

Demans Tanısı Olan Kişilere Bakım Verenler ve Bilişsel Davranışçı Terapi: Sistematik Derleme

Dementia Caregivers and Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review

Elçin Yorulmaz¹, Gülay Dirik¹

Öz

Demans her geçen gün artan sayılarda görülmektedir ve demans tanısı alan kişiler başka insanların bakımına ihtiyaç duymaktadırlar. Bakım verenler ise genelde kişinin aile üyeleri olmaktadır. Bakım verenler psikolojik sıkıntılar yaşayabilmekte ve psikolojik yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler. Bu nedenle bu çalışmanın amacı demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi temelli müdahalelerin etkisinin incelenmesidir. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi temelli müdahalelerinin gözden geçirilmesi amacıyla EBSCOHost (Medline dahildir), Web of Science ve Cochrane (PubMed ve Embase dahildir) veri tabanlarında 1990-2020 yılları arasında yayınlanmış araştırmalar, ilgili anahtar kelimelerle taranmıştır. Bu tarama ve raporlama sistematik derlemelerin rapor edilmesinde kullanılan PRISMA Bildirimi'ne uygun olarak yürütülmüştür. İlk belirlemede 819 çalışmaya ulaşılmıştır. Tekrar eden çalışmalar çıkarıldığında, dahil etme ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurulduğunda 20 çalışma bu derlemeye dahil edilmiştir. Bilişsel Davranışçı Terapi temelli müdahalelerin bireysel ve grup olarak uygulanabildiği ve bu uygulamaların yüz yüze, telefon ve internet aracılığıyla yapıldığı tespit edilmiştir. Çalışmalarda seansların süresi, sıklığı ve yapılan değerlendirmeler farklılık gösterse de Bilişsel Davranışçı Terapi müdahalelerinin demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine, bakım alan demans tanısı olan kişilere ve iletişimlerine olumlu katkıların olduğu görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, Bilişsel Davranışçı Terapinin demans tanısı olan kişilere bakım veren aile üyeleri için etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaların bulguları ilgili alanyazın ışığında tartışılmış olup, gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Bilişsel davranışçı terapi, bakım veren, demans, Alzheimer hastalığı, sistematik derleme

Abstract

Dementia is seen in increasing numbers, and people diagnosed with dementia need other people's care. Caregivers are generally family members of the person and may experience psychological difficulties and may need psychological help. Therefore, the aim of this study is to investigate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) based interventions applied to family caregivers of people with dementia. In order to review CBT based interventions for family caregivers of people with dementia, researches published between 1990-2020 in EBSCOHost (including Medline), Web of Science and Cochrane (including PubMed and Embase) databases were scanned. These screening and reporting were carried out in accordance with the PRISMA Statement used in reporting systematic reviews. In the first identification, 819 studies were obtained. When repeated studies were excluded, considering the inclusion and exclusion criteria, 20 studies were included for this review. It was determined that CBT based interventions can be applied individually and as a group, and these applications can also be carried out face-to-face, via telephone and the Internet. Although the duration, frequency and evaluations of the sessions differ in the studies, it is seen that CBT interventions have positive contributions to family caregivers of people with dementia, dementia patients receiving care, and communication between them. When evaluated in general, it is concluded that CBT is effective for family caregivers of people with dementia. The findings of the studies were discussed in the light of the related literature and suggestions were made for future studies.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, caregivers, dementia, Alzheimer disease, systematic review

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

✉ Elçin Yorulmaz, Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir, Türkiye
elcinayranc@gmail.com | 0000-0001-8353-0952

Geliş tarihi/Received: 07.05.2020 | Kabul tarihi/Accepted: 04.07.2020 | Çevrimiçi yayın/Published online: 30.11.2020

DEMANS günümüzde oldukça sık görülmektedir. 2015 yılında Dünya üzerinde 47,47 milyon demans tanısı olan kişi bulunduğu tespit edilmiştir. Demans tanısı alan kişi sayısının her geçen gün artacağı öngörülmekte, 2030 yılında 75,63 milyon, 2050 yılında ise 135,46 milyon demans tanısı almış kişinin olması beklenmektedir (Alzheimer Disease International 2013). Daha da çarpıcı olanı her 4.1 dakikada 1, yeni bir vaka ortaya çıkmaktadır (WHO 2015). Demans tanısı belirli kritere göre konulmakla birlikte (WHO 1992, APA 1994), en temel kriter bireylerin belleklerinde, düşüncelerinde, davranışlarında ve günlük hayatlarını devam ettirme becerilerinde bozulmaların olmasıdır (WHO 2019).

Demans tanısı alan kişilerin büyük bir kısmına aile üyeleri tarafından evde bakım verilmektedir. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri, bakım verdikleri bireye yemek yedirmek, giydirmek, banyo yaptırmak ve tualete götürmek gibi çok çeşitli hizmetlerde bulunmaktadır (Alzheimer's Association 2004). Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin yarısının haftada en az 46 saatlerini bakım verme ile geçirdikleri (Schulz ve ark. 2003) ve kendilerine zaman ayırmak, doktora gitmek, alışverişe gitmek, yürüyüş yapmak ve yemek yapmak açısından sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (Altuntaş ve Koç 2015). Özetle, demansın yaygınlığı günden güne artış göstermektedir ve tanı alanlar kendilerine bakım verecek bir kişiye ihtiyaç duymaktadır. Bakım verenler pek çok hizmette bulunurken, kendi yaşamlarını devam ettirme anlamında problemler yaşayabilmektedirler.

Bakım vermenin uzun saatler alması ve bakım verenlerin kendi hayatlarını etkilemesi göz önüne alındığında bakım vermenin bakım verenleri olumsuz etkilemesi kaçınılmaz görünmektedir. Genellikle de bakım vermek, bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri yüksek düzeyde stres (Oyebode 2003, Gilhooly ve ark. 2016), psikolojik sıkıntı (Stall ve ark. 2019), depresyon (Covinsky ve ark. 2003) ve anksiyete (Liu ve ark. 2017) rapor etmişlerdir. Bakım vermenin bireylerin psikolojik sağlıklarını etkilemesi, demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik psikolojik müdahalelerin önemini artırmaktadır. Ayrıca, demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri de en çok psikolojik yardıma ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir (Soner ve Aykut 2017). Çok çeşitli müdahale yöntemleri olmakla birlikte demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik müdahalelerden biri de Bilişsel Davranışçı Terapidir (BDT). BDT bireylerin stresli ve zor durumlarla baş etmelerine yardımcı olan bilişsel ve davranışsal becerileri geliştirmelerini içermektedir ve demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri için etkili bulunan müdahalelerin en başında yer almaktadır (Gallagher-Thompson ve Coon 2007). Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik pek çok BDT çalışması olsa da (ör., Wilz ve Soellner 2016, Barnest ve Markham 2018, Meichsner ve ark. 2018), ulusal alanyazında yapılmış böyle bir çalışmaya ve bu çalışmalara dair sistematik bir derlemeye ulaşılamamıştır. Bu nedenle bu çalışma kapsamında BDT temelli müdahalelerin demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri üzerindeki etkilerine yönelik sistematik bir derleme yapılması amaçlanmıştır. Bu incelemeye başlarken oluşturulan sistematik derleme sorusu "Demans tanısı olan kişilere bakım verenler için bilişsel davranışçı terapi müdahaleleri etkili midir?" şeklindedir.

Yöntem

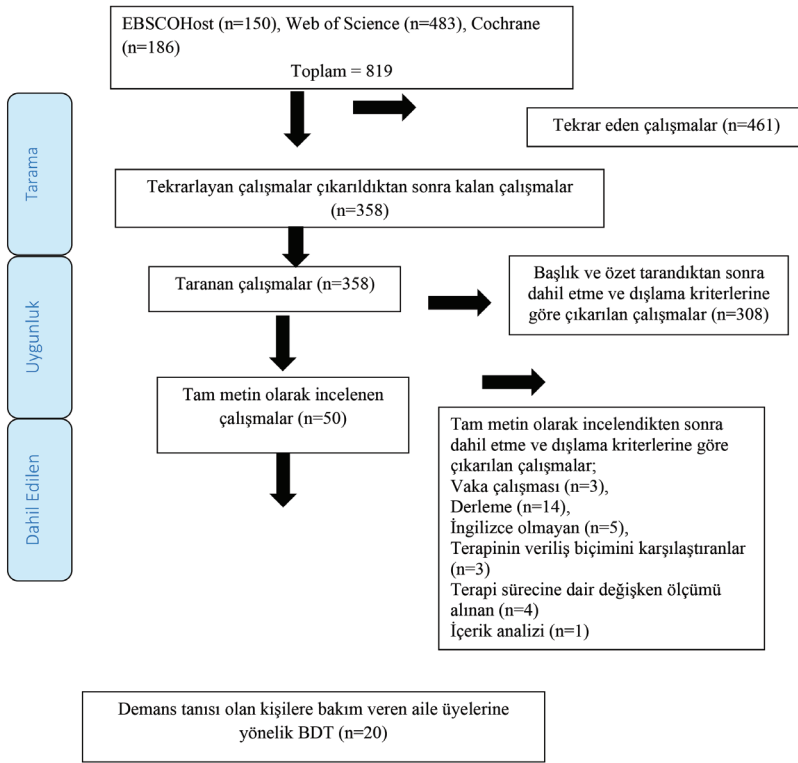
Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik BDT temelli müdahalelerinin gözden geçirilmesi amacıyla EBSCOHost (Medline dahildir), Web of Science ve Cochrane (PubMed ve Embase dahildir) veri tabanlarında 1990-2020 yılları arasında yayınlanmış araştırmalar taranmıştır. Bu tarama çalışmaları sistematik derlemelerin rapor edilmesinde kullanılan PRISMA Bildirimi'ne uygun olarak yürütülmüştür (Moher ve ark. 2009). Bu kapsamda yapılan ulusal bir çalışmaya ulaşamadığı için taramalar İngilizce yapılmıştır. Mart 2020 de yapılan taramada “cognitive behavioral therapy” and “caregivers of dementia patients”, “cognitive behavioral therapy” and “dementia caregivers” “cognitive behavioral therapy” and “caregivers of Alzheimer patients”, ve “cognitive behavioral therapy” and “Alzheimer’s caregiver” anahtar kelimeleri ile demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine uygulanan BDT temelli müdahaleler araştırılmıştır.

Tarama kapsamında demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik BDT temelli müdahaleler incelenirken, müdahalenin uygulanış biçimine (yüz-yüze, telefon ve internet), seansların süresine ve sıklığına ve katılımcı sayısına dair sınırlama getirilmemiştir. Ayrıca, katılımcıların yaşına, çalışmadaki cinsiyet dağılımına, bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili sorumluluklarına ve bakım verme sürelerine dair de bir kısıtlama yapılmamıştır. Dahil etme kriterleri; (1) katılımcıların bakım veren olması ve demans tanısı olan bireyin aile üyesi olması, (2) müdahalenin BDT temelli olması. Dışlama kriterleri ise; (1) BDT'nin öğelerine dair karşılaştırma ve birleştirme çalışmaları olması, (2) müdahalenin sonucunun değil, sürecinin incelenmiş olması, (3) vaka çalışması olması, (4) derleme olması, (5) İngilizce olmaması, (6) nicelik analizi olmaması olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Çalışma seçimi

Yapılan inceleme sonucunda EBSCOHost (n=150), Web of Science (n=483) ve Cochrane (n=186) olmak üzere toplamda 819 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde 461 çalışmanın tekrar ettiği belirlenmiştir. Tekrar eden çalışmalar çıkarıldıktan sonra geriye kalan 358 çalışma dahil etme ve dışlama kriterleri baz alınarak değerlendirilmiştir. 358 çalışmanın 308'i dahil etme ve dışlama kriterlerini karşılamamaktadır. Geriye kalan 50 çalışmanın tam metni değerlendirilmiş olup, çalışmaların 30'u, vaka çalışması (n=3), derleme çalışması (n=14), İngilizcenin dışındaki dillerde yazılması (n=5), terapinin veriliş biçimini karşılaştırması (n=3), terapi sürecini incelemesi (n=4) ve nitel analiz yapılması (n=1) sebepleriyle bu makaleye dahil edilmemiştir. Tam metin olarak değerlendirilen 20 çalışma mevcut derleme makalesine dahil edilmiştir. Çalışmanın PRISMA akış diyagramı Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. PRISMA akış diyagramı (Moher ve ark. 2009)

Çalışmaların özellikleri

Bu bölümde bu makalede yer verilen 20 çalışmaya dair bilgiler verilecektir. Dahil edilen bu çalışmaların nerede yapıldığı, bakım verilen bireylerin demanslarının tipi, bakım veren bireylerin demans tanısı olan birey ile yakınlıkları, çalışmaların kaç katılımcı ile yürütüldüğü, katılımcıların yaşları ve cinsiyetleri, ortalama bakım verme süreleri ve haftalık bakım verme süreleri ve kontrol grubunun olup olmadığı ile ilgili bilgiler Tablo 1'de sunulmaktadır. Tablo 2'de ise tedavinin türüne (yüz-yüze, telefon ve internet), yöntemine (bireysel ve grup), seans bilgilerine (adet, sıklık ve süre), uygulanan BDT teknik ve müdahalelerine, değerlendirme zamanlarına, çalışmalarda kullanılan ölçeklere ve BDT'nin yararlarına dair bilgiler verilmektedir. Bu bölüm kapsamında (aşağıdaki paragraflarda) referans olarak verilen numaralar Tablo 1'de yer almaktadır.

Verilerin toplandığı ülkeler

Ele alınan çalışmaların verilerinin hangi ülkelerden toplandığı değerlendirildiğinde verilerin Amerika (2, 5, 6, 7), Pakistan (3), Birleşik Krallık (4), Almanya (11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20), Çin (14), Hong Kong (8), İtalya (15), Brezilya (1) ve İspanya (9, 10) gibi ülkelerden

Tablo 1. Çalışmaların ve katılımcıların genel özellikleri

Bulgularda yer alan numaralar	Yazar ve yıl	Ülke	Demans türü	Demans tanısı olan kişi ile yakınlığı	Katılımcı Sayısı
1	Aboulafia-Brakha ve ark. 2014	Brezilya (Sao Paulo)	AL	Eş, çocuk	27
2	Akkerman ve Ostwald 2004	Amerika (Teksas)	AL	BV	35
3	Ali ve Bokhary 2015	Pakistan (Lahor)	AL	Eş, çocuk, gelin	8
4	Barnest ve Markham 2018	Birleşik Krallık	AL, VD ve KT	Eş ve çocuk	52
5	Gallagher-Thompson ve ark. 2007	Amerika (San Francisco)	Demans	Eş, kız çocuk ve gelin	45
6	Glueckauf ve ark. 2007	Amerika (Florida)	AL ve VD	Eş, çocuk, kız kardeş ve yeğen	14
7	Gonyea, Lopez ve Velasquez 2016	Amerika (Massachusetts)	AL	Eş, kız çocuk ve diğerleri	67
8	Kwok ve ark. 2014	Hong Kong	Demans	Eş, çocuk, gelin-damat, torun	26
9	Losada ve ark. 2011	İspanya (Madrid)	AL ve diğerleri	Eş, çocuk, gelin, damat, yeğen v.b	157
10	Marquez-Gonzalez ve ark. 2007	İspanya (Madrid)	Demans	Eş, erkek evlat, diğer akrabalar	74
11	Meichsner ve ark. 2018	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve B	Eş ve çocuk	37
12	Meichsner ve ark. 2019	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ve diğerleri	273
13	Meichsner ve Wilz 2018	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ya da başka bir aile üyesi	273
14	Pan ve Chen 2019	Çin	AL, VD, SMMT <17	Eş ve diğerleri	112
15	Passoni ve ark. 2014	İtalya (Milano)	AL	Eş, çocuk ve kız kardeş	102
16	Töpfer ve Wilz 2018	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ve diğerleri	273

Yaş ortalaması/ standart sapması	Yaş aralığı	Cinsiyet dağılımı	Kontrol grubu var mı?/ varsa türü	Ortalama bakım verme süresi	Haftalık bakım vermeye ayrılan ortalama zaman (saat)
BDTG: 59.42/6.67, EG: 55.07/ 10.68	BV	BDTG: %100'ü, EG: %67'si K	Eğitim alan grup ile BDT alan grup karşılaştırılıyor.	BDTG: 2.92 yıl, EG 3.60 yıl	BDTG: 42, EG: 37.8
BV	BV	BV	Var/bekleme listesi	BV	BV
52.38/ 15.54	40-74	%37.5 E, %62.5 K	Yok	40 ay	BV
67/12.9	30-89	%23 E, %67 K	Var/yalnızca bilgi verilen tartışma grubu	BV	BV
DYG:60.91/10.99 TDG: 57.83/13.38	BV	%100 K	Var/ TDG	DYG 48.32 ay, TDG 41.26 ay	BV
60.46/12.21	BV	%78.57 K, %21.43 E	Var/eğitim ve destek verilen kontrol grubu (Müdahale bittikten sonra isterlerse BDT'ye katılma seçeneği sunulmuştur)	5.50 yıl	46.14
54.6/3.1	BV	%95.52 K %4.47 E	Var/Psikoeğitim Kontrol Grubu	BV	84
BV	31- 60 yaş üstü	%73.1 K, %26.9 E	Yok	BV	BV
MG: 60.60/11.52, KG: 59.38/12.58	MG: 35-58, KG: 33-84	MG % 81.7'si K, %18.3'ü E, KG % 84'ü K, %16'sı E	Var/standart bakım (Çalışma bittikten sonra kontrol grubundaki katılımcılara müdahaleye katılma teklifinde bulunulmuştur)	MG 50.76 ay, KG için 60.80 ay	MG: 80.71, KG: 70.07
İDDG: 58.1/13.9, BLKG: 55.4/15.9	İDDG: 24-83, BLKG: 18-85	İDDG: %82.4'ü K, %17.6'sı E, BLKG: %77.5 K, %22.5 E	Var/bekleme listesi	İDDG: 52.8, BLKG: 49 ay	İDDG: 91, BLKG: 63.7
62.11/9.67	41-82	%78.4 K, %21.6 E	Var/bekleme listesi	4.5 yıl	BV
64.19/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/standart bakım	4.89 yıl	BV
64.20/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/bakım verme ve demans ile ilgili yazılı bilgi ve 40 Euro alyorlar.	4.89 yıl	BV
62.7/10.9	BV	%62.5 K, %37.5 E	Var/ayda 1 5-10 dakika uzunluğunda günlük sorular sorulan telefon görüşmesi	67.3 ay	119
BDTG: 58.9/12.9, KYG: 56.5/12.2, KG: 60.1/13.1	BV	%78.43 K, %21.6 E	Var, KYG ve sadece ölçüm alınan KG	BV	BV
64.19/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/standart bakım	4.89 yıl	BV

Tablo 1. Devamı

Bulgularda yer alan numaralar	Yazar ve yıl	Ülke	Demans türü	Demans tanısı olan kişi ile yakınlığı	Katılımcı Sayısı
17	Wilz ve ark. 2017	Almanya (Jena)	AL, VD ve B	Eş, aynı jeneras-yondan bir akraba, kız evlat, gelin, genç jeneras-yondan bir akraba	105
18	Wilz ve ark. 2018a	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ve diğerleri	273
19	Wilz ve Soellner 2016	Almanya (Hildesheim)	AL, VD ve DT	Eş, çocuk, gelin, damat	191
20	Wilz ve ark. 2018b	Almanya (Jena)	Yarısı AL	Eş, çocuk	139

AL: Alzheimer, BDTG: Bilişsel Davranışçı Terapi Grubu, BLKG: Bekleme Listesi Kontrol Grubu, DYG: Davranış Yönetimi Grubu, EG: Eğitim Grubu, KYG: Kendine Yardım Grubu, KG: Kontrol Grubu, İDDG: İşlevsiz Düşüncelerin Değiştirilmesi Grubu, MG: Müdahale Grubu, SMMT: Standardize Mini Mental Test, TDG: Telefon Destek Grubu, VS: Vasküler Demans, FD: Frontotemporal Demans, B: Bilinmeyen, DT: Diğer Türler, KT: Karma Tip, K: Kadın, E: Erkek, BV: Bilgi verilmemiştir

toplandığı görülmektedir. Bir başka deyişle, demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine dair BDT temelli müdahale çalışmaları pek çok farklı ülkede yürütülmüştür. Bu bilgiler Tablo 1'de sunulmaktadır.

Örneklem özellikleri

Çalışmaların nerelerde yürütüldüğü bilgisine ek olarak, bakım verilen demans tanısı olan kişiye ve demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine dair özellikler de incelenmiştir. Bakım verilen demans tanısı olan kişiler kapsamında, demans tiplerine dair de bilgiler alınmıştır. Yirmi çalışmanın 3'ünde demans tipi belirtilmezken (5, 8, 10), geriye kalan çalışmaların tümünde demans tipi olarak Alzheimer tanısı alan kişilere bakım verenler yer almaktadır. Alzheimer tipi demansa ek olarak, diğer çalışmaların 10'unda vasküler demansa (4, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19), 5'inde ise frontotemporal demansa (11, 12, 13, 16, 18) bakım verenler yer almaktadır. Özetle, farklı tip demans tanısı olan kişilere bakım verenler çalışmalarda incelenmiştir.

Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin özellikleri kapsamında bakım verilen kişi ile yakınlıkları, yaşları, cinsiyetleri, bakım verme süreleri ve haftalık bakım verme süreleri incelenmiştir. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin demans tanısı olan kişi ile yakınlıkları incelendiğinde; 20 çalışmanın 1'inde demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin demans tanısı olan kişi ile yakınlıklarına dair bilgiye ulaşılamazken (2), geriye kalan tüm çalışmalarda eşlerin, 18 çalışmada ise çocukların (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20), 6 çalışmada gelinlerin (3, 5, 8, 9, 17, 19), 3 çalışmada damatların (8, 9, 19), 2 çalışmada kız kardeşlerin (6, 15), 2 çalışmada yeğenlerin (6, 9) ve 1 çalışmada

Yaş ortalaması/ standart sapması	Yaş aralığı	Cinsiyet dağılımı	Kontrol grubu var mı?/ varsa türü	Ortalama bakım verme süresi	Haftalık bakım vermeye ayrılan ortalama zaman (saat)
61.40/9.41	BV	%82.9 K, %17.1 E	Var/standart bakım	4.406 yıl	%81.8 7/24 bakım veriyor.
64.19/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/standart Bakım	4.89 yıl	BV
62.01/9.33	BV	%82.2 K, %17.8 E	Var/tedavi görmeyen kontrol grubu ve sadece dikkat etkisini ölçmek amacıyla aşamalı kas gevşetme yapılan dikkat kontrol grubu	5.45 yıl	BV
63.91/11.47	23-85	%80.6 K, %19.4 E	Yok	4.02 yıl	BV

da torunların (8) bakım verdikleri görülmektedir. Yaş ortalaması değerlendirildiğinde, bilgi verilmeyen 2 çalışmanın haricinde (2, 8), diğer çalışmalardaki katılımcıların yaş ortalamaları 52,38 ile 67 arasında değişmektedir. Katılımcıların yaşlarına ek olarak, cinsiyetlerine dair verilen bilgiler de incelenmiştir ve 20 çalışmanın 1'inde cinsiyet dağılımına dair bilgi verilmezken (2), bilgi verilen 19 çalışmanın 19'unda da kadınların daha fazla olduğu, hatta 1 çalışmanın %100'ünün kadın olduğu (5) görülmektedir. İncelenen 20 çalışmanın 15'inde ortalama bakım verme süresine dair bilgi verilmiştir ve ortalama bakım verme süresi 2,92 yıl ile 5,6 yıl arasında değişmektedir (1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20). Ayrıca, 7 çalışmada haftada ortalama kaç saat bakım verildiği ile ilgili bilgi verilmektedir. Bilgi verilen çalışmalarda haftada en az 37,8 saat bakım verildiği, en fazla bakım verenlerin ise 7 gün 24 saat bakım verdikleri sonucuna ulaşılmıştır (1, 6, 7, 9, 10, 14, 17). Katılımcı özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Sonuç olarak, çalışmalarda demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik pek çok demografik bilginin alındığı görülmektedir.

Müdahalelerin özellikleri

Demografik değerlendirmelere ek olarak, çalışmalardaki katılımcı sayıları, kontrol grupları ve müdahalelerin uygulanış biçimleri de incelenmiştir. Çalışmalardaki katılımcı sayıları 8 ile 273 arasında değişirken, 20 çalışmanın 3'ünde kontrol grubu bulunmamaktadır (3, 8, 20). Bir çalışmada da eğitim grubu ile BDT grubu karşılaştırılmıştır (1). Bu çalışmalar haricinde kontrol grubu olarak standart bakım verilen kontrol grubu (9, 12, 16, 17, 18), bekleme listesi kontrol grubu (2, 10, 12), psikoeğitim grubu (7), yalnızca bilgi verilen tartışma grubu (4), günlük soruların sorulduğu telefon görüşmesi grubu (14), dikkati kontrol etmek için aşamalı kas gevşetme grubu (19), eğitim ve destek grubu (6), bakım verme ve demans ile

Tablo 2. Çalışmalarda kullanılan BDT temelli müdahalelerin özellikleri

Yazar ve Yıl	Tedavi uygulaması	Bireysel ya da grup uygulaması	Seans bilgileri (adet/sıklık/süre)	BDT teknik ve müdahaleleri
Aboulafia-Brakha ve ark. 2014	Yüz-yüze	Grup (6-9 katılımcılı)	8/haftada 1/90 dakika	Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal aktivasyon, davranış yönetimi, bakım verilen birey ile eski ilişkilerin gözden geçirilip yakın ilişkinin yeniden kurulması, beklenen yas ve hastalığın ilerlemesi, bakım vermedeki yük ve stresin işaretlerini belirleme ve daha iyi baş etme için tavsiyeler
Akerman ve Ostwald 2004	Yüz-yüze	Grup (4-8 katılımcı)	9 / Haftada 1 / 2 saat	Beceri eğitimi ve bakım verenlerin kaygısının fiziksel, bilişsel ve davranışsal öğeleri ele alınmıştır.
Ali ve Bokhary 2015	Yüz yüze	Bireysel	10/ Haftada 1-2/45-60 dakika	Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri, baş etme becerileri, öfke yönetimi, girişkenlik eğitimi, öz-yönetim ve kendi kendini sakinleştirici egzersizler, öznel yük yönetimi ve fiziksel sağlık, uyku hijyeni ve eğitimi, zaman yönetimi becerisi, nüks önleme ve sosyal destek servisi
Barnest ve Markham 2018	Yüz yüze	Bireysel	3/8 haftalık zaman diliminde 3 görüşme/1 saat	İletişim ve BDT'nin temel prensipleri
Gallagher-Thompson ve ark. 2007	Yüz-yüze	Bireysel (evde)	6 modül (her modül için 1 ya da daha fazla hafta gerekmektedir)/4 ay sürmekte/ 90 dakika	Davranış yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, iletişim, aktivite planlaması
Glueckauf ve ark. 2007	Telefon	Grup (7 seans) + Bireysel (5 seans)	12/Haftada 1/ İlk 6 seans 45 dakika, 7.-11. Seanslar 1 saat	Demansın temel özelliklerine genel bakış, gevşeme eğitimi, bakım vermenin zorlayıcılığı ile ilgili etkili düşünme, hoş giden aktiviteler oluşturmak, bakım verme durumları ve aile ilgili girişkenlik, problem çözüme ve sosyal destek
Gonyea ve ark. 2016	Yüz yüze	Grup	5/haftada 1/90 dakika (3., 6., 9. ve 12. Haftalardaki grup seanslarından sonra telefonla görüşmesi)	BDT'nin ABC modeli (davranışın öncülü, davranış ve davranışın sonucu), aktivite planlaması, iletişimin iyileştirilmesi, gevşeme egzersizleri, problem çözüme ve öz-yeterlik iyileştirilmesi
Kwok ve ark. 2014	İnternet	Bireysel	9/haftada 1/BV	Demans tanısı olan kişinin davranış ve psikolojik semptomlarının yönetimi (bu semptomlarla ilgili işlevsiz düşüncelerin değiştirilmesi, öz-yardım stratejileri, etkili ve pratik baş etme stratejileri ve pozitif sonuçların ele alınması)
Losada ve ark. 2011	Yüz-yüze	Grup (en fazla 8 katılımcılı)	12/haftada 1/ortalama 1,5-2 saat	Bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal aktivasyon, yardım arama, yardım isteme
Marquez-Gonzalez ve ark. 2007	Yüz-yüze	Grup (en fazla 8 katılımcılı)	8/haftada 1/2 saat	Bilişsel yeniden yapılandırma ve baş etme becerileri (yardım arama ve girişkenlik, gevşeme teknikleri ve hoş giden aktivitelerin artırılması)

Değerlendirme zamanları	Ölçekler	BDT'nin yararları
MÖ ve MS	ASÖ, ZBYT, BDE, STAI, TİDÖ, ADS ve tükürük örneği	Kortizol düzeyi ve Alzheimer tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik semptomları
MÖ, MS ve takip ölçümleri (Müdahale grubu için müdahaleden sonraki ölçümden 6 hafta sonra, bekleme listesi kontrol grubu için müdahaleden sonraki ölçümden 10 ve 16 hafta sonra)	BAE, HAM-A ve fizyolojik ölçümler	Anksiyete
MÖ ve MS	HYDÖ, GSA-28 ve SÖÖTÖ	Yük, Fiziksel ve Zihinsel Sağlık, Öfke
MÖ ve müdahale başladıktan sonraki 12 haftanın içerisinde tekrar ölçümü	HAD, YKÖ, İÖÖ, GÖYÖ, İYÖ ve TKE	İletişim zorluğu, bakım verdikleri kişi tarafından verilen değeri hissetme, bakım verdikleri bireyi iletişim anlamında yeterli görme
MÖ ve MS	EAMDA, ASÖ, HDPKL-R, ÖÖ-R ve SL-ASIA	Bakım verme ile ilişkili stres, depresif belirtiler
MÖ ve müdahale bittikten 1 hafta sonra	BVDE, BÖÖ, EAMDA, PDÖ ve DMÖ	Algılanan öz-yeterlik, problem çözme, müdahale memnuniyeti
MÖ, MS ve 3 ay sonra takip değerlendirmesi	NPE, EAMDA, BÖÖ-R ve DKE	Demans tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik semptomları ve bunlara dair bakım verenlerin sıkıntıları, bakım veren öz-yeterliği, depresif semptomlar
MÖ ve müdahaleden 1 ay sonra	NPE ve BÖÖ-R	Bakım verilen demans tanısı olan kişinin davranışsal ve psikolojik belirtileri ve bunlarla ilgili bakım verenin yaşadığı sıkıntı, bakım verenlerin üzücü düşünceleri kontrol etmelerine dair öz-yeterlikleri
MÖ ve MS	HDPKL-R, BİDÖ, SZDÖ ve EAMDA	İşlevsiz düşünceler, davranışsal aktivasyon ve depresif belirtiler
MÖ ve MS	EAMDA, BİDÖ, HDPKL ve TUD	Depresif belirtiler, işlevsiz düşünceler ve problemleri davranışların değerlendirilmesi

Tablo 2. Devamı

Yazar ve Yıl	Tedavi uygulaması	Bireysel ya da grup uygulaması	Seans bilgileri (adet/sıklık/süre)	BDT teknik ve müdahaleleri
Meichsner ve ark. 2018	İnternet	Bireysel	8/tüm görüşmeler 8-20 hafta aralığında tamamlanmıştır/BV	Psikoeğitim, problem çözme, işlevsiz bilişlerin değiştirilmesi, desteğin artırılması, değişim, yas ve kayıpla baş etme, öz-bakım ve aktivite artırılması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejileri
Meichsner ve ark. 2019	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 haftada 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek alınmasının artırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi
Meichsner ve Wilz 2018	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 hafta 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde/50 dakika	İşlevsiz bilişlerin değiştirilmesi ya da davranışsal problemlerle baş etme gibi bakım vermenin zorlayıcı yönlerine odaklanan 10 modül vardır. Bu modüllerden değişim, kayıp ve yas ile baş etme modülü bu çalışmanın en önemlisidir. Bu modülde ise acı veren düşüncelerin ve duyguların belirlenmesi ve ifadesi, acı veren duyguların yönetimi, düşüncelerin ve duyguların kabulü, işlevsiz olmayan bilişlerin belirlenmesi ve değişimi, ilişkilerin yeniden tanımlanması, kaynakların aktifleştirilmesi, kayba adapte olma ele alınmaktadır.
Pan ve Chen 2019	Yüz yüze	Bireysel (Ev)	5/ayda 1/60 dakika (Her seanstan sonra 20-30 dakikalık telefon değerlendirmesi yapılmıştır)	Streslerinin, değerlendirmelerinin ve baş etmelerinin değerlendirilmesi ve üzerine eğitimlerin yapılması, beceri yönetimi ve gevşeme
Passoni ve ark. 2014	Yüz-yüze	Grup (7-10 katılımcı)	6/15 günde 1/2 saat	Psikoeğitim, düşünce yeniden yapılandırılması, baş etme, problem çözme
Töpfer ve Wilz 2018	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 hafta 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek alınmasının artırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi
Wilz ve ark. 2017	Telefon	Bireysel	7/ilk 4 seans haftada 1, 5. ve 6.seanslar 2 haftada 1, 7.seans ise 1 ay sonra olmak üzere toplamı 3 ayda gerçekleştirilmiştir/60 dakika	Problem çözme, rol yapma, öz-bakım aktiviteleri, bilişsel değerlendirme ve yeniden değerlendirme teknikleri, öfke yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim, rol değişimi ve kayıplara dair duyguların ele alınması, kayıp ve değişim ile baş etme ve yeni roller tanımlama

Değerlendirme zamanları	Ölçekler	BDT'nin yararları
MÖ, MS ve müdahaleden önce alınan ölçümden 5 ay sonra	DMÖ, EAMDA, BYÖ ve BPKKÖ	İyi oluş, bakım alan bireyin beklenen ölümü ile baş etme, psikososyal kaynak kullanımı
MÖ, MS ve 6 ay sonra	WHOQOL-BREF	Yaşam kalitesi, sağlık durumundan memnuniyet, fiziksel ve psikolojik sağlık
MÖ, MS ve 6 ay sonra	BYÖ	Kayıp öncesi yastan dolayı yaşanan yük
MÖ, MS ve 2 ay sonra	EAMDA, BÇÖ-20, GYAÖ ve SMMT	Depresif belirtiler ve aktif baş etme
MÖ ve 6 ay sonra	EGYAÖ, ADÖ, DÖ, DKE-KF ve BiD	Anksiyete ve bakım ihtiyacı
MÖ, MS ve 6 ay sonra	PKKÖ	İyi oluş ve gündelik hayatın zorlukları ile baş etme ile ilgili daha fazla kaynak kullanımı
MÖ ve 2 yıl sonra	EAMDA, GB, WHOQOL-BREF ve GAÖ	Duygusal iyi oluş, sağlık durumu, bedensel yakınmalar ve yaşam kalitesi

Tablo 2. Devamı

Yazar ve Yıl	Tedavi uygulaması	Bireysel ya da grup uygulaması	Seans bilgileri (adet/sıklık/süre)	BDT teknik ve müdahaleleri
Wilz ve ark. 2018a	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 hafta 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde gerçekleştirilmiştir/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek almanın artırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi
Wilz ve Soellner 2016	Telefon	Bireysel	7/ilk 4 seans haftada 1, 5. ve 6. seanslar iki haftada 1, 7. Seans 1 ay sonra olmak üzere 3 aylık süre zarfında gerçekleştirilmiştir/60 dakika	Problem çözme, demans hastasının zorlayıcı davranışları ile baş etme, öz-bakımın artırılması, aktivite planlaması, nefes teknikleri, öfke yönetimi, duygu düzenleme becerileri ve baş etme, bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim, rol değişimi, kayıp ve yas ile baş etme
Wilz ve ark. 2018b	Telefon	Bireysel	12/seanslar 6 ay içerisinde gerçekleştirilmiştir/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek almanın artırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi

Not 1: Türkçe adaptasyonu yapılan ölçeklerin adaptasyon yapılmış hallerinin isimleri yer alırken, adaptasyonu yapılmamış ölçeklerin yazarlar tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır.

Not 2: MÖ: Müdahaleden önce, MS: Müdahaleden Sonra

Not 3: ADÖ: Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Kısaltılmış Form (The Anxiety and Depression Scale-Reduced Form), ADS: Alzheimer Hastalığının Davranışsal Semptomları (BEHAVE-AD), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale), BAE: Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory), BÇÖ-20: 20 Maddelik Basitleştirilmiş Başa Çıkma Ölçeği (The 20-item Simplified Coping Scale), BDE: Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory), BID: Bakımveren İhtiyaç Değerlendirmesi (The Caregiver Need Assessment), BIDÖ: Bakımverme ile İlgili İşlevsiz Düşünceler Ölçeği (Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire), BÖÖ: Bakımveren Öz-Yeterlik Ölçeği (The Caregiving Self-Efficacy Scale), BÖÖ-R: Bakımveren Öz-yeterliliği Ölçeği – Gözden Geçirilmiş Formu (Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy), BPKKÖ: Demans Hastalarına Aileden Bakımverenler için Psikolojik Kaynak Kullanım Ölçeği (Psychological Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia), BVDE: Bakımveren Değerlendirme Envanteri (Caregiver Appraisal Inventory), BYÖ: Bakımveren Yas Ölçeği (The Caregiver Grief Scale), DKE: Durumluk Kaygı Envanteri – Durumluk (State Anxiety Inventory-State), DKE-KF: Durumluluk Kaygı Envanteri Kısaltılmış Form (State Anxiety Inventory Reduced Form), DMÖ: Danışan Memnuniyet Ölçeği (Client Satisfaction Questionnaire), DÖ: Depresyon Ölçeği – Kısaltılmış Form (Depression Questionnaire-Reduced Form), EAMDA: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi-Depresyon Skalası (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), EGYAÖ: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Instrumental Activities of Daily Living), GAÖ: Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale), GB: Gießener Beschwerdebogen (GBB-24), GÖYÖ: Genel Öz-Yeterlik Ölçeği (The General Self-Efficacy Scale), GSA-28: Genel Sağlık Anketi – 28 (General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)), GYAÖ: Günlük Yaşam Etkinlikleri Ölçeği (Activities of Daily Living Scale), HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale), HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale), HDPKL: Hafıza ve Davranış Problemleri Kontrol Listesi (Memory and Behavior Problems Checklist), HDPKL-R: Gözden Geçirilmiş Bellek ve Davranış Problemleri Kontrol Listesi (Revised Memory and Behavior Problems Checklist), HUÖ: Hedefe Ulaşma Ölçeği (Goal Attainment Scaling), HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (Burden Assessment Scale(BAS)), İÖÖ: İletişim Öz-Yeterlik Ölçeği (The Communication Self Efficacy Scale), İYÖ: İletişim Yeterliliği Ölçeği (The Communication Competence Scale), NPE: Nöropsikiyatri Envanteri (Neuropsychiatric Inventory-Severity Scale, Neuropsychiatric Inventory-Distress), ÖÖ-R: Öz-yeterlik Ölçeği Gözden Geçirilmiş Form (Revised Self-Efficacy Scale), PDÖ: Problem Değişim Ölçümleri (Issue Severity, Issue Frequency ve Issue Change), PKKÖ: Psikososyal Kaynak Kullanım Ölçeği (Psychosocial Resource Utilization Questionnaire), SL-ASIA: Suinn-Lew Asya Öz Kimlik Kültürü Ölçeği (The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale), SMMT: Standardize Mini Mental Test (Mini Mental State Examination), SÖTÖ: Sürekli Öfke-Öfke Taz Ölçeği (State-Trait Anger Expression Inventory – 2 (STAXI-2)), STAI: Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory), SZDÖ: Serbest Zaman Doyum Ölçeği (Leisure Time Satisfaction Scale), TİDÖ: Taşınabilir İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Portable Functional Assessment Questionnaire), TKE: Terapötik Katılım Endeksi ve hazır olma (The Therapeutic Engagement Index (TEI) and readiness), TUD: Tedavi Uygulaması Değerlendirmesi (Assessment of Treatment Implementation), WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form (World Health Organization QoL-BREF), YKÖ: Yetişkin Bakımverenler için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Adult Carers Quality of Life Scale), ZBYT: Zarit Bakıcı Yükü Testi (Zarit Burden Interview)

Değerlendirme zamanları	Ölçekler	BDT'nin yararları
MÖ, MS ve müdahale bittikten 6 ay sonra	EAMDA, GB, GAÖ ve ADS	Duygusal iyi oluş, depresyon, fiziksel sağlık semptomları, bakım verme durumlarıyla baş etme ve bakım alan bireyin davranışları
MÖ, MS ve 6 ay sonra	EAMDA, GB, GAÖ	İyi oluş, bedensel yakınmalar, algılanan sağlık durumu, depresif belirtiler
1. ve 2. Seanslarda amaçlar belirlenmiş olup, müdahalenin sonunda amaçlara ulaşıp ulaşılamadığı terapist ve katılımcı tarafından değerlendirilmiştir.	HUÖ ve seanslarla ilişkili değişkenleri değerlendirerek tedaviye uyum ve tedavinin uygulanışı değerlendirilmiştir.	Kişisel amaçlara ulaşma, tedaviye uyum ve tedavinin uygulanışı

ilgili yazılı bilgi verilen grup (13), kendine yardım grubu (15) ve telefon destek grubu (5) yer almaktadır. Derlemeye dahil edilen çalışmaların uygulanış biçimleri değerlendirildiğinde, 20 BDT temelli müdahale uygulamasının 10'unun yüz-yüze (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 14, 15), 8'inin telefon (6, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20), ve 2'sinin internet (8, 11) aracılığıyla gerçekleştirildiği görülmektedir. İncelenen çalışmalar bireysel ve grup olarak uygulanmıştır. Yüz-yüze uygulanan çalışmaların 4'ü bireysel (3, 4, 5, 14), 6'sı grup (1, 2, 7, 9, 10, 15) olarak uygulanırken, yüz-yüze uygulanan bireysel çalışmaların 2'si ise bakım verenlerin evlerinde gerçekleştirilmiştir (5, 14). Telefon görüşmelerinin ise sadece 1'inde de hem bireysel hem de grup görüşmeleri yapılmıştır (6). İnternet görüşmeleri ise bireysel olarak yapılmıştır (8, 11). Grup görüşmelerinin en az 4 en fazla 10 katılımcı ile gerçekleştirildiği görülmektedir (1, 2, 6, 7, 9, 10, 15). Özetle, katılımcı sayıları farklılık gösterdiği gibi, çalışmalarda çok farklı kontrol grupları da yer almaktadır. Ayrıca, demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri için BDT temelli müdahaleler yüz yüze, telefon ve internet aracılığıyla bireysel ve grup olarak uygulanabilmektedir.

Çalışma kapsamında ele alınan tüm çalışmaların seans bilgileri değerlendirildiğinde en az 3 seans en fazla da 12 seans yapıldığı göze çarpmaktadır (ör., 4, 9). Seanslar ise haftada 1, 2 haftada 1 ve ayda 1 uygulanmaktadır. Seanslarda uygulanan BDT'nin teknik ve müdahaleleri incelendiğinde sıklıkla psikoeğitimin, 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., 2, 5, 15, 20). Yani, seans sayıları çalışmalarda farklılık gösterdiği gibi, uygulanan BDT teknik ve müdahaleleri de farklılık gösterebilmektedir.

Müdahalelerin değerlendirilmesi

Seansların sayısına ve uygulanan müdahalelere ek olarak, bu derleme çalışması kapsamında incelenen 20 çalışmada farklı zamanlarda yapılan değerlendirmeler de incelenmiştir. Yirmi çalışmanın 10'unda yalnızca müdahaleden önce ve müdahaleden sonra ölçüm alınmıştır (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 15, 20). Bir çalışmada ise müdahaleden önce ölçüm alınmış ve müdahale bittikten 2 yıl sonra ölçüm alınmıştır (17). Geriye kalan 9 çalışmada takip değerlendirmeleri yapılmıştır (2, 7, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19). Yapılan ölçümler değerlendirildiğinde bu çalışmalar kapsamında anksiyetenin (1, 2, 4, 7, 15), depresyonun (1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19), stresin (1, 5), bakım yükünün (1, 3), genel sağlık durumunun, öfkenin (3), bedensel şikayetlerin (17, 18, 19), baş etmenin (14), yaşam kalitesinin (4, 12, 17), öz-yeterliliğin (4, 5, 6, 7, 8), iletişim yeterliliğinin ve zorluğunun (4), günlük yaşam etkinliklerinin (14, 15), bakım verenlerin değerlendirmelerinin, problem durumlarının (6), hedeflere ulaşılmasının (20), psikolojik kaynak kullanımının (11, 16), yasin (11, 13), bakım verenin ihtiyaçlarının (15), işlevselliğin (1), işlevsiz düşüncelerin (9, 10), serbest zaman doyumunun (9), öz-kimlik kültürünün (5), bakım verilen demans tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik belirtilerinin (7, 8), bakım verilen bireyin bilişsel işlevlerinin (14), demansın davranışsal semptomlarının (1, 18), demans tanısı olan kişinin hafıza ve davranış problemlerinin (5, 9, 10), terapötik katılımın

(4), danışan memnuniyetinin (6, 11) ve tedavinin değerlendirilmesinin (10) ölçümlendiği görülmektedir. Tablo 2'de bu ölçümler yapılırken hangi ölçeklerin kullanıldığına dair bilgi verilmektedir. Sonuç olarak, ele alınan çalışmalarda bakım verene, bakım alan bireye ve aralarındaki iletişime dair değerlendirmeler yapılmıştır ve pek çok ölçüm aracından yararlanılmıştır.

Uygulanan müdahalelerin sonuçları

İncelenen çalışmalarda uygulanan BDT'nin hangi değişkenler üzerinde yararlarının olduğu değerlendirildiğinde, BDT'nin fiziksel ve zihinsel/psikolojik sağlık (3, 12, 18), sağlık durumu (12, 17, 19), kortizol düzeyi (1), bedensel yakınmalar (17, 19), anksiyete (2, 15), depresif belirtiler (5, 7, 9, 10, 14, 18, 19), öfke (3), bakım verme ile ilişkili stres (5), bakım ihtiyacı (15), bakım yükü (3), kayıp öncesi yastan dolayı yaşanan yük (13), öz-yeterlilik (6, 7, 8), yaşam kalitesi (12, 17), iyi oluş (11, 16, 17, 18, 19), baş etme (11, 14, 18), işlevsiz düşünceler (9, 10), davranışsal aktivasyon (9), problem çözme (6), kaynak kullanımı (11, 16), kişisel amaçlara ulaşma (20), bakım verilen demans tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik belirtileri (1, 7, 8, 18), bakım verenlerin nöropsikiyatrik semptomlara dair sıkıntıları (7, 8, 10),

iletişim zorluğu, bakım verdikleri kişi tarafından verilen değer, bakım verilen bireyi iletişim anlamında yeterli görme (4), müdahale memnuniyeti (6), tedaviye uyum ve tedavinin uygulanışı (20) üzerinde yararlı olduğu görülmektedir. Yapılan değerlendirmeler ile paralel olacak şekilde BDT müdahalelerinin demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine, bakım verilen demans tanısı olan kişilere ve aralarındaki iletişime olumlu katkılarının olduğu görülmektedir.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine uygulanan BDT temelli müdahalelerinin sistematik derlenmesidir. Bu amacı gerçekleştirmek için EBSCHOHost (Medline dahilidir), Web of Science ve Cochrane (PubMed ve Embase dahilidir) veri tabanları 1990-2020 arasında yapılmış çalışmalar için taranmıştır ve bulgular PRISMA Bildirimi'ne uygun olarak incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun olduğuna karar verilen 20 çalışmaya dair özellikler ve bulgular rapor edilmiştir.

Demansın yaygınlığı bölgeden bölgeye farklılık gösteriyor olsa da demans küresel olarak görülmektedir (WHO 2015). Bu sebeple, dünyanın her yerinde demans tanısı olan birey vardır, demans tanısı olan bireylerin olduğu her yerde de muhakkak ki bakım verenler vardır. Bu sebeple de bu çalışmada ele alınan çalışmaların birçok farklı ülkede yürütüldüğü görülmektedir. Bir başka deyişle, yaygınlıkla paralel olarak çok farklı kültürel özelliklere sahip bakım verenlere yönelik BDT müdahaleleri mevcuttur.

Çalışmaların yürütüldüğü ülkelere ek olarak, demans tanısı olan kişilerin demans tipleri de değerlendirilmiştir. Demans bireylerin belleklerinde, düşüncelerinde, davranışlarında ve günlük hayatlarını devam ettirme becerilerinde bozulmaya yol açan (WHO 2019)

rahatsızlıkların genel adıdır. Demansın farklı tipleri bulunmaktadır ve bu tiplerin yaygınlıklarını inceleyen bir çalışmada en yaygın tanının Alzheimer olduğu, onu vasküler demansın, onu da diğer ilişkili durumların izlediği sonucuna ulaşılmıştır (Plassman ve ark. 2007). Bu çalışma kapsamında ele alınan çalışmalar da bu yaygınlıkla paralel biçimde ilerlemektedir. En çok Alzheimer tanısı olan bireylere bakım verenler dahil edilirken, onu vasküler demans onu da frontotemporal demans izlemektedir. Bir başka deyişle, demansın farklı tipleri bu çalışmalar kapsamında ele alınmıştır.

Alanyazında demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla kadın olduğuna dair tutarlı bulgular mevcuttur (ör., Xiong ve ark. 2018). Ayrıca, demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla kadın eş ve kız evlat olduğuna dair sonuçlara da ulaşılmıştır (Kwon ve ark. 2017). Bu çalışma kapsamında ele alınan çalışmaların sonuçları da bu bulgularla uyumludur. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin sıklıkla kadın olduğu için bakım verenlere yönelik müdahale çalışmalarında da daha çok kadınlar yer almaktadır. Ayrıca, bakım verme sürecinden kadın bakım verenlerin yaşamlarının daha olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir (Pillemer ve ark. 2018). Belki de bu olumsuz etkilenme kadın bakım verenleri yardım aramaya daha açık hale getirmektedir ve müdahaleye ve dolayısıyla böyle çalışmalara katılım göstermeye daha istekli olabilmektedirler. Genel olarak değerlendirildiğinde de kadınlar psikolojik destek alma konusunda daha olumlu tutumlara sahiptirler (Koydemir-Özden 2010). Bu farklılığın da, bakım vermedeki kadınların daha fazla oluşunun da müdahale çalışmalarında kadınların daha fazla yer almasına neden olabileceği düşünülmektedir. Cinsiyet dağılımının ardından demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin yaşları değerlendirilmiştir. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla eşler ve çocuklar olduğu bilgisi göz önüne alındığında (Fauth ve ark. 2012), yapılan çalışmalardaki yaş aralığının geniş olması da kaçınılmazdır. Hatta bir çalışmada demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyesi olarak torunların da yer aldığı bilgisi değerlendirildiğinde (Kwok ve ark. 2014) bu yaş aralığının daha da geniş olabileceği öngörülmektedir. Sonuç olarak, bakım vermede cinsiyet anlamında çok eşit bir dağılım söz konusu olmasa da, bakım verenlerin yaşları bakımından farklılık söz konusudur.

Ayrıca, çalışmaların 17'sinde kontrol grubu bulunmaktadır. Çalışmalardaki kontrol gruplarındaki katılımcılara yönelik de belirli müdahaleler yapıldığı göze çarpmaktadır. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri psikolojik müdahaleye çok gereksinim duyan bir gruptur (Soner ve Aykut 2017), belki de yapılan çalışmalar da bu bilgiyi göz önünde bulundurarak kontrol grubundaki katılımcılara da belirli müdahaleler yapmışlardır. Bir grup çalışma bekleme listesi kontrol grubu oluştururken (ör., Akkerman ve Ostwald 2004, Meichsner ve ark. 2018), bir grup çalışma da çalışma bittikten sonra kontrol grubundaki katılımcılara müdahaleye katılma seçeneği sunmuştur (ör., Glueckauf ve ark. 2007, Losada ve ark. 2011). Bu da psikolojik müdahaleye böylesine ihtiyaç duyan bir grup için çok avantajlı bir durumu oluşturmaktadır.

Demans tanısı olan kişilere bakım vermek pek çok farklı hizmeti sunmayı beraberinde getirmektedir (Alzheimer's Association 2004). Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri bu hizmetleri sağlamak için çok fazla zaman harcamaktadırlar (Schulz ve ark. 2003).

Bu durumlar demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin kendi işlerini aksattığı gibi (Altuntaş ve Koç 2015), bir terapiye katılmalarını da zorlaştırabilmektedir (Czaja ve Rubert 2002). Bu sebeple de demansa bakım verenlere ulaşım, uzun süreli bir müdahale çalışmasını sürdürmek ve sonlandırmak zor olabilmektedir. Bu da daha az katılımcı ile çalışma yürütülmesine neden olmaktadır. Nitekim incelenen çalışmalarda da 8 katılımcı ile gerçekleştirilen bir müdahalenin olduğu göze çarpmaktadır (Ali ve Bokhary 2015). Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin terapiye katılmalarının zor olması (Czaja ve Rubert 2002), araştırmacıları farklı şekillerde terapi yapmaya yönlendirmiştir. Yüz-yüze terapi yapıldığı gibi telefon destekli ve internet destekli müdahaleler de uygulanmaktadır (ör., Glueckauf ve ark. 2007, Kwok ve ark. 2014, Gonyea ve ark. 2016). Müdahalelerin bu şekilde uygulanması ele alınan çalışmalarda da görüldüğü gibi müdahaleyi yarıda bırakma ihtimalini azaltmaktadır ve en önemlisi de müdahaleye bu denli ihtiyaç duyan bir gruba psikolojik yardımın sağlanmasına vesile olmaktadır. Ayrıca, çalışmalarda yüz yüze gerçekleştirilse bile katılımı artırmak amacıyla bakım verenlerin evlerinde gerçekleştirilen uygulamaların da olduğu görülmektedir (Gallagher-Thompson ve ark. 2007, Pan ve Chen 2019). Bir başka deyişle, terapiye katılım anlamında zorluk yaşayan demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyeleri için katılımı kolaylaştırıcı adımlar atılmıştır.

Bu çalışma kapsamında incelenen çalışmalar değerlendirildiğinde gelecek çalışmalara dair bir takım önerilerde bulunulacaktır. Yapılan müdahalelerde sıklıkla müdahaleden önce ve müdahaleden sonra ölçüm alındığı görülmektedir. Takip ölçümü alınan çalışmalar azınlığı oluşturmaktadır ve en fazla 2 yıllık bir takip ölçümünün alındığı görülmektedir. Ancak, bakım vermenin uzun bir süreç olduğu bilinmektedir. Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin %71'inin 1 yıldan uzun süredir, %32'sinin ise 5 yıldan uzun süredir bakım verdikleri belirtilmektedir (Alzheimer's Association 2004). Bu sebeple, gelecekteki çalışmalarda kazanımların ne zamana kadar devam ettiğine ve devam edemiyorsa da hangi noktada sekteye uğramaya başladığına dair çalışmaların yapılması demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin psikolojik anlamda daha sağlıklı yaşamalarına katkı sağlayacaktır. Gelecek müdahalelerde de bu durumlar belirlenirse müdahale çalışmaları bu durumlara göre şekillendirilip demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin aldıkları yarar daha uzun süre devam ettirilecektir.

Demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin müdahalelere katılmada zorluk yaşıyor olmaları sebebiyle araştırmacılar da katılımcı anlamında sıkıntı yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda da eşler, çocuklar ve diğer aile üyelerinin bir arada değerlendirildiği görülmektedir. Ancak, yapılan çalışmalar göstermektedir ki eşlerin ve çocukların bakım vermeden dolayı yaşadıkları stresin nedenleri farklılık göstermektedir. Eşler için stresin kaynağı yaşlı olmak ve yaşlı olmakla ilişkili fiziksel ve ekonomik problemler iken, yetişkin çocuklar için stresin kaynağı çelişen sorumluluklardır (Oyebode 2003). Gelecek çalışmalarda, daha fazla katılımcıya ulaşabilen çalışmalar belki de demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerini yakınlıklarına göre ayırarak müdahale oluşturabilirler. Örneğin, sadece çocuklar için yapılan bir çalışma rol karmaşasını daha derinlemesine ele alabilir. Müdahalenin bu şekilde gerçekleştirilmesi de katılımcılara ve gelecekte uygulanacak

bireylere daha fazla yarar sağlayabilir ve gelecek çalışmalara ışık tutabilir. Ayrıca, incelenen bu çalışmalarda katılımcıların bakım verdikleri süre ve haftada ne kadar bakım verdiklerine dair de bilgiler alınmıştır. Bakım verilen demans tanısı olan birey ile yaşayan demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinden daha olumsuz etkilendikleri ifade edilmektedir (Mahoney ve ark. 2005). Bu sebeple, katılımcıların ne kadar süredir ve haftada ne kadar bakım verdiklerinin değerlendirilmesinin çalışmalarda kontrol edilmesi yarar sağlayacaktır.

Bu çalışma kapsamında ele alınan çalışmalarda depresyon, anksiyete ve stres gibi kavramlar değerlendirilmiştir (ör., Akkerman ve Ostwald 2004, Gallagher-Thompson ve ark. 2007) ancak bir çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak kaynak kullanımına değinilmektedir (Töpfer ve Wilz 2018). Bakım vermek her ne kadar olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilse de bakım veren bireyler için olumlu kazanımlar sağlaması da olasıdır (Roth ve ark. 2015). Bakım vermenin bu anlamda da değerlendirilip bireylerin güçlülüklerinin de ortaya çıkarılması önem taşımaktadır.

Ayrıca, bu alanda ulusal alanyazında yapılmış bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Böylesine ihtiyaç duyulan bir örnekleme müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması önem arz etmektedir. Ayrıca, müdahaleler anlamında atılması gereken adımlar olduğu gibi bakım verenleri değerlendirecek ölçekler anlamında da eksiklerimizin olduğu göze çarpmaktadır. Bu anlamda da gelecek çalışmalarda gerek müdahale çalışmalarının yapılması gerekse de bakım verenler için kullanılan ölçeklerin geliştirilmesi ya da adaptasyonlarının yapılması gerekmektedir.

