrabalar aslında engelliye bakıp alınan evde bakım ücretini kendileri almak istemektedirler. Bütün bu durumlardan akrabalar arasında konu hastaya bakım olup ücret alma konusu olunca araya olumsuzlar girebildiği tespit edilmiştir.

2.4. BU HASTALIĞI İLK FARK ETTİĞİNİZDE NE HİSSETTİNİZ, TEPKİNİZ NE OLDU?

“Babaannem ileri derecede Alzheimer hastası değil. Ama Alzheimer hastası olduğunu ilk öğrendiğimde çok korkmuştum. Çünkü ocağın altını unutabilir ya da titiz olduğu için camları silmeye çalışabilir diye. Hastalanmadan önceki alışkanlıklarını bırakamamıştı ilk başta, şimdi o alışkanlıklarını bıraktı ama.” (K-5, K, 35, Lise).

“Acıma duygusu oluştu bende ilk öğrendiğimde. Çocuk gibi ilgi istiyor. Ben de bakabileceğim kadar bakacağım dedim. Kendisi eşimin babaannesine olmasına rağmen bakacağım dedim.” (K-8, K, 52, Okula Gitmedi).

“İlk fark ettiğimde üzüldüm, çok üzüldüm. Şu an içerde olan ve hiçbir şey hatırlayamayan benim annem biliyor musun? Yemekler yapardı, yapraklar sarardı. Şimdi hiçbir şey hatırlamıyor. Börek getirdim, verdim ona; bu böreği kim getirdi, ne zaman getirdi diye sorup durdu, kaç defa sordu aynı soruları.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

“Bundan 10 yıl önce ben dedemi hastaneye götürdüm. Doktor kendisine bazı sorular soruyor. Kaç çocuğun var diye sordu, dedemin 11 çocuğu olmasına rağmen 5 çocuğum var dedi. Buna benzer sorular sordu hepsine yanlış cevaplar verdi. Gün sonunda doktor, Alzheimer hastası olduğunu söyledi. Ben ilk öğrendiğimde çok şaşkındım. Ne düşüneceğimi bilememiştim.” (K-22, K, 35, İlköğretim).

Bu katılımcılar bakımını yaptıkları hastaların hastalıkları ilk fark ettiklerinde hissettikleri duygular; üzüntü, şaşkınlık, acıma ve korku duyguları olmuştur. Bu duyguların oluşmasının nedeni bakım veren bireylerin Alzheimer hastalığını bilmeleri olarak değerlendirilebilir. Çünkü bu hastalık hakkında bilgi sahibi olan kişiler ancak bu hastalığı aile bireylerinde gördüklerinde üzüntü, şaşkınlık, korku vb. duygulara kapılabilir. Son zamanlarda bu hastalığın oldukça fazla kişide olması, gün geçtikçe bu hastalığa yakalanan kişi sayısının artmış olması bakım veren kişilerde bu hastalık hakkında daha önce de bilgi sahibi olabilecekleri düşünülmüştür.

“İlk şu şekilde fark ettim. 5 dakikalık kalbi durdu. Hastanede kısa bir süre kalıp eve getirdik, kısa bir süre sonra da Alzheimer teşhisi kondu. Bunu ilk öğrendiğimde hemen kabullendim. Eşim o dedim ne olursa olsun bakacağım ona dedim.” (K-12, K, 56 Okula Gitmedi).

“İlk başlarda bildiğın çıldırıyordum. Hastaya neden böyle şeyler yapıyorsun diyordum. O zamanlar tabi Alzheimer olduğunu bilmiyordum. İlk evrelerinde tuvalete gidip tuvalet terlikleri ile içeriye giriyordu, sürekli olarak açım diyordu. Alzheimer hastası öğrendikten sonra durumu kabullendim aslında.” (K-14, K, 45, İlköğretim).

Bu iki katılımcı, hastalığı ilk öğrendiklerinde hissettikleri duygunun “kabullenmek” olduğunu aktarmışlardır. Alzheimer hastasına bakım zor olmasına rağmen bakım veren kişilerin durumu hemen akabinde kabullenmeleri kadercilik anlayışı ile ilgilidir. Kadercilik anlayışı: başlarına gelen her ne ise mevcut durumun kabullenmesi anlamında bir anlayıştır. Hastanın bakımını yapan bu iki katılımcı da bakımın zor olduklarını bildikleri için durumu hemen kabullenmişlerdir.

“Üzıldüm tabi. Nasıl olacak, nasıl bakacağım, kız kardeşlerim bana destek verecek mi vermeyecekler mi? Bu düşünceler oluştu bende. (K-30, K, 48, İlköğretim).

Bu katılımcının da hissettiğı ilk duygu korku olmuştur. Çünkü hastaya nasıl bakıldığını bilememektedir. Hastaya nasıl bakıldığını bilememek ve hastaya bakamama düşüncesi katılımcıda bir korkuya neden olmuştur. Şüphesiz ki bu korku çok yerinde bir korkudur. Çünkü Alzheimer hastası bir engelliye bakmak oldukça zor ve meşakkatli bir iştir. Hem bilgi hem sabır hem de zihinsel ve bedensel olarak kuvvet gerektirmektedir. Bu nedenle bakım veren kişinin hastalığı ilk duyduğunda hissettiğı korkunun oldukça yerinde bir korku olduğu tespit edilmiştir.

2.5. SİZ BU HASTALIĞA YAKALANMIŞ OLSAYDINIZ SİZE NASIL DAVRANILMASINI İSTERDİNİZ?

“İyi bir şekilde davranılmasını isterdim. Özellikle merhametli, vicdanlı bir şekilde davranılmasını isterdim. Allah korkusu olan bir bakıcı tarafından bakılmasını isterdim.” (K-2, K, 75, Okula Gitmedi).

“Çok güzel bakılmasını isterdim. Çok ilgi ve alaka olsun isterdim. Bir kurum bakımına bırakılıp yol gözlemek istemezdim. Başta bana bakacak olan kişinin vicdanlı olmasını isterdim.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Merhametli bir şekilde bakılmasını isterdim. Ben şu an merhametli bir şekilde kayınvalideme bakmaya çalışıyorum. Bana da aynı şekilde merhametli, bir şekilde bakılmasını isterdim.” (K-3, K, 57, Ortaokul).

“Saygıyla, güler yüzle, yemeğin suyun önüme getirilmesini, banyonun zamanında yapılmasını, sevgi ile bakılmak isterdim. Yapılan bütün bakımın sevgi ile yapılmasını isterdim. (K-6, K, 42, Okula Gitmedi).

Bu dört katılımcının ortak noktası; kendileri Alzheimer hastası olması durumunda bakımlarını yapacak olan bireyin öncelikle merhametli ve vicdanlı olmasını istemeleridir.

Kendileri de bakımını yaptıkları hastaya merhametli ve vicdanlı bir şekilde yaklaşım gösterdikleri görülmüştür. Vicdan ve merhamet gibi kavramlar beraberinde sevgi, şefkat ve iyilik gibi kavramları da getirmektedir. Merhamet ve şefkat temelinde birisinin bakımı yapıldığında veya kişiye merhametli ve vicdanlı bir şekilde yaklaşıldığında o kişinin yaptığı yanlış, kötü, şeyler de göz ardı edilmiş olur. Burada bakıcı bireyler Alzheimer hastası olan hastaların çoğu zaman için yanlış şeyler yaptıklarını bildikleri için ve bu durumlarını göz ardı etmenin yolu sevgi, şefkat ve vicdanlı bir bakımdan geçtiklerini bildikleri için kendilerinin Alzheimer hastası olmaları durumunda sevgi şefkat ve vicdanlı bir şekilde bakılmak istedikleri tespit edilmiştir. Kısacası bu şekilde bakılmak istemelerinin nedeni aslında hastaların sevgi, iyi niyet, merhametli, vicdanlı bir şekilde bakılmaya ihtiyaçlarının olduğunu bilmeleridir.

“Keşke benim babaanneme baktığım gibi bana da bakılsa yani. Benim ona yaptığım şeyleri başkasının da bana yapmasını isterim yani. Her şeyi ile ilgileniyorum. Hapını, ilacını, yemeğini, aşını her şeyini önüne koyuyorum. Her şeyim ile ilgilenen bir bakıcımın olmasını isterdim bende.” (K-5, K, 35, Lise).

“Allah yukarıda ben kendisine nasıl davranıyorsam benim bakıcımın da bana o şekilde bakmasını isterdim. Hiç kızmıyorum kendisine bazen benim çocuklarıma kızıyor, niye kızdığını da bilmiyorum ama ben çocuklarıma kızıyorum neden ebenizi kızdırıyorsunuz diye ama hastaya hiç kızmıyorum, yaşlı ve hasta nasıl kızayım, günah.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Benim hastaya baktığım gibi bana bakılsaydı çok sevinirdim. Onu inciteceğim diye korkuyorum. O kadar hassas davranıyorum kendisine. Sevinerek bakıyorum ben kendisine, tiksiniyorum değil. Çoğu insan altını alırken tiksindir ama kurban olduğum Allah bana o tiksintiyi vermiyor.” (K-11, K, 37, İlköğretim).

Katılımcıların ifade ettikleri üzere kendilerinin yaptıkları bakımın aynısını, Alzheimer hastası olmaları durumunda yapılmasını istemişlerdir. Bunun nedeni bakım veren kişilerin hastalara oldukça iyi ve düzgün bir şekilde baktıklarına olan inançlarıdır. Bakıcılar hastaların her şeyi ile ilgilendiklerini, temizliklerinin yapılması, yemeklerinin verilmesi, alt temizliklerinin yapılması, ilaç takibinin yapılması...vs., belirtmişlerdir. Hastanın her şeyi ile ilgilendiklerine inandıkları bir bakımın hasta olmaları durumunda kendilerine de yapılmasını istemeleri gayet doğal bir durum olarak açıklanabilir.

“Hastalığı çekene de zor, hastaya bakana da zor. Bakıcıya çok zor. Çok fazla da açıkçası benimle ilgilenmesini istemezdim. Ha ilgileysin ama her şeyi ile değil. Çünkü bakan kişiye yazık. Çok zor bakmak. Hasta insanın her şeyi oluyor. Ben o şekilde birisinin bana bakmasını istemezdim.” (K-29, K, 57, Lise).

“Ben Alzheimer hastası olsaydım bana kimsenin bakmasını istemezdim. Bakımevine verilmesini isterdim. Ben severek bakıyorum ama gerçekten bakan kişinin hayatını felç eden bir hastalık. Ben çocuklarıma bunu yapmak istemezdim. O kadar zor bir süreç. Her şeyin hastanın kendisi oluyor. Çocuklarının yanına gidemiyorsun, yeri geldi mi torunlarını bile sevmiyorsun. O nedenle çocuklarıma bunu yapmak istemem.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

Katılımcılardan bu ikisi oldukça ilgi çekici cevaplar vermişlerdir. Her iki katılımcı da kendilerinin Alzheimer hastası olması durumunda kimsenin kendi bakımlarını yapmalarını istememişlerdir. Bunun nedenini ise hastaya bakımın zor olduğunu ifade etmişlerdir. Alzheimer hastası olan bireye bakım, katılımcıları o

kadar zorlamış ve bıktırmıştır ki hiç kimseye bu durumu yaşatmak istemedikleri için kimsenin kendi bakımlarını yapmalarını istememişlerdir. (K-30) isimli katılımcı Alzheimer hastası annesinin bakımını yapıp çok zorlandığı için kendisi de eğer bu hastalığa yakalanırsa bir bakım evine yerleştirilmek istediğini, çektiği sıkıntıları çocuklarına yaşatmak istemediği için bunu ifade ettiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde (K-29) isimli bakıcı birey, bakım veren kişinin hastanın her şeyi olduğunu, ve tüm hayatını hastaya adadığını, bu şekilde hiç kimsenin hayatını kendi hayatına adamasını istemediğini ifade etmiş olup başka birilerinin hayatının kendi hayatı yüzünden mahvolmasını istemediği öğrenilmiştir.

“Bakılmak isterdim. Banyomun yapılmasını, yemeğimin önüme gelmesini, temizliğimin yapılmasını, ilaçlarımın verilmesini isterdim. Bu şekilde bakımın yapılması yeterdi bana.” (K-1, K, 37, İlköğretim).

“Perişan edilmesin isterdim, yemeğim aşım önüme gelsin, bana bakılsın, banyom yapılsın, saçım taransın isterdim. Sürekli olarak acaba ben de bu şekilde olursam bana kim nasıl bakar diye düşünüyorum. Sağlık kalıcı değil, gelip geçici. Biz de bu şekilde olabiliriz.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

Yukarıda belirtilen iki katılımcı genel olarak temizliğin yapılmasını yeterli bulmuşlardır. Kendileri de bu hastalığa yakalandıklarında genel olarak bakımın yapılmasını yeterli görmüşlerdir. Genel olarak bakım; yemeğin verilmesi, banyonun yapılması, tuvalet ihtiyacının karşılanması, bez kullanıyorsa hastanın bezinin değiştirilmesi ve etrafın temiz tutulması şeklindedir. Bu şekilde bir bakımın kendilerine yapıldığında yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

2.6. HASTAYA BAKIMINI ÜSTLENDİKTEN SONRA KENDİNİZDE OLUMLU VEYA OLUMSUZ NE GİBİ FARKLILIKLAR GÖZLEMLEDİNİZ?

“Hastaya bakınca Allah insanın içine bir sabır veriyor. Eskiden bu kadar sabırlı değildim. Baktıktan sonra daha fazla sabırlı olmayı öğrendim.” (K-2, K, 75, Okula Gitmedi).

“Bazen iyi bazen kötüyüm. Hastanın psikolojisine göre benim de psikolojim değişiyor. Hasta iyi ise ben de iyi oluyorum hasta kötü ise ben kötü oluyorum. Ama şimdiki halim hastaya bakmadan önceki halime göre daha iyi. Hastaya bakmadan

önce sadece bu dünyayı düşünürdüm. Fakat hastaya bakmaya başladıktan sonra daha fazla öbür dünyayı düşünmeye başladım. Bu durum da beni huzurlu kılıyor. Öbür dünyayı da düşünerek mutlu oluyorum. Allah razı olsun dediğinde ben çok mutlu oluyorum. Bu da bana yetiyor.” (K-4, K, 43, İlköğretim).

“Normal hayat var bir de bakmak var tabi. Zor çok zor ama önemli olan zoru başarmak dedim kendi kendime. Kolay bir şeyi herkes yapar, önemli olan zor olan şeyi başarmak dedim kendi kendime. Allah da mükafatı ona göre verir dedim. Hastaya baktıktan sonra o başarma duygusu oluştu bende.” (K-17, K, 48, İlköğretim).

