

Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun (DDPB-T) Geçerliliği ve Güvenilirliği: Bakıcılar Arasında Psikometrik Bir Değerlendirme



Hasan Armağan UYSAL¹, Halil GÜLLÜOĞLU², Turan POYRAZ³, Simay BAŞARAN⁴,
Levent VAR⁵, Neslihan EŞKUT⁶

ÖZET

ABSTRACT

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin (DDPB-T) Türkçe versiyonunun bakıcılar arasında geçerliliğini doğrulamaktır. Çalışmanın hedefi, ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirip Türkiye'de bakıcıların demansla ilgili davranışsal ve psikolojik belirtilere ilişkin bilgilerini doğru bir şekilde ölçtüğünü görmektir.

Validity and Reliability of the Turkish Version of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Knowledge Scale (BPSD-T): A Psychometric Evaluation Among Caregivers

Objective: This study aimed to validate the Turkish version of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Knowledge Scale (BPSD-T) among caregivers. The goal was to assess the scale's psychometric properties, ensuring it accurately measures caregivers' knowledge of dementia-related behavioral and psychological symptoms in a Turkish context.

Yöntem: Türkiye genelinde demans hastalarına evde bakım sağlayan 212 bakıcıdan kesitsel olarak veri toplanmıştır. Katılımcılar, 12 maddeden oluşan demansın davranışsal ve psikolojik belirtileri (DDPB) bilgi anketi ve bir adet sosyodemografik formu doldurmuştur. Ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla keşfedici faktör analizi (KFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. KFA sırasında, Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett küresellik testleri kullanılarak örneklem uygunluğu değerlendirilmiştir. DFA'da model uyumunu değerlendirmek için χ^2/df , Uyum İyiliği İndeksi, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, Normlanmış Uyum İndeksi ve Yaklaşık Hata Kare Kökü Ortalaması gibi uyum indeksleri kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Methods: In this cross-sectional study, the data were collected from 212 caregivers providing home-based care to dementia patients across Turkey. Participants completed a 12-item Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) knowledge questionnaire along with a sociodemographic form. To examine the factor structure of the scale, both exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) were conducted. Sample adequacy for EFA was assessed using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure and Bartlett's test of sphericity. For CFA, model fit was evaluated using fit indices such as χ^2/df , Goodness of Fit Index (GFI), Comparative Fit Index (CFI), Normed Fit Index (NFI), and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). The internal consistency of the scale was assessed with Cronbach's alpha coefficient.

Bulgular: Bulgular, DDPB-T'nin güçlü bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermiş (Cronbach alfa=0,85) ve sağlam bir faktör yapısı olduğunu doğrulamıştır. Faktör yükleri 0,396 ile 0,744 arasında değişmekte olup, ölçeğin yapı geçerliliğini desteklemektedir. Madde-toplam korelasyonları 0,437 ile 0,711 arasında değişmekte olup, "Davranışsal ve psikolojik semptomlar, bakım veren yükünün ana kaynağıdır." maddesi en yüksek korelasyona sahiptir ($r=0,711$). Sonuçlar, DDPB-T'nin, bakıcıların demans ile ilişkili davranışsal ve psikolojik belirtiler konusundaki bilgilerini değerlendirmede güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Results: The findings showed that the BPSD-T has strong internal consistency (Cronbach's alpha=0.85) and a robust factor structure. Factor loadings ranged from 0.396 to 0.744, supporting the construct validity of the scale. Item-total correlations ranged from 0.437 to 0.711, with the item "BPSD are the major source of caregiving burden" having the highest correlation ($r=0.711$). The results indicate that the BPSD-T is a reliable instrument for assessing caregivers' knowledge of behavioral and psychological symptoms associated with dementia.

Sonuç: DDPB-T, Türkiye'deki bakıcılar arasında bilgi eksikliklerini belirlemek için etkili bir yol sunmakta ve DDPB'nin yönetimini iyileştirmeye yönelik eğitim programları için önemli bir araç sağlamaktadır. Bu çalışma, ölçeğin Batı dışı bir bağlamda doğrulanmasıyla literatüre katkı sunmakta ve bakım verenlerin DDPS hakkında bilgi düzeylerinin artırılmasının, klinik yönetim ve hasta bakımında olumlu etkiler yaratabileceğini öne sürmektedir. Bu doğrultuda, DDPB-T'nin uygulanması, demans hastalarının davranışsal ve psikolojik belirtilerinin daha etkin yönetilmesine katkı sağlayabilir.

Conclusion: The BPSD-T provides an effective means of identifying knowledge gaps among caregivers in Turkey and serves as a valuable tool for developing training programs aimed at improving the management of BPSD. This study contributes to the literature by validating the scale in a non-Western context, suggesting that enhancing caregivers' knowledge of BPSD can have positive impacts on clinical management and patient care. In this regard, the implementation of the BPSD-T may support the more effective management of behavioral and psychological symptoms in dementia patients.

Anahtar Sözcükler: Bakıcılar, Davranışsal Semptomlar, Demans, Psikometri, Demansla ilişkili Davranışsal ve Psikolojik Belirtiler, Nöropsikiyatrik belirtiler, Alzheimer Hastalığı

Keywords: Behavioral Symptoms, Dementia, Caregivers, Psychometrics, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Neuropsychiatric symptoms, Alzheimer's Disease

Geliş Tarihi: 25.10.2024, **Kabul Tarihi:** 22.11.2024, **Çevrim İçi Yayın Tarihi:** 16.12.2024

^{1,2}Nörolog, İzmir Ekonomi Üniv., Tıp Fak., Nöroloji AD; ³Nörolog,, İzmir Ekonomi Üniv., Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Bl., İzmir; ⁴Pratisyen, İzmir Ekonomi Üniv., Medicalpoint Hastanesi, Nöroloji AD, İzmir; ⁵Nörolog,, Nöron Tıp Merkezi, Psikiyatri Kliniği, İzmir; ⁶Nörolog, İzmir Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İzmir.

Dr. Hasan Armağan Uysal, e-posta: armagan.uysal@gbhi.org

GİRİŞ

Demans, küresel olarak büyüyen bir halk sağlığı sorunu olup, 50 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Yaşlanan nüfus nedeniyle bu sayının 2050 yılına kadar üç katına çıkması öngörülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü 2017). Demans bir bilişsel gerileme olarak kabul edilse de demansın davranışsal ve psikolojik semptomları (DDPS) aynı derecede önemli olup bakım ortamlarında genellikle yeterince fark edilmemektedir. DDPS, ajitasyon, saldırganlık, depresyon, anksiyete, halüsinasyonlar ve apati gibi geniş bir yelpazede bilişsel olmayan semptomları kapsar ve demans hastalarının yaklaşık %90'ı hastalığın bir noktasında bu semptomlardan etkilenir (Lyketsos ve ark. 2011). Bu semptomlar, yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda bakım verenler için de sıkıntı yaratır ve hem yaşam kalitesini hem de sağlık durumunu ciddi şekilde etkileyebilir. (Kales ve ark. 2015).

