T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PARKİNSON HASTALARINDA CİNSEL SORUNLAR VE İLİŞKİLİ ETMENLER

DİLARA HAKTANIR

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

II. DANIŞMAN
UZM. DR. AYGÜN AKBAY ÖZŞAHİN

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PARKİNSON HASTALARINDA CİNSEL SORUNLAR VE İLİŞKİLİ ETMENLER

DİLARA HAKTANIR

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

II. DANIŞMAN
UZM. DR. AYGÜN AKBAY ÖZŞAHİN

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 21.05.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

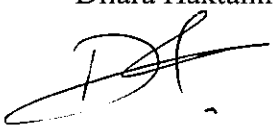
Prof. Dr. Sevim BUZLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayşe OKANLI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dilara Haktanır



İTHAF

Tezimi, ‘‘Hayatta en hakiki mürşit ilimdir, fendir’’, ‘‘Daha emin ve daha doğru olarak yürüyeceğimiz bir yol vardır: Büyük Türk kadınını çalışmamıza ortak kılmaktır’’ diyerek yolumuza ışık tutan, bugün bilimde ve her alanda fikri hür vicdanı hür kadınlar olarak yer almamızı sağlayan Başöğretmen Mustafa Kemal Atatürk’e ve aziz arkadaşlarına ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Araştırmamın tüm aşamalarında deneyim ve bilgi birikimini benimle paylaşan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz'a,

Ders döneminde ve okulun tüm aşamalarında desteğini ve bilgi birikimini esirgemeyen başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Sevim Buzlu olmak üzere; Doç Dr. Hülya Bilgin'e, Prof. Dr. Yasemin Kutlu'ya, Prof. Dr. Leyla Küçük'e, Dr. Öğr. Üyesi Özge Sükut'a,

Araştırmama desteklerinden dolayı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji hekimlerinden Dr. Buse Çağla Arı'ya,

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji klinik sekreteri Tülay Uzunoğlu'na, değerli hemşirelere ve tüm Nöroloji ekibine,

Zor günlerimde en büyük destekçim olan ve sevgisini hiç esirgemeyen annem ve babam ve kardeşime,

Hayatımın her döneminde desteğini esirgemeyen değerli dostlarım Merve Yiyitalp ve Rabia Buse Ayyıldız, Meltem Civil ve Aybüke Yiğit'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince tüm zor anlarımda desteğini hiç esirgemeyen değerli arkadaşım Hürrem Ayhan Balık'a,

Araştırmaya katılan ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm katılımcılara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım..

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Parkinson Hastalığı 4
2.1.1. Epidemiyoloji 4
2.1.2. Etyoloji ve Risk Faktörleri 5
2.1.3. Belirti ve Bulgular 9
2.1.3.1. Motor Belirti ve Bulgular 9
2.1.3.2. Motor Olmayan Belirti ve Bulgular 11
2.1.4. Tanı ve Tedavi 16
2.2. Cinsellik ve Cinsel Sorunlar 21
2.2.1. Cinsellik Kavramı 21
2.2.2. Cinsel İşlev Bozukluğu 21
2.2.3. Parkinson Hastalığında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler 22
2.3. Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 27
3.2. Araştırma Soruları 27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27
3.4. Veri Toplama Araçları 28
3.4.1. Bilgi Formu 28

3.4.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği 28
3.4.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği 29
3.5. Verilerin Toplanması 30
3.6. Etik Konular 30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri 30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 32
4. BULGULAR 33
4.1. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik, Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri 34
4.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular 37
4.3. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular 38
4.4. Parkinson Hastalarının Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular 40
4.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 44
5. TARTIŞMA 45
5.1. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik, Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması 46
5.2. Parkinson Hastalarında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması 49
5.3. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması 50
5.4. Parkinson Hastalarının Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması 53
5.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması 59
KAYNAKLAR 67
FORMLAR 84
ETİK KURUL KARARI 94
KURUM İZNİ 96
ÖLÇEK İZİNLERİ 98
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 101

ÖZGEÇMİŞ 102

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Verilerin İstatistiksel Analizinde Kullanılan Testler……..32

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri……..34

Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özellikleri……..35

Tablo 4.3. Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri……..……36/37

Tablo 4.4. Katılımcıların Yaş ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan İlişkisi……..…38

Tablo 4-5: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….....39

Tablo 4-6: Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile ACYÖ Puan İlişkisi……..……..……..…40

Tablo 4-7: Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması …….41

Tablo 4-8: Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan İlişkisi……..…….42

Tablo 4-9: Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..…42/43

Tablo 4-10: ACYÖ ile HAD-A Puanları Arasındaki İlişki……..…44

Tablo 4-11: ACYÖ ile HAD-D Puanları Arasındaki İlişki…….44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kesme Puanına Göre Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Oranı……38

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

PH:	Parkinson Hastalığı
RDB:	REM Uyku Davranış Bozukluğu
DKB:	Dürtü Kontrol Bozukluğu
DBS:	Derin Beyin Stimülasyonu
SNCA:	Alpha-Synuclein
H&Y:	Hoehn-Yahr
MAO-B:	Monoamin Oksidaz Tip B
GPi:	Globus Pallidus
HAD Ölçeği:	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A:	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Ölçeği
HAD-D:	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Ölçeği
ACYÖ:	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

ÖZET

Haktanır, D. (2019). Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans. İstanbul.

Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desendedir. Bu araştırma Ağustos 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin nöroloji kliniğinde takip edilen ve araştırma kriterlerine uyan 76 Parkinson hastası ile yapıldı. Çalışmanın verileri, Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Çalışmada hastaların yaş ortalaması 64,34±10 olup, %88,16'sının cinsel fonksiyonlarında bozulma olduğu saptandı. Katılımcıların hastalık sürelerinin 78,64±62,88 ay olduğu, %36,8'inin hastalık evresi H&Y Evre II ve aldıkları total Levadopa dozunun 692,5±359,16 mg olduğu bulundu. Cinsel sorunların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastaların birlikte yaşadığı kişi/kişiler, tedaviden görülen yan etki, fiziksel ve ruhsal sağlık algılama düzeyi, beden görünümünden memnun olma düzeyi, beden temizliği ve yürümede bağımlılık durumu, uykuya dalmada güçlük çekme ve iştahta azalma durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu. Parkinson hastalarında cinsel sorunların yaş ile birlikte arttığıve kadınlarda daha fazla görüldüğü saptandı. Anksiyete ve depresyon açısından risk arttıkça cinsel sorunların arttığı bulundu.

Sonuç olarak Parkinson hastalarında cinsel sorunlar yüksek oranda görülmektedir. Hastaların cinsel sorunlarının ve bu sorunlara neden olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin uygulanması açısından sağlık profesyonellerine önemli roller düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Parkinson hastalığı, cinsel sorunlar, anksiyete, depresyon hemşirelik.

ABSTRACT

Haktanır, D. (2019). Sexual Problems and Related Factors in Patients with Parkinson's Disease. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Mental Health and Psychiatric Nursing. Postgraduate Thesis. İstanbul.

This descriptive correlational study was conducted to determine sexual problems and related factors in patients with Parkinson's disease. This study which was conducted between August 2018-December 2018, with 76 patients followed up by neurology clinic in a training and research hospital. Data were collected by face to face interview using Information Form, Hospital Anxiety and Depression Scale and Arizona Sexual Experiences Scale. In data analysis, descriptive statistics, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis test and Spearman's Correlation test were used.

The mean age of patients was 64.34±10 years and the rate of sexual problems was %88.16 (n:67). It was found that the participants' disease duration was 78.64±62.88 months, total levodopa dose was 692.5±359.16 mg and H&Y stage II rate was %36.8. Sexual problems were different according to age, gender, education level, employment status, person/persons whom the patients live together, treatment side effects, the level of physical, mental health perception, being satisfied with appearance of the body, the state of addiction in body cleaning and walking, difficulty in falling asleep and appetite reduction. It was found that sexual problems increased with age and the problems were more common in women with Parkinson's disease. Sexual problems increased if the risk increased in terms of anxiety and depression.

As a result, sexual problems are quite common in patients with Parkinson's disease. Health professionals play important roles in evaluating sexual problems and related factors to implement appropriate interventions.

Key Words: Parkinson's Disease, sexual problems, anxiety, depression, nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik insanlığın var oluşundan bu yana süregelmiş, bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel durumlarından etkilenen çok boyutlu bir kavramdır. Cinsel aktiviteler merkezi sinir sistemi, hormonlar, duyu ve cinsel organlar tarafından yönetilmekte ve yürütülmektedir. Bu nedele kronik hastalıklar ve ilaç kullanma durumları bireylerde cinsel sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Yaşamın önemli bir parçası olan cinsellikte yaşanan sorunlar da bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilerken aile ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir (Bozdemir ve Özcan 2011; Ferrucci ve ark. 2016).

Kronik ve ilerleyen bir hastalık olan Parkinson hastalığı (PH), esas olarak bradikinezi, tremor, rijidite ve postural dengesizlik gibi motor bulgular ile karakterize; motor, bilişsel, otonomik ve duyusal sistemleri etkileyen nörodejeneratif bir hastalıktır (Moore ve ark. 2002; Karadağ ve ark. 2012; Broen ve ark. 2016). Motor bulguların yanı sıra bilişsel, otonomik ve duysal sistemlerin etkilenmesi ile hastalığın her evresinde görülebilen ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen halsizlik, depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu, gastrointestinal bozukluklar, mesane disfonsiyonu, kognitif disfonksiyon, psikoz, apati, uyku bozuklukları, ortostatik hipotansiyon, terleme ve duysal problemler gibi non motor semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Bronner ve Vodušek 2011; Polat 2011; Gümüş ve ark. 2013). Parkinson hastalarında non motor belirtiler yaklaşık %88 orkayanında görülür ve bireylerin yaşam kalitesini motor belirtilerden daha fazla etkileyebilir (Shulman ve ark. 2001).

Cinsel işlev bozukluğu Parkinson hastalığının non motor belirtilerinden olup, dopaminerjik sistemin etkilenmesi sonucu dopamin kaybı ile ilişkilidir. Cinsel işlev bozukluğu cinsel isteği ve cinsel fonksiyonu azaltarak cinsel aktivite sıklığında azalmaya neden olmaktadır (Moore ve ark. 2002; Bronner ve ark. 2004). Cinsel işlev bozukluğu genellikle otonomik disfonksiyon sonucu ortaya çıksa da bireyin psikiyatrik ve kognitif problemleri, biyolojik yaş ve hastalık yaşı, tedavi yan etkileri ve görünümde değişiklik ile de ilişkilidir (Kummer ve ark. 2009; Atagün ve ark. 2013). Tedavi yan etkisi olarak cinsel istekte azalma, orgazm problemleri ve erken ejekülasyon olabileceği gibi hastalarda hiperseksüalite ve anormal cinsel davranışlar ortaya çıkabilmektedir (Atagün ve ark. 2010; Polat 2011).

Her iki cinste de cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkabilmekte ve hastalarda bulunan nöropsikiyatrik problemler göz ardı edilebilmektedir. Depresyon Parkinson hastalığında en sık görülen nöropsikiyatrik belirtilerdendir. Parkinson hastalarında depresyona genellikle anksiyete eşlik etmektedir (Thanvi ve ark. 2003; Sarandöl ve ark. 2007). Bir araştırmada Parkinson hastalarında anksiyete ve depresyonun aynı anda görülme oranı %67 olarak saptanmıştır (Menza ve ark. 1993). Cinsel işlev bozukluğu bulunan Parkinson hastalarında depresyon ve anksiyete bulunma oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kummer ve ark. 2009). Erkeklerde genellikle depresyon, kadınlarda ise depresyona ek olarak anksiyete cinsel işlev bozukluklarının belirleyicileridir. Kadınlarda anksiyetenin beden imajının etkilenmesine bağlı olarak geliştiği bildirilmektedir (Atagün ve ark. 2013; Kotková ve Weiss 2013).

Hemşirelik hastayı bütüncül olarak değerlendirerek uygun girişimler ile bakım vermeyi amaçlayan bir bilim dalıdır. Hemşirelik süreci doğrultusunda Parkinson hastalarının bakımını planlamada objektif ve subjektif veriler doğrultusunda kapsamlı bir tanılama yapılması ilk ve en önemli aşamadır. Tanılamanın sistemli bir şekilde olması açısından hastanın fonksiyonel örüntülerinin eksiksiz biçimde tanılanması gerekir. Bu sistemlerden biri olan ve insan yaşamının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanan cinselliğin değerlendirilmesi, kültürel özelliklerimize bağlı olarak genellikle hasta ve sağlık çalışanları arasında konuşulmayan konulardan olması nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Sabancıoğulları ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin diğer fonksiyonlarla karşılaştırıldığında en az oranda veri topladıkları alanın cinsellik ve üreme fonksiyonları olduğu bildirilmiştir.

Tüm bu bilgiler ışığında Parkinson hastalarında cinsel fonksiyonları etkileyen gerek bireysel, hastalık ve tedaviye ilişkin etkenlerin gerekse psikolojik etkenlerin (anksiyete, depresyon vb.) değerlendirilerek uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanması, hasta ve partnerine danışmanlık yapma ve gerektiğinde uzmana yönlendirme konusunda alanında uzmanlaşmış psikiyatri hemşirelerine önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Kronik hastalıklarda cinsel sağlık, yaşam kalitesini belirleyen önemli bir faktördür (Bronner ve Vodušek 2011). Dolayısı ile cinsel sorunların saptanması ve uygun girişimlerin ele alınması, hasta ve ailesinin memnuniyetine ve yaşam kalitesine olumlu yönde katkıda bulunacaktır.

Literatür incelendiğinde Parkinson hastalarında cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili etmenlerin incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanırken, hemşirelik alanında bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda Parkinson hastalarında cinsel sorunların yüksek oranda saptandığı görülmektedir (Kotková ve Weiss 2013; Mott ve ark. 2005; Özcan ve ark. 2016; Varanda ve ark. 2016; Kaya ve ark. 2017). Bu çalışmada Parkinson hastalarının cinsel sorunları ve ilişkili etmenlerinin belirlenmesinin, sorunun önemine dikkat çekmede ve hemşirelik uygulamaları açısından Parkinson hastalarına bakım veren hemşire ve klinisyenlere bakımının bütüncül olarak planlanmasında bir veri sağlayarak katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Parkinson Hastalığı

Parkinson hastalığı, motor işlevlerde bozulma ile ilişkili, ana belirtileri tremor, rijidite, postural instabilite ve bradikinezi olan, hastalığın ilerlemesi ile motor hareketler ve iletişimde meydana gelen bozulmalar sonucu bireylerin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyen, kronik, nörodejeneratif bir hastalıktır. Alzheimer hastalığından sonra en sık görülen nörodejeneratif hastalıktır. İlk kez 1817 yılında James Parkinson tarafından 'Shaking Palsy' (titrek felç) olarak tanımlanmış, Nörolog Jean Martin Charcot ve William Gowers 19. yüzyılda önemli katkılarda bulunarak hastalığın tam tanımını oluşturmuşlardır (Bronner ve Vodušek 2011; Wirdefeldt ve ark. 2011; Palacios-Sánchez ve ark. 2017).

2.1.1. Epidemiyoloji

Parkinson hastalığı tüm etnik gruplarda görülmekte olup, prevelans ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (Rajput ve ark. 2003). Parkinson hastalığı erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. Bunun nedeni olarak yapılan hayvan çalışmalarında östrojenin dopaminerjik nöronlarda hücre ölümüne karşı koruma sağlayabileceği düşünülmüştür (Haaxma ve ark. 2007). Sanayileşmiş toplumlarda tüm nüfusta görülme oranı %0,3, 60 yaş üstü bireylerde görülme oranı %1 olup, insidans 8-18/100.000 oranında tespit edilmiştir (De Lau ve Breteler 2006).

Batı ülkelerinde, en güvenilir insidans çalışmaları Rochester, Minnesota'da yapılmıştır. Kayıtlar 1930'lu yıllardan itibaren çok dikkatli tutulmuş ve 1935-1990 yılları arasında insidans 18,2-20,5/100000 olarak saptanmıştır (Rajput ve ark. 2003).

Rijk ve arkadaşlarının (1997) beş Avrupa ülkesinde yaptığı çalışmada 65 yaş üstü bireylerde Parkinson hastalığı prevalansı %1,6 iken, Parkinson bulguları (parkinsonizm) prevelansı %2,3 olarak saptanmıştır.

Çin'de Parkinson hastalığı prevalansı 65 yaş üzeri bireylerde %1,7'dir. Mevcut demografik tahminler yaşlı nüfusun artması ile prevalansın önümüzdeki yıllarda artacağını ve 2010 yılında %8,87'ye, 2040 yılında %22,6'ya yükseleceğini göstermektedir (Wu ve ark. 2014).

Afrika'da Parkinson hastalığının ham prevalansı 7-436/100000 oranındadır. Tanzanya'da 2005 yılına göre 2025 yılında Parkinson hastalığı prevalansının %184 artması beklenmektedir (Massi ve ark. 2018).

Parkinson hastalığı erken yaşlarda da görülebilmektedir ancak başlangıç yaşı ortalama 60'tır. Tanı sonrasında ortalama yaşam süresi 15 yıl olarak belirlenmiştir. Parkinsoniyen bulguların bireylerde 40 yaş öncesinde başlaması erken başlangıçlı parkinsonizm olarak tanımlanmaktadır ve insidans oranı 0,5/100000 olarak tespit edilmiştir. Parkinsonizm bulgularının 21 yaşından önce görülmesi 'Juvenile Parkinsonizm' olarak adlandırılmaktadır. Yapılan bir çalışmada erken başlangıçlı Parkinson tanısı almış 60 birey değerlendirilmiş ve 4 bireyin semptomlarının 21 yaşından önce başladığı saptanmış ve oran %7 olarak bildirilmiştir (Thomsen ve Rodnitzky 2010; Lee ve Gilbert 2016).

Ülkemizde Parkinson hastalığına yönelik yapılmış kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır. Özbek ve arkadaşlarının (2009) Bursa'nın Orhangazi ilçesinde 1256 olguyu inceleyerek yaptığı toplum tabanlı prevalans çalışmasında hastalığın prevalansını %2,23 olarak saptanmışlardır. Durmuş ve arkadaşlarının (2015) 26,991 nüfuslu Başkale'de yaptığı çalışmada Parkinson prevalansı 202/100000 olarak saptanmıştır. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada ise prevalans değeri 111/100000 olarak bildirilmiştir (Özyiğit ve ark. 2016).

2.1.2. Etyoloji ve Risk Faktörleri

Parkinson hastalığı beyin sapında bulunan, özellikle dopamin salgılayan hücrelerin bulunduğu substansiya nigra bölgesinin hasarı sonucunda dopamin salgılayan hücrelerin dejenerasyonu ile meydana gelmektedir (Akbayır ve ark. 2017).

Substansiya nigra içerisindeki protein ailesinin bir üyesi olan a-synucleinin ana işlevi tam olarak bilinmese de sinaptik plastisitesinde, dopamin depolanmasında ve düzenlenmesinde rolü olduğu bilinmektedir. Parkinson hastalığındaki önemi ise Lewy cisimciklerinin ana bileşeni olmasından gelmektedir. Parkinson hastalığında ana nöropatolojik bulgu substansiya nigrada Lewy cisimciklerini içeren a-synucleinin birikmesi ve pars kompakta dopaminerjik nöronların kaybıdır. Bu durum sonucunda istemli hareketlerde azalma meydana gelmektedir. Parkinson hastalığının ilerlemesi ile Lewy cisimciklerini içeren a-synuclein birikiminin neokortikal ve kortikal bölgelere yayıldığı tespit edilmiştir (Steece-Collier ve ark. 2002; Tysnes ve Storstein 2017).

Parkinson hastalığının ortaya çıkış nedeni çoğu olgu için tam olarak bilinmemektedir. Parkinson semptomlarının ortaya çıkmasına neden olan dopaminerjik nöronların kaybının pek çok nedene dayanabileceği söylenmektedir. Hastalığın etyolojisine ilişkin araştırmalar devam etmektedir. Parkinson hastalığına neden olabileceği düşünülen faktörler; kalıtım ve genetik mutasyonlar, çevresel etmenler, yaş, cinsiyet, travma, enfeksiyon ve toksikasyon olarak sıralanabilmektedir. Ek olarak etyoloji ve risk faktörlerini inceleyen çalışmalar içerisinde bireylerin yaşam tarzlarının hastalık ile ilişkisini inceleyen araştırmalar da bulunmaktadır (Wirdefeldt ve ark. 2011; Akbayır ve ark. 2017).

Genetik Faktörler: Son yıllarda genetik çalışmalar hız kazanmış ve hastalığa neden olabilecek genetik risk faktörleri belirlenmeye başlanmıştır. Hastalığın genetik mutasyonlar sonucu oluşabildiği tespit edilmiştir. Mutasyonlar kalıtsal olabilmekte ya da çevresel etkenler ile ortaya çıkabilmektedir. Genetik yatkınlığın Parkinson hastalığı riskinin önemli bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (Checkoway ve Nelson 1999). Genel popülasyondaki bireyler ile karşılaştırıldığında, Parkinson hastalarının birinci derece aile üyelerinin hastalığa yakalanma riskinin 2-3 kat artmış olduğu saptanmıştır. Parkinson hastalarının %10-15'inde aile öyküsü bulunmaktadır. Parkinson hastalığının etyolojisinde ailevi unsurları incelemek amacı ile ikiz ve aile çalışmaları yapılmaktadır. Erken başlangıçlı Parkinson hastalığına yönelik yapılan ikiz çalışmalarında zigotluk ile fark göstermeyen düşük uyum oranları bildirilmiştir. Bir araştırmada ilk değerlendirmeden 8 yıl sonra tekrar değerlendirme yapılmış ve monozigot ve dizogot ikizler arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Parkinson tanısı almış 193 bireyle yapılmış başka bir çalışmada, monozigotiklerde %20, dizigotiklerde %12 uyum saptanmıştır. Buna karşın 50 yaşından önce tanı almış ikizlerde monozigotik uyum %100, dizigotik uyum %17 olarak bildirilmiştir (Hindle 2010; Wirdefeldt ve ark. 2011; Tysnes ve Storsein 2017).

Genetik çalışmalar sonucunda PARK adı verilen Parkinson hastalığı ile ilgili 18 kromozomal bölge saptanmıştır. Bu kromozomal bölgelerin bir kısmının otozomal dominant, bir kısmının ise otozomal resesif kalıtımda rol oynadığı düşünülmektedir. Leuricine-Rich Repeat Kinase 2 (LRRK2, PARK8) mutasyonları Parkinson hastalığına neden olan otozomal dominant kalıtımının en yaygın örneğidir ve sporadik geç başlangıçlı Parkinson hastalığında görülmektedir. Geç başlangıçlı Parkinson olgularının

%1-2' sini etkilemektedir. SNCA, a-synuclein proteinleri ile ilişkili gendir. SNCA mutasyonu ile ilişkili Parkinson hastalığı daha erken başlangıçlıdır ve daha hızlı ilerlemeyle levodopaya ılımlı cevap verir ve piramidal işaretler, psikiyatrik belirtiler ve bilişsel gerileme sıklıkla belirgindir (Hindle 2010; Akbayır ve ark. 2017).

Yaş: Yapılan çalışmalar incelendiğinde yaşlanma ile Parkinson hastalığının prevelansının arttığı görülmektedir. Yaş, Parkinson hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Yaşlanma, mitokondriyal işlevde bozulma, oksidatif stres ve serbest radikal ürünlerin artması ile ilişkilidir. Bu durum genomik instabiliteye ve gen mutasyonlarına neden olmakta ve hücre ölümü ile sonuçlanmaktadır. Yaşlanma ile beyinde substantia nigrada demir iyonu birikimi gerçekleşir ve hücreler toksinlere karşı duyarlı hale gelebilir (Hindle 2010).

Cinsiyet: Parkinson hastalığı prevalansı erkeklerde daha yüksektir (Mayeux ve ark. 1995; Benito-León ve ark. 2003). Çalışmalar incelendiğinde cinsiyetin erkek olmasının Parkinson hastalığının gelişmesinde bir risk faktörü olabileceği üzerinde durulmaktadır. Hayvanlar ile yapılan deneyler sonucunda östrojen hormonunun doparminerjik hücrelerin ölümüne karşı koruyucu rol oynayabileceği düşünülmüştür (Haaxma ve ark. 2007). Parkinson hastalığı tanısı almış kadınlarda erkeklere göre hastalık şiddeti, motor olmayan semptomlar ve mortalite oranı daha yüksek bulunmuştur (Dahodwala ve ark. 2016).

Çevresel Faktörler: Parkinson hastalığının etyolojisinin açıklanmasında genetik araştırmaların gelişmesine karşın olguların büyük çoğunluğunun kalıtımsal olmadığı ve sadece genetik nedenlere dayandırılamayacağı saptanmıştır. Bu bağlamda çevresel faktörler ile genetik faktörler arasındaki ilişkinin Parkinson hastalığının oluşmasında önemli rol oynadığı düşünülmüştür. Çevresel etmenlerin araştırılması 1980'li yıllarda 1-metil-4-fenil-1, 2, 3, 6-tetrahidropiridin (MPTP) nörotoksinine maruz kalmanın Parkinsonizm semptomlarını ortaya çıkarmasının saptanması ile hız kazanmıştır. Kırsal kesimlerde yaşayan bireylerin tarım ilaçlarına maruz kalmaları nedeni ile Parkinson hastalığı oluşumu riskinin arttığı saptanmıştır. Ek olarak tarım ilaçlarına maruziyetin SNCA geninde mutasyona yol açarak Parkinson hastalığı başlangıç yaşını etkilediği bildirilmiştir. Bilinen faktörlerin bir diğeri aşırı su kullanımıdır. Aşırı su kullanımının Parkinson hastalığı riskini artırdığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Parkinson hastalığının oluşumuna neden olabilen çevresel

faktörlerden biri de ağır metallerdir. Ağır metaller olarak bilinen kurşun, demir ve manganezin birikmesi sonucunda Parkinson hastalığı belirtilerinin ortaya çıktığı saptanmıştır (Zigmond ve Burke 2002; Wirdefeldt ve ark. 2011; Akbayır ve ark. 2017).

Enfeksiyonlar: Parkinson hastalığına neden olan faktörlerden bir diğeri de nöroinflamasyondur. Mikroglia hücrelerinin nöroinflamasyona neden olduğu bilinmektedir. İnflamasyon sürecinin ilerlemesi ile kalıcı nöron kaybı ortaya çıkabilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre Parkinson hastalarının merkezi sinir sistemi hastalıkları nedeni ile daha önce hastaneye yatış oranlarının kontrol grubuna göre %50 daha fazla olduğu saptanmıştır. Hayvanlar ile yapılan deneylerde ciddi bir periferik enfeksiyonun da Parkinson hastalığına neden olabileceği gözlenmiştir (Fang ve ark. 2012). Vlajinac ve ark (2013) yaptığı araştırmaya göre kabakulak, boğmaca, grip ve herpes simpleks enfeksiyonları ile Parkinson hastalığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Enfeksiyonun Parkinson hastalığı oluşumuna neden olabilmesinin saptanması ile antienflamatuar ilaç kullanımının Parkinson hastalığı oluşumunu önlemesi ihtimaline yönelik araştırmalar yapılmıştır. Özellikle ibuprofenin Parkinson hastalığı oluşumu riskini azalttığı saptanmıştır (Rees ve ark. 2011, Kaynak: Lee ve Gilbert 2016 p. 961).

Travma: Parkinson hastalığının ortaya çıkmasında kafa travmalarının etken olabileceğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bir araştırmaya göre bireylerin yaşamının erken dönemlerinde kafa travması yaşamalarının Parkinson hastalığı oluşumunda önemli risk faktörü olabileceği saptanmıştır (Gao ve ark 2015). Taylor ve ark (2016) yaptığı çalışmada Parkinson tanısı almadan 10 yıl önce kafa travması geçiren hastalar çalışma dışı bırakıldığında bilinç kaybı ile sonuçlanan kafa travmalarının Parkinson hastalığına neden olabileceği bildirilmiştir.

Yaşam Tarzı ve Alışkanlıklar: Yapılan çalışmalar Parkinson tanısı almış bireylerde sigara, kafein, alkol tüketimi ve egzersiz yapmanın hastalık ile ilişkisini saptamaya yöneliktir (Wirdefeldt ve ark. 2011). Yapılan araştırmalarda sigara tüketiminin Parkinson hastalığına karşı koruyucu olduğunu saptamıştır. Bunun nedeni nikotinin nöronlarda koruyucu rol üstlenmesi olarak açıklanmıştır (Tanner ve ark. 2002). Alkol ve kafein tüketiminin de Parkinson hastalığının oluşum riskini azalttığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Checkoway ve ark. 2002; Noyce ve ark. 2012). Fiziksel aktivitenin Parkinson hastalığı ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda yoğun

fiziksel aktivitenin Parkinson hastalığı riskini azalttığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir (Wirdefeldt ve ark. 2011).

2.1.3. Belirti ve Bulgular

2.1.3.1. Motor Belirti ve Bulgular

Parkinson hastalığının dört ana motor belirti ve bulgusu, istirahat tremoru, rijidite, bradikinezi ve postüral instabilitedir. Hastalığın başlangıcının sinsi olması nedeni ile motor belirtiler öncesinde hastalar ağrı ve gerginlik gibi şikayetler ile hekime başvurabilmektedirler. Bu döneme prodramal dönem adı verilmektedir. Olguların çoğunluğunda belirti üst ekstremitlerden birinde başlar ve zamanla aynı bölgedeki alt ekstremitede ve asimetrik olarak karşı tarafta devam eder. Hastalarda ana motor belirtilere bağlı olarak yürüme bozuklukları, disfaji (yutma güçlüğü), konuşma bozukluğu ve okülomotor işlev bozukluğu ve distoni (kasılma) görülebilmektedir (Ertan 2005; Emre 2010).

Tremor: Tremor, ritmik titreme hareketi olarak tanımlanabilir ve genellikle üst ekstremitelerde başlayıp, para sayma şeklinde bir titremedir. Tremor genellikle elde başlar, tanımlanmada hastanın ellerini ters çevirmesi istenir ve titreme olup olmadığı gözlenir. Titreme tek taraflı olup, 4-6 Hz frekanstadır. Parkinson hastalarında sıklıkla gözlenen ilk motor semptom istirahat tremorudur. Tremor bir elden diğerine yayılabilir ya da baş parmakların dairesel hareketler çizmesi gözlemlenebilir. Hastalığın ilerlemesi ile tremor dudak, çene ve alt ekstremitelerde görülebilmekte olup, hareket ve uyku esnasında kaybolmaktadır. Tremor, hastanın günlük yaşamda yaşadığı stres durumlarına bağlı olarak ortaya çıkabilmekte ya da şiddeti artabilmektedir. Esansiyel tremor, Parkinson hastalığında görülen tremordan farklı özellikler içermekte olup, Parkinson hastalığı için risk faktörü olarak görülmektedir (Ertan 2005; Jankovic 2008).

Rijidite: Kas kasılmalarının agonist ve antagonist kaslarda aynı anda artmasıdır. Tremorun var olduğu ekstremitelerde ve baş bölgesinde pasif hareketler esnasında gelişen direnç ‘rijidite’ olarak adlandırılmaktadır. Dişli çark, ekstremitelerin rotasyonel hareketi esnasında hissedilen kesintili dirençtir. Rijidite tüm kasları etkileyebilir. Ağrı rijidite ile ilişkili olarak Parkinson hastalarında sık görülen semptomlardandır. Rijidite, Parkinson hastalarının sırt bölgelerinden öne doğru eğilen, ilerlediğinde bel bölgesinde ‘kamptokormi’ adı verilen duruş bozukluğuna neden olabilmektedir. Ek olarak el ve

ayaklarda rijidite nedeni ile şekil bozuklukları görülebilmektedir (Ertan 2005; Jankovic 2008; Emre 2010).

Bradikinezi/Akinezi/Hipokinezi: Hareketlerin yavaşlaması 'bradikinezi', hareketlerin olmaması 'akinezi', hareketlerin istenenden daha yavaş olması ise 'hipokinezi' olarak tanımlanmaktadır. Bradikinezi genellikle el ve ayakların istemli hareketlerinin ve hız büyüklüğünün azalması ile ince motor hareketlerin yavaşlaması ve bozulmasıdır. Bu nedenle muayene esnasında hastadan hızlı ve tekrarlayan hareketler yapılması istenerek bradikinezi varlığı kontrol edilebilir. Bradikineziye bağlı olarak Parkinson hastalarında sandalyeden kalkma, yürüme hareketlerde ve kollarda asimetrik olarak hareket yavaşlaması meydana gelmektedir. Yürüme, dönme, ayağa kalkma esnasında hareketlerin bir süreliğine tamamen durması donma (freezing) olarak tanımlanmaktadır. Donma Parkinson hastalarında düşme ve travmalara neden olan durumlardan biridir. Hastalık ilerledikçe yürümede ani hızlanma, yürüyüş kontrolünü kaybetme (festinasyon) görülebilmektedir (Emre 2010; Magrinelli ve ark. 2016).

Bradikinezi varlığı nedeni ile Parkinson hastalarında hipomimi adı verilen yüz hareketlerinde yavaşlama ya da maske yüz, mikrografi adı verilen el yazısında küçülme görülebilmektedir. Ek olarak göz kırpma sayısında azalma ve spontan yutmada azalmaya bağlı salya artışı görülebilmektedir. Salyanın artması ile 'siyalore' adı verilen tükürüğün ağızdan damlaması durumu görülebilmektedir. Spontan yutmada azalma sonucunda Parkinson hastalarında aspirasyon pnömonisi riski yükselmektedir (Ertan 2005; Magrinelli ve ark. 2016).

Parkinson hastalığında konuşma bozuklukları genel olarak 'dizartri' olarak tanımlanmaktadır. Dizartri hipofonik ya da hiperkinetik olarak ortaya çıkabilmektedir. Konuşma bozuklukları Parkinson hastalarının bir çoğunda sıklıkla ileri evrede görülmektedir. Konuşma monoton (aprozodi) ve alçak sesle (hipofoni) olabilir. Kelimelerin ya da hecelerin ard arda tekrar edilmesi ile ortaya çıkan konuşma bozukluğu 'palilali', kelimelerin hızlı biçimde duraksamadan ard arda söylenmesi 'taşifemi' olarak adlandırılmaktadır (Benke ve ark. 2000; Ertan 2005).

Postüral İnstabilite: Parkinson hastalığının erken evrelerinde ortaya çıkabilmekte olup sıklıkla ilerleyen evrelerde görülmektedir. Postüral instabilite, postüral deformiteler, donma ve rijiditeye bağlı olarak postüral reflekslerin kaybı ile ortaya çıkmaktadır. Postüral reflekslerin ölçümü için muayene esnasında hasta ayakta

iken omuz bölgesinden öne ve arkaya doğru çekilir (pull testi) ve hastanın dengede durma durumu kontrol edilir. Postüral instabilite tedaviye en az yanıt veren motor semptomlardan biridir. Postüral stabilitenin etkilenmesi ile düşme ve yaralanmalar meydana gelebilmekte, bu durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bir çalışmada Parkinson hastalarının %62' sinde düşme şikayetinin yaşandığı bildirilmiştir (Jankovic 2008; Emre 2010; Sveinbjornsdottir 2016).

2.1.3.2. Motor Olmayan Belirti ve Bulgular

Parkinson hastalığı motor semptomların yanı sıra motor olmayan belirti ve bulguların da genellikle tabloya eklendiği bir hastalıktır. Parkinson hastalığının beynin noradrenalin deposu olarak bilinen bölgesi, hipotalamus, neokorteks gibi sinaptik yolaklarında dopamin kullanmayan bölgeleri de etkilemesi nedeni ile motor olmayan belirti ve bulguları ortaya çıkardığı bilinmektedir. Motor olmayan semptomlar duysal, otonomik ve nöropsikiyatrik semptomlar olarak sınıflandırılmaktadır. Duysal semptomlar; ağrı, akatizi, parestezi ve koku alma bozukluğu olarak sıralanabilir. Otonomik semptomlar; ortostatik hipotansiyon, gastrointestinal ve üriner disfonksiyonlar, ciltte yağlanma ve aşırı terleme, siyalore ve cinsel işlev bozukluklarıdır. Nöropsikiyatrik semptomlar ise; depresyon, anksiyete, psikoz, demans, apati, uyku ve dürtü kontrol bozukluğudur (Jankovic 2008; Aslam ve ark. 2016; Mukhtar ve ark. 2018).

Motor olmayan semptomlar hastalığın ilk evrelerinden başlayarak tüm evrelerinde görülebilmekte olup, Parkinson hastalarının yaklaşık %90'ında bulunduğu bilinmektedir. Bu semptomların hastaların yaşam kalitesini motor semptomlar kadar olumsuz yönde etkilemesi nedeni ile değerlendirmede göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Mukhtar ve ark. 2018).

Duysal semptomlar: Parkinson hastalığında duysal problemler sıklıkla görülmektedir. Ağrı, Parkinson hastalığında erken ortaya çıkabilen hatta motor belirtilerden de önce başlayabilen bir semptomdur (Pont-Sunyer ve ark. 2015). Parkinson hastalarında yaklaşık %39-70 oranında görülmektedir. Parkinson hastalığı olan ve olmayan aynı yaşta bireyler karşılaştırıldığında ağrı görülme oranı Parkinson hastalarında 2-3 kat artmaktadır (Nègre-Pagès ve ark. 2008; Beiske ve ark. 2009). Ağrı sıklıkla motor belirtilerin ortaya çıktığı ya da motor belirtilerin şiddetli olarak görüldüğü bölgede ortaya çıkmaktadır. Motor dalgalanmaların varlığı ağrı şikayetini daha da

artırmaktadır (Tinazzi ve ark. 2006). Dopaminerjik tedavinin uzun kullanımı nedeni ile ilaç etki süresinin azaldığı (doz sonu kötüleşmesi) hastalarda motor hareketlerin yavaşlamasına ek olarak ağrı tablosu da ortaya çıkabilmektedir (Blood ve ark. 2016).

Parestezi, el ve ayaklarda uyuşma, yanma ve karıncalanma hissi olarak ortaya çıkan ve Parkinson hastalarında yaygın olarak görülen duysal semptomlardandır. Dopaminerjik tedavi ile semptomlarda iyileşme gözlenmektedir (Emre 2010).

Koku alma bozukluğu, hastalığın genellikle erken dönemlerinde görülmeye başlayan ve Parkinson hastalarının yaklaşık %90'ında saptanan duysal bir semptomdur (Doty 2012). Parkinson hastalarında görülebilen hipozmi, koku alma duyusunda meydana gelen azalma, anozmi ise koku alma duyusunun kaybolması olarak tanımlanmaktadır (Çırpar ve ark. 2012).

Otonomik semptomlar: Parkinson hastalığının erken evrelerinde başlayabilmekte olup, hastalığın ilerlemesi ve tedaviye bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Parkinson hastalarında görülme oranı %50'den fazladır ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Ortostatik hipotansiyon, sistolik kan basıncında > 20 mm Hg, diyastolik kan > 10 mm Hg, ayağa kalktıktan sonra ve baş bölgesinin aşağıya eğimi ile üç dakika içerisinde en az 60 mm Hg' lik düşüş olarak tanımlanmaktadır. Parkinson hastalarında %30-40 oranında görülmektedir. Ortostatik hipotansiyon problemi olan Parkinson hastalarında baş dönmesi, yorgunluk ve fenalaşma hissi meydana gelebilmektedir (Aygün ve ark. 2009; Sveinbjornsdottir 2016).

Gastrointestinal disfonksiyonlar Parkinson hastalığında sık rastlanan motor olmayan semptomlardandır. Sindirim sisteminin yavaşlaması ile yemek sonrası şişkinlik, bulantı, gastrik retansiyon ve konstipasyon görülebilmektedir. Konstipasyon en sık görülen gastrointestinal semptomdur. Ek olarak sindirim sisteminin yavaşlaması, Parkinson hastalarında ilaçların etkisinin ortaya çıkışını geciktirerek hareketlerinin geç açılmasına neden olabilmektedir (Aygün ve ark. 2009; Sveinbjornsdottir 2016).

Üriner sistem disfonksiyonlarının Parkinson hastalarında belirtileri idrara çıkma sıklığının artması ve idrara yetişememe, idrar retansiyonu, idrar inkontinansı ve noktüri olarak sıralanabilmektedir. Mesanenin hızlı aktivitesi nedeni ile idrara çıkma sıklığının artması meydana gelirken mesanenin yavaş çalışması ile idrar retansiyonu ortaya çıkabilmektedir. İdrar inkontinansı ise sfinkterlerin kontrolünün kaybolması ile meydana gelmektedir (Aygün ve ark. 2009). Malek ve ark. (2017) 1746 Parkinson

hastası ile yaptıkları çalışmada idrar inkontinansını %28,8, noktüri ise %87,5 olarak bildirilmiştir.

Ciltte yağ bezlerinin aşırı çalışması nedeni ile Parkinson hastalarında ciltte yağlanma görülebilmektedir. Yağ bezlerinin fazla çalışması ile seboreik dermatit adı verilen ciltte kızarıklık, kaşıntı ya da pullanma meydana gelebilmektedir. Aşırı terleme (hiperhidrozis), diskinezi (istemsiz hareketler) ya da dopaminerjik ilaçların kan seviyesinde azalması ile meydana gelebilmektedir. Hastalar bir bölgede ya da tüm vücutta aşırı terlemeden şikayet edebilirler. Siyalore, tükrük salgılayan bezlerin fazla çalışmasına bağlı olarak ortaya çıkan ağızda salya birikmesi durumudur. Genellikle Parkinson hastalığının ileri evrelerinde ortaya çıkmaktadır. Yutma güçlüğü olan hastalarda siyaloreye sıklıkla rastlanmaktadır. Konuşmada bozulmalara da neden olması ile hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (Aygün ve ark. 2009; Emre 2010).

Nöropsikiyatrik semptomlar: Parkinson hastalığı motor belirtilerinin yanı sıra genellikle psikiyatrik semptomların da tabloya eşlik ettiği nöropsikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanabilir (Sarandöl ve ark. 2007). Parkinsonda ortaya çıkan nöropsikiyatrik bozukluklar arasında depresyon, anksiyete, hafif bilişsel bozukluklar, psikoz, apati, uyku bozuklukları, dürtü kontol bozukluğu, apati vb. yer almaktadır. Depresyon ve anksiyete araştırmanın bağımsız değişkenleri olduğu için ayrıca alt başlık olarak daha kapsamlı ele alınmıştır.

Depresyon: Nöropsikiyatrik semptomlar içerisinde en sık rastlanan bozukluk depresyondur. Depresyon Parkinson hastalarının yaklaşık %40-50' sinde bulunmaktadır (Aslam ve ark. 2016; Stanković ve ark. 2016). Yapılan bir derleme çalışmasında minör depresyon oranı %36,6; majör depresyon görülme oranı ise %24,8 olarak saptanmıştır (Slaughter ve ark. 2001). Yapılan araştırmalarda Parkinson hastalığının başlangıç yaşı, hastalık süresi, motor belirtilerin derecesi, ailede ve bireyde depresyon öyküsünün bulunup bulunmaması durumunun depresyon ile önemli ölçüde ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (Bayülkem ve Torun 2007). Öte yandan elli beş yaş öncesi Parkinson tanısı almak, Parkinson tanısı almadan önce depresyon öyküsünün bulunmasının depresyon açısından risk faktörü olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Depresyonun hastalarda genellikle motor semptomlardan önce ortaya çıkması Parkinson hastalığı ile ilintili olarak meydana geldiğini düşündürmektedir (Cole ve ark. 1996, Kaynak: Weintraub ve Stern, 2005 p. 845).

Depresyon Parkinson hastalığının her evresinde görülebilmekte olup hızlı bilişsel bozulma ile ilişkilendirilmektedir ve demans riskini arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca meydana gelen bilişsel bozulmanın da depresyon riskini arttırdığı bilinmektedir (McDonald ve ark. 2003). Kadın hastalarda depresyona daha sık rastlanmaktadır (Rojo ve ark. 2003). Parkinson hastalarında görülen depresyon belirtileri genellikle uyku bozuklukları, tat almada azalma, kilo kaybı, dikkat dağınıklığı, yorgunluk ve zevk alamama durumu şeklinde görülmektedir. Kendini suçlama durumu ile daha az karşılaşılırken, intihar düşünceleri ve girişimi ender görülmektedir (Poewe ve Seppi 2001, Kaynak: Bayülkem ve Torun 2007 p. 14; Edwards ve ark. 2002). Depresif semptomlar nedeni ile hastanın hastalık yönetimi zayıflayabilmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Costa 2012).

Anksiyete: Parkinson hastalarında sık rastlanan bir psikiyatrik bozukluktur (Duncan ve ark. 2013). Bireylerin kronik bir hastalık ile yaşıyor olmaları ve beyin sapı bölgesinde dopaminerjik, noradrenerjik nöronların zarar görmesi sonucunda anksiyetenin ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (Chen ve Marsh 2014). Beyinde seratonin düzeyinin azalması da Parkinson hastalarında anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bazı durumlarda Parkinson tedavisinin yan etkisi olarak anksiyete ortaya çıkabilmektedir. Farklı kronik hastalıklara sahip hastalar ile Parkinson hastalarının karşılaştırıldığı çalışmalarda Parkinson hastalarında anksiyete oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi sıklıkla görülmektedir. Hareketlerin durması yani 'kapalılık' döneminde hastalarda anksiyetenin arttığı saptanmıştır. Parkinson hastalarında anksiyeteye genellikle depresyon eşlik etmektedir (Yüksel 2002; Öztürk ve ark. 2004). Zhang ve ark. (2016) 1119 Parkinson hastası ile yaptıkları kesitsel çalışmada anksiyete görülme oranını %39,4 olarak saptamışlardır.

Parkinson hastalığında görülen psikozun genellikle tedavide kullanılan antiparkinson ilaçlar nedeni ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bir diğer etiyolojik yaklaşım ise amigdala ve hipokampüste meydana gelen nöropatolojik değişimlerdir. Görsel halüsinasyonlar ve yanılsama durumuna Parkinson hastalığında çoğunlukla rastlanmaktadır ve görülme oranı %3-40 arasında değişmektedir. Halüsinasyonlara genellikle Parkinson tedavisinin neden olduğu düşünülse de görsel halüsinasyonların tedavi öncesinde de bulunduğuna ilişkin bildirilmiş vakalar mevcuttur. Nadir olarak

işitsel, koku ve dokunma halüsinasyonları da görülebilmektedir. Özellikle Parkinson hastalığının ilerleyen dönemlerinde şüphecilik, zarar göreceğini düşünme gibi bazı hezeyanlar ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozukluğu, kabus görme gibi belirtiler psikozu öncü belirtileri olabileceğinden hekim tarafından dikkatli değerlendirilmelidir. Demansı olmayan Parkinson hastalarında içgörü genellikle bulunmaktadır. Psikoz varlığında hastanın bilişsel durumu kontrol edilmeli, antiparkinson tedavisi düzenlenmeli ve depresyon öyküsü sorgulanmalıdır. Psikoz problemi olan hastanın tedaviye olan uyumu bozulabilir, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilir ve bakım veren yükünü artırabilir (Tomruk ve ark. 1998; Sveinbjornsdottir 2016).

Parkinson hastalığında bilişsel fonksiyonlarda bozulma sıkça karşılaşılan bir durumdur. Hafif kognisyon bozuklukları hastalığın erken evrelerinde meydana gelebilmekte ve görülme oranı %18,9-38,2 oranında değişmektedir (Litvan ve ark. 2011). Yapılan çalışmalara göre yaklaşık %50 oranında demans olmadan orta düzeyde kognitif bozulma saptanmıştır. Hastalığın ve yaşın ilerlemesi ile %10-30 oranında hastada demans görülebilmektedir. Parkinson hastalığı olan bireylerde, hasta olmayan yaşıtlarına göre demans görülme sıklığı 4-6 kat artmaktadır. Demans gelişen Parkinson hastalarında genellikle yönetsel işlevlerde bozulma, vizospasiyal bozulma, dikkat ve dil sorunları meydana gelmektedir (Yüksel 2002; Camicioli ve Fisher 2004).

Apati eş zamanlı olarak bilişsel, duyusal ve davranışsal özelliklerden oluşan davranışsal bir bozukluktur. Apati duygusal rezonansta azalma, depresyon, bilişsel ilgide azalma ve zihinsel süreçlerde anlık aktivasyonun olmaması ile ilişkilendirilmektedir. Parkinson hastalığında sıklıkla karşılaşılan bir bozukluktur (Pagonabarraga ve ark. 2015).

Uyku bozuklukları Parkinson hastalığında genellikle ilerleyen evrelerde ortaya çıkmakta olup hastaların yaklaşık üçte birinde görülmektedir. Parkinson hastalığının nöropatolojisinde yer alan anatomik yapılar ve nörotransmitterlerin fizyolojik uyku döngüsünü etkilediği düşünülmektedir. Ek olarak antiparkinsoniyen tedavi, özellikle ilaçların geç saatlerde alınması Parkinson hastalığında uyku bozukluğuna neden olabilmektedir. Parkinson hastalarında uykuya dalmada güçlük, uyku bölünmeleri ve sık uyanma ve gün içerisinde uyuklama gibi belirtiler sıklıkla görülmektedir. Gece hareketlerin yavaşlaması nedeni ile yatak içerisinde hareket etmede güçlük, noktürnal tremor, noktüri, REM uyku davranış bozukluğu (RDB), depresyon ve huzursuz bacak

sendromu gibi durumların uyku bozukluklarına neden olabileceği bilinmektedir. REM uyku davranış bozukluğunda hastalar gördükleri kabusu canlı yaşıyormuş gibi algılayarak yumruk, tekme atma gibi hareketlerle etrafına ya da kendilerine zarar verebilmektedirler. RDB olan hastalarda rüya görme esnasında konuşma ve bağırma durumuna sıkça rastlanmaktadır. Varsanı problemi yaşayan Parkinson hastalarında RDB oranı daha yüksek bulunmuştur. Huzursuz bacak sendromu, hastaların uyku esnasında alt ekstremitelerini sürekli hareket ettirmek istemesi olarak tanımlanmaktadır. Hastalar hareket ettiklerinde bu durum düzelmektedir ancak huzursuz bacak sendromu uyku bozukluklarına neden olabilecek bir etkendir. Genellikle tedavide dopamin agonistleri kullanılmaktadır (Yüksel 2002; Emre 2010; Sveinbjornsdottir 2016).

Dürtü kontrol bozukluğu (DKB), Parkinson hastalarında genellikle kullanılan dopaminerjik ilaçların yan etkisi olarak ortaya çıkabilen davranış bozukluklarıdır. Bu davranışlar; patolojik kumar, aşırı yemek yeme, aşırı para harcama, hiperseksüalite ve ilaçların kötüye kullanımı olarak sıralanabilmektedir. Parkinson hastalarında genel popülasyona göre %8-28 oranında dürtü kontrol bozukluğu görülmektedir. Tedavide kullanılan dopamin agonistlerinin dürtü kontrol bozukluklarına daha çok yol açtığı bilinmektedir. Genellikle genç yaştaki erkek hastalarda karşılaşıldığı bildirilmiştir (Emre 2010; Sáez-Francàs ve ark. 2016).

2.1.4. Tanı ve Tedavi

Parkinson hastalığının tanısının konulmasında hasta öyküsü, nörolojik muayene, hastanın dopaminerjik ilaçlara verdiği yanıt ve motor dalgalanma gelişmesi önemli kriterlerdir. Hastalık genellikle asimetrik olarak başlamaktadır. Parkinson hastalığı tanısı için çeşitli kriterler geliştirilmiştir. Günümüzde yaygın olarak kullanılan Parkinson Hastalığı Derneği Beyin Bankası (The UK Parkinson's Disease Society Brain Bank) tarafından formülize edilmiş olan kriterler yaygın olarak kullanılmaktadır. Parkinson hastalığı klinik bir tanıdır. Manyetik rezonans (MR) olası sebepleri elemek için kullanılmaktadır. Transkranyal Doppler ultrasonografi, pozitron emisyon tomografisi (PET), tek foton dahil emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT), morfometrik MR çalışmaları, traktografi, fonksiyonel MR ve perfüzyon görüntüleme yöntemleri İdiyopatik Parkinson Hastalığı (IPH) ile diğer parkinsoniyen hastalıkların ayırt edilmesinde kullanılmaktadır (Rizek ve ark. 2016).

Parkinson hastalarında motor bozuklukların ve özürlülük durumunun değerlendirilmesi ve derecelendirilmesi için ölçekler kullanılmaktadır. Günümüzde bu ölçeklerden değerlendirme için en sık başvurulan ve güvenilir olduğu düşünülen 'The Unified Parkinson's Disease Rating Scale' (UPDRS) skalasıdır. Türkçe versiyonu Hareket Bozuklukları Derneği Birleşik Parkinson Hastalığı Değerlendirme Ölçeği (BPHDÖ) olup, 2000 yılında ilk geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin kapsamlı olmaması nedeni ile 2016 yılında standartizasyonu tekrar yapılmıştır (Yılmaz 2016). Hasta gruplarını karşılaştırmak ve hastalığın ilerleyişini evrelendirmek amacı ile Hoehn&Yahr skalası kullanılmaktadır. Hoehn-Yahr (H&Y) skalası 1967 yılında Margaret Hoehn ve Melvin Yahr tarafından geliştirilmiş olup hastalar 0-5 arasında evrelendirilmiştir. Evrelendirme kriterleri aşağıdaki gibidir:

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 (Jankovic 2008; Aykaç 2011).

Levodopa: Parkinson hastalığının tedavisinde levodopa günümüzde de altın standart olarak kullanılmaktadır. 1960'lı yıllarda hastalığın dopamin eksikliği nedeni ile geliştiği saptanmış ve levodopa kullanımına başlanmıştır. Dopaminin tek başına kan beyin bariyerinden geçememesi nedeni ile levodopa maddesi kullanılmaktadır. Levodopa beyine taşınması esnasında periferde bozulmasının önlenmesi amacı ile benserazid ve karbidopa ile birlikte kullanılmaktadır. Uzun salınımlı formu, ilacın gece de etkisinin devam ederek hastanın motor hareketlerinin devamlılığını sağlamaktadır. Levodopa kullanım süresi, dozunun yüksek olması ve başlangıç yaşının erken olması nedeni ile bir takım komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu komplikasyonlar

genellikle motor dalgalanmalar ve diskinezi olmaktadır. Ek olarak levodopa kullanım süresinin uzaması ile tedavide etkinliğinin azaldığı bilinmektedir. Etki azalması postüral instabilite ve düşme, donma, tremor, konuşma ve yutma bozuklukları gibi semptomlar üzerinde meydana gelmektedir. Levodopa yemekler ile birlikte alındığında etkisinde azalma görüldüğü için aç alınması önerilmektedir. Levodopanın yan etkileri bulantı, kusma, ortostatik hipotansiyon ve uyku bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklar olarak sıralanabilmektedir. Uzun müddet ve yüksek dozda levodopa kullanan hastalarda levodopa alımının aniden durdurulması ile Nöroleptik Malign Sendrom ortaya çıkabilmektedir. (Erer ve Zarifoğlu 2008; Giugni ve Okun 2014; Gölçal ve Yıldız 2015).

Dopamin agonistleri: Parkinson hastalığı tedavisinde sıkça kullanılan dopaminerjik ilaç türüdür. Dopamin agonistleri post-sinaptik reseptörleri uyararak etki sağlamaktadırlar. Hastalığın erken evrelerinde tekli tedavi olarak kullanılabilirken, ilerleyen evrelerde birleşik tedavi olarak kullanılmaktadır. Bunun nedeni dopamin agonistleri tek başına kullanıldıklarında levodopa kullanımını geciktirirler ve motor komplikasyon görülme sıklığı levodopaya göre daha azdır. Pramipeksol, ropirinol ve rotigotin sıkça kullanılan dopamin agonistleridir. Dopamin agonistleri genellikle oral formda kullanılmaktadır. Farklı olarak rotigotinin transdermal kullanımı mevcuttur. Dopamin agonistlerinin yan etkileri bulantı, uyku hali, sersemlik, halüsinasyon ve dürtü kontrol bozukluğu olarak sıralanabilmektedir (Çakmur 2011; Worth 2013; D'Abreu 2018).

MAO-B inhibitörleri: Rasajilin ve selejilin MAO enzimi izoformu olan Monoamin Oksidaz Tip B (MAO-B)'yi inhibe ederek beyinde dopamin yıkımını azaltmaktadırlar. MAO-B inhibitörleri tek başına erken evre Parkinson hastalığı tedavisinde kullanılabilmektedir. MAO-B inhibitörü kullanımının dopaminerjik tedaviyi bir yıla kadar geciktirdiği bilinmektedir ve yetersiz olduğu durumlarda levodopa ile kullanılmaktadır. Yan etkileri; bulantı hipotansiyon, uykusuzluk, ajitasyon olarak sıralanabilmektedir. Ek olarak seratonin sendromuna yol açabilmesi nedeni ile MAO-B inhibitörlerinin Seçici Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) birlikte kullanılmaması önerilmektedir (Çakmur 2011; Gölçal ve Yıldız 2015).

Katekol-O-Metiltransferaz (COMT) inhibitörleri: Tolkapon ve entakapon levodopanın etkisinin daha uzun süre olmasını sağlamaktadır. Tolkapon karaciğerde

toksik etki yaratabilmektedir. Bu nedenle entakapon kullanımının daha güvenli olduğu bilinmektedir (Erer ve Zarifoğlu 2008).

Amantadin: Dopaminerjik etkisi nedeni ile erken evre Parkinson hastalığı tedavisinde tekli tedavi olarak kullanılabilmektedir. Ek olarak Parkinson hastalığında meydana gelen diskineziyi azaltmak amacı ile kullanılmaktadır (Worth 2013).

Antikolinerjikler: Antikolinerjik ilaçların etkisinin sınırlı ve nöropsikiyatrik yan etkilerinin olması nedeni ile birinci basamak tedavide önerilmemektedir. Antikolinerjik ilaçlar şiddetli tremor görülen Parkinson hastalarında levodopa ya da dopamin agonisti tedavisine ek olarak kullanılabilmektedir (Çakmur 2011).

İnvazif yöntemler: Parkinson hastalığının tedavisinde oral tablet ilaçların yeterli gelmemesi ya da etkinliğin azalması sonucunda hastalar invaziv tedavilere yönlendirilmektedir. İnvaziv tedavi yöntemleri sübkütan apomorfin, derin beyin stimülasyonu (DBS) ve levodopa/karbidopa intestinal jel olarak sıralanabilmektedir. Apomorfin sınıflandırma olarak dopamin agonistleri arasında yer almakta olup sübkütan olarak kullanılmaktadır. Sübkütan uygulama olması nedeni ile hızlı etki göstermektedir ve uzun süreli kullanımı güvenli olarak saptanmıştır. Apomorfinin aralıklı enjeksiyon ve sürekli infüzyon şeklinde iki uygulama şekli bulunmaktadır. Apomorfin sürekli infüzyonu motor dalgalanmaları ve öngörülemeyen kapanma dönemi olan ileri evre Parkinson hastalarında etkili olmaktadır. Apomorfinin sık görülen yan etkileri hipotansiyon ve bulantıdır. Yan etkilere yönelik verilen ek ilaçlar ile kullanımı yaygın hale gelmektedir. Derin beyin stimülasyonu (DBS), Parkinson hastalarında motor dalgalanmalar, diskinezi ve tremor semptomlarına yönelik olarak uygulanan beyin cerrahisi tekniğidir. DBS beynin subtalamik nukleus ve globus pallidus (GPi) bölgeleri uyarılmaktadır. Yapılan çalışmalarda subtalamik nukleus bölgesine uygulanan DBS ile oral tedavide kullanılan levodopa miktarı ve levodopa ile meydana gelen diskinezi durumunun azaldığı, gün içerisinde kapanma sıklığının düştüğü ve bu sayede hastaların yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır. GPi bölgesine uygulanan DBS ise motor skorlarda ve diskinezi azalmasında etkili olduğu, dopaminerjik tedavi kullanımını minimal olarak azalttığı ya da hiç azaltmadığı bildirilmiştir. DBS uygulamasının cerrahi bir girişim olması nedeni ile hem kullanınlan implantlar hem de beynin bölgeleri uyarma ile ilgili komplikasyonları olmaktadır. Ölüm ya da kalıcı sakatlık, bildirilen olguların yaklaşık %2' sinde görülmüştür. Bilişsel bozukluk, yürüyüş ve konuşma

bozukluğu, ruhsal bozukluklar ve otonomik bozuklukların DBS ile düzelme olasılığı düşüktür ve bu bozukluklar DBS ile daha kötüye gidebilmektedir (Giugni ve Okun 2014; Gölçal ve Yıldız 2015; D'Abreu 2018). Levodopa/karbidopa intestinal jel motor dalgalanma ve diskinezi semptomları olan ileri evre Parkinson hastalarında kullanılan cerrahi tedavi türüdür. Motor dalgalanmalar hastlığın ilerleyen evrelerinde gastrik boşalmanın gecikmesi nedeni ile oral tedavinin işe yararlılığının azalması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Tedavinin temel amacı motor dalgalanmaları azaltarak hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Perkütan endoskopik gastrostomi tüpü içerisinden jejunal tüp geçirilerek tüpün jejenumun proksimaline bırakılır. Levodopa/karbidopa intestinal jel taşınabilir bir cihaz yardımı ile doğrudan jejenuma verilir. Doz hastanın kullandığı oral tedavinin günlük dozuna göre ayarlanmaktadır ve sürekli infüzyon olarak gün içerisinde verilmektedir. Tedavide sabah bolus doz olarak sabah dozu, 16 saat boyunca gün içerisinde sürekli doz verilmektedir. DBS'den farklı olarak levodopa/karbidopa intestinal jel tedavisinde yaş sınırlaması yoktur ancak ilerlemiş demans olan hastalarda tüpün yerinden çıkarılması ihtimali olduğundan tedavi kullanımında hastanın bilişsel durumu önemlidir. Levodopa/karbidopa intestinal jel tedavisinin yan etkileri diskinezi, polinöropati, perkütan endoskopik gastrostomi yapılan bölgede enfeksiyon ve kilo kaybı olarak bilinmektedir (Chang ve ark. 2016; Rizek ve ark. 2016; D'Abreu 2018).

Diğer tedavi yöntemleri: Parkinson hastalığı tedavisinde levodopa ile ilgili yan etkileri azaltmak ya da yeni tedavi yöntemleri geliştirmek için çalışmalar devam etmektedir. Antienflamatuvar ilaçların kullanımı, nörotrofik faktörler, kök hücre ve gen tedavisi gibi yeni yaklaşımlar günümüzde uygulanmaktadır. Enflamasyon ve oksidatif stresin nöron kaybında rol oynaması nedeni ile antienflamatuvar ilaçlar kullanılmaktadır. Nörotrofik faktörler sinir sisteminde nöronların varlığını sürdürmesi, gelişimi ve farklılaşmasında rol oynayan endojen proteinlerdir. Bu nedenle Parkinson hastalığının tedavisinde çeşitli nörotrofik faktörler kullanılmaktadır. Kök hücre tedavisi farmakolojik ve cerrahi tedavilere yanıt vermeyen Parkinson hastalarında kullanılan yeni bir tedavi türüdür. Kök hücre tedavisinin hücre replasmanı, miyelin yenilenmesi ve enflamasyonun hafifletilmesi açısından faydalı olduğu bildirilmiştir. Gen tedavisi ise dopamin düzeyi ve levodopa işleyişini artırmak amacı ile Parkinson hastalığının tedavisinde uygulanmaktadır (Bjorklund ve Kordower 2010; Yadav ve Li 2015).

Ek olarak Parkinson hastalığı semptomlarına yönelik olarak fizyoterapi, konuşma ve dil terapisi, yutma terapisi ve iş terapisi gibi yöntemler de kullanılmaktadır (Worth 2013; Giungi ve Okun 2014).

2.2. Cinsellik ve Cinsel Sorunlar

2.2.1. Cinsellik Kavramı

Cinsellik doğum öncesinde başlayıp yaşam süresince devam eden temel bir insan hakkı ve sağlıklı yaşamın önemli bir parçasıdır (Bozdemir ve Özcan 2011). Cinsellik çok boyutlu bir kavram olup, her bireyin kişisel, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel özellikleri ile şekillenmektedir. Yani cinsellik aslında kişiye özgü bir kavramdır. Bireyin cinselliğini ifade etme biçimi kişiliği, duyguları, değerleri, tutum ve davranışları ile şekillenmektedir. Yaşam boyu süren bir aktivite olması, temelde haz alma, haz verme, sevme ve sevilmeye dayanması nedeni ile cinselliği yalnızca üremeye yönelik bir kavram olarak görmek yanlış bir değerlendirme olacaktır. Bu bağlamda cinsellik sadece vücudu değil aklı da içeren bir kavramdır (Yılmaz Esencan ve Kızılkaya Beji 2015).

Fizyolojik olarak cinselliğin yanıt döngüsüne bakıldığında 4 faz bulunduğu görülmektedir. Bunlar; uyarılma, orgazm, plato ve çözülme evreleridir. Uyarılma kadınlarda vajinal ıslanma (lubrikasyon), erkeklerde ise peniste sertleşme (ereksiyon) olarak gerçekleşmektedir (Bayram 2018).

2.2.2. Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel yanıt döngüsünde meydana gelen bozulmalar cinsel işlev bozukluğu olarak nitelendirilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu kişilerin cinsel birleşme veya cinsel doyuma ulaşmasını etkileyen biyolojik, psikolojik ya da davranışsal sorunlar olarak tanımlanmaktadır (Özdemir 2018).

DSM V'te cinsel işlev bozuklukları kadın ve erkek için ayrı olarak belirlenmiştir. Kadınlarda DSM V'e göre cinsel işlev bozuklukları ‘‘cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genital pelvik ağrı/cinsel birleşme bozukluğu, madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu, diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu’’ olarak sınıflandırılmıştır. Erkeklerde ise sınıflandırma ‘‘sertleşme bozukluğu, erken boşalma, geç boşalma, cinsel istek bozukluğu, madde ve

ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu, diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu'' şeklindedir (Akarsu ve Beji 2016; Özdemir 2018).

2.2.3. Parkinson Hastalığında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler

Cinsellik insanların kişilikleri, değer ve inançları, duygularının yanı sıra hastalık durumlarından da etkilenen ya da şekillenen bir kavramdır. Kronik hastalıklar bireylerin cinsel yaşamını ve dolayısı ile yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Bozdemir ve Özcan 2011). Kronik bir nörodejeneratif hastalık olan Parkinson hastalığında da bireylerin cinsel yaşamlarından memnun olma durumlarının genel yaşamdan memnun olma düzeyi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Moore ve ark. 2002).

Sağlıklı bir cinsel yaşam, vücudun nörolojik, dolaşım ve endokrin sistemlerine bağlı olarak otonomik, duysal ve motor sistemlerin işleyişini gerektirir. Genital organlara yeterli kan akışının sağlanması, hormonal sistemin dengede olması ve sağlıklı bir duygudurumun varlığında sağlıklı bir cinsel yaşamdan söz edilebilmektedir. Parkinson hastalığının ilerlemesi ile nöron kaybının yayılımı mezokortikal, mezolimbik ve otonom sinir sistemini etkiler ve cinsel fonksiyonlarda bozulmaya yol açar. Tüm bu sistemlerin etkilenmesi ile cinsel sorunlar normal olan bireylere göre daha sık görülmektedir (Sakakibara ve ark. 2010; Bronner ve Vodušek 2011). Parkinson hastalarında otonomik sistemin etkilenmesine ek olarak psikiyatrik, bilişsel bozulmalar, hastalığın yaşı, yaşlanma, fiziksel görünümde değişiklik ve antiparkinsoniyen ilaç tedavisi cinsel fonskiyonun bozulmasında rol oynamaktadır. Parkinson hastalarında meydana gelen immobilite, rijidite, kapanma 'off' periyodu gibi motor belirtilerin varlığı da cinsel hayatı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Parkinson hastalığında cinsel işlevlerde bozulmanın görülme oranı %37-95 arasında değişmektedir (Kummer ve ark. 2009; Wielinski ve ark. 2010; Polat 2011; Atagün ve ark. 2013; Kotková ve Weiss 2013; Vela ve ark. 2016; Kaya ve ark. 2017).

Parkinson hastalığında kadınlarda görülen cinsel işlev bozuklukları; cinsel istekte azalma, orgazm olmada zorluk, vajinal kuruluk ve cinsel birleşme esnasında ağrı duyma (disparoni), vajinismus; erkeklerde ise ereksiyon problemleri, erken ejekülasyon ya da ejekülasyon güçlüğü ve cinsel açıdan tatminsizlik olarak sıralanabilmektedir (Bronner ve ark. 2004; Kummer ve ark. 2009; Atagün ve ark. 2013; Jitkritsadakul ve ark. 2015). Parkinson hastalarında erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu otonomik sistemin etkilenmesi ile meydana gelen erektil disfonsksiyondur. Erektil

disfonksiyon penisin cinsel birleşmeyi sağlayacak kadar sertleşmemesidir (Sakakibara ve ark. 2010; Bronner ve Vodušek 2011). Yapılan çalışmalara göre Parkinson hastalarında erektil disfonksiyon oranı %28-79 arasında değişmektedir. Erektil disfonksiyonun yanı sıra erken ejekülasyon da Parkinson hastalarında sıklıkla karşılaşılan cinsel işlev bozukluğudur. Erektil disfonksiyon ile erken ejekülasyonun hastaların %79'undan fazlasında bulunduğu bildirilmiştir (Sakakibara ve ark. 2001; Bronner ve ark. 2004; Kotková ve Weiss 2013; Malek ve ark. 2017). