

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PARKİNSON HASTALIĞI OLAN BİREYE
BAKIM VERENLERİN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK İLE BAKIM YÜKÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

ZEYNEP ÇİÇEK

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2012

TEZ KODU: DEU. HSI. MSc - 2009970095

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PARKİNSON HASTALIĞI OLAN BİREYE
BAKIM VERENLERİN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK İLE BAKIM YÜKÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ZEYNEP ÇİÇEK

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM KÜÇÜKGÜÇLÜ

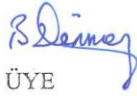
TEZ KODU: DEU. HSI. MSc -2009970095

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Zeynep Çiçek ‘ **Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** ’ konulu Yüksek Lisans tezini 22.06.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Yrd. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ



ÜYE

Prof. Dr. Berril DÖNMEZ ÇOLAKOĞLU



ÜYE

Yrd.doç.Dr. Fatma VURAL

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜRLER	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırma Soruları	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Parkinsonizm.....	9
2.1.1. Parkinsonizmin Nedeni.....	9
2.1.2. Parkinsonizmin Sınıflandırılması.....	9
2.1.2.1. İdiyopatik Parkinson Hastalığı.....	11
2.1.2.1.1 Etiyolojisi.....	11
2.1.2.1.2. Belirti ve Bulguları.....	12
2.1.2.1.2.1. Motor Bulgular.....	13
2.1.2.1.2.2. Nonmotor Bulgular.....	15
2.1.2.1.3. Klinik Tanısı.....	21
2.1.2.1.4. Tedavisi.....	22
2.1.2.1.5. Parkinson Hastalığı ve Bakım Veren Yüğü.....	23
2.2. Bakım Veren Kavramı.....	24
2.2.1. Bakım Veren Yüğü.....	25
2.2.1.1. Bakım Veren Yüğünü Etkileyen Faktörler.....	26
2.2.1.1.1. Hastalara Ait Özellikler.....	26
2.2.1.1.2. Bakım Verenlere Ait Özellikler.....	26
2.3.Sosyal Destek.....	28

2.3.1.Sosyal Desteğin Sınıflandırılması.....	31
2.3.2.Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü.....	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.4.Çalışma Materyali.....	39
3.5.Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.5.1.Bağımlı Değişkenler.....	39
3.5.2.Bağımsız Değişkenler.....	40
3.6.VeriToplama Araçları.....	40
3.6.1.Sosyodemografik özellikler Anket Formu.....	40
3.6.2.Bakım Verenlerin Yükü Envanteri.....	40
3.6.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	42
3.6.4. Modifiye Hoehn ve Yahr Klinik Ölçeği.....	43
3.6.5. Beck Depresyon Ölçeği.....	44
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	44
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	45
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
3.10. Etik Kurul Onayı.....	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuç.....	63
6.2. Öneriler.....	63
7. KAYNAKLAR.....	65

8. EKLER	75
EK 1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu.....	75
EK 2. Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri.....	76
EK 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı.....	78
EK 4. Modifiye Hoehn Ve Yahr Ölçeğı.....	79
EK 5. Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ).....	80
EK 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	83
EK 7. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı.....	85
EK 8. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı.....	86
EK 9. Etik Kurul İzin Belgesi.....	87
EK 10. Özgeçmiş.....	89

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bakım veren Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 2. Bakım Alan Hastaların Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 3. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Veren Yükü Envanterinden Aldıkları Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	46
Tablo 4. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Puanları ile Bakım Veren Yükü Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Korelasyon Analizi.....	47
Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Bakım Veren Yükü Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları.....	53
Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Zaman-Bağımlılık Yükü Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları.....	54
Tablo 7. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Gelişimsel Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları.....	55
Tablo 8. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Fiziksel Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları.....	56
Tablo 9. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Sosyal Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları.....	57
Tablo 10. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Duygusal Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları.....	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bakım Veren Bireylerin Bakım Veren Yük Puanları ile Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi.....	48
---	----

KISALTMALAR

ASD:	Algılanan Sosyal Destek
BDÖ:	Beck Depresyon Ölçeği
BVYE:	Bakım Verenlerin Yükü Envanteri
ÇBASD:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek
DEÜ:	Dokuz Eylül Üniversitesi
EÜTF:	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
İPH:	İdiyopatik Parkinson Hastalığı
MHYÖ:	Modifiye Hoehn ve Yahr Ölçeği
PH:	Parkinson Hastalığı

TEŞEKKÜRLER

Tezim boyunca, algılanan sosyal desteğin ne denli önemli olduğunu hocalarım, ailem ve arkadaşlarım sayesinde bir kez daha anladım.

Bu çalışmam da bana bilgisel ve araçsal destek sağlayarak her zaman yanımda olan sayın hocalarım;

Yrd. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ, Prof. Dr. Berril Dönmez ÇOLAKOĞLU, Doç. Dr. Sakine MEMİŞ ve Yrd. Doç. Dr. Hatice MERT' e,

Eğitimim süresince, her şeye rağmen sabırla ve anlayışla bana tüm desteğini veren; kıymetli aileme,

Veri toplama ve kayıt aşamasında yardımcı olan kuzenim Meltem ÇİÇEK' e,

Bu iki yıllık sürede nöbet listelerimi sorunsuz ayarlayan başhemşirem Reyhan DEMİR' e,

Duygusal destek vererek stresle baş etmemi kolaylaştıran arkadaşlarım; Sevdâ ŞEN ve Gülhan BARUT' a,

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğindeki veri toplama aşamasında bana her türlü desteği sağlayan Uzm. Dr. Ahmet ACARER' e

Analizlerim sırasında bilgisel destek kaynağım Saniye Çimen'e

Ayrıca bu çalışmanın verilerinin toplandığı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniği çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden herkese,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ZEYNEP ÇİÇEK

ÖZET

PARKİNSON HASTALIĞI OLAN BİREYE BAKIM VERENLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE BAKIM VEREN YÜKÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Zeynep Çiçek

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

zeynecicekk@hotmail.com

Amaç: Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma Mayıs- Ekim 2011 tarihleri arasında iki üniversite hastanesi Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniklerinde yürütülmüştür. Çalışma örneklemini araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 212 hasta oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak Bakım Verenlerin Yükü Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Modifiye Hoehn ve Yahr Ölçeği kullanılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanı ile Bakım Verenlerin Yükü Envanteri puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ve Çoklu Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir.

Bulgular: Bakım veren yükü toplam puanları ile algıladıkları sosyal destek toplam puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($r: -.45$, $p<.001$, Tablo 4). Parkinson hastalığı olan bireylere bakım verenlerin, bakım yüklerinin en fazla aileden alınan sosyal destekten etkilendiği, ikinci sırada arkadaştan ve son olarak da aile ve arkadaş dışında olan kişilerden alınan destekten etkilendiği bulunmuştur.

Sonuç: Hemşirenin, danışmanlık rolünü kullanarak, bireyin var olan sosyal destek kaynaklarının farkına varması ve bu sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi sayesinde bakım veren yükünü azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Parkinson Hastalığı, bakım veren yükü, algılanan sosyal destek, hemşirelik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND BURDEN OF CAREGIVERS OF INDIVIDUALS WITH PARKINSONS DİSEASE

Zeynep Çiçek

Medical Nursing Graduate Program

zeynepcicekk@hotmail.com

Aim: The aim was investigation of relationship between perceived social support and burden of Caregivers of individuals with Parkinson's Disease.

Method: The study was conducted at Parkinson's and Movement Disorders Outpatient Clinics in two university hospitals from May to October 2011. Sample of the study consisted of 212 patients who met the inclusion criteria. The Caregiver Burden Inventory, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Modified Hoehn and Yahr Scale were used as data collection tools. The relationship between Multidimensional Perceived Social Support score and the Caregiver Burden Inventory scores were examined using Pearson's correlation analysis and multiple regression analysis.

Results: It was determined that there was a moderately, negative and statistically significant correlation between the total scores of Caregiver Burden and total scores of Perceived Social Support ($r: -.45, p < .001$, Table 4). It was found that caregivers of individuals with Parkinson's disease received the maximum support from family among the types of perceived social support, support from friends was second sequence and finally support from individuals that were out of friends and family was the third sequence.

Conclusion: It is thought that the nurse can reduce the burden of caregiver through awareness of the existing sources of social support for the individual and the development of resources of social support using advisory role.

Key words: Parkinson's Disease, caregiver burden, perceived social support, nursing

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Parkinson hastalığı, genellikle 60 yaş üstü bireylerde görülen substansiya nigrada pigmentli nöronlardaki değişikliklere bağlı olarak motor ve non-motor semptomların görüldüğü yavaş ilerleyen nöropatolojik bir hastalıktır. Parkinson hastalığında görülen tremor, bradikinezi, rijidite ve postural duruştaki bozulmalar motor semptomlardır. Bilişsel bozukluklar (dikkat, yürütücü işlevler, bellek, görsel-mekansal işlevler, dil işlevleri), davranışsal değişiklikler (depresyon, demans, anksiyete, apati, psikotik belirtiler, dürtü kontrol bozuklukları), duysal belirtiler (paresteziler, soğuk sıcak algılaması, ağrı, akatizi, huzursuz bacak sendromu, görme sorunları) otonom işlevlerde bozukluklar (postural hipotansiyon, GİS ve ürogenital sistemdeki belirtiler, cinsel disfonksiyon) ve uyku ile ilişkili bozukluklar (insomnia, REM davranış bozukluğu, huzursuz bacak sendromu) non motor semptomlardır (Memiş ve ark., 2006; Apaydın, 2004; Emre, 2004; Yavlal, 2006, Rana 2011).

Motor ve non- motor semptomlar nedeniyle hastaların büyük bir kısmı hastalıklarının belirli dönemlerinden sonra başkalarının yardım ve bakımına ihtiyaç duyar duruma gelmektedir (Behari, 2005). Yaklaşık 10- 20 yıl içinde hastalığa bağlı yetersizlikler ve motor hareketlerdeki kısıtlılık artmakta ve tedaviye bağlı yan etkiler gözlemlenmeye başlamaktadır. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duymaya başladığı bu dönemden sonra bakım verenin fiziksel yükü artmaktadır. Bakım süreci bakım vereni fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik boyutta etkilemektedir (Küçükgüçlü, 2009). Hastalığın progresyon göstermesi ve zamanla hastalarının bağımlılık derecesinin artacağına bilinmesi bakım verenlerin şu andaki yüklerinin de buna paralel olarak artacağını düşündürmekte ve strese neden olmaktadır. Bakım veren yükü çeşitli faktörlerden olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmektedir. Bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden biri olan sosyal destek de stres yaşayan bakım verenler için bakım verme sürecinin güçlükleri ile baş edebilmelerinde önemli bir faktördür (Kuşçu, 2009).

Sosyal destek; Bireye, duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede yardımcı olan, ona gerekli para veya materyali sağlayarak ya

da beceri, bilgi ve ögüt vererek, karşılaştığı kaygı yaratan durumlarla baş etmesine yardımcı olan ve bireyin görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destek olarak tanımlanmaktadır. Sosyal çevreden alınan yardım, kişilerin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle baş etme konusunda kendilerine duydukları güveni artırmaktadır. Bireyler stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında etrafındakilerden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilmektedir. Sosyal destek, kaygı yaratan etmenleri ortadan kaldırmaya bile kişilerin endişe düzeylerini azaltarak onların daha iyimser, daha fazla kontrol duygusuna sahip olmalarını ve stresle başa çıkmak için yeni yöntemler denemeye daha istekli hale gelmelerini sağlar (Sorias, 1988a). Sosyal desteğin en önemli işlevinin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumak olduğu savunulmaktadır (Buffering Effect Model)(Ardahan, 2006). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (Eker ve ark., 2001).

Kişilerin etraflarında onları destekleyen, zor zamanlarında yardım eden ve ihtiyaç duyduklarında yardım için başvuracakları kişiler vardır. Bu kişiler bireylerin sosyal destek ağını oluşturmaktadır. Geniş bir sosyal destek ağ sistemine sahip bir kişi gündelik, ekonomik veya duygusal sorunlar yaşadıklarında bu destek ağından faydalanmaktadır. Kişinin sosyal destek ağı dar ve ya geniş olabilir. Önemli olan bu darlığı ve ya genişliği nasıl algıladığıdır. Algılanan sosyal destek kavramı bu noktada devreye girer (Eker ve ark., 1995). Algılanan sosyal destek, kişilerin etraflarında bulunan sosyal destek ağının ne kadar farkında olduklarını ve bundan ne kadar memnun olduklarını içermektedir (Eker ve ark.,1995). Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek daha fazladır. Algılanan destek, kişilik özellikleri gibi nispeten kalıcı özelliklerin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özelliklerden de etkilenmektedir (Özgür, 1991).

Bakım vericilik bağlamında sosyal destek ağı ve bu ağın nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır (Kuşçu, 2009). Sosyal destek ağının genişliği veya kişinin var olan sosyal destek ağını yetersiz ya da ulaşılmayan olarak görüyor olması bakım vericilerin yükünü olumsuz etkilemektedir. Sosyal destek ağ sistemi bakım vericinin etrafında ona duygusal, fiziksel,

pratik ve ya ekonomik destek verecek kişilerin nicelik ve bu kişilerin ulaşılabilirlik gibi özelliklerinin bütünüdür. Hastalık sürecinde bakım verenlere sağlanan sosyal destek, bakım verenlerin daha az yük ve daha az psikolojik sorun yaşamalarını sağlar (Bowlby, 1988). Sosyal destek sisteminin nitelik ve niceliği gerçekte nasıl olursa olsun bakım vericilerin bu sistemi nasıl algıladığı, ne kadar nitelikli bulduğu, ne kadar ulaşılabilir bulduğu ve bu sistemden yararlanarak fayda göreceğine olan inancının psikolojik sorunları azaltmada en önemli etmen olduğu bulunmuştur (Gibson, 2003).

Sosyal desteğin bakım sunma süreci içindeki rolüne verilen önem gittikçe artmaktadır. Aileden, arkadaşlardan, bakım vericilerin duygusal olarak yakın hissettiği kişilerden algılanan sosyal desteğin bakım vericileri yük hissiden koruduğu öne sürülmektedir (Zimet ve ark., 1990). Bakım vericilerin sosyal çevresinin genişliği, sosyal ilişkilerinin kalitesinin iyi olmasının bakım verme sürecinde yaşadığı güçlükleri azaltabildiği bildirilmiştir (Magliano, 2005).

Meghan (2005) Parkinson hastalığında sosyal desteği geliştirmek amacıyla yaptığı çalışmada bakım vericiler için sosyal desteğin hastalardan çok daha önemli bir unsur olduğu ve bakımvericilerin sosyal desteğin varlığı ya da yokluğundan daha fazla etkilendiklerini bulmuştur. Thompson ve arkadaşları (1993) sosyal destek ve bakım verici yükü arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları çalışmada sosyal destek ile bakım verici yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu özellikle eğlence amaçlı sosyal etkileşimlerin bakım veren yükünün azalmasında önemli bir etken olduğunu bulmuşlardır.

Düren (2010) Türkiye’deki Demans hastalarının bakım vericilerinin iyilik halini tanımlayan genel psikolojik sağlık, depresyon ve külfet hisleriyle ilintili olan olası hastalık etmenin, sosyo-demografik özelliklerin, bakım vericilik özelliklerinin, bağlanma ve algılanan sosyal destek gibi etmenlerin irdelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada bakım vericilerin yük puanları ile toplam algılanan sosyal destek puanı ve aileden algılanan sosyal destek puanı arasında negatif korelasyon olduğunu bulmuştur. Ancak yine ölçeğin alt boyutlarından biri olan arkadaştan algılanan sosyal destek ve aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek ile bakım veren yükü arasında istatistiksel anlamlılıkta ilişki olmadığını bulmuştur.

Chiou ve arkadaşlarının (2009) algılanan ve alınan sosyal destek ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek ile bakım verici yükü arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Aileden algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek olanların bakım veren yükü düşük bulunmuştur.

Bakım vericilerin yük hissini azaltarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamak için psikoeğitim, evde beceri eğitimi, sosyal beceri eğitimi, aile bireylerinin birbirini desteklemesini sağlayacak terapiler, davranışçı bakım verici terapisi ve davranışçı aile terapileri gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Schulze, 2005). Özellikle bakım vericilerin sosyal destek alma ve bu desteği gündelik yaşamda kullanma becerilerini geliştirme, sosyal destek ağını genişletmeye yönelik yöntemlerin daha etkili olduğu görülmüştür (Mikulincer, 2007). Bu yüzden, Parkinson hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak için uygulanacak yöntemlerin sosyal destek ağının yapısını ve bakım verenlerin bu yapıyı kullanma becerisinin geliştirilmesine yönelik olması gerekmektedir.

Sosyal destek ağı yapısının oluşmasında hemşire önemli bir role sahiptir. Sosyal destek konusunda hemşirenin en önemli rolü danışmanlık yaparak sosyal destek sağlamak ve bireyin sosyal destek kaynaklarını bulmasını ve kullanmasını sağlamaktır (Hurdle, 2001).

Sorunlara yönelik uygun girişimlerin planlanabilmesi için öncelikle sorunun tanımlanması ve objektif verilerle ortaya koyulması gerekmektedir. Yurt dışında bakım verenlerin yük düzeyleri ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olmakla birlikte ülkemizde Parkinson hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım veren yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ulaşılamadığı için bu çalışma planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının hemşirelerin hizmet verdiği grubu tanımaları ve uygun girişimleri planlayabilmeleri için veri oluşturacağı ve bu alandaki boşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek puanları ile bakım veren yükü puanları arasında ilişki var mıdır?
2. Parkinson Hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin aileden algılanan sosyal destek puanları ile bakım veren yükü puanları arasında ilişki var mıdır?
3. Parkinson Hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ile bakım veren yükü puanları arasında ilişki var mıdır?
4. Parkinson Hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden algılanan sosyal destek puanları ile bakım veren yükü arasında ilişki var mıdır?
5. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü puanları arasında ilişki var mıdır?
6. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü puanları arasında ilişki var mıdır?
7. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü puanları arasında ilişki var mıdır?
8. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü puanları arasında ilişki var mıdır?
9. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek puanları ile gelişimsel yük puanları arasında ilişki var mıdır?
10. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile gelişimsel yük puanları arasında ilişki var mıdır?
11. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları ile gelişimsel yük puanları arasında ilişki var mıdır?
12. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları ile gelişimsel yük puanları arasında ilişki var mıdır?
13. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek puanlar ile fiziksel yük puanları arasında ilişki var mıdır?

14. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile fiziksel yük puanları arasında ilişki var mıdır?
15. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları ile fiziksel yük puanları arasında ilişki var mıdır?
16. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları ile fiziksel yük arasında ilişki var mıdır?
17. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek puanları ile sosyal yük puanları arasında ilişki var mıdır?
18. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile sosyal yük puanları arasında ilişki var mıdır?
19. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları ile sosyal yük puanları arasında ilişki var mıdır?
20. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları ile sosyal yük puanları arasında ilişki var mıdır?
21. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek puanları ile duygusal yük puanları arasında ilişki var mıdır?
22. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile duygusal yük puanları arasında ilişki var mıdır?
23. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları ile duygusal yük puanları arasında ilişki var mıdır?
24. Parkinson hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları ile duygusal yük puanları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Parkinsonizm

Parkinsonizm istirahat tremoru, rijidite, bradikinezi ve postüral instabilite ortaya çıkan bir sendromdur. Parkinsonizm tanısını koymak için, bradikineziye ek olarak tremor, rijidite ve postural refleks kaybı bulgularından da en az bir tanesinin olması gerekmektedir. Parkinsonizm gibi hastalıklarda motor bulguların yanı sıra, davranışsal ve psikolojik bulgular da görülmektedir (Fahn, 2007; Özdilek, 2008).

2.1.1. Parkinsonizmin Nedeni

Parkinsonizmdeki patolojik değişiklikler Substantia Nigra pars compacta'daki melanin içeren dopaminerjik hücrelerin kaybından dolayı meydana gelir. Substantia nigra'nın sinir hücreleri dopamin üretir ve depolar. Bu hücreler korpus striatumun sinir hücreleriyle bağlantılıdır. Substantia nigra hücrelerinin yaptığı dopamin, sinir lifleriyle korpus striatuma taşınır ve oradaki hücreler arasında kimyasal iletili olarak görev alır. Substantia nigra hücreleri hasara uğrarsa dopamin üretip depolayamaz ve striatuma dopamin eksilir. Bu eksiklik ciddi boyutta olduğunda parkinsonizm belirtileri ortaya çıkmaya başlar (Özdilek, 2008; Emre ve ark., 2008; Rana, 2011).

2.1.2. Parkinsonizmin Sınıflandırılması

Parkinson sendromunu etyolojiye yönelik olarak dejeneratif ve semptomatik olarak iki ana gruba ayırmak mümkündür. Dejeneratif kökenli Parkinsonizm tablosu da üçe ayrılabilir: İdyopatik Parkinson Hastalığı (İPH), Parkinson artı (Parkinson plus) sendromları ve Parkinsonizmin eşlik edebildiği diğer dejeneratif hastalıklar. Bu hastalıklarda altta yatan patoloji dejeneratif hücre kaybıdır ve etyolojik bir başka sebep saptanmaz. Parkinson artı (Parkinson plus) sendromlarının bu isimle anılmasının sebebi bu gruptaki hastalıklarda yukarıda belirtilen klasik dört bulguya ilave bulgu ve belirtilerin saptanmasıdır. Semptomatik Parkinson sendromunda ise Parkinsonizm bulguları altta yatan bir başka patolojinin

semptomlarını oluştururlar ve çok çeşitli sebeplere bağlı olarak ortaya çıkabilirler (Emre ve ark., 2008)

Dejeneratif

- 1- İdyopatik Parkinson hastalığı (İPH)
- 2- Parkinson artı sendromları
 - Multisistem atrofi
 - Progresif supranükleer felç
 - Kortikobazal dejenerasyon
 - Lewy Cisimcikli Demans
- 3- Parkinsonizmin eşlik edebildiği diğer dejeneratif hastalıklar
 - Spinoserebellar ataksi tip 2, 3, 17
 - Huntington Hastalığı
 - Bilateral striapallidodentat kalsinozis (Fahr Hastalığı)
 - Hemiparkinson-hemiatrofi sendromu
 - Frontotemporal demans-parkinsonizm kompleksi
 - Dentatorubropallidoluysian atrofi
 - Pallidal dejenerasyonlar
 - Striatal nekrozla giden mitokondriyal hastalıklar
 - Pantotenat kinaza eşlik eden nörodejenerasyon
 - Nöroakantositoz

Semptomatik

- 1- Vasküler (küçük damar hastalığına bağlı subkortikal ensefalopati, multi-lakünler, bazal ganglia ve beyinsapının hemorajileri ve infarktları)
- 2- Normal basınçlı hidrosefali
- 3- Yer kaplayıcı lezyonlar
- 4- İlaça bağlı (nöroleptikler, dopamin boşaltıcı ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri, antiemetikler, valproik asit, lityum)
- 5- İntoksikasyonlar (karbon monoksit, manganez, potasyum permanganat, efedrin kötü kullanımı, cıva ve diğer ağır metaller, organik çözücüler, tiner, karbon disulfid, MPTP, siyanid)

- 6- İnfeksiyonlar (ensefalitler, prion hastalığı, nörosifiliz, toksoplazmoz)
- 7- Metabolik nedenler (hipoksi, hipoparatiroidizm, ekstrapontin miyelinosis, kronik karaciğer hastalığı, Wilson Hastalığı)
- 8- Kafa travması, dementia pugilistica (boksörlerde)
- 9- Demiyelinizan hastalıklar
- 10- Psikojenik Parkinsonizm (Emre ve ark., 2008).

2.1.2.1. İdiyopatik Parkinson Hastalığı

Parkinsonizmin en sık görülen biçimi ilk olarak İngiliz hekim James Parkinson tarafından 1817 yılında “shaking palsy (titrek felç)” adı altında tanımlanmış olan ve Parkinson hastalığı (PH) olarak bilinen idiyopatik tiptir (Parkinson, 1817). Parkinson hastalığı, genellikle 60 yaş üstü bireylerde görülen Substantia Nigra pars compacta'daki melanin içeren dopaminerjik hücrelerin kaybına bağlı olarak motor ve non-motor semptomların görüldüğü yavaş ilerleyen nöropatolojik bir hastalıktır. Tüm Parkinson hastalarının %5-10'unda hastalık başlangıç yaşı 20- 40 yaşları arasındadır. Yaklaşık 10- 20 yıllık bir süreçte progresif olarak ilerlemektedir (Özdilek, 2008; Emre ve ark., 2008). Hastaların %5'inde 40 yasından önce başlamakta ve erken başlangıçlı Parkinson hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Emre ve ark., 2008; Rana, 2011). Yirmi yasından önce başlayanlarda juvenil parkinsonizm adını alır. İnsidans ve prevalans yaşla birlikte yükselir. Erkeklerde biraz daha sıktır. Yapılan araştırmalar Parkinson hastalığının ortaya çıkma ihtimalinin erkeklerde kadınlara göre 1,5 kat fazla olduğunu ve Kuzey Amerika ile Avrupa'da; Asya ile Afrika'ya oranla daha çok görüldüğü için riskin beyaz insanlarda siyah insanlardan fazla olduğunu gösterir. Değişik toplum kesimlerinde PH prevalansı yaklaşık olarak 100.000'de 150' dir (Rana, 2011).

2.1.2.1.1. Etiyolojisi

Parkinson hastalığı, beyinde tanımlanmış dopaminerjik yolakların en büyüğü olan nigrostriatal yolakta oluşan nöronal hasar ile doğrudan ilişkilidir. Bu yolak, substansiya nigranın (SN) pars kompakta bölgesindeki nöronların aksonlarından kaynak alır, diensefalonda median ön beyin içine girer ve korpus striatumda sonlanır. Korpus striatumdaki uçları beyindeki total dopaminin yaklaşık %75'ini içerir. Yolaktaki nöronlarda oluşan

dejenerasyona bağlı olarak yeterince dopamin üretilmemesi ve dopaminerjik etkinliğin azalması hastalığın başlıca nedenidir (Emre, 2004; Yavlal, 2006; Özdilek, 2008; Rana, 2011). SN'deki melanin içeren dopaminerjik hücrelerin kaybı ve kalan hücrelerin içinde de Lewy cisimciği olarak adlandırılan, ağırlıklı olarak "ubiquitin" denen bir protein içeren küresel inklüzyon cisimciklerinin varlığı PH için tanımlayıcı sayılır (Rana, 2011). PH'nın patolojik belirleyicisi olan Lewy cisimciği, ilk kez 1912 yılında F.H. Lewy tarafından Parkinson hastalarının beyin sapında, SN'nın nöromelanin içeren nöronlarının sitoplazmasında yer alan küre biçiminde inklüzyonlar olarak tanımlanmıştır . Çoğu zaman lokus seruleus, Meynert'in bazal çekirdeği, vagusun dorsal motor çekirdeği, hipotalamus ve baska bazı eğilimli bölgelerde de Lewy cisimciği vardır. Tipik klinik özelliklerle birlikte bu patolojik bulguların gözlemlendiği hastalarda, PH tanısı nettir. Lewy cisimciğinin dağılımının da önemi iyi anlaşılamamıştır. Bazı bildirilerde, Parkinson hastalarının tümünde ya da tümüne yakınında, neokortekste Lewy cisimciği bulunduğu bildirilmektedir. Bunun gibi, Lewy cisimciği bulunan Parkinson hastalarının çoğunda Alzheimer hastalığına özėü patolojik bulgular da (nöritik plaklar ve nörofibriler yumaklar) vardır (Özdilek, 2008; Emre ve ark., 2008).

2.1.2.1.2. Parkinson Hastalığının Belirti ve Bulguları

Parkinson hastalığında görülen motor semptomlar; tremor, bradikinezi, rijidite ve postural duruştaki bozulmalardır. Nonmotor semptomlar ise; bilişsel bozukluklar (dikkat, yürütücü işlevler, bellek, görsel-mekansal işlevler, dil işlevleri), davranışsal değişiklikler (depresyon, demans, anksiyete, apati, psikotik belirtiler, dürtü kontrol bozuklukları), duysal belirtiler (pareteziler, soğuk sıcak algılaması, ağrı, akatizi, huzursuz bacak sendromu, görme sorunları) otonom işlevlerde bozukluklar (postural hipotansiyon, GİS ve ürogenital sistemdeki belirtiler, cinsel disfonksiyon) ve uyku ile ilişkili bozukluklar (insomnia, REM davranış bozukluğu, huzursuz bacak sendromu) dır (Apaydın, 2004; Emre, 2004; Memiş ve ark., 2006; Yavlal, 2006; Carter, 2008).

2.1.2.1.2.1. Motor bulgular

Tremor

Tekrarlayan kas kasılmalarına bağılı olarak vücut parçalarının ritmik sallanma ve istemsiz hareketleridir. Parkinson hastalığına özgü tremor istirahat halinde daha kötüdür, sıklıkla tek taraflıdır ve ani bir hareketle (bir şeye uzanma, eğilme...) ortadan kaybolur. Parkinson hastalığı olan hastaların %70'ini etkiler ve vakaların birçoğunda ortaya çıkan semptomudur. İstirahat tremoru, PH' nın en iyi tanınan ve en spesifik kardinal bulgusudur. Klinik izlem boyunca hafiften belirgine kadar değişen ölçülerde tremor saptanma sıklığı %85'e ulaşır (Martinez, 2005). En sık ellerde görülmekle beraber, bazen de ayaklar dil, çene ya da dudakta olabilir. PH'da ses ve bas tremoru seyrektr. Tremor; stres ile, mental aktivite sırasında (örneğin bir aritmetik işlevi yaparken), yürürken, diğer ekstremitenin motor hareketi sırasında artar. O ekstremitenin harekete başlamasıyla ve uyku sırasında kaybolur (Çakmur, 2003). Bazı Parkinson hastaları iç tremor adı verilen, kendilerinin hissettiği, ancak başkalarının göremediği tremordan yakınırlar. PH'nın tremor ile ortaya çıkması, daha yavaş seyirli hastalık progresyonu ve daha iyi prognoza işaret eder. Parkinson hastalığında, istirahat tremorundan dolayı yeme, içme, yüz bakımı gibi eller kullanılarak yapılan işler oldukça zorlaşır ve tremor ciddi derecede dizabilliteye neden olabilir. Bazı hastalar bu durumları kompanse etmeye çalışırlar. Tremoru olan bir kişi sosyal ortamlarda bulunmaktan utanabilir ve bu durumun hastada yarattığı anksiyete tremoru daha da artırabilir. Tremor, farmakolojik tedaviye daha az yanıt verdiğiinden psikososyal dizabilliteye daha fazla neden olabilir (Fahn, 2007; Özdilek, 2008).

Bradikinezi

Hareketlere başlamada, devam etmede ve yavaşlamada zorluktur. Parkinson hastalığının en fazla dizabilliteye neden olan motor belirtisidir. "Birlesik Krallık Parkinson Hastalığı Derneği Beyin Bankası (UK Beyin Bankası)" tanı kriterlerine göre, PH tanısı için bradikinezi varlığı şarttır (Hughes, 2004). İlk olarak düğmeleri iliklemek gibi ince hareketleri etkiler. Başlangıçta normal olan el yazısı gittikçe ufalır, daha okunaksızdır ve gittikçe kaybolur. Yürürken tek kol ya da her iki kolun birden sallanması kesilebilir. Daha sonrasında yürüyüş etkilenir, adım atmakta zorluklar başlar, adım ufaktır ve ayaklar sürünür. Hasta

yürürken donup kalabilir (festinasyon). Parkinson hastalığında en özürleyici belirtilerden biri, motor bloklar adı da verilen bir akinezi formu olan donma durumudur (Giladi, 2001; Rana, 2011). Hastalığın ileri evrelerinde hastaların çoğunda motor dalgalanmalar ve beklenmedik motor bloklar görülmektedir. Daha sıklıkla yürürken bacakları etkilemesine rağmen üst ekstremiteleri, konuşmayı ve göz kapaklarını da içerebilir. Donma birkaç saniye süren ani, geçici hareket edememe halidir. Tipik olarak yürümeye baslarken, dar geçitlerde yürürken, dönerken, yoğun trafikte karsıdan karsıya geçerken veya bir hedefe ulaşırken görülür. Postüral instabiliteyle beraber kalça kırıklarına yol açabilen düsmelerin en sık nedenidir (Özdilek, 2008).

Bradikinezinin diğer belirtileri karakteristik donuk ifadedir (hipomimi). Göz kırpmada azalma, gözlerde yukarı bakış ve konverjansta bozulma ve spontan yutmanın azalması nedeniyle ağızda tükürük birikimi ve sızması (siyalore) da bradikinezinin kranial bulgularındandır. Siyalore PH'nın en utandıran belirtilerinden biridir. PH ile ilişkili konuşma ve ses bozukluğunun karakteristik özellikleri ses şiddetinde azalma (hipofoni), monoton konuşma ve vurguların azalması (aprozodi), hatalı telaffuz edilen sessiz harfler, duraksamalar ve hızlı konuşma eğilimi (takifemi) olarak tanımlanabilir. Diğer konuşma bozuklukları arasında değişken (anormal kısa veya hızlı) konuşma hızı, palilali ve kekemelik yer alır. Hipofoni ve monoton konuşma nedeniyle hasta toplum içinde konuşma esnasında sorun yasar. Bradikinezi de diğer parkinsoniyen bulgular gibi hastanın emosyonel durumu ile bağlantılıdır. Yeterli duyuşal girdi ile bradikinezi, hipokinezi ve akinezi geçici olarak ortadan kalkabilir. Bradikinezi erken evre PH'da hafiftir ve hastalık ilerledikçe şiddetlenir (Özdilek, 2008).

Rijidite

Rijidite, agonist ve antagonist kasların es zamanlı olarak kasılmalarına bağılı olarak ortaya çıkan, o bölgenin pasif hareketi esnasında bir kursun boruyu bükmesine devamlı bir direnme şeklinde kendini gösteren kas tonusundaki artışı ifade eder (Çakmur, 2003). Rijiditenin derecesi değıskendir ve genellikle tremor veya bradikinezi gibi unilateral baslar ve sonra karşı tarafa yayılabilir (Rana, 2011). Pasif kas tonusunun artması motor performansın bozulmasına, hatta immobiliteye bile neden olabilir. Rijidite, proksimal (boyun, omuz, kalça) veya distal (el ve ayak bilekleri) yerlesimli olabilir. Proksimal eklemlerdeki rijidite, muayene

eden kisi tarafından omuz sallama (Wartenberg bulgusu) ya da kalça rotasyonunda azalma ile kolaylıkla saptanabilir. Karsı ekstremitenin kuvvetle innerve edilmesi esnasında rijidite artar. Parkinson hastalığının ileri dönemlerinde özellikle boyunda, göğüsde, dirseklerde, kalçada ve dizlerde antefleksiyon postür deformitesi görülür. Hasta bas öne eğik, dirsek ve dizler fleksiyonda, kolların asosiye hareketleri azalmıs, ayaklar zemine yakın bir sekilde yere sürterek, ayakları öne doğru hareket ettiğinde topukların yeterince yere basamaması seklinde yürür. İlerleyen dönemde kamptokormiye neden olacak düzeyde antefleksiyon artar. Fakat rijidite erken PH’da sık görülen bir bulguyken, fleksiyon postürü hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkar (Emre, 2004; Ashour, 2006; Fahn, 2007; Özdilek, 2008).

Postüral İnstabilite

Parkinson hastalığında görülen eğik postur muhtemelen rijidite ve kas spazmlarına bağlıdır. Sıklıkla hastalığın geç evrelerinde ortaya çıkar. Postüral instabilite, 70 yas ve üzerindeki Parkinson hastalarının %70’inden fazlasında bulunmaktadır (Özdilek, 2008). Postüral instabilite sonucu hastalar oturdukları yerden desteksiz kalkmada zorluk çekerler, otururken veya ayakta spontan veya hafif itmeler sonucu öne, arkaya veya yana düşme eğilimi gösterirler. Postüral instabilitenin derecesini değerlendirmek için “çekme (pull) testi” kullanılır. Postüral instabilite dopaminerjik tedaviye en dirençli klinik bulgudur. Korunmaya yönelik tepkilerin kaybı düşmelere bağlı yaralanmaları daha kolaylaştırır. Kadın cinsiyet, simetrik başlangıç, postüral dengesizlik ve otonom yetersizlik, PH’ da düşme riskini öngören en belirleyici özelliklerdir. Belirtilerin başlangıcından ilk düşmeye kadar geçen ortalama süre, PH’da 108 aydır (Özdilek, 2008). Düşmeler geç dönem Parkinson hastalığında siktir ve morbiditenin majör nedenidir. Postural imbalans, yerçekimi merkezinin yer değiştirmesi ya da yer değiştirmeyi tespit edememe ve düzeltici hareketleri yapmada zorluğa bağlı olarak ortaya çıkabilir.

2.1.2.2.2. Nonmotor Bulgular

- **Bilişsel Bozukluklar** (dikkat, yürütücü işlevler, bellek, görsel-mekansal işlevler, dil işlevleri)

- **Davranışsal Değişiklikler** (depresyon, demans, anksiyete, apati, psikotik belirtiler, dürtü kontrol bozuklukları),
- **Duyusal Belirtiler** (paresteziler, soğuk sıcak algılaması, ağrı, akatizi, huzursuz bacak sendromu, görme sorunları)
- **Otonom İşlevlerde Bozukluklar** (postural hipotansiyon, GİS ve ürogenital sistemde belirtiler, cinsel disfonksiyon)
- **Uyku ile ilişkili bozukluklarda** (insomnia, REM davranış bozukluğu, Huzursuz bacak sendromu)

Demans olmayan Parkinson hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların çoğunda motor olmayan bozukluklar bulunmuştur (Shulman, 2001). Hatta Parkinson hastalarında sıklıkla motor olmayan belirtilerin, hastalığın ana bir bulgusu olmadan da görüldüğü düşünülmektedir (Langston, 2006). Son dönemlerdeki çalışmalar, bu belirtilerin sıklığı ve özellikle hastalığın ileri dönemlerinde hastanın yaşam kalitesi üzerindeki ciddi etkilerine açıklık getirmiştir. Parkinson hastalarına bu motor olmayan bulgularla baş edebilmesi için yardım etmek, hastalığın motor belirtilerin kontrolü için uygulanan tedavi kadar önemlidir. Ayrıca, antiparkinson ilaçlar sıklıkla istenmeyen motor olmayan şikayetlere veya var olan bu şikayetlerin şiddetlenmesine neden olur. Değerlendirmeye alınmayan bu motor olmayan bulgular, en az motor bulgular kadar hastayı ve ailesini etkilemektedir (Özdilek, 2008; Carter, 2008).

Depresyon ve Anksiyete

Depresyon, Parkinson hastalığında en sık görülen motor olmayan semptomlardan biridir. 2002 yılında Anguenot ve meslektaşları, Parkinson hastalarının yarısından fazlasında depresyon bildirmişlerdir. Diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında, depresyon ve anksiyete görülme sıklığı PH'da daha yüksek bulunmuştur. PH'da gözlenen depresyonun primer depresyondan en belirgin farkları; PH'da yüksek oranda anksiyetenin eşlik etmesi, suçluluk düşüncelerinin düşük düzeyde olması, suisid düşüncelerinin olmasına karşın seyrek suisid girişimi gözlenmesidir (Emre, 2004; Özdilek, 2008). Yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak ve sosyal fobiyi kapsayan anksiyete bozuklukları, Parkinson hastalarının % 40 dolayında bulunur ve PH'da büyük problemdir (Rana, 2011). Depresyon ve anksiyete uzun süren kronik hastalığa sekonder olarak ortaya çıkabilecekleri gibi, hastalığın nörodejeneratif

sürecinin bir parçası da olabilirler (McDonald, 2003). PH' nın erken safhasında görülen depresyonda daha hızlı bir kognitif bozulma ve yüksek demans insidansı görülmektedir (Rana, 2011). Buna karşın, kognitif bozukluk da depresyon gelişimi riskini artırabilir. PH' da ortaya çıkan depresyonun nedenleri tartışmalıdır. Kronik PH' nın zorlukları ve özürüllüğüyle yasayan hastalarda, depresif belirtiler sürpriz değildir. Bir çalışmada, PH depresyonunun hastanın özürüllüğünden daha çok, zorlukları algılamasıyla ilgili olduğu bildirilmiştir. Depresyon, özürüllük üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu için, PH' da depresyonun tanısı ve tedavisi önemlidir. Depresyonun, PH' da mortaliteyi 2,66 oranında artırdığı bulunmuştur (Hughes, 2004). Hastalığın başlangıç evrelerinde çoğu hasta, güven kaybından yakını. Özellikle işte sosyal ortamlardan korkarlar ve dış yaşamdan çekinirler. Hastalığın ileri evrelerinde hastalar, derin anksiyete ve “kapalılık” dönemlerinde dehşet anları yaşayabilirler. Parkinson hastalarında, motor semptomlardan önce görülen ve PH' nın seyri sırasında kötüleşen kişilik değişiklikleri sıktır. Hastalar karar vermedeki yöneticiliği, işlere devam edemeyecek kadar çok zor bulmaktadırlar. Çekingenlik, bağımlılık ve motivasyon eksikliği, hastadan daha çok eşe sorun yaratmaktadır. Motor ve zihinsel apati, sıklıkla eşler veya yakın akrabalar tarafından, kişilikte değişiklik şeklinde algılanarak fark edilir. Özellikle eşler, hastanın arkadaşlarla birlikte olma ve onlarla bağımsız konuşma isteğinin olmamasından şikayet eder. Bu kişilik değişiklikleri, duygudurum değişiklikleriyle birlikte olan depresyona bağlı olabilir (Fahn, 2007; Carter, 2008).

Demans ve Konfüzyon

Pek çok Parkinson hastası sonunda multifokal, yaygın bir demans geliştirir. Bu durum tipik olarak yaşlı hastalarda görülür. Prospektif çalışmalar, Parkinson hastalarının %40'a yakın bir bölümünün yaslandıkça demansa yakalanacaklarını göstermektedir (Emre, 2004; Özdilek, 2008; Rana, 2011).

Parkinson hastalığı demansı, PH belirtileri demans nöbetinden en az bir yıl önce başlayanlar için kullanılan terimdir (Rana, 2011). Konuşma ve fiziksel saldırı, bası bos gezme, ajitasyon, uygunsuz cinsel davranış, işbirliği yapmama ve idrar inkontinansı gibi davranış bozuklukları ana problemlerdir. Tanıdık çevrede genel planlanmış bakım gereklidir. Tedbirli günlük bakım hizmetleri ve evde yardımcı gerekebilir. Yaş karşılaştırmalı yapılan

populasyon çalışmalarında, PH olan olgularda mortalite riskini en fazla artıran risk faktörünün demans olduğu saptanmıştır. Bradifreni veya düşünme hızında yavaşlama, Parkinson hastalığının bir parçasıdır. Zamanla Parkinson hastaları giderek artan şekilde pasif, içe kapanık, bağımlı ve çekingen olur. Baskın olma ve karar verme yetisi bozulur. Daha sonrasında hasta, egzersiz veya herhangi bir aktivite yapmadan günlerce hareketsiz hale gelir. Bunun yanı sıra pasiflik ve motivasyon kaybı da hastaların kendilerini ifade etmede yetersizliğine neden olur (Özdilek, 2008).

Psikoz: Halüsinasyonlar ve Paranoyalar

Parkinson hastalığında tekrarlayıcı anormal motor davranışlar da görülür. Bu anormal motor davranışlarda; kendini sürekli eleştirmek, kol saatlerini ve radyoları parçalara ayırmak, her yerde bulunan nesneleri sınıflandırmak ve düzenlemek ve objeleri tekrarlayıcı biçimde ele alma ve inceleme gözlenir. Bu davranışlar, kompulsif bozukluğun bir formu olarak ortaya çıkabilir ve daha çok levodopa ve dopamin agonistleri ile bildirilmiştir. Sık görülen form, özürüllüğe neden olan tekrarlayıcı temizleme, düzenleme, sıralama davranışlarıdır. Bu kategoride bazı Parkinson hastalarında görülen kompulsif şekilde kumar oynama vardır (Driver- Dunckley, 2003; Emre, 2004).

Halüsinasyonlar, Parkinson hastalarının büyük bir kısmında özellikle yaşlı hastalarda olur. Norveç'te yapılan bir toplum çalışmasında, Parkinson hastalarının % 10'unda iç görünüm korunduğu halüsinasyonlar ve diğer % 6'sında ise daha şiddetli halüsinasyonlar veya delüzyonlar görülmüştür. Görsel halüsinasyonlar oldukça sıktır. İşitsel halüsinasyonlar ise sık değildir. Görsel halüsinasyonlar, sıklıkla hastaların gerçek olmadığını bildikleri (yalancı halüsinasyonlar) tanıdık insanlar veya hayvanlar seklindedir. Hastayı rahatsız etmeyen görsel resimler, genellikle arkadaşça ve korkutucu olmadığından iyi huylu halüsinasyonlar olarak isimlendirilirler ve bu hafif halüsinasyon formları, daha kötü halüsinasyon formlarına da ilerleyebilir (Goetz, 2006). Böyle halüsinasyonlar, sıklıkla sadakatsızlık düşüncesi ile ilgili paranoyak delüzyonlara veya dikkat ve oryantasyon kaybının olduğu konfüzyonlara ilerleyebilir (Özdilek, 2008).

Duyusal Belirtiler

Sıklıkla Parkinson hastalığının belirtileri olarak düşünülmeyen ağrı ve diğer duysal şikayetler, PH'nın önemli bir bölümüdür (Goetz, 2006; Rana 2011). PH'da ilk etkilenen ekstremitelerde devamlı ağrı ilk şikayet olabilir. Parkinson hastalarında klinik olarak dalgalanmalar ve istemsiz hareketler geliştiğinde, ağrı ana özellik olabilir. “Kapalılık” döneminde distoni sıklıkla ağrılıdır ve sabah ağrılı kramplar şeklinde özellikle ayakları etkileyebilir. Yanma, parestezi ve duyu kaybı gibi diğer duysal belirtiler, PH'da daha nadir görülür.

Akatizi daha sık görülen duysal bir belirtidir. Bu bazen bacaklarda paretezilerle birlikte görülür ve bu şikayetten rahatlamak için bacakları hareket ettirmek gerekir. Bu durum, gerçek bir huzursuz bacak sendromu olarak ifade edilir. Akatizi daha uygun tanımlama iken, daha sık yaygın iç huzursuzluğu hissi vardır ve bunu rahatlatmak için yürüyüş arzulanır. Akatizi, PH'nın başlangıç bulgusu olabilir. Huzursuz bacak sendromu ve akatizi belirtileri dopamin tedavisine cevap verir. Akatizi “kapalılık” döneminde olabilir (Emre ve ark., 2008). Akatizi muhtemelen, bilindiğinden daha sık PH'da olur. Bu, hastalığın duysal şikayeti olduğu gibi, levodopa tedavisinin istenmeyen etkisi de olabilir (Özdilek, 2008).

Otonomik Belirtiler

Parkinson hastalığında sempatik ganglion nöronları ve parasempatik myenterik ve kardiyak plexuslar tutulabilir. Parkinson hastalarında otonomik bozukluklar; kan basıncı, ürogenital, gastrointestinal sistem ve deri gibi sistemlerde belirtiler verir. Ayakta iken bayılacak gibi olma (presenkop) ve bilinç kaybı (postüral senkop), postural hipotansiyon nedeniyle olabilir (Rana, 2011). Bu durum halsizliğe, bulanık görmeye, boyun ve omuz ağrısına neden olabilir. Levodopa ve dopamin agonisti ilaçlar, postural hipotansiyonu artırabilir. PH'da, genellikle hafif şiddette postural hipotansiyon görülür. Gastrointestinal sorunlar, PH'da ciddi özürüllüğe neden olur (Edwards, 1992). Disfaji ile gecikmiş mide boşalması ve konstipasyon, PH'nın en sık görülen gastrointestinal belirtilerini oluştururlar. Bulantı ve kusma, genellikle tedaviye bağlı istenmeyen yan etkilerdir. Sık idrara gitme, acil

ıdrar yapma isteği ve noktüri Parkinson hastalığında sık olan şikayetlerdir. Erkek parkinson hastaları; genellikle prostat problemlerinin, kadın hastalar ise stres inkontinansının olduğu yaşıdadırlar. Dolayısıyla erkeklerde prostata bağlı tıkanmalar sorunu daha da artırır. Hastalarda hareketsizlikle açıklanamayan inkontinans ise aslında, PH'nın bir parçasıdır. Parkinson hastalarında görülen cinsel disfonksiyon, hipoaktif ve hiperaktif cinsel disfonksiyon olarak ikiye ayrılabilir. Hipoaktif cinsel fonksiyon bozuklukları, kadın ve erkek hastada libido azalması, anorgazmi, erkeklerde erektıl disfonksiyon ve kadınlarda vajinal kuruluğu içermektedir (Demirkıran, 2003; Micieli, 2003). Erkek parkinson hastalarında impotans, eşlerde sıkıntıya neden olur. Nadir olarak bazı hastalarda hiperseksüalite ortaya çıkabilmektedir. Hipoaktif ve hiperaktif cinsel disfonksiyon L-dopa, dopamin agonistleri gibi antiparkinson ilaçlar nedeniyle ve ya cerrahi girişimler sonrası görülmektedir (Romito 2002; Demirkıran, 2003). Fazla miktardaki sebum (sebore) fazla üretimden daha ziyade, fasiyal kaslarda hareketsizlik nedeniyle oluşur. Yağlı cilt, seboreik dermatit ve kepeğe neden olur. Blefarit, göz kırpmaya azlığına bağlı olarak sıktır. Fazla terleme, özellikle de aniden ter boşalması olarak isimlendirilen terleme krizleri problem olabilir. 2003 yılında Swinn ve meslektaşlarının yaptığı çalışmada, terlemenin “kapalılık” döneminde ve diskinezilerin olduğu “açıklık” dönemlerinde olduğu saptanmıştır. Terleme fiziksel, sosyal ve duygusal bozukluğa sebep olabilir.

Otonom komplikasyonlara motor ve mental yavaşlama da eklendiğinde hospitalizasyon ve bakım evlerine yerleştirilme riski artmaktadır (Özdilek, 2008).

Uyku Bozuklukları

Parkinson hastalarında birçok nedenden dolayı gece sıkıntıları vardır (Emre, 2004). Ana problem; uyku bölünmesi olarak adlandırılan sık sık uyanmalardır. Parkinson hastaları ve onların bakım vericileri kötü geceler ile yüz yüzedir ve bu kötü geceler sonraki günde kötüleşmiş parkinsoniyen bulgulara ve kötü yaşam kalitesine neden olur. Dolayısıyla depresyonla birlikte kalitesiz uyku, Parkinson hastalarının ve bakım vericilerin kötü yaşam kalitesini değerlendirmede ana faktördür. PH'da sık görülen depresyon, insomniyaya neden olabilir. PH'nın tedavisinde kullanılan ilaçlar da uykuyu bozabilir. Fazla gündüz uykululuğu, Parkinson hastalarının % 25'inde hatta ileri evre hastaların % 50'sinde, özellikle hastalığı

şiddetli olan ve kognitif yıkımı olan hastalarda görülmektedir (Rana, 2011). Dopamin agonistleri, levodopadan daha çok gündüz uykululuğu ile ilişkilidir. Gündüz çok uyuyan hastalarda bu uyku, levodopa dozundan sonra rahavet ile ilişkili olabilir. Bu sorun genellikle belirgin veya gelişmekte olan demans hastalarında görülür. Levodopa sonrası rahaveti olan hastalar, günün büyük bir bölümünde uyuyabilir ve geceleyin uyumaz. Bu değişen uyku-uyanma döngüsü geceleyin yeterli uykuya ihtiyaç duyan bakım vericiler için hayatı katlanılmaz yapar. Yine dopaminerjik ilaçlarla özellikle pramipeksol ve ropinirol ile görülen, araç kullanırken aniden uyuklama, ciddi bir problemdir (Emre, 2004; Özdilek, 2008).

2.1.2.1.3. Klinik tanısı

PH için “UK Beyin Bankası” kriterleri gibi çeşitli tanı kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterlere göre tanı 3 basamaktan oluşmaktadır (Emre, 2004; Yavral, 2006; Özdilek, 2008; Rana, 2011).

1-Parkinsoniyen sendromun tanısı

- Bradikinezi
- Aşağıdakilerden en az birinin bulunması
 - 4- 6 Hz istirahat tremoru
 - Vizüel, vestibuler, serebellar veya proprioseptif fonksiyon bozukluğunun neden olmadığı postüral instabilite
 - Rijidite

2-Parkinson hastalığı için dışlama kriterleri

- Parkinsonizme yol açabilecek inme, kafa travması, ensefalit, nöroleptik ilaç kullanımı, hidrosefali veya beyin tümörü gibi belli bir neden saptanması
- Okülojirik kriz
- Supranükleer bakış paralizileri
- Serebellar bulgular
- Erken şiddetli otonomik yetmezlik
- Erken şiddetli demans
- Yüksek doz levodopaya kötü yanıt

3- Parkinson hastalığı için destekleyici kriterler

- Aşağıdakilerden en az üçünün bulunması
 - Unilateral başlangıç
 - Progresif seyir olması
 - Hastalığın başladığı tarafta bulguların asimetrik olarak daha belirgin devam etmesi
 - Levodopaya yanıtın çok iyi (%70- 100) olması
 - En az 5 sene veya daha fazla levodopaya yanıtın devam etmesi
 - Levodopaya bağlı diskinezilerin gelişmesi

2.1.2.1.4. Tedavisi

Parkinson hastalığında tedavinin esas hedefi, hastalarda olabildiğince uzun süre, en iyi fonksiyonel düzelmeyi sağlamaktır. Semptomları azaltan şekilde etki gösteren ve hastalığın klinik özellikleri üzerine olumlu etkileri olan pek çok ilaç ve cerrahi tedavi, yıllardır Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılmaktadır. PH’ da ilk cerrahi yöntem, ısı ile globus pallidus bölgesinde lezyon oluşturmak şeklinde 1950’lerde uygulanmıştır. Bazı hastalar iyileşmiş, bazı hastalarda ise istenmeyen komplikasyonlar görülmüştür. Bu cerrahi komplikasyonlardan dolayı, tedavide etkin ilaçlar araştırılmaya başlanmıştır. Parkinson hastalığı kronik ilerleyici bir hastalık olduğu için, hastalar hayat boyu tedavi kullanmak zorundadırlar. Ancak ilaçlarla tedaviye rağmen bazı hastalar cerrahi yönetime ihtiyaç duyarlar ve cerrahi yöntem 1980’lerden sonra tekrar popüler hale gelmiştir. İlk olarak 1961 yılında, Parkinson hastalığının tedavisi için dopamin öncüsü olan levodopa veya L-Dopa olarak bilinen ilaç üretilmiştir. Levodopa PH’nın tremor, bradikinezi ve rijidite gibi semptomlarında etkin bulunmuştur. Oral olarak alınan ilaç, maalesef diğer organlarda parçalandığından ancak % 1’i kan-beyin bariyerini geçebilir, bu nedenle de levodopanin periferde metabolize olmasını engelleyen ve etkinliğini artıran “dopa-dekarboksilaz enzim inhibitörleri” levodopa içeren preparatlara eklenmiştir. Ancak levodopanin özellikle genç hastaların yaşam kalitesini bozan motor komplikasyonlar (doz sonu kötüleşmesi ve diskineziler) yaratmadaki yatkınlığı nedeniyle, bu komplikasyonlardan kaçınmak ya da ortaya çıkmalarını geciktirmek için, yeni ilaçlar ve tedavi stratejileri geliştirilmiştir. Levodopa semptomatik etkisi en güçlü ilaç olmasına rağmen, yıllar içinde özellikle genç hastalarda motor komplikasyonlar ve

istenmeyen etkiler geliştirme riski yüksek olduğu için, farklı dopamin agonistleri araştırılmış ve tedavide kullanılmaya başlanmıştır. Dopamin agonistleri, PH tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında semptomatik etkileri levodopadan sonra en fazla olan ilaçlar olup dopamin reseptörlerini doğrudan uyarırlar. Bu ana iki grup dışında Parkinson hastalığının tedavisinde antikolinergik ilaçlar, amantadin, COMT (katekol-O-metiltransferaz enzimi) inhibitörleri, MAO-B (Monoamino-oksidad-B enzimi) inhibitörleri de kullanılmaktadır (Fahn, 2007). Tüm ilaçlarda ve cerrahi işlemlerde olduğu gibi, PH'nın tedavisinde kullanılan tedavi stratejilerinin de komplikasyonları ve istenmeyen yan etkileri vardır. Özellikle uzun süreli ve yüksek dozlarda levodopa tedavisi kullanan hastalarda motor dalgalanmalar ve diskineziler, en sık görülen ve en önemli motor komplikasyonlardır. (Özdilek, 2008).

2.1.2.1.5. Parkinson Hastalığı ve Bakım Veren Yükü

Parkinson hastalığındaki motor ve non- motor semptomlar nedeniyle hastaların büyük bir kısmı hastalıklarının belirli dönemlerinden sonra başkalarının yardım ve bakımına ihtiyaç duyar duruma gelmektedir (Behari, 2005). Yaklaşık 10- 20 yıl içinde hastalığa bağlı yetersizlikler ve motor hareketlerdeki kısıtlılık artmakta ve tedaviye bağlı yan etkiler gözlemlenmeye başlamaktadır. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duymaya başladığı bu dönemden sonra bakım verenin fiziksel yükü artmaktadır. Bakım süreci bakım vereni fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik boyutta etkilemektedir (Küçükgüçlü, 2009). Parkinson hastalığının ilerleyici olması ve zamanla hastalarının bağımlılık derecesinin artacağını bilmesi bakım verenlerin şu andaki yüklerinin de buna paralel olarak artacağını düşündürmekte ve strese neden olmaktadır.

Uyku bozuklukları, delüzyonlar, agresivite, ajitasyon ve inkontinans, Parkinson hastalarına bakım verenler tarafından en çok stres verici problemler olarak tanımlanmaktadır. Hastaların % 75'inde eş zamanlı üç ya da daha fazla rahatsız edici davranışın olduğu bildirilmektedir.

Parkinson hastalığı olan bireye bakım verme bakım veren kişiyi farklı yönlerden olumsuz etkilemektedir. Özellikle ileri evre ve psikiyatrik bulguları olan Parkinson hastaları bakım vereni daha fazla etkilemektedir (Carter, 2008).

Yüksel ve ark. (2007) Parkinson hastalarına bakım verenlerin yükünü incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; bakım verenin cinsiyetinin, yaşının ve hastanın cinsiyetinin, bakım yükü puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediğini, psikotik davranış bozukluğu olan hastaların daha fazla yük getirdiği ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuşlardır. Bakım süresi ile bakım yükü puanları arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu, bakım süresi arttıkça, GYA puanları yükseldikçe ve hastalığın ileri evrelerinde bakım veren yükünün anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır.

Özdilek (2008) bakım veren yükünün anksiyete, depresyon ve belirtilerinin ortaya çıkmasını tetiklediğini, var olan anksiyete ve depresyonda bakım yükünü arttırdığını bulmuşlardır.

Literatüre bakıldığında Parkinson hastalığı olan bireylere bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir (Schrage, 2006; Martinez- Martin, 2007; Carter, 2008; Özdilek, 2008). Erkeklerin daha fazla ev dışında çalıştıkları göz önüne alındığında bu sonuç beklenen bir sonuçtur. Bakım verme işi sosyo-kültürel özelliklere bağlı olarak bakım verme işinin kadına ait olarak görülmesinden dolayı daha çok eşler ve kızlar tarafından yapılmaktadır.

2.2. Bakım Veren Kavramı

Bakım veren kişi hasta bireye sosyal, fiziksel, ekonomik, duygusal vb. yönlerden destek sağlayan kişidir. Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmaktan ya da hastayı gözlemlemekten sorumludur. Birinci derece bakım veren (primer bakım veren) kişi bakımı üstlenmek konusunda birinci derece sorumluluk alan kişidir (Cheng, 2005; Altın, 2006; Thompson ve ark., 2004). Birinci derece bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olduğundan çoğunlukla hastalıkla ilgili olarak hastanın sosyal ağıyla temas halindedir. Primer bakım vericileri dört şekilde sınıflandırmışlardır. Birinci tip bakım verici tüm bakımın takip ve izleminden sorumlu olan kişidir. İkinci tip bakım vericiler bakımdan sorumlu kişiler olup dışarıdan, informal destek kaynaklarından destek almaktadırlar. Üçüncü tip bakım vericiler hem formal hem de informal kaynaklardan destek alan bakım vericilerdir. Dördüncü tip bakım vericiler ise bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir. Çoğunlukla aile üyeleri bu kişilerin primer bakım vericileri olmaktadır. Bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü,

bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir. Literatürde bakım veren kişi tıbbi tedavi ile psikososyal iyileştirme sürecinde bir köprü olarak tanımlanmaktadır. Kimlerin hangi koşullarda aile üyeliğinden hasta yakınlığına, oradan da bakım vericiliğe geçtikleri ve bu rollerin zaman içindeki dönüşümleri araştırılması gereken konular arasındadır (Kuşçu, 2000; Akpınar, 2009).

2.2.1. Bakım Veren Yükü

Bakım veren yükü, bakım sağlarken yaşanabilen sosyal, psikolojik, fiziksel veya ekonomik tepkileri ifade eder. Sıklıkla ailede bakım sağlamanın kronik ve yoğun yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki diğer ihtiyaçlardan kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabilmektedir. Yük kavramı bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilir. Hasta yakınları bunu hastaya yönelik olumsuz bir davranış olarak algılayarak araştırmacılar bunun bakım veren üzerindeki etkilerini görebilirler. Bakım veren kişiler bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte ve toplumdan soyutlanma, suçluluk, öfke, korku, çaresizlik gibi duygular yaşayabilmektedirler. Stone ve arkadaşları, tüm bakım verenlerin %23'ünün kadın, %13'ünün ise erkek eşler olduğunu bildirmişlerdir. Türkiye'de ise Altun ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, bakım vericilerin % 78'inin kadın ve % 34'ünün eşlerine bakmakta olduğu bulmuşlardır. Kadınların bakım verme işini eski sorumluluklarının devamı olarak gördüklerini, erkeklerin ise bakım verme sorumluluklarına yabancı olduklarını ve bu yükü üstlenmekten kaçındıklarını bildirmişlerdir. Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünün iki boyutu olduğunu belirtmiş ve bir boyutunu ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içine alan objektif yük, diğer boyutunu ise bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkiyi içeren subjektif yük olarak tanımlamışlardır. Nesnel yük ailenin yaşantısında hastanın hastalığının, aktivite kısıtlılıklarının, yardım ve görev tiplerinde harcanan zamanın ve sarf edilen finansal kaynakların sebep olduğu aksaklıklarla ilgilidir. Öznel yük duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile bireyinin yaşadığı hissedilen gerginliğin miktarıyla ilgilidir. Özellikle öznel yükün başarılı bir rehabilitasyon ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir ölçüt olduğu düşünülmektedir (Altun, 1998; Zarit, 1980).

2.2.1.1. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler

2.2.1.1.1. Hastalara Ait Özellikler

Literatür incelemesi sonucu elde edilen bilgilere göre bakım veren yükünü etkileyen hastalara ait özellikler; **bilişsel yetersizlikler** (çevrede olanlara anlam verememe, öğrenmede zorlaşma, unutkanlıkta artma, yüksek kortikal bozukluklar vb.), **fonksiyonel yetersizlikler** (günlük aktiviteleri gerçekleştirememe, başkalarının yardımına ihtiyaç duyma vb.), **nöropsikiyatrik yetersizliklerdir** (heyezanlar, halüsinasyonlar, ajitasyon/saldırganlık, depresyon/disfori, anksiyete, elasyon/öfori, apati/kayıtsızlık, disinhibisyon, iritabilite/labilite, anormal motor davranış, uyku/gece davranışları, iştah ve yeme değişimleri vb.) (Chou ve ark.,2002; Doornbos, 2001; Dunkin, 1998). Hastalara ait yetersizliklerin bakım verenlerin yüküne olan etkisi araştırıldığında en fazla nöropsikiyatrik yetersizliklerin bakım verenleri etkilediği bulunmuştur. Robinson ve arkadaşları hastaların sorunlu davranışlarını ve bakım verenlerin hastalara dair sıkıntılarını incelediğinde hastaların sorunlu davranışlarının bakım verenlerin yaşamlarını büyük ölçüde kısıtladığını ve bakım verenlerin yükleri ile hastaların sorunlu davranışları arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu saptamıştır. Reinhard ve Horwitz hastanın davranış bozukluklarının yükün en önemli belirleyicilerinden biri olduğunu bildirmiştir. Ancak hastalara ait bu değişimlerin tüm bakım verenleri aynı derecede etkilemediği saptanmıştır. Bunların yerine algılanan sosyal desteğin ve bakım vermenin kişisel etkisinin, yük duygusuyla yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (Akpınar, 2009).

2.2.1.1.2. Bakım Verenlere Ait Özellikler

Yaş: Bakım veren yükü, bakım veren yaşıyla ters orantılıdır. Yapılan araştırmalar gençlerde bakım veren yükünün daha fazla olduğunu, bundan rahatsızlık duyulduğunu ve hastayı bir bakım kurumuna yatırma ihtimalinin yüksek olduğunu gösterirken; yaşlılarda bu durumdan duyulan rahatsızlığın daha az olduğunu ve kişinin bu işi kendine verilmiş bir görev olarak kabul ettiğini göstermiştir (Gordon ve Perrone, 2004).

Eğitim Durumu: Yapılan araştırmalar bakım veren kişinin eğitim durumunun da bakım yükünü etkilediğini göstermiştir. Eğitimli kişilerin hastanın durumunun

gerektirdiklerinin bilincinde oldukları, olaylara daha çözümleyici yaklaştıkları, stresle daha kolay başa çıkabildikleri, ekonomik durumlarının bakım vermeye daha uygun olduğu bilinmektedir. Eğitim düzeyi düşük olanların ise duruma hakim olmada zorlandıkları, öfke kontrolünde başarılı olamadıkları, birçok şeye olumsuz yaklaştıkları bilinmektedir (Gitlin ve ark., 2003).

Bakım Verme Süresi: Bakım veren yükünü etkileyen bir diğer etmen de bakım verme süresidir. Yapılan araştırmalar bakım verme süresi uzadıkça bakım veren yükünün arttığını göstermiştir. Bakım verme işi zaman alır ve gittikçe zorlaşır. Bu da zamanla bakım veren kişi üzerindeki sosyal, kültürel ve ekonomik sıkıntıları arttırır. Tüm bunlar bakım veren kişinin olanlarla baş etmesini zorlaştırır ve daha çok yük hissetmesine sebep olur (Pinquart ve Sorensen, 2007).

Çalışma Durumu: Çalışma durumu da bakım veren yükünü etkilemektedir. Yapılan araştırmalar çalışan kişilerin bakım verme işinde zorluk çektiklerini bu yüzden bakıcı tuttuklarını ya da hastayı bakıcı kurumlara yatırdıklarını ve çalışma sürelerini azalttıklarını ya da işi bıraktıklarını göstermiştir. Tüm bunlara karşın çalışmayan kişiler için bakım verme işi daha kolaydır (Chou ve ark., 2002).

Ekonomik Durum: Bakım verme işi bakım verenlerin ekonomik durumunu da etkiler. Ekonomik yönden sıkıntısı olmayan bakıcılar hastanın kişisel ve tıbbi ihtiyaçlarını karşılamada zorluk çekmeyeceği için bakım yükü de fazla olmaz. Ancak ekonomik sıkıntısı olan bakıcılar tüm bunları karşılayamadıkları için çok daha fazla yük hisseder (Chou ve ark., 2002).

Cinsiyet: Cinsiyet bakım veren yükünü etkileyen bir diğer faktördür. Kadınlar bakım verme işini her yönüyle üstlenir ve sorumluluk alır. Ancak erkekler bu konuda kadınlar kadar özverili değildir. Bu durum kadın bakım verenlerde sosyal hayatlarında üstlendikleri diğer görevlerle birleşince (annelik, para kazanma, ev işleri, vb.) erkek bakım verenlerden daha fazla anksiyete, depresyon, duygusal stres görülmesine neden olur. Bunların yanında yapılan bazı araştırmalarda bakım verilen hastanın durumunun kötüleşmesinin de kadın bakım verenleri erkek bakım verenlere oranla daha çok etkilediği görülmüştür. Evlat bakım vericiler

konusunda yapılan bir çalışmada ise kız evlat ve erkek evlat bakım vericilerin yük düzeyleri incelenmiş ve kız evlatların yük düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hsiao, 2010). Literatürde cinsiyete yönelik çalışma verileri, verilen bakımın türüne ve miktarına, şiddetine, baş etme şekillerine, bakım faaliyetlerine, fiziksel ve duygusal iyi olma halindeki farklılıklara odaklanmaktadır. Yapılan pek çok çalışmada cinsiyet, bakım veren yükünü etkileyen bağımsız değişkenler arasında yer almaktadır ancak sadece cinsiyeti ele alıp inceleyerek cinsiyetin bakım veren yükü üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara az rastlanılmıştır. Akpınar (2009) çalışmasında kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere oranla daha fazla bakım yükü yaşadıklarını; kadınların erkeklere oranla zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük ve sosyal yük açısından daha fazla bakım yükü yaşadıklarını fakat duygusal yükün kadınlarda ve erkeklerde benzer olduğunu belirtmiştir. Literatürde bu çalışmalara karşılık cinsiyete göre bakım veren yükü yaşama durumu arasında ilişki bulunmayan araştırmalar da yer almaktadır. Baker ve Robertson (2008) yaptıkları review çalışmasında inceledikleri 93 çalışmanın 4ünde bakım veren yükü veya baş etme şekli arasında cinsiyete göre farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Russel (2008) çalışmasında kadın ve erkekler arasında objektif yük açısından fark olmadığını saptarken; subjektif yükün kadınlarda daha fazla olduğunu görmüştür. Buna karşılık Hamarat ve arkadaşları (2001) çalışmalarında subjektif yükün cinsiyete göre değişmediğini belirtmiştir.

2.3. Sosyal Destek

Literatürde sosyal desteğe ilişkin pek çok farklı tanım yer almaktadır. Bu farklı terminolojiye karşın her tanımın ortak özellikleri bulunmaktadır. Bunlar pozitif etkileşim ya da destek ihtiyacı olan bireylere yönelik yararlı bir takım davranışların sağlanması şeklindedir (Hupcey, 1998, Hutchison, 1999, Langford ve ark., 1997).

Cobb (1976) sosyal desteği, kişinin sosyal olarak uyumlu olan bir topluma ait olması ve değer verilen, saygı duyulan ve sevilen birisi olması inancını veren bilgi olarak tanımlamıştır (Arzola, 2007).

House ve Kahn (1985) sosyal desteği, aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları, akrabalar gibi birey için önemli olan diğer insanlar tarafından, yine birey için gerçekleştirilen işlevler olarak kabul etmiştir (Park, 2007).

McElroy (1997) ise sosyal desteği aile, arkadaş, sosyal temasın sayısı ve sıklığı gibi stresin olumsuz etkilerinden bireyi koruyan mekanizmaları da içeren sosyal ilişkilerin farklı yönlerini tanımlayan genel bir kavram olarak tanımlamaktadır (Akın ve Ceyhan, 2005).

Shumaker ve Brownell (1984) sosyal desteği, en az iki birey arasındaki etkileşim yoluyla alıcının, edindiği destek sayesinde kendisini daha iyi hissetmesi olarak tanımlamaktadırlar.

Pearson (1986)' a göre sosyal destek, bireyin bir grup veya kişi tarafından kabul edilmesidir. Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir.

Hupcey (1998) ise sosyal desteğin teorik tanımını beş kategoride toplamıştır. Bunlar: 1. Sağlanan desteğin tipi, 2. desteği alan kişinin algısı, 3. destek sağlayan kişinin niyeti ve davranışları, 4. karşılıklı destek, 5. sosyal ağdır. Birinci kategoride sosyal destek kavramı başka kişiler tarafından sağlanan kaynaklar olarak tanımlanmaktadır. İkinci kategoride sosyal destek kavramı destek alan kişinin algısı ile tanımlanmıştır. Bireylerin destek ihtiyaçları, inançları, gereksinim duydukları bilgi ve geri bildirimler doğrultusunda onlara sunulan yardım olarak tanımlanmaktadır. Üçüncü kategoride sosyal destek kavramı destek sağlayan bireylerin niyetleri ve davranışları ile ilgilidir. Burada desteğe ihtiyacı olan bireyin iyi olma halini arttırtmak için destek sağlayan kişinin gerçekleştireceği davranışlar üzerinde durulmaktadır. Dördüncü kategoride ise sosyal destek kavramı aynı zamanda en az iki birey arasında kaynakların karşılıklı olarak verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Son kategoride ise kavram sosyal destek ağı ile açıklanmaktadır. Burada sosyal destek kavramı, bireylerin diğer kişilerden, gruplardan, toplumdan aldıkları destek olarak tanımlanmaktadır (Hupcey, 1998). Diğer taraftan sosyal destek ve sosyal ağın farklı kavramlar olduğu belirtilmektedir. Literatürde sosyal ağ, sosyal destek sağlamak için kullanılan bir araç gibi tanımlanmaktadır. Sosyal ağ etkileşim süreci olarak tanımlanırken sosyal destek etkileşim fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Langford ve ark., 1997).

Sosyal ağ; birey ile çevresinde bulunan diğer insanlar arasındaki bağları ve bu insanlar arasındaki ilişkileri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Sosyal destek, sosyal ilişkinin algılanış biçimi, yani sosyal ağın kişi üzerinde bıraktığı etki ile yakından bağlantılıdır Sosyal ağ bireylere sosyal desteği iletmek için temel araçtır (Özgür, 1991; Sorias, 1990).

Sosyal ağın yapısı incelenirken, ağın büyüklüğü ve yoğunluğu önem kazanmıştır. Bu değişkenler arasında üzerinde en fazla durulan ağın büyüklüğüdür. Sosyal destek eş, çocuk ve sevgili gibi aile üyelerinden, arkadaş ya da meslek elemanlarından, kulüpler, dini kurumlar gibi sosyal ve toplumsal ilişkilerden ya da sosyal destek grupları ve toplumsal destek sağlamak amacıyla oluşturulmuş gruplardan gelebilir. Geniş bir sosyal destek ağ sistemine sahip bir kişi gündelik, ekonomik veya duygusal sorunlar yasadıklarında bu destek ağından faydalanmaktadır (Eker ve ark., 1995).

Son yıllarda sosyal destek ile ilgili yapılan araştırmalarda, ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi gözlemlerine, yani “algılanan desteğe” kaydığı belirtilmiştir (Eker ve ark. 2001). **Algılanan sosyal destek**, diğer insanlardan gelen desteğin varlığının ve yeterliliğinin bilişsel olarak değerlendirilmesidir (Park 2007). Diğerlerinin yardım isteğinin algılanmasının olumlu etkileri, bireyin kararlılığını, kendisine olan saygısını artırır ve çevresi üzerinde daha iyi kontrol kurmasını sağlar (Wu ve Mok 2007).

Algılanan sosyal destek, kişilerin etraflarında bulunan sosyal destek ağının ne kadar farkında olduklarını ve bundan ne kadar memnun olduklarını içermektedir (Eker ve ark.,1995). Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek daha fazladır (Özgür, 1991).

Krause (1987)’a göre bireyin kendisi için önemli olan insanların desteğini algılaması kendisine verdiği değeri, önemi ve kendisine olan güven duygusunu arttırmaktadır. Sosyal desteğin öz yeterliğin iyileşmesine ve gelişmesine yardımcı olan bu mekanizmadaki en önemli unsur, kişi için önemli olan bu insanlardan sağlanan destekleyici etkileşimler yolu ile kendisine olan değeri ve kendisini kabul etme duyguları yaşamasını sağlamasıdır. Ayrıca

destek sağlayan insanlarla konuşmak, bireylerin problemlerini diğer insanlarla paylaşmasını sağlayarak negatif olayların tehdit edici algılanmasını azaltmaktadır (Chung, 1995).

2.3.1. Sosyal Desteğin Sınıflandırılması

Sosyal destek kaynağının kişiye farklı tipte yardımlar sağladığı belirtilmiştir. Sosyal desteğin duygusal, yardım edici, bilgilendirici ve onay verici biçimleri bulunmaktadır.

Duygusal destek

Bakım verme, sevgi, değer verme ve empatiyi içerir. Duygusal destek verebilmek için her zaman fiziksel olarak yanında olmak gerekli değildir (Günüşen, 2009, Langford ve ark., 1997). Kart ya da iek yollama, birinin kendi için dua ettiğini bilmek de duygusal desteğe girer. Bu destek tipi fikirlerin, deneyimlerin paylaşılması, kaygıların ifade edilmesi ve cesaretlendirmeyi sağlar. Bireyin hastalık ya da sakatlıkla ilgili olarak duygularından söz etmesini ve bu konularda konuşmasını cesaretlendirme, söylediklerini dikkatle dinleme ve onu sevdiğini söyleme ya da ona sevdiğini hissettirir. Komşuların, arkadaşların veya meslek elemanlarının bu rolü yerine getirmesi beklenir.

Yardım edici destek (Araçsal Destek)

Ekonomik yardım gibi elle tutulabilir yardım ya da hizmetleri, eřya, araç-gereç, para sağlama, işlerde yardım ederek zaman sağlama gibi durumları içermektedir. Böyle bir yardım, temel bir öneme sahip olması nedeniyle ailenin dūřuncelerinin değişmesi ve harekete geçmesi konusunda güdüleyicidir.

Bilgilendirici destek (Bilişsel Destek)

Bir başkasının problem çözmesine bilgi desteği vererek yardımcı olmayı içerir. Bireyin gereksinimlerine bağlı olarak onun mevcut durumuna ilişkin fikirlerin ve gerçeklerin konuşulmasıdır. Bilgi alınabilecek kaynakların bulunması, yararlı olabilecek mevcut hizmetler ve teknikler hakkında bilgilendirme, önerilerde bulunma gibi davranışlardır.

Onay veren destek

Kişiyi onaylama, takdir etme, kendini değerlendirmesine yardımcı olmayı kapsar (Langford ve ark. 1997). Bu tür destek, kişinin rekabet edebileceğini ve kendisinin değerli olduğunu düşündürerek bir tür güven duygusu oluşturmakta ve özellikle bireyin kaygı düzeyini düşürmede olumlu sonuçlar doğurmaktadır.

Bu işlevlerin hangi türünün daha yararlı olduğu bireyin kullanım durumuna göre değişmektedir. Bireyin gereksinimi ile ona verilecek destek türünün ve destek verecek kişinin uyumlu olması gerekmektedir. Ancak bu uyum sağlandığında etkili sosyal destek varlığından söz edilebilir.

2.3.2. Sosyal Destek Sağlamada Hemşirenin Rolü

Sosyal destek sistemleri, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarındandır. Destekleyici ilişkilerin varlığı insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Okanlı ve ark. 2003). Sosyal destek stresörlerin algılanmasını, insanın başa çıkma yollarını veya problem çözme davranışlarını değiştirerek ve insanın öz yeterlik algılamasını etkileyerek stresi azaltır.

Güçlü bir sosyal ağ ve sosyal desteğin varlığında, daha fazla olumlu sonucun ortaya çıktığı, sosyal destekleri iyi olan bakım verenlerin daha az yük, daha az depresyon, daha az sağlık problemleri, daha fazla yaşam memnuniyeti yaşadıkları bildirilmiştir (Saunders, 2003).

Bireyin sosyal destek özelliklerini değerlendirmede hemşire; öncelikle bireyin sosyal ağını ve sosyal destek kaynaklarını belirlemelidir. Çünkü sosyal destek sosyal ağdan sağlanır.

Bu nedenle bireyin çevresinde bulunan kişiler, bu kişilere yakınlığı, görüşme sıklığı, görüşme şekli (telefon veya yüzyüze), bu kişilerden ne tür bir destek aldığı (duygusal, araçsal, bilgisel) belirlenir.

Hemşire bu doğrultuda;

- Bireyin ne şekilde yaşadığını (eşi, çocuğu ile vb.),
- Birlikte yaşadığı kişileri ve bu kişilerin yakınlık derecesini,
- Aile yapısını, aile ilişkilerini, geçmişte ve şu anda aile içindeki konumunu ve görevlerini,
- Akriba, arkadaşlık ilişkilerini,
- Gelir durumun ve gelir kaynaklarını,
- Sosyalleşmede önemli olan ilgi alanlarını, hobi ve alışkanlıklarını,
- Sosyal destekleri kullanmada etkili olan, geçmişte ve şuanda kullandığı baş etme mekanizmalarını,
- Eğitim ve kültürel özelliklerini değerlendirmelidir.

Sosyal destek sistemlerini artırmaya yönelik hemşirelik girişimleri;

- Aile ilişkilerinin güçlendirilmesi; aile bireyin yaşamındaki en önemli destek kaynağıdır. Hemşire birey ve aile üyelerinin birbirlerine karşı duygularını paylaşmaları için ortam hazırlanmalıdır. Bireyler kendilerini değerli hissettikleri, yakınları için önemli olduklarını, problemi olduğunda yardım alabileceklerini bildiklerinde, diğerleriyle ilişkilerinde daha olumlu olacaktır.
- Bireyin sosyal destek kaynaklarını fark etmesi ve kullanması sağlanmalı; bunun için birey ve aile eğitim vermelidir. Eğitim, birey ve destekleyen kişilerin kendi kaynaklarını, yeteneklerini kullanmasına, duygusal sıkıntıların üstesinden gelmesine, çevresel değişikliklere ve strese uyum sağlanmasına katkı sağlayacaktır.

- Bireyin bu bakım verme sürecini daha sağlıklı ve nitelikli geçirmesi için gerekli durumlarda hizmet veya danışmanlık veren, manevi yada ekonomik yardım sağlayan kuruluşlar belirlenerek bireylerin bu hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır.
- Ailesi ile birlikte sosyal etkinliklere katılması sağlanmalıdır. Sosyal etkinlikler bireylerin arkadaşlık, dostluk geliştirmelerine katkı sağlayacaktır.

Literatürde sosyal destek kavramı, hemşirelik biliminin bir parçası olarak özellikle bakımın merkezinde yer alan kavramlardan biri olarak belirtilmektedir (Alley ve Foster, 1990; Langsford ve ark., 1997). Sosyal destek ihtiyaç olduğu an elde edilebiliyorsa yeterlidir (Ardahan, 2006). Bu nedenle hemşirelerin destek ihtiyacını iyi ve zamanında tanımlayabiliyor olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin hastalarının ihtiyaç duyduğu desteğin tipi ve kalitesinin, durum ve bireysel özelliklerine bağlı değerlendirilmesi gerekliliğinin farkında olması gerekmektedir (Ardahan, 2006). Hemşirelerin en önemli bağımsız rollerinden biri de danışmanlık hizmetleridir (Hurdle, 2001). Hemşirelerin, sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukları tanımlaması gerekmektedir. Daha sonra, bireyin yaşadığı en önemli zorluğun belirlenip ortaya konması ve ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi gereklidir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan sorunun gelişmesine etkisinin olup olmadığı açıkça ortaya konmalıdır. Eğer sosyal destek sorunun gelişmesinde etkili değilse, bireyin kişilik özelliklerinin belirlenmesi ve sosyal desteğin neden yetersiz olduğunun ortaya konması gerekmektedir. Sosyal desteğin etkisini birey merkezli engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Tüm bu etmenler belirlendikten sonra, hemşire sosyal desteğin etkisini arttırmaya çalışmalıdır. Ayrıca hemşirenin, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi gerekmektedir (Alley ve Foster, 1990; Ardahan, 2006).

Sosyal destek boyutlarıyla ilgili hemşireler hastaların, algıladıkları kriz durumlarını, kişisel güçlerini, sosyal ilişkilerini, sosyal izolasyon yaşama durumlarını, ekonomik durum, yaş ve kültür gibi özelliklerini ayrıntılı bir şekilde tanımlamalıdır. Bu alanlarda veriler toplandıktan sonra benlik kavramlarında bozulma, aile içi ya da bireysel etkili baş etmede yetersizlik, sosyal izolasyon, spiritüel distres, aile sürecinde bozulma, umutsuzluk, güçsüzlük

gibi hemşirelik tanılarını düşünmelidir. Bu tanılar doğrultusunda uzun dönemde krizin çözülmesi, etkili baş etme becerisinin kazandırılması gibi hedefler belirlemelidir. Kısa dönemdeki hedefler olarak ise ölçülebilir hasta merkezli amaçlar seçilebilmektedir. Toplum içerisindeki kaynaklar göz önünde bulundurularak hemşirelik girişimlerinde bulunulmalıdır. Bu girişimler değerlendirilmeli ve hemşirelik süreci bu şekilde dinamik olarak devam etmelidir (Alley ve Foster, 1990).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Parkinson Hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakım verici yükü ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 07.04.2011- 13.10.2011 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniklerinde yürütülmüştür. Parkinson ve Hareket Bozuklukları polikliniği; EÜTFH ‘ de sadece Parkinson hastaları için her ayın ilk iki Perşembesi olmak üzere 08:30- 12:30 saatleri arasında, DEÜH’de ise her Perşembe 13:30- 16:30 saatleri arasında hasta kabul etmektedir. Hasta ve hasta yakınlarına, EÜTFH Parkinson polikliniğinde her ayın ilk iki perşembesi 08: 30- 12: 30 saatleri arasında, DEÜ Hastanesi Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniğinde perşembe günleri 13: 30- 16: 30 saatleri arasında ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örnekleme EÜTFH ve DEÜ Hastanesi Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniğinde izlenen toplam 212 hasta ve bu hastaların yakınlarından oluşmaktadır. Örneklem seçimi, amaçlı örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Bu çalışmada testin gücü kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları (ÇBASDÖ için 57.01 ± 11.62 , BVEYE için 56.55 ± 15.31) kullanılarak G- Power paket programı ile hesaplanmış ve % 95 olarak bulunmuştur. Araştırmanın örneklemini Nisan 2011 - Ekim 2011 tarihleri arasında Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniklerine başvuran aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan İdiyopatik Parkinson hastalarına bakım veren hasta yakınları oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Hasta için; En az 6 ay önce İPH tanısı almış olması

Bakım veren için;

- Hasta bireye bakım veren kişinin 18 yaşın üzerinde olması
- Hastanın aile üyelerinden birisi olması (eşi, kızı, oğlu vb.)
- Hasta ile aynı evde yaşıyor olması
- Hastaya en az 6 aydır bakıyor olması
- Bakım verdiği kişinin bakımından birinci derecede sorumlu kişi olması
- Evde bakım vericiye yardım edecek ücretli bir çalışanın olmaması
- Algılama ve psikiyatrik problemlerinin olmaması
- Beck depresyon envanterinden 16 puan ve altı almış olması

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin yaş ortalaması 53.33 ± 12.56 'dır. Bakım verenlerin %64. 2'si erkek ve % 89. 6'sinin evli olduğu, çoğunluğunun (%34. 4) 6- 8 yıl arasında eğitim aldığı ve yarısından çoğunun (%67) çalışmadığı, bakım verme işinden önce çalışma durumlarının (%55. 2), bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun (%77. 8) gelir durumunun orta olduğu, hepsinin sosyal güvencesinin olduğu (%100) görülmektedir. Bakım verenlerin çoğunluğunu hasta eşlerinin oluşturduğu (%49. 5) ve bakım verme süreleri yıl ortalamasının 9.07 ± 5.78 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Bakım veren Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 212)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	76	35.8
Kadın	136	64.2
Medeni Durum		
Evli	190	89.6
Bekar	22	10.4
Eğitim Durumu		
Okur Yazar	15	7.1
1-5 Yıl	71	33.5
6-8 Yıl	73	34.4
9-11 Yıl	10	4.7
12 Yıl ve Üzeri	43	20.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	31	14.6
Yarım Gün Çalışıyor	39	18.4
Çalışmıyor	142	67.0

Bakım Verme İşinden Önce Çalışma Durumu		
Evet	95	44.8
Hayır	117	55.2
Gelir Durumu		
İyi	27	12.7
Orta	165	77.8
Kötü	20	9.4
Sosyal Güvencesi		
Var	212	100.0
Yok	-	-
Hastaya Yakınlığı		
Anne-Baba	6	2.8
Çocuklar	84	39.6
Eşi	105	49.5
Akrabası	17	8.0
Bakım Verme Süresi		
6-12 Ay	4	1.9
1 Yıl- 5 Yıl	62	29.2
6-10 Yıl	82	38.7
11-15 Yıl	37	17.5
16- 20 Yıl	15	7.1
21 Yıl ve Üzeri	12	5.7

Değişkenler	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Bakımverenin Yaşı	22.00	84.00	53.33	12.56
Bakım Süresi (yıl)	1.00	30.00	9.07	5.78

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 66.89 ± 10.64 'dür, %56. 6'sı erkektir ve çoğunluğunun (%35. 8) Evre 3'te olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Bakım Alan Hastaların Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 212)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyeti		
Erkek	120	56.6
Kadın	92	43.4
Hastalık Evresi (Hoehn-Yahr)		
Evre 1	6	2.8
Evre 1,5	27	12.7
Evre 2	29	13.7

Evre 2,5		45	21.2	
Evre 3		76	35.8	
Evre 4		28	13.2	
Evre 5		1	.5	
Değişkenler	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Hastanın Yaşı	32.00	85.00	66.89	10.64

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmanın yürütüleceği hastaneler araştırmacı tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniği her ayın birinci ve ikinci haftasının Perşembe günleri 08:30- 12:30 saatleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniği her Perşembe 13.30- 16.30 saatleri arasında ziyaret edilerek, İPH tanısı almış hasta ve hasta yakınları belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hasta yakınlarından araştırmaya katılmaları için yazılı izin alınmıştır. Kabul eden hasta yakınlarına depresyonu dışlamak için Beck depresyon envanteri uygulanmış ve 16 puan ve altı alanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Dahil edilme kriterlerine uygun hasta yakınlarına, Sosyodemografik Özellikler Anket formu, Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Caregiver Burden Inventory, CBI), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) uygulanmıştır. Hastaların hastalık evresinin belirlenmesi için Modifiye Hoehn ve Yahr ölçeği kullanılmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30 dk sürmüştür.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı değişkenler

Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin, bakım veren yükü ölçeğine göre toplam puan ortalaması ve beş alt boyut puan ortalamaları (zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük, duygusal yük) bu çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5.2. Bağımsız değişkenler

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine göre toplam puan ortalaması ve üç alt boyut puan ortalamaları (aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ve aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden algılanan sosyal destek) bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Anket formu

Bakım verenlerin özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacı ile araştırmacı tarafından düzenlenen bireysel bilgi formudur. Sosyodemografik özelliklerine yönelik yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir durumu, hasta ile yakınlık durumu, bakım verme işine başlamadan önceki çalışma durumu, hastaya ne kadar süredir bakım verdiğini içeren on soru, ayrıca hasta bireye ilişkin olarak da yaş, cinsiyet ve hastalık evresi dahil olmak üzere toplam on üç sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri

Bakım verenlerin yüğü envanteri, 1989 yılında, Kanada’da, Novak ve Guest tarafından bakım vermenin, bakım veren hasta yakınlarının üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, hem klinik hem de araştırmalar için kullanıma uygun, yeterince kapsamlı bir araçtır. Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği 2009 yılında Küçükgüçlü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Envanter, 24 maddelik Likert tipi (0-4) bir ölçektir. Bakım verenlerin yükünün çok boyutlu olduğu görüşüne dayanarak beş alt faktörden oluşmuştur. Bütün faktörler beş maddeden, ancak üçüncü faktör olan fiziksel yük dört maddeden oluşmaktadır. Her faktör 0

ile 20 puan arasında puan alabilmektedir. Hiç tanımlamıyor (0) puan, az tanımlıyor (1) puan, orta derecede tanımlıyor (2) puan, oldukça tanımlıyor (3) puan, çok tanımlıyor (4) puan şeklindedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte her bir maddeden alınan puan 1.25 ile çarpılarak değerlendirilmektedir. Bu sayede bu boyuttan da toplam 20 puan elde edilmektedir. Her bir deneğin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir.

Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları

Alt Boyutlar	Alt Boyutlarda Yer Alan Maddeler	İç tutarlılık katsayıları Küçüküçlü ve ark. (2009) n:230
Zaman-bağımlılık yükü	1, 2, 3, 4, 5	0.93
Gelişimsel yük	6, 7, 8, 9, 10	0.94
Fiziksel yük	11, 12, 13, 14	0.94
Sosyal yük	15, 16, 17, 18, 19	0.82
Duygusal yük	20, 21, 22, 23, 24	0.94
Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (Toplam)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24	0.94

Bizim çalışmamızda Bakım Verenlerin Yükü envanterinin toplam Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .94, envanterin alt boyutlarından “zaman- bağımlılık yükü” için .94, “Gelişimsel Yük” için .90, “Fiziksel Yük” için .88, “Sosyal Yük” için .89, “Duygusal Yük” için .74 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) Zimet ve arkadaşları tarafından, 1988 yılında, üç farklı kaynaktan alınarak geliştirilen, sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirliği ilk olarak 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Faktör yapılarının batı kültüründekilere benzer olup olmadıklarını bilmenin mümkün olmadığı düşünülerek 2001 yılında yine Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenirliği tekrarlanmıştır. Eker ve Arkar'ın yaptıkları ilk çalışmanın bazı bulguları, evlilerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdiklerini göstermiştir. Bu durumda, bu iki alt ölçekten hangisinin eşi içerdiği açık olmadığı kabul edilmiş ve yaptıkları ikinci çalışmalarında aile ve özel bir insan alt ölçeklerini sınırlar içine alarak kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde etmek için bazı revizyonlar yapmışlardır.

Aile; ebeveynler, eş, çocuk ve kardeşler dahil edilerek tanımlanmıştır. Ülkemizde oldukça özel bir anlama sahip olan 'özel bir kişi' terimi çıkartılarak özel bir insan; ailenin ve arkadaşlarının dışında olan kişi (örneğin; flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) olarak tanımladıkları ölçeğin son hali kullanılmıştır (Eker ve ark., 2001). Toplam 12 maddeden oluşan ölçek kesinlikle hayır -1 ile kesinlikle evet- 7 arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, aile ve arkadaşlar dışında olan kişi desteğini belirlemek üzere dörder maddeden oluşan üç alt boyutu bulunmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Boyutları ve İç Tutarlılık Katsayıları

Alt Boyutlar	Alt Boyutlarda Yer Alan Maddeler	Alt-Üst Puan	İç Tutarlılık Katsayıları	
			Zimet ve ark. (1988) n:275	Eker ve ark. (2001) n:150
Aileden algılanan sosyal destek	3, 4, 8, 11	4- 28	0.87	0.85

Arkadaştan algılanan sosyal destek	6, 7, 9, 12	4- 28	0.85	0.88
Aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden algılanan sosyal destek	1, 2, 5, 10	4- 28	0.91	0.92
Sosyal Destek Ölçeği (Toplam)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	12- 84	0.88	0.89

Bizim çalışmamızda **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek** ölçeğinin toplam Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .94, ölçeğin alt boyutlarından “aile” için .97, “arkadaş” için .97, “özel insan” için .98 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Modifiye Hoehn ve Yahr Ölçeği

Hoehn ve Yahr’ ın klinik evreleme ölçeği hastaların hastalık evresinin belirlenmesi için New York Kolombiya Üniversitesinde Margaret Hoehn ve Melvin Yahr’ ın birlikte çalışmalarıyla 1960 yılında geliştirilen ve ülkemizde nöroloji kliniklerinde yaygın olarak kullanılan bir skaladır (Memiş, 1997; Cubo ve ark., 2002; Martinez ve ark. 2005; Foltynie, 2007). Hastalığın şiddeti 1 ile 5 puan arasında değerlendirmektedir (Balaban, 2003).

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, Parkinson ve Hareket Bozuklukları Polikliniğine başvuran hastaların muayenesi sonucunda hekimler tarafından yapılmıştır.

3.6.5. Beck Depresyon Ölçeği

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin 1978 yılında ikinci formu geliştirilmiştir (Back, 1961). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmış olup birçok çalışmada kullanılmaktadır (Hisli, 1989).

Depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddeli ölçekte kişinin son bir haftada kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi belirtmesi istenmektedir. Her bir maddede dört seçenek vardır ve ölçekte her madde 0 ile 3 arasında değişen ölçekle puanlandırılır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'dur. Yüksek puan yüksek depresyon düzeyini göstermektedir. 10- 16 puan Hafif düzeyde depresif belirtiler, 17- 29 puan Orta düzeyde depresif belirtiler, 30- 63 puan Şiddetli depresif belirtileri ifade etmektedir.

Depresyondaki insanlar daha az sosyal desteğe ve kendisine yardımcı olabilecek çok az yakın arkadaşına sahip olma, arkadaşları ve akrabaları ile daha az ilişki içinde olma eğilimindedirler (Gençöz ve Özlale 2004; Park, 2007). Bu yüzden bizim çalışmamız için depresyon varlığı dışlama kriteri olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Ekim 2010 - Mart 2011	Literatür Tarama, Tez Önerisi Hazırlama
Mart 2011	Veri Toplanacak Kurumlardan izin
Nisan 2011	Etik Kurul İzni
Mayıs – Ekim 2011	Verilerin Toplanması
Kasım 2011- Mayıs 2012	Verilerin Analizi ve Tartışmanın Yazılması
Haziran 2012	Tez Savunma Sınavı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım veren yükü envanteri ve alt boyutları ile algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği ve alt boyutlarının puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Algılanan sosyal destek ve alt boyut puanlarının bakım veren yükü üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi (backward yöntemiyle) yapılmıştır.

3.9. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırmada örneklem sayısının yeterli olmasına karşın üniversite hastaneleri dışındaki kurumlardan da hasta alınması bulguların genellenebilirliğini arttırabilirdi.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 31.03.2011 tarihinde ve 139-GOA protokol numaralı 2011/10- 03 karar numarası ile etik kurul izin belgesi (EK 9) ve araştırmanın yapılacağı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (B.30.2.EGE.0.AJ.73.01/H- 547- 2410) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nden (B.30.2.DEÜ.0.H1.70.20) yazılı izin belgesi alınmıştır (EK 8). Araştırmaya dahil edilecek bakım vericilere araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgi içeren bilgilendirme onam formu okutulup yazılı izinleri alınmıştır (EK 6).

4. BULGULAR

Bu bölümde; Parkinson tanısı almış hastaya Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile Bakım Veren Yükü Envanteri puanları arasındaki ilişkinin analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Bakım Veren Yükü Envanterinden Aldıkları Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (n: 212)

Ölçekler ve Alt boyutları		En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği					
ÇBASDÖ (Toplam)		27.00	83.00	57.01	11.62
ÇBASDÖ Alt boyutları	1. Aileden ASD.	8.00	28.00	20.58	4.59
	2. Arkadaştan ASD.	6.00	28.00	18.54	4.79
	3. Aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden ASD	4.00	28.00	17.90	5.13
Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (BVEE)					
BVEE (Toplam)		6.00	90.50	56.55	15.31
BVEE Alt boyutları	1. Zaman Bağımlılık Yükü	2.00	20.00	12.67	4.27
	2. Gelişimsel Yük	2.00	20.00	12.54	3.79
	3. Fiziksel Yük	.00	20.00	10.84	3.84
	4. Sosyal Yük	1.00	20.00	12.85	4.41
	5. Duygusal Yük	.00	16.00	7.64	2.97

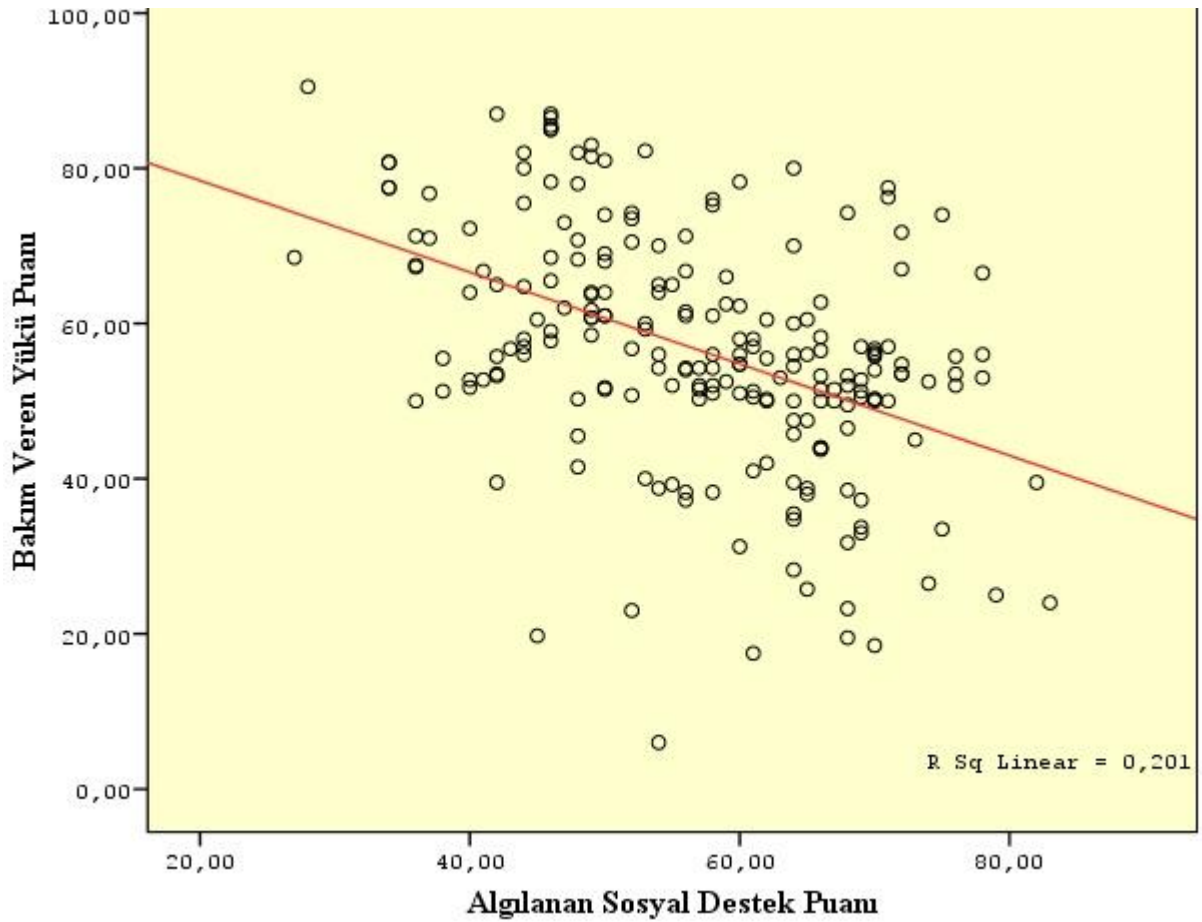
Tablo 3'te bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ölçeğinden ve bakım veren yükü envanterinden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması 57.01 ± 11.62 , bakım verenlerin yükü envanteri toplam puan ortalaması 56.55 ± 15.31 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Puanları ile Bakım Veren Yüğü Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Korelasyon Analizi (n: 212)

BVEE ve Alt boyutları		ASD (Toplam)		ASD Alt boyutları					
				Aileden ASD		Arkadaştan ASD		Aile/arkadaş dışında bir kişiden ASD	
		R	P	R	P	R	p	R	P
BVEE (Toplam)		-.45	.000	-.46	.000	-.34	.000	-.29	.000
BVEE Alt boyutları	1. Zaman Bağımlılık Yüğü	-.31	.000	-.27	.000	-.28	.000	-.20	.004
	2. Gelişimsel Yüğü	-.39	.000	-.43	.000	-.25	.000	-.26	.000
	3. Fiziksel Yüğü	-.32	.000	-.25	.000	-.32	.000	-.21	.002
	4. Sosyal Yüğü	-.43	.000	-.52	.000	-.27	.000	-.26	.000
	5. Duygusal Yüğü	-.32	.000	-.37	.000	-.20	.003	-.20	.003

Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin algılanan sosyal destek ölçeğı ve alt boyutları ile bakım veren yüğü envanteri ve alt boyutları puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin **algıladıkları sosyal destek toplam puanları** ile **bakım veren yüğü toplam puanları** arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($r: -.45, p<.001$, Tablo 4) (Şekil 1).



Şekil 1. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Puanları ile Bakım Veren Yük Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile bakım veren yükü puanları** arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($r: -.46$, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek puanları ile bakım veren yükü puanları** arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($r: -.34$, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları ile bakım veren yükü puanları**

arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.29, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.31, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.27, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.28, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları ile zaman-bağımlılık yükü** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.20, $p > .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **algıladıkları sosyal destek puanları ile gelişimsel yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.39, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aileden algıladıkları sosyal destek puanları ile gelişimsel yük** puanları orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.43, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları** ile **gelişimsel yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.25, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları** ile **gelişimsel yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.26, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **algıladıkları sosyal destek puanları** ile **fiziksel yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.32, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aileden algıladıkları sosyal destek puanları** ile **fiziksel yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.25, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **arkadaştan algıladıkları sosyal destek puanları** ile **fiziksel yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.32, $p < .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları** ile **fiziksel yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.21, $p > .001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **algıladıkları sosyal destek puanları** ile **sosyal yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.43, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aileden algıladıkları sosyal destek** puanları ile **sosyal yük** puanları arasında güçlü düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.52, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **arkadaştan algıladıkları sosyal destek** puanları ile **sosyal yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.27, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek** puanları ile **sosyal yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.26, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **algıladıkları sosyal destek** puanları ile **duygusal yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.32, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aileden algıladıkları sosyal destek** puanları ile **duygusal yük** puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (r: -.37, $p<.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **arkadaştan algıladıkları sosyal destek** puanları ile **duygusal yük** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (r: -.20, $p>.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin **aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek** puanları ile **duygusal yük** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($r: -20$ $p>.001$, Tablo 4).

Parkinson hastalarına bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanlarının (aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek) bakım veren yükü ölçeği toplam puan ve beş alt boyut (zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük ve duygusal yük) puanı üzerine etkisini değerlendirmek için **çoklu regresyon analizi** yapılmıştır.

Tüm regresyon analizlerinde, bağımsız/yordayan değişkenlerden birisi olan Algılanan Sosyal Destek toplam puan değişkeninin tolerans değeri küçük (.000) bulunduğundan (diğer bağımsız değişkenlerle güçlü ilişkisi bulunmaktadır) regresyon modeline alınmamıştır.

Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Bakım Veren Yüküne Etkisi:

Parkinson hastalarına bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanlarının bakım veren yükü toplam puanı üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak bakım veren yükü, yordayan (etkileyen) değişkenler olarak algılanan sosyal destek toplam puanı, aileden, arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek puanları backward yöntemiyle regresyon modeline alınmıştır.

Birinci modelde algılanan sosyal destek toplam puan değişkeninin tolerans değeri küçük bulunduğundan (.000) modele alınmamıştır. Birinci modelde üç değişken yer almış, ikinci modelde aile/arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek değişkeni yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır. Modelde kalan iki değişkenin bakım veren yükü puanı üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 5’da verilmiştir.

Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Bakım Veren Yükü Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları (n: 212)

Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	T	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	94,985	4,763		19,943	,000	85,595	104,374
Aileden ASD	-1,309	,215	-,393	-6,093	,000	-1,733	-,885
Arkadaştan ASD	-,620	,206	-,194	-3,009	,003	-1,027	-,214

Bağımlı Değişken: Bakım Veren Yükü Puanı

R: .50 Adjusted R²: .24 F: 34.317, p: .000 Durbin Watson: 1.822

Bakım veren bireylerde, iki değişken bakım veren yükü puanına ait değişimi (varyansı) % 24 oranında açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (Beta= β) yordayıcı/etkileyen değişkenlerin önem sırası; aileden ASD ve arkadaştan ASD şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre iki değişkenin de bakım veren yükü üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Aileden ASD alt boyut puanındaki bir birim artışın bakım veren yükü puanında -1.309 birimlik azalmaya yol açacağı, arkadaştan ASD alt boyut puanındaki bir birimlik artışın ise bakım veren yükü puanında -.620 birimlik azalmaya yol açacağı görülmektedir.

Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Zaman-Bağımlılık Yüküne Etkisi:

Parkinson hastalarına bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanlarının bakım veren yükü toplam puanı üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak zaman-bağımlılık yükü, yordayan (etkileyen) değişkenler olarak algılanan sosyal destek toplam puanı, aileden, arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek puanları backward yöntemiyle regresyon modeline alınmıştır.

Birinci modelde algılanan sosyal destek toplam puan değişkeninin tolerans değeri küçük bulunduğundan (.000) modele alınmamıştır. Birinci modelde üç değişken yer alırken, ikinci modelde yeterli etkiye sahip olmadığı için aile/arkadaş dışından bir kişiden ASD değişkeni modelden çıkarılmıştır. Modelde kalan iki değişkenin zaman-bağımlılık yükü puanı üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 6’de verilmiştir.

Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Zaman-Bağımlılık Yükü Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları (n: 212)

Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	T	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	19,738	1,446		13,646	,000	16,886	22,589
Aileden ASD	-,175	,065	-,188	-2,686	,008	-,304	-,047
Arkadaştan ASD	-,186	,063	-,209	-2,978	,003	-,310	-,063

Bağımlı Değişken: Zaman Bağımlılık Yükü Puanı

R: .33 Adjusted R²: .10 F: 12.632, p: .000 Durbin Watson: 1.959

Bakım veren bireylerde, üç değişkenin zaman-bağımlılık yükü puanına ait değişimi (varyansı) %10 oranında açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre yordayıcı/etkileyen değişkenlerin önem sırası; arkadaştan ASD ve aileden ASD şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre arkadaştan ve aileden ASD değişkenlerinin zaman-bağımlılık yükü üzerine etkili olduğu saptanmıştır ($p < .05$). Arkadaştan ASD alt boyut puanındaki bir birimlik artışın bireylerin zaman-bağımlılık yükü puanında -.186 birimlik azalmaya yol açacağı, aileden ASD alt boyut puanındaki bir birim artışın ise zaman-bağımlılık yükü puanında -.175 birimlik azalmaya yol açacağı, görülmektedir.

Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Gelişimsel Yüke Etkisi:

Parkinson hastalarına bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanlarının bakım veren yükü ölçeğinin gelişimsel yük puanı üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak gelişimsel yük puanı, yordayan (etkileyen) değişkenler olarak algılanan sosyal destek toplam puanı, aileden, arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek puanları backward yöntemiyle regresyon modeline alınmıştır.

Birinci modelde algılanan sosyal destek toplam puan değişkeninin tolerans değeri küçük bulunduğundan (.000) modele alınmamıştır. Birinci modelde üç değişken yer alırken, ikinci

modelde yeterli etkiye sahip olmadığı için arkadaşlardan ASD değişkeni modelden çıkarılmıştır. Modelde kalan iki değişkenin gelişimsel yük puanı üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Gelişimsel Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları (n: 212)

Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	T	P	95% Güven Aralığı
(Sabit)	20,582	1,173		17,553	,000	18,271 22,894
Aileden ASD	-,317	,055	-,385	-5,748	,000	-,426 -,208
Aile/arkadaşlar dışında olan bir kişiden ASD	-,085	,049	-,115	-1,714	,088	-,182 ,013

Bağımlı Değişken: Gelişimsel Yük Puanı

R: .44 Adjusted R²: .19 F: 25.184, p: .000 Durbin Watson: 1.895

Bakım veren bireylerde, üç değişkenin gelişimsel yük puanına ait değişimi (varyansı) %19 oranında açıkladığı görülmüş, “arkadaşlardan ASD” değişkeni çıkarıldığında da bu oran değişmemiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre yordayıcı/etkileyen değişkenlerin önem sırası; aileden ASD ve aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden ASD şeklindedir, ancak regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre yalnız aileden ASD değişkeninin gelişimsel yük üzerine etkili olduğu ($p < .05$), aile ve arkadaşlar dışında olan bir kişiden ASD değişkeninin etkili olmadığı ($p > .05$) saptanmıştır. Aileden ASD alt boyut puanındaki bir birim artışın gelişimsel yük puanında -.317 birimlik azalmaya yol açacağı, görülmektedir.

Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Fiziksel Yüke Etkisi:

Parkinson hastalarına bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanlarının bakım veren yükü ölçeğinin fiziksel yük puanı üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak fiziksel yük puanı, yordayan (etkileyen) değişkenler olarak algılanan sosyal destek toplam puanı, aileden,

arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek puanları backward yöntemiyle regresyon modeline alınmıştır.

Birinci modelde algılanan sosyal destek toplam puan değişkeninin tolerans değeri küçük bulunduğundan (.000) modele alınmamıştır. Birinci modelde üç değişken yer alırken, ikinci modelde yeterli etkiye sahip olmadığı için aile/arkadaşlar dışında olan bir kişiden ASD değişkeni modelden çıkarılmıştır. Modelde kalan iki değişkenin fiziksel yük puanı üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 8’da verilmiştir.

Tablo 8. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Fiziksel Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları (n: 212)

Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	T	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	17,420	1,291		13,498	,000	14,876	19,964
Aileden ASD	-,134	,058	-,160	-2,298	,023	-,249	-,019
Arkadaştan ASD	-,206	,056	-,257	-3,692	,000	-,316	-,096

Bağımlı Değişken: Fiziksel Yük Puanı

R: .35 Adjusted R²: .11 F: 14.457, p: .000 Durbin Watson: 1.850

Bakım veren bireylerde, üç değişkenin fiziksel yük puanına ait değişimi (varyansı) %11 oranında açıkladığı görülmüş, “aile ve arkadaş dışı birisinden ASD” değişkeni çıkarıldığında da bu oran değişmemiştir. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre yordayıcı/etkileyen değişkenlerin önem sırası; arkadaştan ASD ve aileden ASD şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre de her iki değişkenin fiziksel yük üzerine etkili olduğu (aileden $p < .05$, arkadaştan $p < .001$) saptanmıştır. Arkadaşlardan ASD alt boyut puanındaki bir birim artışın fiziksel yük puanında -.206 birimlik azalmaya, Aileden ASD alt boyut puanındaki bir birim artışın ise fiziksel yük puanında -.134 birimlik azalmaya yol açacağı belirlenmiştir.

Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sosyal Yüke Etkisi:

Parkinson hastalarına bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanlarının bakım veren yükü ölçeğinin sosyal yük puanı üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak sosyal yük puanı, yordayan (etkileyen) değişkenler olarak algılanan sosyal destek toplam puanı, aileden, arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek puanları backward yöntemiyle regresyon modeline alınmıştır.

Birinci modelde algılanan sosyal destek toplam puan değişkeninin tolerans değeri küçük bulunduğundan (.000) modele alınmamıştır. Birinci modelde üç değişken yer alırken, ikinci modelde yeterli etkiye sahip olmadığı için aile/arkadaşlar dışında olan bir kişiden ASD değişkeni modelden çıkarılmış, üçüncü modelde de arkadaşlardan ASD modelden çıkarılmıştır. Modelde kalan aileden ASD değişkeninin sosyal yük puanı üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Sosyal Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları (n: 212)

Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	T	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	23,043	1,196		19,270	,000	20,686	25,400
Aileden ASD	-,495	,057	-,516	-8,734	,000	-,607	-,384

Bağımlı Değişken: Sosyal Yük Puanı

R: .52 Adjusted R²: .26 F: 76.276, p: .000 Durbin Watson: 1.778

Bakım veren bireylerde, üç değişkenin sosyal yük puanına ait değişimi (varyansı) %27 oranında açıkladığı görülmüş, arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışı birisinden ASD” değişkenleri çıkarıldığında bu oran % 26 bulunmuştur. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonucuna göre de aileden ASD değişkeninin sosyal yük üzerine etkili olduğu ($p<.001$) saptanmıştır. Aileden ASD alt boyut puanındaki bir birim artışın ise sosyal yük puanında -.495 birimlik azalmaya yol açacağı belirlenmiştir.

Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Duygusal Yüke Etkisi:

Parkinson hastalarına bakım veren aile üyelerinin algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanlarının bakım veren yükü ölçeğinin duygusal yük puanı üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak duygusal yük puanı, yordayan (etkileyen) değişkenler olarak algılanan sosyal destek toplam puanı, aileden, arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek puanları backward yöntemiyle regresyon modeline alınmıştır.

Birinci modelde algılanan sosyal destek toplam puan değişkeninin tolerans değeri küçük bulunduğundan (.000) modele alınmamıştır. Birinci modelde üç değişken yer alırken, ikinci modelde yeterli etkiye sahip olmadığı için aile/arkadaşlar dışında olan bir kişiden ASD değişkeni modelden çıkarılmış, üçüncü modelde de arkadaşlardan ASD modelden çıkarılmıştır. Modelde kalan aileden ASD değişkeninin duygusal yük puanı üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 10’de verilmiştir.

Tablo 10. Bakım Veren Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Duygusal Yük Puanına Etkisi: Regresyon Analizi Sonuçları (n: 212)

Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	T	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	12,547	,874		14,352	,000	10,823	14,270
Aileden ASD	-,238	,041	-,369	-5,749	,000	-,320	-,157

Bağımlı Değişken: Duygusal Yük Puanı

R: .37 Adjusted R²: .13 F: 33.045, p: .000 Durbin Watson: 1.841

Bakım veren bireylerde, üç değişkenin duygusal yük puanına ait değişimi (varyansı) %13 oranında açıkladığı görülmüş, arkadaşlardan ve aile/arkadaş dışı birisinden ASD” değişkenleri çıkarıldığında da bu oran % 13 bulunmuştur. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonucuna göre de aileden ASD değişkeninin duygusal yük üzerine etkili olduğu (p<.001) saptanmıştır. Aileden ASD alt boyut puanındaki bir birim artışın ise duygusal yük puanında -.238 birimlik azalmaya yol açacağı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin yükü ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada Parkinson hastalarına bakım veren aile üyelerinin aileden, arkadaştan ve aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden aldıkları sosyal destek algılarının artmasıyla ters orantılı olarak yüklerinin azaldığı bulunmuştur. Literatürde algılanan sosyal destek, bakım veren yükünü etkileyen önemli faktörlerden birisi olarak tanımlanmaktadır (Düren, 2010; Kaufman ve ark., 2010; Hsiao, 2010; Ownswort ve ark., 2010; Kuşçu, 2009; Huang ve ark., 2009; Thielemann ve ark., 2009; Chiou ve ark., 2009; Varona ve ark., 2007; Suh ve ark., 2005; Meghan, 2005; Choo ve ark., 2003; Edwards, 2002; Thompson ve ark., 1993). Kardiyak sorunları, onkolojik hastalıkları ve psikolojik bozuklukları olan hasta gruplarına bakım veren bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda algılanan sosyal desteğin bakım veren yükünü azalttığı bulunmuştur. Bu konuda daha çok demanslı hasta grupları ve onlara bakım verenler incelenmiştir (Kaufman, 2010; Düren, 2010; Andre'n ve ark., 2008 Choo ve ark., 2003). Fakat ülkemizde yapılan çalışmalarda Parkinson hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle bu çalışma sonuçlarının Parkinson hastalığı ve bakım yükü literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Düren (2010) Türkiye' deki Demans hastalarının bakım vericilerinin iyilik halini tanımlayan genel psikolojik sağlık, depresyon ve külfet hisleriyle ilintili olan olası hastalık etmenin, sosyo-demografik özelliklerin, bakım vericilik özelliklerinin, bağlanma ve algılanan sosyal destek gibi etmenlerin irdelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada bakım vericilerin yük puanları ile toplam algılanan sosyal destek puanı ve aileden algılanan sosyal destek puanı arasında negatif korelasyon olduğunu bulmuştur. Ancak yine ölçeğin alt boyutlarından biri olan arkadaştan algılanan sosyal destek ve aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek ile bakım veren yükü arasında istatistiksel anlamlılıkta ilişki olmadığını bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise arkadaştan ve aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek ile bakım veren yükü arasında orta düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir

Kuşçu (2009) Türkiye’ deki kanser hastalarına bakım veren bireylerin aileden, arkadaştan, aile ve arkadaş dışı bir kişiden algıladıkları sosyal destek ve iyilik halleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada aile ve arkadaş dışı bir kişiden algılanan sosyal desteğin, aile ve arkadaştan algılanan sosyal destekten daha önemli ve etkili olduğunu bulmuştur.

Chiou ve arkadaşlarının (2009) evde bakım servisine kayıtlı, hasta ya da bakıma ihtiyacı olan bireylere bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ve bakım yükünü etkileyen etmenlerle olan ilişkisini incelemek için yaptıkları çalışmada sosyal destek ve bakım yükü arasında negatif bir ilişki olduğu yani daha yüksek sosyal destek alanların daha düşük bakım yükü puanlarına sahip oldukları ve aileden sağladıkları desteğin bakım yükünü azalttığı bulunmuştur.

Meghan (2005) Parkinson hastalığında sosyal desteği geliştirmek amacıyla yaptığı çalışmada bakım vericiler için sosyal desteğin hastalardan çok daha önemli bir unsur olduğu ve bakım vericilerin sosyal desteğin varlığı ya da yokluğundan daha fazla etkilendiklerini bulmuştur.

Edwards (2002) Parkinson hastalarına bakım verenlerde bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada; günlük yaşam aktiviteleri, algılanan sosyal destek, psikolojik iyilik ve evlilik doyumu regresyon analizine alınmış ve algılanan sosyal destek ve günlük yaşam aktivitelerinin daha önemli olduğu bulunmuştur.

Thompson ve arkadaşları (1993) tarafından kırılğan yaşlıya bakım verenlerin sosyal destek ve bakım verici yükü arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları çalışmada sosyal destek ile bakım verici yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, özellikle eğlence amaçlı sosyal etkileşimlerin bakım veren yükünün azalmasında önemli bir etken olduğu bulunmuştur.

Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım yükü puanları ile aileden, arkadaşlarından ve aile/arkadaşları dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir

ilişki olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizine göre bağımsız değişkenlerin önem sırası aileden ASD ve arkadaşan ASD şeklindedir.

Hupcey (1998) yaptığı çalışmada sosyal destek algısının sosyal desteği sağlayan kişiye göre değişebileceğini, alıcının sosyal destek sağlayan kişi ile uyumu ve iletişiminin bundan etkilenebileceğini belirtmiştir. Aile ve arkadaşların da sosyal destek sağlamada etkilerinin olduğunu ve aile üyelerinin özellikle eşlerin kriz durumlarında daha çok destek sağladıklarını vurgulamıştır. Bu araştırma sonucu bizim çalışmamızda hastaların aileden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olma nedenini destekler niteliktedir. Çalışma sonucuna göre evli bireylerin %89.6 olması, Türk toplumunda aile bireylerinin birbirine bağlı olmaları, birlikte yaşamaları, aile olmanın önemini bilmeleri, aile içinde dayanışma ve bağların güçlü olması nedeniyle aileden alınan sosyal desteğin algılanan sosyal destek düzeyine etkisinin yüksek olması beklendik bir sonuçtur.

Arkadaş ve aile dışındaki bir kişiden alınan sosyal desteğin algılanan sosyal destek düzeyine etkisinin orta düzeyde bulunmasının nedeni, kentleşmenin artması, kadınların da çalışmaya başlamasıyla komşuluk, arkadaşlık, akrabalık ilişkilerinin zayıflaması ve karşılıklı duyulan güvenin azalması gibi nedenlerden dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde algılanan sosyal destek ile bakım yükü arasında ilişki bulunmayan araştırma sonuçları da bulunmaktadır.

Kaufman ve arkadaşlarının (2010) demansı olan kişilerde sosyal destek, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada sosyal destek ve bakım yükü arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

Literatür incelendiğinde algılanan sosyal destek alt boyutlarının ve bakım veren yükü envanteri alt boyutlarının ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bizim çalışmamız sonucunda;

Aileden algılanan sosyal desteğin bakım veren yükü envanterinin alt boyutlarına olan etkisine bakıldığında gelişimsel, sosyal ve duygusal yükte daha önemli olduğu bulunmuştur.

Arkadaştan algılanan sosyal desteğin bakım veren yükü envanterinin alt boyutlarına olan etkisine bakıldığında zaman bağımlılık ve fiziksel yükte daha önemli olduğu bulunmuştur.

Aile ve arkadaş dışındaki bir kişiden algılanan sosyal desteğin bakım veren yükü envanterinin alt boyutlarına olan etkisine bakıldığında önemli olmadığı bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakım verici yükü ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım veren yükü envanteri ve alt boyutlarının puanları ile algıladıkları sosyal destek puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki ileri düzeyde anlamlıdır. Bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek toplam puanları arttıkça bakım veren yükü toplam ve alt boyut puanları azalmaktadır.
- Parkinson hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım yükü puanları ile aileden, arkadaşlarından ve aile/arkadaşları dışındaki bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin ailelerinden, arkadaşlarından ve aile/arkadaş dışında olan bir kişiden algıladıkları sosyal destek puanları arttıkça bakım veren yükü puanları azalmaktadır.
- Parkinson hastalığı olan bireylere bakım verenlerin, algıladıkları sosyal destek türlerinden en fazla desteği aileden, ikinci sırada arkadaştan ve son olarak da aile ve arkadaş dışında olan kişilerden aldığı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Hastaların en fazla desteği aileden alıyor olmaları, Türk kültürünün özellikleri ile örtüşen bir sonuç olarak görülmektedir. Tarihin ilk çağlarından beri aileler gereksinimi olan bireylerin bakımında en önemli rolü üstlenmişlerdir. Teknolojik gelişmeler ve toplumsal

değişimlerle birlikte aile bakım rolünden giderek uzaklaşmaya başlamıştır. Ancak Türk toplumu hala geleneksel değerlere bağlı bir toplum olma özelliklerini sürdürmekte ve bakım rolünü aile üyelerinden birinin üstlenmesi gereken bir sorumluluk olarak görülmektedir. Bakım sürecinin aile üzerine olan olumsuz etkisi uzun yıllardır çok sayıda çalışma ile ortaya koyulmuştur. Bu çalışmanın sonuçları da bakımda en önemli rolü sürdüren aile üyelerinin yüklerinin azaltılması için aileye verilecek desteğin önemli olduğunu göstermekte ve bu süreçte sosyal destek sağlamada ailenin önemini vurgulamaktadır. Hemşire hem sosyal destek kaynağı olarak hem de kaynakların harekete geçirilmesi sorumluluğu taşıyan bir meslek üyesi olarak bakım yükünün sebep olduğu olumsuz etkilerin en aza indirilmesi amacıyla;

- Ailenin, hastanın tanı almasından itibaren bakım sürecine katılmasını sağlamalı, hastanın kullandığı ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi vermelidir.
- Aileye Parkinson hastalığının neden kaynaklandığı, hastalık süresince ortaya çıkabilecek sorunlar ve bu sorunlarla başa çıkma stratejilerini anlatmalıdır.
- Ailenin yasal ve maddi haklarının farkında olmasını sağlamalı; evde sağlık hizmetleri, temizlik hizmetleri, ulaşım hizmetleri, telefon hatları ve destek hizmetleri gibi kullanılabilir programlar hakkında aileyi bilgilendirmeli ve uygun olduğunda bunları kullanmaya teşvik etmelidir.
- Ailenin boş zamanlarını etkin bir biçimde kullanmasını, toplum destek gruplarına katılmasını sağlamalı, ayrıca aile üyelerinin bağlarının kuvvetlendirilmesi ve motivasyonlarının arttırılması için aile terapileri ve grup terapileri yapmalıdır.
- Tüm bu önerilerin sistematik ve etkin bir şekilde sürdürülebilmesi için Parkinson hastalığına özgü uzman hemşireler yetiştirilmelidir.
- Bu önerilere ek olarak algılanan sosyal destek ve bakım veren yükünün ilişkisini inceleyen daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Akın D, Ceyhan E. Resmi ve özel genel lise öğrencilerinin ailelerinden, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri açısından kendini kabul düzeylerinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Dergisi, 2005, 2, 70.