DDPS'nin etkili yönetimi demans bakımında kritik bir öneme sahiptir, ancak bakım verenler arasında bu semptomlar hakkında önemli bir bilgi eksikliği bulunmaktadır. Araştırmalar, sağlık profesyonelleri de dahil olmak üzere bakım verenlerin, DDPS'nin tanımlanması ve yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermektedir (Ornstein ve Gaugler 2012, Cations ve ark. 2018). DDPS için birinci basamak müdahale olarak kabul edilen farmakolojik olmayan yaklaşımlar, bu bilgi eksikliği nedeniyle yeterince kullanılmamaktadır (Livingston ve ark. 2014).

Son yıllarda, bakıcıların demans ile ilişkili semptomlar hakkındaki anlayışını değerlendirmek amacıyla çeşitli demans bilgi değerlendirme araçları geliştirilmiştir. Ancak bu araçların çoğu, Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği (DBDÖ) gibi, esas olarak bilişsel semptomlara odaklanmakta ve DDPS hakkındaki bilgiyi yeterince değerlendirememektedir (Annear ve ark. 2015, Annear ve ark. 2017). DDPS bilgisini ölçmek için özel olarak tasarlanmış ölçekler sınırlıdır, bu da bu kritik demans bakım yönlerini ele almak için eğitim müdahalelerini özelleştirme yeteneğini sınırlamaktadır. Ayrıca, İngilizce dışındaki dillerde kültürel olarak uyarlanmış ve doğrulanmış ölçeklerin eksikliği, özellikle demans bakımının hâlâ gelişmekte olduğu Türkiye gibi ülkelerde bu boşluğu daha da artırmaktadır (Akyol ve ark. 2021).

Bu çalışma, bakım verenlerin DDPS hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirebilecek, bilgi eksikliklerini ve geliştirilmesi gereken alanları belirleyebilecek bir araç sağlamayı amaçlamaktadır. Araştırmamız, Türkiye'deki bakım verenlerin DDPS yönetimi konusunda bilgi eksikliklerinin hasta prognozu ve bakım verenler üzerindeki psikolojik yük üzerindeki olumsuz etkilerine ışık tutmayı hedeflemektedir. Hipotezimiz, DDPS bilgi düzeyinin artmasının bakım kalitesini iyileştireceği ve hem hasta hem de bakıcı üzerindeki yükü azaltacağı yönündedir. Bu doğrultuda, DDPS yönetimi ile ilgili hedeflenmiş eğitim müdahalelerinin geliştirilmesine rehberlik edecek bulgular elde etmeyi amaçlamaktayız.

YÖNTEM

Çalışma Tasarımı

Bu çalışmada, DDPB hakkında bilgi değerlendirmesi yapmak için geliştirilen 12 maddelik bir anketin geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla kesitsel bir tasarım kullanılmıştır. Ölçek, demans hastalarına bakıcıların DDPB hakkındaki bilgilerini ölçmek amacıyla özel olarak geliştirilmiştir.

Örneklem ve Katılımcılar

Veriler, Mayıs 2024 ile Ekim 2024 arasında toplanmıştır. Örneklem, demans hastalarına bakım verenlerden oluşmaktadır. Veriler, Türkiye genelinde evde bakım hizmeti sağlayan aile üyeleri ve evde çalışan bakıcılardan toplanmıştır. Uygunluk örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları için örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla, genellikle anketin her maddesi için 5-10 katılımcı olması önerilmektedir (Sousa ve Rojjanasrirat 2011). Bu yönergeye dayanarak, toplamda 212 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar, 18 yaş ve üzeri olup demans hastalarına bakım sağlayan, Türkçe bilen ve anketi gönüllü olarak doldurmayı kabul eden bireylerden oluşmaktadır. Görme ve/veya işitme engeli olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama

Veriler, sosyodemografik form ve 12 maddelik DDPB bilgi anketi kullanılarak toplanmıştır. Tüm katılımcılar araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek değerlendirilmiştir. Katılımcılar çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş ve katılımcılardan anketi doldurmadan önce yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

DDPB Bilgi Anketi

Bu çalışmada kullanılan 12 maddelik DDPB bilgi anketi, bakıcıların DDPB konusundaki bilgi seviyelerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ankette, 5 dereceli Likert ölçeği kullanılmaktadır. Yanıt seçenekleri '1 = Yanlış', '2 = Muhtemelen yanlış', '3 = Muhtemelen doğru', '4 = Doğru' ve ek olarak '5 = Bilmiyorum' şeklindedir. Yanıtlar 0 ile 2 puan arasında değerlendirilir. Doğru bir ifade için, 'doğru' seçimi 2 puan, 'muhtemelen doğru' seçimi 1 puan kazandırır. Benzer şekilde, yanlış bir ifade için 'yanlış' seçimi 2 puan, 'muhtemelen yanlış' seçimi 1 puan kazandırır. "Bilmiyorum" yanıtları veya yanlış cevaplar 0 puan alır. Her madde için minimum puan 0, maksimum puan ise 2'dir. Anketin toplam puanı 0 ile 24 arasında değişmektedir; daha yüksek puanlar DDPB hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu gösterir.

Geçerlilik

Anketin çeviri ve psikometrik değerlendirmesi için orijinal yazar Dr. Qian Tao'dan e-posta yoluyla izin alınmıştır. Anket,

araştırmacılar tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Her bir madde dilsel doğruluk, anlam ve kavramsal denkliği açısından incelenmiştir. Çevirinin doğruluğunu sağlamak için ölçek, profesyonel iki dilli bir çevirmen tarafından yeniden Türkçeye çevrilmiştir. Araştırmacılar ölçeğin tutarlılığını, yeniden Türkçeye çevrilen versiyonu orijinal versiyonla karşılaştırarak sağlamıştır. Davranışsal ve Psikolojik Demans Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin (DDPB-T) son Türkçe versiyonu, ölçeğin orijinal yazarlarından biri tarafından onaylanmıştır. Yazarların önerilerine dayanarak, 2., 4. ve 11. maddelerde revizyonlar yapılmıştır. Hem DDPB-T hem de Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği'nin (DBDÖ-T) Türkçe versiyonu demans bilgisinin ilgili yapılarını ölçtüğü için ikisinin arasındaki ilişkinin analizi ile yakınsak geçerlilik değerlendirilmiştir (Akyol ve ark. 2021). Bu analiz için, her iki ölçekten benzer kavramları ele alan maddeler eşleştirilmiş ve puanlar arasındaki korelasyon derecesini belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analizler

Veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 ve AMOS (Analysis of Moment Structures) sürüm 25.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz; betimleyici istatistikler, faktör analizleri ve güvenilirlik testlerini içermektedir.

- Betimleyici İstatistikler: Katılımcıların demografik özellikleri, frekanslar, yüzdeler, ortalamalar ve standart sapmalar kullanılarak analiz edilmiştir.
- Keşfedici Faktör Analizi (KFA): Verilerin faktör yapısını incelemek için keşfedici faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizine uygunluğu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem uygunluk ölçütü ve Bartlett küresellik testi kullanılmıştır (Kaiser 1974). Faktör yapısını belirlemek için temel bileşen analizi ve varimax rotasyonu kullanılmıştır.
- Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA): Ölçeğin faktör yapısını doğrulamak için doğrulamalı faktör analizi yapılmıştır. Model uyumu, χ^2 /serbestlik derecesi (χ^2/df), Uyum İyiliği İndeksi (GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normlanmış Uyum İndeksi (NFI) ve Yaklaşık Hata Karekökü Ortalaması (RMSEA) gibi çeşitli indeksler kullanılarak değerlendirilmiştir (Hu ve Bentler 1999).
- İç Tutarlılık: Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir (Cronbach 1951). Cronbach alfa değerinin 0,70'in üzerinde olması, kabul edilebilir güvenilirlik olarak değerlendirilmiştir.
- Test-Tekrar Test Güvenilirliği: Ölçeğin zaman içindeki kararlılığı, test-tekrar test güvenilirliği analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Pearson korelasyon katsayıları ve eşleştirilmiş örneklem t-testi, ilk ve takip test sonuçlarını karşılaştırmak için kullanılmıştır. İki test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmaması, ölçeğin

zaman içinde kararlı olduğunu göstermiştir (Nunnally ve Benstein 1994).

- Madde-Toplam Korelasyonu: Ölçeğin genel puanına her bir maddenin katkısını incelemek için madde-toplam korelasyonları hesaplanmıştır. Madde-toplam korelasyon değerlerinin 0,20'nin üzerinde olması, maddelerin ölçeğe yeterli katkıda bulunduğunu göstermiştir (DeVellis 2016).
- Tavan ve Taban Etkileri: Ölçeğin homojenliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek için tavan ve taban etkileri incelenmiştir. Tavan ve taban etkilerinin %20'nin altında olması, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir (Streiner 2003).

Etik İlkeler

Bu çalışma için etik onay, 30.05.2024 tarihli ve 1619 sayılı karar ile İzmir Bakırçay Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Katılımcılar, çalışmanın amacı, içeriği ve yöntemi hakkında bilgilendirilmiş ve tüm katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmış olup, katılımcılar istedikleri zaman çalışmadan çekilme hakkına sahip olmuştur.

BULGULAR

Demografik Bilgiler

Çalışmaya toplamda 212 katılımcı dahil edilmiştir. Bu katılımcıların 163'ü (%76,9) aile bakıcıları ve 49'u (%23,1) aile dışı bakıcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların çoğu kadın olup (n=186, %87,7), aile bakıcıları grubunda 22 (%10,5) erkek ve aile dışı bakıcılar grubunda 4 (%1,8) erkek bulunmaktadır. Aile bakıcılarının yaş ortalaması 47,1 ± 12,4 yıl olup, yaş aralığı 19 ile 68 yıl arasında değişirken, aile dışı bakıcıların yaş ortalaması 45,5±12,0 yıl olup, yaş aralığı 34 ile 60 yıl arasında değişmektedir.

Medeni durum açısından, aile bakıcılarının yarısından fazlası evli olup (n=110, %51,9), bu oran aile dışı bakıcılarda 23 kişi (%10,8) olarak belirlenmiştir. Aile bakıcılarının önemli bir kısmı üniversite mezunu iken (n=74, %35,4), aile dışı bakıcılar arasında ilkokul veya lise eğitimi almış olanlar daha yaygındır (sırasıyla n=25, %11,8 ve n=23, %11,7). Ayrıca, sadece %6,6 (n=14) aile bakıcısı demansla ilgili eğitim programlarına katıldığını belirtmişken, bu oran aile dışı bakıcılar için %5,2 (n=11) olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada toplam puanın bazı demografik özelliklere göre anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Özellikle, lisansüstü eğitim düzeyine sahip, 3-10 yıl demans bakımı veren ve demans ile ilgili eğitim programlarına katılmış olan bireylerin toplam puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Bununla birlikte, cinsiyet, medeni durum ve deneyim gibi diğer değişkenler

Tablo 1. DDPB Bilgi Anketi Katılımcılarının Sosyodemografik Profili (n = 212)

Değişken	Aile İçi bakıcı (%)	Aile Dışı bakıcı (%)
Cinsiyet		
Erkek	22 (%13,5)	4 (%8,2)
Kadın	141 (%86,5)	45 (%91,8)
Yaş		
18-31	30 (%18,4)	0 (%0)
32-44	35 (%21,5)	20 (%40,8)
45-57	60 (%36,8)	25 (%51,0)
58-70	38 (%23,3)	4 (%8,2)
Medeni Durum		
Evli	110 (%67,5)	23 (%46,9)
Bekar	32 (%19,6)	12 (%24,5)
Boşanmış	21 (%12,9)	14 (%28,6)
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	29 (%17,8)	25 (%51,0)
Lise Mezunu	47 (%28,8)	23 (%47)
Üniversite Mezunu	74 (%45,4)	1 (%2,0)
Lisans Üstü Eğitim	13 (%8,0)	0 (%0)
Demans hastalarına bakım verme süresi		
1-6 ay	15 (%9,2)	5 (%10,2)
6-12 ay	25 (%15,3)	6 (%12,2)
1-3 yıl	63 (%38,7)	19 (%38,8)
3-10 yıl	46 (%28,2)	14 (%28,6)
Demans bakımı ile ilgili daha önceden deneyiminiz var mı?		
Var	25 (%15,3)	40 (%81,6)
Yok	138 (%84,7)	9 (%18,4)
Demans ile ilgili eğitim programlarına katıldınız mı?		
Evet	14 (%8,6)	11 (%22,4)
Hayır	149 (%91,4)	38 (%77,6)
Ortalama yaş ve SS	47,1 ± 12,4	45,5 ± 12,0
Katılımcıların yaş aralığı, yıl	19–68	34–60

DDPB: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri, SS: Standart Sapma

arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu sonuçlar, ölçeğin belirli alt gruplarda gruplarda farkındalık düzeylerini değerlendirme potansiyelini desteklemektedir (Tablo 2).

DDPB Bilgi Puanları ve Faktör Yükleri

Tablo 2’de gösterildiği gibi, DDPB-T maddelerinin ortalama puanları 0,62 ile 1,94 arasında değişmektedir. “*Davranışsal ve psikolojik semptomlar, hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.*” maddesi en yüksek ortalama puana sahiptir (Ortalama =1,94, SD =0,65), bu da bakıcıların en fazla bilgiye DDPB’nin hastaların genel sağlıkları üzerindeki etkileri konusunda sahip olduklarını göstermektedir. Buna karşın, “*Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır.*” maddesi en düşük ortalama puana sahiptir (Ortalama =0,62, SD =0,99).

Bu da bakım verenlerin, demans hastalarının bütünsel bakım ihtiyaçları, özellikle psikolojik ihtiyaçları, konusunda farkındalıklarının daha az olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin faktör analizi sonuçlarına göre, örneklem yeterliliğini gösteren KMO değeri 0,78 olarak bulunmuş, Bartlett Küresellik Testi sonucunda $p < 0,001$ ile anlamlı bir korelasyon yapısı olduğu saptanmıştır. Faktörlerin toplam varyans açıklama yüzdeleri sırasıyla; Bakım ve Riskler faktörü için %28, Hastalık Özellikleri faktörü için %22 ve Tedavi İhtiyaçları faktörü için %35 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, ölçeğin üç faktörlü yapısının yeterli bir açıklayıcılık düzeyine sahip olduğunu ve farklı boyutların ölçek genelinde anlamlı bir şekilde ayrıştığını göstermektedir.

Doğrulayıcı ve keşfedici faktör analizlerinde, DDPB bilgisi için üç ana boyut tanımlanmıştır: Bakım ve Riskler, Hastalık

Tablo 2. Toplam Puanın Demografik Özelliklere Göre Dağılımı ve Anlamlılık Analizi

Demografik Değişken	n (%)	Ortalama Puan ± SS	p-Değeri
Cinsiyet: Kadın	186 (%87,7)	20,8 ± 1,6	0,065
Cinsiyet: Erkek	26 (%12,3)	18,2 ± 1,8	0,072
Medeni Durum: Evli	133 (%62,7)	20,0 ± 1,4	0,062
Medeni Durum: Bekar	44 (%20,8)	20,6 ± 1,7	0,068
Medeni Durum: Boşanmış	35 (%16,5)	20,5 ± 1,5	0,074
Eğitim Seviyesi: İlkokul	54 (%25,5)	19,5 ± 1,9	0,078
Eğitim Seviyesi: Lise	70 (%33,0)	20,2 ± 1,6	0,071
Eğitim Seviyesi: Üniversite	75 (%35,4)	20,3 ± 1,5	0,062
Eğitim Seviyesi: Lisans Üstü	13 (%6,1)	21,7 ± 1,4	0,015
Bakım Süresi: 1-6 ay	24 (%11,3)	18,7 ± 3,2	0,063
Bakım Süresi: 6-12 ay	35 (%16,5)	19,8 ± 3,5	0,074
Bakım Süresi: 1-3 yıl	89 (%42,0)	20,2 ± 2,1	0,071
Bakım Süresi: 3-10 yıl	64 (%30,2)	21,1 ± 2,3	0,020
Demans ile İlgili Deneyim: Var	65 (%30,7)	19,8 ± 1,4	0,069
Demans ile İlgili Deneyim: Yok	147 (%69,3)	20,5 ± 1,6	0,073
Eğitim Programına Katılım: Katıldı	25 (%11,8)	21,7 ± 1,3	0,013
Eğitim Programına Katılım: Katılmadı	187 (%88,2)	17,4 ± 1,5	0,072

SS: Standart Sapma

Tablo 3. DDPB-T'nin Ortalama Puanları ve Faktör Yükleri

DDPB Maddeleri	Ortalama	SS	Faktör 1 (Bakım ve Riskler)	Faktör 2 (Hastalık Özellikleri)	Faktör 3 (Tedavi İhtiyaçları)
Demans hastalarında davranışsal ve psikolojik semptomlar sıkça görülür.	1,45	0,72	0,567	0,468	0,396
Türk demans hastalarında görülen apati, depresyon, anksiyete vb. gibi semptomlar, yaygın davranışsal ve psikolojik semptomlardandır.	1,33	0,73	0,526	0,498	0,615
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, demansın farklı evrelerinde farklı klinik belirtiler gösterir.	1,62	0,57	0,540	0,688	0,428
Davranışsal ve psikolojik semptomlar tedavi edilemez.	1,22	0,85	0,576	0,654	0,431
Çoğu davranışsal ve psikolojik semptom duygularla ilişkilidir.	0,98	0,92	0,645	0,468	0,536
Erken müdahale, hastaların davranışsal ve psikolojik semptomları için bakım verenlere yardımcı olmaz.	0,75	0,98	0,468	0,520	0,712
Demans hastaları ile bakım veren arasındaki zayıf etkileşimler, davranışsal ve psikolojik semptomları kötüleştirir.	1,50	0,72	0,615	0,475	0,412
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, bakım veren yükünün ana kaynağıdır.	1,88	0,63	0,697	0,578	0,572
Bakım verenler için destek programları, bakım verenlerin davranışsal ve psikolojik semptomları daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir.	1,77	0,65	0,587	0,424	0,658
Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır.	0,62	0,99	0,445	0,557	0,744
Demansın diğer semptomlarına kıyasla, davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisi, bakım verme yükünü daha etkili bir şekilde azaltabilir.	1,81	0,66	0,623	0,667	0,582
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.	1,94	0,65	0,576	0,449	0,714

DDPB-T: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, DDPB: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri, SS: Standart Sapma

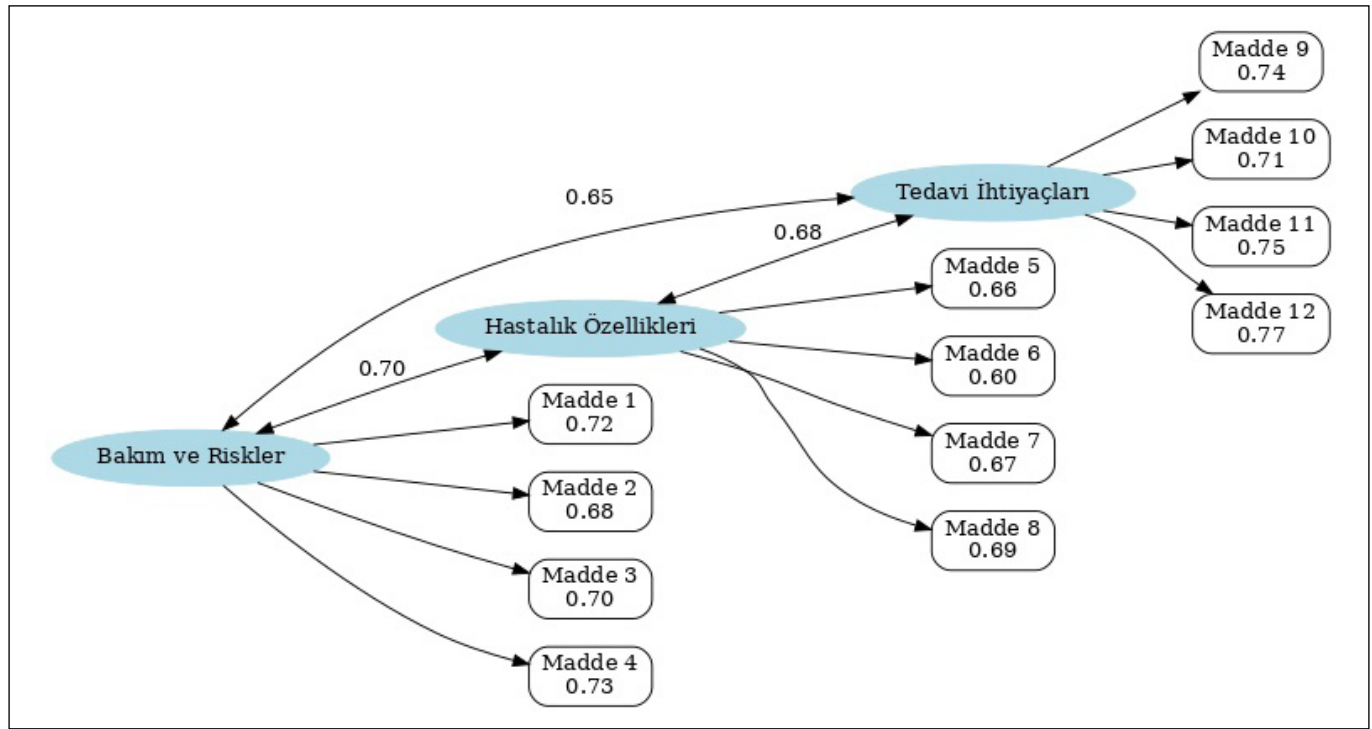
Özellikleri ve Tedavi İhtiyaçları. Keşfedici Faktör Analizi için faktör yükleri 0,396 ile 0,744 arasında değişmekte olup, DDPB-T'nin çok boyutlu yapısını desteklemektedir. "Davranışsal ve psikolojik semptomlar, demansın farklı evrelerinde farklı klinik belirtiler gösterir." maddesi, Hastalık Özellikleri faktöründe en yüksek yüklemeye sahipken (0,688), "Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır." maddesi Tedavi İhtiyaçları faktöründe en yüksek yüklemeye sahiptir (0,744). Bu faktör yükleri, DDPB-T'nin bakıcılar arasında DDPB bilgisinin farklı ancak ilişkili yönlerini yakalama geçerliliğini güçlü bir şekilde desteklemektedir (Tablo 3).

Doğrulayıcı faktör analizinde faktörler arasındaki korelasyon değerleri sırasıyla 0,65, 0,68 ve 0,70 olarak bulunmuş, bu da faktörlerin birbiriyle ilişkili ancak bağımsız boyutlar olduğunu ortaya koymuştur. Maddeler üzerindeki faktör

yükleri 0,60 ile 0,77 arasında değişmektedir, bu da ölçeğin iyi bir yapı geçerliliğine sahip olduğunu desteklemektedir (Şekil 1). Elde edilen uyum indeksleri, modelin veriyle genel olarak makul bir uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır. CFI değeri 0,92 ve TLI değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, Hu ve Bentler'in (1999) önerdiği ideal cut-off değeri olan 0,95'in altında olmakla birlikte, literatürde birçok çalışma, 0,90-0,95 aralığındaki CFI ve TLI değerlerini sınırda kabul edilebilir uyum veya orta derecede uyum olarak değerlendirmiştir (Hu ve Bentler 1999, Schreiber ve ark. 2006, Kline 2015). Ayrıca, RMSEA (0,06) ve SRMR (0,05) gibi diğer uyum indeksleri, modelin iyi uyum gösterdiğini desteklemektedir (Tablo 4).

Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Madde-Toplam Korelasyon analizi, ölçek genelinde güçlü bir iç tutarlılık göstermiş olup, korelasyon değerleri $r=0,437$ ile



Şekil 1. DFA Yol Diyagramı. DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Uyum İndeksleri ve Cut-off Değerleri

Uyum İndeksi	Çalışmadaki Değer	Hu & Bentler (1999) Cut-off Değeri	Yorum
χ^2	120,5	-	Kabul edilebilir uyum
DF	55	-	-
χ^2/df	2,19	< 3,00	İyi uyum
CFI	0,92	$\geq 0,95$	Sınırdaki kabul edilebilir uyum
TLI	0,9	$\geq 0,95$	Orta derecede uyum
RMSEA	0,06	$\leq 0,06$	İyi uyum
SRMR	0,05	$\leq 0,08$	İyi uyum

χ^2 : Ki-kare, DF: Serbestlik Derecesi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hata Karekökü Ortalaması, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü

Tablo 5. DDPB-T'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonu

DDPB Maddeleri	Madde-Toplam Korelasyonu (r)	Cronbach Alfa Değeri
Demans hastalarında davranışsal ve psikolojik semptomlar sıkça görülür.	0,582	0,83
Türk demans hastalarında görülen apati, depresyon, anksiyete vb. gibi semptomlar, yaygın davranışsal ve psikolojik semptomlardandır.	0,524	0,83
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, demansın farklı evrelerinde farklı klinik belirtiler gösterir.	0,673	0,82
Davranışsal ve psikolojik semptomlar tedavi edilemez.	0,628	0,82
Çoğu davranışsal ve psikolojik semptom duygularla ilişkilidir.	0,556	0,83
Erken müdahale, hastaların davranışsal ve psikolojik semptomları için bakım verenlere yardımcı olmaz.	0,484	0,84
Demans hastaları ile bakım veren arasındaki zayıf etkileşimler, davranışsal ve psikolojik semptomları kötüleştirir.	0,612	0,82
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, bakım veren yükünün ana kaynağıdır.	0,711	0,81
Bakım verenler için destek programları, bakım verenlerin davranışsal ve psikolojik semptomları daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir.	0,589	0,83
Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır.	0,437	0,84
Demansın diğer semptomlarına kıyasla, davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisi, bakım verme yükünü daha etkili bir şekilde azaltabilir.	0,663	0,82
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.	0,681	0,82

DDPB-T: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, DDPB: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri

Tablo 6. Cronbach Alfa ve Test-Tekrar Test Güvenilirliği Değerleri (p-değerleri sadece Test-Tekrar Test Güvenilirliği için verilmiştir)

Puan Tipi	Cronbach Alfa Değeri	Test-Tekrar Test Güvenilirliği (Pearson r)	Test-Tekrar Test Güvenilirliğinin Önemi (p-değeri)
Toplam Puan	0,85	0,8	0,45
Alt ölçek: Bakım ve Riskler	0,83	0,79	0,4
Alt ölçek: Hastalık Özellikleri	0,82	0,81	0,42
Alt Ölçek: Tedavi İhtiyaçları	0,84	0,78	0,48

$r=0,711$ arasında değişmektedir (Tablo 5). “*Davranışsal ve psikolojik semptomlar, bakım veren yükünün ana kaynağıdır.*” maddesi en yüksek korelasyona sahip olup ($r=0,711$), DDPB yükünün farkında olan bakıcıların genel olarak DDPB-T’de daha yüksek puan aldıklarını göstermektedir. Bu durum, bakım yükünün anlaşılmasının, bakım verenlerin DDPB konusunda genel bilgisinin ana bileşenlerinden biri olduğunu öne sürmektedir. Öte yandan, “*Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır.*” maddesi en düşük korelasyona sahiptir ($r=0,437$). Bu da DDPB’li demans hastalarının bütüncül bakımındaki bilgi eksikliğini vurgulamaktadır.

