

Demans Tanısı Olan Bireylere Bakım Verenlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi

Elçin Yorulmaz¹
Dokuz Eylül Üniversitesi

Gülay Dirik²
Dokuz Eylül Üniversitesi

Özet

Demans tanısı sonrasında kişilerin günlük yaşamı sürdürme becerilerinde azalma olması bakım ihtiyacına yol açmaktadır. Bakım vermenin zorlukları ise bakım verenlere yönelik müdahalelerin önemini arttırmaktadır. Bu çalışmanın amacı da Bilişsel Davranışçı Terapi'den (BDT) ve Stres Süreci Modeli'nden yola çıkarak demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik BDT temelli bir psikolojik müdahalenin geliştirilmesidir. Çalışmaya yaşları 41 ile 75 arasında değişmekte olan ($M = 59.37$, $S = 7.85$), 31'i (%88.6) kadın, 4'ü (%11.4) erkek 35 demans tanısı olan bireye bakım veren katılmıştır. Katılımcılar seçkisiz olarak müdahale ($N = 18$) ve kontrol grubuna ($N = 17$) atanmışlardır. Öncelikle 12 katılımcı ile pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar Kişisel Bilgi Formu'nu ve Kısa Semptom Envanteri'ni doldurmuşlardır. Müdahale grubundaki katılımcılar sekiz hafta boyunca haftada bir, bir saat, bireysel olarak ve kendi evlerinde, geliştirilen müdahaleyi almışlardır ve müdahale öncesinde ve sonrasında ölçümleri tamamlamışlardır. Kontrol grubundaki katılımcılar ise sekiz hafta ara ile iki kez evlerinde ziyaret edilmiş olup, bu ziyaretlerde yalnızca ölçüm alınmıştır. Bulgular, müdahalenin demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin psikolojik belirtilerini azalttığını göstermektedir. Bakım vermenin bakım verenlerin psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkileri olsa da bu çalışma geliştirilen müdahalenin psikolojik belirti açısından iyileştirici yönüne işaret etmekte olup uygulanmasının bakım verenlerin psikolojik belirtileri açısından yararlı olacağını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Demans tanısı olan bireylere bakım vermek, bilişsel davranışçı terapi, psikolojik belirti

Abstract

The decrease in the ability to maintain daily life after dementia diagnosis of people leads to the need for care. The difficulties of caregiving also increase the importance of interventions for caregivers. The aim of this study is to develop a Cognitive Behavioral Therapy (CBT)-based psychological intervention for family members who care for individuals with dementia, based on CBT and the Stress Process Model. Caregivers of 35 individuals with dementia, 31 (88.6%) female and 4 (11.4%) male, aged between 41 and 75 ($M = 59.37$, $SD = 7.85$), participated in the study. Participants were randomly assigned to the intervention ($N = 18$) and control groups ($N = 17$). Firstly, a pilot study was conducted with 12 participants. Participants completed the Demographic Information Form and the Brief Symptom Inventory. Participants in the intervention group received the developed intervention individually and in their own homes, one hour a week, once a week for eight weeks, and completed the measurements before and after the intervention. Participants in the control group were visited at home twice with an interval of eight weeks, and only measurements were taken during these visits. The findings show that the intervention reduces the psychological symptoms of family members who care for individuals with dementia. Although caregiving has negative effects on the psychological health of caregivers, this study points to the healing power of the developed intervention in terms of psychological symptoms and shows that its implementation will be beneficial for the psychological symptoms of caregivers.

Keywords: Caring for individuals diagnosed with dementia, cognitive behavioral therapy, psychological symptom

Yazar Notu: Bu çalışma, ilk yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı doktora tezinden üretilmiştir.

Yazışma Adresi: ¹Dr. Öğr. Üyesi Elçin Yorulmaz, Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İzmir, elcin.ayranci@deu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8353-0952

²Prof. Dr. Gülay Dirik, Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İzmir, gulay.dirik@deu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-5748-9180

Gönderim Tarihi: 10.09.2021

Kabul Tarihi: 25.02.2022

Dünya üzerinde 50 milyon civarı demans tanısı olan bireyin olduğu ve bu sayıların gün geçtikçe artacağı tahmin edilmektedir (Alzheimer Disease International, 2020). Türkiye’de 55-70 yaş aralığındaki katılımcılarla yapılan çalışmalarda ise demans yaygınlığının %8.4 ile %20 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Arslantaş ve ark., 2009; Gurvit ve ark., 2008; Keskinoglu, Yaka, Ucku, Yener ve Kurt, 2013). Demans, bellek, düşünme, davranış ve duygular üzerinde negatif etkileri olan beyin sendromlarının genel adıdır (Alzheimer Disease International, 2020). Demans tanısı olan bireylerin büyük bir çoğunluğunu Alzheimer tanısı olan kişiler oluştururken (%70), Alzheimer tipi demansı vasküler demans (%17) ve diğer ilişkili durumlar (%13) (örneğin, Parkinson hastalığı, Lewy cisimcikli demans) takip etmektedir (Plassman ve ark., 2007).

Demans ile bireylerin günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerilerinde azalma görülmektedir (Plassman ve ark., 2007). Demansın günlük hayatı etkileyen yapısına ek olarak, demans tanısı olan bireyi evde tutmak ve demans olan bireye yakın olmak istemeleri ve eş ya da partner olarak bunu bir görev olarak görmeleri sebebiyle demans tanısı alan yakını olan bireyler kendileri bakım vermek istemektedirler (Alzheimer’s Association, 2018). Bakım vermek, kendisinin sağlayamadığı hizmetlerde kişilere yardım etmeyi ve destek olmayı içeren aktivite ve deneyim olarak tanımlanmaktadır (Pearlin, Mullan, Semple ve Skaff, 1990). Bakım vermek bakım verenlerin çok fazla vaktini almaktadır ve bakım vermeye ayrılan vakit demans ilerledikçe artmaktadır (Langa ve ark., 2001). Bu da pek çok problemi beraberinde getirmektedir. Örneğin, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri kendilerine zaman ayırmak, doktora gitmek, alışverişe gitmek, yürüyüş yapmak ve yemek yapmak açısından sıkıntı yaşadıklarını belirtmektedirler (Altuntaş ve Koç, 2015).

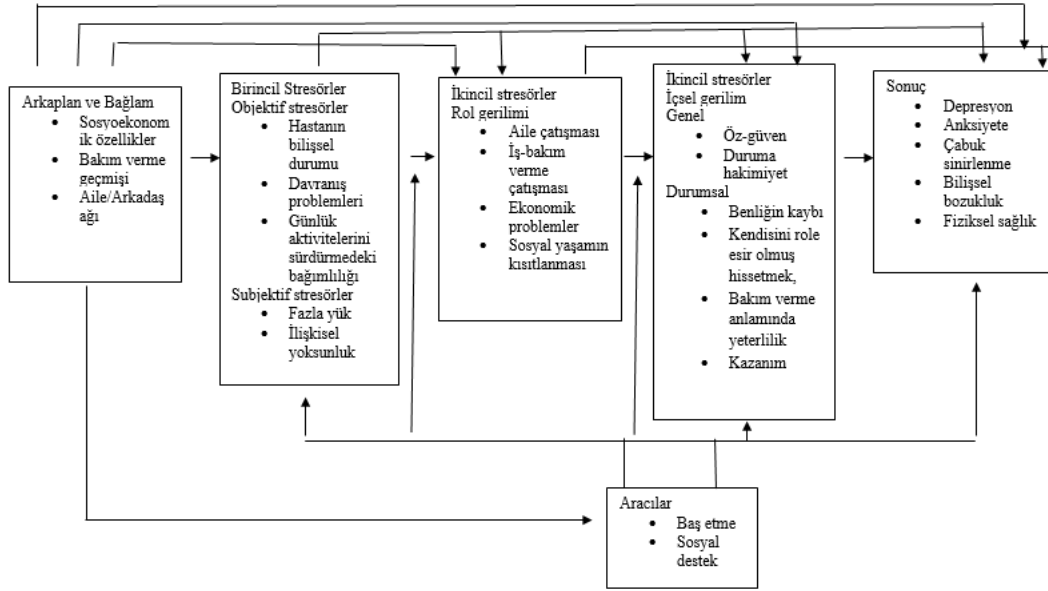
Bakım vermenin uzun saatler alması ve bakım verenlerin hayatlarını etkilemesi göz önüne alındığında bakım vermenin bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını etkilemesi kaçınılmaz görünmektedir (Pinquart ve Sorensen, 2003; Schulz, O’Brien, Bookwala ve Fleissner, 1995). Hatta demans tanısı olan bireye bakım verenler, diğer hastalara bakım verenlere göre bu süreçten daha fazla olumsuz etkilenmektedirler (Pinquart ve Sorensen, 2003). Bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını etkileyen faktörler; demans düzeyi (Yazar ve ark., 2018), bakım verme ile ilişkili pozitif deneyimler, düşük gerginlik, bakım alan bireyin ve bakım verenin yaşam kalitesinin yüksek olması, bakım alan bireyin erkek olması, daha az nöropsikiyatrik ve depresif belirti rapor etmesi (Lethin ve ark., 2017) ve işlevselliğinde azalma olması ve demans tanısı olan bireye evde bakım verilmesi (Pot, Deeg ve van Dyck, 1997) olarak belirlenmiştir. Psiko-

lojik sağlıkları daha iyi olan bakım verenlerin verdikleri bakımın daha iyi olduğu, demansa yönelik verilen hizmetleri daha sık kullandıkları, bakım verdikleri demans tanısı olan birey ile yaşamadıkları, sıklıkla demans tanısı olan bireyin yetişkin çocukları oldukları ve psikolojik sağlıkları daha kötü durumda olan bireylere göre daha az sıklıkla bakım verdikleri ifade edilmiştir (Lethin ve ark., 2017).

Demans tanısı olan kişilere bakım vermek bakım veren kişilerin psikolojik belirtiler yaşamasına yol açabilmektedir. Demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde depresyon (Covinsky ve ark., 2003; Cuijpers, 2005; Mahoney, Regan, Katona ve Livingston, 2005) ve anksiyete (Cooper, Balamurali ve Livingston, 2007; Liu ve ark., 2017; Mahoney ve ark., 2005) görülmektedir. Öfke, demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde yoğun olarak görülüyor olmasıyla birlikte (Gallagher, Wrabetz, Lovett, DelMaestro ve Rose, 1989), öfke ile ilişkili durumlar görece daha az incelenmiştir (Crespo ve Fernandez-Lansac, 2014). Öfke, çok boyutlu bir yapı olarak görülmekte olup farklı yollarla ifade edilmektedir. Öfke, agresif davranışların duygu boyutu olarak tanımlanırken, agresif davranışların bilişsel boyutu hostilitedir (öfke, düşmanlık). Hostilite, adaletsizlik duygularını ya da kötü niyet şüphesini yansıtmaktadır (Buss ve Perry, 1992) ve demans tanısı olan bireylere bakım verenler daha çok hostilite rapor etmişlerdir (Anthony-Bergstone, Zarit ve Gatz, 1988; Razani ve ark., 2007). Hatta bakım vermeyenler ile kıyaslandığında bakım veren bireylerin rapor ettiği hostilite düzeyi daha yüksektir (Madruga, Gzalo, Prieto, Adsuar ve Gusi, 2020).