Yukarıdaki belirtilen 3 katılımcı, hastanın bakımını yapmaya başladıktan sonra daha fazla huzurlu, sabırlı ve öbür dünyasını düşünür hale gelmeye başlamışlardır. Katılımcılar hasta bireyin bakımını yapmaya başladıktan sonra dini duyguların daha fazla oluştuğunu bu durumun da iç huzuru sağladığını belirtmişlerdir. Bakıcıların hastanın bakımını üstlendikten sonra bakıcı bireylerde dini duyguların oluşmaya başlaması hasta bakımının dini duyguları arttırdığı sonucunu doğurmuştur.

“Anneme bakmaya başladıktan sonra yaşlılara karşı daha bir sevgi duymaya başladım. Dışarda yaşlı bir insan gördüğüm zaman ona sevgiyle bakıyorum. Eskiden böyle değildim, bakmaya başladıktan sonra bu sevgi oluştu bende.” (K-16, E, 44, İlköğretim).

“Vicdanen çok rahatım. Evlenip babamı bırakıp gidince bu durum beni çok rahatsız etmişti vicdanen. Fakat babama bakmaya başladıktan beri vicdanen çok rahatım.” (K-23, K, 37, İlköğretim).

“Olumsuz olarak sürekli olarak birisine bağımlı haldeyim. Bir yere gittiğim zaman bile aklım burada anneannemde kalır. Sürekli olarak ona bağımlı haldeyim. Olumlu olarak da hastaların isteyip de bize söylemek istemediği şeyler mi var ki diye düşünüyorum. Bu süreçte de hem daha çok duygusallaştım hem de empati duygum gelişti.” (K-26, K, 21, Lise).

Bu 3 katılımcı, hastanın bakımını yapmaya başladıktan sonra olumlu olarak empati, yaşlı bireylere karşı daha fazla sevgi ve hastanın bakımı yaptığı için vicdani rahatlama oluşmaya başladığını ifade etmişlerdir.

Bazı bireylerde hastanın bakımı yapıldığı için dini duygular daha fazla geliyorken (bir önceki görüşmelerde bu sonuç elde edilmişti) bazı bireylerde de hastanın bakımı yapıldığı için olumlu duygular gelişmeye başladığı görülmüştür. Hasta bakımının bakıcı bireylerde olumlu duyguların (empati, yaşlı bireylere karşı sevgi, vicdani rahatlık, iç huzuru..vb) oluşmasını ve gelişmesini sağladığı tespit edilmiştir.

Özetle; Alzheimer hastası bireyin bakımı zor ve yorucu bir bakım olmasına karşın bakım veren bireylerde bakım verilmeye başladıktan sonra süreç içerisinde dini duyguları ve olumlu duyguları arttırdığı gözlenmiştir.

“Kendisine tamamen bağlı kalıyorsun. Hiçbir şekilde özel hayatın olmuyor. Eskiden bayrama giderdim, düğünlere katılırdım fakat şimdi tamamen bitti onların hepsi. Evin elektriği, suyu, yemeği, aşı her şeyi ile ben ilgileniyorum. Hem erkek, hem kadın, hem bakıcı neye sayarsan, hepsini oluyorum. Bir ilacı bitmiş iki gündür onu arıyorum. Şimdi eczaneye gittim onu aldım.” (K-7, K, 55, İlköğretim).

“Hastaya baktığımdan beri çok uykusuz hissediyorum kendimi, çünkü geceleri uyumuyor ve beni de uyutmuyor. Onu tuvalete kaldırıyorsun tuvaletten sonra yatağına tekrar getiriyorsun. 10 dk. sonra tekrar gitmek istiyor tuvalete. Evi de değiştiremiyoruz. Çünkü evi değiştirdiğimiz an annem hiçbir şeyi hatırlamaz olur. Bu ev onun yaşadığı ev olduğu için evin içini biliyor, hatırlıyor. Yani baktığımdan beri yorgunluk ve uykusuzluk beni hiç bırakmadı.” (K-18, K, 49, Ortaokul).

“Annemi de kendi hayatıma koymak zorunda kaldım, böyle olunca sorumluluklarım ve görevlerim arttı. Eşimle zaman geçirmeye çalışıyorum, kızım benden bir şeyler istiyor, annem yanında olmamı istiyor. Ben şu anda üçe bölünmüş durumdayım. A alışverişimi dahil o kadar hızlı bir şekilde yapıyorum ki.. Arabaya atlıyorum 10 dakikada alışverişimi yapıp tekrar eve geliyorum, annemin yanına oturuyorum. Hastaya baktıktan sonra daha yoğun bir hayatım olmaya başladı aslında, sürekli bir koşturmaca içindeyim.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

Yukarıdaki 3 katılımcının ortak özelliği Alzheimer hastası bireye bakmaya başladıktan sonra hastaya bağımlı olmaya başlayıp hayatlarında zorluk yaşamalarıdır. Alzheimer hastası bireyin bakımını yapmak oldukça güç bir iştir. Bakım veren birey sürekli olarak kendisi ile ilgilenmek zorunda kalmaktadır. Tabi bu arada bakım veren bireyin başka sorumlulukları da bulunmaktadır. Çocuğu ile ilgilenmesi, özel hayatı, sosyal hayatı..vs. bakım veren birey sürekli olarak hasta ile ilgilenmek zorunda kaldığı için doğal olarak bazı sorumluluklarını aksattığı, bazı sorumluluklarını yeterince yerine getiremediği anlaşılmıştır. Bakım veren bireylerin Alzheimer hastası ile sürekli olarak ilgilenmek zorunda kalması nedeni ile oldukça güçlük yaşadıkları, bu güçlüklerden bazılarının uykusuz kalmak, özel hayatın olmaması (düğünlere katılmamak, arkadaşlar ile vakit geçirememek, evin diğer ihtiyaçlarını çok kısa bir süre içerisinde halletmek, sürekli olarak bir telaş içerisinde bulunmak, kendisine zaman ayıramamak...vs.) şeklinde olduğu tespit edilmiştir.

2.7. ALZHEİMER’LI HASTAYA BAKMAK, SİZDE ALZHEİMER HASTASI OLMA KORKUSUNA NEDEN OLUYOR MU?

“Korkuyorum evet. Kaldı ki son zamanlarda ben de de unutkanlık olmaya başladı. Babam da son zamanlarda unutkanlığı artmaya başladı. Namaz kıldığında namazı kılıp duruyor, kılıp duruyor, bir türlü bitiremiyor, unutuyor çünkü. Ama bende de son zamanlarda unutkanlık artmaya başladı. Ve korkmaya da başladım açıkçası.” (K-7, K, 55, İlköğretim).

“Evet. Öyle bir korku oluşuyor bende. Bende de unutkanlık oluşmaya başladı. Acaba bende bu hastalığa yavaş yavaş yakalanıyor muyum acaba diyorum ister istemez.” (K-10, K, 63, İlköğretim).

“Oluyor evet, şimdi bile kendimden şüpheleniyorum aslında bu hastalık bende var mı yok mu diye.” (K-14, K, 45, İlköğretim).

“Kaynanam hastalandığından beri bu hastalığa yakalanmaktan ben de korkar oldum. Ya benim de başıma gelirse diye korkuyorum açıkçası.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

“Korkuyorum hem de nasıl? Hastaya bakmaya başladıktan sonra bende de unutkanlık oluşmaya başladı. Çevremden de duyuyorum bazen, Alzheimer hastalarına bakanlarda hastalık oluyormuş. O nedenle korkuyorum yani.” (K-28, E, 49, İlköğretim).

Yukarıda belirtilen katılımcıların hepsinin ortak özelliği Alzheimer hastasının bakımını yaptıkları için bu hastalığa yakalanmaktan korkmalarıdır. Alzheimer hastalığına sahip bireylere bakan bakıcı bireyler sürekli olarak hasta ile içli dışlı bir hayat sürmek zorunda kalmaktadırlar. Her gün sabahtan akşama kadar beraber vakit geçirmektedirler. Bu durumda bakıcı olan bireyde hastanın özellikleri oluşmaya başladığı tespit edilmiştir. İnsanoğlu beraber yaşadığı insanların ortalamasıdır aslında ve bireyin bulunduğu ortam bireyi kendisine benzetebilmektedir. Psikoloji bilimi bu durumu Ayna Nöronları ile açıklamaktadır. Aynı ortamda bulunan insanların belli bir zaman diliminden sonra birbirlerini taklit etmeleri ve birbirlerinin özelliklerini taşımaya başlamaları Ayna Nöronları sayesinde olmaktadır. Bu durum, evlenen çiftlerde sık sık görüldüğü gibi birbirleri ile çok sık vakit geçiren insanlar arasında da olmaktadır. Alzheimer hastasına bakım veren birey hasta ile sürekli olarak vakit geçirdiği için unutkanlığının oluşmaya başlaması ve bu şekilde bir korkuya kapılması normal bir durumdur. Çünkü Ayna nöronları böyle bir durumda işlevseldir ve bakıcı bireylerin böyle bir korkuya kapılmaları yersiz değildir. Alzheimer hastaları ile çok fazla zaman harcamaları durumunda unutkanlıklarının zaman içerisinde artacağı öngörülmektedir.

“Yok hiç öyle bir korkum olmadı. Hatta anneme her daim moral-cesaret veriyorum. Sen geçmişi hatırlıyorsun, hatırlamaya çalış...vs. diyorum ben kendisine.” (K-6, K, 42, Ortaokul).

“Bu hastalığa yakalanırım diye hiç korkmadım açıkçası. Hep dua ediyorum Allah’ım bu hastalığı kimseye vermesin diye. Çok zor bir hastalık çünkü.” (K-12, K, 56, Okula Gitmedi).

“Hayır öyle bir korku oluşmadı hiç bende. Bizim ailede babam dışında bu hastalığa yakalanan olmadı. Böyle olunca da bende de olacağını pek düşünmüyorum ve korkmuyorum da. Genç yaşta abimi kaybettik abimi kaybettikten sonra babam yavaş yavaş bu hastalığa yakalandı.” (K-23, K, 37, İlköğretim).

“Hayır hiç korkmadım. Öyle bir korkum olmadı hiç. Benim tek korkum Allah beni ele ayağa düşürmesin yeter.” (K-24, K, 57, İlköğretim).

“Hayır hayır kesinlikle öyle bir duyguya kapılmadım. Ben inancı yüksek birisiyim. Namaz kılmıyorum ama gerçekten inancı yüksek birisiyim. Mesela anneme bakarken ibadet yapıyormuşum gibi hissediyorum ve o şekilde bakıyorum ben anneme. Ve ben anneme baktıkça kendimi Allah’a daha yakın hissediyorum. Annemin bakımını yaparken müzik bile dinlemiyorum ki bütün konsantrem annemde olsun.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

Alzheimer hastasının bakımını yapan bireylerde bu hastalığa yakalanmaktan korkan bireyler olduğu kadar, bakımı yapıp bu hastalığa yakalanmaktan korkmayan bireyler de bulunmaktadır. Yukarıda düşünceleri belirtilen katılımcılar bu hastalığa yakalanmaktan korkmamaktadırlar. Bu korkmamanın altında aslında dini inanç bulunmaktadır. Bireylerin tamamı dini inançlarının sağlam olduklarını ifade etmişlerdir. Bakım veren bireylerde inanç sistemi Alzheimer hastasına bakım veren bireyleri bu hastalığa yakalanmaktan koruduğuna inanıldığı tespit edilmiştir.

2.8. HASTA BAKIMINI GENEL OLARAK NASIL YAPIYORSUNUZ? BİR GÜN BOYUNCA YAPTIĞINIZ BAKIMI DETAYLI OLARAK ANLATIR MISINIZ?

“Annem aynı zamanda şeker hastası, ben de şeker hastasıyım sabah kalkar kalkmaz öncelikle ikimiz ilaçlarımızı içeriz. Ondan sonra kahvaltımızı yaparız. Havalar ısındı yavaştan balkona beraber çıkarız, otururuz. Annem çizgi film izler ona çizgi film açarım, izler. Bisikleti var. Bisikleti ile banyoya götürürüm. Banyosunu yaptırırım. 3 öğün yemeğini yediririm yatarken altına bez bağlarım. O şekilde beraber oturur, zamanımızı geçiririz.” (K-10, K, 63, İlköğretim).

“Sabah kalkar kalkmaz kahvaltısını veriyorum. Sonra ilaçlarını veriyorum. Haftada bir gün banyosunu yaptırıyorum. Oğlum veya kızım ile onu banyoya götürüyoruz. Banyosunu yalnız yapamayacağım için çocuklar yardım ediyor. Berber geliyor tıraşını yapıyorum evde. Ben kendim özel bölge temizliğini yapıyorum. Yatağını, çarşafını değiştiriyorum. A’dan Z’ye her şeyi ile ilgileniyorum. Kirli çamaşırlarını ayrı atıyorum makinaya. Derisi tel tel dökülüyor çünkü. Geceleyin

uyumuyor. Onu uyutmak için pırpıplıyorum, bir çocuk pırpıplar gibi.” (K-12, K, 56, İlköğretim).

“Sabah kalktıktan sonra annemin elini, yüzünü yıkarım. Sonra bir bardak süt, bir muz bir de biraz ceviz veririm. Her gün bu saydıklarımı yer. Bir saat sonra da kahvaltısını veririm ona. Kendisi yemek yiyebiliyor. Kahvaltısını yapar. Ondan sonra öğlene doğru dinlenir arada lokum falan bir şeyler yer. Ondan sonra öğlen yemeğini hazırlarım, öğlen yemeğini yer. Öğle yemeğinden sonra lavabo ihtiyacı duyar lavaboya götürürüm. Akşam da yemeğini hazırlarım yemeğini yer. Akşam 10’da da yatar. O yattıktan sonra ben de yatmaya giderim. Bazen yatmaz sürekli olarak beni yanında ister ve anne ile babasından bahseder. Ben de onun diline göre giderim. Annen ile baban cennete gitti, biz de oraya onların yanına gideceğiz dediğim zaman susuyor.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

“Sabah kalktıktan sonra tuvalete götürürüm onu. Elini yüzünü yıkatırım. Tuvaletini yaptıktan sonra geri getiririm. Kahvaltısını veriyorum, ardından ilaçlarını veriyorum. Sonra uyuyor öğleye kadar. Öğlen de yemekten önce tuvalete götürürüm onu, elini yüzünü yıkadıktan sonra geri getiririm. Öğle yemeğini veririm kendisine. Derdini hiç anlatamadığı için her uyandıktan sonra onu tuvalete götürürüm. Akşam yemeğini de veririm. Ardından ilaçlarını veririm. Gündüz uyuduğu için akşam yatamıyor ve huysuzluk yapıyor. Ben evime gideceğim, neresi burası, bırakın beni vb. gibi şeyler söylüyor. Öyle durumda sakinleştirici hap veriyorum sakinleşiyor.” (K-28, E, 49, İlköğretim).

