

## DERLEME MAKALE

# Alzheimer hastalarına yönelik sosyal hizmet müdahaleleri

**Ecem Naz NAZLIER KESER<sup>1</sup>**

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara / Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0003-3864-4867>

### Alıntı:

"Nazlier Keser, E. N. (2019). Alzheimer hastalarına yönelik sosyal hizmet müdahaleleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*, 12(2), 121-128."

Geliş Tarihi: 24 Temmuz 2019, Kabul Tarihi: 04 Kasım 2019, Yayın Tarihi: 28 Aralık 2019

### ÖZET

Ortalama yaşam ömrünün uzaması, sağlık imkânlarının ve sağlığa erişimin gelişmesi gibi sebeplerle dünya genelinde yaşlı nüfus artmaktadır. Bu artışın hiç kuşkusuz önemli sonuçları olacaktır. Nüfus artışının sebep olacağı sonuçlardan biri yaşa bağlı ortaya çıkacak hastalıkların artışıdır. Alzheimer hastalığı en önemli risk faktörü yaş olan, kronik ve tedavisi bulunamamış bir hastalıktır. Hastalığın kronik olması ve ileri evrelerinde hastalara, kendi kendine bakabilme yeteneğini kaybettirmesi Alzheimer hastasına bakacak kişi sorununu ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmada Alzheimer hastalığı hakkında genel bilgiler verildikten sonra ailelerin karşı karşıya kaldığı bakım sorunlarına değinilmiştir. Ortaya çıkan sorunlara yönelik Türkiye’de uygulanan sosyal hizmet müdahalelerinin durumu ve müdahalelere yönelik yapılabilecek iyileştirmeler konusu tartışılmıştır. Alzheimer hastalarına yönelik sosyal hizmet müdahalelerinin temelde kurum bakımı, evde bakım, tıbbi ve gerontolojik sosyal hizmet odağında olduğu görülmektedir. Kurum koşullarının ve alternatif kurum modellerinin yeterli olmaması, evde bakım hizmetinin sosyal yardımlara indirgenmesi ve tıbbi-gerontolojik sosyal hizmet alanında uzmanlaşmanın olmaması sistemin düzenlenmesi gereken bölümlerini içermektedir. İlgili konulara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Alzheimer, bakım verme, sosyal hizmet müdahalesi, kurum bakımı, evde bakım, gerontoloji

## Social work interventions for alzheimer's patients

### ABSTRACT

The elderly population is increasing all over the world due to the prolongation of the average life expectancy and the development of health facilities and access to health. This increase will undoubtedly have significant consequences. One of the consequences of population growth is the increase in age-related diseases. Alzheimer's disease is a chronic and untreated disease, the most important risk factor being age. Chronic illness and the loss of the ability to take care of patients in the advanced stages of self-care of Alzheimer's patient raises the problem. In this study, after giving general information about Alzheimer's disease, care problems faced by families are mentioned. The availability of social work interventions implemented in Turkey for emerging issues and improvements that can be made for intervention issues were discussed. Social work interventions for Alzheimer's patients are mainly focused on institutional care, home care, medical and gerontological social work. The lack of adequate conditions of corporate institutions and alternative models, reduction of conditional cash transfer to home care services and lack of specialization in medical-gerontological social work area includes portions of the system that should be regulated. Suggestions were made on related issues.

**Key Words:** Alzheimer's, care, social work intervention, institution care, home care, gerontology

### 1.GİRİŞ

Türkiye’deki istatistikî bilgiler Alzheimer hastalığından kaynaklı hayatını kaybeden yaşlı sayısının her geçen yıl arttığını göstermektedir. Türkiye’de 2012 yılında Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlı sayısı 7 bin 524 iken, bu sayı 2017’ya gelindiğinde 13 bin 600’e yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2019). Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlı kadın oranının

(7 bin 901 kişi) erkeklere oranla (4 bin 999 kişi) daha yüksek olduğu görülmektedir (Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikî Bilgiler, 2019).

Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yapılan çok sayıda araştırma vardır. Bu araştırmalarda hastaya bakım verme rolünün bakım verenler için ağır deneyimlendiği, kişilerde çoğunlukla depresyon tespit edildiği ve bakım verenlerin üzerinde maddî manevî büyük yük hissedildiği görülmüştür (Beach, 1994;

<sup>1</sup> Sorumlu Yazar e-mail: [ecemnazlier@gmail.com](mailto:ecemnazlier@gmail.com)

Brewer, 2001; Barlas & Onan, 2007; Girgis vd, 2012; Schulz & Northridge, 2004; Özer, 2010; Çetinkaya ve Karadakovan, 2012; Koca, Taskapilioglu & Bakar, 2017; Atak & Özkes, 2019). Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin kim olduğu incelendiğinde ise bakımın çoğunlukla yaşlının ailesi tarafından verildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bakım yükü ise genellikle kadınlardadır. Yaşlıya sırasıyla eşi, kızı, gelini bakmaktadır (Erdem, 2005:103). Burada Türkiye’de toplumsal cinsiyet kalıplarının Alzheimerli yaşlıya bakım verme noktasında da etkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

## 2.ALZHEIMER HASTALIĞININ ÖZELLİKLERİ

### 2.1.Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri

Demans, "nörobilişsel bozukluk" olarak bilinen, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Tıbbi, sosyal ve zihinsel sağlık müdahaleleri gerektirir (Hamal, 2014). Demansın en yaygın görülen türü ise Alzheimer’dır. Alzheimer hastalığı, adını 1907’de Alman doktor Alois Alzheimer’den almıştır (Epple, 2002). Alzheimer hastalığı, beyin nöronlarına zarar veren, ilerleyici ve dejeneratif bir hastalıktır. Hafızada, davranışlarda ve düşünmede bozulmalara neden olur. Çoğu bilim insanı beyinde bulunan ve hastalığın oluşmasında etkili olan iki proteinin varlığından söz etmektedir. Bu proteinler, Alzheimer’lı birinin beyinde anormal seviyelere ulaşır ve nöronlar arasında toplanan ve hücre fonksiyonunu bozan plaklar oluşturur. Ancak bugün hala bilim insanları, bu proteinlerin bu tür zarar verici seviyelere ulaşmalarına yol açan nedenin ne olduğunu bilememektedir (World Alzheimer Report, 2018:6-8).

