



**PARKİNSON HASTALARI VE BAKIM VERENLERDE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Fatma Nur KIRKINCI
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi – 2022

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PARKİNSON HASTALARI VE BAKIM VERENLERDE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Fatma Nur KIRKINCI

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2022**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Parkinson Hastalığı.....	4
2.1.1. Epidemiyolojisi	5
2.1.2. Patofizyoloji	6
2.1.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri	7
2.1.4. Belirti ve Bulgular	9
2.1.4.1. Motor Bulgular	9
2.1.4.2. Motor Olmayan Bulgular.....	11
2.1.5. Tanı.....	13
2.1.6. Tedavi.....	14
2.2. Parkinson Hastalığı ve Bakım Verenler	17
2.3. Yaşam Kalitesi.....	18
2.3.1. Parkinson Hastalığı ve Yaşam Kalitesi	18
2.4. Sosyal Destek.....	19
2.4.1. Parkinson Hastalığı ve Sosyal Destek	20
2.4.2. Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü	21
2.5. Parkinson Hastalığında Hemşirelik Bakımı.....	22

3. MATERİYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem Seçimi	23
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	23
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Veri Toplama Araçları	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR	70
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	86
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	87
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	88
EK- 4. UYGULAMA İZNİ	89
EK- 5. HASTAYA AİT SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU	90
EK- 6. BAKIM VERENE AİT SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU	91
EK- 7. PARKİNSON HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ANKETİ	92

EK- 8. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK	
ÖLÇEĞİ	95
EK- 9. MODİFİYE HOEHN VE YAHR ÖLÇEĞİ	96
EK- 10. PARKİNSON HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ	
ANKETİ KULLANIM İZNİ.....	97
EK- 11. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK	
ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	98
EK- 12. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU	99



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve tezimin tüm aşamalarında beni değerli bilgi ve katkıları ile yönlendiren, tezimin her aşamasını destekleyen, kariyerimde rol model aldığım değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, değerli görüşlerini bildiren saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI ve Doç.Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN'e,

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Hemşire Mehmet KIRMIZI'ya ve araştırmaya katılan bütün hasta ve hasta yakınlarına,

Her zaman yanımda olan ve manevi desteğini esirgemeyen annem, babam ve kardeşime teşekkür ederim.

Fatma Nur KIRKINCI

ÖZET

Parkinson Hastaları ve Bakım Verenlerde Algılanan Sosyal Desteğin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı Parkinson hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri ile hastaya bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Bu çalışma Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniği ve Kliniği'nde Ocak 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 105 hasta ve 105 bakım veren ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Hastaya Ait Sosyodemografik Özellikler Anket Formu, Bakım Verene Ait Sosyodemografik Özellikler Anket Formu, Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (PDQ-39) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Modifiye Hoehn-Yahr Evrelendirme Ölçeği (MHYÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi, Cronbach α kat sayısı, Kurtosis ve Skewness kat sayıları, Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada; hastaların yaşam kalitesi ile eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşam kalitesi ile hasta yaşı, tanı ve tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların ve bakım verenlerin aile alt boyutundan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Arkadaş alt boyutundan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Hastaların algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verenlerin algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamaları ile hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışma sonucuna göre, hastaların yaşam kalitesi düşük bulundu. Hastaların algıladıkları toplam sosyal destek düzeyi arttıkça genel yaşam kalitesi düzeyinin arttığı saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların yaşam kalitesinin artırılmasını sağlamak amacıyla hemşirenin danışmanlık rolünü kullanarak hastaların ve bakım verenlerin sosyal destek kaynaklarının artırılması ve sosyal destek kaynaklarının etkin kullanılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bakım veren, hasta, Parkinson, sosyal destek, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Effect of Perceived Social Support on Patients' Quality of Life in Parkinson's Patients and their Caregivers

Aim: The aim of this study is to evaluate the quality of life and social support levels of Parkinson's patients and the social support levels of caregivers and to determine the relationship between quality of life and social support.

Material and Method: This study was conducted with 105 patients and 105 caregivers who met the research criteria and agreed to participate in the study between January 2021 and February 2022 at Erzurum Atatürk University Health Research and Application Center Neurology Polyclinic and Clinic. The Sociodemographic Characteristics Questionnaire Form of the Patient, the Sociodemographic Characteristics Questionnaire of the Caregiver, the Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire (PDQ-39) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the Modified Hoehn-Yahr Staging Scale (MHYS) were used to collect the data. In the evaluation of the data, independent groups t test, Analysis of Variance, Cronbach α coefficient, Kurtosis and Skewness coefficients, Pearson and Spearman correlation analysis were used.

Results: In the study; A statistically significant relationship was found between the patients' quality of life and education, occupation, employment status, cohabitants and regular drug use ($p < 0.05$). A statistically significant positive correlation was found between quality of life and patient age, diagnosis and duration of treatment ($p < 0.05$). The mean scores of social support perceived by the patients and caregivers from the family sub-dimension were found to be high. The mean score of perceived social support from the friend sub-dimension was found to be lower. A statistically significant, negative and low-level relationship was found between the mean total social support perceived by the patients and their total quality of life mean score ($p < 0.05$). There was no statistically significant relationship between the mean total social support perceived by the caregivers and the total quality of life mean score of the patients ($p > 0.05$).

Conclusion: According to the results of the study, the quality of life of the patients was found to be low. It was determined that the level of general quality of life increased as the perceived total social support level of the patients increased. In line with these results, in order to increase the quality of life of the patients, it should be ensured that the social support resources of the patients and caregivers are increased and the social support resources are used effectively by using the counseling role of the nurse.

Key Words: caregiver, patient, Parkinson, social support, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

COMT	: Katekol-O-Metiltransferaz İnhibitörleri
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DBS	: Derin Beyin Stimülasyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MAO-B	: Monoamin oksidaz tip B
PDQ-39	: Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği
PH	: Parkinson Hastalığı
SN	: Substansiya nigra

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	27
Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu....	27
Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları.....	28
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Hastaların PDQ-39 Anketi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4.4. Hastaların ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre PDQ-39 Anketi ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.6. Hastalarda Çeşitli Değişkenler ile PDQ-39 Anketi ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
Tablo 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarına ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.8. Hastalarda Çeşitli Değişkenler ile ÇBASDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	46
Tablo 4.9. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 4.10. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.11. Bakım Verenlerin Yaş ve Bakım Verme Süreleri İle Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı .	50

Tablo 4.12. Hastaların ÇBASDÖ Puan Ortalamaları ile PDQ-39 Anketi Puan

Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 51

Tablo 4.13. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ Puan Ortalamaları ile Hastaların PDQ-39

Anketi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı 54



1. GİRİŞ

Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen kronik nörodejeneratif hastalık olan Parkinson hastalığı (PH), 1817 yılında İngiliz hekim James Parkinson tarafından “titrek felç” adıyla tanımlanmıştır. ^{1,2(s.1115)}

PH'nin ana nedeni nigrostriatal dopaminerjik nöronların kaybıdır ayrıca bazal gangliyonlarda dopamin ve asetilkolin dengesinin bozulması da hastalığın gelişmesinde etkilidir.¹ PH'nin etyolojisi tam olarak bilinmemekte ancak etyolojide genetik ve çevresel faktörlerin rol aldığı belirtilmektedir.³

PH 60 yaş üstü bireylerin %1'ini etkilemektedir ve görülme oranı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır.^{4,5} PH'nin ülkemizde görülme sıklığı ise 111/100.000 dir.⁵

PH motor ve motor olmayan bulgularla karakterizedir.⁴ PH'deki motor semptomlar akinezi, bradikinezi, istirahat tremoru ve postural instabilitedir.⁶ PH'de bilişsel ve davranışsal bozukluklar, iletişim sorunları, düşme, yürüme ve denge sorunları, cinsel işlev bozukluğu, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunlar, idrar yapma ile ilgili sorunlar, kilo kaybı, terleme, uyku bozuklukları gibi motor olmayan belirtiler de görülebilmektedir.^{1,4}

PH'de görülen belirti ve bulgular, dizabiliteye yol açmakta ve hastanın yaşam kalitesini bozmaktadır.⁴ PH'nin ilerlemesiyle, hastalar bakım verenlerine daha bağımlı hale gelmekte ve hastanın günlük aktivitelerindeki bağımsızlığındaki ilerleyici kayıp; ailenin, bakım verenlerin ve toplumun üzerinde yüke neden olmaktadır.^{4,7}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini bireyin yaşadığı kültür bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılaması şeklinde tanımlamaktadır.⁸

Sosyal destek yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biridir ve stres altında veya güç durumda olan bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanmaktadır ve sosyal desteğin yaşam güçlükleri ile başa çıkma, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme açısından olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir.^{9,10,11} Ayrıca sosyal destek; hastalık sürecine uyumu artırıp, sosyal izolasyonu azaltarak yaşam kalitesinin de artmasını sağlamaktadır.¹²

PH'de hemşirelik bakımının temel amacı, interdisipliner ekibin diğer üyeleriyle koordineli biçimde, hastanın fiziksel ve psikososyal uyumunu en üst düzeyde sağlayarak bağımsızlığını kazandırmak ve bunun sonucunda yaşam kalitesini yükseltmektir. Yaşam kalitesinin optimal düzeyde sürdürülebilmesi ve hastalığa uyumlarının iyileştirilmesi açısından yaşam kalitesinin izlenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi bakımın sürdürülmesinde tedavi başarısı açısından büyük önem taşımaktadır.

Literatürde Parkinson hastalarının ve bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek düzeyinin hastaların yaşam kalitesi düzeyine etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanamamıştır. Çalışmadan elde edilecek sonuçların bu alanda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma Parkinson hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri ile hastaya bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H0. Parkinson hastalarının algıladıkları sosyal destek hastaların yaşam kalitesini etkilemez.

H1. Parkinson hastalarının algıladıkları sosyal destek hastaların yaşam kalitesini etkiler.

H0. Parkinson hastalarının bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek hastaların yaşam kalitesini etkilemez.

H2. Parkinson hastalarının bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek hastaların yaşam kalitesini etkiler.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Parkinson Hastalığı

Parkinson hastalığı; bireyin bağımsız işleyişini sınırlayan, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen, motor ve motor olmayan semptomların görüldüğü ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır.^{6,13}

PH ile ilgili ilk tanım 1817 yılında İngiliz hekim James Parkinson tarafından, “titrek felç” adıyla yapılmıştır.^{2(s.1115)} Jean-Martin Charcot, bradikineziyi hastalığın ayrı bir ana özelliği olarak ayırt etmiştir. Charcot ayrıca, titrek felç tanımını reddetmiş ve "Parkinson hastalığı" teriminin kullanılmasını önermiştir. Çünkü Parkinson hastalarının belirgin bir şekilde zayıf olmadığını ve zorunlu olarak titremelerinin olmadığını fark etmiştir.¹⁴

Londra'da çalışan William Gowers, 1880'lerde 80 hastayla olan kişisel deneyimini anlatan “Sinir Sistemi Hastalıkları El Kitabı”nda PH demografisi üzerine önemli bir çalışmaya katkıda bulunmuştur. Hastalığın hafif erkek baskınlığını doğru bir şekilde tanımlamış ve hastalığa özgü eklem deformitelerini incelemiştir.¹⁴

Eski literatürler PH semptomlarının çoğunu kapsayan genel açıklamalar sunarken, PH'nin anatomik, patolojik ve nörokimyasal özelliklerindeki başarılar 1899'dan sonra yapılmıştır. Edouard Brissaud (1852–1909) ilk olarak 1899'da PH'nin patolojik olarak hasarlı substansiya nigradan (SN) kaynaklandığını öne sürmüştür. 1912'de Frederick Lewy (1885–1950) kümelenmiş inklüzyonlar gözlemlemiştir. Daha sonra bunların SN içinde yer aldığı ortaya çıkmış ve 1919'da Konstantin Tretiakoff (1892–1958) tarafından Lewy cismi olarak adlandırılmıştır.¹⁵

Yapılan patolojik gözlemler PH'nin anlaşılmasını desteklerken, nörokimyasal bulgular PH tedavisi için daha iyi bir yaklaşım sağlamıştır. 1960 yılında Oleh Hornykiewicz (1926–), Parkinson hastalarının striatumunda dopamin seviyesinin

azaldığını bulmuştur. Bu bulguya dayanarak, 1961'de, dopaminin doğrudan bir öncüsü olan levodopanın (L-dopa), ilk olarak Andre Barbeau (1931–1986) tarafından oral yolla PH semptomlarının iyileştirilmesinde etkili olduğu kaydedilmiştir.¹⁵

Yavaş ilerleyen PH'de bulguların görülmesi yıllar almaktadır.¹⁶ PH'nin ana ve erken semptomları bradikinezi/akinezi, rijidite, istirahat tremoru postural insitabilite, yürüme ve denge bozukluklarıdır.¹ Ayrıca Parkinson hastalarında, duygudurum bozuklukları, otonomik bozukluklar, bilişsel bozukluklar ve uyku bozuklukları gibi çeşitli motor olmayan semptomlar da görülmektedir.¹⁷ PH'de görülen sorunlar ileri derecede engelliliğe neden olmakta ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklar ortaya çıkarmaktadır.¹⁸ Hastalığın ilerlemesi yaşam kalitesinde azalmaya yol açmaktadır.¹⁹

2.1.1. Epidemiyolojisi

Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen kronik nörodejeneratif hastalık olan PH'nin görülme sıklığı ülkelere göre değişmektedir.^{1,20}

PH'nin görülme sıklığı 60 yaşından sonra artmaktadır ve 60 yaş üstü bireylerin % 1'ini etkilemektedir.¹⁶ Ülkemizde ise yaygınlık oranı 111/100.000'dir.⁵ PH yalnızca yaşlı bireyleri etkilemez, 50 yaşın altında da hastalık görülebilir.²¹ Ayrıca PH'nin görülme oranı erkeklerde kadınlardan daha fazladır ve bu erkek/ kadın oranı yaklaşık 3/2'dir.^{20,22}

Nörolojik bozukluklar dünyada önde gelen engellilik kaynağıdır ve Parkinson hastalığı bu bozukluklar arasında en hızlı artan hastalık olmuştur. 2016'da dünya genelinde Parkinson hasta sayısının yaklaşık 6.1 milyon civarında olduğu belirtilmektedir.²³

2030 yılına kadar ABD'de PH ile yaşayan kişi sayısının yaklaşık 1,2 milyon kişinin olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlanan nüfusu nedeniyle, PH oranlarının Latin Amerika'da da hızla artması beklenmektedir. PH oranının yaşla birlikte artması

nedeniyle 20 yıl içinde PH prevalansının Meksika'da ise iki katına çıkacağı düşünülmektedir.⁶ 2040'a kadar, dünya çapında ise Parkinson hastalığı olan insan sayısının 12 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir.²¹

PH'nin görülme sıklığının yaş ile birlikte arttığı bilinmekte,⁶ toplumumuzda da yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak ilerleyen yıllarda ülkemizde PH'de artış yaşanacağı tahmin edilmektedir.²⁴

2.1.2. Patofizyoloji

PH'nin ana patolojik özelliği, substantia nigra pars compactada (SNc) orta beyin dopaminerjik nöronlarının progresif kaybı ve nöronlarda Lewy cisimcikleri olarak adlandırılan alfa-sinüklein pozitif sitoplazmik inklüzyonların varlığıdır.²⁵ Lewy cisimcikleri, PH'de sinir hücrelerinin içinde gelişen anormal çözünmez fibriler kümelerdir.²⁶

SN'de yaklaşık 800.000 hücre bulunur. PH'de belirtiler hücrelerin tümünün %60-80'inin kaybindan sonra ortaya çıkar.²⁷

PH'deki semptomlar beyindeki farklı düzeylerdeki değişikliklerden kaynaklanmaktadır.²⁶ Nigrostriatal yolun dejenerasyonu, bradikinezi, sertlik, istirahat tremoru ve yürüme bozuklukları dâhil olmak üzere PH'nin birincil motor semptomlarına yol açar.²⁵ PH'ye bağlı nörodejenerasyonun, motor semptomların başlamasından onlarca yıl önce ortaya çıktığı tahmin edilmektedir.²⁸

PH'de temel motor özellikler, dopaminerjik nöronların kaybindan kaynaklanır. Ayrıca PH'de bilişsel bozulma ve otonomik işlev bozukluğu gibi birçok özellik merkezi sinir sisteminin yanı sıra enterik ve otonom sinir sistemlerindeki diğer bölgelerdeki nörodejenerasyondan kaynaklanan esas olarak dopaminerjik olmayan bir temele sahiptir.²⁹

2.1.3. Etyoloji ve Risk Faktörleri

Genetik Faktörler: 1997 yılında, α -sinükleini kodlayan SNCA genindeki mutasyonların tanımlanması PH'nin genetiği için başlangıç noktası olmuştur. Daha sonra PRKN, PINK1 ve DJ-1'deki mutasyonların neden olduğu erken başlangıçlı hastalıkla ilişkili resesif formlar tanımlanmıştır. Bugüne kadar PH'ye neden olan mutasyonlar, monojenik formlardan sorumlu 15 gende tanımlanmıştır. 2004 yılında, otozomal dominant PH'nin bir nedeni olarak LRRK2'deki mutasyonların tanımlanması ve bugüne kadar tanımlanan en yaygın monojenik PH formu, bu alanda büyük bir ilerleme olmuştur.³⁰

Parkinson hastalarının % 10-16'sında birinci veya ikinci derece akrabalar etkilenmiştir. Birinci derece akrabalar, genel popülasyona kıyasla iki kat daha fazla PH riskine sahip olabilir.³¹ Çekininik özellikteki parkin geninin mutasyonu, en sık görülen ailevi PH'ye sebep olmaktadır.²⁰

Bugüne kadar, PH'nin farklı genetik formları için 19 PARK lokusu belirlenmiştir ve bunların 11'inde altta yatan gen mutasyonu tanımlanmıştır. Bu keşifler PH'nin patogenezi hakkında önemli bilgiler sağlasa da, tüm PH vakalarının sadece %5'ini açıklamaktadır.³²

Çevresel Faktörler: Tarımsal uygulamada maneb ve paraquat maruz kalmanın PH geliştirme riskini genç yaşta artırdığı belirtilmiştir.³³ 1-metil-4-fenil tetrahidropiridin nörötoksik metaboliti olan 1-metil-4-fenilpiridinyum yoluyla parkinsonizme neden olabileceğinin keşfi sonucunda PH açısından risk faktörleri olarak çevresel kimyasal maruziyetlere olan ilgi artmıştır. Kuyu suyu kullanımı, kırsal yaşam ve tarımsal istihdam risk faktörleri arasında gösterilmiş ayrıca pestisitlere maruz kalma sonucunda PH riskinin arttığı belirtilmiştir.³⁴

Çevresel faktörler PH görülme riskini düşürmek gibi olumlu etkilere de sahiptir.²⁷ Sigaranın SN nöronlarında dopamin sentezi esnasında oksidatif serbest radikalleri azaltarak koruyucu etkisi olduğu, böylece sigara içenlerde PH'nin daha az görüldüğü düşünülmektedir.³⁵

Yaş: Yaşlanma, PH için en büyük risk faktörüdür.³⁶ Yaşlanmayla birlikte SN'deki dopaminerjik nöronların on yılda bir %4,7-%9,8 oranında azaldığı tahmin edilmektedir. Ayrıca ilerleyen yaşla birlikte, SN nöronlarının işlevi için gerekli olan dopamin metabolizması, wild-tip mitokondriyal DNA kopya sayısı ve protein yıkımı gibi süreçlerin azaldığı belirtilmektedir.³⁷

PH 65 yaşına kadar nüfusun yaklaşık %3'ünü ve 85 yaşın üzerindeki kişilerin ise %5'ine kadarını etkilemektedir.²⁵

PH başlangıcı juvenil (yaş <21 yaş), erken başlangıç (21-50 yaş) ve geç başlangıç (genellikle > 60 yaş) olarak kategorize edilebilir. Juvenil formu nadirdir, genellikle vakaların %50 kadarında aileseldir, en sık parkin gen mutasyonu ile ilişkilidir ve atipik bir görünüme sahiptir.³¹

Cinsiyet: PH'nin epidemiyolojik ve klinik özelliklerinde cinsiyete bağlı açık farklılıklar vardır. PH erkekleri kadınlardan iki kat daha fazla etkiler, ancak kadınlar daha yüksek bir ölüm oranına ve hastalığın daha hızlı ilerlemesine sahiptir.²⁵

Cinsiyet, PH'ye yanıtı etkileyebilir, bu da PH'nin doğasının ve hatta tedaviye yanıtın cinsiyete bağlı olabileceğini göstermektedir.¹³

Haaxma ve ark.³⁸ cinsiyetler arasında PH'nin klinik görünümünde özel farklılıklar bulmuşlardır. Semptom başlangıcında, kadınların erkeklerden 2,1 yaş daha büyük olduğu bulunmuştur. Başlangıç yaşı ne olursa olsun kadınlar, semptomların başlangıcında erkeklerden daha sık titreme ile başvurdukları belirlenmiştir.