Belirtilen katılımcıların ortak özelliği bakımını yaptıkları hastalarının bakımlarının neredeyse aynı olduğudur. Bakıcı bireyler hastalarını sabah, öğle ve akşam olmak üzer 3 ana öğün bazen bir bazen de iki ara öğün verirler. Tuvalete gidebilen hastalar için onlara refakat ederler, gidemeyip altını kirletenlerin ise bezini değiştirirler. Gündüz yatan hastalar geceleyin huysuzluk çıkarıp kendilerinin bakımlarını yapan kişileri de uyutmamaktadırlar. Sürekli olarak bakıcı eşliğinde ve bakıcı nezaretinde kalmaları gerekmektedir. Yoksa bir sorun çıkarabilmektedirler. Örneğin: cama çıkma gibi, tüpü açık bırakma gibi, evdeki bir bebeği dövebilme gibi...vs. ilaçlarını kendileri kullanamamakta olup kendi bakımlarını sağlayan kişiler

tarafından ilaç takipleri yapılmaktadır. Etrafındaki insanları tanıyamamaktadırlar. Kendi ihtiyacını görmeleri onlar için yeterli aslında.

Bu saydığım özellikler Alzheimerli bir hastanın günlük bakımda yaşadıklarıdır. Daha detaylı bakıldığında bu özellikler bir bebeğin de günlük bakımda yaşadıklarıdır aslında. Alzheimer hastası, bir bebeğin özelliklerini göstermektedir. Bir bebeğin ihtiyaç duyduğu tüm bakım (altının temizlenmesi, yemeğinin verilmesi/yedirilmesi, temizliğinin yapılması, sürekli olarak göz önünde tutulması..vs) bir Alzheimer hastasının da ihtiyaç duyduğu bakımdır. Alzheimer hastası bireyin durumu ağırlaştıkça ihtiyaç duyduğu bakım bir bebeğin bebekliğinin ilk dönemlerine doğru gidildiğindeki ihtiyaç duyduğu bakıma benzetilebilir. Yani bir Alzheimer hastası ne kadar ağır bir duruma gelirse aslında o kadar bir bebeğin özelliklerini taşımaya başlar. Atalar boşuna dememişler insan yaşlandıkça çocuklaşmış. Yaşlılığın son aşaması Alzheimer olduğunu varsayarsak çocukluğun da ilk aşaması bebekliktir. Yapılan görüşmelerde Alzheimer hastasının bakımı, bir bebeğin bakımı ile çok benzerlik gösterdiği ve hastanın durumunun ağırlaştıkça bakımının yeni doğan bebeğin bakımına doğru bir benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

2.9. HASTANIN BAKIMINI YAPARKEN NE TÜR ZORLUKLARLA KARŞILAŞIYORSUNUZ VE EN ÇOK NEYE İHTİYAÇ DUYUYORSUNUZ?

“Gücüm yetmiyor onu kaldırmaya, bir kolunu, ayağını bile kaldırmakta zorluk çekiyorum. İkinci bir kişinin yardımına çok ihtiyaç duyuyorum. Hastayı kaldırırken lavaboya, tuvalete götürürken çok zorlanıyorum. Torun var evde bazen ona söylüyorum. O yardım ediyor. Ama gündüz torun da okulda olunca haliyle çok zorlanıyorum.” (K-2, K, 75, Ortaokul).

“Yemek yedirirken çok zorlanıyorum, o esnada yanımda birisi olsa, ya elini tutsa ya da ayağını tutsa benim açımdan çok iyi olur. Çünkü saldırıyor. Yemek yedirirken eliyle ayağı ile itiyor her zaman beni. Acıktığını da biliyorum ama yine de saldırıyor.” (K-15,K, 41, İlköğretim).

“Altını aldığımda çok zorlanıyorum. Banyosunu yaptırırken de çok zorlanmıyorum, gel diyorum anneme geliyor, oturuyorum sandalyeye banyosunu yapıyorum ama dediğim gibi altını temizlerken çok zorlanıyorum.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

“Banyosunu yaptırırken zorlanıyorum. Onda da kızım bu köyde o gelip bana yardım eder. Özellikle banyosunu yaptıracağım zaman gelip yardım eder. Sürekli olarak da çağırmiyorum, bazen çağırıyorum sonuçta onun da ailesi var çocukları var. Özellikle banyosunu yaptırırken birisinin desteğine çok ihtiyaç duyuyorum.” (K-21, K, 47, Okula Gitmedi).

“Bezini alırken veya bezini bağlarken zorlanıyorum. Özellikle bezini bağlarken onu bir tarafa doğru çevirmek çok zor oluyor. O esnada birinin bana yardım etmesi çok iyi olurdu ama bana yardım eden kimse yok. Eşim bazı konularda yardım eder. Ama bez bağlama konusunda kaynanam rahatsız oluyor. Onun damadı olduğunu bilmiyor ama erkek olduğunu biliyor ve bez bağlama veya bez alma sırasında eşimin orda olmasını asla istemiyor. Namahrem sonuçta,, olmaması da lazım.” (K-24, K, 57, İlköğretim).

“Kendisi şöyle bir tek başına yürüyebilse ne kadar da iyi olurdu. Fakat işte yürüyemiyor. Onu tuvalete götürürken koltuk altına giriyorum onu tuvalete götürüyorum aynı şekilde getiriyorum, o durum beni çok zorluyor. İhtiyacım olan şey birinin onu tuvalete götürmesi getirmesi. Ama cenab-ı haktan ne geldiyse razıyız.” (K-25, E, 85, İlköğretim).

“Banyo konusunda çok sıkıntı yaşıyorum. Ben anamın banyosunu yaptırmiyorum. Ya kız kardeşime yaptırıyorum. Ya eşime yaptırıyorum ya teyzeme ya da teyze kızlarıma yaptırıyorum. Sürekli olarak birilerinden bir rica minnetle istiyorum. Benim yaşadığım zorluk anamın banyosunu yaptırmak. Onun dışında çok bir zorluk yaşamıyorum. O durumda anamın banyosunu yapacak birisi sürekli olsa çok iyi olur. Bazen de misafirlerim geliyor, onlar kalkınca anam da kalkar gider. Öyle durumlarda zor oturtuyoruz anamı. En çok ihtiyaç duyduğum şey, başka birisinin yardımudur diyebilirim özellikle banyo konusunda.” (K-27, K, 56, İlköğretim).

Yukarıdaki katılımcıların ifadelerine bakıldığında Alzheimer hastasının bakımını yaparken en çok zorlandıkları konular şu şekildedir: hastanın banyosunu yaptırmak, hastanın bezini bağlamak, hastayı kaldırmak, (bez bağlama aşamasında hastayı yana çevirememek, bacaklarını kaldırım bezini altına yerleştirmekte zorluk çekmek) destekli yürüyebilen hastaları tuvalete götürürken kendilerine destek olup güçlük çekmek ve özellikle banyolarını tek başlarına yaptırmaktır. Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin yaşadığı bu sorunlar daha çok fiziksel sorunlar olup daha fazla güç, kuvvet gerektiren sorunlardır. Katılımcılara bu durumda en çok neye ihtiyaç duyuyorsunuz? Diye sorduğumda ise en çok birisinin yardımına ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların bakımını yaptıkları hastaların üçüncü derece Alzheimer hastası oldukları tespit edilmiştir. Bu hastalar ya yatalak durumundaydı ya da destekli bir şekilde yürüyebilmekteydiler. Katılımcıların en çok zorlandıkları konu ise üçüncü derece Alzheimer hastasının (yatalak ya da birisinin desteği ile ancak yürüyebilen) banyolarını tek başlarına yapmakta güçlük çekmeleri hatta banyolarını yapamamaları diyebiliriz. Bu durumda yakın akrabalarından birisinin banyo yapma konusunda yardıma çağırıldığı tespit edilmiştir. Katılımcılar hastanın bezini değiştirmek olsun, tuvalete götürmek olsun, yemek yedirmekte zorluk çekme konularında olsun zorluk yaşayıp başkasının desteğine ihtiyaç duymalarına rağmen kimseyi yardıma çağırmadıkları fakat konu banyo yaptırmak olunca daha fazla zorlandıkları ve başkasını, 2. Bir kişiyi yardıma çağırdıkları gözlenmiştir. Çünkü hastayı banyoya kadar taşıyabilmek oldukça güç, kuvvet gerektirmektedir. Katılımcıların yaşadığı diğer zorlukların üstesinden tek başına gelmelerine rağmen tek başına banyo yaptırmanın üstesinden gelemedikleri ve ikinci bir kişiyi yardıma çağırdıkları tespit edilmiştir.

Yapılan görüşmeler neticesinde ağır derecede Alzheimer hastasına bakım veren bakıcı bireylerin hastaya bakım konusunda hastanın öz bakımını yaparken zorlandıkları, en çok zorlandıkları konunun hastanın banyosunun yaptırmak olduğu, bu konuda kesinlikle ikinci bir kişiye ihtiyaç duyulduğu, hastanın ağır olma durum arttıkça bakımının daha da zorlaştığı tespit edilmiştir.

Alzheimer hastasına bakım veren bakıcı bireylerin Alzheimer hastasının bakımını yaparken zorlandıkları bir başka konu da sürekli olarak hasta ile ilgilendikleri için başkaları ile konuşma ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda bu konuda 2 katılımcının görüşlerine yer verilmiştir.

“Genel olarak eziyet eder. Geceleyin yatmaz, her gece uyutmayıp ben evime gideceğim der. Elbiselerini, yatağını, yorganını toplar kapı önüne odanın içine yığar. Sürekli olarak evin içindeyim, farklı birileri ile konuşmak, sohbet etmeye çok ihtiyacım var. Sürekli hasta ile uğraşmak yoruyor.” (K-28, E, 49, İlköğretim).

“Annemin bakımını yaparken fiziksel olarak kendimi güçsüz hissediyorum. Temizliğini yaparken, banyo niyetine üstünü silerken birisinin onu yan yatırması veya doğrultması benim açımdan çok iyi olurdu. Öyle bir kişiye o esnada ihtiyacım var aslında. Bunların dışında benim annemin bakımını yaparken yaşadıklarımı birilerine anlatma ihtiyacım var. Bazen çocuklarımla telefonda konuşuyorum. Onlar yeni doğan çocuklarından bahsediyorlar, ben de annemden bahsediyorum. Bu durum onların hoşuna gitmiyor. Anne, sen onu bizden daha çok seviyorsun diyorlar. Aslında benim bunları kardeşlerim ile paylaşmam lazım ama onlarla da aram kötü olduğu için onlarla paylaşamıyorum. Birileri ile bu durumu paylaşamamam çok üzüyor beni. Annemin bakımı ile ilgili yaşadığım iyi veya kötü bir şeyleri kardeşlerim ile paylaşamamam beni çok üzüyor. Bu durumları eczacımla paylaşıyorum ama kardeşlerimle paylaşamıyorum.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

Yukarıdaki 2 katılımcı yaşadıkları diğer sorunlardan (fiziksel olarak yorgun hissetme, bezini değiştirirken başka birisinin yardımına ihtiyaç duyma..vs.) dolayı başkasının yardımına ihtiyaç duymanın dışında en çok ihtiyaç duydukları şeyin başkaları ile konuşma ihtiyacı olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan görüşmeler sonucu bizim için konuşmak gibi gündelik hayatta yaptığımız ve normal olarak kabul ettiğimiz bir eylem, Alzheimer hastasına bakım veren bireyler için oldukça büyük bir ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir.

Alzheimer hastasına bakım konusunda zorluk yaşayan bireyler kadar zorluk yaşamayan bakıcı bireyler de bulunmaktadır. Aşağıda bu katılımcıların görüşlerine yer verilmiştir.

“Hasta geceleri uyumuyor. Sürekli yatar kalkar, yatar kalkar. Ben de onu yatırmaya çalışırım. Sadece o konuda biraz zorlanıyorum. Onun dışında zorlanmıyorum. Hasta yatalak olmadığı için bakımı da rahat oluyor.” (K-3, K, 57, Ortaokul).

“Hasta yatalak olmadığı için beni çok zorlayan bir şeyi olmuyor. Çoğu zaman gözümün önünde tutuyorum onu, o yetiyor. Abdestini alabiliyor, yemeğini kendisi yiyebiliyor. Sadece banyosunu yapamıyor, onu da ben yaptırıyorum. Çok şükür kendi ihtiyacını kendisi karşıladığı için çok büyük bir zorlukla karşılaşmıyorum.” (K-5, K, 35, Lise).

“Önceleri annem felçti. Bez tutmada zorlanıyordum. Onun da kolayını buldum kendimce. O yana alıyorum annemi altına bez koyuyorum, sonra bu yana alıyorum, bez yerini bulmuş oluyor. (bezi nasıl yerleştirdiğini anlatış şekli) Şu anda ayaklı hasta durumunda. Daha önce kısmi felçli iken birisinin yardımına çok ihtiyacım vardı. Fakat şu an ayaklı olup herhangi bir şeye veya kimseye ihtiyacım yok. Kendim halledebiliyorum her şeyi.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Sürekli olarak beraber kaldığımız için çok sorun çıkarmıyor bana aslında. Diğer çocukları olduğu halde ona bakmayıp benim baktığımdan dolayı mı bilmiyorum ama bazen der bana, sen de olmasan kim bakardı bana diye. Ben de ona çocuklarıma baktığım gibi bakıyorum. Marketten yumuşak bir şeyler aldığımda ona da muhakkak alırım. Çocuk gibi zaten kendisi. Kendisi yatalak değil zaten o konuda rahatım.” (K-12, K, 56, Okula Gitmedi).

Yukarıdaki katılımcıların ifadelerine bakıldığında bakımını yaptıkları Alzheimer hastası birey yatalak durumda olmadığı için zorluk yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle (K-29) isimli katılımcının ifadeleri bu konuda önemlidir. Bu katılımcı bakımını yaptığı annesinin daha önce kısmi felç olup yatalak durumda olduğu zamanlarda çok zorluk çektiğini fakat şu anda annesinin yatalak olmadığı için çok zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Alzheimer hastasının yatalak olması bize hastanın üçüncü evreye geçtiğini göstermektedir. Hasta ayakta iken hastalığın ya birinci yada ikinci aşamasındadır. Yatalak yani üçüncü evre Alzheimer hastalarına bakan bakıcı bireylerin çok zorluk yaşadığı ve yatalak olmayan yani birinci veya ikinci evrede olan Alzheimer hastalarına bakan bakıcı bireylerin zorluk yaşamadığı

göz önünde bulundurulduğunda hastanın hastalık evresi yükseldikçe bakımının daha çok zorlaştığı ve bu zorlanmaya bağlı olarak bakım veren bireyin başkasının yardımına ve desteğine daha fazla ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.