Günümüzde bireyler için hayati tehlike oluşturan birçok kronik hastalığın ölümle sonuçlanması mümkün olabilmektedir. Tüm bu hastalıkların yanı sıra Alzheimer hastalığının da her geçen yıl dünyanın az gelişmiş ve gelişmekte olan bölgelerinde endişe verici bir oranda artacağı tahmin edilmektedir (Kaloria & diğerleri, 2008:812-813).

Alzheimer hastalığının altında yatan nedenleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Hastalık ile birlikte yaş ve aile öyküsü, hastalık için tanımlanabilir risk faktörleridir (Epple, 2002). En önemli risk faktörünün yaş olduğu bilinmektedir. Yaşın artışıyla birlikte hastalığın görülme riski artmaktadır. Genetik faktörler araştırıldığında genetiğin hastalığa doğrudan etkisinin olup olmadığı bilinmemektedir. Erken başlangıçlı Alzheimer’ın genetik etkilerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ancak geç başlangıçlı Alzheimer için durum farklıdır. Geç başlangıçlı Alzheimer’ın genetik etkisi üzerinde araştırmalar devam etmektedir.

Genetik faktörlerin yanı sıra alkol, madde kullanımı, sigara kullanımı, eğitim düzeyinin düşük olması, hareketsiz hayat, sağlıksız beslenme gibi etkenlerin hastalığın risk faktörleri arasında olduğu söylenebilir. Diğer risk faktörleri ise yaşanan ani kayıplar ve travmalar ile ortaya çıkan depresyon öyküleridir. Kafa travmaları, beyin tümörleri, inme, epilepsi, Pick hastalığı, Parkinson hastalığı, da dâhil olmak üzere merkezi sinir sistemi ve diğer dejeneratif bozukluklar ve vitamin eksiklikleri, dehidrasyon, böbrek veya karaciğer yetmezliği gibi metabolik hastalıklar da hastalığın risk faktörleri arasındadır.

Yapılan araştırmalarda kadınlarda Alzheimer tipi demans görülme sıklığının daha fazla olduğu da görülmüştür (Arber & Cooper 2006; Fink, 2015). Bu farklılığın oluşmasında kadınların menopoza girmesiyle birlikte, beyni koruma işlevi bulunan östrojen hormonunun azalması sebep olarak gösterilebilir. Bu nedenle kadın olmak da bir risk faktörüdür denilebilir.

### 2.2.Evreleri

Birinci evrede hasta bilişsel zayıflık semptomları sergilemeye başlar. Başlangıç evresidir (Özkay vd, 2011:36). Bu evrede hastanın hastalığı gözden kaçabilir. Genel belirtileri arasında tarihi hatırlamada güçlük, bilinen mekânları tanıyamama, karar vermede zorlanma, doğru kelimeleri bulma sorunu gösterilebilir (Barlas & Onan, 2007:106; Bostancı, 2014). Genellikle bu dönemdeki belirtilerin yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğu düşünülür. İkinci evrede çok hafif düzeyde bilişsel zayıflık söz konusudur. Hastalar cüzdan, anahtar, gözlük gibi günlük olarak kullandıkları nesnelerin yerini unutmaya başlamaktadır. Ancak iletişim becerileri henüz bozulmamıştır. Bu evrede hastalığın gözden kaçırılması ve fark edilmemesi mümkündür. Üçüncü evrede hafif bilişsel zayıflık görülür. Hastalar konuşma sırasında kelime seçimlerinde ve isimleri hatırlamakta zorlanırlar. Sıklıkla eşyalarını kaybederler. Plan yapma veya organizasyon becerileri zayıflamıştır (Özkay vd, 2011:36). Hastalık belirtilerinin daha görünür hale geldiği evre olarak düşünülebilir. İlk üç evre literatürde aynı zamanda *hafif evre* olarak tanımlanmaktadır. İletişim becerilerinde ise bariz bir bozulma söz konusu değildir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde önemli değişimler yoktur.

Dördüncü evrede hastada orta derecede bilişsel zayıflık vardır. Kısa dönem bellekte ciddi kayıplar gözlenmektedir. Hastalar gitgide içe kapanmaya başlayarak sosyalleşme özelliklerini yitirebilirler. Genellikle hastalığın teşhisi bu dönemde konulur ve hastalığın ilerlediği evrelerden biridir. Beşinci evrede orta düzeyde olsa da şiddetli bilişsel zayıflıklar kendini gösterir. Hastalar yer ve zaman kavramlarını büyük ölçüde yitirmişlerdir. Adreslerini, telefonlarını, mezun oldukları okulların isimlerini hatırlamakta güçlük çekerler. Basit nesnelere tanıma zorlanırlar. Sonradan öğrenilen ve motor beceri gerektiren hareketleri uygulamada zorlanmaya başlarlar. Bu evrede hastalar banyo yapma, giyinme, tuvalete gitme ve beslenme gibi günlük aktiviteleri tek başlarına yapamayabilirler (Özkay vd, 2011:36). Altıncı evrede şiddetli bilişsel zayıflık söz konusudur. Spontane konuşma sırasında hasta kelime bulma konusunda zorluklar yaşar. Dil becerilerinde kayıplar meydana gelir. İdrar ve dışkı tutma sorunları ortaya çıkar. Bu evrede hastalar günlük aktiviteler için daha çok yardıma ihtiyaç duyarlar (Özkay vd, 2011:37). Bu evrede hastanın kendi başına yaşama becerisi neredeyse tamamen ortadan kalkmıştır. Hasta olan yaşlı birey bakıma muhtaç hale gelmiştir. Dördüncü, beşinci ve altıncı evre ise *orta evre* olarak tanımlanmaktadır. Belirgin bellek bozuklukları, dil kusurları ortaya çıkar. Bu süreçte davranış sorunları eşlik eder. Hezeyanlar ve halüsinasyonlar görülür. Kimi hastalarda gün batımı sendromu adı verilen günün

belirli saatlerinde ortaya çıkan bilişsel ve davranışsal kötüleşmeler görülür. Bu kötüleşmeler akşamüstleri artar (Eker, 2008). Hasta birey yaşamında elde ettiği bağımsızlığı kaybetmiştir.