Hostilite ile benzer şekilde, yapılan inceleme sonucunda somatizasyon bozukluğunun da demans tanısı olan bireylere bakım verenler için yaygın biçimde çalışılmadığı görülmektedir. Az sayıda araştırma olsa da yapılan bir çalışmada demans tanısı olan bireylere bakım verenler yüksek düzeyde somatizasyon rapor etmişlerdir (Abreu, Rodrigues, Sequeira, Pires ve Sanhudo, 2018) ve bakım verenlerde, bakım vermeyenlere kıyasla (Madruga ve ark., 2020), kadın eşlerde erkek eşlere kıyasla (Thompson ve ark., 2004) daha yüksek düzeyde somatizasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hostilite ve somatizasyon ile ilgili az sayıda çalışmaya ulaşıırken, olumsuz benlik ve demans tanısı olan bireylere bakım verenler ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Özetle, hostilite ve somatizasyon demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde sıklıkla çalışılmıyor olsa da yapılan çalışmalarda bakım verenlerin hostilite ve somatizasyon rapor ettikleri gözlenmektedir.

Bakım vermenin sonuçlarına dair Alzheimer hastalarına bakım verenler için oluşturulan modellerden biri Stres Süreci Modeli’dir (Pearlin ve ark., 1990). Bu modele göre bakım vermek pek çok durumdan oluşan bir



Şekil 1. Stres Süreci Modeli
(Pearlin ve ark., 1990)

süreçtir ve bu durumlar birbiri ile etkileşim halindedir. Modelde arka plan ve bağlam, stresörler, stres araçları ve sonuç olmak üzere 4 temel alan bulunmaktadır. (Pearlin ve ark., 1990). Stres Süreci Modeli'ne dair özet bilgi Şekil 1'de yer almaktadır.

Stres Süreci Modeli'nin hem araştırma hem de pratik için uygun olduğu ifade edilmektedir (Family Caregiver Alliance, 2006) ve bu anlamda yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, yapılan bir çalışmada bakım verenin anksiyetesi ile bakım alan bireyin düşük düzey bağımlılığı, yüksek düzey bakım veren yükü ve bir yıl önce ölçülen yüksek düzey anksiyete ilişkili bulunmuştur (Winslow, 1997). Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yapılan bir başka çalışmada ise kötü algılanan fiziksel sağlık durumunun doğrudan (direkt) ve dolaylı (indirekt) olarak artan depresif belirtiler ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılrken, bu dolaylı ilişkide bakım verenin öz yeterliğinin aracı rol üstlendiği belirlenmiştir. Bir başka deyişle, algılanan fiziksel sağlık öz yeterliği etkilemekte, öz yeterlik de depresif belirtileri etkilemektedir (Au ve ark., 2010). Demans tanısı olan bireye bakım veren eşlerin katıldığı bir çalışmada ise katılımcıların sağlık davranışları Stres Süreci Modeli kapsamında incelenmiştir. Bakım vermenin sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği ifade edilirken, sağlık davranışlarındaki bu olumsuz değişimin, depresif belirtiler ve objektif bakım yükünden direkt etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, öz-yeterliğin ve objektif bakım yükünün sağlık

davranışlarının değişimi üzerindeki etkisinde depresif belirtilerin aracı rol üstlendiği belirtilmektedir (Gallant ve Connell, 1998). Bakım verme sürecinin bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını etkiliyor oluşu bakım verenlere yönelik psikolojik müdahalelerin önemini arttırmaktadır. Çok çeşitli müdahale yöntemleri olmakla birlikte demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yönelik müdahalelerden biri de Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'dir ve yapılan bir çalışmada da ele alınan psikoterapiler içerisinde BDT demans tanısı olan bireye bakım verenler için en güçlü desteğe sahip olarak bulunmuştur (Gallagher-Thompson ve Coon, 2007). Seanslarda uygulanan BDT'nin teknik ve müdahaleleri incelendiğinde sıklıkla psikoegitimin, bilişsel yeniden yapılandırmanın, gevşeme egzersizlerinin, problem çözmenin, öfke yönetiminin, girişkenlik eğitiminin, aktivite planlamasının, iletişimin, değişim, yas ve kayıp ile baş etmenin, stres yönetiminin ve baş etme becerilerinin ele alındığı görülmektedir (ör., Gallagher-Thompson ve ark., 2007; Wilz, Reder, Meichsner ve Soellner, 2018). Demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik BDT'nin psikolojik sağlık (Ali ve Bokhary, 2015; Meichsner, Töpfer, Reder, Soellner ve Wilz, 2019; Wilz ve ark., 2018), depresif belirtiler (Gallagher-Thompson ve ark., 2007; Losada, Márquez-González ve Romero-Moreno, 2011; Márquez-González, Losada, Izal, Pérez-Rojo ve Montorio, 2007), anksiyete (Passoni ve ark., 2014) ve öfke (Ali ve Bokhary, 2015) üzerinde yararlı olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Tüm Katılımcılar			Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
	%	Ort	S	%	Ort	S	%	Ort	S
Cinsiyet									
Kadın	31	88.6	15	83.3	16	94.1	16	94.1	
Erkek	4	11.4	3	16.7	1	5.9	1	5.9	
Yaş		59.37	7.85		58.44	8.70		60.35	6.96
Medeni Hali									
Bekar	5	14.3	2	11.1	3	17.6	3	17.6	
Evlü	21	60	12	66.7	9	52.9	9	52.9	
Boşanmış	7	20	4	22.2	3	17.6	3	17.6	
Eşini Kaybetmiş	2	5.7	-	-	2	11.8	2	11.8	
Eğitim Durumu									
İlkokul	2	5.7	-	-	2	11.8	2	11.8	
Ortaokul	3	8.6	3	16.7	-	-	-	-	
Lise	15	42.9	7	38.9	8	47.1	8	47.1	
Üniversite	13	37.1	7	38.9	6	35.3	6	35.3	
Lisansüstü	2	5.7	1	5.6	1	5.9	1	5.9	
Çalışma Durumu									
Evlet	1	2.9	1	5.6	-	-	-	-	
Hayır	34	97.1	17	94.4	17	100	17	100	
Çocuk Durumu									
Evlet	29	82.9	16	88.9	13	76.5	13	76.5	
Hayır	6	17.1	2	11.1	4	23.5	4	23.5	
Çocuk Sayısı									
1	14	40	7	38.9	7	41.2	7	41.2	
2	14	40	9	50	5	29.4	5	29.4	
3	1	2.9	-	-	1	5.9	1	5.9	

Aylık Gelir*	4.586	3.378	4.938	4.313	4.214	2.050
Fiziksel Hastalık						
Var	22	14	77.8	8	47.1	
Yok	13	4	22.2	11	52.9	
Psikolojik Hastalık						
Var	5	3	16.7	2	11.8	
Yok	30	15	83.3	15	88.2	
Tedavi						
Var (ilaç)	10	6	33.3	4	23.5	
Yok	25	12	66.7	13	76.5	
Bakım Alan Birey ile Yakınlıkları						
Eş	8	4	22.2	4	23.5	
Kız	25	12	66.7	13	76.5	
Gelin	1	1	5.6	-	-	
Damat	1	1	5.6	-	-	
Bakım Süresi						
4 gün	1			1	5.9	
5 gün	3			3	17.6	
7 gün 24 saat	31	18	100	13	76.5	
Bakım Verme Kap-samında Yardım						
Var	13	7	38.9	6	35.3	
Yok	22	11	61.1	11	64.7	
Başkasına Bakım Verme Durumu						
Var	9	6	33.3	3	17.6	
Yok	26	12	66.7	14	82.4	

Not: *Aylık gelir TL cinsindedir.

Tablo 2. Bakım Alan Demans Tanısı olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Tüm Katılımcılar		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu	
	%	Ort	S	%	Ort	S
Cinsiyet						
Kadın	30	85.7	15	83.3	15	88.2
Erkek	5	14.3	3	16.7	2	11.8
Yaş		81	8.82	79.83	7.84	82.24
Demans Düzeyleri						
Hafif	3	8.6	1	5.6	2	11.8
Orta	25	71.4	14	77.8	11	64.7
İleri	7	20	3	16.7	4	23.5
İlk Aldıklarından Bu Zamana Geçen Süre		5.61	3.83	4.75	3.36	6.53
Tamamı						4.19

Demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik BDT uygulanan bir çalışmada Stres Süreci Modeli'nden yararlanılmıştır (Glueckauf ve ark., 2012). Bu çalışmada, BDT uygulaması Stres Süreci Modeli'nden temel olarak Afro-Amerikalı bakım verenlerin depresyonu için geliştirilmiştir. On iki seanstan oluşan müdahalede, seanslar bir gruba yüz yüze bir gruba ise telefonla uygulanmıştır, müdahalenin yedi seansı grup olarak beş seans ise bireysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda bakım verenlerin bakım yükünde iyileşme görülmüştür. Fiziksel belirtilerde ve depresyon düzeylerinde de iyileşme görülmüş, bu iyileşme yüz yüze görüşme grubunda telefon grubuna göre daha düşük olmuştur. Ancak, bu çalışmanın 11 katılımcı ile tamamlanan bir pilot çalışma olduğu daha geniş örneklerle de tekrarının yapıldığı ifade edilmektedir (Glueckauf ve ark., 2012).

İlgili alanyazın doğrultusunda, üstte bahsedilen çalışmaya benzer olarak, bu çalışmada BDT'den ve Stres Süreci Modeli'nden yola çıkarak demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik BDT temelli bir müdahalenin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

H₁: Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümleri karşılaştırıldığında; katılımcılar daha düşük düzey psikolojik belirti (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) göstereceklerdir.

H₂: Kontrol grubunda, ilk ölçüm ve son ölçüm karşılaştırıldığında; psikolojik belirti (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) düzeylerinde bir değişim olmayacaktır.

H₃: Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla hem toplam psikolojik belirti düzeyinde hem de tüm psikolojik belirtilerde (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) azalma olacak ve bu azalma da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmalardan daha fazla olacaktır.

Yöntem

Örneklem

Gönüllü katılım olmasının yanı sıra demans tanısı olan aile üyesine bakım vermekte olan bireylerin çalışmaya katılabilmesi için: (1) katılımı engelleyecek herhangi bir fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığı bulunmaması, (2) katılımcıların aynı anda başka bir terapi almamaları ve (3) bakım verme anlamında en fazla sorumluluğun katılımcıya ait olması yani temel bakım veren olması (Alzheimer's Association, 2018) koşulları aranmıştır.