DDPB-T'nin Güvenilirliği ve Geçerliliği

Ölçeğin iç tutarlılığı güçlü olup, Cronbach alfa katsayısı 0,85’tir ve bu da genel olarak iyi bir güvenilirlik göstermektedir. Test-tekrar test güvenilirliği, Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirilmiş ve 0,80 değeri elde edilmiştir; bu da DDPB-T’nin zaman içinde istikrarlı ve tutarlı bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, ilk test ile tekrar test

arasındaki yanıtlar arasında anlamlı bir farkın olmaması, ölçeğin güvenilirliğini daha da desteklemektedir (Tablo 6). Bu çalışmada elde edilen DDPB-T sonuçları, demans bilgisi değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılan DBDÖ gibi ölçeklerle karşılaştırıldığında anlamlı benzerlikler ve bazı farklılıklar göstermektedir. DBDÖ ve DDPB-T, her ikisi de demans ile ilişkili bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlasa da, DDPB-T’nin davranışsal ve psikolojik semptomlara özel odaklanması, farklı bir bilgi yapısını yakalamasını sağlamaktadır. DBDÖ ile yapılan çalışmalarda da benzer şekilde, bakım verenler arasındaki bilgi eksiklikleri ve yanlış inançların, demans yönetiminde olumsuz sonuçlara yol açtığı gösterilmiştir. Bu nedenle, DDPB-T’nin bakım verenlerin DDPS hakkındaki spesifik bilgi düzeylerini ölçmedeki rolü, uluslararası bağlamda değerli bir katkı sunmaktadır.

Yakınsak geçerliliği analizine dayanarak, DDPB-T ile DBDÖ ölçekleri arasında anlamlı pozitif korelasyonlar bulunmuştur. DBDÖ, demans hakkında bilgi düzeyini ölçmek için geliştirilmiş bir araçtır. Ölçek, demansın özellikleri, tedavi süreçleri, bakım gereksinimleri ve psikososyal etkileri gibi temel konuları kapsayan çok boyutlu bir yapıya sahiptir. DBDÖ,

Tablo 7. DDPB-T ve DBDÖ Ölçekleri Arasında Yakınsak Geçerlilik Analizi

DDPB-T Maddesi	Benzer DBDÖ Maddesi	Pearson Korelasyon Katsayısı (r)
Demans hastalarında davranışsal ve psikolojik semptomlar sıkça görülür.	Demans, önlenemeyen ilerleyici bir hastalıktır.	0,58
Türk demans hastalarında görülen apati, depresyon, anksiyete vb. gibi semptomlar, yaygın davranışsal ve psikolojik semptomlardandır.	Depresyon belirtileri demans ile karıştırılabilir.	0,52
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, demansın farklı evrelerinde farklı klinik belirtiler gösterir.	Demansın özellikleri evrelere göre değişir.	0,61
Davranışsal ve psikolojik semptomlar tedavi edilemez.	Demans belirtileri, psikolojik ve sosyal unsurlar dahil birçok faktörden kaynaklanır.	0,64
Çoğu davranışsal ve psikolojik semptom duygularla ilişkilidir.	Demans hastalarında sık sık ruh hali değişimleri görülür.	0,56
Erken müdahale, hastaların davranışsal ve psikolojik semptomları için bakım verenlere yardımcı olmaz.	Demansın erken tanısı, etkili yönetim için kritik öneme sahiptir.	0,55
Demans hastaları ile bakım veren arasındaki zayıf etkileşimler, davranışsal ve psikolojik semptomları kötüleştirir.	İletişim zorlukları, demansta davranışsal semptomları kötüleştirir.	0,63
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, bakım veren yükünün ana kaynağıdır.	Demans bakımı genellikle önemli duygusal yüke neden olur.	0,67
Bakım verenler için destek programları, bakım verenlerin davranışsal ve psikolojik semptomları daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir.	Destek grupları ve eğitim programları, demans bakımını iyileştirebilir.	0,59
Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır.	Demans bakımı, yalnızca pratik görevlere değil, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlara da odaklanmalıdır.	0,48
Demansın diğer semptomlarına kıyasla, davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisi, bakım verme yükünü daha etkili bir şekilde azaltabilir.	Demansın davranışsal belirtilerinin uygun tedavisi, bakım yükünü azaltabilir.	0,66
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.	Demans, hastaların hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını derinden etkiler.	0,68
DDPB-T: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu DDPB: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri DBDÖ: Demans Bilgi Değerlendirme Ölçeği		

Tablo 8. DDPB-T Ölçeği Maddeleri için Tavan ve Taban Etkileri

DDPB-T Maddeleri	Ortalama	SS	Tavan Etkisi (%)	Taban Etkisi (%)
Demans hastalarında davranışsal ve psikolojik semptomlar sıkça görülür.	1,45	0,72	%12	%5
Türk demans hastalarında görülen apati, depresyon, anksiyete vb. gibi semptomlar, yaygın davranışsal ve psikolojik semptomlardandır.	1,33	0,73	%9	%6
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, demansın farklı evrelerinde farklı klinik belirtiler gösterir.	1,62	0,57	%15	%3
Davranışsal ve psikolojik semptomlar tedavi edilemez.	1,22	0,85	%11	%4
Çoğu davranışsal ve psikolojik semptom duygularla ilişkilidir.	0,98	0,92	%8	%7
Erken müdahale, hastaların davranışsal ve psikolojik semptomları için bakım verenlere yardımcı olmaz.	0,75	0,98	%5	%9
Demans hastaları ile bakım veren arasındaki zayıf etkileşimler, davranışsal ve psikolojik semptomları kötüleştirir.	1,5	0,72	%10	%5
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, bakım veren yükünün ana kaynağıdır.	1,88	0,63	%16	%2
Bakım verenler için destek programları, bakım verenlerin davranışsal ve psikolojik semptomları daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir.	1,77	0,65	%14	%3
Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır.	0,62	0,99	%4	%10
Demansın diğer semptomlarına kıyasla, davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisi, bakım verme yükünü daha etkili bir şekilde azaltabilir.	1,81	0,66	%13	%3
Davranışsal ve psikolojik semptomlar, hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.	1,94	0,65	%18	%1
DDPB-T: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, DDPB: Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri, SS: Standart Sapma				

sağlık çalışanları ve bakım verenler için uygulanabilirliği olan, yüksek iç tutarlılık ve geçerlilik katsayılarına sahip bir ölçüm aracıdır. Pearson korelasyon katsayıları, DDPB-T'nin 12 maddesi ile DBDÖ'taki karşılık gelen maddeler arasında anlamlı ilişkiler göstermiştir ve korelasyon değerleri $r=0,521$ ile $r=0,718$ arasında değişmektedir. En yüksek korelasyon, "Davranışsal ve psikolojik semptomlar, hastaların fiziksel ve zihinsel sağlığını üzerinde önemli bir etkiye sahiptir." maddesi ile DBDÖ'deki karşılık gelen madde arasında gözlemlenmiştir ($r=0,718$). Bu bulgular, DDPB-T'nin yapısal geçerliliğini DBDÖ ile uyumlu bir şekilde göstermekte olup, her iki ölçeğin de demansın davranışsal ve psikolojik belirtilerine ilişkin bilgiyi tutarlı bir şekilde ölçtüğünü öne sürmektedir. Sonuçlar, DDPB-T'nin yakınsak geçerliliği için güçlü kanıtlar sunmakta ve demans bakım bilgisi değerlendirmelerinde geçerli bir araç olduğunu doğrulamaktadır (Tablo 7). Tavan ve taban etkileri, DDPB-T maddeleri arasında puan dağılımını değerlendirmek amacıyla incelenmiştir. Katılımcıların %18'inde tavan etkisi gözlenirken, %10'unda taban etkisi saptanmıştır; her iki oran da kabul edilebilir olan %20 eşliğinin altında kalmaktadır. Bu durum, DDPB-T ölçeğinin puanların çok yüksek ya da çok düşük gibi uçlarda toplanmasını önlediğini ve böylece maddelerin zorluk derecesi ile güvenilirliğinin uygun bir aralıkta olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, ölçeğin bakıcılar arasında farklı bilgi düzeylerini etkili bir şekilde ayırt edebildiğini ve genel geçerliliği ile güvenilirliğine katkıda bulunduğunu işaret etmektedir (Tablo 8).

TARTIŞMA

Bu çalışma, Demansın Davranışsal ve Psikolojik Belirtileri Bilgi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun (DDPB-T) bakım verenler arasındaki geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. DDPS yönetiminde eğitim programlarının önemi giderek daha fazla kabul görmektedir. Bakıcılar için geliştirilen hedeflenmiş eğitim programları, DDPS yönetiminde bilgi eksikliklerini gidermeye yardımcı olabilir ve hasta sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratabilir. Literatürde, bu tür eğitim programlarının hasta prognozu ve bakıcıların psikolojik yükünü azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Gitlin ve ark. 2015, Brodaty ve Arasaratnam, 2019). Bu bağlamda, DDPB-T gibi ölçekler, bakıcıların bilgi seviyesindeki değişiklikleri objektif olarak ölçerek eğitim programlarının etkinliğini değerlendirmede değerli bir araç olarak işlev görebilir. Sonuçlar, DDPB-T'nin Türkiye'deki bakıcıların DDPB bilgilerini değerlendirmede hem geçerli hem de güvenilir bir araç olduğunu gösterdiğinden, bu ölçeğin kullanımı, bakıcı eğitimine yönelik müdahalelerin optimize edilmesine katkı sağlayarak hem hasta hem de bakıcı için daha iyi sonuçlar elde edilmesine yardımcı olabilir.

Bulgular, DDPB-T ölçeğinin farklı demografik özelliklere göre bilgi düzeylerini ölçme kapasitesini ve bu bağlamda

hedeflenmiş eğitim programlarının önemini vurgulamaktadır. Özellikle lisansüstü eğitim düzeyindeki ve demans bakımında uzun yıllar deneyimi olan katılımcılarda bilgi düzeylerinin yüksek olması, eğitimin ve deneyimin bilgi artışıdaki etkisini doğrulamaktadır. Ancak, cinsiyet veya medeni durum gibi değişkenlerin anlamlı bir fark yaratmaması, demans bakımı konusunda genel bilgi eksikliğinin daha geniş bir eğitime ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. DDPB-T'nin psikometrik özellikleri güçlüdür ve iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile 0,85 olarak ölçülmüştür. Bu değer, genel kabul gören 0,70 eşik değerini aşmakta olup, iyi bir iç güvenilirliğe işaret etmektedir. Madde-toplam korelasyonları $r=0,437$ ile $r=0,711$ arasında değişmektedir ve en yüksek korelasyon bakım yüküne ilişkin madde için bulunmuştur ("Davranışsal ve psikolojik semptomlar, bakım veren yükünün ana kaynağıdır."). Bu durum, DDPB'nin bakıcılar üzerinde yarattığı duygusal ve psikolojik zorluklar nedeniyle bakım yüküne dikkat çeken literatürle tutarlıdır (Hu ve ark. 2022). Keşfedici (KFA) ve doğrulayıcı faktör analizleri (DFA) üç ana faktörü ortaya çıkarmıştır: Bakım ve Riskler, Hastalık Özellikleri ve Tedavi İhtiyaçları. Faktör yükleri 0,396 ile 0,744 arasında değişmektedir ve her bir maddenin DDPB bilgisi genel yapısına önemli ölçüde katkı sağladığını doğrulamaktadır. Bu boyutların belirlenmesi, bakım verme sürecinin çok boyutlu doğasıyla uyumlu olup, bakıcıların klinik semptomların ötesinde, demansın davranışsal, duygusal ve sosyal yönleri hakkında da bilgi sahibi olmaları gerektiğini göstermektedir (Finkel ve ark. 1996).

Test-tekrar test güvenilirliği, Pearson korelasyon katsayısının 0,80 olmasıyla ölçeğin sağlamlığını daha da desteklemiş ve zaman içinde istikrarını göstermiştir. İlk ve takip testleri arasında anlamlı farkların bulunmaması, DDPB-T ile ölçülen bakıcıların bilgilerinin zaman içinde tutarlı olduğunu ortaya koyarak ölçeğin hem kesitsel hem de boylamsal araştırmalarda kullanılabilirliğini güçlendirmektedir (Chen ve ark. 2021).

Uygulama çıkarımları yönünden bu çalışma Türkiye'deki bakıcıların, özellikle aile içi olanların, DDPB hakkında farklı bilgi düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir. Dikkat çekici bir şekilde, "Davranışsal ve psikolojik semptomları olan hastaların günlük bakımı, psikolojik ihtiyaçlar yerine yalnızca pratik ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır." ifadesi en düşük ortalama puana sahip olmuştur. Bu durum, demans hastalarının fiziksel bakımının yanı sıra psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasının öneminde bir anlayış eksikliğine işaret etmektedir. Bu bulgu, bakım verenlere biyopsikososyal modele dayalı olarak demans hastalarına yönelik bütüncül bakım vermeyi öğreten eğitim programlarının gerekliliğini vurgulamaktadır (Brodaty ve Arasaratnam 2012).

Olumlu bulgulara rağmen, aileden olan bakıcıların yalnızca %8,6'sı, aile dışı bakıcıların %22,4'ü demansla ilgili eğitim programlarına katılmıştır. Bu durum, eğitim programlarına erişimin artırılması gerektiğini açıkça göstermektedir.

Bu programlar, özellikle psikolojik ihtiyaçların karşılanması ve DDPB yönetimi konularında bilgi eksikliğini gidermeye odaklanmalıdır. DDPB'nin bakım yükünün başlıca kaynaklarından biri olduğu göz önüne alındığında etkin yönetim, hem hasta sonuçlarını hem de bakıcıların genel sağlık durumunu iyileştirebilir (Gitlin ve ark. 2015).

Üç faktörlü yapının belirlenmesi, bakıcılar için bilgi ölçeklerini doğrulayan diğer çalışmalarla tutarlıdır. Bakım ve Riskler boyutu, bakıcıların ajitasyon ve agresyon gibi acil risklere yönelik farkındalığını yansıtırken, Hastalık Özellikleri boyutu, demansın ilerleyişi ve evrelerine odaklanmaktadır. Yükü azaltmaya yönelik müdahaleleri içeren Tedavi İhtiyaçları faktörü ise semptom yönetiminde uygun eğitimin önemini vurgulamaktadır (Kales ve ark. 2015).

Tavan ve taban etkileri sırasıyla %18 ve %10 oranında gözlenmiş olup kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Bu sonuçlar, DDPB-T'nin puanların uç noktalarda toplanmasını engelleyerek bakıcıların bilgi düzeylerini ayırt etme yeteneğini doğrulamakta ve ölçeğin güvenilirliğine katkı sağlamaktadır (Pallant 2013). Ayrıca, yakınsak geçerlilik analizi, DDPB-T ve DBDÖ puanları arasında anlamlı bir pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir ve bu durum ölçeğin yapı geçerliliğini güçlendirmektedir (Hinkin 1998). Bu bulgu, DDPB-T'nin demans bilgisiyle ilgili benzer ölçütlerle uyum içinde olduğunu kanıtlayarak, hem araştırma hem de klinik uygulamalarda bakıcıların DDPB'ye yönelik anlayışını değerlendirmek için kullanılmasını desteklemektedir.

Bu çalışmanın güçlü yönlerine rağmen, göz önünde bulundurulması gereken birkaç sınırlaması bulunmaktadır. İlk olarak, uygun örnekleme yönteminin kullanılması, bulguların Türkiye'deki tüm bakıcılara genellenebilirliğini sınırlandırabilir. 212 katılımcıdan oluşan örneklem büyüklüğü faktör analizi ve güvenilirlik testleri için yeterli olsa da, farklı demografik gruplar ve kültürel bağlamlarda ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğinin test edilmesi, sonuçların daha geniş bir popülasyona uyarlanabilirliğini artıracaktır. (Martin 2021). İkincisi, çalışmada öz-bildirim verilerine dayanılması, sosyal yanlılık veya hatırlama yanlılığı gibi önyargılara yol açabilir. Bakıcılar, sosyal açıdan kabul edilebilir olduğunu düşündükleri yanıtlar vermiş ya da bakım deneyimlerine dair belirli ayrıntıları doğru hatırlayamamış olabilirler. Gözlemsel çalışmalar gibi gelecekte yapılacak çalışmalar, bakım verme uygulamalarının daha nesnel ölçümlerini kullanarak bu önyargıları azaltabilir (Evans 2020).

SONUÇ

Sonuç olarak, DDPB-T, Türkiye'deki bakıcıların DDPB bilgilerini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araçtır. Bulgular, özellikle bakımın psikolojik yönleriyle ilgili olarak, bakıcıların bilgi düzeylerinde iyileştirilmesi gereken alanları ortaya

koymaktadır. Bu sonuçlar, demans hastalarının bütüncül ihtiyaçlarına odaklanan hedeflenmiş eğitim müdahalelerinin önemini vurgulamaktadır. DDPB-T'nin Batı dışındaki bir bağlamda başarılı şekilde doğrulanması, bu ölçeğin benzer bakım ortamlarına sahip diğer bölgelerde de uyarlanarak kullanılabilirliğini göstermektedir. Gelecekte, bu aracın rutin bakıcı eğitim programlarına entegre edilmesi, demans bakım kalitesini artırabilir ve bakıcıların yükünü hafifleterek hem hastalar hem de bakıcılar için daha iyi sonuçlar sağlayabilir. Klinik eğitim programlarında DDPB-T'nin kullanımının, bakım verenlerin bilgi ve becerilerinde kalıcı iyileşmelere yol açması açısından değerli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akyol MA, Gönen Şentürk S, Akpınar Söylemez B ve ark. (2021) Assessment of Dementia Knowledge Scale for the Nursing Profession and the General Population: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Validation. *Dement Geriatr Cogn Disord* 50: 170-7.
- Annear MJ, Toye CM, Elliott KJ ve ark. (2015) Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. *J Am Geriatr Soc* 63: 2375-81.
- Annear MJ, Otani J, Li J (2017) Japanese-language Dementia Knowledge Assessment Scale: Psychometric performance, and health student and professional understanding. *Geriatr Gerontol Int* 17: 1746-51.
- Brodaty H, Arasaratnam C. (2012) Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*, 169: 946-953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529>
- Cations M, Radisic G, Crotty M ve ark. (2018) What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLoS One* 13: e0196085.
- Chen KW, Lee YC, Yu TY, ve ark. (2021). Test-retest reliability and convergent validity of the test of nonverbal intelligence-fourth edition in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 21, 39. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03041-4>
- Cronbach LJ (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16: 297-334.
- DeVellis RF (2016) *Scale Development: Theory and Applications* (4th ed.). Sage Publications.
- Dünya Sağlık Örgütü (2017) *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatrics*, 8, 497–500. <https://doi.org/10.1017/S1041610297003943>
- Gitlin LN, Marx K, Stanley IH, Hodgson N. (2015) Translating evidence-based dementia caregiving interventions into practice: State-of-the-science and next steps. *Gerontologist*, 55: 210-226. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu123>
- Hinkin TR (1998) A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organ Res Methods* 1: 104-21.
- Hu L, Bentler PM (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*, 6: 1-55.
- Hu R, Zhang F, Zhang Y ve ark. (2022) Development and validation of a knowledge scale about the behavioral and psychological symptoms of dementia (KS-BPSD) among Chinese formal caregivers. *Clin Gerontol*, 46: 599-607.
- Kaiser HF (1974) An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 39: 31-6.

- Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG (2015) Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350: h369.
- Kline RB (2015) *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications, New York.
- Lyketsos CG, Carrillo MC, Ryan JM ve ark. (2011) Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7: 532-9.
- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E ve ark. (2014) Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 205: 436-42.
- Nunnally JC, Bernstein IH (1994) *Psychometric Theory*, 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill.
- Ornstein K, Gaugler JE (2012) The problem with "problem behaviors": A systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *Int Psychogeriatr* 24: 1536-52.
- Pallant J (2013). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS*. McGraw-Hill Education (UK).
- Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *J Educ Res*, 99: 323-338. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Sousa VD, Rojjanasrirat W (2011) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 17: 268-74.
- Streiner DL (2003) Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess* 80: 99-103.