Östrojenin PH'deki cinsiyet farklılıklarında baskın bir rol oynadığı belirtilmektedir. Erkeklerde ve menopoz sonrası kadınlarda benzer hastalık insidansının görülmesi ile hastalığa karşı koruma sağladığı görülmüştür. Dişi dopaminerjik hücreler genellikle dejenerasyona neden olan faktörlere karşı erkek nöronlara göre daha az hassasiyet gösterir. Artan deneysel ve klinik kanıtlar, PH'nin kadın ve erkekler arasında farklılık gösterdiği fikrini desteklemektedir.²⁵

Enfeksiyon: PH'nin patogeneğinde nöroinflamasyonun rolü olduğu, PH'de çevresel toksinler ve genetik faktörleri kapsayan çeşitli mekanizmaların striatum ve SN'de nöronal hasarı başlattığı ve nöroinflamatuvar hücrelerin aktivasyonunun bu nörodejeneratif süreci kötüleştirdiği belirtilmektedir.^{16,39}

Mikroglialar, santral sinir sisteminde yerli makrofaj olarak bilinen nöroinflamatuvar hücrelerdir. Bu hücrelerin yüksek yoğunlukta olduğu beyin bölgelerinde orta beyin dopaminerjik nöronlar bulunmaktadır. Enfeksiyon, doku hasarı, toksik protein birikimi gibi tetikleyici sinyaller mikroglia aktivasyonuna neden olmaktadır. Astrositler, beyin volümünün %20-50'sini oluşturan hücrelerdir. Bu hücrelerin nöroinflamasyonda ve beyindeki antioksidan savunmada rol oynadığı belirtilmektedir.³⁹

2.1.4. Belirti ve Bulgular

2.1.4.1. Motor Bulgular

PH'de en sık görülen motor belirtiler istirahat tremoru, bradikinezi, rijidite ve postural insitabiledir.⁴⁰

İstirahat Tremoru: Hastaların %75'inde görülen tremor; 4-7 Hz frekanslı para sayma tarzındadır.^{41,42} Yavaş ilerleme gösteren tremor bazı hastalarda tek bir parmağı etkileyebildiği gibi ilerleyen dönemlerde kol, ayak, bacak, dil, dudak ve çenede de oluşabilir.^{20,41,42} Tremor alt ekstremitelerde yatar veya oturur pozisyonda iken ortaya

çıkılmaktadır ve ayakta pedala basma şeklindedir.⁴¹ Tremorun şiddeti gün içinde değişmekle birlikte mental aktivite ve emosyonel stres gibi durumlarda artmaktadır.^{41,42}

Bradikinezi: PH'nin en karakteristik klinik özelliği olan bradikinezi hareketin yavaşlığını ifade etmekte, planlama, hareket başlatma ve yürütme ile ilgili güçlükleri kapsamaktadır. Spontan hareketlerin, el ve kol hareketlerinin kaybı, yutma bozukluğu nedeniyle salya akması, yüz ifadesi kaybı (hipomimi) ve azalmış göz kırpma ve yürürken kol salınımında azalma bradikinezinin diğer etkileridir.⁴³ Hastanın kullandığı elin titremesi sonucunda yazı yazarken el yazısı okunaksız olabilir, el yazısında küçülme görülür (mikrografi).²⁰ Hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesinde yavaşlama meydana gelmektedir.⁴³

Rijidite: Agonist ve antagonist kaslarda kas tonüsünün eş zamanlı artması şeklinde tanımlanan rijidite, proksimal bölgelerde (örn. boyun, omuzlar, kalçalar) veya distal bölgelerde (örn. bilekler, ayak bilekleri) meydana gelebilir.^{42,43} Fizik muayene sırasında pasif harekete karşı gelişen direncin saptanmasıyla tanınır.²⁰ PH tanısını destekleyen “dişli çark” bulgusu rijiditenin hareket boyunca kesintili şekilde algılanmasıdır.^{41,42} Bazı hastalar rijiditeyi ağrı veya kasılma şeklinde tarif edebilirler.⁴²

Postural instabilite: Postüral stabiliteyi korumak, beyindeki farklı ağların entegrasyonunu gerektiren karmaşık bir beceridir. PH'nin ilerlemesi, bazı hastalarda postüral stabilitenin bozulmasına yol açar.⁴⁴

Postüral reflekslerin kaybına bağlı postural instabilite genellikle PH'nin geç evrelerinin bir belirtisidir ve genellikle diğer klinik özelliklerin başlangıcından sonra ortaya çıkar.⁴³ PH'nin en zayıflatıcı semptomlarından biridir ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur.⁴⁴ Parkinson hastalarında duruş bozukluğu; ayakta durma, yürüme ve ileri doğru uzanma sırasında denge kaybı ve düşmelere yol açıp, düşme korkusu da denge kontrolünün daha fazla bozulmasına sebep olabilmektedir.^{20,43}

2.1.4.2. Motor Olmayan Bulgular

PH çoğunlukla motor bulgular ile tanınmasına rağmen non-motor semptomların oranı da fazladır. Hastalığın ileri evrelerinde görülebildiği gibi hastalık ortaya çıkmadan yıllar önce de görülebilmektedir.³

PH'de hafif bilişsel bozukluktan şiddetli demansa kadar bilişsel bozukluklar gözlenir. Dikkat, görsel-uzamsal işlevler ve yürütücü işlevlerdeki bilişsel bozulma PH'nin erken ve öne çıkan özellikleridir.⁴⁵ Bilişsel eksikliklerin, bilgi işleme hızı, çalışma belleği, bozulmuş planlama gibi yönetici işlevlerde daha yaygın olduğu görülmektedir. PH'deki hafif bilişsel kusurlar bile kötü yaşam kalitesi ile ilişkilidir.⁴⁶

PH ile ilişkili bilişsel bozukluk ile depresyon, halüsinasyonlar ve psikoz gibi nöropsikiyatrik sorunlar arasında güçlü bir ilişki vardır.⁴⁶ PH'de en sık görülen psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir.⁴⁷

PH'de depresyonun hem psikolojik hem de organik olduğu düşünülmektedir.⁴⁶ Parkinson hastalarında anksiyete prevalansı genel popülasyona göre daha yüksektir.⁴⁸ Nörokimyasal değişikliklerin de anksiyete ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir.⁴⁷ PH'de beyin sapında dopaminerjik, serotonerjik ve noradrenerjik nöronların hasar görmesi sonucunda anksiyete oluşabileceği düşünülmektedir.⁴⁸ Anksiyete genellikle depresyonla birlikte ortaya çıkar ve aşırı sinirlilik veya endişe, genelleşmiş anksiyete bozukluğu, panik atak veya obsesif kompulsif bozukluk olarak ortaya çıkabilir.⁴⁶

Halüsinasyon, dış uyarının olmadığı gerçek olmayan bir algıdır.⁴⁹ Hastalık süresinin halüsinasyon gelişimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.⁵⁰ Halüsinasyonlar, erken PH'de basittir ancak ileri aşamada karmaşık hale gelir. Görsel halüsinasyonlar en yaygın türüdür.⁴⁹

PH ile ilişkili uyku bozuklukları yaygındır ve parkinson hastalarının yaşam kalitesi üzerinde birçok olumsuz etkiye sahiptir. PH'de en çok görülen uyku

bozuklukları gündüz uyku hali, uykusuzluk, REM-uyku davranış bozukluğu ve huzursuz bacak sendromudur.⁵ PH'de görülen uyku problemleri PH semptomları, kullanılan ilaçlar veya gerçek bir uyku bozukluğuyla bağlantılı olabilir.⁴⁶ Parkinson hastalarında gündüz uykululuğu sık görülmektedir.⁵

Otonomik semptomlar, Parkinson hastalarının çoğunda, hastalığın herhangi bir aşamasında ortaya çıkmakta ve hastalık yüküne katkıda bulunmaktadır.⁵¹

PH'de gastrointestinal sistem bozukluklarından olan gastroparezi ve yutma güçlüğü ileri evre olgularda görülmektedir.⁴⁰ Siyalore olarak da bilinen salya akması, hastaların çoğunda görülen bir semptomdur ve aşırı tükürük üretiminden daha çok disfajinin yan ürünüdür. Mide bulantısı ve kabızlık da sık görülen gastrointestinal komplikasyonlardandır.⁴⁶

PH'nin en yaygın kardiyovasküler özelliği ortostatik hipotansiyon; ayağa kalktıktan sonra veya baş bölgesinin aşağıya eğimi ile 3 dakika içinde sistolik kan basıncının en az 20 mmHg veya diyastolik kan basıncının 10 mmHg düşmesidir.^{46,52} Ortostatik hipotansiyonun PH'nin nörodejeneratif süreci nedeniyle sempatik vazomotor nöronların bozulması nedeniyle oluştuğu belirtilmektedir.⁵²

PH'de cinsel işlev bozukluğu yaygındır.⁴⁶ Parkinson hastalarında kadınlarda ve erkeklerde görülebilen cinsel işlev bozukluğu; cinsel yanıt döngüsünün aşamalarında kişisel hazzı ve zevki engelleyen ya da kişinin isteğinde azalma nedeniyle objektif performansındaki düşüş şeklinde tanımlanmaktadır.^{46,53} Cinsel işlev bozukluğu azalan uyarılma, dürtü veya orgazmı içerebilir. Bununla birlikte, en yaygın cinsel sorun erektil disfonksiyondur.⁴⁶

Parkinson hastalarında üriner disfonksiyon görülebilmektedir. Üriner disfonksiyon depolama ve işeme semptomları olmak üzere iki şekilde görülmektedir. Depolama semptomları arasında acil idrar yapma hissi, noktüri, pollaküri ve

inkontinans, işeme semptomları arasında ise dizüri ve uzamış işeme süresi bulunmaktadır.⁵⁴

Parkinson hastalarında görülen duyuşal belirtilerden biri olan ağrı hastalık sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceği gibi tanıdan önce de mevcut olabilir. PH'de ağrı vücudun farklı bölgelerinde kendini gösterebilir. Karmaşık bir mekanizmaya sahip olan ağrı yaş, cinsiyet, depresyon, hastalık şiddeti ya da süresi gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Nosiseptif ağrı mekanizmalarında yer alan anatomik yapılarıdaki patolojik değışikliklerle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ağrı iletiminde dopaminin önemi olduğu düşünölmekte, dopamin; omurilik, talamus, periakvaduktal gri madde, bazal ganglion ve singulat korteks gibi farklı seviyelerde ağrıyı modöle edebilmektedir.⁵⁵

Parkinson hastalarında bir takım nörooftalmolojik anormallikler görölebilir. Bunlar arasında göz kırpmı hızında azalma, oköler yüzey tahriş, değışen gözyaşı filmi, görsel halüsinasyonlar, blefarospazm ve azalmış yakınsama yer almaktadır.⁴³

Apati; Parkinson hastalarında görölen motor olmayan bulgulardandır. Genellikle girişim ve motivasyonda azalma, ilgide azalma, duyuşal sıkıntı ve zihinsel bozukluk gibi davranışsal, duyuşal ve bilişsel bozukluklar şeklinde ortaya çıkmaktadır. PH'de apati; tedaviye kötü yanıt, sağlık harcamalarının artması, yaşam kalitesinin azalması, demans riskinin artması ve karar verme güçlüğüünün artmasıyla sonuçlanır. Parkinson hastalarında apati; saf apati, depresyonla ya da kognitif bozuklukla birlikte apati ve DBS sonrası apati şeklinde görölebilmektedir.⁵⁶

2.1.5. Tanı

PH'nin teşhisi, hasta öyküsü, muayene ile elde edilen klinik özellikler, zamanla dopamin ajanlarına verilen yanıt ve motor işlev bozukluklarının gelişmesi gibi kriterler

ile yapılmaktadır. PH tanısı için Birleşik Krallık Parkinson Hastalığı Derneği Beyin Bankası kriterlerine göre resmileşen kriterler yaygın olarak kullanılmaktadır.³¹

PH teşhisi; Birleşik Krallık Parkinson Hastalığı Derneği Beyin Bankası kriterlerine göre üç aşamaya dayanmaktadır. İlk olarak, bradikinezi; sertlik, titreme veya postüral instabilite gibi başka bir ana semptomla ilişkiliyse PH tanısı konulabilir. İkinci olarak, dışlama kriterleri kontrol edilmelidir. Üçüncü adım, PH için destekleyici kriterlerin belirlenmesini içerir. Bunlar arasında, tek taraflı başlangıç ve kalıcı asimetri, levodopaya mükemmel yanıt, şiddetli levodopanin neden olduğu diskinezi ve hastalığın ilerlemesi, PH tanısını destekler.⁵⁷

PH klinik bir tanıdır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) diğer nedenleri dışlamak için kullanılmaktadır. Transkraniyal Doppler ultrasonografi, pozitron emisyon tomografisi (PET), tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT), morfometrik MRG çalışmaları, traktografi, fonksiyonel MRG ve perfüzyon görüntüleme idiyopatik PH'nin diğer Parkinson hastalıklarından ayırt edilmesinde kullanılmaktadır.³¹

Parkinson hastalarında motor bozukluk ve özürllük durumlarının değerlendirilmesi için derecelendirme ölçekleri kullanılmaktadır.⁴³ Hoehn ve Yahr ölçeği hastaların klinik durumunu değerlendirmek, hasta gruplarını karşılaştırmak ve evre 0'dan (hastalık belirtisi yok) evre 5'e (tekerlekli sandalyeye bağlı veya yardım edilmediği sürece yatalak) değişen hastalık ilerlemesinin genel değerlendirmesi için kullanılır.^{43,58} Birleşik Parkinson Hastalığı Derecelendirme ölçeği (UPDRS), sakatlığı değerlendirmek için en iyi oluşturulmuş ölçektir.⁴³

2.1.6. Tedavi

PH'nin yönetimi için çeşitli farmakolojik ve cerrahi müdahaleler mevcuttur.⁵⁹

Levodopa bir dopamin öncüsüdür. Merkezi ve periferik sinir sistemlerinde dopaminerjik sinir uçları tarafından dopamine dönüştürülür. Dopamin doğrudan

uygulandığında kan-beyin bariyerini geçemez. Bu nedenle öncü olan levodopa (L-3,4-dihidroksi-fenilalanin) olarak verilir.⁶⁰ PH'nin semptomatik tedavisinde levodopa en güvenilen ve etkili olduğuna inanılan ilaç olarak "altın standart" olma özelliğini korumaktadır. Zaman içinde motor dalgalanma ve diskinezi gibi tedavi komplikasyonlarının gelişmesi levodopa kullanımındaki sorunlardır.⁶¹ Levodopa karbidopa bağırsak jeli; portatif bir infüzyon pompasına bağlı perkütan endoskopik gastrojejunostomi (PEG-J) tüpü ile doğrudan proksimal jejunuma iletilebilir. Bu pompa tedavisi, düzensiz mide boşalmasını önlemek ve bağırsak emilimini iyileştirmek için kullanılmaktadır.⁶²

Dopamin agonistleri, postsinaptik dopamin reseptörlerini doğrudan uyarak etki gösterirler. Motor komplikasyonlar, özellikle levodopa kullanımında görülen diskineziler, dopamin agonistlerinde nadir görülmektedir. Bu nedenle, özellikle genç hastalarda levodopa kullanımını geciktirmek amacıyla ilk seçenek olarak önerilmektedir. Dopamin agonist türevi olan apomorfine subkutan olarak kullanıldığında apomorfine çok hızlı etki etmektedir.⁶⁰

Yan etkiler diğer kullanım yollarında (inhaler, oral, intravenöz, intranazal, rektal) daha sık görüldüğü için, apomorfine subkutan olarak intermittan veya devamlı infüzyon şeklinde uygulanmaktadır. Apomorfine uygulamalarında, uygulama şekli ve gelişen yan etkiler, klinik kullanımda en önemli sorunu oluşturmaktadır.⁶³