Yedinci evrede çok şiddetli bilişsel zayıflık görülür. Hastalar konuşma yeteneklerini neredeyse tamamen kaybetmişlerdir. Yutma eylemini yaparken bile zorlanabilirler. Bu evrede hastalar 24 saat bakıma ihtiyaç duymaktadır (Özkay vd, 2011:37). 7. evre tam bağımlılık evresi olarak da adlandırılır. Hastalarda belirgin fiziksel sorunlar ve davranış bozuklukları söz konusudur (Alzheimer Vakfı, 2006). Bu evreye gelen hastaların bir kısmı yatağa bağımlı hale gelmektedir. Literatürde *ileri evre* olarak da adlandırılır. Hastalar annelerini, babalarını, eşlerini, çocuklarını hatırlayamaz duruma gelirler.

### 223.Hastalık Belirtileri

Alzheimer hastalığı belirtileri erken dönemde anlaşılırsa bireyler hastalıklarının bilincinde olabilir. Teşhis birey için güçsüzlük algısı, kontrol eksikliği ve belirli bir bağlamsal ortamda yer alan psikolojik sıkıntı anlamlarına gelir. Alzheimer teşhisini öğrenen bireylerde şu davranışlar görülebilir:

- Bir çöktürücü olay veya uzun süreli stresin sonucu bireysel olarak yaşanan sıkıntı,
- Kayıp ve aşağılanma hissi,
- Duyularını kolay kontrol edememe,
- Olağan davranışlarında ve rutinlerinde bozulmalar,
- Gelecek kaygısı.

Bu özellikler Alzheimer hastalarının deneyimlerini yansıtmaktadır. Hastalığın en temel ayırt edici özellikleri arasında hafıza bozukluğu, entelektüel fonksiyon bozukluğu veya anlama bozuklukları sayılabilir.

### 2.4.Teşhisi ve Tedavisi

Son yıllara gelene kadar Alzheimer teşhisini koymanın tek yolu nörologlar tarafından uygulanan bilgisayarlı tomografi testleri idi. Ancak günümüzde hastalığın teşhisi multidisipliner bir ekip tarafından konulmaktadır. Alanında uzman psikoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı teşhisin konulmasında etkili olmaktadır. Alzheimer tanısını koyabilmek her zaman basit değildir ve tam bir psikososyal değerlendirme gerektirir.

Alzheimer'ın erken teşhisi, hasta için hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilen terapötik programlar (farmakolojik veya davranışsal) sağlama açısından faydalı olabilir. Ayrıca, bakım verenlerin bakımı kolaylaştırmak için uygun kaynakları bulmalarında onlara yardımcı olabilir (Levesque, 2016:75).

Alzheimer hastalığı teşhis edilirken günümüzde kullanılan en yaygın yöntem hala bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografi (PET) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemelerdir. Alzheimer teşhisinin konulabilmesi için ayrıca alanında uzman nörolog ve psikiyatru muayenesi mutlaka yapılmalıdır (Selekler, 2004:21). Kimi zaman hastalık belirtilerinin, depresyon belirtileri ile karıştırıldığı görülmektedir.

Alzheimer hastalığının tedavisinden söz etmek ise bugün için mümkün değildir. Ancak son yıllardaki gelişmeler ile hastalığın ortaya çıkışını ertelemek ya da yavaşlatmak mümkündür. Herkes için mümkün olmasa dahi nüfusun bir kısmı için hastalığı beş ya da on yıl geciktirmek küresel bir etkiye sahip olabilecektir (World Alzheimer Report, 2018:23). Hastalığın tedavisinde iki yaklaşımdan söz edilebilir. Bunlardan ilki farmakolojik tedavi yöntemleridir. Diğer ise farmakolojik olmayan tedavi yöntemleridir. Farmakolojik tedavi yöntemlerinde bazı ilaç tedavileri uygulanır (Keleş & Özalevli, 2018:40). 2018 yılı Temmuz ayının sonunda, Alzheimer'ın Uluslararası Birliği Konferansı'nda bazı büyük duyurular yapılmıştır. Bu duyurularda bazı ilaç tedavilerinin hastalığın ilerleyişini yavaşlatma noktasında etkisi olabileceği ifade edilmiştir (World Alzheimer Report, 2018:21-22). Ayrıca konferansın raporunda hastalığın başlangıcını geciktirmek veya ilerlemesini yavaşlatmak amacıyla hastalara İskandinav diyeti denilen (çok sayıda balık, iyi yağ, sebze, çilek ve yerel ürün tüketmeleri ve süt, peynir, tuz ve şekeri azaltmaları) diyeti yapmaları ve egzersizleri ihmal etmemelerinin söylendiği görülmektedir (World Alzheimer Report, 2018:26).

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri içinde ise; hastalara yönelik dans, masaj, müzik, sanat terapisi gibi yöntemler; bilişsel uygulamalar, psikososyal uygulamalar arasında anımsama ve onaylama terapisi sayılabilir (Keleş & Özalevli, 2018; Aşiret & Kapucu, 2015). Altın ve Avcı'nın (2016) araştırmasında 177 Alzheimer hastası ile görüşülmüştür. Alzheimer hastalarının tedavilerinde farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden en çok (%51,4) dini uygulamaların tercih edildiği bulunurken ikinci sırada (%30,5) bitkisel yöntemlerin olduğu görülmüştür. Diğer bir alternatif tıp yöntemi olarak ise (%21,5) masaj terapisini kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (s. 525). Müzik terapisinin de alternatif yöntem olarak kullanıldığında faydalı olabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Lök & Bademli, 2016:266). Bu tedaviler kimi zaman yararlı olurken kimi zaman ise hastaların ya da ailelerinin hastalarının iyileşeceği vaatleriyle istismarına neden olabilir (Nazlier Keser, 2019). Bu durumun önüne geçebilmek adına toplumun hastalık, teşhisi, tedavisi gibi konularda bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir.