2.10. BU KADAR ZORLUĞA RAĞMEN HASTAYA BAKMA SEBEBİNİ ANLATIR MISINIZ, BU DERECEDEKİ AĞIR BİR HASTAYA NEDEN, NE İÇİN BAKIYORSUNUZ?

“O bizim atamız büyüğümüz, eşimin annesi. Eşimi doğurmuş büyüttmüş, bakmakla yükümlüyüz yani. Bakmaya ihtiyacı var onun. Onu alıp bir yere bıraktığımız zaman huzurevi gibi bir yere vicdanımız rahat etmez yani.” (4, K, 43, İlköğretim).

“Annem o, bir de ona bakacak kimsesi yok. Bir tane yengem var iki kalçasından ameliyat oldu. bir tane abim var kanser hastası, bir tane abim daha var o da hiç görüşmez. Bayramdır, seyrandır annemin kapısını çalmaz. Benden başka kendisine bakacak kimsesi yok annemin. Zorunluluktan bakıyorum desem yalan olur. Kız kardeşlerim var, onlara siz bakın desem bakarlar, fakat ben de eşimden ayrıldım, annem evde bir karaltı benim için, onun varlığı benim için yetiyor.” (K-6, K, 42, Okula Gitmedi).

“Atam ya. Onun bırakıp gidemem. Yarın öbür gün ben de bu şekilde olurum belki. O beni sarı etten sarı b.....tan çıkarttı büyüttü. Şimdi kalkıp ona sırtımı dönemem. üç tane oğlu var bir tanesi kalkıp bakmıyor ona.” (K-7, K, 55, İlköğretim).

“Anam o benim tabi ki bakarım. Ama benim dışımda da bakacak kimsesi yok. Aslında geçen sene abim annemi aldı biz bakacağız diye fakat abimin eşi anneme sadece bir ay bakabildi. Ondan sonra ben bakamam dedi. Götürdüler anama bakamadan geri getirdiler.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

“Ya öp öz dedem o. Atılmaz, satılmaz. Bambaşka bir şey. E hadi bakmadım diyelim. Aldık huzurevine yatırdık, olur mu ki, olmaz. Bizim köyde birisini bakımevine verdiler, kız bir ay sonra öldü. Ben o kadar üzüldüm ki.” (K-22, K, 35, İlköğretim).

“Babamdır. Daha önce köydeyken de ben bakıyordum şimdi de ben bakıyorum. Her zaman için de bakarım. O benim babam, bakmakla yükümlüyüm. Sadece babam değil annem de olsaydı onun yerinde ben ona da bakardım.” (K-23, K, 37, İlköğretim).

“Annem o annem. O bize nasıl baktı, bizi nasıl büyüttü. Biz bir de köydeymişiz. O kadar işe güce rağmen bir de bize bakmış, bizi büyütmüş. Tabi ki de ona bakacağım.” (K-24, K, 57, İlköğretim).

Yukarıda belirtilen katılımcılar bakımını yaptıkları hastaların kendilerinin öz annesi, öz babası, öz kayınvalidesi öz kayınpederi veya öz dedeleri olduğunu ve bu bağlılıklarından dolayı bakımlarını üstlendiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar verdikleri yanıtlarda kesin ve net bir dil kullandıkları gözlenmiştir. *Tabi ki bakarım, anam o benim nasıl bakmam, öp öz dedem o benim, anadır ya var mı bunun daha da ötesi..vb* cümleler kurup hastanın bakımını zaten yapmaları gereken bir durum olarak değerlendirmişlerdir.

Aile bağlarının kuvvetli olmasından dolayı bakım veren bireylerin hastaların bakımlarını yaptıkları tespit edilmiştir. Hastaların bakımlarını yapan bireyler geleneksel aile yapısına sahip kişiler olup geleneksel aile yapısında yetişmiş oldukları kanısına varılmıştır. Geleneksel aile yapısı; yaşlı bireyin korunduğu ve kollandığı, sürekli olarak yaşlı olan bireye saygının gösterildiği, yaşlı olan bireyin sözünün geçerli olduğu, aile bağlarının kuvvetli bağlarla birbirine bağlı olan aile yapısıdır. Yukarıdaki katılımcıların ifadelerine bakıldığında geleneksel aile yapısına sahip aileler oldukları, yaşadıkları zorluklara rağmen hastaların bakımını yaptıkları, kişilerin her koşulda bakıma muhtaç hastaların bakımlarını yaptıkları ve yapacakları tespit edilmiştir.

Bazı bakıcılar da aile bağlarından ziyade vefa duygusundan kaynaklı bakım muhtaç Alzheimer hastasının bakımını yaptığı öğrenilmiştir. Bu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir.

“50-60 sene beraber yaşadık. Beraber çok güzel günlerimiz de oldu çok kötü günlerimiz de oldu. Çer-çöp toplayıp bizi besledi. Şu an o bu hale geldiği için onu asla bırakmam. Dayanamam buna.” (K-1,K, 69, Okula Gitmedi).

“Sevgimden bakıyorum eşime. O da beni çok seviyor. Yanıma otur diyor, elimi tut yeter diyor. Ve ben o şekilde onu uyutuyorum. Anneyim ben ona.” (K-12, K, 56, Okula Gitmedi).

“Annem. O da bana baktı. Babamın yadigarı. Çok zorluklar çekti. Bize bakarken çektiği zorluklar gözümün önüne geliyor o şekilde bakıyorum ben anneme. Vefa duygusu var işin içinde.” (K-16, E, 44, İlköğretim).

“Ben onun kapısına gelin olarak gittiğimde on dört nüfusun içine gelin olarak gittim. İki elti beraber aynı evde kalırdık. Ben onun evinde iken hiç ezdirmedi beni diğer aile üyelerine karşı. Beni hep sevdi, kolladı. Onu şimdi çiğneyemem. O bana iyi baktı ben de ona iyi bakacağım.” (K-18, K, 49, Ortaokul)

Bakım veren bireyler şu an hasta olan kişilere bakma nedenlerini daha önce kendileri ile yaşadıkları güzel günlere ve zamanlara yormuşlardır. Hastanın bakımını yapan bireyler hastaların daha önce kendilerine çok iyi davrandıklarını, kimseye kendilerini ezdirmedikleri, kendilerine sahip çıktıklarını, o günlerin hatırasına hastaya şimdi isteyerek ve severek baktıklarını ifade etmişlerdir. Daha önce Alzheimer hastası ve bakım veren birey arasında yaşanan zamanlar, güzel günler hastaya bakılmasının nedeni olabildiği, bakıcı ve hastanın yaşadıkları olaylar bakıcının hastaya bakımının kalitesini belirleyebildiği tespit edilmiştir.

Hastaya bakımın bir başka nedeni de Dini duygularadır. Aşağıda bu konu hakkındaki katılımcıların görüşlerine yer verilmiştir.

“Dedim ya ilk başta Allah rızası için bakıyorum. Eşim de hastanın kendisine bakmamı istedi ilk başta. Ama eşimin hastanın kendisine bakmamı istemesi şu anda ikinci planda benim için, ben tamamen Allah rızası için bakıyorum ona.” (K-10, K, 63, İlköğretim).

“Allah rızası için bakıyorum. Bakalım biz nasıl olacağız. Onun hayır duasını almak benim için yeter. Bazen kendisinin bakımını yaptığımda bana Allah razı olsun diyor o bana yetiyor gerçekten. Onun hayır duasını almak benim için yeter de artar bile.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

Yukarıdaki katılımcılar hastaya bakım nedenlerini Allah rızasını kazanmak olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalığı kabullenip hastanın memnun olmasını ilk sıraya koydukları görülmüştür. Yapılan görüşmeler sonucu dini duyguların, Alzheimer hastalığına yakalanmış hastaların bakımını yapmakta bir öge olduğu tespit edilmiştir.

Hastaya bakımın bir başka nedeni de bakıcıların zorunluluktan dolayı hastanın bakımını üstlenmesidir. Aşağıdaki katılımcılar hastanın bakımını zorunluluktan dolayı yaptıklarını belirtmişlerdir.

“E ne yapayım bakacak kimsesi yok, mecburen ben bakıyorum. Yarın öbür gün biz de bu duruma düşebiliriz. Biz de yaşlanacağız. Bizim gençliğimiz kalacak mı? hayır kalmayacak. Ben kayıinvalideme bakıyorum, benim çocuklarım bana bakamayacak belki de. Bu devrin çocuklarına Allah bırakmasın kimseyi.” (K-12, K, 56, Okula Gitmedi).

“Kendisine bakacak kimsesi yok diğer kardeşlerim ona bakmıyorlar. Bakmak da istemiyorlar. Kaç yıldır ben bakıyorum, kaç yıl olduğunu ben bile unuttum. Mecburen ben bakıyorum. Bakmayıp da ne yapacağım. Bakmam gerekiyor çünkü ona bakacak kimsesi yok benim dışımda, daha doğrusu benim dışımda kimse bakmaz.” (K-13, K, 45, Okula Gitmedi).

“Evin tek geliniyim. Kadının beş kızı ve bir oğlu var. Oğlu annesine çok düşkün, annesi de oğluna çok düşkün. Biraz da Allah korkusu var. Alın bunu başımdan götürün deme lüksüm de yok asla. Oğlu yani eşim annesine dediğim gibi çok düşkün, annesi de ona düşkün, oğlu olmadan yaşayamaz, eşim gündüz çalışıyor, ben de kayıinvalideme bakıyorum. Mecburen bakıyorum işte.” (K-14, K, 45, İlköğretim).

Görüşlerini aktardığım bu üç katılımcının ortak özelliği bakımını yaptıkları hastalara zorunluluktan dolayı bakmalarıdır. Katılımcılar bakamamak gibi bir lükslerinin olmadığını, hastalara kendileri dışında bakacak kimselerinin olmadığını belirtmişlerdir. Normal hayat sürecinde hastaların bakımının kendilerine kaldığı, kendilerinin bakmak zorunda hissettikleri görülmüştür.

Bakıma muhtaç Alzheimer hastalarının bakımını yapan aile bireylerinin hastaya bakımını yapmalarının dört temel nedeni olduğu görülmüştür. Bunlardan ilki ve en önemli olanı aile bağlarının kuvvetli olmasından dolayı aile bireylerinin

hastanın bakımlarını yapmaları, ikincisi bakım veren kişinin hastaya karşı hissettiği vefa duygusu, üçüncüsü bakım veren bireylerin dini duygularının ağır basması ve dördüncüsü de bakım veren bireylerin zorunluluktan dolayı bakımlarını yapmalarıdır.

2.11. ÇEVRENİZDEN (AKRABALARINIZDAN, KOMŞULARINIZDAN, ARKADAŞLARINIZDAN VS.) BAKIM KONUSUNDA DESTEK ALIYOR MUSUNUZ? DESTEK ALIYORSANIZ BU DESTEK NE DÜZEYDEDİR?

“Hayır hiç kimseden destek almıyorum. Geçen sene evi falan temizledim, avluyu falan, büyük oğlu geldi. Ben de kasti bir şekilde “baba hadi soyun da banyo yapayım” dedim. Hani oğlu da yardım edecek mi diye mahsus söyledim. Ondan sonra kendisi hanımına dönüp “hanım hadi biz gidelim bunların işi var, banyo yapacaklar” dedi. O esnada kalksam onu boğacaktım sinirimden. Ben kıziysam, sen de oğlusun, sana daha münasip babanın banyosunu yaptırmak.” (K-7,K,55, İlköğretim).

“Hayır, bakım konusunda yardım eden kimse yok. Komşular oturmaya gelirler, kaynanamla sohbet de ederler, kaynanamı severler ama bakım konusunda bana hiç teklif dahi etmezler. Beni çokça takdir de ederler fakat yardım etmezler. Keşke yardımcı olsalar.” (K-12, K, 56, Okula Gitmedi).

“Kesinlikle almadım. Kimseden yardım talebinde de bulunmadım. Kimseden destek aldığım yok, hastanın tüm bakımı bende. Hem akrabalar zaten burada değil komşuları desen gelip de ben bakayım falan demez asla. Böyle zor bir hastaya kim neden baksın hem.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

“Hayır asla, hiçbir şekilde yardım almıyorum. Şu zamana kadar bir gün bile gelip de bir banyosunu yaptırmaya ne bir gelini geldi ne de bir kızı. Asla. Hiçbir zaman bir kaşık çorba alıp da getiren bir çocuğu olmadı. Burada bir oğlu var mesela, cumadan cumaya gelir beş dakika yanında durup koyar gider. Bir gün olsun ne kızından ne de oğlundan bir kaşık çorba getiren olmadı asla.” (K-26, K, 21, Lise).

Yukarıdaki katılımcılar; hasta bakımı sürecinde hiç kimsenin kendilerine yardım etmediklerini ifade etmişlerdir. Bakım yükünün tamamı kendilerinde olduğunu aktarmışlardır. Bakımını yapamayan Alzheimer hastasının bakımı çok zor

olması nedeni ile bakım konusunda kimsenin bakıcı bireye yardımcı olmadığı kanısına varılmıştır. Bakıcı bireyler tek başına hastaya bakıp bu durumdan da şikayetçi oldukları, bakımın sadece kendilerinin hakkı olmadığı, diğer çocuklarının da hastaya bakmaları gerektiği fikrine sahip oldukları tespit edilmiştir. Hastanın bakımını yapıp yakın akrabalarından, komşu ve arkadaşlarından bakım konusunda yardım alınamaması toplumsal açıdan akrabalık ve yardımseverlik ilişkilerinin bozulmaya başladığını göstermektedir.

Yukarıdaki katılımcılara bakım konusunda hiç kimse yardımcı olmazken aşağıda belirttiğim katılımcılara bakım konusunda yardım edildiği bu yardımın düşük düzeyde bir yardım olduğu görülmüştür.

“Bakım konusunda yeğenlerimden yardım alıyorum, o da sürekli olarak değil ara ara gelir yardım ederler. Annemin özel temizliğine yardım etmek için gelirler. Onlar özel temizliği benden daha iyi yapabiliyorlar, sağ olsunlar gelir yardım ederler o konuda. Onun dışında her şeyi kendim yaparım, aklıma gelebilecek her türlü bakımını ben yaparım, yemeğidir, aşıdır, ev temizliğidir, çamaşırının yıkanmasıdır, kısacası her türlü bakımını ben kendim yaparım.” (K- 6, K, 42, Okula Gitmedi).

“Destek alıyorum ama bu destek kısmi bir destektir aslında. Destek olarak sadece banyosunu yaptırırken destek alıyorum, o da hafta da bir kere eşim veya onun ablası destek veriyor banyo konusunda, onun dışında hiç kimseden hiçbir destek almıyorum.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Yok, hiç kimseden destek almadım. Kendi elimle kendi emeklerimle bakıyorum ben kendisine. Sadece banyosunu yaparken kızım veya oğlum yardım ediyor o kadar. O da çağırdığımda gelir yardım ederler. Çağırmadan gelip yardım etmezler.” (K-12, K, 56, Okula Gitmedi).

“Kesinlikle almadım. Kimseden yardım talebinde de bulunmadım. Eşim işten sonra akşam eve geldiğinde yardımcı olur, banyo konusunda, ev işlerinde, yemek işinde yardımcı oluyor onun dışında bakım konusunda o da yardımcı olamıyor.” (K-18, K, 49, Ortaokul).

“Komşularımızdan bakım konusunda yardım eden olmaz. Ama evin içinde kaynanam bir de kayınpederim yardım eder bana. Yine en çok ben bakarım ama onlar da ellerinden geldiğince bana yardımcı olurlar.” (K-22, K, 35, İlköğretim).

“Benim kızım ayda bir buraya gelir beni ziyaret etmeye. Geldiği zaman bana yardım eder. Onun dışında ev içinde, eşim yardım eder. Akşam eve geldiğinde ev işlerinde bana yardımcı olur. Ama bakım konusunda çok yardım etmez. Bakımın hemen hemen hepsi bende diyebilirim.” (K-24, K, 57, İlköğretim).

“Sadece annem yardım eder. Onun dışında kimse asla yardımcı olmaz. Banyoda annem yardım eder. Tek başına yapmakta zorluk çekiyorum. Annemin yardımı da banyo konusunda oluyor. Evde yemekleri de annem yapar ama ben yediririm kendisine. Banyosu ve evde yemeğini pişirme dışında her şeyi ile ben ilgileniyorum.” (K-26, K, 21, Lise).

Yukarıdaki katılımcılar bakıma muhtaç hastaya bakım konusunda ev içinde ve ev dışında kendilerine yardım edildiğini, ev dışında yardım eden kişilerin birinci dereceden akrabalarının olduğunu, komşu ve arkadaşlarının ise yardım etmediklerini ifade etmişlerdir. Yapılan yardımın ise oldukça düşük olduğu anlaşılmıştır. Bakıcıya yardım edilen konular; genellikle hastanın banyosu konusudur. Çünkü bakıcı bireyin en çok ihtiyaç duyduğu şeyin hastanın banyosu olduğunu önceki cevaplarında öğrenmiştik. Banyo konusunun dışında bakıcı bireye yapılan yardımlar genellikle hastanın özel bölge temizliği şeklindedir. Bakıcı bireyler bu konuda da yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Evin içerisinde ise bakıcılara bakım konularında bakıcıların kız çocuklarının yardımcı olduğu, eşlerinin ise evin temizliğinde, yemek yapımında bakıcı bireylere yardımcı olduğu, çok nadiren bakım konusunda kendilerine yardım ettikleri öğrenilmiştir. Eşlerin bakıcı bireylere bakım konusunda yardımcı olmamaları hastaya bakımın zor ve güç bir bakım türü olduğunu bizlere göstermektedir. Bakıcı bireyin bakım konusunda kendisine yardım etmeyip ev işlerinde kendisine kısmen de olsa yardım etmesi, bakıcı bireyin kız çocuğunun sömestr tatilinde bile eve geldiğinde annesine bakım konusunda yardım etmesi toplumsal roller açısından değerlendirildiğinde ev içerisinde hastaya bakımın kadının üstlendiğini bizlere göstermektedir. Toplumsal rolün gereği olarak bakımı kadının yaptığını bizlere göstermektedir. Yukarıdaki bakıcı bireylerin tümünün de kadın

olması toplumun hastaya bakımı tamamen kadının yapması gereken bir durum olarak bizlere sunmaktadır.

Yapılan görüşmelerde bakımın çoğunun bakıcı bireyin yaptığı, en çok hastanın banyosu sırasında kendisine yardım edildiği, onun dışında tüm bakımın bakıcı bireyde olduğu öğrenilmiştir.

Komşu ve arkadaşların ise bakıcı bireylere bakım konusunda asla yardım etmediği görülmüştür.

Yapılan görüşmelerde evin dışında olan aile bireylerin, bakıcı birey yardım istediği durumlarda gelip bakıcı bireye yardımda bulundukları, bakıcı bireyin herhangi bir yardım istememesi durumunda kendilerine yardıma gelmedikleri tespit edilmiştir. Bu durum bizlere evin dışında olan aile bireylerinin bakım yükünü tamamen bakıcı bireye yükledikleri ve bakım konusunda kendilerini geri çektiklerini göstermektedir. Evin içerisinde olan bireyler için bu durum söz konusu değildir. Hasta ile aynı evde ikamet eden kişiler bir şekilde doğrudan veya dolaylı bakıcı bireye yardımda bulunmaktadır. Örneğin bakıcının eşi bakım konusunda kendisine yardım etmese de evin diğer işlerinde yardımcı olmaktadır. Yine aynı şekilde evin içinde bulunan çocuklar özellikle kız çocukları bakıcıya bakım konusunda yardım etmektedirler. Fakat aynı evde bulunmayan evlenip evden ayrılan kişiler kendilerine söylenmeden bakıcıya yardım etmemektedirler. Bu durum bizlere; haneden ayrılan kişilerin özgürlüğünü ilan ettiğini, hastanın kaldığı hanede bakılıyor olması gerektiğini göstermektedir. Hasta hangi evde kiminle beraber yaşıyorsa kendisi ile beraber yaşayan kişilerin kendisine/hastaya bakması gerektiği düşüncesi halkın genelinde hakim olan bir düşünce biçimi olduğu tespit edilmiştir.

2.12. HASTANIN BAKIMINI YAPARKEN, BU DURUM AİLENİZDEKİ DİĞER KİŞİLERE KARŞI SORUMLULUĞUNUZDA BİR PROBLEM YARATIYOR MU?

“Yok yok olmuyor hiç. Hatta bazen babaannem “bana çok bakıyorsunuz, çocuklar sıkıldı, onları dışarı çıkarın” falan der. Allah razı olsun ağzı hep dualıdır. Hastaya bakıp çocuklarıma ve eşime de bakabiliyorum. Babaanneme de

bakabiliyorum. Ağır hasta değil şuan belki de ondan şu an bakımı rahat hem ona bakıyorum hem de diğer işlerimi yapabiliyorum.” (K-5, K, 35, Lise).

“Hayır öyle bir problem olmuyor. Hem anneme bakıyorum hem de kızıma, Evin diğer işlerini de yapabiliyorum o konuda da bir sıkıntı olmuyor. Kızımın canı sıkıldığında evin yakınındaki parkta 15-20 dakika gezdirip geliyorum, kızım da anneannesini çok seviyor, bazen kızıma diyorum ki anneanneni bir huzurevine bırakalım mı? Kesinlikle karşı çıkıyor.” (K-6, K, 42, Okula Gitmedi).

“Hayır olmuyor aslında. Sabahleyin çocuklarım okula gidiyor akşama geliyorlar. Ama çocuklarıma da bakıyorum. Eğer çocuklarımı ihmal edecek duruma gelsem hastayı kayıinvalideme tekrar veririm onlar baksın derim. Onlar da bakmazsa eğer bakımevine yerleştiririz yani. Ama dediğim gibi şimdi çok şükür bakabiliyorum hem ona hem çocuklarıma hem de evime.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Hayır olmuyor. Kayıinvalidem dışında eşim var sadece evde. O da sağ olsun bilinçli duyarlı bir insan. Ona karşı sorumluluklarımı da yerine getiriyorum. Hatta o kendisi bana der sen annemi doyurdun gel sofrayı ben kurdum beraber yemek yiyelim diye, öyle de bir eşim var.” (K-18, K, 49, Ortaokul).

“Hayır bir sorun yaratmıyor. Diğer sorumluluklarımı da yerine getiriyorum. Hem ev işleri hem de eşimin yemeği olsun genel çamaşır ve bulaşıklar olsun onların hepsini de halledebiliyorum.” (K-24, K, 57, İlköğretim).

Belirtilen katılımcıların ifadelerine bakıldığında hastanın bakımını yapan bireyler hem hastanın bakımını yapabilmekte hem de sorumlu oldukları diğer işlerini yapabilmektedirler. Hastanın bakımı ve çocukların bakımı beraber yürütülmektedir. Bu iki bakımdan sonra ev işleri ve diğer işler gelmektedir. Hastanın bakımını yapan bireylerin hastalığın zorluklarına rağmen diğer sorumluluklarını yerine getirebildikleri görülmüştür. Hastaların genel sağlık durumlarına bakıldığında hastaların yatalak durumda olmadıkları yani hastaların ya birinci ayda ikinci evre Alzheimer hastası bireyler oldukları, hastaların yürüme, tuvalete gitme, kendi başlarına yemek yeme gibi bazı öz bakımlarını kısmen de olsa yapabildikleri görülmüştür. Hasta bireyin bazı öz bakım becerilerini kısmen de olsa yapabilmesi bakıcı bireyin diğer sorumluluklarını da yerine getirmesinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Hem hastanın bakımını yapmak hem de diğer sorumluluklarını eksiksiz bir şekilde yapan bakıcı bireylerin yanında Alzheimer hastasının bakımını yapma sürecinde diğer sorumluluklarını yerine getirmede problem yaşayan bakıcı bireyler de bulunmaktadır. Aşağıda bu katılımcılara yer verilmektedir.

“Tabi ki oluyor bazen. Hastaya bakmak zor ve süre alan bir şey öyle olunca çocuklarıma da diğer işlerimi de ihmal ettiğim oluyor. Hasta muhtaç, onun ihtiyacı var. Ama diğer kişiler hasta kadar muhtaç değil veya ihtiyaç sahibi değil onun için önceliği hastaya veriyorum.” (K-4, K, 43, İlköğretim).

“Bazen eşime ve çocuklarıma karşı çok sinirli oluyorum. Hastaya baktığım için kendimi gergin olarak bulduğum zamanlarda bu durum oluyor genelde. Onlara sinirlendiğim için kendime kızıyorum sonra ama iş işten geçmiş oluyor tabi. Bu şekilde olunca da tabi, onlara karşı bazı sorumlulukları yerine getiremeyebiliyorum.” (K-15, K, 41, İlköğretim).

“Çok, çok oluyor. Anneme baktığımdan beri çocuklarımı ihmal ettim. 19 yıldır ben çocuklarımı ihmal ettim. Kızım doğum yaptı yanına gidemedim. Çünkü annemi bırakıp gidemedim. Annemin biraz iyi olduğu ilk zamanlarda çocuklarımın yanına gittiğim zaman bile bir vicdan azabı hissediyordum.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

Yukarıdaki katılımcıların ortak noktası hastanın bakımını yaparken diğer aile bireylerine karşı sorumluluklarında problem yaşamalarıdır. Katılımcılar hastaya bakım sürecinde bazen çok sinirli olup eşi ve çocuklarına karşı bu durumu fazla yansıtıp onlara karşı sorumluluklarını yerine getirmediğini, hastanın bakımı zor ve süre alan bir durum olduğu için ev içindeki diğer işlerini ihmal edebildiklerini, sürekli olarak hasta ile ilgilendikleri için diğer aile bireylerini ihmal ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların yaşadıkları bu durum oldukça doğal bir süreçtir. Çünkü bakımlarını yaptıkları hastalar sürekli olarak bakım isteyen hastalar olduğu görülmüştür. Yukarıdaki üç hasta ağır Alzheimer hastası bireyler oldukları tespit edilmiştir. Doğal olarak da bu hastaların bakımını yapmak oldukça zordur. Bakımlarını yapan bireylerin de diğer aile üyelerini ihmal etmesi ve onları karşı sorumluluklarında problem yaşaması olağan bir durumdur.

Özetle; Hastanın sağlık durumunun derecesi hastanın bakımını yapan bireyin diğer sorumluluklarını yerine getirmede belirleyici olduğu tespit edilmiştir.

2.13. BAKIM YÜKÜ AİLE İÇİNDE EŞİT VE ADİL BİR ŞEKİLDE PAYLAŞILIYOR MU?

“Tabi. Eşim çok yardımcı oluyor. Ben çok yoruldum mu eşim kalkıyor geceleri annesini gözetliyor. Bazı geceler eşim; “sen yat, ben annemi gözetlerim uyanınca yatırırım.” Der. Sadece eşim destek olur bana ama, eşim dışında destekçi olarak kimse yok. Üç senedir biz buradayız hastaya burada bakıyorum, aynı köyde hastanın oğlu var, üç yıldır sadece bir defa geldi annesini sormaya onun dışında hiçe uğramadı bile.” (K-3, K, 57, Ortaokul).

“Eşim benim çok büyük destekçim. Onun dışında kayınvalidem ve kayınpederim (hastanın oğlu ve gelini) evimizi ziyarete gelirler fakat sadece hal hatır sorarlar. Herhangi bir bakım yükünü yüklenmezler. Bakım konusunda sadece eşim destekçi. Eşim saat sekizde işe gider akşama doğru gelir. Akşamları yardımcı olur onun dışında tüm bakım yükü bende.” (K-5, K, 35, Lise).

“Kesinlikle; diğer çocukları bir gün olsun gelip; bizim bir annemiz var, öldü mü sağ mı diye gelip sormadılar. Ev işlerinde dediğim gibi eşim yardımcı olmaya çalışır bana, onun dışında bakım konusunda yardımcı olamıyor. Kayınvalidemin diğer çocukları ise asla yardımcı olmazlar.” (K-18, K, 49, Ortaokul).

“Hayır paylaşılmıyor, sadece banyo zamanlarında ve annem altını çok fazla bir şekilde kirlettiğinde kız kardeşimi çağırırım. Onun dışında bakım yükünün neredeyse tamamı bende. Erkek kardeşim bu gün geldi annemin yanına sadece moral olarak bir şeyler söyledi, onun dışında herhangi bir şey yapmadı mesela.” (K-20, K, 58, Ortaokul).

“Hayır, asla eşit ve adil bir şekilde paylaşılmaz. Annem zaten bende değilken abimlerdeydi. Biz bakamayız deyip bana getirdiler. Eğer sen de bakmazsan biz onu bir huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezine yatıracağız dediler. Eğer baksalardı zaten bana getirmezlerdi. O nedenle hiçbir şekilde kardeşlerim gelip yardım etmezler. Ayda bir kızım gelir o yardım eder hepsi bu.” (K-24, K, 57, İlköğretim).