Çalışmaya yaşları 41 ile 75 arasında değişmekte olan ($M = 59.37$, $S = 7.85$), 31'i (%88.6) kadın, 4'ü

(%11.4) erkek, çoğunluğunun demans tanısı olan bireyin kızı olduğu (%71.4) 35 demans tanısı olan bireye temel bakım veren aile üyesi katılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%88.6) 7 gün 24 saat bakım vermektedirler. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Bakım alan demans tanısı olan bireyler değerlendirildiğinde, yaşları 56 ile 94 arasında değişirken ($M = 81$, $S = 8.82$), 30'unun (%85.7) kadın olduğu ve çoğunluğun (%71.4) orta düzey demansı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım alan demans tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ise Tablo 2'de sunulmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu. Araştırmacılar tarafından katılımcılara dair sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla oluşturulmuştur. Bu kapsamda hem demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yönelik hem de bakım verdikleri demans tanısı olan bireye yönelik sorular yer almaktadır. Demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, meslekleri, medeni halleri, çocuk sahibi olup olmadıkları, aylık gelirleri, bakım verdikleri birey ile yakınlıkları, haftada kaç saat bakım verdikleri sorulurken, bakım anlamında yardım alıp almadıklarına, başka bakım verdiği birilerinin olup olmadığına, fiziksel ve psikolojik bir rahatsızlıklarının olup olmadığına ve herhangi bir tedavi alıp almadıklarına dair toplam 16 soru yöneltilmiştir. Ayrıca, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine, bakım verilen demans tanısı olan bireyin cinsiyeti, yaşı, tanı aldığından beri geçen süre ve demans düzeyini içeren dört soru sorulmuştur.

Kısa Semptom Envanteri (KSE). KSE Derogatis tarafından psikolojik belirtileri tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir (1992). Elli üç maddeden oluşan ve öz-bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçek 5'li Likert tipi (0 = hiç, 4 = çok fazla) bir ölçektir. Ölçek 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış halidir (SCL-90). Ölçeğin orijinalinde dokuz alt ölçek bulunurken, geçerli ve güvenilir olduğu ifade edilmektedir (Derogatis, 1992).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanma çalışması dört ayrı çalışma üzerinden yürütülmüştür. Ölçeğin orijinalinden farklı olarak beş faktörlü bir yapısının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu faktörler anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitedir. Yapılan analizler sonucunda Kısa Semptom Envanteri'nin geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Durak, 1994).

Mevcut çalışma kapsamında da ölçeğin hem toplam puanı (psikolojik belirti) hem de alt ölçekleri kullanılmıştır. Ölçeğin bu çalışmanın ilk ölçümlerindeki Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları psikolojik belirti için .96 olarak bulunurken, alt ölçeklerden depresyon için .92, anksiyete için .88, olumsuz benlik için .77, so-

matizasyon için .82 ve son olarak hostilite için .75 olarak bulunmuştur. Son ölçümlerde ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları psikolojik belirti için .93 olarak bulunurken, alt ölçeklerden depresyon için .79, anksiyete için .80, olumsuz benlik için .77, somatizasyon için .55 ve son olarak hostilite için .72 olarak bulunmuştur.

Müdahale

Bu çalışma kapsamında kuramsal bir çerçeve ile temel oluşturulmak istenmesi sebebiyle BDT'ye ek olarak Stres Süreci Modeli'nden yararlanılmıştır. Stres Süreci Modeli'nde demans tanısı olan bireylerin davranışsal problemlerinin stresör olarak ortaya konuyor olması nedeniyle davranış yönetimi seans olarak eklenmiştir. Ayrıca, baş etme ve sosyal desteğin stres araçları olarak modelde yer alıyor olması nedeniyle de bu kavramlara seanslarda yer verilmiştir. Ek olarak hem BDT'de hem de Stres Süreci Modeli'nde önemli olan aktivite planlaması, psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma da müdahale kapsamında ele alınmıştır. Bir metaanaliz çalışmasındaki sekiz ve sekizden az seansın sekizden fazla seans ile depresyon ve stresi azaltmada bir farklılığının olmadığı sonucundan (Hopkinson, Reavell, Lane ve Mallikarjun, 2018) yola çıkarak müdahale sekiz seans olarak yapılandırılmıştır. Müdahale programı ikinci yazarın danışmanlığında birinci yazar tarafından doktora tezi kapsamında geliştirilmiştir.

BDT'ye dair uygulamalar demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyeleri üzerinde etkili olsa da katılım ciddi bir problem oluşturmaktadır (Mavandadi ve ark., 2017). Bakım sağlama anlamında daha fazla olumsuzluk yaşayan grubun evden çıkma ihtimalinin daha da düşük olduğu göz önüne alındığında daha dezavantajlı gruba da ulaşmış olmak istenmesi sebebiyle müdahale katılımcıların evlerinde gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcılarla haftada bir kez bir saat olmak üzere sekiz hafta boyunca kendi evlerinde görüşme yapılmıştır. İlk seansta ve son seansta ölçümler alınmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılar da evlerinde ziyaret edilmiş olup sekiz hafta ara ile gerçekleştirilen iki görüşmede yalnızca ölçüm alınmıştır. Ölçümlerden sonra da kontrol grubundaki katılımcılara bakım verme ve davranış yönetimi ile ilgili bilgi verilmiştir. Tüm müdahale ve ölçümler klinik psikoloji alanında yüksek lisans derecesi olan ve doktora eğitimine devam eden uzman klinik psikolog tarafından gerçekleştirilmiştir.

Sekiz seans olarak yapılandırılan müdahalenin, ilk seansında demans tanısı olan bireye bakım verenler için etkili bir öğe ve etkili bir müdahale olduğu belirtilen psikoeğitim (Gallagher-Thompson, Arean, Rivera ve Thompson, 2001; Hepburn ve ark., 2006; Livingston ve ark., 2005; Pinquart ve Sörensen, 2006) yer almaktadır. İkinci seans davranış yönetimi, karşılanmayan ihtiyaçlar

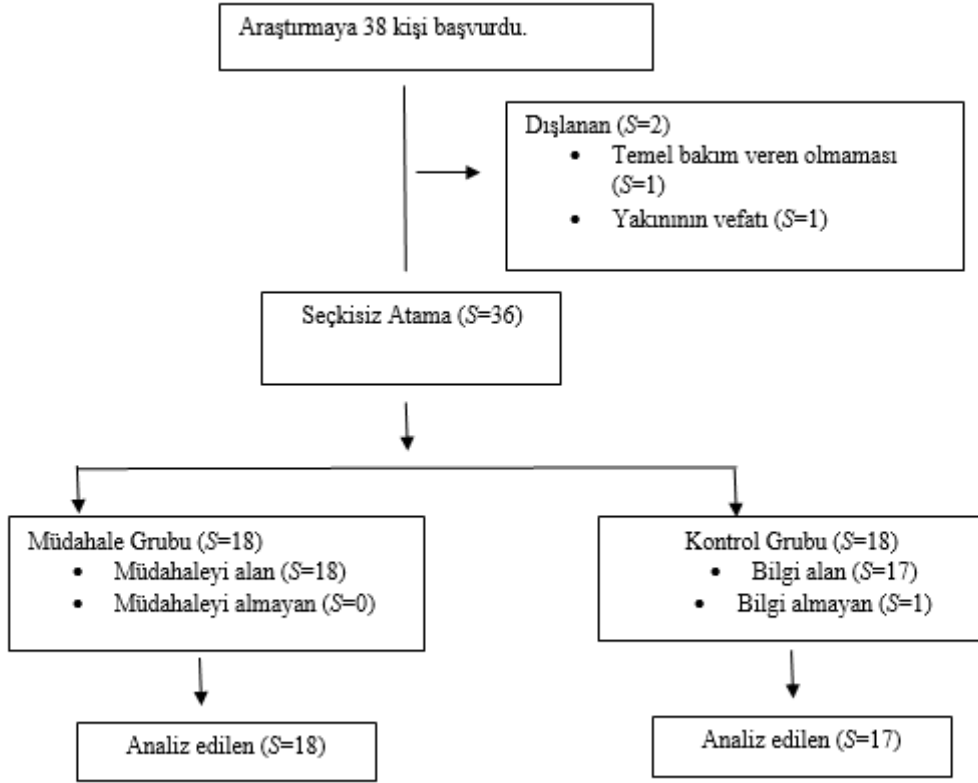
(Cohen-Mansfield, Libin ve Marx, 2007) ve davranış yönetimine dair öneriler (Gitlin, Kales ve Lyketsos, 2012; Sarıkaya, Sukut ve Ayhan, 2017) çerçevesinde yapılandırılmıştır. Üçüncü seansta aktivite planlamasına yer verilmiştir. Bakım veren için (Losada ve ark., 2011), demans tanısı olan birey için (Gitlin ve ark., 2009) ve beraber gerçekleştirmeleri için aktiviteler oluşturulmuştur (Searson, Hendry, Ramachandran, Burns ve Purandare, 2008). Ayrıca, aktivite planlamasında aktivite kısıtlaması da ele alınmıştır (Williamson ve Schulz, 1992). Dördüncü seansta sosyal destek, problem çözme (Garand ve ark., 2014) ve iletişime (Small ve Gutman, 2002) dair öğelere yer verilmiştir. Beşinci ve altıncı seansta ise bilişsel yeniden yapılandırma ele alınmıştır (Marquez-Gonzales ve ark., 2007). Bilişsel yeniden yapılandırma kapsamında suçluluğun da ele alınmasının yararlı olacağı belirtildiği için (Losada ve ark., 2011), bu uygulamalarda suçluluğa da yer verilmiştir. Yedinci seansta Jacobson'ın aşamalı kas gevşetmesi uygulanmıştır (1938). Son seans ise yapılan görüşmelerin değerlendirilmesini, bakım verenin gelecek yaşamında karşılaşıcağını düşündüğü muhtemel sıkıntıların ele alınmasını ve o sıkıntılara yönelik çözümlerin değerlendirilmesini içermektedir. Seanslar arasında o uygulamada aktarılanların tekrarı için ev ödevi olarak broşürler ve formlar verildiği gibi aşamalı kas gevşetmeye dair bir ses kaydı da danışanlara verilmiştir. Müdahaleyi kullanacak kişiler müdahalenin el kitabına birinci yazardan ulaşabilirler.

İşlem

Öncelikle, Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 2019/33/5). Alınan izinden sonra Türkiye Alzheimer Derneği – İzmir Şubesi ile görüşülmüş ve dernekte katılımı konusunda yardım alınmıştır.

Çalışmaya 38 katılımcı başvurmuştur. Bir katılımcı dahil etme kriterlerini sağlamadığı için ilk görüşmeden sonra çalışmaya dahil edilmemiştir. Bir katılımcının bakım verdiği bireyin dışında bir yakını vefat etmiştir. Bu sebeplerle iki katılımcı çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 36 katılımcı müdahale ve kontrol gruplarına seçkisiz olarak atanmışlardır. Kontrol grubundaki katılımcılardan biri de bakım verdiği bireyin vefat etmesi sebebiyle çalışmaya dahil edilememiştir. Sonuç olarak müdahale grubundaki 18 katılımcı ve kontrol grubundaki 17 katılımcı ile çalışmaya başlanmıştır. Çalışmanın akış şeması Şekil 2'de gösterilmektedir.