Levodopanın periferik yıkımına neden olan enzimi inhibe eden tolkapon ve entakapon, levodopanın merkezi sinir sistemine geçişini artırır. Bu etki mekanizması nedeniyle, levodopa tedavisi alan hastalarda Katekol-O-metiltransferaz inhibitörlerinin (COMT) kullanımı önerilmektedir. COMT, levodopanın biyoyararlanımını artırdığı için dopaminerjik yan etkilere neden olabilir. Mide bulantısı, kardiyovasküler ve

nöropsikiyatrik yan etkiler dopaminerjik yan etkiler arasında yer alırken, ishal ve idrar rengindeki değişiklikler dopaminerjik olmayan en yaygın yan etkilerdir.⁶⁰

Selejilin ve rasajilin, monoamin oksidaz tip B (MAO-B) izoenzimini inhibe ederek dopamin yıkımını azaltarak semptomatik etki sağlar. MAO-B inhibitörleri genellikle iyi tolere edilir.^{60,61} Rasajilinin, erken teşhis edilen hastalarda dopamin agonistleri ya da levodopa gibi daha güçlü tedaviye başlamadan önce hafif motor semptomlarda daha yararlı olduğu, levodopa alan hastalarda ise ek olarak rasajilinin kullanılmasının tedavi süresini kısalttığı belirtilmektedir.⁶⁰

PH'de cerrahi tedavilerin semptomları azaltmada ve işlevleri iyileştirmede etkili olduğu bildirilmektedir. Bunlar arasında pallidotomi, talamotomi, subtalamotomi ve globus pallidus, talamus veya subtalamik çekirdeğe implante edilen elektrotlar aracılığıyla yüksek frekanslı derin beyin stimülasyonu (DBS) bulunmaktadır.⁵⁹

İleri PH'de motor işlev bozukluğunu azaltmada yardımcı bir tedavi yöntemi olan DBS, motor dalgalanmalar, tremor ve diskinezi tedavisinde kullanılmakta ve DBS'nin yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir.^{31,64}

DBS, beynin subtalamik çekirdek (STN) ve globus pallidus (GPi) bölgelerine yerleştirilmektedir. GPi-DBS dopaminerjik tedavide orta derecede azalmayla ya da hiç azalma yapmadan diskinezilerde azalma ile ilişkili motor skorlarda iyileşme sağlar.⁶⁵ STN DBS ileri Parkinson hastalarının tedavisinde etkilidir ve hem motor semptomları hem de levodopa kaynaklı motor komplikasyonları iyileştirir.⁶⁶

Hasta eğitimi, egzersiz ve diyet yaşam kalitesini iyileştirmede ve semptomları yönetmeye yardımcı olmada önemli bir rol oynar. Bu nedenle non-farmakolojik müdahaleler tedavinin bir parçası olmalıdır.⁶⁷

Genel olarak, farmakoterapi ile rehabilitasyonun kombinasyonu semptom kontrolü için optimal tedavi stratejisidir. Daha hafif hastalık şiddeti olan hastalarda

iyileşme potansiyeli daha yüksektir, bu nedenle fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarının erken bir aşamada başlatılması faydalı olabilir.⁶⁸

2.2. Parkinson Hastalığı ve Bakım Verenler

PH öncelikle insanların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini etkilemektedir.⁶⁹ Parkinson hastaları hastalığın ilerleyen evrelerinde desteğe ihtiyaç duymakta, bakımları için başkalarına bağımlı hale gelmektedir.^{70,71}

Bakım veren kişi; hasta bireye fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden yardım sağlayan kişidir.⁷² Bakım veren bireyler genellikle hasta bireylerin eş ve çocuklarıdır.⁷ Türkiye'de de hastaların bakım verenleri genellikle aile üyeleri, çoğunlukla çocukları veya eşleridir.⁷³

Bakım verenler hastaya belli bir zaman ayırarak veya hastayla birlikte yaşayarak kişisel bakım, banyo yapma, beslenme, ilaç verme, ulaşım ve yatağa girme ve yataktan kalkma, yatakta çevirme, giydirme, alışveriş yapma, maddi, sosyal ve duygusal destek sağlama gibi konularda destek sağlar.^{6,74,75}

Bakım verme; formal (resmi) ya da informal (resmi olmayan) olarak ikiye ayrılmaktadır. Özel ve kamu kurumları tarafından verilen formal bakım; hemşire, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcıları tarafından sağlanan profesyonel bakımdır. İnformal bakım ise; hastanın aile üyelerinin ya da arkadaşlarının ücret almadan sağladığı, profesyonel olmayan bakımdır.^{76,77}

Bakım verenler, hastalar ile ilgilenirken bakım yükü ile karşılaşmaktadır.⁷² Yük, bakım verenler için fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar açısından çok boyutlu olarak tanımlanmıştır.⁷⁸ Bakım verenler fiziksel ve psikolojik sıkıntılar, kişisel ve sosyal aktivitelerinde kısıtlamalar ve maddi yük ile karşılaşabilmektedir.⁷⁹

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, kültürel özellikler, hastayla olan yakınlık derecesi, bakım verenin bakım vermek için gönüllü olması, baş etme yöntemleri, sosyal destek, hastanın kognitif durumu, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme seviyesi, davranış problemleri, hastalığının olup olmaması gibi birçok faktör bakım veren yükünü etkilemektedir.^{70,80} Bu faktörler; bakım verenler için emosyonel, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz durumlara yol açmaktadır.⁷²

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; kişinin bireyin, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algısı olarak tanımlanmaktadır.⁸¹ Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise hastalık ve tedavinin hastanın genel fonksiyon ve iyilik hissini nasıl etkilediğinin çok boyutlu bir değerlendirmesi olarak kabul edilmekte ve sağlığın fiziksel, işlevsel, psikolojik ve sosyal yönlerini yansıtmaktadır.^{82,83}

Yaşam kalitesi; fiziksel, zihinsel ve sosyal alanlardan oluşan çok boyutlu bir yapıdır.⁸⁴ Bireyin deneyimlediği olaylarla ilgili öznel ifadeleri şeklinde özetlenen yaşam kalitesi objektif ve subjektif göstergeler olmak üzere iki açıdan incelenmektedir.^{10,85}

Objektif göstergeler fiziksel iyilik hali ile açıklanmakta, fonksiyonel yetersizliği, fiziksel aktiviteleri yapmadaki güçlüğü, hastalık semptomlarını, sağlık ve çalışma durumunu içerir. Subjektif göstergeler ise psikolojik iyilik halini yansıtır, bireyin öznel olarak kendi yaşamını değerlendirmesine dayanır.⁸⁵

2.3.1. Parkinson Hastalığı ve Yaşam Kalitesi

PH gibi dizabiliteye yol açan nörodejeneratif hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir.⁸⁶

PH'nin motor ve motor olmayan özellikleri dahil olmak üzere karmaşık semptomatolojisi, hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.⁸⁷

PH'de motor ve non motor semptomların şiddeti hastalığın progresyonu ile değişmekte yani semptomların yaşam kalitesi üzerine olan etkisi zamanla farklılık göstermektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin hastalığın farklı evrelerinde değerlendirilmesi gerekmektedir.⁸⁶

PH'nin tedavisi öncelikle motor fonksiyonun iyileştirilmesine yöneliktir.⁸⁸ Ayrıca hastalığın işlevsellik ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini azaltmayı hedeflemektedir. Bu nedenle, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesine işlevsellik ve yaşam kalitesinin ölçümü dahil edilmelidir.⁸⁴

Parkinson hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi anketleri kullanılmaktadır. Parkinson Hastalığı Anketi (PDQ-39), Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (PDQUALIF) ve Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (PDQL) PH'de hastalığa özgü yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ölçeklerdir.⁸⁹ PH'ye özgü ölçekler hastalığa özgü sorunları değerlendirmek açısından önemlidir.⁹⁰

2.4. Sosyal Destek

Sosyal destek; stresli ve zor durumdaki bireye etrafındaki insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanmakta, insanların yaşamında duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan kişilerarası ilişkiler, sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir.^{11,12}

Sosyal destek sistemleri çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Duygusal destek; empati, güven, sevgi, ve ilginin sağlanmasını, araçsal destek; ihtiyacı olan kişiye doğrudan somut yardım ve hizmetlerin sağlanmasını, bilişsel destek; kişinin sorunları çözmek için kullanabileceği öneri ve bilgilerin sağlanmasını, değerlendirme desteği, öz-değerlendirme amacı için yararlı olan bilgilerin sağlanmasını, yapıcı geri bildirim ve onaylamayı içerir.⁹¹

Sosyal desteğin algılanan ve alınan sosyal destek olmak üzere iki boyutu vardır. Algılanan sosyal destek, 'bireyin sosyal ağından aldığı desteğin miktarı ve kalitesi hakkındaki algısı' olarak görülürken, alınan sosyal destek, 'insanların sosyal ağlarından aldığı yardım ve yardımın nesnel ölçümü olarak tanımlanmaktadır'.⁹² Algılanan sosyal destek, gerektiğinde desteğin mevcudiyetinin değerlendirilmesi, yeterliliğinin ve/veya bu desteğin kalitesinin değerlendirilmesi anlamına gelirken, alınan destek, belirli destek işlemlerinin niteliği ve sıklığı anlamına gelmektedir.⁹³

Sosyal desteğin sağlanmasında özveri temelinde kurulan arkadaşlıklar, geliştirilen insani ilişkiler ve bu amaçla sunulacak hizmetler önem taşımaktadır.⁹⁴

2.4.1. Parkinson Hastalığı ve Sosyal Destek

Hastalıkların ortaya çıkardığı sorunlarla baş edilemediğinde hastaların fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlarında artış görülmektedir.⁹⁵ Parkinson hastaları, özellikle ileri evrelerde olanlar, tıbbi, duygusal ve sosyal destek açısından çoğunlukla aile üyelerinden veya bakım verenlerinden yardıma ihtiyaç duymaktadır.⁹⁶ Bireyin çevresindekilere bağımlılığının arttığı sırada aile ve arkadaşlarından alacağı sosyal destek önem taşımaktadır.⁹⁷

İnsan sağlığı ile ilişkili olan sosyal destek sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunda önemli bir etkidir.^{12,98} Hastalık sürecine uyumu arttırıp, sosyal izolasyonu azaltarak yaşam kalitesinin de artmasını sağlamaktadır.¹² Sosyal destek ağı daha geniş olan bireylerin zorlukların üstesinden gelmede daha başarılı olmaktadır.⁹⁹

PH'nin ilerlemesi, motor bozukluğun şiddeti ve hastanın yaşının artmasıyla birlikte bakım verenin rolü giderek daha fazla önem kazanmaktadır. PH'nin ve semptomları, bakım verenlerin yükü üzerinde önemli stres oluşturmaktadır.⁹⁶

Sağlık profesyonellerinin ve hasta yakınlarının öncelikle hastaların ihtiyaçlarına odaklanmasından dolayı bakım verenler; sosyal destek eksikliği yaşadığını, aile ve arkadaşlarından yeterli destek görmediklerinde gerginlik gibi olumsuz duygular hissettiklerini belirtmektedir.¹¹

Bakım verenlerin ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine, yalnız olmadıklarını hissetmeye, para, bilgi ve eğitim konularında yardıma, sosyal ve duygusal desteğe ihtiyaçları vardır.¹⁰⁰ Tyler ve ark.¹⁰¹ tarafından yapılan bir çalışmada farklı bir çalışmada yüksek sosyal desteğe sahip bireylerin daha az depresyon ve anksiyete yaşadıkları bulunmuştur.

2.4.2. Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Sosyal desteğin sağlanmasında hemşirenin danışmanlık rolü önem taşımaktadır.¹⁰² Sosyal destek danışmanlığında hemşire, ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukları tanımlamalıdır. Yaşanan en önemli zorluğun belirlenerek ne türde sosyal desteğin verileceğine karar verilmelidir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan sorunun gelişmesine etkisinin olup olmadığı belirlenmelidir. Sosyal destek sorunun gelişmesinde etkili değilse, sosyal desteğin yetersiz olmasının nedenleri ve bireyin kişisel özellikleri belirlenmelidir. Hemşire; tüm faktörlerin belirlenmesinden sonra sosyal desteğin etkisini arttırmaya çalışmalı, danışmanlık süresince sabırlı olmalı, empati yapabilmeli ve bireye güven vermelidir.⁹⁸

Hasta bireyler kadar bakım verenlerin de sosyal desteğe ihtiyacı vardır.¹⁰³ Hemşireler tarafından bakım verme rolünü üstlenen bireylerin bütüncül olarak ele alınması bakım verenlerin bakım yüklerini ve bunu etkileyen önemli bir faktör olan sosyal destek algısının belirlenmesi, bakım verenin iyilik halinin sürdürülmesine ve bakımının başarıyla yürütülmesine katkı sağlar.¹¹

2.5. Parkinson Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Sağlık ekibinin temel görevi hastayı sorunlarıyla baş edebilir duruma getirmek ve olabildiğince uzun süre bağımsız ve sınırları içinde kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamaktır.^{2(s.1125)} Multidisipliner ekibin profesyonel bir üyesi olarak hemşire; sağlığı geliştirmede, komplikasyonların tedavisinde ve hastalığın getirdiği sınırlamalara uyum sağlamada önemli bir role sahiptir.¹⁰⁴

Hastalığın başlangıcından sonuna kadar hasta ve ailesine her türlü destek ve danışmanlığın verilmesinde, hastalığa bağlı gelişen emosyonel, fiziksel ve sosyoekonomik yetersizliklerle baş etmede, bireyin ve ailesinin hastalığa uyumunun sağlanmasında hemşirelik bakımının önemli bir yeri vardır.¹⁰⁵

PH'de hastaların nörolojik fonksiyonların en üst düzeyde sürdürülmesi, hastanın mümkün olduğunca uzun süre günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması ve psikolojik iyilik halinin optimum düzeyde tutulmasını sağlamak amacıyla hemşirelik bakımı planlanır.^{2(s.1122)}

Hemşireler hasta ve ailesi ile bağ kurmalı ve sağlık/hastalık süreci için rehberlik sağlamalı, öğrenmenin kolaylaştırılması ve uygulanması için gerekli kaynakları sağlamalıdır.¹⁰⁴

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniği ve Kliniği'nde Ocak 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ocak 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniği ve Kliniği'nde takip edilen 150 hasta ve bakım veren oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için priori (öncül) güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için en az 84 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir.

Çalışmada örneklem seçim yöntemine gidilmemiş olup çalışma Ocak 2021-Ekim 2021 tarihleri arasında araştırmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan 105 Parkinson hastası ve bakım veren ile yürütülmüştür.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Hasta birey için:

- Parkinson hastalığı dışında başka bir nörolojik bozukluğu olmayan,
- İletişim kurabilen
- Görme problemi veya vestibüler bozukluğu olmayan
- Modifiye Hoehn ve Yahr Ölçeği 'ne (MHYÖ) göre evre 1-5'te olan hastalar

Bakım veren için:

- 18 yaş üzerinde olan
- İletişim kurabilen
- Bakım verdiği kişinin hastanın aile üyelerinden biri olması (eşi, çocuğu, annesi, babası, kardeşi, akrabası vb.)

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, hasta ve bakım verenlere gerekli açıklamalar yapıldıktan ve sözel onamları alındıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü kişilerden anket aracılığıyla toplanmıştır. Anketler hasta ve hasta yakınları tarafından doldurulmuştur. Okuma yazma bilmeyen katılımcılar için anketler araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Anketlerin doldurulma süresi 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Hastaya Ait Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek-5): Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, Parkinson hastalığı tanı zamanı, tedavi süresi, ilaçlarını düzenli kullanma durumu hakkında sorular yer almaktadır.

Bakım Verene Ait Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek-6): Bu formda bakım verenin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, bakım vermeye başlamadan önce çalışma durumu, hasta ile olan yakınlık derecesi, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği hakkında sorular yer almaktadır.

Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (PDQ-39) (Ek-7): Bu ölçek 1995 yılında Peto ve ark. tarafından geliştirilmiştir.¹⁰⁶ PDQ-39, birçok dilde ve kültürel ortamda tercüme edilmiş ve onaylanmıştır.¹⁰⁷ PDQ-39; 8 alt ölçekte gruplandırılmış 39 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler hareketlilik (10 madde), günlük yaşam aktiviteleri (altı madde), duygusal iyi oluş (altı madde), damgalama (4 madde), sosyal

destek (3 madde), biliş (dört madde), iletişim (üç madde) ve bedensel rahatsızlıktır (üç madde).^{107,108} Her madde 0 (hiçbir zaman) ile 4 (her zaman) arasında puanlanmaktadır.¹⁰⁷ Her boyutun toplam skoru 0'dan 100'e kadardır.¹⁰⁸ Yüksek skorlar yaşam kalitesindeki kötüleşmeyi göstermektedir.¹⁰⁷

Kayapınar¹⁰⁹ tarafından ölçeğin Türkçe versiyonunun, geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada PDQ-39 ölçeği Cronbach's alpha katsayısı 0,955 olarak bulunmuştur. Ölçek yaşam kalitesini Parkinson hastalığı nedeniyle son bir ay içinde yaşanan sıkıntılara göre değerlendirmektedir. Bir faktördeki maddelerin puanları toplanarak o faktördeki tüm öğelerin olası maksimum puanına bölünür ve 100 ile çarpılır. Faktör puanlarının toplamının 8'e bölünmesiyle de ölçek genel puanı elde edilmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-8): 1988 yılında Zimet ve ark.¹¹⁰ tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği ilk olarak Eker ve ark.¹¹¹ tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren ölçek toplam 12 maddeden oluşmakta ve her madde 7 kademeli (1-7 puan) şekilde puanlanmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmakta ve her alt boyut 4 madde içermektedir. Bu alt boyutlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Ölçek toplam puanı alt boyut puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Toplanan puanların yüksek olması algılanan sosyal desteğin fazla olduğunu göstermektedir. Eker ve ark.¹¹¹ tarafından yapılan çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.80 ile 0.95 arasında bulunmuştur.

Modifiye Hoehn-Yahr Evrelendirme Ölçeği (MHYÖ) (Ek-9): 1967'de oluşturulan Hoehn-Yahr ölçeği hasta gruplarını karşılaştırmak ve hastalık progresyonunun kapsamlı bir değerlendirmesini sağlamak için kullanılmaktadır.^{43,58}

Hastalığın şiddeti 1 ile 5 puan arasında değerlendirilmektedir.¹¹²

Evre 0- Hastalık bulgusu yok.

Evre 1- Tek taraflı hastalık.

Evre 1.5- Tek taraflı artı aksiyel tutulum.

Evre 2- Bilateral hastalık, denge bozukluğu yok.

Evre 2.5- Hafif iki taraflı hastalık, çekme testinde toparlanıyor.