“Hayır, tamamen ben bakıyorum. Annemi dayımlara veya kardeşlerimi bırakıp çocuklarımın yanına İstanbul’da kalmam beş yılda toptasan üç ay ya var ya yok. Yani beş yılda diğer kardeşlerim, sadece üç ay boyunca anneme bakmışlardır. Onun dışında her zaman ben bakıyorum anneme. O açıdan asla adil bir şekilde paylaşılmıyor bu yük.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

Yukarıdaki katılımcıların ortak ifadesi bakım yükünün hiçbir zaman eşit ve adil bir şekilde paylaşılmadığı şeklindedir. Bakıcı bireyler; bakım konusunda hane içerisinde eşlerinin kendilerine yardıma bulunduğunu, bu yardımın kısmi bir yardım olduğunu, evin dışında olan akrabaların ise bakım yükü olarak banyo zamanlarında kendilerine yardıma bulunduklarını, onun dışında hiçbir şekilde hasta ile beraber yaşamayan bireylerin hastanın bakımı konusunda kendilerine yardımcı olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Hastanın bakım yükünün büyük çoğunluğu yaklaşık %90’ı bakım veren bireyde olduğu gözlenmiştir. Hastanın evlenmiş olan, hastanın yanından ayrılmış olan oğlu, kızı, gelini hasta aile aynı hanede yaşamadıkları için böyle bir yükün sorumluluğunu kabul etmedikleri kanısına varılmıştır. Hasta ile aynı evde yaşamayan birey kendisi ile yaşlı bireyin yanından ayrılalı uzun bir zaman geçip kendisi kendi hayatını kurup özgürlüğünü ilan etmiştir. Durum bu şekilde olunca belli bir zamandan sonra hastanın yanında kim yaşıyor ise hastanın bakım yükü kendisinde kalmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu bir kural değil aslında zaman içerisinde oluşup gelişen bir durumdur. Mevcut durum bu şekilde olunca bakım yükü de hastanın yanında uzun süredir kalmakta olan kişiye kalmakta olup bakım yükü eşit ve adil bir şekilde paylaşılamamakta olduğu tespit edilmiştir. Bakıcı birey, hastanın banyosunu tek başına yaptırmakta güçlük çektiği veya banyosunu tek başına yaptıramadığı için hastanın diğer çocukları veya gelinlerini çağırmaktadır. Bakıcı birey hastanın banyosu konusunda diğer kişileri (hastanın kızı, gelini..vs.) çağırılmayana kadar gelip yardımcı olmamaktadırlar. Bunun nedeni, az önce açıkladığım gibi hasta ile uzun bir süredir ayrı kalan bireyler hastanın bakımını yapmayı kendi yapmaları gereken bir görev olarak görmemeleridir.

“Paylaşıyor. Biz beş kardeşiz. Diğer dört kardeşim de yardımcı olur bana. Hepsi gelir yardım ederler. Bende kalıyor annem ama kız kardeşlerim de benim kadar bakarlar anneme. Geçen gün Konya’ya anjiyo yapmak üzere götürecektim. Abimin arabası var, onunla götürdük. Diğer bütün kardeşlerim aynı gün içerisinde hastaneye geldiler.” (K-16, E, 44, İlköğretim).

Yukarıda belirtilen katılımcı da bakım yükünün ailesi arasından eşit ve adil bir şekilde paylaşımının yapıldığını, diğer kardeşlerinin de en az onun kendisi kadar hastanın bakımını yaptıklarını ifade etmiştir.

2.14. KENDİNİZE ZAMAN AYIRABİLİYOR MUSUNUZ?

“Hayır zaman ayıramıyorum. Mümkün mü öyle bir şey. Yanından bile uzun süreli ayrılamıyorum, korkuyorum çünkü, ya doğrulur elini sobaya vurursa, ya gider ocağı açarsa diye. Ya bir şeyler isterse diye.” (K-1,K, 69, Okula Gitmedi).

“Hayır kardeşim ne zaman ayıracağım ki. İş yap onun başında bekle. İş yap onun başında bekle bu şekilde oluyor her günümüz. Akşamları hem çocuklar hem de babam yatınca ancak televizyon izleyebiliyorum onun dışında televizyon bile izleyemiyorum.” (K-13, K, 45, Okula Gitmedi).

“Hayır ayıramıyorum. Eşime, çocuğuma, anneme bakmaktan kendime zaman ayıramıyorum. Bildiğin üçe bölünmüş durumdayım. Alışverişimi bile on dakikada yapıp öyle bitiriyorum. Sürekli olarak bir yoğun temponun içindeyim.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

“Sürekli olarak evdeyim. Anneanneme bakıyorum. Onun dışında kendime özel bir zaman ayıramıyorum. Çok acil işim olduğunda, mesela bir hastalık durumu veya bir evrak durumu olduğunda, ancak anneannemi anneme bırakıyorum. Onun dışında sürekli olarak evde anneanneme bakıyorum.” (K-25, E, 85, İlköğretim).

“Hayır ayıramıyorum. Hastanın ve ailenin tüm işleri ben ve eşimde. Sözelimi Ramazan yaklaşıyor, bugün gittik erzak, malzeme aldık Ramazan için. Sürekli olarak bir şeyler ile meşgulüm o açıdan kendime hiçbir şekilde zaman ayıramıyorum.” (K-29, K, 57, Lise).

Yukarıdaki katılımcıların ifadelerine bakıldığında Alzheimer hastasının bakımını yapan bakıcı bireylerin kendilerine hiçbir şekilde zaman ayıramadıklarını görüyoruz. Katılımcılar sürekli olarak hasta ile ilgilenmek zorunda kaldıklarını, sürekli hastanın yanında bulunmak zorunda kaldıklarını, bununla beraber evin diğer iş yükünün kendilerinde olduğunu, bu işler ile beraber kendilerine zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir. Alzheimer hastası bireyler sürekli olarak ilgi ve bakım isteyen bir durumda olmaktadır. Hastanın bakımının üzerine ev işleri ve genel olarak diğer sorumluluklar da eklenince hastanın bakımını yapan bireylerin kendilerine zaman ayıramadıkları tespit edilmiştir.

Hastanın bakımını yaparken kendine hiçbir şekilde zaman ayıramayan bakıcı bireylerin yanında çok az miktarda da olsa kendilerine zaman ayıran bakıcı bireyler de bulunmaktadır. Aşağıda bu katılımcıların görüşlerine yer verilmiştir.

“Çok bir zaman ayıramıyorum. Sürekli olarak hastanın yanındayım. Hafta içi zaten dışarı çıkmıyorum çocuğum olduğu için onun yanındayım zaten. Hafta içi ben küçük çocuğum ve hasta beraberiz. Hafta sonları dışarı arkadaşlarımın yanına çıktığımda önce hastanın yemeğini yediririm, suyunu yanına koyarım o şekilde çıkarım dışarı. Dışarı çıkınca da telefonu açık bırakıp yanına koyarım. Fatoş diye seslen ben hemen gelirim diyorum. Zaman ayırmak bu şekilde oluyor. Çok yalnız bırakamıyorum yani.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Sürekli olarak annemin yanındayım, başındayım. Başında durmasam ya bir şeyleri sobaya atar, ya bir şeyleri keser atar. Sadece cumartesi ve Pazar günleri eşim evde olduğu zaman dışarıya arkadaşlarıma komşularıma gidebiliyorum. Onun dışında hiç çıkmıyorum bile dışarı. Sürekli olarak annemin başında beklemek zorundayım.” (K-19, K, 48, İlköğretim).

“Şöyle zaman ayırabiliyorum; annemin bakımı ve diğer işlerimin hepsini bitirmem gece ikiyi buluyor. Ondan sonra on sayfa, beş sayfa, hiç değilse bir sayfa da olsa kitap okuyorum. Nette biraz takılıyorum. Günde kendime ayırdığım vakit 15 dakika ile 1 saat arasındadır, diyebilirim.” (K-30, K, 48, İlköğretim).

Katılımcıların ifadelerine bakıldığında hastanın bakımını yapma sürecinde kendilerine çok az zaman ayırdıkları görülmüştür. Yapılan görüşmelerde; hastanın tüm işlerini ve o günkü bakımını yaptıktan sonra kendilerine zaman ayırabildikleri,

hastanın yanında birisini bıraktıktan sonra dışarda bir arkadaşı ile görüşebildikleri tespit edilmiştir. Bakım veren bireyler dışarda kendilerine hastanın bulunduğu hanenin hemen yakınında bir yerde zaman ayırmaktadırlar. Çünkü hastanın veya hastanın yanında bıraktıkları kişinin her an kendilerine haber vermeleri karşısında hemen hastanın yanında olmaları gerekmektedir.

Özetle; hastanın bakımını yapıp kendilerine zaman ayırabilen bakıcı bireyler kendilerine oldukça sınırlı bir zaman ayırabildikleri, (örneğin; 15-20 dk kitap okuma, dışarda arkadaşlarıyla kısa bir görüşme yapma, yapılan görüşme de evin yakınında bir yerlerde olmaktadır, hastanın yanında bir kişiyi bırakmak suretiyle dışarda zaman geçirmek) bu sınırlı zamanın dışında sürekli olarak hasta birey ile ilgilenmek zorunda kaldıkları tespit edilmiştir.

2.15. BU HASTALIĞIN ETKİLERİNİ EN AZA İNDİRMEK İÇİN SİZCE NASIL BİR TEDAVİ SÜRECİ UYGULANMALI, NELERE DİKKAT EDİLMELİDİR?

“Hasta üzüldü mü daha çok eziyet ediyor. Onun için istediği şeyleri yapmak lazım. Üzülmemesini sağlamak lazım. Hasta, çocuk gibi nazlanıyor. Bir çocuğa açıklama yapar gibi kendisine açıklama yapmak gerekiyor. Onun üzüleceği şeylerin yanında konuşulmaması gerekir. Sevineceği, mutlu olacağı şeyleri yanında konuşmak gerekiyor. Bazen ona “benim yakışıklım benim, güzelim benim” deyince çok hoşlarına gidiyor.” (K-2, K, 75, Okula Gitmedi).

“Her şeyi kontrol altına tutmak/almak lazım. Mutfak bu hastalar için çok tehlikeli. Bir yere giderken veya hastayı yalnız bırakırken kesinlikle mutfak kapısını kilitlemek lazım. Kendi yatak odamın da kapısını kilitlerim çünkü cam sehpa var orda. Kırıp dönebilir. Çocuklarımı kesinlikle yanına bırakmam. Hastayı tehlike yaratacak alanlardan uzak tutmaya çalışırım. Örneğin: küçük çocuğumu uyutayım da markete gidip geleyim diye asla demem. Baston kullandığı için aniden sinirlenip hemen vurabilir. Hastayı her zaman için kontrol altına tutarım.” (K-9, K, 37, İlköğretim).

“Bir kere evde kapalı kalmayacak. Hele hele hastanın olduğu oda veya salonun perdelerini asla çekmemek gerekir. Ondan sonra olabildiğince açık havaya çıkarmak lazım hastayı. Bizim balkonumuz bizim için terapi. Hasta, köyüne

özlediğinde onu alır oraya götürürüm. Ruhsal bir durum. Olabildiğince ruhunu rahatlatmak lazım hastanın.” (K-10, K, 63, İlköğretim).

“Sevdiği şeyleri yapmak lazım. Örneğin sevdiği yemekleri pişirmek lazım. Oğlu, kardeşi veya torunları geldiği zaman yatan adam doğrulup oturuyor. Ve sevindiği her halinden belli oluyor. Konuşamıyor ama sevindiği belli olur.” (K-12, K, 56, Okula Gitmedi).

“Hastanın yemesine içmesine dikkat edilmesi gerekir. Stresten, sıkıntıdan uzak tutulmalı, yaşının hastalığı şiddetlendiğinde altında başka bir hastalık var mı acaba diye düşünüp ona göre o hastalık tedavi edilmeli, ilaçları saatinde verilmeli, temiz ve titiz bir şekilde bakılmalı, yemesine içmesine dikkat edilmeli.” (K-26, K, 21, Lise).

Yukarıdaki katılımcıların ortak özelliği hastanın bakımında hastayı olabildiğince rahat ettirmek gerektiği olmuştur. Genel olarak katılımcılar hastaya bakım sürecinde; hastanın sevdiği yiyeceklerin verilmesi, hastanın sorduğu sorulara mantıklı cevapların verilmesi, hasta konuşabiliyor ise kendisi ile sürekli olarak konuşulması, sürekli olarak mutlu etmeye çalışılması yani sürekli olarak hastaya ilgi gösterilmesi, yemeklerinin düzenli olarak verilmesi, ilaç takibinin sürekli olarak yapılması, çocukları-torunları tarafından ziyaret edilmesi, sürekli olarak kapalı alanda kalmamaları, sosyal hayatın içine katılması, hastalığı şiddetlendiğinde altında başka hastalıkların olabildesini göz ardı edilmemesi, hasta ile sürekli olarak ilgilenilmesi, hastanın sürekli olarak kontrol altında tutulması hasta eğer ki yatalak durumda ise alt temizliğinin hemen yapılması, hastaların altını kirli bırakılmaması gerektiğini aktarmışlardır.

Bu durumlara dikkat edildiğinde hastanın daha rahat ettiği, hastanın mutlu olduğu, bakımını yaptığı bireye de daha az sorun çıkardığı tespit edilmiştir.

Bakım veren bireyler özellikle hastaların sevdiği yemeklerin pişirilmesi, ilaç takibinin çok sıkı yapılması ve hastanın sürekli olarak kontrol altında tutulması konularına çok ağırlık vermişlerdir. Örneğin; (K-9) isimli katılımcı, hastayı sürekli olarak kendi bulunduğu alana çekerek hastayı kontrol altına aldığını bildirmiştir. (K-2) isimli katılımcı da hastanın istekleri yapılmadı mı daha çok sorun çıkardığı belirtmiştir.

Alzheimer hastası bireyin durumu ileri seviyeye doğru gittikçe zihni anlamaya yetmeyen çocuklar gibi olmaktadır. Hastaların istekleri yerine getirildiğinde mutlu olurken, istekleri yerine getirilmedi mi sürekli olarak sorun çıkardıkları tespit edilmiştir. Hastaya yaklaşım konusunda sürekli olarak sakin olmak lazım. Hastanın yaptığı bir olumsuzluk (bağırması, tuvalet terliği ile salona gelmesi, altını uluorta kirletmesi..vs) karşısında hastaya bağırmmamak gerekir. Hasta yaptığı yanlış bilememektedir. Hastaya kızıldığında hasta bu durumdan daha fazla olumsuz etkilenip yaptığı şeyleri yapmaya devam edecektir. Bu nedenle hastanın yaptıklarını bilinçli olarak yapmadığı, hastalıktan dolayı yaptığının bilinmesi gerekmektedir. İlaç takibinin de sıkı bir şekilde yapılması gerekmektedir. Çünkü Alzheimer hastalığı; ilaç tedavisi, doğru bakım ve yeterli ilgi ve sevgi ile ilerlemesi yavaşlatılabilir.