Müdahalenin geliştirilmesinin ardından, gönüllü katılımı kabul eden müdahale ($S = 18$) ve kontrol ($S = 17$) gruplarına seçkisiz olarak atanan katılımcılar ile çalışmaya başlanmıştır. Ana çalışmaya geçmeden önce müdahale grubundan seçkisiz atanan yaşları 41 ile 75 arasında değişen ($Ort = 56.83$, $S = 9.10$), 11'i (%91.7)



Şekil 2. Çalışmanın Akış Şeması

kadın, 1'i (%8.3) erkek, 12 demans tanısı olan bireye temel bakım veren aile üyesi ile pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de yapılan önceki çalışmalarda demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik BDT temelli bir müdahaleye rastlanmamıştır. Bu sebeple geliştirilen müdahalenin kültüre, dile ve bakım verenlerin ihtiyaçlarına uygunluğunu test edebilmek için bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümler alınmış olup, müdahalenin katılımcıların psikolojik belirti (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) düzeyleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu pilot çalışma ile müdahalenin uygun olduğu görülmüş olup; sonrasında herhangi bir değişiklik yapılmadan ana çalışmaya devam edilmiştir.

Hem pilot çalışmada hem de ana çalışmada katılımcıların gönüllü olarak katıldıklarının onayını almak ve katılımcılara araştırmanın amacını aktarmak amacıyla bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanmıştır. Veriler Aralık 2019 – Mart 2020 tarihlerinde toplanmıştır.

Bulgular

Betimleyici İstatistikler

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS Statistics (Version 21) kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine ve çalışmanın değişkenlerine dair betimleyici analizler yapılmıştır. Çalışmanın değişkenlerinin betimleyici özelliklerini incelemek amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) alt ölçekleri için ortalama ve standart sapma değerleri müdahale ve kontrol grubu olarak ön-test ve son-test ölçümleri için hesaplanmıştır. Bu değerler Tablo 3'te sunulmaktadır.

Müdahale öncesinde, müdahale grubu ve kontrol grubu çalışmanın değişkenleri açısından karşılaştırılmışlardır. Bu karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren değişkenlerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır (Field, 2013). Müdahale öncesinde müdahale grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde psikolojik belirti ($t(21.16) = 4.04, p < .01$), depresyon ($t(22.20) = 3.92, p < .01$), anksiyete ($U = 63.50$,

Tablo 3. Çalışmanın Değişkenlerinin Müdahale ve Kontrol Grubu İçin Tanımlayıcı Özellikleri

Ölçüm	Ön-test		Son-test		Ön-test ve Son-test Farkı	
	Müdahale Ort. (S)	Kontrol Ort. (S)	Müdahale Ort. (S)	Kontrol Ort. (S)	Müdahale Ort. (S)	Kontrol Ort. (S)
KSE	1.03 (.65)	.37 (.22)	.27 (.23)	.46 (.25)	.76 (.59)	-.09 (.12)
KSE – D	1.64 (9.77)	.67 (.38)	.53 (.37)	.73 (.31)	1.11 (.84)	-.06 (.23)
KSE – A	.87 (.71)	.30 (.26)	.22 (.21)	.46 (.28)	.65 (.64)	-.16 (.15)
KSE – O	.69 (.51)	.18 (.20)	.10 (.18)	.26 (.28)	.58 (.54)	-.08 (.21)
KSE – S	.78 (.80)	.22 (.18)	.14 (.22)	.22 (.15)	.65 (.80)	.00 (.22)
KSE – H	1.20 (.77)	.54 (.47)	.40 (.37)	.64 (.41)	.79 (.65)	-.10 (.30)

Not 1. KSE: Kısa Semptom Envanteri, KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon, KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete, KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik, KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon, KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite

$z = -2.96, p < .01$), olumsuz benlik ($t(22.19) = 3.87, p < .01$), somatizasyon ($U = 88.50, z = -2.16, p < .05$) ve hostilite ($t(33) = 3.02, p < .01$) rapor ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Müdahalenin Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Etkisi

Bu çalışma kapsamında müdahale ve kontrol grubunun kendi içlerinde müdahale öncesi ve müdahale sonrası değerleri karşılaştırılmıştır. Katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümlerinin farkları alınmıştır ve farkların normal dağılıp dağılmadığı test edilmiştir. Farkları normal dağılan değişkenler için bağımlı örneklem t-testi uygulanırken, farkları normal dağılmayan değişkenler için nonparametrik testlerden Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi uygulanmıştır. Ayrıca, müdahale öncesi ve sonrası müdahale ve kontrol gruplarında olan farklılığın karşılaştırılması için normal dağılım gösteren değişkenlerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır (Field, 2013).

Müdahale grubundaki katılımcılar, müdahale öncesine kıyasla müdahale sonrasında daha düşük düzey psikolojik belirti ($Z = -3.62, p < .001$), depresyon ($t(17) = 5.62, p < .001$), anksiyete ($Z = -3.56, p < .001$), olumsuz benlik ($t(17) = 4.62, p < .001$), somatizasyon ($Z = -2.98, p < .05$) ve hostilite ($t(17) = 5.15, p < .001$) rapor etmişlerdir. Kontrol grubunda ise ilk ölçüm ve son ölçüm karşılaştırıldığında, katılımcılar son ölçümde daha yüksek düzey psikolojik belirti ($t(16) = -2.85, p < .05$) ve anksiyete ($t(16) = -4.42, p < .001$) belirtirlerken, depresyon ($t(16) = 1.15, p > .05$), olumsuz benlik ($Z = -1.18, p > .05$), somatizasyon ($t(16) = .00, p > .05$) ve hostilite ($t(16) = -1.38, p > .05$) düzeylerinde bir değişim olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubunun ön-test ve son test sonucu oluşan farklılıkları karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunda müdahale öncesine kıyasla müdahale sonrasında olan azalmanın kontrol grubunda ilk ölçüm ve son ölçüm arası oluşan azalmadan psikolojik belirti ($U = 4.00, z = -4.92, p < .001$), depresyon ($t(19.67) = 5.72, p < .001$), anksiyete ($U = 9.50, z = -4.75, p < .001$), olumsuz benlik ($U = 37.50, z = -3.84, p < .001$), somatizasyon ($U = 67.50, z = -2.86, p < .01$) ve hostilite ($t(24.23) = 5.24, p < .001$) açılarından daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun ön-test ve son test sonucu oluşan farklılıklarına dair tanımlayıcı değerler Tablo 3'te sunulmaktadır.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, demans tanısı olan bireye bakım verenler için BDT temelli bir müdahalenin geliştirilmesi ve etkisinin incelenmesidir. Bilindiği kadarıyla ülkemizde yapılan demans tanısı olan bireylere bakım verenlerin psikolojik belirtilerini azaltmaya yönelik BDT temelli ilk müdahale çalışmasıdır. Bakım verenlerde psikolojik belirtilerden depresyon (Covinsky ve ark., 2003; Cuijpers, 2005; Mahoney ve ark., 2005), anksiyete (Cooper ve ark., 2007; Liu ve ark., 2017; Mahoney ve ark., 2005), somatizasyon (Abreu, Rodrigues, Sequeira, Pires ve Sanhudo, 2018) ve hostilite (Anthony-Bergstone ve ark., 1988; Razani ve ark., 2007) görülüyor olması ve olumsuz benliğe dair çalışma olmamasına rağmen olumsuz benlik puanlarının da yüksek olabileceğinin öngörülmesi ve tüm bu belirtilerin tek bir ölçekle incelenmesi sebebiyle çalışmaya bu değişkenler dahil edilmiştir. Bu değişkenlerin dahil edilmesinin bir diğer nedeni de önceki çalışmalarda BDT'nin demans tanısı

olan bireylere bakım verenlerin depresif belirtileri (Gallagher-Thompson ve ark., 2007; Losada ve ark., 2011; Marquez-Gonzalez ve ark., 2007), anksiyeteleri (Passoni ve ark., 2014) ve öfkeleri (Ali ve Bokhary, 2015) üzerinde yararlı olduğunun bulunmasıdır. Ayrıca, depresyon ve anksiyete bu çalışmada yararlanılan Stres Süreci Modeli'nde sonuç değişkenleri olarak ele alınmaktadır (Pearlin ve ark., 1990). Çalışmanın sonucunda geliştirilen bu müdahalenin psikolojik belirtiler (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) üzerinde olumlu etkilerinin olduğu görülmüştür. Müdahale grubuna dair hipotezler araştırma tarafından desteklenmektedir. Kontrol grubu açısından psikolojik belirtilere ve anksiyeteye dair hipotezler haricindeki hipotezler desteklenmektedirler. Ayrıca, müdahale grubunun müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla psikolojik belirti, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde gerçekleşen azalmanın, kontrol grubunun ilk ölçümüne kıyasla son ölçümünde olan azalmadan daha fazla olduğuna dair hipotezler de desteklenmektedir. Kontrol grubunda azalma olmasının aksine psikolojik belirti ve anksiyete düzeylerinde yükselme olduğu tespit edilirken, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeylerinde ise değişim görülmemektedir.

Müdahale grubu açısından değerlendirildiğinde, uygulanan müdahalenin depresyonu azalttığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, demans tanısı olan bireye bakım verenlere uygulanmış BDT çalışmalarında da BDT'nin depresif belirtiler (Gallagher-Thompson ve ark., 2007; Gonyea, López ve Velásquez, 2016; Losada ve ark., 2011; Marquez-Gonzalez ve ark., 2007; Pan ve Chen, 2019; Wilz ve ark., 2018) üzerinde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, araştırmanın bu kapsamdaki bulguları alanyazın ile paraleldir. Bu olumlu etkinin olması için aktivite planlaması ve bilişsel yeniden yapılandırma, geliştirilen müdahaleye dâhil edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin boş zaman aktivitelerinde artış olmasının ve bilişsel yeniden yapılandırma uyguluyor olmasının, bakım verenlerin depresyon düzeylerinin zaman içerisinde azalması ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Romero- Moreno, Márquez-González, Mausbach ve Losada, 2012). Müdahalede bilişsel yeniden yapılandırma yapılıyor oluşu, bakım verenlerin düşünce yapılarında değişiklik yapmalarını sağlayabileceği için de bakım verenlerin depresyon düzeylerinde azalma olmuş olabilir. Aktivite planlaması da katılımcılara bu anlamda yarar sağlayabilir. Bakım verenler kendilerine vakit ayırmakta sıkıntı yaşarlarken (Altuntaş ve Koç, 2015), kendileri için yapabilecekleri aktiviteler üzerine düşünmeleri, kendileri için de aktivite oluşturmalarını sağlamıştır. Ayrıca, bakım verdikleri demans tanısı olan bireyle ortak bir aktivite oluşturmuş

olmaları bakım verenlere iyi gelmiş olabilir. Ortak aktivite ile aralarındaki iletişim artabileceği gibi bakım verdikleri bireyi daha iyi anlamaya çalışmış da olabilirler. Bu durumlar da bakım verenlerin depresyon düzeylerini azaltmış olabilir.