Dünya Alzheimer Raporu 2018, erken Alzheimer teşhisinin önemini vurgulamıştır. Erken tanı, hastaların geleceği planlamalarını ve aileleriyle birlikte önemli kararlar vermelerini sağlar. Ayrıca bilişsel işlevleri mümkün olduğu kadar uzun süre korumak ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek için ilaç ve ilaç dışı tedavilere daha erken başlanabilir.

Bu bilgilerden hareketle Alzheimer hastalığının tedavisi bugün hala bulunamamış olsa da bu hastalığa mahkûm olmak gerekmemektedir. Hastalar ilaç tedavilerine ve diyet programına dikkat ederek zihinsel egzersizlerine ve sosyal aktivitelerine devam ederek hastalığın ilerleyişini yavaşlatabilir. Bu nedenle hastalara ve ailelerine yönelik sosyal politikaların ve sosyal hizmet müdahalelerinin önemi oldukça büyüktür.

### 3.ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERME

Türkiye’de yaşlılara yönelik sosyal hizmetleri incelerken konuyu aile yapısında meydana gelen farklılıklardan bağımsız düşünmek pek mümkün değildir. Türkiye’de sanayileşmenin, tarım arazilerinin verimsizleşmesinin ve kentlerdeki imkânların artmasının etkisiyle köyden kentlere göçler hızlanmıştır. Yıllardır devam eden bu göç sürecinin bir sonucu olarak ise Türk aile yapısı geniş aileden çekirdek aile yapısına dönüşmüştür. Eskiden aile yanında bakılması dışında bir alternatif düşünülmemeyen yaşlıların bakımı ise sorun olmaya başlamıştır.

Türkiye Sağlık Araştırması verileri incelendiğinde 65-74 yaş arası gruptaki yaşlıların %23,2’sinin ve 75 yaş üstü yaşlıların %25,6’sının gelecekte sağlık problemleri dolayısıyla bakım ihtiyaçlarının ortaya çıkacağı saptanmıştır (AÇSHB, 2018:130). Bu bilgiler ışığında ilerleyen yıllarda her dört yaşlıdan birinin bakım ihtiyacının ortaya çıkacağı görülmektedir. Alzheimer hastalığı ile ilgili 2019 yılı TÜİK verileri incelendiğinde ise 2017 yılı itibarıyla Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlı sayısının 13 bin 600’e yükseldiği daha önce de belirtilmiştir (TÜİK, 2019).

Alzheimer hastalarına bakım verenler ile ilgili yapılan bir araştırma sonucuna göre bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Bakım verenlerin çoğu evlidir. Gelir durumları değişmekle birlikte hemen hepsi hasta ile birlikte yaşamaktadır (Demans Bakım Modeli Raporu, 2017:27-28).

Alzheimer hastası yaşlılar da aile yapısındaki değişiminden etkilenmiştir. Onların bakımı için profesyonelleşmek gerekliliği ortaya çıkmıştır. Alzheimer hastalarının yalnız yaşamaları ne kadar zor ise ailelerinin yanında hiçbir sosyal hizmet desteği almadan yaşamaları da o denli zordur. Alzheimer hastalığı iyileşme imkânı olmayan kronik bir hastalık olması nedeniyle bakım verme rolünü üstlenen kişiler için oldukça zorlu süreçleri ifade etmektedir. Bakım veren kişiler için, sevdikleri bireylerin hastalık ile yaşamasını görmek ve gitgide bağımlı hale gelmesini izlemek yıpranmalarına sebep olur.

Bakım verenler bakım yükünün etkisiyle depresyon, anksiyete, yaşam kalitesinde düşüş gibi durumlara maruz kalırlar. Bakım verenler kendilerini kırık, tükenmiş olarak görebilirler. Hastalık sürecinde yaşanan olumsuzluklar bakım verenlerin gelecekte korkmalarına sebep olabilir. Kişiler geleceğe kaygı ile yaklaşmaktadır. Gelirin azalması, hastanın hastalık düzeyinin artması, hasta ile kurulan iletişim ve kişisel korkuların etkisiyle hastaya bakım verme süreci baş etmesi zor hale gelmektedir (Çetinkaya & Karadakovan, 2012:172). Yaşanan olumsuz duyguların yanı sıra bakımın; bakım verme sorumluluğunu görev olarak algılama, kendini manevi olarak tatmin etme, işe yarar hissetme gibi etkileri de vardır (Özer, 2010:32).

Alzheimer hastalarına ve bakım verenlere yönelik sosyal hizmetler incelendiğinde Türkiye’de hasta ve yakınlarına yönelik götürülen hizmetleri 3 grupta incelemek mümkündür:

- 1- Kurum Bakımı ve Gündüz Bakımı
- 2- Kurum Bakımı Dışı Yöntemler
- 3- Tıbbi ve Gerontolojik Sosyal Hizmet

#### 3.1.Kurum Bakımı ve Gündüz Bakımı

Türkiye’de sosyal hizmetin gelişimine bakıldığında dezavantajlı gruplar için en eski ve yaygın yöntemin yatılı kurum bakımları olduğu görülmektedir. Yatılı kurumlar korunmaya ve bakıma muhtaç yaşlıların biyopsikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için, bu alanda uzman kişilerce bakılması anlamına gelmektedir. Türkiye’de kurum bakımı devlet, yerel yönetim ya da özel kuruluşlara verilmektedir (Altan & Şişman, 2003:20). Yaşlının 24 saat boyunca gözetiminin sağlanması, kendi akrabalarıyla sosyalleşmesi ve ailelerin bakım yükünü hafifletmesi açısından yatılı kurum bakımları önemli modellerdir.

Bugün Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı [AÇSHB] bünyesinde hizmet veren huzurevi ya da yaşlı rehabilitasyon merkezlerinin tarihçesine bakıldığında ilk olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde açılan huzurevlerine ulaşılır. İlki 1966 yılında Konya’da açılan huzurevinin ikincisi Eskişehir’de açılmıştır (Demans Bakım Modeli Raporu, 2017:28). Bu öncü huzurevlerinden sonra ülke genelinde pek çok sayıda huzurevi açılmıştır.