SONUÇ

Teknoloji alanındaki ilerlemeler kendi aralarında bir sinerji yaratarak bir taraftan daha konforlu bir hayatın şekillenmesine imkan verirken, diğer taraftan da tıbbi gelişim ölümcül hastalıkların asgari düzeye inmesine neden olup demografik değişimlere zemin hazırlamaktadır. Genel nüfus içerisinde yaşlı nüfusun artması olarak okunacak yaşam süresinin uzaması toplumsal yapının önemli bir unsuru olarak demografik değişimi ortaya çıkarmıştır.

21. yy. dünyasında yukarıda açıklanan nedenlerden dolayı her geçen gün insan ömrü uzamaktadır. Bu uzamının da doğal bir sonucu olarak bazı hastalıklar baş göstermektedir. Bu hastalıklardan bir tanesi de Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığının görülme sıklığı, yıllar geçtikçe hem Türkiye’de hem de Dünya’da artış göstermektedir. Bu artışın da en büyük nedeni yaşam süresinin giderek artmasıdır.

Demans’a (halk dilindeki adı ile bunama) en çok sebep olan hastalık Alzheimer hastalığıdır. Hastalık ilk defa Alois Alzheimer tarafından ortaya atılmıştır.

Bu hastalığın bir tedavisi yoktur.

Bu çalışmada öz bakımını yapamayacak duruma gelmiş öz bakımını yapamayacak duruma gelmiş Alzheimer hastalarının bakımını üstlenen hane sakinleri ile görüşmeler yapılmış, bakım veren bireylerin yaşadıkları zorluklar ele alınmıştır.

Katılımcılara sorulan sorulardaki genel başlıklar dikkate alındığında bakım veren aile fertlerinin hastanın bakımını yaparken yaşadıkları zorluklar şu şekilde ifade edilebilir.

Bakım veren bireylerle yapılan derinlemesine görüşmede: bakım sürecinde yorgun düşmelerine rağmen hastaya karşı agresif davranmadıklarını ileri sürmüşlerdir. Bunun sebebi de gerek bulundukları ailenin gerekse de yetiştikleri ailenin geleneksel aile yapısına sahip olmasından dolayıdır. Bakım sürecinde agresif davranma olayı çok nadiren de olsa olduğu tespit edilmiştir. Hasta bireyler gündüzleri yatıp geceleyin yatmayıp kendi bakımlarını sağlayan bireyleri de uyutmadıkları, bu durumda da bakıcı bireylerin hastanın kendisine kızdığı tespit edilmiştir. Ama genel olarak bakıcı bireylerde bakım sürecinde bir yorgunluğun

bezginliğin olduğu fakat bu yorgunluğa rağmen bakımını yaptıkları hastaya duydukları saygı (geleneksel aile yapısından kaynaklı) ve vefa duygusundan dolayı bakım sürecinde hastaya kızmadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca Akşehir bölgesinin geleneksel aile yapısının değeri taşımakta olduğu tespit edilmiştir.

Alzheimer hastalığı hastayı yıpratdığı kadar bakım veren bireyi de yıpratmaktadır. Çünkü hastalık hem bedensel hem zihinsel hem de ruhsal yönleri olan bir hastalık olup sürekli olarak bakım ve kontrol altında tutulması gereken bir hastalık olduğu görülmüştür. Hastaya her zaman bakım ve kontrol altında tutulması gerekliliği bakım veren bireylerin yıpranmasına, sosyal hayatlarının eskiye göre azalmasına/hiç olmamasına, bakım veren bireylerin boş zamanlarının olmamasına neden olmuştur. Ayrıca hastalığın iyileşme şansının olmaması bakıcı bireylerde duygusal ve psikolojik bir çöküntüye sebep vermiştir. Bu duygusal ve psikolojik çöküntü durumuna rağmen hastanın bakımını yapan bireylerde kaderci bir anlayıştan, aile bağlarının kuvvetli olmasından ve vefa duygusunun olmasından dolayı hastanın bakımını yapmamak ve ya hastayı bir huzurevi yaşı bakım ve rehabilitasyon merkezine yatırmak gibi bir düşüncelerinden alıkoyduğu tespit edilmiştir.

Bakımın yapılmasının temel motivasyonlarından biri hastaya karşı duyulan vefa duygusu olduğu anlaşılmaktadır. Bu kadar zorluğa rağmen hastaya neden bakıyorsun diye sorulduğunda, bakım veren bireylerin geneli bakımını yaptığı kişi için “o benim anam, ataya bakılmaz mı hiç, ata sonuçta nasıl bakılmaz, dedem o benim dedem” gibi ifadeler kullanmışlardır. Bakımın bir nedeni de dini boyutunun olmasıdır. Bakım veren bireylerin bir kısmı da Allah rızası için baktığını ifade etmişlerdir.

Alzheimer hastasının bakımı zor ve yıpratıcı bir süreç olduğu görülmüştür. Bakıcı bireylerden ziyade bakıcı bireyin çevresi de bakım zorluğunun farkında olup bakıcı bireyi sürekli olarak tebrik ve takdir etmektedirler. Bu olumlu dönütler bakıcı bireyi oldukça memnun etmektedir.

Hasta bakımının zor ve yıpratıcı olmasına rağmen hastaya yaklaşımda sevgi, saygı, merhamet ve şefkat ile iyi yaklaşıldığı anlaşılmaktadır. Bakıcı bireyler kendileri de bu hastalığa yakalanmaları durumunda hastaya yaptıkları bakımın aynısının kendilerine yapılmasını yeterli olacağını ifade etmektedirler. Bu da bakım

veren bireylerin hastalara ellerinden geldiğince iyi bakım yaptıklarını düşündüklerini göstermektedir.

Yapılan görüşmelerde bir katılımcı, hastalığı çok yıpratıcı ve zorlu bir olduğunu, kendisinin de bu hastalığa yakalanması durumunda asla bir başka kişinin kendisine bakım yapmasını istemediğini, bir kişinin kendisi yüzünden hayatını mahvetmesini istemediğini, bu nedenle hastalığa yakalanması durumunda bir bakım merkezine yatırılmasının uygun olacağını ifade etmiştir. Bu görüş aslında birçok kişinin bakım verme işi konusunda neler düşünebileceği hakkında bir takım ip uçları vermektedir.

Bakım süreci zorlu ve yıpratıcı olmasına karşın aynı zamanda bakıcı bireylerde olumlu duyguların gelişmesini sağlamaktadır. Hastaya bakım, bakıcı bireylerde dini duyguların gelişmesine, empati yeteneğinin gelişmesine, yaşlılara karşı sevgi, saygı ve olumlu duyguların gelişmesine, iç dünyalarına daha fazla yolculuk yapmalarına dolayısıyla daha olgun kimseler olmasına, daha önce yapamayacaklarını iddia ettikleri bir şeyi (hastan bakımını) yapabilmelerine dolayısıyla bir başarı duygusunun oluşmasına yol açtığı görülmüş ve öğrenilmiştir.

Alzheimer hastasının bakımı hastalık derecesi arttıkça zor ve titizlik isteyen bir durumdur. Alzheimer hastası bireyin bakımı bir çocuk bakımına benzetilebilir. Bir çocuk bebekliğe doğru geçtikçe bakımı zor bir hale ve bebek her türlü bakım ihtiyacına sahip bir konuma gelmektedir. Aynı şekilde Alzheimer hastası birey de hastalık derecesi ve hastanın yaşı arttıkça her türlü bakıma ihtiyaç duyar hale gelmektedir. En ağır durumdaki bir Alzheimer hastasının bakımı yeni doğan bir bebeğin bakımı ile eşdeğer özellikler göstermektedir. Yeni doğan bir bebek nasıl ki sadece nefes alabilir ve farkında olarak herhangi bir şeyi düşünmüyorsa, her türlü ihtiyacı başkaları tarafından karşılanıyorsa en ağır derecedeki Alzheimer hastasının bakımı da bu şekilde yapılmaktadır. Hastalığın ilk dönemlerindeki bakım bir çocuğun bakımı ile eşdeğerdir. Hastalık arttıkça yapılması gereken bakım çocuğun bebekliğe dönüştüğü bakım ile eşdeğerdir.

Yapılan görüşmelerde bakıcı bireylerin bakım sürecinde en çok fiziksel güç-kuvvet gerektiren işlerde (bu işler hastanın banyoya götürülmesi, banyo yaptırılması, hastanın tuvalete götürülmesi, altına bez bağlanması) zorluk çektikleri bu süreçte

başka birisinin yardımına ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir. Bakıcı bireyler bakım esnasında yaşadıkları tüm zorlukların üzerinden bir şekilde gelirken banyo konusunda kesinlikle başka birisinin yardımına ihtiyaç duymakta olup banyo yaptıracakları zaman ikinci bir kişiyi yardıma çağırdıkları tespit edilmiştir.

İki katılımcı bakım esnasında sürekli olarak hasta ile ilgilendiklerini, üçüncü bir kişi ile konuşmaya çok ihtiyaçlarının olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durum bakım yükünün ne kadar ağır bir yük olduğunu, bakım veren bireylerde üçüncü kişiler ile konuşmanın bile bir ihtiyaç haline geldiğini göstermektedir.

Bakım veren bazı bireyler de bakım sürecinde herhangi bir zorluk yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bakım konusunda herhangi bir sorun yaşamadıklarını ifade eden bakıcı bireylerin bakımını yaptıkları hastaların durumlarına bakıldığında hastaların yatalak hasta olmadıkları tespit edilmiştir. Hasta birey yatalak olduğu zaman bakıcı birey çok zorlukla karşılaşmasına karşın hastanın yatalak olmaması durumunda bakıcı bireyin bakım sürecinde sorun yaşamadığı sonucu doğmuştur.

Hastanın yatalak olup olmamasına bağlı olarak bakıcı birey zorluk yaşamakta veya yaşayamamaktadır. Hasta yatalak ise bakım veren birey sorunlar yaşayıp başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Fakat hasta yatalak durumda değil ise bakım veren birey zorluk yaşamayıp dolayısıyla bakım konusunda başkalarının yardımına ihtiyaç duymamaktadır. Yine aynı şekilde Alzheimer hastası birey yatalak olması durumunda bakıcı bireyin evin diğer bireylerine karşı sorumluluklarında bir problem yarattığı, hastanın yatalak olmaması durumunda ise bakıcı bireyin sorumluluklarında herhangi bir problem olmadığı tespit edilmiştir.

Hastanın bakımı konusunda bakıcı bireyler çevrelerinden herhangi bir destek almamaktadırlar. Komşu, akrabalar, çevrede bulunan kişiler bakım veren bireyleri hasta bireyin bakımını sağladığı için tebrik etmelerine karşın hastanın bakımı konusunda bakım veren bireye kimsenin yardım etmediği, bakım veren bireyin yakın akrabalarından özellikle banyo konusunda yardım talebinde bulunduğu kendisine yardım edildiği öğrenilmiştir. Bakım tüm yükü hastanın bakımını yapan kişide bulunmaktadır. Hasta ile bakıcının dışında ikamete eden yakın akrabalar zaman içerisinde aileden kopmuş ve ailedeki hastanın yanında bulunan kişi hastanın

bakımını yapmak durumunda kalmıştır. Aile içerisinde de hastanın bakımını zaman içerisinde kim üstlenmişse hastanın bakımını çoğunlukla kendisi yapar hale gelmektedir. Bu bakımı da üstlenen kişi de çoğu zaman aile içinde bulunan bir kadındır.

Kısaca ifade etmek gerekirse bu çalışmada tasvir edilen yaşlılık modern toplumsal bir olgudur. Alzheimer hastalığı ise modern bir olgu olarak tarif ettiğimiz yaşlılığa eklenen modern bir sorundur. Anlaşılacağı üzere toplumsal bir sorun varsa bu sorundan muzdarip fertler olacaktır. Alzheimer hastalarına bakım veren aile fertleri bu anlamda önemli, bir zorlukla başa çıkan, başa çıkmaya çalışan hatta başa çıkamayan önemli bir toplumsal kategoriyi teşkil etmektedir. Bir çok veri bu toplumsal kategorinin giderek daha da genişleyeceğine işaret etmektedir.

Bu çalışmada soruları yanıtlayan katılımcılar bir çok bağlamda yıpranma, psikolojik çöküntü, sosyal hayattan uzaklaşma, zorlanma, agresif tavırlar sergileme gibi olumsuz durumlarda farklı tonlarda ve farklı derecelerde bahsetmişlerdir. Yine aynı katılımcılar bu zorlukların üstesinden gelme noktasında sevgi, saygı, aile dayanışması, vefa, gelenek, Tanrı rızası, kader gibi kavramlara atıfta bulunmuş, onların öneminden bahsetmiştir.

Akşehir ülkemizin kalkınma, gelişme, modernleşme trendine uyumlu ancak geleneksel örüntülerini de sürdüren kentsel ve kırsal özellikler ihtiva eden geçiş sürecinde bir yöre olarak tarif edilebilir. Bu açıdan bakıldığında yukarıda sözü edilen geleneksel değerlerin sadece katılımcılarda değil tüm yöre halkında güçlü olduğu ifade edilebilir. Ancak Akşehir’de de bir ölçüde kendini gösteren modern toplumsal örgütlenme yine yukarıda sözü edilen modernite temelli yalnızlaşma, depresyon ve dayanışmada zayıflama gibi sorunlara neden olmaktadır. Katılımcılar hem zorlukları hem de zorlukların üstesinden gelme azimlerini çeşitli biçimlerde vurgulamışlardır.

Ayrıca vurgulamak gerekirse geleneksel ve modern rollerinin arasında sıkışmış bir kategori olarak kadın, Alzheimer hastalarının bakımında da en büyük ağırlığı kaldırmaktadır. Aile, çocuk ve tüm fertlerin rahatı ve mutluluğu dikkate alınırsa kadınların bu konudaki yükleri hususunda da çok boyutlu tedbirlerin alınması gerektiği vurgulanabilir.

Sosyolojik temelde değerlendirildiğinde sonuç mahiyetinde birkaç noktaya değinmek gerekirse; Alzheimer hastalığının risk faktörlerine karşı toplumsal bir farkındalık ve mücadele gerektiği söylenebilir. Yalnızlaşma sorununa karşı toplumsal dayanışmayı güçlendirecek ne tür tedbirler alınabileceği noktasında bilimsel, politik ve toplumsal cmler üretilmelidir. Toplumun bu hastalıklara karşı kırılgan olmaması bakımından gençlik cğlarındaki tedbirler, yaşam tarzını iyileştiren tedbirler önem kazanmaktadır ki hastalık ortaya cıktığında ona bakmanın cok boyutlu sorunlarında hafifleme sağlanabilsin. Özelde Akşehir genelde ülkemiz ve toplumumuz açısından ifade edersek bu konuda sosyal devlet, sosyal politika, toplumsal dayanışma temelinde üretilecek cok boyutlu tedbirler gelecek açısından kaçınılmazdır.