Bu çalışma kapsamında belirli bir zaman aralığına dair çalışmalar, belirli anahtar kelimelerle, veri tabanlarında ve dahil etme ve dışlama kriterleri baz alınarak incelenmiştir. Bu incelemelerin dışında kalan, örneğin, incelenen zaman aralığının dışında kalan, İngilizce olmayan, ilgili anahtar kelimeler ile ulaşılamamış, hakemli dergilerde yayınlanmamış, vaka çalışması olan veya basılmamış yayınlar ele alınamamıştır. Bu ele alınamayan çalışmalar ve ilgili veri tabanlarına dair kısıtlılıklar çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak, bu çalışma kapsamında ilgili veri tabanları, ilgili anahtar kelimeler ile taranarak 1990-2020 yılları arasında demans tanısı olan kişiye bakım veren aile üyelerine yönelik yapılmış olan BDT temelli müdahaleler PRISMA Bildirimi'ne bağlı kalınarak derlenmiştir. İlerleyen yıllarda demans tanısı alacak bireylerin daha fazla olacağı beklenmektedir bu da bakım vermenin önemini daha da artıracaktır. Bakım vermek bireyler için zorlayıcı olabilmektedir ve bakım verenler psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Yapılan çalışmalar da BDT farklı şekillerde, farklı sürelerde ve farklı tekniklerle ele alınarak uygulansa da, farklı sonuç değişkenleri ele alınsa da BDT'nin bakım veren bireyler için olumlu sonuçlarının olduğu görülmektedir. Ancak, böylesine ihtiyaç duyan bir grup için daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır. Son yıllarda, katılımcıların katılımını desteklemeye yönelik pek çok girişimde bulunulmuştur. Bu girişimlerin ilerleyen yıllarda da artarak devam etmesinin desteklenmesi gerekmektedir. Alanyazında

müdahale anlamında bakım verenlerin demans tiplerine göre ya da hastaya yakınlıklarına göre ayrı ayrı değerlendirilemediği görülmektedir. Belki de katılım artırıldıkça bakım verenler içerisinde de ayrı gruplar ortaya çıkacak ve o gruplara göre uygulamalar gerçekleştirilecektir. Ayrıca, demansa bakım vermek uzun bir süreci kapsayabileceği için uzun süreli görüşmelere ve değerlendirmelere de ihtiyaç duyulmaktadır. Ulusal alanyazında böylesine ihtiyaç duyulan bir grup için müdahale ve ölçek çalışmalarının kısıtlı olduğu görülmektedir, böyle çalışmaların yapılmasının ilerleyen çalışmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Abouafia-Brakha T, Suchecki D, Gouveia-Paulino F, Nitrini R, Ptak R (2014) Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*, 18:801-808.
- Akkerman RL, Ostwald SK (2004) Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 19:117-123.
- Ali S, Bokhary IZ (2015) Efficacy of cognitive behavior therapy among caregivers of dementia: an outcome study. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30:249-269.
- Altuntaş O, Koç C (2015) Demanslı hastaya bakım veren aile bireylerinin aktivite performanslarının incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3:35-44.
- Alzheimer's Association (2004) *Families Care: Alzheimer's Caregiving in the United States 2004*. Chicago, IL, Alzheimer's Association.
- Alzheimer's Disease International (2013) *Policy Brief for Heads of Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050*. London, Alzheimer's Disease International.
- APA (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çeviri Ed. E Köroğlu)*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Barnes CJ, Markham C (2018) A pilot study to evaluate the effectiveness of an individualized and cognitive behavioural communication intervention for informal carers of people with dementia: the talking sense programme. *Int J Lang Commun Disord*, 53:615-627.
- Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K et al. (2003) Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med*, 18:1006-1014.
- Czaja SJ, Rubert MP (2002) Telecommunications technology as an aid to family caregivers of persons with dementia. *Psychosom Med*, 64:469-476.
- Fauth E, Hess K, Piercy K, Norton M, Corcoran C, Rabins P et al. (2012) Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-being. *Aging Ment Health*, 16:699-711.
- Gallagher-Thompson D, Coon DW (2007) Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging*, 22:37-51.
- Gallagher-Thompson D, Gray HL, Tang PC, Pu CY, Leung LY, Wang PC et al. (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. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15:425-434.
- Gilhooly KJ, Gilhooly MLM, Sullivan MP, McIntyre A, Wilson L, Harding E et al. (2016) A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr*, 16:106.
- Glueckauf RL, Jeffers SB, Sharma D, Massey AJ, Davis WS, Wesley LM et al. (2007) Telephone-based cognitive-behavioral intervention for distressed rural dementia caregivers. *Clin Gerontol*, 31:21-41.
- Gonyea JG, López LM, Velásquez EH (2016) The effectiveness of a culturally sensitive cognitive behavioral group intervention for Latino Alzheimer's caregivers. *Gerontologist*, 56:292-302.
- Koydemir-Özden S (2010) Self-aspects, perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *Int J Ment Health*, 39:44-60.
- Kwok T, Au A, Bel Wong II, Mak V, Ho F (2014) Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on family caregivers of people with dementia. *Clin Interv Aging*, 9:631-636.

- Kwon OY, Ahn HS, Kim HJ, Park KW (2017) Effectiveness of cognitive behavioral therapy for caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Neurol*, 13:394-404.
- Liu S, Li C, Shi Z, Wang X, Zhou Y, Liu S et al. (2017) Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *J Clin Nurs*, 26:1291-1300.
- Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R (2011) Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26:1119-1127.
- Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G (2005) Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13:795-801.
- Márquez-González M, Losada A, Izal M, Pérez-Rojo G, Montorio I (2007) Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging Ment Health*, 11:616-625.
- Meichsner F, Theurer C, Wilz G (2018) Acceptance and treatment effects of an internet-delivered cognitive-behavioral intervention for family caregivers of people with dementia: A randomized-controlled trial. *J Clin Psychol*, 75:594-613.
- Meichsner F, Töpfer NF, Reder M, Soellner R, Wilz G (2019) Telephone-based cognitive behavioral intervention improves dementia caregivers' quality of life. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 34:236-246.
- Meichsner F, Wilz G (2018) Dementia caregivers' coping with pre-death grief: effects of a CBT-based intervention. *Aging Ment Health*, 22:218-225.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*, 6:e1000097.
- Oyebode J (2003) Assessment of carers' psychological needs. *Adv Psychiatr Treat*, 9:45-53.
- Pan Y, Chen R (2019) The effect of a nurse-led cognitive behavioral protocol on depressive symptoms and coping strategies of dementia caregivers. *J Nurs Res*, 27(6):e55.
- Passoni S, Moroni L, Toraldo A, Mazza MT, Bertolotti G, Vanacore N et al. (2014) Cognitive behavioral group intervention for Alzheimer caregivers. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 28:275-282.
- Pillemer S, Davis J, Tremont G (2018) Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Aging Ment Health*, 22:1162-1167.
- Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB et al. (2007) Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29:125-132.
- Roth DL, Dilworth-Anderson P, Huang J, Gross AL, Gitlin LN (2015) Positive aspects of family caregiving for dementia: Differential item functioning by race. *J Gerontol: Psychol Sci*, 70:813-819.
- Schulz R, Mendelsohn AB, Haley WE, Mahoney D, Allen RS, Zhang S et al. (2003) End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med*, 349:1936-1942.
- Soner S, Aykut S (2017) Alzheimer hastalığı sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3:375-387.
- Stall NM, Kim SJ, Hardacre KA, Shah PS, Straus SE, Bronskill SE et al. (2019) Association of informal caregiver distress with health outcomes of community-dwelling dementia care recipients: A systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 67:609-617.
- Töpfer NF, Wilz G (2018) Tele. TAnDem increases the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. *GeroPsych (Bern)*, 31:173-183.
- WHO (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması (Çeviri Ed. MO Öztürk, B Uluğ). Ankara, Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.
- WHO (2015) The Epidemiology and Impact of Dementia. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2019) Dementia. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (Accessed 19.04.2020).
- Wilz G, Meichsner F, Soellner R (2017) Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention. *Aging Ment Health*, 21:74-781.
- Wilz G, Reder M, Meichsner F, Soellner R (2018) The Tele. TAnDem intervention: telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *Gerontologist*, 58:e118-e129.
- Wilz G, Soellner R (2016) Evaluation of a short-term telephone-based cognitive behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clin Gerontol*, 39:25-47.
- Wilz G, Weise L, Reiter C, Reder M, Machmer A, Soellner R (2018) Intervention helps family caregivers of people with dementia attain own therapy goals. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 33:301-308.

Xiong C, Biscardi M, Nalder E, Colantonio A (2018) Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 8:e022779.

Yazarların Katkıları: Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduklarını kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Authors Contributions: The authors attest that they made an important scientific contribution to the study and have assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.