Türkiye’de yaşlıların huzurevlerine ve rehabilitasyon merkezlerine kabul koşulları genel olarak şöyle belirlenmiştir:

- 60 yaşın üzerinde olmak
- Ruhsal bir rahatsızlığı olmamak
- Alkol, madde bağımlılıkları olmamak
- Bulaşıcı hastalığı bulunmamak.

Bu özelliklere sahip her yaşlı sosyal inceleme raporunda ekonomik ve sosyal yoksunluğu tespit edilirse devlete bağlı huzurevlerinde ücretsiz kalma hakkına sahiptir. (Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler ile Kurumsal Yaşlı Bakım ve İllerin Durumu, 2018:132-133). Ekonomik yoksunluğu bulunmayan yaşlılar ise özel huzurevleri ve rehabilitasyon merkezlerinde kalabilmektedir. Huzurevi ve rehabilitasyon merkezleri kabul koşullarındaki temel farklılık ise yaşlının kendi kendine bakabilirlik düzeyidir. Bu nedenle Alzheimer hastası yaşlılar Yaşlı Rehabilitasyon Merkezleri’nden yararlanabilirler.

Bugün Türkiye’de devlete bağlı 146 huzurevi ve rehabilitasyon merkezinden yararlanan yaşlı sayısı 13.883 kişidir. Devlete bağlı olmayan özel kişi ve kuruluşlarca hizmet veren 226 huzurevinde ve rehabilitasyon merkezinde ise toplam 9.702 yaşlıya bakım verilmektedir (AÇSHB, 2019).

Yatılı kurum bakımına alternatif olarak üretilen bir diğer kurum modeli gündüzlü bakım kuruluşlarıdır. Gündüzlü bakım evlerinin kurulmasına ilişkin yasal düzenleme 2008 yılında yapılmıştır. “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” adıyla düzenlenen yönetmelik, en çok Alzheimer hastalarına ve ailelerine yönelik bir hizmet modeli olarak tasarlanmıştır (Demans Bakım Modeli Raporu, 2017:32). Bu kurumlar Alzheimer hastaları ve yakınları için hayati önem taşımaktadır. Gündüzlü bakım kuruluşlarının Alzheimer hastası yaşlıya olduğu kadar bakım verenlere de önemli katkıları olduğu söylenmelidir. Hasta yaşlının günlük aktiviteler ve

sosyal alanlarla yeterliliğini artırmayı amaçlayan yöntem; bakım veren için olumlu etkilere sahiptir.

Hastalara ve ailelere yönelik faydalarının yanı sıra finansal açıdan da gündüzlü bakım veren kurumların devlet bütçesine katkısı vardır. Bakanlığa bağlı huzurevlerinde bir yaşlının aylık maliyeti 3.804 Türk Lirası [TL] olurken, rehabilitasyon merkezlerinde ise bu maliyet 5.784 TL olmaktadır. Gündüzlü bakım veren kurumlardan faydalanan yaşlıların aylık maliyeti ise yalnızca 1.971 TL'dir (Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler ile Kurumsal Yaşlı Bakım ve İllerin Durumu, 2018:134).

Finansal yararının yanı sıra gündüzlü bakım veren kurumlar, Alzheimer hastasına bakım verenler için en önemli sosyal hizmet gereksinimlerinden biri olarak görülmektedir. Aileler yaşlıları 24 saat kalacağı bir kuruma yatırmaktansa sabah bırakıp akşam alacakları kurumlara karşı çok daha ılımlı yaklaşmaktadır. Günümüzde Türkiye'de 47 adet gündüzlü bakım kurumu bulunmaktadır (AÇSHB, 2019). Ancak Türkiye genelindeki ihtiyaç düşünüldüğünde bu kurumların ve ulaşılabilirliğinin artırılması gerekmektedir.

### 3.2. Kurum Bakımı Dışı Yöntemler

Bakım verme rolü yıllar içerisinde değişmesine rağmen bazı geleneksel düşünce kalıplarının değişmediği ortadadır. Aileler ile yapılan araştırmalarda birçoğunun huzurevi, rehabilitasyon merkezi gibi yatılı kurumları pek fazla tercih etmek istemedikleri görülmektedir. Aileler bu isteksizlikleri genellikle çevrelerinin tepkilerinden korktukları veya yaşlılarını terk edilmiş hissi ile bırakmak istemedikleri gibi gerekçelere bağlamaktadır. Gündüzlü bakım veren kuruluşlara yönelik algı çok daha olumludur. Ancak gündüzlü bakım veren kurumların Türkiye'deki yaygınlığı ve ne kadar işlevsel çalıştığı önemli bir sorundur. Türkiye'de yapılan araştırmalar da toplumda yaşlıların kurum bakımında değil, aileleri yanında bakılması yönünde bir fikir birliğine sahip olduklarını göstermektedir (Subaşı & Öztekin, 2004; Öztop vd, 2008:41).

Kurum bakımlarına yönelik ortaya çıkan olumsuzluklara paralel olarak evde bakım hizmetlerini incelemek gerekir. Evde bakım hizmeti ihtiyaç sahiplerinin evde bakımını (yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme gibi günlük yaşam aktiviteleri dâhil) ve gerekli durumlarda ekonomik olarak desteklenmesini içerir. Ancak uygulamaya bakıldığında bu hizmetin ilgili yönetmeliğin (25751 sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2019) aksine yalnızca sosyal yardımlara indirildiği görülmektedir. Günümüzde Türkiye'de evde bakım maaşına dönüşen evde bakım sisteminin sosyal yönü ihmal edilmiş durumdadır.

Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin evde bakım maaşından yararlanması için bilirkişi raporunda muhtaçlık tespiti gerekmektedir. Ancak bu tespit yapılırken tüm hane gelirinin hesaba katılması çoğunlukla ihtiyaç sahibi yaşlıların ve bakım veren aile üyelerinin ihmal edilmesine yol açmaktadır.

Alzheimer'lı yaşlılara kurum dışı yöntemler ile sunulan bir diğer hizmet ise evde sağlık hizmetidir. Evde sağlık hizmeti ilgili yönetmelikte (25751 sayılı Evde Bakım

Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2019), hasta kişilere kendi ev ortamında, aile yanında tıbbi bakım sağlamayı içermektedir. Evde sağlık hizmeti ailelerin sağlık harcamalarını azaltması açısından oldukça önemlidir (Işık vd, 2016:174-175). Bir diğer önemli katkısı ise Alzheimer hastalarının ve ailelerinin uzun hastane beklemleri sırasında yaşadıkları zorlukları ortadan kaldırmasıdır. Sistemin erişilebilirliği artırılmalıdır. Hastalara ve bakım verenlere yönelik evde bakım hizmetleri alanında çalışan uzman sayısı artırılmalıdır. Aileler hizmetler hakkında hastalığın teşhisinden itibaren bilgilendirilmeli ve evlere yapılan ziyaretler artırılmalıdır.

### 3.3. Tıbbi ve Gerontolojik Sosyal Hizmet

Koruyucu önleyici, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmeti alanlar veya yakınlarının tıbbi tedaviden etkili bir şekilde faydalanması, fiziksel-ruhsal-sosyal sağlığının korunması, tedavi sürecinde hizmet alanların ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının çözülmesi; sosyal işlevselliğini yeniden kazanması ve sürdürmesi amacıyla yürütülen müdahalelerin tümü tıbbi sosyal hizmet olarak tanımlanmaktadır (Özkan, 2016).

Tıbbi sosyal hizmet hem hastalara hem bakım verenlere yönelik kolaylaştırıcı etkilere sahiptir. Hastalıklar özelinde uzmanlaşma ve hastalık sürecini hasta ve bakım verenler için kolaylaştırma amaçları taşır. Hizmet hastaneler aracılığıyla hastalara ve bakım verenlere götürülür (Erbay, 2012). Tıbbi sosyal hizmet anlayışı; Alzheimer teşhisinin konulmasından hastanın kaybına kadar tüm süreçte kişileri desteklemektir. Tıbbi sosyal hizmet anlayışının; hastalık hakkında bilgi vermek, aileleri ve hastaları gerekli kaynaklar ile buluşturmak, süreçte danışmanlık hizmeti sunmak gibi çok önemli işlevleri vardır. Ayrıca hastalara ve bakım verenlere yönelik grup çalışmaları, psikoterapiler, bilişsel davranışçı terapiler uygulanabilir; vaka yönetimi ve savunuculuk hizmeti sunulabilir (Özer, 2010:34; Sulfikar & Popli, 2017). Ancak Türkiye'de mevcut duruma bakıldığında tıbbi sosyal hizmet alanında yeterince uzmanlaşma görülmektedir. Türkiye'de tıbbi alanda uzmanlaşmış sosyal hizmet uzmanlarının sayısı hakkında net bilgi olmamakla birlikte alanda yeterli sayıda uzman olmadığı yorumu-verilen hizmetlerin boyutu ve işlevselliği düşünüldüğünde- yapılabilir.

Yaşlıların muzdarip olduğu konulardan biri bakıma muhtaç hale gelmeleridir (Sulfikar & Popli, 2017). Yaşlıların bu muhtaçlık hali onun sosyal olarak desteklenmesi gerekliliğinin atlanmasına sebep olabilir. Ancak yaşlılar fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak desteklenmelidir (Irshad vd, 2014:753-754). Ancak böyle başarılı yaşlanmadan söz edilebilir.

Alzheimer hastalığının hızlı bir şekilde arttığı göz önüne alındığında hastalara ve bakım verenlere yönelik ihtiyaçlara yönelik hazırlıklı olmak gerekir. Sosyal hizmet uzmanları, yaşlılarla ilgili ileri eğitim olanaklarına ulaşma noktasında istekli olmalıdır (Elizabeth, 2006).

#### 4.SONUÇ VE ÖNERİLER

Alzheimer hastalığı, hem tedavisinin mümkün olmayışı hem de ilerli evrelerinde hastaların tam bağımlılığının kaçınılmaz olması nedenlerinden dolayı araştırılması gereken bir konudur. Alzheimer hastalığında hasta değerlendirilirken hastaya bakım veren kişi de değerlendirilmeli, hastanın ihtiyaçları saptanırken bakım verenin de ihtiyaçları saptanmalıdır. Türkiye’de nüfusun hızla yaşlanmasına karşın sosyal hizmetler aynı hızla gelişmemektedir. Mevcut durumda dahi eksiklikler varken Alzheimer hastaları arttığında politikaların yeterliliği konusu önemli bir sorun haline gelecektir.

Türkiye’de Alzheimer hastalarına ve bakım verenlere yönelik sosyal hizmetlerin tekrar gözden geçirilmesi gerekir. Sosyal hizmetlerin en geleneksel ve eski hizmetlerinden olan kurum bakımı konusunda yapılması gerekenler şöyle sıralanabilir:

1-Kurum koşulları iyileştirilmelidir. Günümüzde Türkiye’de çok sayıda yatılı bakım kuruluşu olmasına karşın her kurum birbirinden farklı uygulamalar yapmaktadır. Bu farklı uygulamaların sonucu olarak olumsuz örnekler içeren bazı kurumlar diğer kurumların itibarını da sarsmaktadır. Toplumda genel yargı; yatılı kurum koşullarının yetersiz olduğu ve yaşlıların o kurumlarca ihmal, istismara uğrama riskinin arttığı şeklindedir. Oysa kurumların koşulları eşitlendiğinde bu olumsuz yargı değişebilir.

2-Kurum açılma koşulları belirli standartlar yerine getirildiğinde mümkün olmalıdır. Genellikle fiziksel özellikler ile ilgili koşullar belirlenmekte, kurumun uygulaması yeterince denetlenmemektedir. Bu durum kimi kurumların kendilerine verilen kurum açma iznini kötüye kullanmasına yol açmaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı huzurevi, rehabilitasyon merkezi, gündüzlü bakım kurumları açma koşullarını tekrar düzenlemelidir. Kaç yaşlıya kaç sosyal hizmet uzmanı görevlendirilmesi gerektiği düzenlenmelidir. Görevlendirilen sosyal hizmet uzmanlarının kurumlarda hangi görevleri olduğu, mikro, mezo ve makro boyutta nasıl çalışacakları belirlenmelidir. Günümüzde Türkiye’de yaşlılara hizmet veren birçok kurumda çok sayıda yaşlıya bir sosyal hizmet uzmanı ile hizmet verilmektedir.

3-Gündüzlü kurum bakımı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kurum bakımına en iyi alternatif yöntemlerden biri olarak görülmeye başlamıştır. Bu kurumların Türkiye genelinde yaygınlaştırılması, koşullarının iyileştirilmesi ve erişilebilirliklerinin artırılması gerekmektedir. Alzheimer hastalarının bu kurumlardan yararlanması için hastanelerin nöroloji bölümleri, hastanelerin geriatri birimleri kurumlar ile ilgili bilgilendirilmelidir. Böylece teşhis sırasında hasta ve bakım verenleri kurumlara yönelik bilgi elde edebilecektir.

4-Çoğu zaman sosyal hizmet kurumlarında Alzheimer hastaları diğer hastalar ile aynı odalarda kalmaktadır. Bu noktada sosyal adalet, dengesini yitirmektedir. Kuşkusuz ki tüm yaşlılara kurum içinde eşit davranılması önemlidir. Ancak Alzheimer hastalarının diğer hastalar ya da sağlıklı yaşlılarla eşit muamele görmesi kimi zaman çatışmalara yol açmaktadır. Bu demek değildir ki Alzheimer hastası yaşlılar sadece diğer Alzheimerlı hastalarla yaşamlarına devam

ettirmelidir. Aksine kurumlar içerisinde ötekileştirmenin önüne geçilebilmesi için Alzheimer hastalarını farklı katlarda bakım vermek yerine, onların diğer yaşlılar ile entegresini sağlama çalışmaları yapılması, yaşlıların kaynaştırılması daha önemlidir. Yine sosyal adalet terazisinin dengesini bozmamak adına -hastaların kendilerine ve çevrelerine zarar verme ihtimaline karşı- kurumlarda Alzheimer hastalarına yönelik gözetim diğer yaşlılara oranla daha fazla olmalıdır.

Kurum bakımı dışında evde bakım ve evde sağlık hizmetlerine yönelik öneriler şöyle sıralanabilir:

1-Evde bakım hizmeti, yönetmeliğe uygun olarak tekrar düzenlenmelidir. Bakımın yalnızca ekonomik yönüne ağırlık verilmemeli, aynı zamanda hastalar ve bakım verenler biyopsikososyal yönden değerlendirilmelidir. Evde bakım hizmeti sunulurken multidisipliner bir bakış açısından hareket edilmelidir. Evde bakım ekipleri kurularak Alzheimer hastalarının düzenli takibi, bakım verenlerin desteklenmesi sağlanmalıdır. Bu ekip içerisinde mutlaka sosyal hizmet uzmanları, fizik tedavi uzmanları ve psikologlar olmalıdır.

2-Evde bakım maaşının bağlanma koşullarında hane geliri anlayışı yerine, yaşlının gelirin odaklanması gerekmektedir. Eğer ki hane geliri yardım bağlanma koşullarının çok üzerindeyse nakdi yardımlar yerini aynı yardımlara bırakmalı, hastaya tıbbi araç gereç, bakım malzemeleri gibi konularda hizmet verilmelidir.

3-Evde bakım hizmeti bakıcı teminini de kapsamaktadır. Ancak öyle olduğunda bakım verenin iyilik hali artırılabilir. Bakıcı gelirini karşılayamayacak durumda olan aileler için devlet ücretsiz bakıcı desteği sunmalı; karşılayabilecek durumda olanlar için ise devlet aracı konumda kalmalıdır. Ekonomik durumu elverişli aileler bakıcıların ücretini kendi karşılamalı ancak kontratlar sosyal hizmetler aracılığıyla yapılmalıdır. Bu alanda bakıcı olarak çalışacak personel iki yıllık yaşlı bakımı önlisans programından mezun kişilerden seçilebilir. Böylece hem bakım verenler güvenebilecekleri bakıcıları bulmuş olur; hem de devlet yaşlı bakımı bölümü mezunlarına yeni bir istihdam alanı yaratmış olur.

Tıbbi ve gerontolojik sosyal hizmetlere yönelik öneriler ise şöyledir:

1-Gerontolojik yeterliliğe sahip olmak sosyal hizmet uzmanları için oldukça önemli bir ihtiyaçtır. Ancak günümüz uygulamalarına ve müfredatlarına bakıldığında sosyal hizmet eğitim müfredatının da yeniden yapılandırılmasının gerektiği görülmektedir (Rosen vd, 2008:28-29). Gerontolojik sosyal hizmet alanında uzman kişiler yetiştirmek için, okulların ve bölümlerin yaşlılık alanında kapasitelerini arttırmaları, geleceğin uzmanlarını alandaki sosyal politikalara müdahale edecek yeterliliğe ulaştırmaları gerekmektedir. Öğrencilere, yaşlı insanlar ile çalışmak için gerekli olan bilgi ve becerileri geliştirmeleri için gerekli fırsatlar sağlanmalıdır (Dayana vd, 2014:321-325).

2-Geriatri birimlerinde yaşlılar ile çalışan sosyal hizmet uzmanlarının kendilerini bu alanda geliştirmeleri, geriatri alanında uzmanlaşmaları önerilmektedir. Ancak bu tarz bir uzmanlaşma ile

hastalara ve bakım verenlere hizmetler işlevsel ve uzun vadede sorun çözücü olacaktır. Alzheimer hastaları ve bakım verenleri ile çalışırken bu alanda uzman sosyal hizmet uzmanları süreci teşhisin konmasından itibaren takip etmelidir. Hastalarla ve bakım verenlerle bireysel görüşmeler yapmalı, grup çalışmaları ile sosyal desteğin arttırılmasını sağlamalıdır. Aileler arasında hastalığın gerginliği ile ortaya çıkabilen çatışmalarda arabuluculuk yapmalı ve ailelerin kaynaklar ile buluşturulmasında aktif rol oynamalıdır. Hastayı, hastalığın düzeyini ve bakım verenlerin durumunu değerlendirerek onları doğru sosyal hizmet müdahalelerine yönlendirmelidir.

Sonuç olarak, gerek yaşlı nüfusun artışı gerekse hastalığın her geçen gün yaygınlaşması ile alana yönelik ihtiyacı karşılayacak hizmetlerin yeterliliği tekrar düşünülmelidir. Alzheimer hastalarına ve bakım verenlere yönelik sosyal hizmetlerin gözden geçirilmesi ve ilgili alanlarda düzeltmeler yapılması gerekmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2017). *Demans Bakım Modeli Raporu*. Ankara: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf> adresinden alındı.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2018). *Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı Ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu*. Ankara: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2019). Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistik Bilgiler. Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/engelli-ve-yasli-bireylere-iliskin-istatistiki-bilgiler/bulten-ocak2019.pdf> adresinden alındı.
- Altan, Ö. Z., & Şişman, Y. (2003). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar. *Kamu-İş Dergisi*, 3-36.
- Altın, A., & Avcı, İ. (2016). Evde alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 525-531.
- Alzheimer Vakfı. (2006). Alzheimer Vakfı Web Sitesi. <http://www.alzheimervakfi.com> adresinden alındı. Erişim Tarihi: Mayıs 2018.
- Arber, S. & Cooper, H. (2006) Gender differences in health in later life: the new paradox? İçinde *Social science & medicine*, 48(1), 61-76.
- Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2015). Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: Anımsama terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dergisi*, 60-68.
- Atak, T., & Özkes, M. (2019). Demanslı hastalarla ilgilenen aile üyelerinin bakım veren yükünün incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 145-161. doi: 10.12984/egeefd.561901
- Barlas, G. Ü., & Onan, N. (2008). Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 105-111.
- Beach, D. L. (1994). Family care of alzheimer victims-an analysis of the adolescent experience. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 12-19.
- Bostancı, Ö. (2014). *Alzheimer-Demanslı Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Brewer, L. (2001). Gender socialization and the cultural construction of elder caregivers. *Journal Of Aging Studies*, 15(3), 217-215.
- Çetinkaya, F., & Karadakovan, A. (2012). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 171-178.
- Dayana, R., Arunkumar, B., & Ilango, P. (2014). *Gerontological Social Work in India - An Emerging Field of Social Work*, 321-326.
- Epple, D. (2002). Senile dementia of the alzheimer type. *Clinical Social Work Journal*, 30(1), 95-110. doi: 10.1023/a:1014230529175
- Eker, E. (2008). Alzheimer hastalığı, sürekli tıp eğitimi etkinlikleri. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi* (s. 85-110). İstanbul.
- Elizabeth J. C. (2006). Preparing for the Ageing Boom: <http://www.socialworkers.org/pubs/news/2006/03/clark.asp/>
- Erbay, E. (2012). Alzheimerli hasta yakını olmak. *Akad Geriatri Dergisi*, 57-65.
- Erdem, M. (2005). Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemsirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 101-105.
- European Parliament. (2018). World Alzheimer Report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers (s. 1-48). London: Alzheimer’s Disease International. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf> adresinden alındı.
- Fink, A. (2015). Dementia and long-term care - an analysis based on German health insurance data. İçinde G. Doblhammer, Health Among the Elderly in Germany (s. 138-156). Verlag Barbara Budrich.
- Girgis, N. M., Ahmed, H. I., & Elsayied, H. E. (2012). Home care: Nursing intervention for family caregivers of alzheimer clients. *Journal of American Science*, 584-595.
- Hamal, P. (2014). *Evidenced Based Support Services for Informal Caregivers of Individuals with Dementia in the United States, India, and Nepal* (Yüksek Lisans Tezi). College of Bowling Green State University.
- Irshad, M. K., Chaudhry, A. G., & Ahmet, A. (2014). Exploring the relationship between economic dependence and chronic illness among older persons: Gerontological perspective. *American Research Thoughts*, 1(2), 751-762.
- İşık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A. & Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
- İstatistiklerle Yaşlılar (2019). Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni.

- Kalaria, R., Maestre, G., Arizaga, R., Friedland, R., Galasko, D., & Hall, K. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet Neurology*, 7(9), 812-826. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70169-8
- Keleş, E., & Özalevli, S. (2018). Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 39-42.
- Koca, E., Taskapilioglu, O., & Bakar, M. (2017). Caregiver Burden in different stages of alzheimer's disease. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 54(1), 82-86. doi: 10.5152/npa.2017.11304
- Levesque, A. (2016). Alzheimer's disease and social work practice: implications of advances in neurosciences for social workers. *Journal Of Gerontological Social Work*, 59(2), 75-76. doi: 10.1080/01634372.2016.1151472
- Lök, N., & Bademli, K. (2016). Alzheimer hastalarında müzik terapinin etkinliği: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches In Psychiatry*, 8(22173), 266-274. doi: 10.18863/pgy.238188
- Rosen, A., Zlotnik, J., & Singer, T. (2008). Basic gerontological competence for all social workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 25-36.
- Özer, S. (2010). Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Derneği*, 27-35.
- Özkan, E. (2016). *Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları*. Ankara: Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı.
- Özkay, Ü. D., Öztürk, Y., & Can, Ö. D. (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. *Tıp Fakültesi Dergisi*, 35-42.
- Öztop, H., Şener, A., & Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 39-49.
- Sağlık Bakanlığı (2019). *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 23 Temmuz 2019.
- Schulz, W., & Northridge, M. E. (2004). Social determinants of health: Implications for environmental health promotion. *Health Education & Behavior*, 455-471.
- Selekler, K. (2004). Kim Alzheimer Değildir. *Türk Geriatri Derneği*, 106-111.
- Subaşı, N., & Öztekin, Z. (2004). Çankaya ilçesinde yaşayan yaşlıların yaşlı bakımı konusundaki bazı düşünceleri. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.
- Sulfikar, C., & Popli, U. (2017). Active ageing and its implications for the gerontological social work practice among tribal elderly in India. In *International Conference on Healthy Aging and Mental Health*.