Anksiyete açısından değerlendirildiğinde, müdahalenin anksiyete düzeyini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgunun alanyazın ile paralel olduğu bilinmektedir (Akkerman ve Ostwald, 2004; Passoni ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda güçlü sosyal ağları olan ve sosyal aktivitede bulunanların daha düşük anksiyete rapor ettikleri tespit edilmiştir (Um ve Choi, 2018). Ayrıca, problem çözmeye dair müdahalelerin de anksiyete düzeylerinde bir azalma sağladığı bulgusu mevcuttur (Garand ve ark., 2014). Bu müdahalede aktivite planlamasına ve problem çözmeye yer verilmiştir, bu uygulamaların da araştırma bulguları ile paralel olarak anksiyete düzeyinde bir azalmayı beraberinde getirebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, aşamalı kas gevşetmenin de anksiyete anlamında olumlu etkiler sağlamış olabileceği düşünülmektedir. Son olarak, demans tanısı almanın bir bilinmezliği de beraberinde getirdiği belirtilmektedir (Campbell ve ark., 2016). Bilinmezliğin anksiyeteyi arttırabilen bir yanı da bulunmaktadır (Mitchell ve Courtney, 2004). Bu müdahale kapsamında psikoöğitime yer veriliyor oluşu, bakım verenler açısından bu bilinmezliği azaltabilir. Bilinmezliğin azalması da anksiyete düzeyinde bir azalmayı sağlamış olabilir.

Bu çalışma kapsamında demans tanısı olan bireye bakım verenler için somatizasyon anlamında da olumlu sonuçlar görülmüştür. Paralel olarak, demans tanısı olan bireye bakım verenlerin BDT müdahalesi sonucunda bedensel yakınma düzeylerinde de olumlu sonuçlar rapor edilmiştir (Wilz ve Soellner, 2016). Bakım verenlere, bakım vermenin zorlayıcı bir süreç olduğuna dair psikoöğitim verilmesinin ve bu sebeple problemler yaşamasının normal olduğunun vurgulanmasının da bu anlamda yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, genel anlamda aktivite planlaması yapılmasının, bilişsel yeniden yapılandırmanın, aşamalı kas gevşetmenin, sosyal desteğe ve iletişime dair uygulamaların da somatizasyon üzerinde olumlu etkilerinin olabileceği düşünülmektedir.

Uygulanan bu müdahalenin olumsuz benlik düzeyinde de olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan alanyazın incelemesinde, demans tanısı olan bireylerde olumsuz benliğin değerlendirilmesine dair bir bulguya ulaşılamamıştır. Bunun; ölçeğin faktörlerinin orijinali ve Türkçe uyarlaması arasında farklılık olması sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Ölçeğin orijinalinde somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm olmak üzere dokuz alt ölçek bulunmaktadır (Derogatis,

1992). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında ise beş faktörlü bir yapının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu faktörler; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitedir (Şahin ve Durak, 1994). Bu durumun da olumsuz benlik üzerine yapılan çalışmalar açısından bir sınırlılık oluşturabileceği düşünülmektedir. Olumsuz benliğin “işleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek, insanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak, diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusuna sahip olmak, yaptıklarınızı tekrar tekrar kontrol etmek, günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiğini düşünmek, bir başka insana hiç yakınlık duymamak, başarılarınız için yeterince takdir alamamak, kendini değersiz görmek, insanların izin verirsiz sizi sömüreceği duygusu, suçluluk duyguları ve aklınızda bir bozukluk olduğu fikri” şeklinde maddelerinin olduğu görülmektedir (Şahin ve Durak, 1994). Müdahalede ele alınan aktivite planlamasının, bilişsel yeniden yapılandırmanın ve sosyal desteğin bu maddeler üzerinde olumlu etkilerinin olmuş olabileceği düşünülmektedir. Örneğin; aktivite planlamasının, işleri bitirme konusunda engellenmiş hisseden bir bireye yararlı olabileceği tahmin edilmektedir. Bilişsel yeniden yapılandırmanın ise kişinin kendi değerine dair konularda olumlu etkilerinin olması ve bu kapsamda suçluluğun ele alınıyor oluşunun da faydasının olması beklenmektedir. Ayrıca, sosyal destek ile ilgili yapılan uygulamaların da olumsuz benlik anlamında yararının olabileceği düşünülmektedir.

Hostilite bakımından değerlendirildiğinde, uygulanan müdahalenin hostilite düzeyini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Hostilite, adaletsizlik duygularını ya da kötü niyet şüphesini yansıtmaktadır (Buss ve Perry, 1992). Bakım verenlerin, demans tanısı olan bireyin davranışları ile ilgili şüphe duyabileceği düşünülmektedir. Örneğin; yaptıkları davranışları bilerek veya bakım vereni kızdırmak için yaptığını düşünebilirler. Bu anlamda bakım verenlere psikoeğitim verilmesi ve demans hakkında bilgi sağlanmış olması, bakım verenlerin bu anlamdaki şüphelerini yatıştırarak hostilitelerini azaltmalarını sağlayabilir. Bakım verenlerle ilgili hostilite bağlamında bir diğer ilgili olabilecek noktanın da bakım verme ile ilgili adaletsizlik üzerine olabileceği düşünülmektedir. Bakım verenler bekledikleri sosyal desteği alamadıklarının düşünebilirler. Bu anlamda da sosyal destek kaynaklarının sorgulanması, iletişim tekniklerinin aktarılması, problem çözmenin uygulanması ve bilişsel yeniden yapılandırmanın yapılmasının yararlı olabileceği, böylelikle de bakım verme anlamındaki adaletsizlik duygularının önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, demansla ilişkili daha fazla problemlili davranışla karşılaşan bakım verenlerde, hostilitenin daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Shaw ve ark., 2003). Bu anlamda da davranış yönetimi uygulamasının olumlu etkilerinin olabi-

leceği düşünülmektedir. Ayrıca, öfkeye müdahale etmek amacıyla gevşeme tekniklerinin kullanıldığı çalışmalar mevcuttur (Gallagher-Thompson ve DeVries, 1994). Bu sebeple, gevşeme tekniklerinin kullanılmasının da bu anlamda yararlı olabileceği tahmin edilmektedir.

Kontrol grubu açısından değerlendirildiğinde, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite açısından bir değişim görülmezken, toplam psikolojik belirti düzeyi ve anksiyete düzeylerinde yükselme olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubunun herhangi bir müdahale almıyor olması ve iki ölçüm arasında sekiz haftalık bir zaman dilimi olması sebepleriyle değişimin olmayacağı öngörülmüştür. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerde olumsuz benliğe, somatizasyona ve hostiliteye dair alanyazında çok fazla çalışmaya rastlanmıyor oluşu, kontrol grubunda değişim olmamasına dair tartışmayı sınırlandırmaktadır.

Kontrol grubundaki katılımcıların depresyon düzeylerinde bir değişiklik görülmemektedir. Demansın ilerleyici bir yapısı bulunmaktadır (Plassman ve ark., 2007) ve giderek daha fazla bakım istemektedir (Langa ve ark., 2001). Bakım vermeye ayrılan zaman arttıkça da bakım verenlerin depresyon düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (Kishita, Contreras, West ve Mioshi, 2020). Bu kapsamda bakım verenlerin zaman ilerledikçe daha fazla bakım vermeleri gerekeceğinden depresyonlarının artmasını bekleyebiliriz ancak burada ölçüm alınan zamanlar arasında sekiz haftalık bir süre bulunması sebebiyle bu değişimlerin gözlenmemesi de beklenir bir durumdur. Bir başka çalışmada da bu bulgu ile paralel olarak, daha uzun süreli bakım veriyor olmanın, depresyon riskini daha fazla arttırmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Capistrant, Berkman ve Glymour, 2014). Diğer taraftan da bir yakınının demans tanısı alması, bakım verenlerde daha çok depresif belirti gösterme şeklinde kendini gösterebilir. Örneğin, yapılan bir çalışmada eşinin demans tanısı alması ile bakım verenlerin depresif bozukluk yaşamaları ilişkili bulunmuştur (Chen, Thunell ve Zissimopoulos, 2020). Belki de bireyler bu tanı ile ilk karşılaştıklarında depresif belirtileri arttığı için ilerleyen zamanlarda depresyon düzeylerinde çok fazla artış görülmeyebilir. Bir başka deyişle, yüksek düzeydeki depresif belirtiler uzun süre devam edebilir (Roth, Haley, Owen, Clay ve Goode, 2001). Bu sebeple depresyonda belirgin bir artış olmayabilir zira mevcut düzey hali hazırda yüksek olabilir. Sonuç olarak, depresyon düzeyi bakım verme sürecinde yükselebilir ya da tanı alma ile yükselmiş olan depresyon düzeyi değişmeden yüksek olarak devamlılık gösterebilir. Ancak bu çalışma kapsamında değerlendirildiğinde, bir değişim görülmemektedir.

Anksiyete açısından değerlendirildiğinde, kontrol grubunun anksiyete düzeylerinin yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada da demans tanısı olan

bireyin günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bozulma olduğunda bir başka deyişle demans düzeyi ilerlediğinde bakım verenlerin daha yüksek anksiyete rapor ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Mahoney ve ark., 2005). Kontrol grubundaki katılımcılar bu anlamda bir sıkıntı yaşamış olabilirler. Ayrıca, bu çalışmada kontrol grubunun depresyon düzeyinde bir değişiklik görülmezken, anksiyete düzeyinde bir yükselme söz konusudur. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin anksiyete geliştirme ihtimallerinin, depresyon geliştirme ihtimallerinden daha yüksek olduğu bilinmektedir (Mahoney ve ark., 2005). Bu çalışmada da kontrol grubundaki katılımcıların depresyon düzeyleri değişmezken, anksiyete düzeyleri yükselme göstermiştir.