Sonuç olarak yaşlılık ve yaşlılığın getirdiği sorunlar toplumda artış göstermekte ve bakım vermek zorunda kalan ciddi bir nüfus kategorisi ortaya çıkmaktadır. Alzheimer gibi demans hastalıkları, yaşlılığı ağır bir tablo haline getirmektedir. Toplumsal sağlık açısından düşünüldüğünde, hem Alzheimerli hastalara hem de onlara bakım veren fertlerin rahatı ve huzuru konusunda bir farkındalık ve mümkün cmler üretilmelidir. Yaşlanan toplum bunu gerektirmektedir.

KAYNAKÇA

- Acheson, A. (2016) *Dedemin Müziği Alzheimer hakkında bir öykü* (Çev.: Mine Özyurt KILIÇ),: Ankara: Tübitak Yayınları.
- Akçay, R.C. (2011). *Yaşlılık: Kavramlar, Kuramlar ve Yaşlılığa Hazırlık*,. Ankara: Kriter Basım Yayın Dağıtım.
- Akgün, S., Cokun B., Budakoğlu, İ. (2004). “Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları e İyileştirme Önerileri”, *Türk Geriatri Dergisi* 7 (2): 105-110.
- Arpacı, F. (2016), “*Geçmişten Günümüze Yaşlılık*,” *Yaşlılık Sosyolojisi*” (İç.), (Ed:, Harun Ceylan.,)1-19, Ankara: Nobel Yayınları.
- Akın, G. (2007). *Her Yönüyle Yaşlılık, (1. Baskı)*.: Ankara: Palme Yayınları.
- Akyar, İ. Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Dergisi*, 32-49
- Atay, H. (2014). *Eyvah! Annem Alzheimer* (1. Baskı): Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik (2006).*
- Bostancı, Ö. (2014). *Alzheimer-demanslı yaşlıya bakım veren aile bireylerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Bozgeyik, G. (2015). *Alzheimer Hastalığında Görülen Davranışsal ve Psikiyatrik Belirtilerin Bakım Veren Yükü ve Depresyonu İlişkisi*. (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı/İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Bulut, M. (2015). “Kültürel Bağlamda Yetişkinlik ve Yaşlılık”, *Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişimi ve Psikolojisi*, H. Bacanlı, ve Ş. Terzi (Ed), içinde (393-417), İstanbul: Açılım Yayınları.
- Canatan, A. (2016)”*Yaşlılıkta Sosyal İlişkiler ve Kuşaklar Arası Etkileşim*”, *Yaşlılık Sosyolojisi* (İç.), (Ed.: Harun Ceylan), (140-155) Ankara: Nobel Yayınları.

- Cankurtaran, M. Arıoğlu, S. (2002). Alzheimer hastalığı ve Demans Tedavisinde Yenilikler, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Dergisi*, 128-136.
- Ceylan, H. (2016). “*Toplumsal Yaşlanma ve Yaşlılık Sosyolojisi*” Yaşlılık Sosyolojisi, (iç.), (Ed. Harun Ceylan), (169-178), (1 Baskı), Ankara: Nobel Yayınları.
- Comer, M. (2018). *Bizim Alzheimer Hikayemiz*, (1.Baskı), (Çev.: Esengül Ayyıldız), İstanbul: Paloma Yayınları.
- Çınar, E., (2012). *Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakıcı Yükünün Değerlendirilmesi*. (Yayınlanış Uzmanlık tezi). Hacettepe üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara
- Durgun, B. (2015). *Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler*, (1 Baskı). Yalın yayıncılık: İstanbul
- Dursun, E. (2009). *Vitamin D’nin Alzheimer Hastalığı ile İlişkisinin Araştırılması*, (Yayınlanmış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- Duru Aşiret, G. (2014). *Anımsama terapisinin Alzheimer Hastalarının Bilişsel Durumu, Depresyon ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisi*, (Yayınlanmış Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Emre, M. (2014). 99 sayfada Alzheimer, Parkinson Prof. Dr. Murat Emre Söyleşi, 3.Basım, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Erdemoğlu, A., Varlıbaş, A. (2001). Alzheimer Hastalığında Hormon Replasman Tedavisi ve Diğer Potansiyel Tedavi Yöntemleri, *Demans Dergisi*, 1 (4): 105-109
- Erkuran, H. (2015). *Alzheimerli Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Başetme Durumlarına Etkisi*, (Yayınlanmış YL tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
- Görgün Baran, A. (2016) “*Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık*” Yaşlılık Sosyolojisi (iç.), (Edit:Harun Ceylan), 77-97, Ankara, Nobel Yayınları
- Güneral, İ. (2017) “Kanser Alzheimer Parkinson kalp-damar hastalıklarında keleysin tedavisi” (1. Baskı) İstanbul: H2O Yayınları.

<http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/462/239> (Erişim Tarihi: 24/06/2019).

file:///C:/Users/HP/Downloads/N%C3%BCfus_Projeksiyonlar%C4%B1_21.02.2018.pdf (Erişim Tarihi: 26.06.2019).

https://www.google.com/search?rlz=1C1GCEA_enTR841TR842&ei=C5ISXZrjF8GHk74PiQKEuAY&q=kaba+do%C4%9Fum+h%C4%B1z%C4%B1&oq=kaba+do%C4%9Fum+h%C4%B1z%C4%B1&gs_l=psy-ab.3..0l5j0i22i30l5.4619.8312..9545...0.0..0.190.2051.0j15.....0....1..gws-wiz.....0..0i131j0i67j0i10.pEf_TghdG1c (Erişim Tarihi: 26.06.2019).

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 (Erişim Tarihi: 26.06.2019).

<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, (Erişim Tarihi: 21.06.2019).

İlgar, İ. (2008). Yaşlı Avrupa Refah Devleti Küreselleşme Yaşlanma ve Avrupa'nın Ayrışması, (1. Baskı). İstanbul: IQ Sanat Yay.

Kahraman Kelleci, E. (2013), *Türk Sağlık Sisteminde Evde Bakım Hizmetlerinin Yeri ve İstanbul ili Beşiktaş ilçesindeki Alzheimer hastalarına evde bakım hizmetlerine yönelik bir araştırma: Anket Uygulaması* (Yayınlanmış YL tezi), Beykent Üniveritesi, İstanbul

Karaaslan, A., (2013). *Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi.* (Yayınlanmış YL Tezi), Ankara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Kalınkara, V. (2016). *Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi*, (3. Baskı). Ankara: Nobel yayınları.

Kalınkara, V. (2016), *Nüfus Yaşlanması ve Toplumsal Boyutları*, Yaşlılık Sosyolojisi (İç.), (Ed.: Harun Ceylan), Ankara: Nobel Yay.

Kurtkapan, H. (2018). Aktif Yaşlılık ve Yerel Yönetim Uygulamaları: İstanbul rneği, *Seneks:Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*. 2: 38-52

Kk, ., şentürk, S.G., Söylemez, B.A. (2017). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile yelerinin Bakım Verme Sürecindeki Deneyimleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 1(4): 30-38

- Onur. B. (1997). Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik Yaşlılık Ölüm (4.Baskı). Ankara: İmge Kitapevi.
- Ören, N. (2016). *Alzheimerli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Tükenmişlik Durumları Arasındaki İlişki*, (Yayınlanmış YL tezi), Beykent Üniversitesi, İstanbul
- Özer, S., (2010). Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*.13(3): 27-35
- Özcan M., Kapucu S., (2009). Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Akad Geriatri*; 1: 167-172.
- Öziç, M. Ü., Özbay, Y., Ekmekçi, A.H. (2014). *Beyin MR görüntülerinde Alzheimer hastalığının öz niteliklerinin çıkarılması*. Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi, Tıbbi görüntüleme, Kapadokya, 38-41.
- Özkay Demir, Ü., Öztürk, Y., Can, Ö. D. (2011). Yaşlanan Dünyanın Hastalığı: Alzheimer Hastalığı, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 35-42.
- Özkoçak, E. (2016). *Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Algılanan Stress, Sosyal Destek ve Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi*, (Yayınlanmış YL tezi), Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Öztürk, M. (2012), *Alzheimer Tipi Demans Hastalarında Yüz İfadelerinin Tanınması* (Yayınlanmış YL tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.
- Selekler K., (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı. *Turkish Journal of Ger.*, Özel sayı 3: 9-14.
- Selekler, K., (2012). *Alzheimer Orta Yaşta Başlar*, İstanbul: Melis Yay.
- Şentürk, Ü. (2018). *Yaşlılık Sosyolojisi, Yaşlılığın toplumsal yörüngeleri* (1. Baskı). İstanbul: Dora Yayınları.
- Shakespeare, W. (2019). *Nasıl Hoşunuza Giderse*, (4. Basım), (Çev.: Özdemir Nutku), İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Tezcan, S. (2017). *Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Yaşadığı Güçlükler*, (Yayınlanmış YL Tezi), Haliç Üniversitesi, İstanbul

- Toker Tekin, G. (2018). *Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ile Yalnızlık Düzeyleri Arasındaki İlişki*, (Yayınlanmış YL tezi), Mersin Üniversitesi, Mersin
- Topçuoğlu, E., Selekler, K. (1998). Alzheimer Hastalığı. *Geriatry* 1(2), 63-67
- Tufan, İ. (2003). *Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi*, İstanbul: Anahtar Kitaplar
- Tufan, İ. (2003). *Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi*, İstanbul: Anahtar Kitaplar Yayınevi.
- Tufan, İ., (2003). *Yaşlılık ve Yaşlanmak, (1. Baskı)*. Ankara: Anahtar Kitaplar Yayınevi.
- Tufan, İ. (2016), *Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık ve Yaşlanma, (1. Baskı)*. Ankara: Nobel yayın dağıtım.
- Tufan, İ. (2016). *Bakıma Muhtaç Türkiye’de Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı (1. Baskı)*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Tufan, İ. (2016). *Nazilli Yaşlılık Araştırması, (1.cilt), (1. Baskı)*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Ural, Ş. (2016). *Bilim Tarihi (9. Baskı)*. İstanbul: Çantay Kitapevi.
- Ünsal, D. (2014). 99 sayfada Alzheimer, Parkinson, (Sunuş) Prof. Dr. Murat Emre Söyleşi, 3.Basım, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Yeşilbalkan, Ö., U., Karadahovan A. (2005). Narlıdere Dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*;8(2):72–77
- Yacı, Ö., (2011). *Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması*. (Uzmanlık Tezi) İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Yakar, M. (2012). İç ve Dış Göçlerin Kırsalda Nüfusun Yaş Yapısına Etkisi : Emirdağ İlçesi Örneği. *Coğrafi Bilimler Dergisi*. 10(2) 129-149
- Yüce Yıldız, N. (2015), *Alzheimer Hastalığını Etkileyen Psiko-sosyal Faktörler ve Tıbbi Sosyal Hizmet*, (Yayınlanmış YL tezi), Yalova Üniversitesi. Yalova

TUİK, “Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları”, 2018.

Yıldız Kökenek, Y. (2012). Normal Yaşlanma ve Yaşlılık Psikolojisi, Işın Baral Kulakızıoğlu ve Ark. (Ed),*Yaşlıya Psikolojik Destek Kitabı* içinde (13-26), İstanbul: İBB.



EKLER

EK1: GÖRÜŞME FORMU

Merhabalar!

Sizinle bira araya gelmemin sebebi bilimsel bir araştırmaya veri toplamaktır. Size birtakım sorular soracağım. Tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

REFAKATÇI VE HASTANIN KİŞİSEL BİLGİLERİ

1. Yaş (.....)
2. Cinsiyet
()Kadın ()Erkek
3. Eğitim Durumu
() Okula gitmedim ()İlköğretim ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite
4. Mesleğiniz: (.....)
5. Çalışma Durumu
()Çalışıyor ()Çalışmıyor
6. Aylık Geliriniz (.....TL)
7. Hanede Bulunan Kişi Sayısı (..... kişi)
8. Hastaya Yakınlık Dereceniz? (.....)
9. Hastanın Yaşı (.....)
10. Hastanın Cinsiyeti:
()Kadın ()Erkek
11. Hastanın Eğitim Durumu
() Okula gitmedim ()İlköğretim ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite
12. Hastanın Mesleği: (.....)
13. Hastanın Engellilik Oranı (%.....)

MÜLAKAT SORULARI	Uygun	Uygun Değil	Düzeltilmeli
1. Hiç hastaya bakıp yorgun düştüğünüz, artık yeter dedığınız oldu mu? Bu esnada hastanın kendisine kızdınız mı?			
2. Bakımını üstlendiğiniz hasta, Alzheimer hastalığına yakalanmadan önceki yaşamınız ile şimdiki yaşamınız arasında nasıl farklılıklar var?			
3. Hastanın bakımını üstlendikten sonra çevrenizin özellikle yakın çevrenizin size karşı tavırlarınızda olumlu veya olumsuz bir değişiklik oldu mu?			
4. Bu hastalığı ilk fark ettiğinizde ne hissettiniz, tepkiniz ne oldu?			
5. Siz bu hastalığa yakalanmış olsaydınız size nasıl davranılmasını isterdiniz?			
6. Hastaya bakımını üstlendikten sonra kendinizde olumlu veya olumsuz ne gibi farklılıklar gözlemlediniz?			
7. Alzheimer'lı hastaya bakmak, sizde Alzheimer hastası olma korkusuna neden oluyor mu?			
8. Hasta bakımını genel olarak nasıl yapıyorsunuz? Bir gün boyunca yaptığınız bakımı detaylı olarak anlatır mısınız?			
9. Hastanın bakımını yaparken ne tür zorluklarla karşılaşyorsunuz ve en çok neye ihtiyaç duyuyorsunuz?			
10. Bu kadar zorluğa rağmen hastaya bakma sebebini anlatır mısınız, bu derecedeki ağır bir hastaya neden, ne için bakıyorsunuz?			
11. Çevrenizden (akrabalarınızdan, komşularınızdan, arkadaşlarınızdan vs.) bakım konusunda destek alıyor musunuz? Destek alıyorsanız bu destek ne düzeydedir?			
12. Hastanın bakımını yaparken, bu durum ailenizdeki diğer kişilere karşı sorumluluğunuzda bir problem yaratıyor mu?			
13. Bakım yükü aile içinde eşit ve adil bir şekilde paylaşılıyor mu?			
14. Kendinize zaman ayırabiliyor musunuz?			
15. Bu hastalığın etkilerini en aza indirmek için sizce nasıl bir tedavi süreci uygulanmalı, nelere dikkat edilmelidir?			