Evre 3- Hafif, orta bilateral hastalık ve bir miktar postural kararsızlık, fiziksel olarak bağımsız.

Evre 4- Şiddetli özürllük, yardımsız ayakta durabilir ve yürüyebilir.

Evre 5- Yardımsız tekerlekli sandalyeye ya da yatağa bağımlı.

Hastalığın evrelendirilmesi, hastaların muayenesi sonucunda hekimler tarafından yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra Tablo 3.1’de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	-
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	-
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi	Spearman korelasyon analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları	

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı	Standart	Kat Sayısı	Standart
		İstatistik	Hata	İstatistik	Hata
Hasta yaşı	105	-0.389	0.236	-0.256	0.467
Tanı süresi (ay)*	105	1.541	0.236	5.149	0.467
Tedavi süresi (ay)*	105	1.636	0.236	5.589	0.467
Bakım veren yaşı	105	0.316	0.236	-0.908	0.467
Bakım verme süresi (ay)*	105	0.881	0.236	1.767	0.467
Hareketlilik	105	0.116	0.236	-1.211	0.467
Günlük Yaşam Aktiviteleri	105	0.043	0.236	-0.835	0.467
Duygusal Esenlik	105	0.397	0.236	-0.152	0.467
Stigma	105	0.833	0.236	0.399	0.467
Sosyal Destek	105	0.587	0.236	0.095	0.467
Biliş	105	0.711	0.236	0.646	0.467
İletişim	105	0.665	0.236	0.564	0.467
Bedensel Rahatsızlık	105	0.510	0.236	0.393	0.467
PDQ-39 Anketi	105	0.798	0.236	0.892	0.467

Tablo 3.2. (Devamı)

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Hasta					
Aile	105	-0.660	0.236	0.235	0.467
Arkadaş	105	-0.461	0.236	-0.561	0.467
Özel Bir İnsan	105	-0.554	0.236	-0.039	0.467
ÇBASDÖ	105	-0.129	0.236	-0.625	0.467
Bakım Veren					
Aile	105	-0.363	0.236	-0.851	0.467
Arkadaş	105	-0.842	0.236	0.613	0.467
Özel Bir İnsan	105	-0.429	0.236	-0.351	0.467
ÇBASDÖ	105	-0.467	0.236	-0.021	0.467

* Normal Dağılmayan Verilerdir.

Bu çalışma için, Cronbach Alpha değerleri Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Hareketlilik	0.958
Günlük Yaşam Aktiviteleri	0.922
Duygusal Esenlik	0.981
Stigma	0.883
Sosyal Destek	0.624
Biliş	0.787
İletişim	0.803
Bedensel Rahatsızlık	0.816
PDQ-39 Anketi	0.966
Hasta	
Aile	0.905
Arkadaş	0.966
Özel Bir İnsan	0.929
ÇBASDÖ	0.941

Tablo 3.3. (Devamı)

	Ölçek	Cronbach α
Bakım Veren	Aile	0.932
	Arkadaş	0.964
	Özel Bir İnsan	0.920
	ÇBASDÖ	0.959

3.8.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri, bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım vermeye ilişkin özellikleri.

Bağımlı değişkenler: Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (PDQ-39) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden alınan puanlar.

3.9.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma süresince İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'ne bağlı kalarak hasta ve yakınlarının hakları korunmuş ve araştırma etiğine önem verilmiştir. Araştırma esnasında özerkliğe saygı gösterilmiş, gizlilik ve gizliliğin korunması sağlanmıştır. Araştırmada katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilerek sözel izinleri alınmıştır.

Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 05.11.2020 tarihinde 09 karar nolu etik kurul izni alınmıştır. (Ek-3) Araştırmanın yapılacağı hastaneden çalışmanın yapılabilmesine yönelik resmi izin alınmıştır. (Ek-4) Araştırmada kullanılan Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (PDQ-39) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (ÇBASDÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan yazarlardan e-posta yolu ile ölçek kullanım izinleri alınmıştır. (Ek-10,11)

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar bu araştırmadaki hasta ve bakım verenlerine genellenebilir.



4. BULGULAR

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%		
Cinsiyet	Kadın	46	43.8		
	Erkek	59	56.2		
Medeni Durum	Evli	84	80.0		
	Bekar	21	20.0		
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	17	16.2		
	İlköğretim	51	48.6		
	Ortaöğretim	26	24.7		
	Ön lisans/lisans	11	10.5		
Meslek	Memur	6	5.7		
	İşçi	2	1.9		
	Emekli	35	33.3		
	Ev hanımı	44	41.9		
	Diğer	18	17.2		
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	15	14.3		
	Çalışmıyorum	90	85.7		
Çocuk Sayısı	Yok	9	8.6		
	1	1	0.9		
	2	13	12.4		
	3	44	41.9		
	4 veya daha fazla	38	36.2		
Birlikte Yaşanan Kişi	Yalnız	13	12.4		
	Eşiyle	37	35.2		
	Eşi ve çocuklarıyla	44	41.9		
	Diğer*	11	10.5		
Düzenli İlaç Kullanma	Evet	96	91.4		
	Hayır	9	8.6		
Sürekli Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Hasta yaşı	105	25	80	59.10	12.01
Tanı süresi (ay)	105	2	360	86.38	55.96
Tedavi süresi (ay)	105	2	360	82.12	55.23

*Diğer seçeneğinde; anne-baba, kardeş, akraba yer almaktadır.

Hastaların %56.2’si erkek, %80’i evli, %48.6’sı ilköğretim mezunudur ve %41.9’u ev hanımıdır. Hastaların %85.7’si çalışmamaktadır, %41.9’unun 3 çocuğu

vardır, %41.9'u eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır ve %91.4'ü düzenli ilaç kullanmaktadırlar. Hastaların yaş ortalamaları 59.10 ± 12.01 , ortalama tanı süresi 86.38 ± 55.96 ay ve ortalama tedavi süresi 82.12 ± 55.23 aydır (Tablo 4.1).

Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%		
Cinsiyet	Kadın	60	57.1		
	Erkek	45	42.9		
Medeni Durum	Evli	74	70.5		
	Bekar	31	29.5		
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	4	3.8		
	İlköğretim	38	36.2		
	Ortaöğretim	36	34.3		
	Ön lisans/lisans	25	23.8		
	Yüksek lisans/doktora	2	1.9		
Meslek	Memur	10	9.5		
	İşçi	13	12.4		
	Emekli	7	6.7		
	Ev hanımı	46	43.8		
	Diğer	29	27.6		
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	43	41.0		
	Çalışmıyorum	62	59.0		
Bakım Vermeden Önce Çalışma Durumu	Evet	40	38.1		
	Hayır	65	61.9		
Hastaya Yakınlık Derecesi	Anne baba	7	6.7		
	Çocuğu	43	41.0		
	Eşi	37	35.2		
	Akrabası	10	9.5		
	Diğer*	8	7.6		
Sürekli Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	105	20	76	43.16	14.68
Bakım verme süresi (ay)	105	2	240	69.60	42.63

*Diğer seçeneğinde; kardeş yer almaktadır.

Bakım verenlerin %57.1'i kadın, %70.5'i evli, %36.2'si ilköğretim mezunu ve %43.8'i ev hanımı, %59'u çalışmamakta, %61.9'u bakım vermeden önce de çalışmamakta, %41'i hastanın çocuğudur. Bakım verenlerin yaş ortalaması 43.16 ± 14.68 olup, ortalama bakım verme süresi 69.60 ± 42.63 aydır (Tablo 4.2).

Hastaların PDQ-39 anketi ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Hastaların PDQ-39 Anketi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Hareketlilik	105	17.50	100.00	59.19	23.46
Günlük Yaşam Aktiviteleri	105	0.00	100.00	54.13	26.18
Duygusal Esenlik	105	4.17	100.00	46.35	20.28
Stigma	105	0.00	100.00	29.64	24.47
Sosyal Destek	105	0.00	66.67	22.68	15.13
Biliş	105	6.25	100.00	37.86	18.05
İletişim	105	0.00	100.00	32.54	21.79
Bedensel Rahatsızlık	105	16.67	100.00	51.75	17.82
PDQ-39 Toplam Puanı	105	12.14	97.92	41.87	16.43

Hastalar; hareketlilik alt boyutundan 59.19 ± 23.46 , günlük yaşam aktiviteleri alt boyutundan 54.13 ± 26.18 , duygusal esenlik alt boyutundan 46.35 ± 20.28 , stigma alt boyutundan 29.64 ± 24.47 , sosyal destek alt boyutundan 22.68 ± 15.13 , biliş alt boyutundan 37.86 ± 18.05 , iletişim alt boyutundan 32.54 ± 21.79 ve bedensel rahatsızlık alt boyutundan 51.75 ± 17.82 puan almışlardır. PDQ-39 Anketi toplamından alınan puan ortalaması ise 41.87 ± 16.43 'tür (Tablo 4.3).

Hastaların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Hastaların ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Aile	105	11.00	28.00	23.20	3.76
Arkadaş	105	4.00	28.00	18.30	6.07
Özel Bir İnsan	105	4.00	28.00	18.94	5.86
ÇBASDÖ Toplam Puanı	105	31.00	84.00	60.44	13.50

Hastalar; aile alt boyutundan 23.20 ± 3.76 , arkadaş alt boyutundan 18.30 ± 6.07 , özel bir insan alt boyutundan 18.94 ± 5.86 puan almışlardır. ÇBASDÖ toplamından alınan puan ortalaması ise 60.44 ± 13.5 'tir (Tablo 4.4).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre PDQ-39 anketi ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur.



Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre PDQ-39 Anketi ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	Hareketlilik		Günlük Yaşam Aktiviteleri		Duygusal Esenlik		Stigma		Sosyal Destek		Biliş		İletişim		Bedensel Rahatsızlık		PDQ-39 Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	46	63.32	23.30	53.44	25.43	49.37	19.91	27.58	24.95	24.31	16.32	38.04	18.63	28.62	23.22	53.62	19.30	42.44	16.73
	Erkek	59	55.97	23.28	54.66	26.95	44.00	20.42	31.25	24.18	21.41	14.14	37.71	17.75	35.59	20.28	50.28	16.59	41.42	16.32
	Test ve Önemlilik		t=1.603 p=0.112		t=-0.236 p=0.814		t=1.351 p=0.180		t=-0.761 p=0.449		t=0.974 p=0.332		t=0.093 p=0.926		t=-1.639 p=0.104		t=0.953 p=0.343		t=0.315 p=0.753	
Medeni Durum	Evli	84	58.90	24.40	54.37	27.64	45.59	18.93	31.10	25.69	22.20	15.59	38.32	18.27	32.14	23.33	49.90	16.94	41.69	17.01
	Bekar	21	60.36	19.75	53.17	19.80	49.40	25.29	23.81	18.18	24.60	13.30	36.01	17.44	34.13	14.41	59.13	19.70	42.58	14.20
	Test ve Önemlilik		t=-0.254 p=0.800		t=0.226 p=0.822		t=-0.770 p=0.443		t=1.224 p=0.224		t=-0.649 p=0.518		t=0.522 p=0.603		t=-0.490 p=0.626		t=-2.160 p=0.033		t=-0.220 p=0.826	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	17	78.53	14.82	61.76	15.54	46.81	16.24	32.72	24.16	19.61	13.48	41.18	16.40	32.35	17.89	51.47	15.38	45.55	12.70
	İlköğretim	51	63.24	22.53	60.78	28.40	49.59	20.13	32.84	25.76	25.03	14.28	41.91	19.38	34.97	23.27	53.76	18.13	45.40	16.95
	Ortaöğretim	26	45.19	17.94	42.63	21.45	41.83	18.98	23.80	19.29	23.08	16.72	31.49	14.52	26.60	18.26	50.32	15.54	35.62	12.61
	Önlisans/Lisans	11	43.64	23.14	38.64	25.01	41.29	28.16	23.86	29.16	15.61	16.45	28.98	16.12	35.61	27.41	46.21	24.82	34.55	21.60
	Test ve Önemlilik		F=11.895 p=0.000		F=5.071 p=0.003		F=1.100 p=0.353		F=1.082 p=0.360		F=1.472 p=0.227		F=3.206 p=0.026		F=0.925 p=0.431		F=0.621 p=0.603		F=3.255 p=0.025	
Meslek	Memur	6	41.25	8.02	41.67	10.54	25.00	23.42	20.83	16.61	9.72	8.19	22.92	6.45	29.17	13.69	37.50	10.21	28.51	8.04
	İşçi	2	38.75	1.77	37.50	11.79	35.42	8.84	37.50	17.68	16.67	0.00	25.00	0.00	29.17	17.68	41.67	0.00	32.71	0.59
	Emekli	35	66.86	21.86	65.12	27.31	49.17	20.73	36.79	27.36	23.24	14.32	42.68	16.08	42.62	20.69	52.14	17.19	47.43	15.97
	Ev Hanımı	44	61.88	22.76	51.33	23.91	48.48	18.74	26.56	22.60	23.79	15.98	37.50	18.82	26.89	21.03	52.65	18.40	41.22	15.26
	Diğer	18	45.97	24.39	45.60	27.95	43.98	19.81	25.35	24.30	23.89	16.00	35.76	20.43	28.24	23.25	54.63	19.22	38.13	19.49
	Test ve Önemlilik		F=4.230 p=0.003		F=2.882 p=0.026		F=2.265 p=0.067		F=1.321 p=0.267		F=1.293 p=0.278		F=2.050 p=0.093		F=3.058 p=0.020		F=1.284 p=0.282		F=2.544 p=0.044	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Hareketlilik		Günlük Yaşam Aktiviteleri		Duygusal Esenlik		Stigma		Sosyal Destek		Biliş		İletişim		Bedensel Rahatsızlık		PDQ-39 Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	15	42.50	14.21	38.06	17.88	34.17	19.75	21.67	21.76	16.11	14.93	27.08	10.48	20.56	14.73	42.22	12.78	30.30	11.33
	Çalışmıyorum	90	61.97	23.60	56.81	26.45	48.38	19.75	30.97	24.75	23.78	14.96	39.65	18.46	34.54	22.19	53.33	18.09	43.80	16.39
	Test ve Önemlilik		t=-4.394 p=0.000		t=-3.477 p=0.002		t=-2.581 p=0.011		t=-1.369 p=0.174		t=-1.838 p=0.069		t=-3.772 p=0.001		t=-2.350 p=0.021		t=-2.281 p=0.025		t=-3.064 p=0.003	
Çocuk Sayısı	Yok	9	52.22	21.12	43.06	24.30	42.13	34.83	24.31	31.63	22.78	18.71	28.47	12.54	41.67	24.30	52.78	24.65	38.82	22.85
	1	1	40.00	.	45.83	.	29.17	.	25.00	.	16.67	.	25.00	.	41.67	.	41.67	.	33.13	.
	2	13	67.50	24.87	65.38	30.64	52.56	16.89	42.31	17.89	25.38	13.59	40.87	20.51	37.18	22.98	48.72	17.30	47.76	16.23
	3	44	56.93	23.93	51.52	25.69	45.08	19.42	28.69	24.16	24.36	15.75	35.37	18.63	29.73	21.97	47.54	17.75	39.98	16.67
	4 veya daha fazla	38	61.12	23.00	56.14	25.28	47.15	18.28	27.80	24.82	19.96	14.31	42.27	16.91	31.80	20.85	57.68	15.30	42.99	14.66
	Test ve Önemlilik		F=0.937 p=0.446		F=1.204 p=0.314		F=0.631 p=0.641		F=1.060 p=0.380		F=0.577 p=0.680		F=1.641 p=0.170		F=0.772 p=0.546		F=1.912 p=0.114		F=0.748 p=0.561	
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	13	53.85	17.43	48.08	13.24	39.10	23.91	20.67	16.81	19.23	14.59	27.88	11.59	27.56	16.10	49.36	15.39	35.72	11.19
	Eşiyle	37	61.22	20.95	57.43	24.24	46.06	16.28	33.61	23.40	20.72	13.84	36.99	14.76	32.88	20.50	46.40	16.50	41.91	13.47
	Eşi ve çocuklarıyla	44	56.25	26.61	51.42	30.03	44.03	19.53	27.84	25.73	23.33	16.48	39.20	20.98	29.92	23.59	52.08	15.68	40.67	18.52
	Diğer	11	70.45	22.47	60.98	27.40	65.15	22.69	34.09	29.50	30.76	12.83	47.16	17.76	47.73	20.10	71.21	21.20	53.76	17.77
	Test ve Önemlilik		F=1.409 p=0.245		F=0.833 p=0.479		F=4.267 p=0.007		F=1.112 p=0.348		F=1.528 p=0.212		F=2.511 p=0.063		F=2.305 p=0.001		F=6.448 p=0.000		F=2.740 p=0.047	
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	96	57.81	23.46	52.56	26.13	45.44	19.96	28.84	24.10	21.55	14.67	36.85	17.45	31.51	21.09	49.83	17.06	40.62	15.81
	Hayır	9	73.89	18.84	70.83	21.45	56.02	22.35	38.19	28.20	34.81	15.44	48.61	21.83	43.52	27.25	72.22	12.50	55.16	17.94
	Test ve Önemlilik		t=-1.993 p=0.049		t=-2.032 p=0.045		t=-1.505 p=0.135		t=-1.098 p=0.275		t=-2.584 p=0.011		t=-1.892 p=0.061		t=-1.592 p=0.114		t=-3.836 p=0.000		t=-2.608 p=0.010	

Hareketlilik Alt Boyutu İçin;

Eğitim durumu, meslek, çalışma durumu ve düzenli ilaç kullanma durumuna göre hareketlilik alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Eğitim durumuna göre (LSD); okuryazar olmayanların puan ortalamasının ilköğretim, ortaöğretim, ön lisans/lisans mezunlarından yüksek olduğu belirlendi.

Mesleğe göre (Dunnet C); ev hanımlarının puan ortalamasının memur ve işçilerden yüksek olduğu belirlendi.

Çalışmayanların ve düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve birlikte yaşanan kişiye göre hareketlilik alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Günlük Yaşam Aktiviteleri Alt Boyutu İçin;

Eğitim durumu, meslek, çalışma durumu ve düzenli ilaç kullanma durumuna göre günlük yaşam aktiviteleri alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Eğitim durumuna göre (LSD); ön lisans/lisans mezunlarının puan ortalamasının okuryazar olmayan, ilköğretim ve ortaöğretim mezunlarından düşük olduğu belirlendi.

Mesleğe göre (Dunnet C); emeklilerin puan ortalamasının memurlardan yüksek olduğu belirlendi.

