

**Araştırma / Original article****Alzheimer hastasına bakım veren yakınlarında  
psikodramatik grup terapisi****Gülfizar SÖZERİ VARMA,<sup>1</sup> Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU,<sup>1</sup>  
Figen ÇULHA ATEŞÇİ,<sup>1</sup> Nursel KARAGÖZ,<sup>1</sup> Ferda APA<sup>1</sup>****ÖZ**

**Amaç:** Bu çalışmada, Alzheimer hastası (AH) yakınlarına hastalıkla ilgili bilgilendirme ve bakım vermenin getirdiği güçlüklerle baş etmede destek sağlanması amaçlanmıştır. Psikodramatik grup terapisinin bakım veren hasta yakınlarında ruhsal belirtiler ve bakım yükü üzerindeki etkileri araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya Denizli Alzheimer Derneği etkinliklerine katılan hasta yakınları katılmıştır. Grup terapisi öncesi katılımcıların psikiyatrik muayeneleri yapılmış, Sosyodemografik Veri Formu ve ölçekler uygulanmıştır. Haftada bir gün, 2-2.5 saat olmak üzere birinci grupta 11, ikincisinde 12 oturum yapılmıştır. Birinci grubu 11, ikincisini 9 kişi tamamlamıştır. Grup terapisi öncesi ve sonrası Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Bakım Veren Yükü Ölçeği (BVYÖ) uygulanmıştır. **Bulgular:** Birinci gruba katılanların tamamı kadın olup yaş aralığı 46-65 yıldır. İki üye dışında hastaların çocuklarından oluşuyordu, çoğunluğu lise/üniversite mezunuydu. Grup terapisi sonrası HADÖ toplam ve anksiyete puanlarının, BVYÖ toplam ve sosyal yük puanlarının azaldığı belirlendi. İkinci gruba katılanların yaş aralığı 53-83 yıldır, tek erkek üye çalışmaya katılan en yaşlı bireydi. İki üye dışında hastaların eşlerinden oluşuyordu, okuryazar olan bir üye dışındakiler ilkökul mezunuydu. Grup terapisi öncesi ve sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı. İki grup birlikte değerlendirildiğinde, grup terapisi sonrasında HADÖ toplam ve anksiyete puanlarında, BVYÖ toplam puanında anlamlı azalma olduğu, diğer puanlarda değişiklik olmadığı belirlendi. Grup çalışmaları tanışma, grup kurallarının oluşturulması, gruptan beklentilerin gözden geçirilmesi ve ısınma oyunları ile başladı. Hastalık belirtilerinin neler olduğu, sık karşılaşılan davranış sorunları, bakımla ilgili güçlükler ve baş etme yolları, hastalık ilerlediğinde neler yaşanabileceği, aile içi iletişim sorunları, bakımla ilgili yardım isteyememe, bakımevine yatırma gibi konular psikodramatik teknikler kullanılarak oyunlaştırıldı. Gruplara katılım düzenli, üyeler oldukça destekleyiciydi. Hasta yakınları yaşadıkları sorunları paylaşma ve duygularını ifade etme olanağı buldu. **Sonuç:** AH bakım veren yakınlarında ruhsal eğitimin yanı sıra ruhsal destek sağlanması anksiyete belirtilerini ve bakım yükünü azaltmaktadır. Sonuçlarımız, bakım veren eşler olduğunda kendileri de yaşlı olan bu bireylerin bakım yükünü daha fazla hissettiklerini ve destek kaynaklarından yeterince yararlanamadıklarını düşündürmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2018; 19(x):xx-xx)

**Anahtar sözcükler:** Alzheimer hastalığı, bakım veren, bakım veren yükü, depresyon, anksiyete

**Psychodramatic group therapy on Alzheimer patients'  
caregiver relatives****ABSTRACT**

**Objective:** The objective of the study was to provide support to Alzheimer's disease (AD) caregiver in coping with the difficulties of acquiring knowledge on the disease and of providing care to the patient. The effects of psychodramatic group therapy on the mental symptoms and care burden were examined. **Methods:** Patient relatives who participated in the Denizli Alzheimer Association activities also took part in the study. Psychiatric examinations of

<sup>1</sup> Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Denizli

**Yazışma adresi / Correspondence address:**

Dr., Gülfizar SÖZERİ VARMA, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Denizli

E-mail: gulfizar@gmail.com

Geliş tarihi: 15.03.2018, Kabul tarihi: 19.05.2018, doi: 10.5455/apd.293867

the participants were carried out prior to group therapy, sociodemographic data form and scales were applied. A total of 11 sessions for the first group and 12 second for the second group were carried out as 1 day per week for a period of 2-2.5 hours. A total of 11 individuals completed the first group and 9 individuals completed the second group. Hospital Anxiety Depression Scale (HAD), Caregiver Burden Inventory (CBI) were applied before and after group therapy. **Results:** All participants of the first group were female with an age interval of 46-65 years. They were all children of the patients excluding two participants and majority was high school-university graduates. It was determined after group therapy that HAD total and anxiety scores, CBI total and social burden scores decreased. The age interval of the second group participants was 53-83 years and the only male member was also the oldest individual to take part in the study. They were all spouses of the patients excluding two members and all were primary school graduates save for 1 literate member. No statistically significant difference was observed between the scale scores before and after group therapy. It was observed when the two groups were evaluated together that there were statistically significant decreases in HAD and total anxiety scores, CBI total score but that there were no changes in the other scores. Group studies started with the establishment of group rules, going over the expectations from groups and warm-up games. Psychodramatic techniques were used to gamify issues such as the symptoms of the disease, frequently experienced behavioral problems, difficulties related with caregiving and methods for coping with them, things that can be experienced as the disease progresses, communication problems within the family, inability to ask for help regarding caregiving, placing in a care center. Participation to the groups was regular and the members were quite supportive. Patient relatives had the opportunity to share the difficulties they experience as well as to express their emotions. **Conclusion:** Psychoeducation on AD caregiver relatives reduces anxiety symptoms and care burden in addition to providing mental support. Our results lead us to think that when caregivers are spouses of the patients, they feel the burden of caregiving more since they are also elderly and that they cannot benefit sufficiently from sources of support. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2018; 19(x):xx-xx)

**Keywords:** Alzheimer disease, caregiver, caregiver burden, depression, anxiety

### GİRİŞ

Alzheimer hastalığı (AH), kortikal demansların en sık görülen nedeni olup bilişsel işlevler ve günlük yaşam etkinliklerini sürdürme yetilerinde aşamalı olarak yıkıma ve davranışlarda değişikliklere yol açan ilerleyici bir hastalıktır.<sup>1</sup> Bellek bozuklukları hastalığın ilk ve temel belirtilerinden olup bunun farkında olan hastalara çoğunlukla depresyon ve anksiyete eşlik etmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle bellek bozuklukları yadsınmakta ve karmaşık mesleki işlevlerin yerine getirilmesinde bozukluklar, sanrılar, varsanılar, kişilik değişiklikleri, saldırganlık, çevresindekilere zarar verme davranışları ortaya çıkabilmektedir. Son evrede tüm sözel yetenekleri ve motor becerileri kaybolan hastalar ağır bir yıkımla karşılaşmaktadır. Yıkınma, yemek yeme, tuvalet gibi gereksinmelerini destek almadan yapamayan hastalar çoğunlukla yatalak duruma gelmekte ve araya giren enfeksiyonlarla kaybedilmektedir.<sup>2</sup>

Hasta yakınları ilerleyici ve yıkımla giden bu süreçte hastaya eşlik etmekte, bakımlarını üstlenmektedir. Bakım verenler hastalığın farklı evrelerinde farklı sorunlarla karşılaşmaktadır. AH yakınlarını ekonomik işlerin yürütülmesi, ilaçların verilmesi, beslenme, temizlik, boşaltım ve giyinme gibi günlük bakım gereksinmelerinin giderilmesi, ulaşım, alışveriş, hareket desteğinin sağlanması, davranış değişikliklerinin yönetilmesi ve hastayı yalnız bırakmama gibi görevler beklemektedir. Bakım vermektен kaynaklanan

ruhsal, fiziksel, iş yaşamı, sosyal yaşam ve mali konulardaki sorunlar bakım veren yükü başlığı altında incelenmektedir.<sup>3-5</sup> AH bakım veren yakınlarında anksiyete, depresyon, toplumsal izolasyon, tükenmişlik ve psikosomatik hastalıkların genel topluma göre daha fazla görüldüğü,<sup>6-8</sup> bu bireylerin topluma göre daha fazla anti-depresan, anksiyolitik ve pıhtılaşma önleyici ilaç kullandıkları, daha fazla ruhsal-toplumsal destek aldıkları bildirilmiştir.<sup>9</sup>

AH bakım verenlerinin desteklenmesinde hastalığın değişken ve ilerleyici doğasını tanıyabilmek ve süreci yönetebilmek için ruhsal eğitim programları uygulanmaktadır, ancak ruhsal eğitim çoğu zaman bakım veren yükünü azaltmakta yeterli olmamakta ve bakım verenler danışmanlık, destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi ruhsal-toplumsal girişimlerine gereksinim duymakta ve yararlanmaktadır.<sup>10-13</sup> Grup terapilerinde hasta yakınlarının yalnız olmadığını anlaması ve duygularını paylaşması, hastanın bakımıyla ilgili terapötik becerilerin artırılması, stresle başa çıkma yöntemlerinin öğrenilmesi, fiziksel alanda yapılabilecek değişikliklerin ve davranış sorunlarıyla başa çıkma yöntemlerinin öğrenilmesi, mali ve yasal konularda bilgilendirme yapılması olası olabilmektedir.<sup>14</sup>

Psikodramatik grup terapisi, dramatizasyon yönteminden yararlanılarak sorunların oyunlaştırıldığı bir ruhsal gelişme ve tedavi yaklaşımıdır. Psikodramaya özgü birtakım teknik ve girişimler yanı sıra terapist ve grubun kendisi değişim için

araç görevi görmektedir. Geçmiş yaşantıların veya henüz gerçekleşmemiş bir yaşantının oyunlaştırılması olasıdır. Oyunlaştırılan her yaşantı birincinin etkilerinden kurtulmayı sağlamaktadır. Psikodrama ile spontanlık ve yaratıcılık artmakta, duyguların ifadesi sağlanmakta, kişilerin rol repertuarı geliştirmekte ve gerçeğin test edilmesi, kişilerarası öğrenme, alternatif düşünceleri geliştirilmesi, davranış değişikliğinin gerçekleşmesi desteklenmektedir.<sup>15,16</sup> Psikodramatik grup terapisinin şizofreni, bipolar bozukluk gibi kronik psikiyatrik bozukluklarda hasta ve yakınlarına yönelik eğitimsel ve destekleyici yaklaşımlarda yararlı olduğu bildirilmiştir.<sup>17-19</sup> AH bakım veren yakınlarında kendilerini ifade etme, yalnız olmadıklarını görme, hastalık ve yol açtığı sorunlarla baş etme yollarını öğrenme konularında yararlı olduğu bildirilmiştir.<sup>20</sup>

Bu çalışmada, AH hasta yakınlarına hastalık hakkında bilgilendirme ve bakım vermenin getirdiği güçlüklerle baş etmede destek olunması, psikodramatik grup terapisinin ruhsal belirtiler ve bakım veren yükü üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Çalışma, Denizli Alzheimer Derneği etkinliklerine katılan AH yakınları ile yapılmıştır. Gruplar başlamadan 1 ay önce psikodramatik grup terapisinin yapılacağı duyurulmuştur. Gönüllü bireylerin psikiyatrik muayeneleri yapılarak tanı ölçütlerine göre psikiyatrik bozukluklarının olup olmadığı araştırılmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Bakım Veren Yükü Ölçeği uygulanmıştır. Grup sürecinin tamamlanmasının ardından ölçekler yinelenmiştir. Çalışma için Pamukkale Üniversitesi Etik Kurulundan izin alınmıştır.

İki grup çalışması yapılmıştır. İlk gruba hastalarını yakınlarına bırakabilen bakım verenler katılmıştır. İkincisine hastasını bırakacak toplumsal desteği olmayan bakım verenlerin katılması amaçlanmıştır. İkinci grubun oturumları Pamukkale Üniversite Toplum Gönüllüleri öğrencilerinin Alzheimer hastalarıyla yaptıkları çay/uğraşı saatine göre ayarlanmıştır. Haftada bir gün, 2-2.5 saat olmak üzere ilk grupta 11, ikincisinde 12 oturum yapılmıştır. İlk grup 12.2.2015 tarihinde başlamış, 12 hafta planlanmış, son grup çalışmasına katılımın az olacağı öğrenilince 11. haftada sonlandırılmıştır. On dört kişi ile başlayan grupta süreci 11 kişi tamamlamıştır. İki kişi şehir dışına çıkmak zorunda kaldığından, bir kişi mazeret bildirmeksizin grubu bırakmıştır. İkinci grup çalışması 26.10.2016 tarihinde 11 kişi ile

başlamış, süreci 9 kişi tamamlamıştır. Bir üye çalıştığı için, bir üye fiziksel hastalığından dolayı grubu bırakmıştır. Grupları tamamlayan üyeler tüm oturumlara katılmıştır.

Çalışmadan dışlanma ölçütleri zeka geriliği, şizofreni, bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluklar ve serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı gibi nörolojik hastalık varlığı olarak belirlenmiştir. Gönüllü olan ve görüşme yapılan hiç kimse çalışmadan dışlanmamıştır.

Terapist olarak Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü'nde eğitimini tamamlamış bir psikodramatist, yardımcı terapist olarak psikodrama grup çalışması deneyimi olan bir hemşire görev almıştır. Süpervizyon aynı enstitüde eğitici olarak çalışmakta olan bir psikodramatist tarafından sağlanmıştır. Grup çalışmalarında psikodramaya özgü temel tekniklerden yararlanılmıştır:

**Dramatizasyon ve eşleme, rol değiştirme, ayna:**<sup>15</sup> İlk oturumlarda grup kuralları oluşturulmuş, gruptan beklentiler öğrenilmiş, ısınma oyunları ile tanışma gerçekleşmiştir. Bu yazıda grupların süreçleri özetlenmiş ve birinci gruptan bir protagonist oyunu örnek olarak sunulmuştur (üyelerin kimlikleri gizlenmiştir).

## Uygulanan ölçekler

**Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği (HADÖ):** HADÖ, fiziksel hastalığı olan bireylerde duygudurum bozukluklarını tanıyabilmek için tasarlanmıştır. Toplum ve hastane örnekleminde yaygın olarak kullanılan ve uygulaması kolay bir öz bildirim ölçeğidir.<sup>21</sup> Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında depresyon için kesme puanı 7, anksiyete için 10 olarak saptanmıştır.<sup>22</sup>

**Bakım Veren Yükü Ölçeği (BVYÖ):** Bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir.<sup>23</sup> Ölçek bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 anlaşımdan oluşmaktadır. Ölçek 0-4 arasında Likert tipi değerlendirmeye sahip olup 0-20 puan bakım yükünün olmadığını, 21-40 puan hafif, 41-60 puan orta ve 61-88 puan aralığı ağır bakım yükünü göstermektedir. Ölçekte yer alan maddeler zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük olmak üzere beş alt grupta incelenmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>24</sup>

## İstatistiksel analiz

Veriler SPSS 22.0 programı ile incelenmiştir. Sayısal verilerin normal dağılım göstermemesi ve katılımcı sayısının az olması nedeniyle non-parametrik testler kullanılmıştır. Tedavi öncesi

## xx Alzheimer hastasına bakım veren yakınlarında psikodramatik grup terapisi

ve sonrası ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon testi, iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

### BULGULAR VE UYGULAMA

Birinci grubun yaş aralığı 46-65 yıl olup üyelerin hepsi evliydi, bir üye eşini kaybetmişti (Tablo 1). Psikiyatrik muayenede iki kişiye depresyon tanısı konuldu, bu bireyler antidepressan ilaç kullanmaktaydı. İki üyenin yas sürecinde olduğu belir-

lendi. Grup terapisi sonrasında HADÖ toplam ve anksiyete puanı, BVYÖ toplam ve sosyal yük puanlarında azalma yönünde anlamlı farklılık saptandı (grup öncesi ve sonrası sırasıyla,  $19.36 \pm 13.54$ ,  $11.36 \pm 11.24$ ,  $z=2.52$ ;  $p=0.012$ ;  $21.00 \pm 10.27$ ,  $6.09 \pm 5.44$ ,  $z=2.55$ ;  $p=0.011$ ;  $39.40 \pm 23.04$ ,  $25.20 \pm 18.48$ ,  $z=2.52$ ;  $p=0.012$ ;  $8.00 \pm 6.39$ ,  $5.50 \pm 5.06$ ,  $z=2.21$ ,  $p=0.027$ ). HADÖ depresyon ve BVYÖ toplam ve alt puanlarında farklılık bulunmadı (hepsi için  $p>0.05$ ).

**Tablo 1.** Birinci grubun sosyodemografik özellikleri

| Katılımcı | Yaş (yıl) | Eğitim düzeyi | Meslek          | AH yakınlık düzeyi  |
|-----------|-----------|---------------|-----------------|---------------------|
| 1. üye    | 62        | üniversite    | emekli öğretmen | babası (ex) ve eşi  |
| 2. üye    | 60        | üniversite    | emekli memur    | annesi              |
| 3. üye    | 64        | ilkokul       | ev kadını       | annesi              |
| 4. üye    | 65        | açık öğretim  | emekli memur    | eşi                 |
| 5. üye    | 48        | ilkokul       | ev kadını       | annesi              |
| 6. üye    | 58        | üniversite    | emekli öğretmen | annesi              |
| 7. üye    | 51        | lise          | emekli memur    | annesi              |
| 8. üye    | 46        | ilkokul       | ev kadını       | annesi              |
| 9. üye    | 60        | lise          | ev kadını       | annesi              |
| 10. üye   | 62        | lise          | ev kadını       | annesi, kız kardeşi |
| 11. üye   | 46        | ilkokul       | ev kadını       | annesi              |

**Tablo 2.** İkinci grubun sosyodemografik özellikleri

| Katılımcı | Yaş (yıl) | Eğitim düzeyi | Meslek      | AH yakınlık düzeyi   |
|-----------|-----------|---------------|-------------|----------------------|
| 1. üye    | 62        | ilkokul       | ev kadını   | eşi                  |
| 2. üye    | 72        | okuryazar     | ev kadını   | eşi                  |
| 3. üye    | 71        | ilkokul       | ev kadını   | eşi                  |
| 4. üye    | 71        | ilkokul       | ev kadını   | eşi                  |
| 5. üye    | 68        | ilkokul       | emekli işçi | eşi                  |
| 6. üye    | 55        | ilkokul       | ev kadını   | kayınvalidesi/halası |
| 7. üye    | 65        | ilkokul       | ev kadını   | annesi               |
| 8. üye    | 53        | ilkokul       | ev kadını   | eşi                  |
| 9. üye    | 83        | ilkokul       | emekli işçi | eşi                  |

İkinci grubu, yaş aralığı 53-83 yıl olup grubun tek erkek üyesi aynı zamanda çalışmaya katılan en yaşlı bireydi. Üyelerin hepsi evliydi (Tablo 2). Psikiyatrik muayenede iki üyeye depresyon, bir üyeye yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konuldu, bu üyeler antidepressan ilaç kullanmaktaydı. Grup çalışması öncesi ve sonrası HADÖ ve BVYÖ toplam ve alt puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmadı (hepsi için  $p>0.05$ ).

İkinci grubun yaş ortalaması birinci gruba göre yüksek olup terapi öncesi HADÖ toplam, depresyon ve anksiyete puanlarında farklılık yoktu.

**Anatolian Journal of Psychiatry 2018; 19(x):xx-xx**

İkinci grupta BVYÖ fiziksel yük puanı birinci gruba göre yüksekti, diğer alt puanlarda farklılık saptanmadı. Terapi sonrası birinci grubun HADÖ toplam, depresyon, anksiyete ve BVYÖ gelişimsel, fiziksel ve duygusal yük puanları birinci gruba göre düşük bulundu (Tablo 3).

İki grup birlikte değerlendirildiğinde, terapi sonrasında HADÖ toplam ve anksiyete puanlarında, BVYÖ toplam yük puanında azalma olduğu, depresyon puanlarında ve bakım yükünün diğer alt puanlarda değişiklik olmadığı belirlendi (Tablo 4).

**Tablo 3.** İki grubun ölçek puanlarının karşılaştırılması

| Ölçekler                             | Grup 1<br>Ort.±SS | Grup 2<br>Ort.±SS | z    | p*    |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|------|-------|
| Yaş (Ort.±SS, yıl)                   | 56.36±7.21        | 66.66±9.23        | 2.48 | 0.012 |
| HADÖ <sup>1</sup> toplam             | 19.36±13.54       | 27.00±11.62       | 1.07 | 0.295 |
| HADÖ <sup>1</sup> depresyon          | 8.18±5.98         | 13.11±6.25        | 1.75 | 0.080 |
| HADÖ <sup>1</sup> anksiyete          | 10.27±6.61        | 13.88±5.75        | 1.37 | 0.175 |
| Bakım Veren Yükü Ölçeği <sup>1</sup> |                   |                   |      |       |
| Toplam <sup>1</sup>                  | 39.40±23.04       | 57.55±19.88       | 1.55 | 0.133 |
| Zaman bağımlılık yükü <sup>1</sup>   | 11.10±7.07        | 12.77±7.32        | 0.54 | 0.604 |
| Gelişimsel yük <sup>1</sup>          | 9.80±6.629        | 14.00±6.83        | 1.48 | 0.156 |
| Fiziksel yük <sub>1</sub>            | 4.40±4.78         | 11.00±3.84        | 2.62 | 0.008 |
| Sosyal yük <sub>1</sub>              | 8.00±6.39         | 9.88±5.90         | 0.70 | 0.497 |
| Duygusal yük <sup>1</sup>            | 5.10±5.13         | 7.77±4.60         | 1.28 | 0.211 |
| HADÖ toplam <sup>2</sup>             | 11.36±11.24       | 30.22±18.12       | 2.51 | 0.010 |
| HADÖ depresyon <sup>2</sup>          | 5.27±5.98         | 13.66±6.59        | 2.59 | 0.007 |
| HADÖ anksiyete <sup>2</sup>          | 6.09±5.44         | 13.11±6.17        | 2.36 | 0.016 |
| Bakım Veren Yükü Ölçeği <sup>2</sup> |                   |                   |      |       |
| Toplam <sup>2</sup>                  | 25.20±18.49       | 45.88±30.14       | 1.51 | 0.133 |
| Zaman bağımlılık yükü <sup>2</sup>   | 7.70±6.88         | 13.00±6.22        | 1.73 | 0.095 |
| Gelişimsel yük <sup>2</sup>          | 6.90±4.88         | 14.00±6.83        | 2.10 | 0.035 |
| Fiziksel yük <sup>2</sup>            | 3.50±3.83         | 12.66±7.61        | 2.84 | 0.003 |
| Sosyal yük <sup>2</sup>              | 5.50±5.06         | 10.55±6.00        | 1.81 | 0.079 |
| Duygusal yük <sup>2</sup>            | 4.10±3.92         | 8.88±4.07         | 2.22 | 0.028 |

HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği; <sup>1</sup>: grup çalışması öncesi değerler; <sup>2</sup>: grup çalışması sonrası Değerler; \*: Mann-Whitney U testi.

**Tablo 4.** Çalışmaya katılan tüm bireylerin grup öncesi ve sonrası ölçek puanları

| Ölçekler                | Grup öncesi<br>Ort.±SS | Grup sonrası<br>Ort.±SS | z    | p*    |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|------|-------|
| HADÖ toplam             | 22.80±12.98            | 19.85±17.24             | 2.21 | 0.034 |
| HADÖ depresyon          | 10.40±6.45             | 9.05±7.45               | 1.35 | 0.177 |
| HADÖ anksiyete          | 11.90±6.35             | 9.25±6.67               | 2.51 | 0.012 |
| Bakım Veren Yükü Ölçeği |                        |                         |      |       |
| Toplam                  | 48.00±22.98            | 35.00±26.21             | 2.26 | 0.024 |
| Zaman bağımlılık yükü   | 11.89±7.04             | 10.21±6.94              | 0.89 | 0.373 |
| Gelişimsel yük          | 11.78±6.88             | 10.26±6.78              | 1.84 | 0.065 |
| Fiziksel yük            | 7.52±5.43              | 10.26±6.78              | 0.06 | 0.953 |
| Sosyal yük              | 8.89±6.07              | 7.89±5.96               | 1.43 | 0.152 |
| Duygusal yük            | 6.36±4.94              | 6.36±4.59               | 0.12 | 0.906 |

\*: Wilcoxon test.

## GRUP 1 SÜREÇ

İlk oturumlarda hastalık belirtilerinin neler olduğu ve hastalığın nasıl fark edildiği paylaşıldı. Bir protagonist oyununda anneye AH tanısı konulması, doktorun bu konuda bilgi vermesi, bu süreçte yaşanan duygular oyunlaştırıldı. Hastanın bakımını kimin üstleneceği konusu ve bakım

veren kişinin kardeşlerinden yardım isteyememesi grubun ortak sorunu oldu. Bu konu tekrar tekrar ele alındı. Bir üye ücretli bir bakıcı bulmasıyla sorunlarının çözüldüğünü paylaştı. Bir üyenin annesinin bakımevine yerleştirilmesi gündeme geldi. Bu konu oyunlaştırıldığında toplumsal çevresinin tepkileri, suçluluk ve utanma duygularının yaşanması, kadının karşıt değerli duygularını

ele alındı. Hastanın vesayet altına alınması ve malların idaresi gibi hukuksal ve mali süreçler gündeme geldi. Annenin bakımından dolayı eşiyile ayrı evlerde yaşamaya başlayan kadının sorunu protagonist oyunuyla çalışıldı, kadın farklı rollerden eş ve annesiyle ilişkisini değerlendirebildi. Bir kadının annesine bakım verdiği dönemde eşine kolon kanseri tanısı konulmuş, süreçte kaybedilmişti. Annesine bakım vermesinden dolayı eşiyile yeterince ilgilenmediği düşünen kadın suçluluk hissediyordu. Anne, eş ve kadının bulunduğu bir sahne oyunlaştırıldı. Annenin geçmişteki anılarını damadına anlattığı bu sahnede, unutmaya başlayan kadının anılarında birçok kişiyi yaşattığı, bu sohbetten ikisinin de çok keyif aldığı gözlemlendi. Üye farkında olmadan eşine iyi gelen şeyi yapmış olduğunu gördü, eşle vedalaşması gerçekleşti. Grup oluşturulma sürecinde annesini kaybeden hastanın kayıp sonrası duyguları rüya çalışması ile ele alındı, grup oldukça destekleyiciydi. Eşinin kıskançlığı nedeniyle artık onunla yaşamayan kadının aile ilişkilerinin hastalık öncesi ve sonrası değişimleri gözden geçirildi. Son oturumda hastalık ilerlediğinde yaşanabilecekler konusunda kaygısını dile getiren kadın protagonist oldu. Anne ve kendisinin ilişkisinin bugünden geleceğe yolculuğu oyunlaştırıldı (bu protagonist oyunu örnek oturum olarak aşağıda sunuldu).

### Örnek oturum

Bu üye hastalık ilerleyince nelerle karşılaşacaklarını merak ediyordu. Bugünden başlayan bir yolculukla anne ve kendisini bekleyen süreçlerin gözden geçirilmesi planlandı. Bugünkü durumda annesi ve kendisinin ilişkisini gösteren bir sahne kuruldu. Anne ile rol değiştirdi (*rol değiştirme*), sahne üye anne rolünderken yeniden canlandırıldı, sonra kendi yerine bir üye seçildi ve sahneyi dışardan gözlemledi (*aynalama*). Bu sahnelerde yaşanan duygular *eşleme* ile dile getirildi. Bugünden 5 yıl ve 10 yıl sonraki sahneler benzer şekilde oyunlaştırıldı. Bugün annenin bakımını kendisi üstlenmek isteyen ve kardeşinden gelen yardım tekliflerine sıcak bakmayan kadın, 5 yıl sonra bakım konusunda yardıma gereksinmesi olacağını fark etti. On yıl sonraki yaşantıyı gösteren sahnede anne konuşmuyor, tuvalet gereksinmesini karşılayamıyor, yemek yiyemiyor, tek başına kalamıyordu. Süreçte yaşayacağı zorluklar ve nasıl baş edebileceği benzer tekniklerle çalışıldı. Üye bir sonraki sürece (sona) bakmak istemedi. Bu kadın gruba aktif olarak katılan, oyunlarda rol alan, duygularını paylaşan ve geri bildirimlerde bulunan bir üyeydi. Grup sürecinde AH'nin farklı evreleri olduğu, hastalık ilerledikçe

bakımın zorlaştığı ve tek bir kişinin bunu üstlenmesinin zor olacağı sıklıkla paylaşılmıştı. Ancak üye yaşayarak bir şeyleri görmesinin çok farklı olduğunu, bugün farklı bir bakış açısı edindiğini dile getirdi. Bu oturumda hastalık başlangıcından sonra doğru bir yolculuk yapıldı, ancak sonra bakılmadan (ve aslında 1 oturum daha yapılması gerekirken) grup süreci noktalandı. Sanki bizleri bekleyen sona bakılmak istememişti.

### GRUP 2 SÜREÇ

İlk oturumlarda hastalık belirtilerinin neler olduğu ve hastalığın nasıl fark edildiği konuşuldu. Grubun hastaya nasıl davranılması gerektiği konusundaki bilgilendirme gereksinmesi belirgindi. Bakım veren kişiyi zora sokan durumlarla nasıl baş edilebileceği farklı oturumlarda protagonist oyunlarıyla çalışıldı. Hastaya karşı hissettikleri öfke ve öfkelenedikleri için yaşadıkları suçluluk duyguları, hastalığın kabullenilmesi üyelerin en çok zorlandıkları alanlardı. Olumsuz duyguların hastaya yansıtılması ile ilgili kaygılar ele alındı. Bir üye konuşabildiği ve dertleşebildiği sağlıklı annesi ile vedalaşma yaşadıktan sonra hasta annesi ile öfkesi azalmış olarak karşılaşılabildi. Eşinde davranım sorunları olmayan hasta yakınları sorun yaşamadıklarını belirttiler. Evden çıkıp giden, 2-3 defa kaybolan bir hasta ve eşinin çaresizliği oyunlaştırıldı. Alınabilecek önlemler paylaşıldı. Grubun tek erkek üyesi önce değerlerinin kadın olmasından dolayı gruba devam etmek istemedi. Ancak eşinin uğraşı saatinde mutlu olduğunu fark edince gruba devam etti. Zaman zaman oyunlarda uykuya daldı, zaman zaman kendisinden paylaşımlarda bulundu. Bu ve başka bir üye eşinin bakımı için bir bakıcı buldu, bunun kendilerini rahatlatıldığını paylaşıldı.