Bu çalışmanın bulguları alanyazına önemli katkılar sunmaktadır. Öncelikle, Türkiye'deki çalışmalar incelendiğinde demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik yapılmış bir BDT temelli müdahaleye rastlanmamıştır. Demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik müdahaleler uluslararası alanyazında yer almış olsa da ulusal alanyazında böylesine ihtiyaç olan bir örneklemeye yönelik herhangi bir müdahalenin var olması çok büyük bir eksikliği oluşturmaktadır. Böyle bir çalışmanın bu çalışmadan sonra da bu alanda müdahaleye yönelik çalışmaların artmasına temel sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmadan sonra yeni müdahalelerin geliştirileceği ve/veya uyarlanacağı gibi, bu müdahalelerin daha etkili olmasına yönelik incelemelerin de artacağı öngörülmektedir. Hem müdahalelerin hem de müdahalelerin etki çalışmalarının artmasının bu alana çok önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmaya başladıktan sonra çalışmayı yarıda bırakan katılımcı olmamıştır. Bu da çalışmanın güçlü bir yönünü oluşturmaktadır. Bu çalışmanın diğer güçlü yönleri ise ana çalışmadan önce pilot çalışmanın yapılmış olması ve çalışmada bir de kontrol grubunun bulunmasıdır. Çalışmanın yönergesi oluşturulmadan önce ilgili alanyazın incelenmiş ve bu doğrultuda bir yönerge oluşturulmuştur. Bu pilot çalışma ile yönergenin uygun olduğu görülmüş olup; sonrasında ana çalışmaya devam edilmiştir. Ana çalışmada ise müdahalenin etkisini sınavabilmek için kontrol grubu da oluşturulmuştur. Ayrıca hem pilot çalışmada hem de ana çalışmada katılımcıların müdahale ile ilgili geri bildirimleri alınmıştır. Bu da hem müdahale ile ilgili değişiklik yapabilmek hem de gelecek çalışmalara yön vermek açısından önemli bir katkı olarak görülmektedir. Bunlar da çalışmanın güçlü yanını oluşturmaktadır.

Öte yandan bu çalışmanın bazı sınırlı yönleri de mevcuttur. Katılımcı sayısının ve takip ölçümünün olmayışının bu çalışmanın zayıf yönlerinden olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın verilerinin toplandığı sırada Dünya'da COVID-19 yaygınlaşmış ve pandemi ilan edilmiştir. Sonrasında katılımcıların tamamının yaşadığı

İzmir ilinde büyük bir deprem meydana gelmiştir (30 Ekim 2020). Bu sebeplerle çalışmaya devam edilemediği gibi takip ölçümü de alınamamıştır. Sınırlı katılımcı sayısı bu çalışmanın zayıf yönünü oluştursa da alanyazın incelendiğinde demans tanısı olan bireye bakım verenler ile yapılan bireysel müdahale çalışmalarının da çok daha fazla katılımcı ile yapılmadığı görülmektedir (örn. Akkerman ve Ostwald, 2004; Ali ve Bokhary, 2015). Mevcut çalışmada sınırlı katılımcı sayısı ile ilişkili olabileceğini düşündüren iki durum bulunmaktadır. İlki müdahale ve kontrol gruplarının müdahale öncesindeki ölçümleri çalışmanın değişkenleri açısından farklılık göstermektedir. Çalışmada bunun önüne geçebilmek için seçkisiz atama yapılmasına rağmen gruplar arası farklılık oluşmuştur. İkinci olarak da kontrol grubu açısından daha düşük değerlere ulaşılmasının araştırmanın sonucunda oluşabilecek değişimi de sınırladığı düşünülmektedir. Bunlar da sınırlı katılımcı sayısına bağlı olarak gerçekleşmiş olabilir.

Bir diğer sınırlılığın ise örneklemin temsil ediciliği açısından olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma kapsamında, katılımcılara ulaşmak için Türkiye Alzheimer Derneği - İzmir Şubesi ile iletişime geçilmiş olup, yalnızca İzmir'den katılımcılara ulaşılmıştır. Ayrıca, katılımcılara dernek aracılığı ile ulaşıldığı için dernek ile iletişimi olan ve çalışmaya istekli olan katılımcılar çalışmaya katılmışlardır. Her ne kadar dezavantajlı gruba ulaşmak istenmesi sebebiyle müdahale katılımcıların evlerinde gerçekleştirilse de bu şekilde bile katılmayacak durumda olan bakım verenlerin de olabileceği tahmin edilmektedir. Tüm bu sebeplerin, örneklemin temsil ediciliğini, dolayısıyla da çalışmanın sonuçlarının genellebilirliğini düşüreceği düşünülmektedir.

Çalışma ile ilgili bir diğer sınırlılık ise çalışmada bir dikkat kontrol grubunun olmayışı olabilmektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar sekiz hafta boyunca ziyaret edilmiş ve müdahale uygulanmıştır. Ancak, kontrol grubundaki katılımcılardan sekiz hafta ara ile iki kez ölçüm alınmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların sekiz hafta boyunca ziyaret ediliyor oluşlarının bile olumlu bir etki yaratabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple, çalışmada müdahalenin uygulanmadığı ancak sekiz hafta boyunca ziyaretin yapıldığı bir dikkat kontrol grubunun olmayışı da bir diğer sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Son olarak, çalışma kapsamında öz-bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Öz-bildirim ölçekleri katılımcıların yanlı cevaplar vermeleri problemini de beraberinde getirebilmektedir. İlk ölçümlerde bakım vermenin zorluklarını vurgulamak için katılımcılar daha olumsuz cevaplar verebilirler. Son ölçümlerde ise, müdahaleyi uygulayan psikoloğu memnun etmek, emeklerinin karşılık bulduğunu gösterebilmek için daha olumlu cevaplar vere-

bilirler. Bu da çalışmaya dair bir diğer kısıtlılık olarak görülmektedir.

Gelecekte yapılacak çalışmalarda daha fazla katılımıya ulaşılabildiği takdirde bu çalışmada mümkün olmayan hem bakım veren hem de bakım alanın birtakım özellikleri açısından karşılaştırılması mümkün olacaktır. Örneğin, bakım alan bireylerin yaşına, demans düzeylerine, demans türlerine, ilk tanı aldıklarından müdahaleye kadar geçen süreye ya da demans tanısı olan birey ile akrabalık düzeylerine dair ayrımlar yapılabilir. Bu ayrımların yapılamadığı durumlarda da bu değişkenlere dair karşılaştırmalar gerçekleştirilebilir. Gruplar arasında farklılıklar olması durumunda ona uygun analizlerin yürütülebileceği düşünülmektedir. Ancak, bu çalışmanın elverişli örneklem ile yürütülmüş olması sebebiyle gruplar arasında karşılaştırma yapmaya uygun sayılara ulaşamamıştır. Örneğin, demans düzeyi açısından değerlendirildiğinde, 25 katılımcının orta düzey demansa, üç katılımcının hafif düzey demansa ve yedi katılımcının da ileri düzey demans tanısı olan kişiye bakım verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arasındaki bu katılımcı farklılığı da karşılaştırma yapmayı zor hale getirmektedir. Gelecek çalışmalarda, ayrımlar yapılmasının, yapılamadığında da karşılaştırma yapmaya uygun gruplara ulaşılmasının yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, alanyazında demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla kadın olduğu görülmektedir (Kwon, Ahn, Kim ve Park, 2017). Bu çalışmanın katılımcılarının büyük çoğunluğunu da kadınlar oluşturmaktadır. Ancak, günümüzde demografik özelliklerin ve sosyal normların değişmesi ile daha fazla erkeğin de bakım veren olduğu ifade edilmektedir (Sharma, Chakrabarti ve Grover, 2016). Bu sebeple, gelecekte erkek katılımcıların daha fazla olacağı çalışmaların yer alacağı tahmin edilmekte ve cinsiyet karşılaştırmaları açısından da böyle çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Yapılan müdahalelerde bu çalışmada da olduğu gibi sıklıkla müdahaleden önce ve müdahaleden sonra ölçüm alındığı görülmektedir (örn. Losada ve ark., 2011; Marquez-Gonzalez ve ark., 2007). Ancak, bakım vermenin uzun bir süreç olduğu bilinmektedir. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin %71'inin bir yıldan uzun süredir, %32'sinin ise beş yıldan uzun süredir bakım verdikleri belirtilmektedir (Alzheimer's Association, 2004). Bu sebeple, gelecekteki çalışmalarda kazanımların ne zamana kadar devam ettiği, devam edemiyorsa da hangi noktada sekteye uğramaya başladığına dair çalışmaların yapılması, bakım verenlerin psikolojik anlamda daha sağlıklı yaşamalarına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma kapsamında bakım vermenin bakım veren üzerindeki olumsuz etkilerine dair değerlendirmeler yapılmıştır. Ancak, bakım vermek her ne kadar olumsuz

sonuçlarla ilişkilendirilse de bakım veren bireyler için olumlu kazanımlar sağlanması da olasıdır (Roth, Dilworth-Anderson, Huang, Gross ve Gitlin, 2015). Bakım vermenin bu anlamda da değerlendirilip bireylerin güçlü yönlerinin de ortaya çıkarılması önem taşımaktadır. Bu anlamda gelecek çalışmalarda pozitif psikolojiye dair kavramların da incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Abreu, W., Rodrigues, T., Sequeira, C., Pires, R. ve Sanchudo, A. (2018). The experience of psychological distress in family caregivers of people with dementia: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 317-323.
- Akkerman, R. L. ve Ostwald, S. K. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 19(2), 117-123.
- Ali, S. ve Bokharey, I. Z. (2015). Efficacy of cognitive behavior therapy among caregivers of dementia: an outcome study. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(2), 249-269.
- Altuntaş, O. ve Koç, C. (2015). Demanslı Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Aktivite Performanslarının İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(1), 35-44.
- Alzheimer's Association (2004). Families Care: Alzheimer's Caregiving in the United States 2004. (19.04.2020 tarihinde https://www.alz.org/national/documents/report_familiescare.pdf adresinden alınmıştır.)
- Alzheimer's Association (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. (02.05.2020 tarihinde <https://www.alz.org/media/Documents/facts-and-figures-2018-r.pdf> adresinden alınmıştır.)
- Alzheimer Disease International (2020). Dementia facts & figures. (24.03.2021 tarihinde <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/> adresinden alınmıştır.)
- Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H. ve Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*, 3(3), 245-248.
- Arslantaş, D., Özbabalık, D., Metintaş, S., Özkan, S., Kalyoncu, C., Özdemir, G. ve Arslantas, A. (2009). Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *Journal of Clinical Neuroscience*, 16(11), 1455-1459.
- Au, A., Lau, K. M., Sit, E., Cheung, G., Lai, M. K., Wong, S. K. A. ve Fok, D. (2010). The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: A partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*, 33(4), 298-315.
- Buss, A. H. ve Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Campbell, S., Manthorpe, J., Samsi, K., Abley, C., Robinson, L., Watts, S., ve ark., J. (2016). Living with uncertainty: Mapping the transition from pre-diagnosis to a diagnosis of dementia. *Journal of Aging Studies*, 37, 40-47.
- Capistrant, B. D., Berkman, L. F. ve Glymour, M. M. (2014). Does duration of spousal caregiving affect risk of depression onset? Evidence from the Health and Retirement Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 766-770.
- Chen, C., Thunell, J. ve Zissimopoulos, J. (2020). Changes in physical and mental health of Black, Hispanic, and White caregivers and noncaregivers associated with onset of spousal dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 6(1), e12082.
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A. ve Marx, M. S. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(8), 908-916.
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S. ve Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 175-195.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. ve Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1006-1014.
- Crespo, M. ve Fernández-Lansac, V. (2014). Factors associated with anger and anger expression in caregivers of elderly relatives. *Aging & Mental Health*, 18(4), 454-462.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 9(4), 325-330.
- Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring and procedures*. Manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Family Caregiver Alliance. (2006). *Caregiver assessment: Voices and views from the field. Report from a National Consensus Development Conference*. San Francisco: Author.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS STATISTICS*. SAGE: London.
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P. ve Thompson, L. W. (2001). A psychoeducational intervention to reduce distress in Hispanic family caregivers: Results of a pilot study. *Clinical Gerontologist*, 23(1-2), 17-32.
- Gallagher-Thompson, D. ve Coon, D. W. (2007). Evi-

- dence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 37-51.
- Gallagher-Thompson, D. ve DeVries, H. M. (1994). Coping with frustration classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *The Gerontologist*, 34, 548-552.
- Gallagher-Thompson, D., Gray, H. L., Tang, P. C., Pu, C. Y., Leung, L. Y., Wang, P. C., ve ark. (2007). Impact of in-home behavioral management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese caregivers: results of a pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5), 425-434.
- Gallagher, D., Wrabetz, A., Lovett, S., DelMaestro, S. ve Rose, J. (1989). Depression and other negative affects in family caregivers. E. Light ve B. Lebowitz (Ed.), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for future research* içinde (218-244). Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Gallant, M. P. ve Connell, C. M. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers: Are caregivers at risk for negative health behavior change?. *Research on Aging*, 20(3), 267-297.
- Garand, L., Rinaldo, D. E., Alberth, M. M., Delany, J., Beasock, S. L., Lopez, O. L., ve ark. (2014). Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: a randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8), 771-781.
- Gitlin, L. N., Kales, H. C. ve Lyketsos, C. G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *Jama*, 308(19), 2020-2029.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Vause Earland, T., Adel Herge, E., Chernett, N. L., Piersol, C. V. ve Burke, J. P. (2009). The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potential. *The Gerontologist*, 49(3), 428-439.
- Glueckauf, R. L., Davis, W. S., Willis, F., Sharma, D., Gustafson, D. J., Hayes, J., ve ark. (2012). Telephone-based, cognitive-behavioral therapy for African American dementia caregivers with depression: initial findings. *Rehabilitation Psychology*, 57(2), 124-139.
- Gonyea, J. G., López, L. M. ve Velásquez, E. H. (2016). The effectiveness of a culturally sensitive cognitive behavioral group intervention for Latino Alzheimer's caregivers. *The Gerontologist*, 56(2), 292-302.
- Gurvit, H., Emre, M., Tinaz, S., Bilgic, B., Hanagasi, H., Sahin, H., ve ark. (2008). The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 23(1), 67-76.
- Hepburn, K. W., Lewis, M., Kirk, L. N., Narayan, S., Center, B., Bremer, K. L. ve Tornatore, J. (2006). Partners in caregiving: A psychoeducation program affecting dementia family caregivers' distress and caregiving outlook. *Clinical Gerontologist*, 29(1), 53-69.
- Hopkinson, M. D., Reavell, J., Lane, D. A. ve Mallikarjun, P. (2018). Cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in caregivers of dementia patients: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 59(4), e343-e362.
- Jacobson, E. (1938). Progressive muscle relaxation. *Journal of Abnormal Psychology*, 75(1), 18.
- Keskinoğlu, P., Yaka, E., Ucku, R., Yener, G. ve Kurt, P. (2013). Prevalence and risk factors of dementia among community dwelling elderly people in Izmir, Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 16(2), 135-141.
- Kishita, N., Contreras, M. L., West, J. ve Mioshi, E. (2020). Exploring the impact of carer stressors and psychological inflexibility on depression and anxiety in family carers of people with dementia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 119-125.
- Kwon, O. Y., Ahn, H. S., Kim, H. J. ve Park, K. W. (2017). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Neurology*, 13(4), 394-404.
- Langa, K. M., Chernew, M. E., Kabeto, M. U., Regula Herzog, A., Beth Ofstedal, M., Willis, R. J., ve ark. (2001). National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 16(11), 770-778.
- Lethin, C., Renom-Guiteras, A., Zwakhalen, S., Soto-Martin, M., Saks, K., Zabalegui, A., ve ark. (2017). Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home. *Aging & Mental Health*, 21(11), 1138-1146.
- Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., ve ark. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1291-1300.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Ly-

- ketsos, C. G. ve Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Losada, A., Márquez-González, M. ve Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1119-1127.
- Madruca, M., Gozalo, M., Prieto, J., Adsuar, J. C. ve Gusi, N. (2020). Psychological symptomatology in informal caregivers of persons with dementia: Influences on health-related quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1078.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C. ve Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801.
- Marquez-Gonzalez, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojas, G. ve Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, 11(6), 616-625.
- Mavandadi, S., Patel, S., Benson, A., DiFilippo, S., Strem, J. ve Oslin, D. (2017). Correlates of caregiver participation in a brief, community-based dementia care management program. *The Gerontologist*, 57(6), 1103-1112.
- Meichsner, F., Töpfer, N. F., Reder, M., Soellner, R. ve Wilz, G. (2019). Telephone-based cognitive behavioral intervention improves dementia caregivers' quality of life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34(4), 236-246.
- Mitchell, M. L. ve Courtney, M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(4), 223-231.
- Pan, Y. ve Chen, R. (2019). The effect of a nurse-led cognitive behavioral protocol on depressive symptoms and coping strategies of dementia caregivers. *Journal of Nursing Research*, 27(6), e55.
- Passoni, S., Moroni, L., Toraldo, A., Mazzà, M. T., Bertolotti, G., Vanacore, N. ve Bottini, G. (2014). Cognitive behavioral group intervention for Alzheimer caregivers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 28(3), 275-282.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. ve Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pinquart, M. ve Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.
- Pinquart, M. ve Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., ve ark. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132.
- Pot, A. M., Deeg, D. J. H. ve van Dyck, R. (1997). Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: changes over time. *Aging & Mental Health*, 1(3), 261-268.
- Razani, J., Kakos, B., Orieta-Barbalace, C., Wong, J. T., Casas, R., Lu, P., ve ark. (2007). Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1415-1420.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Mausbach, B. T. ve Losada, A. (2012). Variables modulating depression in dementia caregivers: A longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1316-1324.
- Roth, D. L., Dilworth-Anderson, P., Huang, J., Gross, A. L. ve Gitlin, L. N. (2015). Positive aspects of family caregiving for dementia: Differential item functioning by race. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(6), 813-819.
- Roth, D. L., Haley, W. E., Owen, J. E., Clay, O. J. ve Goode, K. T. (2001). Latent growth models of the longitudinal effects of dementia caregiving: A comparison of African American and White family caregivers. *Psychology and Aging*, 16(3), 427-436.
- Sarıkaya, N. A., Sukut Ö. ve Ayhan, C. H. (2017). Alzheimer Hastalarında Görülen Davranışsal Sorunları Yönetme. *Jaren*, 3(Ek Sayı), 33-38.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. ve Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-791.
- Searson, R., Hendry, A. M., Ramachandran, R., Burns, A. ve Purandare, N. (2008). Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in carers. *Aging and*

- Mental Health*, 12(2), 276-282.
- Sharma, N., Chakrabarti, S. ve Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17.
- Shaw, W. S., Patterson, T. L., Semple, S. J., Dimsdale, J. E., Ziegler, M. G. ve Grant, I. (2003). Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 293-302.
- Small, J. A. ve Gutman, G. (2002). Recommended and reported use of communication strategies in Alzheimer caregiving. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(4), 270-278.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Thompson, R. T. L., Lewis, S. L., Murphy, M. R., Hale, J. M., Blackwell, P. H., Acton, G. J., ... ve Bonner, P. N. (2004). Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of patients with Alzheimer's disease?. *Biological Research for Nursing*, 5(4), 319-330.
- Um, T. ve Choi, B. (2018). Factors related to anxiety and depression of the family caregivers' with dementia patients: based on 2015 community health survey. *The Journal of Korean Society for School & Community Health Education*, 19(3), 65-77.
- Williamson, G. M. ve Schulz, R. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *Journal of Gerontology*, 47(6), P367-P372.
- Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F. ve Soellner, R. (2018). The Tele. TAnDem intervention: telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *Gerontologist*, 58(2), e118-e129.
- Wilz, G. ve Soellner, R. (2016). Evaluation of a short-term telephone-based cognitive behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 39(1), 25-47.
- Winslow, B. W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health*, 20(1), 27-37.
- Yazar, T., Yazar, H. O., Demir, E. Y., Özdemir, F., Çankaya, S. ve Enginyurt, Ö. (2018). Assessment of the mental health of carers according to the stage of patients with diagnosis of Alzheimer-type dementia. *Neurological Sciences*, 39(5), 903-908.

Summary

Development of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention for Caregivers of Individuals with Dementia

Elçin Yorulmaz¹

Dokuz Eylül University

Gülay Dirik

Dokuz Eylül University

Dementia is the general name of brain syndromes that have effects on memory, thinking, behavior and emotions (Alzheimer Disease International, 2020) and a decrease is seen in individuals' ability to perform daily activities (Plassman et al., 2007). In addition to the structure of dementia that affects daily life, caregivers of individuals with a diagnosis of dementia want to provide care because they want to keep the person with dementia at home and be close to the person with dementia and see this as a duty as a spouse or partner (Alzheimer's Association, 2018). It seems inevitable that caregiving will affect the psychological health of caregivers (Pinquart & Sörensen, 2003; Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). Caregivers of individuals with a diagnosis of dementia reported depression (Covinsky et al., 2003; Cuijpers, 2005; Mahoney, Regan, Katona, & Livingston, 2005), anxiety (Cooper, Balamurali, & Livingston, 2007; Liu et al., 2017; Mahoney et al., 2005), hostility (Anthony-Bergstone, Zarit, & Gatz, 1988; Razani et al., 2007), and somatization (Abreu, Rodrigues, Sequeira, Pires, & Sanhudo, 2018). While there are limited studies on hostility and somatization, no study has been found on caregivers of individuals with a diagnosis of dementia and negative self concept.

One of the models for caregivers of Alzheimer's patients regarding the consequences of caregiving is the Stress Process Model (Pearlin et al., 1990). According to this model, caregiving is a process consisting of many situations and these situations interact with each other. There are 4 main areas in the model: background and context, stressors, stress mediators, and outcome. (Pearlin et al., 1990). It is stated that the stress process model is suitable for both research and practice (Family Caregiver Alliance, 2006), and there are many studies in this sense. As different parts of the model were examined in different studies (Au et al., 2010; Gallant & Connell, 1998; Winslow, 1997), the stress process model was also used in intervention studies. For example, in a study, the stress process model was used in an interven-

tion in which Cognitive Behavioral Therapy (CBT) was applied to caregivers of individuals with dementia. In other words, the CBT was developed for the depression of African-American caregivers based on the stress process model. As a result of the study, an improvement was observed in caregivers' care burden, depression level and physical symptoms (Glueckauf et al., 2012).

In this study, it is aimed to develop a CBT-based intervention for family members who care for individuals with dementia diagnosis based on CBT and the Stress Process Model. The study was planned to consist of three phases. In the first phase, the relevant literature was reviewed and a CBT intervention was prepared for family members caring for the individual with dementia. In the second phase, it was aimed to carry out a pilot study, and in the third phase, to conduct the main study. The hypotheses of the study are as follows:

H₁: When the pre-intervention and post-intervention measurements of the participants in the intervention group were compared; They are expected to show lower levels of psychological symptoms (depression, anxiety, negative self-concept, somatization and hostility).

H₂: In the control group, when the first measurement and the last measurement were compared; It is expected that there will be no change in the levels of psychological symptoms (depression, anxiety, negative self-concept, somatization, hostility).

In addition, when the post-intervention measurement of the intervention group is compared with the last measurement of the control group,

H₃: In the intervention group; It is expected that there will be a decrease in the level of psychological symptoms (depression, anxiety, negative self-concept, somatization, and hostility) in post-intervention compared to the pre-intervention, and this decrease is expected to be greater than the decrease compared to the last measurement and the first measurement of the control group.

Address for Correspondence: ¹Asst. Prof. Elçin Yorulmaz, Dokuz Eylül University, Department of Psychology, Campus of Tinaztepe, 35390 Buca / İzmir

E-mail: elcin.ayranci@deu.edu.tr

Method

Participants

Thirty-five caregivers of individuals with dementia diagnoses were included in the study, ranging in age from 41 to 75 ($M = 59.37$, $SD = 7.85$), 31 (88.6%) female, 4 (11.4%) male, most of whom were daughters of the individual with dementia (71.4%). The vast majority of the participants (88.6%) provide care 24 hours a day, 7 days a week. When the individuals diagnosed with dementia who received care were evaluated, it was concluded that while the age of care recipients ranged from 56 to 94 ($M = 81$, $SD = 8.82$), 30 (85.7%) were women and the majority (71.4%) had moderate dementia.

Materials

Sociodemographic Information Form and Brief Symptom Inventory were used for data collection.

Intervention

In this study, the Stress Process Model was used in addition to CBT, as it was intended to establish a basis with a theoretical framework. Based on the conclusion of a meta-analysis study that eight and less than eight sessions did not differ in reducing depression and stress with more than eight sessions (Hopkinson, Reavell, Lane, & Mallikarjun, 2018), the intervention was structured as eight sessions.

Although the practices of CBT are effective on family members who care for individuals with dementia, the intervention was carried out at the participants' homes since participation poses a serious problem (Mavandadi et al., 2017). Participants in the intervention group were interviewed once a week for one hour in their own homes for eight weeks. Measurements were taken in the first session and in the last session. Participants in the control group were also visited at their homes, and only measurements were taken in two interviews conducted eight weeks apart. After the measurements, the participants in the control group were informed about caregiving and behavior management.

The intervention, which is structured as eight sessions, includes psychoeducation in the first session (Gallagher-Thompson, Arean, Rivera, & Thompson, 2001; Hepburn et al., 2006; Livingston et al., 2005; Pinquart & Sørensen, 2006). Behavior management in the second session (Cohen-Mansfield, Libin, & Marx, 2007; Gitlin, Kales, & Lyketsos, 2012; Sankaya, Sukut, & Ayhan, 2017) and activity planning in the third session (Gitlin et al., 2009; Losada et al., 2011; Searson, Hendry, Ramachandran, Burns, & Purandare, 2008; Williamson & Schulz, 1992). While elements of social support, problem solving (Garand et al., 2014) and communication

(Small & Gutman, 2002) were included in the fourth session, cognitive restructuring was discussed in the fifth and sixth sessions (Losada et al., 2011; Marquez-Gonzales et al., 2007). In the seventh session, Jacobson's progressive muscle relaxation was applied (1938). The last session includes the evaluation of the interviews, the possible problems that participants think they will encounter in their future life, and the evaluation of the solutions for those problems. Between sessions, brochures and forms were given as homework for the repetition of what was conveyed in that application, as well as an audio recording of progressive muscle relaxation.

Procedure

Before starting the study, permission was obtained from the Ethics Committee of Dokuz Eylül University Faculty of Letters (Ethics Committee Decision No: 2019/33/5). After the permission was taken, the Turkish Alzheimer's Association – Izmir Branch was interviewed and assistance was received from the association regarding the participant.

Thirty-eight caregivers of dementia patients assessed for eligibility. Two caregivers were excluded from study. One participant did not meet inclusion criteria and one caregiver was excluded from the study due to the death of a relative. For these reasons, two participants were not included in the study. The remaining 36 participants were randomly assigned to the intervention and control groups. This assignment was made with SPSS. One of the participants in the control group could not be included in the study due to the death of the individual participant cared for. As a result, the study started with 18 participants in the intervention group and 17 participants in the control group. A pilot study was conducted with 12 randomly assigned participants from the intervention group, and after the positive results were obtained, the main study was started. The study was completed with 35 participants (97.22%). Informed consent forms were signed in order to obtain the consent of the participants in both the pilot study and the main study and to convey the purpose of the study to the participants.

Results

IBM SPSS Statistics (Version 21) was used for the analysis of the data obtained from the research. Descriptive analyzes were made on the demographic characteristics of the participants and the variables of the study. The pre-intervention and post-intervention values of the intervention and control groups were compared among themselves. In this context, the differences in the pre-intervention and post-intervention measurements of the participants were taken and it was tested whether the dif-

ferences were normally distributed. While the dependent sample t-test was applied for the normally distributed variables, the Wilcoxon Signed Rank Test was used for the non-normally distributed variables (Field, 2013).

When the intervention group was evaluated, the participants reported lower levels of psychological symptom ($Z = -3.62, p < .001$), depression ($t(17) = 5.62, p < .001$), anxiety ($Z = -3.56, p < .001$), negative self-concept ($t(17) = 4.62, p < .001$), somatization ($Z = -2.98, p < .05$), and hostility ($t(17) = 5.15, p < .001$) in post-intervention as compared to pre-intervention. When analyzed in terms of the control group, psychological symptoms ($t(16) = -2.85, p < .05$) and anxiety ($t(16) = -4.42, p < .001$) levels were increased in the last measurements compared to the participants' first measurements, while depression ($t(16) = 1.15, p > .05$), negative self-concept ($Z = -1.18, p > .05$), somatization ($t(16) = .00, p > .05$) and hostility ($t(16) = -1.38, p > .05$) levels did not change.

The differences in the pre-test and post-test results of the intervention and control groups were compared. The decrease in the intervention group after the intervention compared to the pre-intervention was greater than the decrease between the first measurement and the last measurement in the control group in terms of psychological symptoms ($U = 4.00, z = -4.92, p < .001$), depression ($t(19.67) = 5.72, p < .001$), anxiety ($U = 9.50, z = -4.75, p < .001$), negative self-concept ($U = 37.50, z = -3.84, p < .001$), somatization ($U = 67.50, z = -2.86, p < .01$) and hostility ($t(24.23) = 5.24, p < .001$).

Discussion

The aim of this study is to develop and examine the effect of a CBT-based intervention for caregivers of individuals with dementia diagnosis. As a result of the study, it was seen that this intervention developed had positive effects on psychological symptoms (depression, anxiety, negative self-concept, somatization and hostility). Hypotheses about the intervention group are supported by this study. In terms of the control group, the hypotheses are supported, except for the hypotheses about psychological symptom and anxiety. In addition, hypotheses are supported that the intervention group's reduction in psychological symptoms, depression, anxiety, negative self, somatization, and hostility after the intervention compared to the pre-intervention was greater than the decrease in the last measure compared to the first measure of the control group. Contrary to the decrease in the control group, there was an increase in the levels of psychological symptoms and anxiety, while there was no change in the levels of depression, negative self, somatization and hostility.

When evaluated in terms of the intervention group, in CBT studies applied to caregivers of individuals with dementia, CBT was found to have positive effect on psychological health (e.g. Ali & Bokhary, 2015; Meichsner et al., 2019; Wilz et al., 2018), depressive symptoms (Gallagher-Thompson et al., 2007; Gonyea, López, & Velásquez, 2016; Losada et al., 2011; Marquez-Gonzalez et al., 2007; Pan & Chen, 2019; Wilz et al., 2018), anxiety (Akkerman & Ostwald, 2004; Passoni et al., 2014) and somatic complaints (Wilz & Soellner, 2016). It has been concluded that this developed intervention has positive effects on the level of psychological symptoms, depression, anxiety and somatization in parallel with the literature. Although there was any study found to compare negative self-concept and hostility in the literature, it is seen that the intervention has positive effects within the scope of this study. It is thought that the components used in the developed intervention may have an impact on these positive outcomes (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Garand et al., 2014; Romero-Moreno, Márquez-González, Mausbach, & Losada, 2012).

According to control group, it was expected that there would be no change due to the fact that the control group did not receive any intervention and there was an eight-week period between the two measurements. There was found no change in depression, negative self-concept, somatization and hostility. Parallel to this finding, in a study, it was concluded that providing longer-term care does not increase the risk of depression more (Capistrant, Berkman, & Glymour, 2014). The fact that there are not many studies in the literature on negative self-concept, somatization and hostility in caregivers of individuals with dementia diagnosis limits the discussion about the absence of change in the control group. In addition, in this study, it was concluded that the anxiety levels of the control group increased. In a study, it was concluded that caregivers report higher anxiety when the dementia diagnosis is more impaired in the activities of daily living, in other words, when the dementia level progresses (Mahoney et al., 2005). Participants in the control group may have experienced a problem in this sense. In addition, while there was no change in the depression level of the control group in this study, there was an increase in the anxiety level. It is known that caregivers of individuals with dementia are more likely to develop anxiety than to develop depression (Mahoney et al., 2005). In this study, while the depression levels of the participants in the control group did not change, their anxiety levels increased.

The findings of this study make important contributions to the literature. First of all, no CBT-based intervention has been found in the national literature for caregivers of individuals with dementia diagnosis. It is

thought that such a study will provide a basis for the increase of studies on intervention in this field. In addition, the absence of dropouts in the study, the pilot study, and the presence of a control group in the main study are the strengths of this study. On the other hand, there are some limitations of this study. The lack of follow-up measurement, the fact that data was obtained from caregivers living in İzmir, the absence of an attention control group and the use of self-report scales are the limitations of the study.

For future studies related to caregivers of individuals with dementia diagnosis, it is thought that if more participants can be reached, more specific groups can be studied. For example, distinctions can be made regarding the age of caregivers, dementia levels, types of dementia, the time from the first diagnosis to the intervention, or the level of kinship with the individual with dementia diagnosis. In addition, it is seen in the literature that family members who care for individuals with dementia diagnosis are mostly women (Kwon, Ahn, Kim, & Park, 2017). The majority of the participants in this study are women. However, it is stated that today, with the change in demographic characteristics and social norms, more men are also caregivers (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016). For this reason, it is estimated that studies with more male participants will take place in the future, and it is thought that such studies will be beneficial in terms of gender comparisons. In addition, it is expected that taking the follow-up measurement and addressing the positive effects of caregiving in future studies will make significant contributions to the literature.