Akpınar B. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

Alley N, Foster M. Using self-help support groups: a framework for nursing practice and research. Journal of Advanced Nursing, 1990, 15, 1383-1388.

Altın M. Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.

Altun İ, Ersoy N. Perspective on old age in turkey. Eubios Journal of Asian and International Bioethics, 1998, 8, 143-145.

Andre'n S, Elmsta S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. Journal of Clinical Nursing, 2008, 17, 790-799.

Apaydın H, Özekmekçi S, Oğuz S, Zileli İ. Hasta ve yakınları için el kitabı. Parkinson Hastalığı Derneği İstanbul, 2004; 8- 9.

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 9- 2.

Arzola G. Social Support and Depression Among Older Adults. Master dissertation, California State University, Los Angeles, 2007.

Ashour R, Jankovic J. Joint and skeletal deformities in Parkinson's disease, multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy. *Mov Disord*, 2006; 21: 1856-63.

Baker KL, Robertson N. Coping with Caring for Someone with Dementia: Reviewing the Literature about Men. *Aging and Mental Health*, 2008, 12(4), 413-422.

Behari M, Srivastava AK, Pandey RM. Quality of life in patients with Parkinson's disease. *Parkinson's and Related Disorders*, 2005; 221- 226.

Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. Routledge: London.1988.

Carter JH, Stewart BJ, Lyons KS, Archbold PG. Do motor and nonmotor symptoms in PD patients predict caregiver strain and depression? *Mov Disord*, 2008; 23: 1211-6.

Cheng YC. Caregiver Burnout: A Critical Review of the Literature. San Diego. Faculty of the California School of Professional Psychology at Alliant International University. Degree Doctor of Psychology, 2005.

Chiou JC, Chang H, Chen IP, Wanga HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009; 48: 419- 424.

Chou K, Jiann-Chyun L, Chu H. The reliability and validity of the chinese version of the caregiver burden inventory. *Nursing Research*, 2002; 51(5):324- 331.

Chung E. Social support and self efficacy as mediators between stress and depressive symptoms in older adults. Doctoral dissertation, University of Michigan, Michigan USA, 1995.

Cubo E, Rojo A, Ramos S, Quintana S, Gonzales M, Kompoliti K. ve ark. The importance of educational and psychological factors in Parkinson's disease quality of life. *European Journal of Neurology*, 2002/9, 589- 593.

Çakmur R. Parkinson hastalığının epidemiyolojisi ve klinik özellikleri. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi* 2003: 15-17.

Demirkıran M: Parkinson hastalığında disotonomi ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri, Nöroloji* 2003;1(3):195-9.

Doornbos M. Professional support for family caregivers of People with serious and persistent mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2001, 39 (12), 39-45.

Driver-Dunckley E, Samanta J, Stacy M. Pathological gambling associated with dopamine agonist therapy in Parkinson's disease. *Neurology*, 2003; 61: 422-3.

Dunkin J. Dementia Caregiver Burden: A Review of the Literature and Guidelines for Assessment and Intervention. *Neurology*, 1998, 51(1), 53-60.

Düren R. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bağlanma stili ve algılanan sosyal desteği bakım vericinin iyilik hali, bakım verme külfeti ve depresyon düzeyleri üzerine etkileri, *Marmara Üniversitesi, Uzmanlık tezi*, İstanbul, 2010.

Edwards EE, Sheetz PS. Predictors of burden for caregivers of patients with PD. *J Neurosci Nursing*, 2002; 34: 184-90.

Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 34: 45- 55.

Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12(1):17- 25.

Emre M, Hanağası H.A, Şahin H.A. ve Yazıcı J. Hareket bozuklukları. Nöroloji Kitabı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap evi, 2004; 421- 424.

Emre M, Hanağası HA, Şahin HA, Yazıcı J. Hareket Bozuklukları. <http://www.itfnoroloji.org/norodej/harboz.htm> Son Güncelleme Tarihi: 12/2008; Erişim Tarihi: 04/2012.

Fahn S, Jankovic J. Principles and Practice of Movement Disorders, Churchill Livingstone/ Elsevier, 2007.

Foltynie T, Lewis S, Barker R. Parkinson Hastalığı. Çev. Ed: Şahin G, Ankara, Güneş Kitabevi, 2007, 1-169.

Gençöz T, Özlale Y. Direct and indirect effects of social support on psychological well-being. Social Behavior and Personality, 2004, 32(5), 449.

Gibson G. "Social support satisfaction & physical health perceptions among older dementia caregivers" Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Atlanta Hilton Hotel, Atlanta, GA, Aug 16, 2003.

Giladi N, McDermott MP, Fahn S, Przedborski S, Jankovic J, Stern M, Tanner C. Parkinson Study Group: Freezing of gait in PD: Prospective assessment of the DATATOP cohort. Neurology 2001; 56: 1712-21.

Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, Czaja SJ, Mahoney D, Gallagher-Thompson D. et al. Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: The REACH Multisite Initiative at 6-Month Follow-up. Psychology & Aging, 2003, 18(3), 361–374.

Goetz CG, Fan W, Leurgans S. The malignant course of ‘benign hallucinations’ in Parkinson’s disease. Arch Neurol, 2006; 63: 713-6.

Gordon PA, Perrone K.M. When Spouses Become Caregivers: Counseling Implications for Younger Couples. *Journal of Rehabilitation*, 2004, 70 (2), 27-32.

Günüşen N. Baş etme Grubu ile Sosyal Destek Grubunun Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezi, İzmir, 2009.

Hamarat E, Thompson D, Karen M, Don Steele Z. Perceived stres and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young. Middle-Aged and Older Adults. *Experimental Aging Research*, 2001, 27, 181-196.

Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7: 3–13.

Hsiao CY. Family demands, social support and caregiver burden in Taiwanese family caregivers living with mental illness: the role of family caregiver gender *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19, 3494–3503.

Hughes TA, Ross HF, Mindham RHS, Spokes EGS. Mortality in Parkinson's disease and its association with dementia and depression. *Acta Neurol Scand*, 2004;110:118-23.

Hupcey J. Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 1998; 27, 1231-1241.

Hurdle DE. Social support: A critical factor in womens' health and health promotion. *Health and Social Work*, 2001.

Hutchison C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social suppor. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 29 (6), 1520-1526.

Kaufman AV, Kosberg JL. Social Support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural african american and white caregivers of older persons with dementia, *Journal of Gerontological Social Work*, 2010; 53: 251–269.

Kuşçu K. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? 3P *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2000, 8, 30-34.

Kuscu K, Dural U, Önen P, Yayla M. The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *M. Psycho-Oncology*. Oct 2009; Vol. 18, No. 9: 927- 935.

Küçükgülü Ö, Esen A, Yener G. Bakımverenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 2009; 26(1), 60- 73.

Langford C, Bowsher J, Maloney J, Lilis P. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 25, 95-100.

Langston JW. The Parkinson's complex: Parkinsonism is just the tip of the iceberg. *Ann Neurol*, 2006; 59: 591-96.

Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C. Family burden in longterm diseases: a comparative study inschizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med*, 2005; 61: 313–322.

Martinez-Martin P, Forjaz M, Frades-Payo B, Rusinol A, Fernandez-Garcia J et al: Caregiver Burden in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2007; 22: 924-31.

Martinez P, Serrano M, Vaca V. Psychometric characteristic of the Parkinson's disease questionnaire (PDQ-39). *Parkinsonism and Related Disorders*, 2005, 11, 297- 304.

McDonald WM, Richard IH, DeLong MR. Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry*, 2003;54(3):363-375.

Meghan N, McComb MS, OTR Linda Tickle-Degnen, PhD, OTR/L, FAOTA, Developing the Construct of Social Support in Parkinson's Disease. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2005; 24(1).

Memiş S, Akyol A. Parkinson hastalığı ile yaşamak. *Yelken Basım Yayın*, 2006, 5- 39.

Memiş S. Parkinson Hastalarının fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesinde hemşirenin rolü. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul*, 1997.

Micieli G, Tosi P, Marcheselli S, Cavallini A. Autonomic dysfunction in Parkinson's disease. *J Neurol Sci*, 2003; 24: 32-4.

Mikulincer Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics and change. *Gulilford Press. London*, 2007.

Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*, 1989; 29(6): 798- 803.

Okanlı A, Tortumluoglu G, Kırpınar I. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4, 99.

Özdilek BF. Parkinson hastalığında motor ve motor olmayan bulguların bakım verenin yaşam kalitesi ve külfet düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul*, 2008.

Özgür G. Bornova bölgesinde oturan emeklilerde, emeklilik, sağlık ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir*, 1991.

Özgür G. Sosyal destek ve sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1993; 43(2): 25- 26.

Park HS. Effects of social support, coping strategies, self-esteem, mastery, and religiosity on the relationship between stress and depression among korean immigrants in the United States: Structural Equation Modeling. Doctoral dissertation, The University of Texas at Austin, State of Texas, 2007.

Parkinson J. An Essay on the Shaking Palsy. London: Sherwood, Neely and Jones, 1817.

Pearson JE. The definition and measurement of social support. *Journal of Counseling and Development*, 1986, 64(6), pp:390- 395.

Pinquart M, Sorensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: A Meta-Analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2007, 62:126-137.

Rana QA. Diagnosis Treatment of Parkinson's Disease, 2011, Chapter-1; 1-21.

Romito LM, Raja M, Daniele A, Contarino MF, Bentivoglio AR, Barbier A, et al: Transient mania with hypersexuality after surgery for high frequency stimulation of the subthalamic nucleus in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2002; 17: 1371-4.

Russel R. Their Story. My Story: Health of Older Men as Caregivers. *Generations*, 2008, 32 (1), 62-67.

Saunders JC. Families living with Severe Mental Illness Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 2003, 24 (2), 175-198.

Schrag A, Hovris A, Morley D, Quinn Niall, Jahanshahi M. Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls and disability. *Parkinsonism and related Disord*, 2006; 12:35-41.

Schulze B, Rossler W. Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Curr Opin Psychiatry*, 2005;18: 684–691.

Shulman LM, TabackRL, Bean J, Weiner WJ. Comorbidity of the nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2001; 16: 507-510.

Shumaker SA, Brownell A. Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 1984; 40(4), pp:11-36.

Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi II: Toplumdan seçilmiş bir örneklemede, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikolojisi* 1990b; 6/7: 27- 40.

Sorias O. Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1988a; 27(1): 353-357.

Sorias O. Sosyal destek ve ruh sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1988b; 27(1): 359- 363.

Suh M, Kim I, Kim N, Cho H, Choi S. Caregiver's burden,depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 42, (2005) 611–618.

Thompson HE, Futterman MA, Thompson GD, Rose MJ, Lovett BS. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *journal of gerontology: social sciences* 1993; 48/5: 245- 254.

Thompson R, Lewis S, Murphy M, Hale JM, Blackwell P H, Acton GJ. et al. Are There Sex Differences in Emotional and Biological Resposes in Spousal Caregivers of Alzheimer's Disease? *Biological Research for Nursing*, 2004, 5(4), 319-330.

Wu Q, Mok, B. Mental health and social support: a pioneering study on the physically disabled in southern China. *International Journal of Social Welfare*, 2007, 16, 42.

Yavral F. Kamptokormili idyopatik Parkinson hastalarında paraspinal kas emg ve kantitatif müp analizi sonuçları, T.C Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.

Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson hastalığında bakıcı yükü. Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 2007; 10(1- 2):26- 34.

Varona R, Saito T, Takahashi M, Kai I. Caregiving in the Philippines: A quantitative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. Archives of Gerontology and Geriatrics 45 (2007) 27–41.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980; 20: 649-55.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess, 1988; 52: 30- 41.

Zimet GD, Powel SS, Farley GK ve ark. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess, 1990; 55: 610- 617.

8. EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU

Adı Soyadı:

1. Yaşınız?

2. Cinsiyet: a. Erkek
 b. Kadın

3. Medeni Durumunuz: a. Evli
 b. Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

5. Sosyal güvenceniz var mı? a) evet b) hayır

6. Çalışma durumunuz nedir? a. Çalışıyor
b. Çalışmıyor
c. Yarım gün

7. Size göre gelir durumunuz nasıldır? a) İyi
b) orta
c) kötü

8. Hasta ile olan yakınlık dereceniz:

a. Anne-Baba
b. Çocuklar
c. Eşi
d. Akrabası:
e. Diğer:

9. Bakım verme işine başlamadan önce çalışıyor muydunuz? a. Evet
b. Hayır

10. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

11. Hastanın Yaşı:

12. Hastanın Cinsiyeti:.....

13. Hastalık Evresi:.....

EK 2. BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ

Bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi nasıl gördüğünüzü ve bakım verme hakkında neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Ailede bakım veren kişi olarak deneyimlerinizi düşünün. Aşağıdaki ifadelerden hangisi son bir ayda bakım verdiğiniz kişiye bakımınızda yaşadığınız deneyimleri en iyi tanımlıyor. 0 Puan: Hiç Tanımlamıyor 1 Puan: Az Tanımlıyor 2 Puan: Orta Derecede Tanımlıyor 3 puan: Oldukça tanımlıyor 4 Puan: Çok Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor	Az Tanımlıyor	Orta Derecede Tanımlıyor	Oldukça Tanımlıyor	Çok Tanımlıyor
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binme, kendi ilaçlarını kullanma, parasını idare etme) yapabilmek için benim yardımıma ihtiyaç duyuyor.					
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı					
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım					
4. Bakım verdiğim kişi birçok temel fonksiyonunu (yeme-içme, banyo yapma, giyinip-soyunma, idrar ve dışkısını tutma, tuvalete gitme, oturup-kalkma, kişisel bakımını yapma, yürüme, merdiven inip-çıkma) yapabilmek için benim yardımıma ihtiyaç duyuyor.					
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok					
Puan					
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum					
7. Bu durumdan kaçıp kurtulabilmeyi isterdim					
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi					
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum					
10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum					
Puan					
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum					

12. Sağlığım olumsuz etkilendi					
13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.					
14. Fiziksel olarak yorgunum					
Puan					
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi iyi geçinemiyorum					
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor					
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum					
18. Mesleğimi eskisi gibi iyi yapamıyorum					
19. Bana bakım işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgıyım.					
Puan					
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.					
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum					
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum					
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum					
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum					
Puan					
TOPLAM PUAN					

EK 3. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlelerin yanında cevaplarınızı işaretlemeniz için boşluklar bulunuyor. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlelerin yanındaki boşluklardan yalnız bir tanesine çarpı işareti yapınız. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.	Hiç katılmıyorum (1)	Çoğunlukla (2) katılmıyorum	Katılmıyorum (3)	Kararsızım (4)	Katılıyorum (5)	Çoğunlukla (6) Katılıyorum	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 güvenebilirim.							
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 4. MODİFİYE HOEHN VE YAHR ÖLÇEĞİ

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 5. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

Adı Soyadı:

Tarih:

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışmanın adı ‘Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yükü İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ dir. Bakım verenlerin yükü ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma Yüksek lisans tezi olarak yapılacaktır.

Görüşme yaklaşık 30 dakika sürecektir. Bu çalışmadan elde edilecek veriler gizli tutularak yalnızca araştırmacı tarafından istatistik amacıyla kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkürler.

Ben, ‘Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yükü İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ çalışmasının kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Tarih(gün/ay/yıl:.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

Saygılarımla,
Zeynep Çiçek
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 7. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-567 -2410
KONU : Zeynep ÇİÇEK tez çalışması

10.03/2011

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 0614 sayılı ve 03.03.2011 tarihli yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep ÇİÇEK'in "Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yüğü İle Aldıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Nisan – Mayıs – Haziran 2011 tarihleri arasında Nöroloji Anabilim Dalı Parkinson ve Hareket Bozuklukları kliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Necir KÜTÜKÇÜLER
Başhekim

EK 8. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.H1.70.20-
KONU :

10.03.2011*002136

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

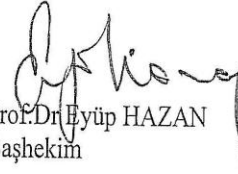
İlgi:03.03.2011 tarih, 614 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen, Zeynep ÇİÇEK isimli yüksek lisans programı öğrencisinin, Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yüğü ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi isimli tez çalışmasını, Nöroloji Anabilim Dalımızda yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Ek:1

03.03.11
10.03
Dj


Prof. Dr. Eyüp HAZAN
Başhekim

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR

Tel: +90(232) 412 23 26

Faks: +90 (232) 259 97 23

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Hasibe Topal

Elektronik ağ : www.deu.edu.tr

EK 9: Etik Kurul İzin Belgesi

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	139-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yükü ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yrd.Doç.Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ Yük.Lis.Öğr.Zeynep ÇİÇEK Hemşirelik Yüksekokulu
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/10-03	Tarih:31.03.2011
	Yrd.Doç.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ'nün sorumlusu, Yek.Lis.Öğr.Zeynep ÇİÇEK'in proje yürütücüsü olduğu "Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Yükü ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehmet MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zuhai BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hilseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Meltem Kuru GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ö Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdürü Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

EK 10. ÖZGEÇMİŞ

ZEYNEP ÇİÇEK

Adı Soyadı:	Zeynep ÇİÇEK
Doğum Yeri:	İzmir
Doğum Tarihi:	21.08.1986
Uyruğu:	T.C
Medeni Hali:	Bekâr
Adresi:	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
Telefon:	0232 390 40 01
E-posta:	zeynepcicekk@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

ÜNİVERSİTE	FAKÜLTE	ÖĞRETİM ALANI	DERECE	MEZUNİYET YILI
Adnan Menderes Üniversitesi	Aydın Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2009

ÇALIŞMA BİLGİLERİ

KURUM	ÜLKE	ŞEHİR	BÖLÜM	GÖREV TÜRÜ	GÖREV SÜRESİ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Kardiyoloji Anabilim Dalı	Hemşire	2010 - Devam ediyor
Özel Kent Hastanesi	Türkiye	İzmir	Kalp-Damar Yoğun Bakım	Hemşire	2009- 2010