Grup, eyleme geçmekten çok, anlatmaya ve konuşmaya eğilimliydi. Protagonist oyunlarında yavaş hareket etme, rollere girmede zorlanma, eyleme geçmede yavaşlık yaşandı. Unutan hastanın kendisine bakım veren kişiden ayrılmadığı fark edildi. Eşlerle geçmişte yaşanan çatışmaların hastalığın yarattığı sorunlarla baş etmede üyeleri zorladığı görüldü. Üyeler geçmişte eşleriyle yaşadıkları sorunları dile getirme, yaşamlarını gözden geçirme ve yeni durumla ilgili bir kavrayış sağlama çabasıdaydı. Yalnızlık, çaresizlik, öfke ve suçluluk grubun yaşadığı ortak duygulardı.

### TARTIŞMA

Bu çalışmada iki grup çalışmasını karşılaştırmak değil, grupları birlikte değerlendirerek AH bakım

veren yakınlarının yaşadıkları sorunları geniş kapsamda gözden geçirmek amaçlanmıştır. Grupların oluşturulma biçimi kendi içinde daha homojen ama diğer gruptan farklı üyeleri bir araya getirmiştir. İlk gruba hastasını bir yakınına bırakabilen üyeler katılmıştır. Bu grup eğitim düzeyi daha çok lise ve üniversite olan, orta yaşlı, anne/babaya bakım veren çocuklardan oluşmuştur. İkinci grup oluşturulurken hastasını bir yakınına bırakamayan üyelerin çalışmaya katılabilmesi hedeflenmiştir. İkinci grup daha çok ilkokul mezunu, eşlerine bakım veren yaşlı bireylerden oluşmuştur. Bu durum grup süreçlerini ve bulgularımızı etkilemiş olabileceğinden tartışmada değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, bakım verenlerin hastanın davranışsal ve psikiyatrik belirtiler karşısında çaresizlik yaşadığı, hastaya nasıl davranılması gerektiği konusunda yardım istedikleri görülmüştür. Önceki çalışmalarla benzer olarak<sup>3</sup> bakım verenlerin hastalığı tanıma, hastalıktan dolayı yaşamlarında meydana gelen değişimlere ayak uydurma, bakıcılık yapma, kayıplarla yüzleşme gibi görevlerinin olduğu belirlenmiştir. Gözlemlerimizle uyumlu olarak, hastanın psikiyatrik belirtilerinin ve davranışsal sorunlarının şiddetinin bakıcı yükünü artıran en belirleyici etken olduğu bildirilmiştir.<sup>25-28</sup> Bakım verilen sürenin artması, ev dışında geçirilen serbest zamanın azalması, sosyal izolasyon, cinsiyet (kadın olmak), hasta ile önceki ilişkilerin niteliği, bakım verenin kişilik özellikleri ve uygun olmayan başa çıkma stratejileri kullanması, destek kaynaklarının olmaması bakım yükünü artıran diğer etkenlerdir.<sup>27,29-32</sup>

Alzheimer hastasına bakım veren bireylerin anksiyete, uyku bozuklukları, tükenmişlik, depresyon, kronik stres ve bununla ilişkili bellek sorunları yaşadıkları, yaşam kalitelerinin ve genel sağlık durumlarının olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir.<sup>30,33-35</sup> Bir meta-analiz çalışmasında, bunama hastasına bakım veren yakınlarında sempatik aşırı aktivasyonun geliştiği ve hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kronik inflamatuvar hastalıklar gibi psikosomatik hastalıkların sık görüldüğü belirlenmiştir.<sup>36</sup> Çalışmamızın karşılaştırma grubu yoktur, ancak sonuçlarımız bakım veren hasta yakınlarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin normalin üzerinde olduğunu göstermektedir.

Grup terapisi sonrası hasta yakınlarında anksiyete düzeyleri ve bakım yükü azalmıştır. Psikodramatik grup çalışması ile bakım verenlere hastalıkla ilgili bilgi sağlanmış, bakımdan kaynaklanan sorunlarla baş etmelerinde destek

olunmuştur. AH bakım veren aile üyeleriyle yapılan grup terapilerinin yönelimi ne olursa olsun yararlı olduğu bildirilmiştir.<sup>12,37</sup> Bir çalışmada, psikodramatik grup terapisinin demans ve Alzheimer hastalarına bakım verenlerin kendilerini ifade etmelerine ve iyi hissetmelerine katkıda bulunduğu, hasta yakınlarının yalnız olmadıklarını gördükleri, grubun hastalığın kabulünü kolaylaştırdığı ve birbirlerinin deneyimlerinden yararlanma olanağı sağladığı vurgulanmıştır. Bu grubun anksiyete ve depresyon düzeylerinde belirgin bir değişiklik saptanmamıştır.<sup>20</sup> Veriler hastalık belirtileri ve başa çıkma yollarını kapsayan ruhsal eğitim ile birlikte hasta yakınlarının yaşadıkları ruhsal sorunlara yönelik psikoterapötik çalışmaların yararlı olacağını düşündürmektedir.<sup>10-14</sup>

Alzheimer hastalarına çoğunlukla evde aile üyeleri tarafından bakım verildiği, bakım verenlerin çoğunlukla eşler veya kızlar olmak üzere kadınlar olduğu bildirilmiştir.<sup>4,38,39</sup> Benzer olarak gruplarımızda 1 üye dışında bakım verenlerin tümü kadındı. Bakım verenlere yönelik destekleyici çalışmaların kadın cinsiyetine özgü konuların gözetilerek planlanması yararlı olabilir. Kuruma yerleştirme konusu 20 üyeli grupta 1 üye tarafından gündeme getirilmiştir. Hastanın bir kuruma yerleştirilmesi çoğu zaman yakınlarının stresini azaltmamakta, bu konuda karar vermenin güçlüğü, bakımdan dışlanma, suçluluk duyguları yaşama ve mali zorluklar yaşanmaktadır.<sup>40</sup> Bakım için harcanan süre hastanın kuruma yatırılması ile en ilişkili etken olup, erkek bakım verenler özellikle hastalık öncesi ilişki kalitesi çok iyi değilse kurumu yeğlemektedir. Ailelere ruhsal eğitim verilmesi kuruma yatırılma sürecini geciktirebilmektedir.<sup>30</sup>

Çalışmamızda, birinci grubun bakım yükü hafif, ikincisinin orta düzeydeydi. Terapi sonrası birinci grubun anksiyete düzeylerinde ve bakım yükünde azalma olduğu, ikinci grupta ölçek puanlarının değişmediği saptanmıştır. İlk grup hastalarını bırakabilecek sosyal desteğe sahipken, ikincisi bu destekten yoksundu. İlk grupta bakım verenler çoğunlukla hastanın çocuklarıyken ikinci grup eşlerden oluşuyordu, kendileri de yaşlı bireylerdi. İlk grubun daha genç ve eğitim düzeyinin daha yüksek olması terapiden yararlanma düzeyini olumlu etkilemiş olabilir. Bakım veren eşler olduğunda kendileri de yaşlı olan bu bireylerin bir başkasına bakım vermekte gençlere göre daha fazla zorlandıkları bildirilmiştir.<sup>30</sup> Yaşlılık döneminde birçok kayıp yaşanabilmektedir. Yaşlıyı en çok etkileyen, en sarsıcı ve baş etmesi en zor olanı eş kaybıdır.<sup>41</sup> AH yakınları eşlerini yaşar-

ken kaybetme süreci içine girmiştir. Kendisi de yaşamı gözden geçirme ve ölümle yüzleşme döneminde olan eşler, eşlerinin kaybıyla yüzleşirken bakım veriyor olmanın getirdiği güçlüklerle baş etmekte zorlanabilirler. Ayrıca yaşlanma ile birlikte görülmesi olası bilişsel kayıplar terapi sürecinden faydalanmayı olumsuz etkilemiş olabilir. Yaşlı bakım verenlerin bilişsel işlevlerinin değerlendirilmemiş olması, hastalardaki nöropsikiyatrik belirtilerin şiddeti ve bakıcı yükünü etkileyen diğer etkenlerin araştırılmaması çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

Yaşlılarda meydana gelen ruhsal, fiziksel ve bilişsel değişiklikler psikoterapi uygulamalarında bazı modifikasyonların yapılmasını gerektirmektedir. Yaşlı hastalarda etkin oldukları gösterilmiş psikoterapi yöntemleri BDT, kişilerarası psikoterapi, kısa psikodinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi, problem çözme terapisi, yaşamı gözden geçirme ve anımsama terapisi, grup psikoterapileri olarak özetlenebilir.<sup>42-47</sup> Yaşlılarda psikodramatik grup terapisinde ısınmanın geç olmasından dolayı oyunlaştırmanın ileri oturumlarda gerçekleştiği, grup sürecinde üyelerin spontanlık, yaratıcılık ve empati özelliklerinin arttığı, sorunlarla baş etme becerilerinin olumlu yönde değiştiği, duyguların ve düşüncelerin sözel anlatımlarının giderek arttığı bildirilmiştir.<sup>43</sup> Benzer olarak bizim çalışmamızda da yaşlı üyeler daha çok konuşmaya ve anlatmaya eğilimliydi, role girmekte ve eyleme geçmekte zorlandılar, protagonist oyunu ilk gruba göre

daha az sayıda gerçekleşti. Düzenli oturumlara katılmış olmalarına, paylaşımda bulunmalarına ve yaşadıkları sorunları oyunlaştırarak gözden geçirebilmelerine rağmen, ruhsal belirtilerde ve hissedilen bakım yükünde belirgin değişiklik saptanmamıştır.

Bu çalışma, Alzheimer Derneği etkinliklerine katılan üyelerle yapılmıştır. Alzheimer Derneği etkin ve yaygın bilinen bir sivil toplum örgütü olmakla birlikte, dernek çalışmalarına katılan bireylerin toplumu tam olarak yansıttığı söylenemez. Bu alanda, toplum örneğini temsil edebilecek, hasta ve bakım verenlerin birlikte değerlendirildiği, bakım yükünü etkileyen etkenlerin göz önünde bulundurulduğu, kapsamlı ölçüm araçlarının kullanıldığı ve kontrol grubunu içeren çalışmalarına gereksinim vardır. Ayrıca, ilk grup çalışmasının 11 oturumda bitirilmesi çalışmanın bir sınırlılığı olup grup dinamikleri açısından tartışılabilir.

Çalışmamızda, AH bakım veren yakınlarında psikodramatik grup terapisine hastaların çocuklarından oluşan grupta anksiyete düzeylerinde ve bakım yükünde düzelme olurken, eşlerden oluşan grupta depresyon, anksiyete ve bakım yükünün düzeyinde değişiklik olmamıştır. Sonuçlarımız AH bakım veren eşlerin mevcut destek sistemlerinden yeterince yararlanamadıklarını, bu bağlamda daha fazla desteğe gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

**Yazarların katkıları:** G.S.V.: Konuyu bulma, planlama, literatür tarama, veri toplama ve işleme, istatistik, yorum, makaleyi yazma; N.K.O.: Planlama, veri toplama ve işleme, yorum, makaleyi yazma; F.Ç.A.: İstatistik, yorum, eleştirel inceleme, makaleyi yazma; N.K.: Veri toplama ve işleme, yorum, eleştirel inceleme; F.A.: Literatür tarama, makaleyi yazma.

## KAYNAKLAR

1. Erden Aki Ö. Major ve hafif nörokognitif bozukluklar: Alzheimer Hastalığı. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2017; 10:1-8.
2. Eker E. Alzheimer Hastalığı ve diğer demanslar. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005; 1:3-16.
3. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 32-49.
4. Butcher HK, Holkup PA, Buckwalter KC. The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. *West J Nurs Res* 2001; 23:33-55.
5. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.*
6. Dileköz A. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. *Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, 2003.*
7. González-Salvador MT, Arango C, Lyketsos CG, Barba AC. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:701-710.
8. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11:217-228.



9. Martín-García R, Martín-Avila G, la Rubia-Marcos MD, Maroto-Rodríguez R, Ortega-Angulo C, Carreras Rodriguez MT, et al. Consumption of drugs and nonpharmacological therapies in caregivers of patients with Alzheimer's Disease: a case-control study in Madrid. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2016; 6:68-77.
10. Aboulafia-Brakha T, Suchecki D, Gouveia-Paulino F, Nitrini R, Ptak R. Cognitive behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health* 2014; 18:801-808.
11. Michielin P, Cenedese C, Cristofoli M, Zaros N. Usefulness and effectiveness of group cognitive-behavioral psychotherapy and mutual support group therapy for depressed caregivers of psychiatric patients. *G Ital Med Lav Ergon* 2007; 29(3 Suppl.B):B18-25.
12. Passoni S, Moroni L, Toraldo A, Mazzà MT, Bertolotti G, Vanacore N, et al. Cognitive behavioral group intervention for alzheimer caregivers. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2014; 28:275-282.
13. Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24:489-499.
14. Whitlatch CJ, Orsulic-Jeras S. Meeting the informational, educational, and psychosocial support needs of persons living with dementia and their family caregivers. *Gerontologist* 2018; 58(Suppl. 1):S58-S73.
15. Özbek A, Leutz G. L.L. Moreno'ya göre rol kuramı. *Psikodrama Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim. İkinci basım, Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü Yayınları No:1, Ankara: Ayrıntı Basım-evi, 2003, s.31-52, 142-146.*
16. Yalom ID. *Grup psikoterapisinin teori ve pratiği. A Tangör, Ö Karaçam (Çev. Eds.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1992, s.66-108.*
17. Doğaner İ, Vahip İ. İki uçlu duygudurum bozukluklarında sosyometrik psikodramatik grup psikoterapisi uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5:127-133.
18. Gülseren L, Turgut S, Yaprak S, Kültür S. Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10:325-331.
19. Ruddy RA, Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1:CD005378. DOI: 10.1002/14651858.CD005378.pub2.
20. Akdöl Öz Y. *Alzheimer Hastalarının Yakınları İle Psikodrama Çalışması. Yayımlanmamış Psikodrama Yeterlilik Tezi, İzmir, Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, 2004.*
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-370.
22. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1997; 8141:280-287.
23. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980; 20:649-655.
24. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11:85-95.
25. Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, Schneider LS. Caregiver burden in Alzheimer disease: Cross-sectional and longitudinal patient correlates. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18:917-27.
26. Lou Q, Liu S, Huo YR, Liu M, Liu S, Ji Y. Comprehensive analysis of patient and caregiver predictors for caregiver burden, anxiety and depression in Alzheimer's disease. *J Clin Nurs* 2015; 24:2668-2678.
27. Conde-Sala JL, Turró-Garriga O, Calvo-Perxas L, Vilalta-Franch J, Lopez-Pousa S, Garre-Olmo J. Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease. *J Alzheimer Dis* 2014; 42:623-633.
28. Yu, DSF, Cheng ST, Wang J. Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: An integrative review of research literature. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 79:1-26.
29. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's Disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23:929-936.
30. Sansoni J, Anderson KH, Varona LM, Varela G. Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: Some considerations on existing literature. *Ann Ig* 2013; 25:235-246.
31. Van der Lee J, Bakker TJ, Duivenvoorden HJ, Dröes RM. Do determinants of burden and emotional distress in dementia caregivers change over time? *Aging Ment Health* 2017; 21:232-240.
32. García-Alberca JM, Cruz B, Lara JP, Garrido V, Gris E, Lara A, et al. Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Results from the MÁLAGA-AD study. *J Affect Disord* 2012; 136:848-856.
33. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20:423-8.

34. Corrêa MS, Vedovelli K, Giacobbo BL, de Souza CE, Ferrari P, de Lima Argimon II, et al. *Psychophysiological correlates of cognitive deficits in family caregivers of patients with Alzheimer Disease. Neuroscience* 2015; 286:371-382.
35. Liu S, Liu J, Wang XD, Shi Z, Zhou Y, Li J, et al. *Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiety in dementia caregivers: A comparison of frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr* 2017; 10:1-8.
36. Pinquart M, Sörensen S. *Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:126-137.
37. Kamkhagi D, Costa ACO, Kusminsky S, Supino D, Diniz BS, Gattaz WF, et al. *Benefits of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients. Arch Clin Psychiatry* 2015; 42:157-160.
38. Brodaty H, Green A. *Defining the role of the caregiver in Alzheimer's disease treatment. Drugs Aging* 2002; 19:891-898.
39. Sink KM, Covinsky KE, Barnes DE, Newcomer RJ, Yaffe K. *Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. J Am Geriatr Soc* 2006; 54:796-803.
40. Ritchie K, Lovestone S. *The dementias seminar. The Lancet* 2002; 360:1759-1766.
41. Yıldız M. *Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2012; 36:1-30.
42. Carman MB, Nordin SR. *Psychodrama: A therapeutic modality for the elderly in nursing homes. Clin Gerontol* 1984; 3:15-24.
43. Kalkan Oğuzhanoğlu N, Osman Ö. *The elderly, nursing homes and life voyages: A psychodrama group study. Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:124-132.
44. Serfaty MA, Haworth D, Blanchard M, Buszewicz M, Murad S, King M. *Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: A randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:1332-1340.
45. Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. *Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaIT randomised controlled trial. Lancet* 2013; 381:375-384.
46. Francis JL, Kumar A. *Psychological treatment of late-life depression. Psychiatr Clin North Am* 2013; 36:561-575.
47. Kiosses DN, Leon AC, Areán PA. *Psychosocial interventions for late-life major depression: Evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. Psychiatr Clin North Am* 2011; 34:377-401.