Çalışmayanların ve düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve birlikte yaşanan kişiye göre günlük yaşam aktiviteleri alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Duygusal Esenlik Alt Boyutu İçin;

Çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişiye göre duygusal esenlik alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Çalışmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Birlikte yaşanan kişiye göre (LSD); “diğer” kişilerle yaşayanların puan ortalamasının yalnız, eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çocuk sayısı ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre duygusal esenlik alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Stigma Alt Boyutu İçin;

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanma durumuna göre stigma alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5)

Sosyal Destek Alt Boyutu İçin;

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre sosyal destek alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, çocuk sayısı ve birlikte yaşanan kişiye göre sosyal destek alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Biliş Alt Boyutu İçin;

Eğitim durumu ve çalışma durumuna göre biliş alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Eğitim durumuna göre (LSD); ortaöğretim mezunlarının puan ortalamasının ilköğretim mezunlarından düşük olduğu belirlendi.

Çalışmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, medeni durum, meslek, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre biliş alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

İletişim Alt Boyutu İçin;

Meslek, çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişiye göre iletişim alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Mesleğe göre (LSD); emeklilerin puanlarının ev hanımı ve “diğer” mesleklerdekilere göre yüksek olduğu belirlendi.

Çalışmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Birlikte yaşanan kişiye göre (LSD); “diğer” kişilerle yaşayanların puan ortalamasının yalnız, eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre iletişim alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Bedensel Rahatsızlık Alt Boyutu İçin;

Medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Bekarların ve çalışmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Birlikte yaşanan kişiye göre (LSD); “diğer” kişilerle yaşayanların puan ortalamasının yalnız, eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve çocuk sayısına göre bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

PDQ-39 Anketi toplam puanı için;

Eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Eğitim durumuna göre (LSD); ilköğretim mezunlarının puan ortalamasının ortaöğretim ve ön lisans/lisans mezunlarından yüksek olduğu belirlendi.

Mesleğe göre (LSD); emeklilerin puan ortalamasının memur ve “diğer” mesleklerdekilere göre yüksek olduğu belirlendi.

Çalışmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Birlikte yaşanan kişiye göre (LSD); “diğer” kişilerle yaşayanların puan ortalamasının yalnız, eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan yüksek olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, medeni durumu ve çocuk sayısına göre PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastalarda çeşitli değişkenler ile PDQ-39 anketi ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Hastalarda Çeşitli Değişkenler ile PDQ-39 Anketi ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Hasta yaşı	Tanı süresi	Tedavi Süresi
Haraketlilik	r	0.442	0.367	0.372
	p	0.000	0.000	0.000
	n	105	105	105
Günlük Yaşam Aktiviteleri	r	0.410	0.413	0.407
	p	0.000	0.000	0.000
	n	105	105	105
Duygusal Esenlik	r	0.049	0.095	0.088
	p	0.616	0.337	0.371
	n	105	105	105
Stigma	r	0.006	0.314	0.322
	p	0.949	0.001	0.001
	n	105	105	105
Sosyal Destek	r	-0.021	0.155	0.132
	p	0.832	0.113	0.179
	n	105	105	105
Biliş	r	0.258	0.265	0.257
	p	0.008	0.006	0.008
	n	105	105	105
İletişim	r	0.168	0.364	0.375
	p	0.087	0.000	0.000
	n	105	105	105
Bedensel Rahatsızlık	r	0.150	0.133	0.088
	p	0.128	0.178	0.374
	n	105	105	105
PDQ-39 Toplam Puanı	r	0.244	0.353	0.345
	p	0.012	0.000	0.000
	n	105	105	105

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile hareketlilik alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulundu ($p<0.05$). Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi arttıkça hareketlilik alt boyut puan ortalaması artmaktadır (Tablo 4.6).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile günlük yaşam aktiviteleri alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulundu ($p<0.05$). Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi arttıkça günlük yaşam aktiviteleri alt boyut puan ortalaması artmaktadır (Tablo 4.6).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile duygusal esenlik alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tanı süresi ve tedavi süresi ile stigma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulundu ($p<0.05$). Tanı süresi ve tedavi süresi arttıkça stigma alt boyut puan ortalaması artmaktadır. Hasta yaşı ile stigma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile sosyal destek alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile biliş alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulundu ($p<0.05$). Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi arttıkça biliş alt boyut puan ortalaması artmaktadır (Tablo 4.6).

Tanı süresi ve tedavi süresi ile iletişim alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulundu ($p<0.05$). Tanı süresi ve tedavi süresi arttıkça iletişim alt boyut puan ortalaması artmaktadır. Hasta yaşı ile iletişim alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulundu ($p<0.05$). Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi arttıkça PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması artmaktadır (Tablo 4.6).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarına ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	Aile		Arkadaş		Özel Bir İnsan		ÇBASDÖ Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	46	23.20	3.49	17.83	6.42	19.07	5.72	60.09	13.40
	Erkek	59	23.20	3.98	18.66	5.81	18.85	6.02	60.71	13.69
	Test ve Önemlilik		t=-0.010 p=0.992		t=-0.698 p=0.487		t=0.188 p=0.851		t=-0.234 p=0.815	
Medeni Durum	Evli	84	23.93	3.29	18.89	5.96	19.62	5.71	62.44	13.12
	Bekar	21	20.29	4.15	15.90	6.02	16.24	5.82	52.43	12.22
	Test ve Önemlilik		t=4.297 p= 0.000		t=2.050 p= 0.043		t=2.419 p= 0.017		t=3.168 p= 0.002	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	17	23.65	3.57	19.06	6.12	20.29	6.05	63.00	14.27
	İlköğretim	51	23.39	3.60	16.98	6.52	17.69	6.27	58.06	13.75
	Ortaöğretim	26	23.58	2.59	20.04	4.12	20.85	3.62	64.46	9.23
	Önlisans/lisans	11	20.73	6.08	19.09	7.02	18.18	6.94	58.00	18.01
	Test ve Önemlilik		F=1.846 p=0.144		F=1.702 p=0.171		F=2.126 p=0.102		F=1.651 p=0.182	
Meslek	Memur	6	23.83	6.59	25.33	3.01	23.33	4.68	72.50	13.53
	İşçi	2	26.50	2.12	24.50	4.95	24.00	5.66	75.00	12.73
	Emekli	35	23.26	3.80	16.74	6.21	17.66	6.51	57.66	14.82
	Ev hanımı	44	23.36	3.39	18.18	6.33	19.23	5.75	60.77	13.19
	Diğer	18	22.11	3.55	18.56	3.93	18.72	4.48	59.39	8.93
	Test ve Önemlilik		F=0.824 p=0.513		F=3.420 p= 0.012		F=1.714 p=0.153		F=2.292 p=0.065	
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	15	22.20	4.93	21.60	3.38	20.33	3.85	64.13	10.33
	Çalışmıyorum	90	23.37	3.53	17.74	6.25	18.71	6.12	59.82	13.92
	Test ve Önemlilik		t=-1.115 p=0.267		t=3.529 p= 0.001		t=1.370 p=0.182		t=1.146 p=0.254	
Çocuk Sayısı	Yok	9	19.00	5.43	17.89	6.58	15.67	5.89	52.56	15.16
	2	13	24.38	3.07	21.54	4.75	22.62	4.66	68.54	10.92
	3	44	23.80	3.45	19.32	5.14	20.18	5.02	63.30	12.32
	4 veya daha fazla	38	22.97	3.24	15.84	6.50	16.79	6.04	55.61	12.68
	Test ve Önemlilik		F=5.185 p= 0.002		F=4.139 p= 0.008		F=5.771 p= 0.001		F=5.616 p= 0.001	

Tablo 4.7. (Devamı)

		n	Aile		Arkadaş		Özel Bir İnsan		ÇBSDÖ Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	13	20.69	5.50	18.23	7.21	20.31	3.61	59.23	13.42
	Eşiyle	37	24.30	3.60	19.76	5.02	19.65	5.95	63.70	12.76
	Eşi ve çocuklarıyla	44	23.73	2.83	18.39	6.37	19.70	5.43	61.82	12.77
	Diğer	11	20.36	2.54	13.09	4.13	11.91	5.11	45.36	9.69
	Test ve Önemlilik		F=6.165 p=0.001		F=3.684 p=0.014		F=6.967 p=0.000		F=6.318 p=0.001	
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	96	23.46	3.68	18.69	6.06	19.52	5.66	61.67	13.22
	Hayır	9	20.44	3.64	14.11	4.57	12.78	4.38	47.33	9.22
	Test ve Önemlilik		t=2.352 p=0.021		t=2.204 p=0.030		t=3.472 p=0.001		t=3.175 p=0.002	

Aile Alt Boyutu İçin;

Medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanma durumuna göre aile alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Evlilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Çocuk sayısına göre (LSD); çocuğu olmayanların puan ortalamasının 2, 3, 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlendi.

Birlikte yaşanan kişiye göre (LSD); yalnız yaşayanların puan ortalamasının eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan düşük olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullananların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve çalışma durumuna göre aile alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Arkadaş Alt Boyutu İçin;

Medeni durum, meslek, çalışma durumu, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre arkadaş alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Evlilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Mesleğe göre (LSD); memurların puan ortalamasının emekli, ev hanımı ve “diğer” mesleklerdekilere göre yüksek olduğu belirlendi.

Çalışanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Çocuk sayısına göre (Dunnett C); çocuğu olmayanların puan ortalamasının 2, 3, 4 ve daha fazla çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlendi.

Birlikte yaşayan kişiye göre (LSD); diğer kişilerle yaşayanların puan ortalamasının eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan düşük olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullananların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet ve eğitim durumuna göre arkadaş alt boyut puan ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Özel Bir İnsan Alt Boyutu İçin;

Medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşayan kişi ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre özel bir insan alt boyut puan ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Evlilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Çocuk sayısına göre (LSD); çocuğu olmayanların puan ortalamasının 2 ve 3 çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlendi.

Birlikte yaşayan kişiye göre (LSD); diğer kişilerle yaşayanların puan ortalamasının eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan düşük olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullananların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve çalışma durumuna göre özel bir insan alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

ÇBASDÖ toplam puanı için;

Medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişi ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Evlilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Çocuk sayısına göre (LSD); çocuğu olmayanların puan ortalamasının 2 ve 3 çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlendi.

Birlikte yaşanan kişiye göre (LSD); “diğer” kişilerle yaşayanların puan ortalamasının eş, eş-çocuklarıyla yaşayanlardan düşük olduğu belirlendi.

Düzenli ilaç kullananların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve çalışma durumuna göre ÇBASDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Hastalarda çeşitli değişkenler ile ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Hastalarda Çeşitli Değişkenler ile ÇBASDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Hasta yaşı	Tanı süresi	Tedavi süresi
Aile	r	0.013	-0.179	-0.161
	p	0.897	0.067	0.101
	n	105	105	105
Arkadaş	r	-0.271	-0.117	-0.106
	p	0.005	0.235	0.282
	n	105	105	105
Özel Bir İnsan	r	-0.138	-0.032	-0.013
	p	0.159	0.744	0.895
	n	105	105	105
ÇBASDÖ Toplam Puanı	r	-0.178	-0.116	-0.098
	p	0.069	0.237	0.320
	n	105	105	105

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile aile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Hasta yaşı ile arkadaş alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hasta yaşı azaldıkça arkadaş alt boyut puan ortalaması artmaktadır. Tanı süresi ve tedavi süresi ile arkadaş alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile özel bir insan alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Hasta yaşı, tanı süresi ve tedavi süresi ile ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Bakım verenlerin ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Aile	105	16.00	28.00	23.95	3.33
Arkadaş	105	5.00	28.00	21.18	5.41
Özel Bir İnsan	105	8.00	28.00	21.256	5.00
ÇBASDÖ Toplam Puanı	105	27.00	84.00	66.29	12.85

Bakım verenler aile alt boyutundan 23.95 ± 3.33 , arkadaş alt boyutundan 21.18 ± 5.41 , özel bir insan alt boyutundan 21.256 ± 5.00 puan almışlardır. ÇBASDÖ toplamından alınan puan ortalaması ise 66.29 ± 12.85 ’tir (Tablo 4.9).

Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	Aile		Arkadaş		Özel Bir İnsan		ÇBASDÖ Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	60	24.20	3.14	20.40	5.48	21.13	4.61	65.73	11.86
	Erkek	45	23.62	3.57	22.22	5.19	21.42	5.53	67.02	14.15
	Test ve Önemlilik		t=0.880 p=0.381		t=-1.725 p=0.087		t=-0.292 p=0.771		t=-0.507 p=0.613	
Medeni Durum	Evli	74	23.85	3.44	20.31	5.87	20.97	4.82	64.99	13.41
	Bekar	31	24.19	3.08	23.26	3.35	21.94	5.43	69.39	10.97
	Test ve Önemlilik		t=-0.479 p=0.633		t=-3.242 p=0.002		t=-0.899 p=0.371		t=-1.614 p=0.110	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	4	25.00	4.24	21.25	5.74	21.50	4.43	67.75	13.50
	İlköğretim	38	23.11	3.74	18.34	6.63	19.95	5.23	61.11	15.06
	Ortaöğretim	36	24.44	2.71	22.56	3.26	21.86	4.16	68.86	9.13
	Ön lisans/lisans	25	24.36	3.40	23.28	4.29	22.12	5.80	69.76	12.37
	Yüksek lisans/doktora	2	24.00	0.00	24.00	0.00	24.00	0.00	72.00	0.00
	Test ve Önemlilik		F=1.006 p=0.408		F=4.926 p=0.001		F=1.128 p=0.348		F=2.632 p=0.039	
Meslek	Memur	10	25.20	3.19	23.30	5.25	23.20	5.33	71.70	12.51
	İşçi	13	23.77	2.86	22.08	4.54	22.77	3.30	68.62	10.27
	Emekli	7	23.57	5.77	22.00	8.19	22.29	6.65	66.29	23.24
	Ev hanımı	46	24.11	3.09	19.80	5.51	21.00	4.18	64.91	11.50
	Diğer	29	23.45	3.30	22.03	4.66	20.07	6.10	65.55	13.13
	Test ve Önemlilik		F=0.567 p=0.687		F=1.466 p=0.218		F=1.198 p=0.317		F=0.698 p=0.595	
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	43	23.81	3.26	22.42	4.58	21.93	5.05	68.16	12.25
	Çalışmıyorum	62	24.05	3.39	20.32	5.79	20.79	4.95	64.98	13.18
	Test ve Önemlilik		t=-0.354 p=0.724		t=1.981 p=0.050		t=1.151 p=0.253		t=1.250 p=0.214	
Bakım Vermeden Önce Çalışma Durumu	Evet	40	23.70	3.67	21.70	5.62	21.15	5.59	66.28	14.76
	Hayır	65	24.11	3.12	20.86	5.29	21.32	4.64	66.29	11.63
	Test ve Önemlilik		t=-0.608 p=0.545		t=0.770 p=0.443		t=-0.171 p=0.864		t=-0.007 p=0.995	
Hastaya Yakınlık Derecesi	Anne baba	7	21.86	4.45	19.00	9.09	19.86	7.17	60.71	20.17
	Çocuğu	43	23.65	3.19	20.86	4.94	20.02	5.45	64.53	12.06
	Eşi	37	24.27	3.49	20.76	5.65	21.65	4.35	66.38	13.28
	Akrabası	10	24.70	2.63	23.50	4.22	23.70	3.23	71.90	9.47
	Diğer	8	25.00	2.67	23.88	2.70	24.25	2.76	73.13	7.66
	Test ve Önemlilik		F=1.201 p=0.315		F=1.354 p=0.255		F=2.267 p=0.067		F=1.611 p=0.177	

Aile Alt Boyutu İçin;

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, bakım vermeden önce çalışma durumu ve hastaya yakınlık derecesine göre aile alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Arkadaş Alt Boyutu İçin;

Medeni durum ve eğitim durumuna göre arkadaş alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Bekarların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi.

Eğitim durumuna göre (LSD); ilköğretim mezunlarının puan ortalamasının ortaöğretim, ön lisans-lisans ve yüksek lisans-doktora mezunlarından düşük olduğu belirlendi.

Cinsiyet, meslek, çalışma durumu, bakım vermeden önce çalışma durumu ve hastaya yakınlık derecesine göre arkadaş alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Özel Bir İnsan Alt Boyutu İçin;

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, bakım vermeden önce çalışma durumu ve hastaya yakınlık derecesine göre özel bir insan alt boyut puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

ÇBASDÖ toplam puanı için;

Eğitim durumuna göre ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre (LSD); ilköğretim mezunlarının puan ortalamasının ortaöğretim, ön lisans-lisans ve yüksek lisans-doktora mezunlarından düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.10).

Cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma durumu, bakım vermeden önce çalışma durumu ve hastaya yakınlık derecesine göre ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Bakım verenlerin yaş ve bakım verme süreleri ile bakım verenlerin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Bakım Verenlerin Yaş ve Bakım Verme Süreleri İle Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

		Yaş	Bakım verme süresi
Aile	r	-0.041	0.206
	p	0.679	0.035
	n	105	105
Arkadaş	r	-0.283	0.073
	p	0.003	0.461
	n	105	105
Özel Bir İnsan	r	-0.062	0.230
	p	0.531	0.018
	n	105	105
ÇBASDÖ	r	-0.172	0.180
	p	0.079	0.066
	n	105	105

Bakım verme süresi ile bakım verenlerin aile alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin aile alt boyut puan ortalaması artmaktadır. Yaş ile bakım verenlerin aile alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Yaş ile bakım verenlerin arkadaş alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça bakım verenlerin arkadaş alt boyut puan ortalaması düşmektedir. Bakım verme süresi ile

bakım verenlerin arkadaş alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Bakım verme süresi ile bakım verenlerin özel bir insan alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin özel bir insan alt boyut puan ortalaması da artmaktadır. Yaş ile bakım verenlerin özel bir insan alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Yaş ve bakım verme süresi ile bakım verenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları ile PDQ-39 anketi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Hastaların ÇBASDÖ Puan Ortalamaları ile PDQ-39 Anketi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam Puanı
Haraketlilik	r	0.024	-0.192	-0.173	-0.155
	p	0.804	0.049	0.077	0.115
	n	105	105	105	105
Günlük Yaşam Aktiviteleri	r	0.101	-0.160	-0.134	-0.102
	p	0.305	0.102	0.173	0.300
	n	105	105	105	105
Duygusal Esenlik	r	-0.141	-0.319	-0.268	-0.299
	p	0.150	0.001	0.006	0.002
	n	105	105	105	105
Stigma	r	0.213	0.052	0.032	0.097
	p	0.029	0.597	0.746	0.327
	n	105	105	105	105
Sosyal Destek	r	-0.325	-0.388	-0.289	-0.390
	p	0.001	0.000	0.003	0.000
	n	105	105	105	105
Biliş	r	-0.114	-0.266	-0.326	-0.292
	p	0.248	0.006	0.001	0.002
	n	105	105	105	105

Tablo 4.12. (Devamı)

		Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam Puanı
İletişim	r	-0.071	-0.202	-0.196	-0.195
	p	0.475	0.039	0.046	0.046
	n	105	105	105	105
Bedensel Rahatsızlık	r	-0.241	-0.402	-0.422	-0.430
	p	0.013	0.000	0.000	0.000
	n	105	105	105	105
PDQ-39 Toplam Puanı	r	-0.060	-0.275	-0.261	-0.254
	p	0.541	0.004	0.007	0.009
	n	105	105	105	105

Hastaların ÇBASDÖ aile alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketinin stigma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Aile alt boyut puan ortalaması arttıkça stigma alt boyut puan ortalaması artmaktadır (Tablo 4.12).

Hastaların ÇBASDÖ aile alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketinin sosyal destek ve bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Aile alt boyut puan ortalaması azaldıkça sosyal destek ve bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 4.12)

Hastaların ÇBASDÖ aile alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, duygusal esenlik, biliş, iletişim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve hareketlilik, duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı,

negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki bulundu ($p<0.05$). Arkadaş alt boyut puan ortalaması azaldıkça PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve hareketlilik, duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 4.12).

Hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketinin günlük yaşam aktiviteleri ve stigma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Özel bir insan alt boyut puan ortalaması azaldıkça PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim ve bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 4.12).

Hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketinin hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri ve stigma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulundu ($p<0.05$). ÇBASDÖ toplam puan ortalaması azaldıkça PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 4.12).

Hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile PDQ-39 anketinin hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri ve stigma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Bakım verenlerin ÇBASDÖ puan ortalamaları ile hastaların PDQ-39 anketi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Tablo 4.13. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ Puan Ortalamaları ile Hastaların PDQ-39 Anketi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

		Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Toplam Puanı
Haraketlilik	r	0.129	0.065	0.186	0.130
	p	0.189	0.507	0.058	0.185
	n	105	105	105	105
Günlük Yaşam Aktiviteleri	r	0.153	0.148	0.172	0.173
	p	0.120	0.132	0.079	0.078
	n	105	105	105	105
Duygusal Esenlik	r	-0.004	-0.067	0.001	-0.030
	p	0.969	0.495	0.992	0.758
	n	105	105	105	105
Stigma	r	0.207	0.322	0.299	0.311
	p	0.034	0.001	0.002	0.001
	n	105	105	105	105
Sosyal Destek	r	-0.174	-0.156	-0.080	-0.148
	p	0.076	0.112	0.415	0.133
	n	105	105	105	105
Biliş	r	-0.054	-0.007	-0.064	-0.042
	p	0.586	0.940	0.515	0.671
	n	105	105	105	105
İletişim	r	0.109	0.025	0.132	0.093
	p	0.269	0.800	0.179	0.345
	n	105	105	105	105
Bedensel Rahatsızlık	r	-0.273	-0.167	-0.201	-0.219
	p	0.005	0.088	0.040	0.025
	n	105	105	105	105
PDQ-39 Toplam Puanı	r	0.043	0.055	0.102	0.075
	p	0.661	0.575	0.301	0.445
	n	105	105	105	105

Bakım verenlerin ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile PDQ-39 anketinin stigma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki bulundu ($p<0.05$). ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arttıkça stigma alt boyut puan ortalaması artmaktadır (Tablo 4.13).

Bakım verenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması, aile ve özel bir insan alt boyut puan ortalamaları ile PDQ-39 anketinin bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki bulundu ($p<0.05$). ÇBASDÖ toplam puan ortalaması, aile ve özel bir insan alt boyut puan ortalamaları azaldıkça bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalaması artmaktadır. ÇBASDÖ arkadaş alt boyut puan ortalaması ile PDQ-39 anketinin bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Bakım verenlerin ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması ve hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 41.87 ± 16.43 bulundu. Çalışma sonucuna göre hastaların yaşam kalitesi düşük bulundu.

Yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği alanların sırasıyla hareketlilik (59.19 ± 23.46), günlük yaşam aktiviteleri (54.13 ± 26.18), bedensel rahatsızlık (51.75 ± 17.82), duygusal esenlik (46.35 ± 20.28), biliş (37.86 ± 18.05), iletişim (32.54 ± 21.79), stigma (29.64 ± 24.47) ve sosyal destek (22.68 ± 15.13) alt boyutu olduğu bulundu (Tablo 4.3).

Parkinson hastaları genel popülasyona göre daha düşük hareketlilik ve fiziksel işlevselliğe sahiptir. İşlevsel durumdaki ve günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlama, bağımsızlık kaybına ve yaşam kalitesinde kötüleşmeye neden olmaktadır.¹¹³

Karlsen ve ark.¹¹⁴ tarafından yapılan çalışmada PH'nin yaşam kalitesini etkilediği ve Parkinson hastalarının yaşam kalitesinin sağlıklı yaşlılara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Civil¹¹⁵ tarafından yapılan çalışmada hastaların yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği alanların sırasıyla mobilite, günlük yaşam aktiviteleri ve emosyonel durum olduğu bulunmuştur.

Schrag ve ark.⁹⁰ tarafından yapılan çalışmada PH'de yaşam kalitesindeki asıl bozulmanın hareketlilik alanında olduğu görülmüştür.

Hastaların yaşam kalitesinin düşük olması ve en çok etkilenen alanın hareketlilik olması açısından çalışma sonucunda elde edilen bulgular daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu bulundu.^{90,114,115}

Çalışmada cinsiyete göre PDQ-39 anketi ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Parkinson hastalarının yaşam kalitesi ile ilgili yapılan farklı çalışma sonuçlarında da PDQ-39 anketi toplam puan ortalamaları bakımından hastaların cinsiyetine göre yapılan karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmamıştır.^{88,115,116}

Literatürde Parkinson hastalarında hastalık daha ileri ve yerleşik bir klinik aşamaya ulaştığında, cinsiyet farklılıklarının gözlemlenmediği belirtilmiştir.³⁸ Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının ileri olması sonucu bu yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmada medeni durum ile bedensel rahatsızlık alt boyutu dışında tüm alt boyutlar ve PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamsız bulundu ($p>0.05$). Medeni duruma göre bedensel rahatsızlık alt boyutu incelendiğinde bekarların puan ortalaması daha yüksek olup hastalıktan olumsuz olarak daha fazla etkilendiği belirlendi (Tablo 4.5).

Özbayrak¹¹⁷ tarafından yapılan çalışmada medeni duruma göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında medeni durum ile mobilite, günlük yaşam aktiviteleri, bedensel rahatsızlık alt boyutları ve genel yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Evlilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Parkinson hastalarının bakımlarında destek alabilecekleri kişinin olması açısından evli olan Parkinson hastalarının yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmada eğitim durumu ile ve hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, biliş alt boyutları ve PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Eğitim seviyesi arttıkça genel yaşam kalitesinin arttığı tespit edildi (Tablo 4.5).

Özbayrak ¹¹⁷ tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu ile genel yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ön lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cubo ve ark. ¹¹⁸ tarafından yapılan çalışmada hastaların eğitim düzeyi düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğü bulunmuştur. Ayrıca daha yüksek eğitim düzeyinin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlar ile ilgili daha bilinçli olmayı ve daha iyi sağlık kaynaklarına erişmeyi sağlayabileceği belirtilmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuç daha önce yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumlu bulundu.^{117,118}

Çalışmada çalışma durumu ile ve hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, duygusal esenlik, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyutları ve PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Çalışmayanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Civil ¹¹⁵ tarafından yapılan çalışmada çalışma durumuna göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında stigma alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlar ve genel yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Mammadli ¹¹⁶ tarafından yapılan çalışmada sosyal destek ve hareketlilik alt boyutunun çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği, bu alanlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların % 41.9'u ev hanımı, % 33.3'nün emekli olduğu ve sonuç olarak çalışmayanların oranı fazla bulundu (Tablo 4.1.).

Ertürk ¹¹⁹ tarafından yapılan bir çalışmada PH'nin erken yaşta emekliliğe neden olabileceği belirtilmiştir.

Kişilerin gelirleri yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin daha kötü yaşam standartlarına sahip olabileceği ve çalışma sonucunun da bu durumdan olumsuz etkilenebileceği düşünülmüştür.

Çalışmada birlikte yaşanan kişiye göre duygusal esenlik, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyutları ve PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). (Tablo 4.5). “Diğer” kişilerle yaşayanların farklı gruplara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirlendi.

Özbayrak ¹¹⁷ tarafından yapılan çalışmada yaşam ortamı ile mobilite, günlük yaşam aktiviteleri, kognisyon, iletişim ve bedensel rahatsızlık alt boyutları ve genel yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bakıcı ile yaşayanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Parkinson hastaları hastalığın ilerleyen dönemlerinde daha fazla bakıcı desteğine ihtiyaç duymaktadır. Hastaların biriyle birlikte yaşaması ihtiyaç duydukları desteği alabilmeleri böylece daha iyi yaşam kalitesine sahip olmaları açısından olumlu bir faktör olarak düşünülebilir.

Çalışmada düzenli ilaç kullanma göre hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal destek, bedensel rahatsızlık alt boyutları ve PDQ-39 anketi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Düzenli ilaç kullanmayanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi.

Savcı ¹²⁰ tarafından yapılan çalışmada düzenli ilaç kullananların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuç düzenli ilaç kullanımının yaşam kalitesini olumlu etkilemesi açısından daha önce yapılan bu çalışmayla uyumludur.

Çalışmada hasta yaşı arttıkça hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, biliş alt boyut puan ortalamalarının ve PDQ-39 anketi toplam puan ortalamasının arttığı bulundu. Yaş arttıkça genel yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi. (Tablo 4.6).

Rosińczuk ve ark.¹²¹ tarafından yapılan çalışmada yaşın artmasıyla birlikte hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, stigma ve biliş alanlarında yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur.

Kuopio ve ark.¹²² tarafından yapılan çalışmada PH'de yaş ile yaşam kalitesi arasında farklılık olduğu ve yaşın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir değişken olduğu bulunmuştur. Hobson ve ark.¹²³ tarafından yapılan çalışmada ise 75 yaş ve üzeri hastalarda özellikle fiziksel işlevsellik anlamında yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmadan da elde edilen bulgular yapılan bu araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmada tanı ve tedavi süresi arttıkça ve hareketlilik, günlük yaşam aktiviteleri, stigma, biliş, iletişim alt boyut puan ortalamalarının ve PDQ-39 anketi toplam puan ortalamasının arttığı bulundu. Tanı ve tedavi süresi arttıkça genel yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi (Tablo 4.6).

Civil¹¹⁵ tarafından yapılan çalışmada hastalara tanı ve tedavi süresi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. He ve ark.¹²⁴ tarafından yapılan çalışmada ise hastalık süresi ve PDQ-39 anketi arasında zayıf korelasyon bulunmuştur.

Benge ve ark.¹²⁵ yaptıkları çalışmada hastalık süresinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çeşitli alanları üzerinde farklı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Artan hastalık süresi ile PDQ-39 puanının arttığı belirlenmiştir.

Özbayrak ¹¹⁷ tarafından yapılan çalışmada hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü ve hastalık süresinin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur.

PH'nin ilerleyici nörodejeneratif bir hastalık olduğu dikkate alındığında hastalık süresinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmada hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları 60.44 ± 13.50 bulundu. Hastalar ÇBASDÖ aile alt boyutundan 23.20 ± 3.76 , arkadaş alt boyutundan 18.30 ± 6.07 , özel bir insan alt boyutundan 18.94 ± 5.86 puan almışlardır. Çalışma sonucunda hastaların algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu saptandı. Hastaların en fazla sosyal desteği aileden daha sonra özel bir insandan ve en az arkadaştan algıladığı bulundu (Tablo 4.4).

Ghorbani Saeedian ve ark. ¹²⁶ tarafından Parkinson hastalarında anksiyete ve depresyonda sosyal desteğin rolünün incelendiği bir çalışmada en fazla sosyal desteğin aileden daha sonra diğer önemli kişilerden en az ise arkadaştan alındığı bulunmuştur. Çalışma sonucu hastaların en fazla sosyal desteği aileden almaları açısından bu çalışmayla uyumludur. Bu bulgular doğrultusunda aile üyelerinin sosyal destek için önemli bireyler olduğu söylenebilir.

Evli olan hastaların sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.7.) Evli bireylerin hem aile ve arkadaşlardan hem de özel bir insan olarak eşten daha fazla destek almaları sonucunda sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Düzenli ilaç kullanan hastaların sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.7.). Yeterli sosyal desteğe sahip hastalar, aile üyeleri, akrabalar veya kurumlardan daha fazla destek alabilir. Bu durum hastalıkla başa çıkmaya ve ilaç tedavisine uymaya yardımcı olmak için sağlıkla ilgili daha fazla bilgi edinmeyi teşvik eder.¹²⁷

“Diğer” kişilerle yaşayan hastaların sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7.). Sosyal desteğin niteliği kadar kimler tarafından verildiği de önemlidir. Farklı kaynaklar tarafından aynı tip destek verildiğinde bireyin tepkisi farklı olabilir. Hastanın kendisine yakın hissettiği kişilerden aldığı duygusal destek önemlidir.¹²⁸ Bu durumun birlikte yaşanan kişilerin sosyal destek düzeyleri açısından farklılığa sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin ÇBASDÖ puan ortalamaları 66.29 ± 12.85 bulundu. Bakım verenler ÇBASDÖ aile alt boyutundan 23.95 ± 3.33 , arkadaş alt boyutundan 21.18 ± 5.41 , özel bir insan alt boyutundan 21.25 ± 5.00 puan almışlardır. Bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin de iyi düzeyde olduğu belirlendi. Bakım verenlerde de en fazla sosyal desteğin aileden, daha sonra özel bir insandan ve en az arkadaştan algılandığı belirlendi (Tablo 4.9).

Çiçek¹²⁹ tarafından bakım verenlerle ilgili yapılan bir çalışmada bakım verenlerin en fazla sosyal desteği sırasıyla aileden, arkadaştan ve son olarak da aile ve arkadaş dışında olan kişilerden aldığı bulunmuştur. Çalışma sonucu bakım verenlerin en fazla sosyal desteği aileden almaları açısından bu çalışmayla uyumludur.

Bakım verenlerde eğitim durumuna göre sosyal destek düzeyleri incelendiğinde ilköğretim mezunlarının sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4.10.). Eğitim seviyesinin artmasının bireylerin farkındalıklarının artmasına, sosyal destek kaynaklarından daha fazla yararlanmaya katkısının olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin aile ve özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğin arttığı bulundu (Tablo 4.11.).

Bakım verenler; kişilik özellikleri, toplum yapısı ve sosyal destek kaynakları nedeniyle bakım verme sürecinden farklı şekilde etkilenebilirler.¹⁰³ Bakım verme süreci “yük” gibi negatif sonuçlara neden olabileceği gibi samimiyet ve sevginin artması,

kişisel gelişim, kişisel doyum sağlama, kendine saygı duyma, yakın ilişkilerin gelişmesi ve sosyal destek alma gibi olumlu sonuçlar da ortaya çıkarabilir.^{72, 130}

Literatürde bakım süresinin bakım yükünü etkilediği belirtilmektedir.¹⁰⁰ Lee ve ark.¹³¹ tarafından Parkinson hastalarında bakıcı yükü ile ilgili yapılan bir çalışmada bakım süresinin uzun olması sonucunda bakım veren yükünün arttığı bulunmuştur.

Bakıcı yükünü azaltmada sosyal desteğin rolü vardır.¹³² Chiou ve ark.¹³² tarafından yapılan çalışmada yüksek sosyal destek alanlarda daha düşük bakım yükü görüldüğü ve aile desteğinin bakım yükünü azalttığı, Çiçek¹²⁹ tarafından yapılan çalışmada da bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça bakım veren yükünün azaldığı bulunmuştur.

Yapılan literatür incelemesi sonucunda Parkinson hastalarına bakım verenlerin sosyal destek düzeyi ile bakım süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı. Bakım süresinin artmasıyla birlikte sosyal desteğin de artması bakım verenlerin bakım verme sürecinin olumlu yönlerinden etkilendiği ayrıca bu durum üzerinde kişisel özelliklerin de etkili olabileceği düşünülmektedir. Bakım süresinin algılanan sosyal desteği nasıl etkilediği ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; aileden algılanan sosyal destek arttıkça stigma alt boyut puan ortalamasının arttığı saptandı (Tablo 4.12). Hastaların aileden algıladıkları sosyal desteğin artmasıyla yaşam kalitesinin sosyal destek ve bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının azaldığı saptandı (Tablo 4.12).

Hastaların arkadaştan algıladıkları sosyal desteğin artmasıyla toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının ve hareketlilik, duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının azaldığı saptandı (Tablo

4.12.). Hastaların özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğin artmasıyla toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının azaldığı saptandı (Tablo 4.12.).

Hastaların algıladığı toplam sosyal desteğin azalmasıyla toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamalarının arttığı saptandı. (Tablo 4.12.). Sonuç olarak sosyal destek düzeyinin düşük olması hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir. Bu bulgular **H1 “Parkinson hastalarının algıladıkları sosyal destek hastaların yaşam kalitesini etkiler”** hipotezini doğrulamaktadır.

Ailenin vereceği sosyal destek; bireyin hastalığın etkileri ile daha iyi baş etmesi ve kendini daha iyi hissetmesi açısından önemlidir.⁹⁵ Özellikle ileri evredeki Parkinson hastaları; tıbbi, duygusal ve sosyal destek açısından aile üyelerinden veya bakıcılarından yardıma ihtiyaç duymaktadır.⁹⁶ Parkinson hastalarının bakım ihtiyaçlarının artması sebebiyle sosyal destek önem taşımaktadır.

Takahashi ve ark.¹³³ tarafından yapılan bir çalışma Parkinson hastalarında yaşam kalitesinin en önemli alanı olarak “sosyal ilişkileri” ortaya çıkarmıştır. Aile ve toplum içindeki sosyal ilişkilerin eksikliğinin, Parkinson hastalarında yaşam kalitesini düşürebileceği belirtilmiştir.

Winter ve ark.¹³⁴ tarafından yapılan bir çalışmada yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin yaş, hastalık şiddeti, distoni, depresyon, demans ve sosyal destek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile hastaların yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin artmasıyla hastaların stigma alt boyut puan ortalamasının da arttığı saptandı (Tablo 4.13.). Bakım verenlerin aileden, özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğin

ve toplam sosyal destek düzeyinin azalmasıyla hastaların bedensel rahatsızlık alt boyut puan ortalamasının arttığı saptandı (Tablo 4.13.). Bu bulgular, **H2 “Parkinson hastalarının bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek hastaların yaşam kalitesini etkiler”** hipotezini doğrulamaktadır.

Yapılan literatür incelemesi sonucunda Parkinson hastalarına bakım verenlerin sosyal destek düzeyi ile Parkinson hastalarının yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı.

Bakım vermenin bakım verenler için stres kaynağı olduğu¹³⁰ ve sosyal desteğin; stresin oluşumunu azaltıp durumun algılanış biçimini değiştirip, kişinin karşılaştığı zorluklarla başa çıkmasına yardım ettiği belirtilmektedir.⁹⁸ Bakım verenler, stresin azalması sonucunda hastanın bakımına daha iyi destek olabilirler ve bu sayede hastaların yaşam kalitesi artırılabilir.¹³⁵

Çalışma sonucunda hastaların en fazla sosyal desteği aileden algıladıkları bulundu. Hastalığın etkileriyle baş etmede sosyal destek kaynağı olarak ailenin önemli bir rolü olduğu söylenebilir.

Aile üyeleri bakım verirken bilgilendirilir ve desteklenirse, daha az endişeli olup ve bakımı hayatlarına daha iyi entegre edebilirler. Sağlık uzmanları, aile ve arkadaşlardan alınan destek; aile bakıcılarının bakım taleplerine karşılık verme kapasitelerinin genişletilmesini sağlayabilir. Desteğin hedefleri, aile bakıcılarının hastanın konforunu sürdürmesini ve hastanın yaşam kalitesini artırmasını sağlamak ve bakım verenin sıkıntısını önlemek ya da en aza indirmektir.¹³⁶

Bu literatür bilgileri doğrultusunda hastaların yaşam kalitesi açısından bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin önemli olduğu düşünülmekte bu konu ile ilgili farklı merkezlerde daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışma sonucuna göre, hastaların yaşam kalitesi anketinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde Parkinson hastalarının yaşam kalitesi düzeyinin düşük olduğu,
- Yaşam kalitesini en fazla etkileyen alt boyutun hareketlilik ikinci sırada ise günlük yaşam aktiviteleri alt boyutu olduğu,
- Hasta yaşı, hastalık süresi ve tedavi süresi arttıkça hastaların toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının arttığı,
- İlköğretim mezunu olan hastaların toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Emekli olan hastaların toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Çalışmayan hastaların toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- “Diğer” kişilerle birlikte yaşayan hastaların toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Düzenli ilaç kullanmayan hastaların toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu,
- Hasta ve bakım verenlerin sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde aile alt boyutundan algılanan sosyal desteğin en yüksek, arkadaş alt boyutundan algılanan sosyal desteğin en az olduğu,
- Evli olan hastaların toplam sosyal destek puan ortalamasının daha yüksek olduğu,

- Düzenli ilaç kullanan hastaların toplam sosyal destek puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
- Çocuğu olmayan hastaların toplam sosyal destek puan ortalamasının daha düşük olduğu,
- “Diğer” kişilerle birlikte yaşayan hastaların toplam sosyal destek puan ortalamasının daha düşük olduğu
- İlköğretim mezunu olan bakım verenlerin toplam sosyal destek puan ortalamasının daha düşük olduğu,
- Hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ile stigma puan ortalaması arasında pozitif yönlü ilişki olduğu,
- Hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ile sosyal destek ve bedensel rahatsızlık puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki olduğu,
- Hastaların arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ile toplam yaşam kalitesi ve hareketlilik, duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki olduğu,
- Hastaların özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ile toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki olduğu,
- Hastaların toplam sosyal destek puan ortalaması ile toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve duygusal esenlik, sosyal destek, biliş, iletişim, bedensel rahatsızlık puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki olduğu,
- Hastaların toplam sosyal destek puan ortalaması azaldıkça toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının arttığı,

- Bakım verenlerin toplam sosyal destek puan ortalamaları ile hastaların stigma puan ortalaması arasında pozitif yönlü ilişki olduğu,
- Bakım verenlerin toplam sosyal destek puan ortalaması ve aile ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ile hastaların bedensel rahatsızlık puan ortalaması arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulundu.
- Bakım verenlerin toplam sosyal destek puan ortalaması ile hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşireler tarafından Parkinson hastalarının yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan araştırma sonuçlarının değerlendirilerek hastaların gereksinimlerine yönelik uygun girişimlerin planlanması ve destek sağlanması,
- İnterdisipliner ekip yaklaşımı ile Parkinson hastalarına özel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda bakım girişimlerinin uygulanması,
- Parkinson hastalarının yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği hareketlilik ve günlük yaşam aktiviteleri faktörlerine yönelik hastanın yaşadığı ortamın günlük yaşamını kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi,
- Parkinson hastaları ile birlikte bakım verenlerin de değerlendirilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda desteklenmesi,
- Hastaların en fazla sosyal desteği aileden aldıkları görülmektedir. Bu sonuca dayanarak hastanın tanı almasından itibaren ailenin, bakım sürecinin her aşamasına katılmasının sağlanması,
- Hemşirelerin önemli rollerinden biri olan danışmanlık yaparak Parkinson hastalarının ve bakım verenlerinin sosyal destek düzeylerinin değerlendirilerek

sosyal destek kaynaklarını bulmasını ve ihtiyaç duydukları fiziksel, sosyal, psikolojik, spiritüel yönden desteklenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. İbrahimoglu Ö, Akyol E. Early-term results of deep brain stimulation in parkinson's disease: a case report. *Cukurova Medical Journal*, 2019, 44: 1499-1505.
2. Akdemir N, Boyraz S. Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*, 5. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2020.
3. Pekel NB. Diabetes mellitusun parkinson hastalığında non-motor semptomlar üzerine etkisi. *Acta Medica Alanya*, 2019, 3: 293-299.
4. Özdemir EE, Savaş S. Ev egzersiz programının parkinson hastalarındaki hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine kısa dönemdeki etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2020, 27: 45-53.
5. Daşdemir Gİ, Çelikhisar H, Kılavuz A. The evaluation of sleep quality, anxiety disorder and depression in older adults with parkinson disease. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 2021, 4: 147-153.
6. Smith ER, Perrin PB, Tyler CM, Lageman SK, Villaseñor T. Parkinson's symptoms and caregiver burden and mental health: a cross-cultural mediational model. *Behavioural Neurology*, 2019, 2019: 1-10.
7. Gültekin M, Gök DK, Ekinçi A. Demanslı parkinson hastalarının bakım verenlerinde cinsiyete göre yalnızlık, ağrı ve anksiyete düzeylerinin psikometrik değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2020, 17: 37-41.
8. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, Borge CR, Engebretsen E, Eisemann M, Halvorsrud L, Hanssen TA, Haugstvedt A, Haugland T, Johansen VA, Larsen MH, Løvereide L, Løyland B, Kvarme LG, Moons P, Norekvål TM, Ribu L, Rohde GE, Urstad KH, Helseth S. A systematic

- review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 2019, 28: 2641-2650.
9. Fertelli TK, Tuncay FÖ. İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2019, 5: 107-115
 10. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 2016, 8: 137-150.
 11. Tuncay FÖ, Mollaoğlu M, Fertelli TK. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. *Literatür Sempozyum*, 2015, 8: 5-10.
 12. Aktaş A, Sertel-berk H. Verilen sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları*, 2012, 32: 71-84.
 13. Crispino P, Gino M, Barbagelata E, Ciarambino T, Politi C, Ambrosino I, Ragusa R, Marranzano M, Biondi A, Vacante M. Gender differences and quality of life in parkinson's disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18: 1-13.
 14. Goetz CG. The history of parkinson's disease: early clinical descriptions and neurological therapies. *Cold Spring Harbur Perspectives Medicine*, 2011, 1: 1-15.
 15. Li S, Le W. Milestones of parkinson's disease research: 200 years of history and beyond. *Neurosci. Bull*, 2017, 33: 598-602.
 16. Çınar E, Çakmaklı GY, Tel BC. Parkinson hastalığında nöroprotektif tedaviler. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2019, 25: 189-197.
 17. Durcan R, Wiblin L, Lawson RA, Khoo TK, Yarnall AJ, Duncan GW, Brooks DJ, Pavese N, Burn DJ, ICICLE-PD Study Group. Prevalence and duration of non-

- motor symptoms in prodromal parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 2019, 26: 979-985.
18. Yenişehir S, Batur V, Karakaya İÇ, Karakaya MG. Parkinsonlu bireylerde fonksiyonel mobilite ve aktivite limitasyonuna yönelik hasta bildirimli ve performansa dayalı sonuç ölçümleri: bir derleme. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 2020, 25: 160-173.
 19. Oliveira de Carvalho A, Filho ASS, Murillo-Rodriguez E, Rocha NB, Carta MG, Machado S. Physical exercise for parkinson's disease: clinical and experimental evidence. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2018, 14, 89-98.
 20. Parkinson Hastalığı Derneği. Parkinson Hastalığı Hasta ve Yakınları İçin El Kitabı, 5. Baskı, 2013: 4-9.
 21. Dorsey ER, Sherer T, Okun MS, Bloem BR. The emerging evidence of the parkinson pandemic. *Journal of Parkinson's Disease*, 2018, 8: 3-8.
 22. Özyiğit F, Kabay SC, Arık Ö. Akılcı ilaç kullanımı ve parkinson hastalığı. *Journal of Contemporary Medicine*, 2016, 6: 104-109.
 23. GBD 2016 Parkinson's Disease Collaborators. Global, regional, and national burden of parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet Neurology*, 2018, 17: 939-953.
 24. Türkiye Parkinson Hastalığı Derneği. Dünya Parkinson Günü. <https://www.turkiyeparkinsonhastaligidernegi.com/dunya-parkinson-gunu/>. 01 Şubat 2022
 25. Cerri S, Mus L, Blandini F. Parkinson's disease in women and men: what's the difference? *Journal of Parkinson's Disease*, 2019, 9: 501-515.

26. Lotankar S, Prabhavalkar KS, Bhatt LK. Biomarkers for parkinson's disease: recent advancement. *Neurosci. Bull*, 2017, 33: 585-597.
27. Akbayır E, Şen M, Ay U, Şenyer S, Tüzün E, Küçükali Cİ. Parkinson hastalığının etyopatogenezi. *Deneyisel Tıp Dergisi*, 2017, 7: 1-23.
28. Cacabelos R. Parkinson's disease: from pathogenesis to pharmacogenomics. *International Journal of Molecular Sciens*, 2017, 18: 1-28.
29. Stoker TB, Barker RA. Recent developments in the treatment of parkinson's disease. *F1000Research*, 2020, 9: 1-12.
30. Billingsley KJ, Bandres-Ciga S, Saez-Atienzar S, Singleton AB. Genetic risk factors in parkinson's disease. *Cell Tissue Res*, 2018, 373: 9-20.
31. Rizek P, Kumar N, Jog MS. An update on the diagnosis and treatment of parkinson disease. *Canadian Medical Association Journal*, 2016, 188: 1157-1165.
32. Reed X, Bandrés-Ciga S, Blauwendraat C, Cookson MR. The role of monogenic genes in idiopathic parkinson's disease. *Neurobiology of Disease*, 2019, 124: 230-239.
33. Costello S, Cockburn M, Bronstein J, Zhang X, Ritz B. Parkinson's disease and residential exposure to maneb and paraquat from agricultural applications in the central valley of California. *American Journal of Epidemiology*, 2009, 169: 919-926.
34. Dick FD, De Palma G, Ahmadi A, Scott NW, Prescott GJ, Bennett J, Semple S, Dick S, Counsell C, Mozzoni P, Haites N, Wettinger SB, Mutti A, Otelea M, Seaton A, Söderkvist P, Felice A. Environmental risk factors for parkinson's disease and parkinsonism: the geoparkinson study. *Occupational and Environmental Medicine*, 2007, 64: 666-672.

35. Bolayır E, Taş A, Topalkara K, Akyüz A, Topaktaş S. Sivas il merkezinde parkinson hastalığı prevalansı. *C Ü Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 24: 65-68.
36. Rodriguez M, Rodriguez-Sabate C, Morales I, Sanchez A, Sabate M. Parkinson's disease as a result of aging. *Aging Cell*, 2015, 14: 293-308.
37. Reeve A, Simcox E, Turnbull D. Ageing and parkinson's disease: why is advancing age the biggest risk factor? *Ageing Research Reviews*, 2014, 14: 19-30.
38. Haaxma CA, Bloem BR, Borm GF, Oyen WJ, Leenders KL, Eshuis S, Booij J, Dluzen DE, Horstink MW. Gender differences in parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2007, 78: 819-824.
39. Taşdemir E. Parkinson hastalığında nöroinflamasyonun rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2019: 26: 348-352.
40. Gümüş H, Akpınar Z, Demir O. Erken evre parkinson hastalığında motor olmayan semptomların değerlendirilmesi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2013, 19: 97-103.
41. Ertan S. Parkinson hastalığının klinik özellikleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 42 2005: 249-254
42. Gültekin M, Hanağası HA. Parkinson Hastalığında Klinik, Ayırıcı Tanı ve Yaklaşım İlkeleri. İçinde: Çakmur R (editör). Hareket Bozuklukları Tanı ve Tedavi Rehberi, 35-53.
43. Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2008, 79: 368-376.
44. Erdeniz B, Selvaraj D, Bulut M. Neuroanatomy of postural stability: links to parkinson's disease. *Turkish Journal of Neurology*, 2019, 25: 1-6.
45. Evlice A, Erdem M, Demirkıran M. Cognitive profile in early stage parkinson disease. *Cukurova Medical Journal*, 2021, 46: 233-239.

46. Lyons KE, Pahwa R. The impact and management of nonmotor symptoms of parkinson's disease. *The American Journal of Managed Care*, 2011, 17: 308-314.
47. Tunç T, Emre U, Coşkun Ö, Okuyucu E, Vargel SY, İnan LE. Parkinson hastalığında anksiyete bozukluğu. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2007, 10: 22-25.
48. Öztürk O, Meral H, Çetin S, Hanoğlu L, Atmaca B, Özer F. Parkinson hastalığında anksiyete ve REM davranış bozukluğu. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2004, 7: 121-127.
49. Say B, Ünal Y, Tunç T, Kutlu G, Ergün U. Hallucination and risk factors in patients with parkinson's disease. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2019, 21: 388-394.
50. Çağlayan HZB, Tokçaeer AB. Parkinsonizmde nörooftalmolojik özellikler. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2013, 16: 23-29.
51. Arı S, Candan F, Işık N, Öztop Ö, Cantürk İA, Düz ÖA. Autonomic symptoms in idiopathic parkinson's disease. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2014, 36: 344-349.
52. Sanchez-Ferro A, Benito-León J, Gómez-Esteban JC. The management of orthostatic hypotension in parkinson's disease. *Frontiers in Neurology*, 2013, 4: 1-11.
53. Atagün İ, Mutlu A, Özer F, Atmaca B, Çetin S. Parkinson hastalığında dopaminerjik tedavi ile seksüel davranış ilişkisi. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2010, 13: 29-35.
54. Zhang LM, Zhang XP. Investigation of urination disorder in parkinson's disease. *Chinese Medical Journal*, 2015, 128: 2906-2912.

55. Fil A, Cano-de-la-Cuerda R, Muñoz-Hellín E, Vela L, Ramiro-González M, Fernández-de-Las-Peñas C. Pain in parkinson disease: a review of the literature. *Parkinsonism and Related Disorders*, 2013, 19: 285-294.
56. Mele B, Van S, Holroyd-Leduc J, Ismail Z, Pringsheim T, Goodarzi Z. Diagnosis, treatment and management of apathy in parkinson's disease: a scoping review. *BMJ Open*, 2020, 10: 1-11.
57. Reichmann H. Clinical criteria for the diagnosis of parkinson's disease. *Neurodegenerative Diseases*, 2010, 7: 284–290.
58. Gao Y, Nie K, Mei M, Guo M, Huang Z, Wang L, Zhao J, Huang B, Zhang Y, Wang L. Changes in cortical thickness in patients with early parkinson's disease at different hoehn and yahr stages. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2018, 12: 1-9.
59. Xia R, Mao ZH. Progression of motor symptoms in parkinson's disease. *Neurosci Bull*, 2012, 28: 39–48.
60. Gökçal E, Yıldız GB. Treatment of motor symptoms in idiopathic parkinson's disease. *Bezmialem Science*, 2015, 3: 43-47.
61. Erer S, Zarifoğlu M. Parkinson hastalığında güncel medikal tedavi yaklaşımları. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2008, 11: 45-56.
62. Giugni JC, Okun MS. Treatment of advanced parkinson's disease. *Current Opinion in Neurology*, 2014, 27: 450-460.
63. Özbek SE. Apomorfın tedavisinde uygulama yöntemleri ve karşılaşılan sorunlar. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2018, 21: 28-36.
64. Yiğit G, Arıcıoğlu F. Günümüz ve gelecekte parkinson hastalığı için farmakolojik tedavi yaklaşımları. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2015, 5: 265-273.

65. D'Abreu A. Parkinson's disease: a quick update. *Rhode Island Medical Journal*, 2018, 101: 34-36.
66. Rizzone MG, Fasano A, Daniele A, Zibetti M, Merola A, Rizzi L, Piano C, Piccininni C, Romito LM, Lopiano L, Albanese A. Long-term outcome of subthalamic nucleus DBS in parkinson's disease: from the advanced phase towards the late stage of the disease? *Parkinsonism and Related Disorders*, 2014, 20: 376-381.
67. Danisi F. Parkinson's disease. therapeutic strategies to improve patient function and quality of life. *Geriatrics*, 2002, 57: 46-50.
68. Çağlar AT, Gürses HN, Mutluay FK, Kızıltan G. Effects of home exercises on motor performance patients with parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, 2005, 19: 870-877.
69. Wressle E, Engstrand C, and Granérus AK. Living with parkinson's disease: elderly patients' and relatives' perspective on daily living. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2007, 54: 131-139.
70. Yazar HO, Yazar T, Demir EY, Enginyurt Ö. Kronik nörolojik hastalıklarda bakım veren yükü ve etkileyen faktörler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 2017, 9: 27-32.
71. McRae C, Fazio E, Hartsock G, Kelley L, Urbanski S, Russell D. Predictors of loneliness in caregivers of persons with parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 2009, 15: 554-557.
72. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5: 54-66.

73. Genç F, Yüksel B, Tokuç FEU. Caregiver burden and quality of life in early and late stages of idiopathic parkinson's disease. *Psychiatry Investigation*, 2019, 16: 285-291.
74. Kulu M, Özsoy F. Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri. *Cukurova Medical Journal*, 2020, 45: 29-38.
75. Kalinkara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2017, 10: 19-39.
76. Soner S, Aykut S. Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 2017, 3: 375-387.
77. Gel KT, Kesgin MT. İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20: 267-278.
78. Lidell E. Family support-a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2002, 1: 149-152.
79. Martínez-Martín P, Benito-León J, Alonso F, Catalán MJ, Pondal M, Zamarbide I, Tobias A, de Pedro J. Quality of life of caregivers in parkinson's disease. *Quality of Life Research*, 2005, 14: 463-472.
80. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M. Altmışbeş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1: 40-60.
81. Karimi M. ve Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 2016, 34: 645-649.

82. Sitlinger A, Zafar SY. Health-related quality of life: the impact on morbidity and mortality. *Surgical Oncology Clinics*, 2018, 27: 675–684.
83. Ones K, Yılmaz E, Çetinkaya B, Çağlar N. Quality of life for patients poststroke and the factors affecting it. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2005, 14: 261-266.
84. Opara JA, Broła W, Leonardi M, Błaszczyk B. Quality of life in parkinson's disease. *Journal of Medicine and Life*, 2012, 5: 375-381.
85. Akyol AD. Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1993, 9: 75-80.
86. Çolakoğlu BD. Parkinson hastalığında yaşam kalitesi ve ölçümü. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2014, 20: 38-41.
87. Tykocki T, Szalecki K, Koziara H, Nauman P, Mandat T. Quality of life and depressive symptoms in parkinson's disease after subthalamic deep brain stimulation: a 2-year follow-up study. *Turkish Neurosurgery*, 2013, 23: 379-384.
88. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality of life in patients with parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2000, 69: 308–312.
89. Dereli EE, Yalman A, Çolaka TK, Çakmak A, Özdiñler AR, Demirbaş ŞB. Turkish version study of “parkinson's disease quality of life questionnaire” (PDQL). *Archives of Neuropsychiatry*, 2015, 52: 128-132.
90. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. How does parkinson's disease affect quality of life? a comparison with quality of life in the general population. *Movement Disorders*, 2000, 15: 1112–1118.

91. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 4nd ed. San Francisco, Jossey-Bass; 2008: 190.
92. Ong HL, Vaingankar JA, Abidin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, Chong SA, Goveas RR, Chiam PC, Subramaniam M. Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 2018, 18: 1-9.
93. Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: a meta-analysis. *PLoS One*, 2018, 13: 1-18.
94. Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2010, 17: 41-52.
95. Güneş Z, Öner H. Kronik hastalığı olan bireylerin aileden algıladıkları sosyal destek ve ümitsizlik durumları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2009, 17: 24-31.
96. Rajiah K, Maharajan MK, Yeen SJ, Lew S. Quality of life and caregivers' burden of parkinson's disease. *Neuroepidemiology*, 2017, 48: 131–137.
97. Arslantaş H, Ergin F. 50–65 yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2011, 14: 135-144.
98. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9: 68-75.
99. Boylu AA, Günay G. Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. *İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2018, 7: 1351-1363

100. Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 7: 1-9.
101. Tyler CM, Henry RS, Perrin PB, Watson J, Villaseñor T, Lageman SK, Smith ER, Curiel GR, Avila J, Jimenez Maldonado ME, Soto-Escageda JA. Structural equation modeling of parkinson's caregiver social support, resilience, and mental health: a strength-based perspective. *Neurology Research International*, 2020, 2020: 1-8.
102. Hurdle DE. Social support: a critical factor in womens' health and health promotion. *Health and Social Work*, 2001, 26: 72-79.
103. Ateş E, Bilgili N. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013, 15: 1-12.
104. Tosin MH, Campos DM, Andrade LT, Oliveira BG, Santana RF. Nursing interventions for rehabilitation in parkinson's disease: cross mapping of terms. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016, 24: 1-8.
105. Akın S. Parkinson ve hemşirelik yaklaşımları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2015, 14: 165-175.
106. Peto V, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Greenhall R. The development and validation of a short measure of functioning and well being for individuals with parkinson's disease. *Quality of Life Research*, 1995;4: 241-248.
107. Martinez-Martin P, Jeukens-Visser M, Lyons KE, Rodriguez-Blazquez C, Selai C, Siderowf A, Welsh M, Poewe W, Rascol O, Sampaio C, Stebbins GT, Goetz CG, Schrag A. Health-related quality-of-life scales in parkinson's disease: critique and recommendations. *Movement Disorders*, 2011, 26: 2371-2380.

108. Marinus J, Ramaker C, van Hilten JJ, Stiggelbout AM. Health related quality of life in parkinson's disease: a systematic review of disease specific instruments. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 2002, 72: 241-248.
109. Kayapınar T. Parkinson Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (PDQ-39) Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2018.
110. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 1988, 52: 30-41.
111. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12: 17-25.
112. Balaban H, Akbostancı MC. Parkinson hastalığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi*, 2003, 1: 231-236.
113. Yousefi B, Tadibi V, Khoei AF, Montazeri A. Exercise therapy, quality of life, and activities of daily living in patients with parkinson disease: a small scale quasi-randomised trial. *Trials*, 2009, 10: 1-7.
114. Karlsen KH, Larsen JP, Tandberg E, Maeland JG. Influence of clinical and demographic variables on quality of life in patients with parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1999, 66: 431-435.
115. Civil M. Parkinson Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2018.
116. Mammadli N. Parkinson Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Sosyal Kaygı Düzeyleri ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sinir

- Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2020.
117. Özbayrak V. Parkinson Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve İlaç İnançlarının Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2021.
118. Cubo E, Rojo A, Ramos S, Quintana S, Gonzalez M, Kompoliti K, Aguilar M. The importance of educational and psychological factors in parkinson's disease quality of life. *European Journal of Neurology*, 2002, 9: 589–593.
119. Ertürk G. Parkinson Hastalığının Emekliliğe Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019.
120. Savcı C. Parkinson Hastalarında Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2007.
121. Rosińczuk J, Pytel A, Kołtuniuk A. Sociodemographic factors affecting the disease acceptance and the quality of life in patients with parkinson's disease: a preliminary study. *Rehabilitation Nursing*, 2019, 44: 35-46.
122. Kuopio AM, Marttila RJ, Helenius H, Toivonen M, Rinne UK. The quality of life in parkinson's disease. *Movement Disorders*, 2000, 15: 216-223.
123. Hobson P, Holden A, Meara J. Measuring the impact of parkinson's disease with the parkinson's disease quality of life questionnaire. *Age and Ageing*, 1999, 28: 341-346.
124. He L, Lee EY, Sterling NW, Kong L, Lewis MM, Du G, Eslinger PJ, Huang X. The key determinants to quality of life in parkinson's disease patients: results from

- the parkinson's disease biomarker program (PDBP). *Journal of Parkinson's Disease*, 2016, 6: 523-532.
125. Benge JF, Kekecs Z, Encarnacion E, Ainslie M, Herff C, Elkins G, Herath P. Duration of disease does not equally influence all aspects of quality of life in parkinson's disease. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2016, 28: 102-106.
126. Ghorbani Saeedian R, Nagyova I, Krokavcova M, Skorvanek M, Rosenberger J, Gdovinova Z, Groothoff JW, van Dijk JP. The role of social support in anxiety and depression among parkinson's disease patients. *Disability and Rehabilitation*, 2014, 36: 2044- 2049.
127. Zhou Y, Huo Q, Du S, Shi X, Shi Q, Cui S, Feng C, Du X, Wang Y. Social support and self-efficacy as mediating factors affecting the association between depression and medication adherence in older patients with coronary heart disease: a multiple mediator model with a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 2022, 16: 285-295.
128. Işıkhhan V. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2007, 18: 15-29.
129. Çiçek Z. Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Bakım Yüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
130. Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yüğü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012, 14: 73-80.
131. Lee GB, Woo H, Lee SY, Cheon SM, Kim JW. The burden of care and the understanding of disease in parkinson's disease. *PLoS One*, 2019, 14: 1-9.

132. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009, 48: 419-424.
133. Takahashi K, Kamide N, Suzuki M, Fukuda M. Quality of life in people with parkinson's disease: the relevance of social relationships and communication. *The Journal of Physical Therapy Science*, 2016, 28: 541-546.
134. Winter Y, von Campenhausen S, Popov G, Reese JP, Balzer-Geldsetzer M, Kukshina A, Zhukova TV, Bertschi N, Bötzel K, Gusev E, Oertel WH, Dodel R, Guekht A. Social and clinical determinants of quality of life in parkinson's disease in a russian cohort study. *Parkinsonism and Related Disorders*, 2010; 16: 243-248.
135. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2011, 26: 193-198.
136. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2001, 51: 213- 231.

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans: Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Fatma Nur KIRKINCI	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%0	% 15
II. Genel Bilgiler	%7	% 35
III. Materyal ve Metod	%35	% 35
IV. Bulgular	%14	% 15
V. Tartışma	%9	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		
Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı	
Fatma Nur KIRKINCI	Prof. Dr. Mehtap TAN	
20.4.2022	20.4.2022	

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

		ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
KARAR					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI		Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:		Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı		
	TELEFON		+90 442 234 65 11		
	FAKS		+90 442 236 09 68		
	E-POSTA		atatipetikkurul@gmail.com		
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Mehtap TAN			
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Parkinson Hastaları ve Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek Algısının Değerlendirilmesi			
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 09 Karar No: 09		Tarih: 05.11.2020		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.				

EK- 4. UYGULAMA İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Nöroloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 42190979-000-E.2000317342
Konu : Uygulama İzni (Fatma Nur
Kırkinci)

22.12.2020

BELGE YÖNETİM BÜROSU

İlgi : 17.12.2020 tarihli ve 45361945-000-E.2000314262 sayılı belge.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Fatma Nur KIRKINCI'nın "Parkinson Hastaları ve Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Sosyol Destek Algısının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Anabilim Dalımızca gerekli uygulama izninin uygun görüldüğü gereği bilgilerinize arz olur.

EK- 5. HASTAYA AİT SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

ANKET FORMU

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3.Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr

4.Eğitim Durumu: ☐ Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim
☐ Ön Lisans / Lisans ☐ Yüksek Lisans / Doktora

5.Mesleğiniz: ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Emekli ☐ Ev Hanımı ☐ Diğer:.....

6.Çalışıyor musunuz: ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

7.Kaç çocuğunuz var: ☐ Yok ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 veya daha fazla

8.Evde birlikte yaşadığınız kişiler var mı?

☐ Yalnız ☐ Eşimle birlikte ☐ Eşim ve çocuklarımla birlikte
☐ Diğer:.....

9.Parkinson tanısı ne zaman kondu?yıl veya.....ay önce

10.Ne zamandır tedaviyi görüyorsunuz?.....

11.Parkinson tanısı konulduktan sonra ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ise nedeni:.....

EK- 6. BAKIM VERENE AİT SOSYODEMOGRAFİK

ÖZELLİKLER ANKET FORMU

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3.Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr

4.Eğitim Durumu: ☐ Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim
☐ Ön Lisans / Lisans ☐ Yüksek Lisans / Doktora

5.Mesleğiniz: ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Emekli ☐ Ev Hanımı ☐ Diğer:.....

6.Çalışıyor musunuz: ☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

7. Hastanıza bakım vermeye başlamadan önce çalışıyor muydunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

8.Hasta ile olan yakınlık dereceniz: ☐ Anne-Baba

☐ Çocuklar

☐ Eşi

☐ Akrabası:

☐ Diğer:.....

9. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?.....

EK- 7. PARKİNSON HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

(PDQ-39)

Son bir ay içinde Parkinson Hastalığı nedeniyle aşağıdakileri hangi sıklıkta yaşadınız?

Her soru için lütfen bir kutuyu işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Arada sırada	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Boş zamanlarınızda yapmak istediğiniz boş zaman faaliyetlerini yerine getirmekte güçlük çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Evinizin bakımını yapmakta zorluk çektiniz mi, örneğin ev için tamirat ve değişiklikler yapmak, ev işleri, yemek pişirme?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Alışveriş torbalarını taşımakta zorluk çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Bir kilometrelik yol yürümekte sorunlar yaşadınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Yüz metrelik yol yürümekte sorunlar yaşadınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Evin içerisinde istediğiniz kadar kolay dolaşmakta sorunlar yaşadınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Evinizin dışında, sokakta dolaşmakta zorluk çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Dışarıya çıktığınızda size eşlik edecek birine ihtiyaç duydunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Toplum içinde yere düşmekten korktunuz ya da endişelendiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
10. İsteddiğinizden daha fazla eve bağlı kaldınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Yıkanmakta zorluk çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Giyinmekte zorluk çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Düğmelerinizi iliklemekte veya ayakkabı bağlarınızı bağlamakta sorunlar yaşadınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐

14. Okunaklı biçimde yazı yazmakta sorunlarınız oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Yiyeceklerinizi kesmede güçlük çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
16. İçecek bir şeyi dökmeden tutmakta güçlük çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Kendinizi depresyonda hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Kendinizi başkalarından kopuk ve yalnız hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Kendinizi gözü yaşlı ya da ağlamak istiyor gibi hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kendinizi kızgın veya buruk hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Kendinizi kaygılı hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Geleceğiniz için endişelendiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Parkinson hastalığınızı insanlardan saklamanız gerektiğini hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Evinizin dışında, başkalarının bulunduğu yerlerde yemek yemek ya da içmekle ilgili durumlardan kaçındınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Topluluk içindeyken Parkinson hastalığınız olduğu için utandınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Diğer insanların size olan tepkileri hakkında endişelendiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Yakın kişisel ilişkilerinizde (örn; aileniz ve/veya arkadaşlarınızla) sorunlarınız oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Eşinizden ya da birlikte olduğunuz kişiden ihtiyaç duyduğunuz konularda yeterince destek alamadınız mı? Eğer bir eşiniz ya da birlikte olduğunuz birisi yoksa lütfen bu kutuyu işaretleyin. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ailenizden veya yakın arkadaşlarınızdan ihtiyaç duyduğunuz konularda yeterince destek alamadınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Gün içerisinde istemeden, beklenmedik durumlarda uyuya kaldınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐

31. Dikkatinizi toparlamakta problemler yaşadınız mı, örneğin okurken veya televizyon seyrederken?	☐	☐	☐	☐	☐
32. Hafızanızın kötü olduğunu hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
33. Size sıkıntı veren rüyalar veya hayaller gördünüz mü?	☐	☐	☐	☐	☐
34. Konuşmakta zorluk çektiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
35. İnsanlarla kolay bir şekilde iletişim kuramadığınızı hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
36. İnsanların sizi görmezden geldiğini hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
37. Ağrılı kas kramplarınız ya da spazmlarınız oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐
38. Eklem yerlerinizde veya vücudunuzda ağrı ve sızılarınız oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐
39. Vücudunuzda nahoş bir şekilde sıcaklık ya da soğukluk hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐

EK- 8. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

(ÇBASDÖ)

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlelerin yanındaki boşluklardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz.	Hiç katılmıyorum (1)	Çoğunlukla katılmıyorum (2)	Katılmıyorum (3)	Kararsızım (4)	Katılıyorum (5)	Çoğunlukla Katılıyorum (6)	Tamamen Katılıyorum (7)
1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan, sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3.Ailem (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örn: annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.							
8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim (örn: annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle).							
9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11.Kararlarımı vermemde ailem (örn: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK- 9. MODİFİYE HOEHN VE YAHR ÖLÇEĞİ (MHYÖ)

Evre 0- Hastalık bulgusu yok.

Evre 1- Tek taraflı hastalık.

Evre 1.5- Tek taraflı artı aksiyel tutulum.

Evre 2- Bilateral hastalık, denge bozukluğu yok.

Evre 2.5- Hafif iki taraflı hastalık, çekme testinde toparlanıyor.

Evre 3- Hafif, orta bilateral hastalık ve bir miktar postural kararsızlık, fiziksel olarak bağımsız.

Evre 4- Şiddetli özürlülük, yardımsız ayakta durabilir ve yürüyebilir.

Evre 5- Yardımsız tekerlekli sandalyeye ya da yatağa bağımlı.

EK- 10. PARKİNSON HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (PDQ-39) KULLANIM İZNİ

Fatmanur Kırkıcı
Alıcı:

22 Ekim 2021 00:26

Sayın Doç. Dr. Elif Elçin Dereli Hocam,
Ben Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi
Fatma Nur Kırkıcı. "Parkinson Hastaları ve Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek Algısının
Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tez çalışmamda Tuba Kayapınar ile yaptığınız "Parkinson Hastalığı Yaşam
Kalitesi Anketi (PDQ-39) Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması" isimli yüksek lisans tez çalışmasında güvenilirlik ve geçerlik
çalışması yaptığınız PDQ-39 anketini izniniz olursa kullanmak istiyorum.
Saygılarımla

Elif Elçin Dereli
Alıcı: Fatmanur Kırkıcı

28 Ekim 2021 17:05

Merhaba, PDQ-39 un Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz.
Elçin Dereli



EK- 11. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ) KULLANIM İZNİ

Fatmanur Kırkinci
Alıcı: |

20 Ekim 2021 17:54

Sayın Prof.Dr. Haluk Arkar Hocam,
Ben Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi
Fatma Nur Kırkinci. Parkinson Hastaları ve Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Algısının
Değerlendirilmesi isimli yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yaptığınız Çok Boyutlu
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.
Saygılarımla

haluk arkar ·
Alıcı: Fatr

21 Ekim 2021 12:19

Sayın Fatma Nur Kırkinci,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve
puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden
geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği”,Türk Psikiyatri Dergisi,
12, 17-25 (2001).

EK- 12. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Fatma Nur KIRKINCI
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 09.05.2022

Prof. Dr. Mehtap TAN

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	Parkinson Hastaları ve Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Algısının Değerlendirilmesi
Tezin Yeni Adı	Parkinson Hastaları ve Bakım Verenlerde Algılanan Sosyal Desteğin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi
Tezin İngilizce Adı	The Effect Of Perceived Social Support On Patients' Quality Of Life In Parkinson's Patients And Their Caregivers
Değişikliğin Gerekçesi	Tez savunması sonucunda jüriler tarafından içerikle uyumlu olması için bu başlığa karar verilmiştir.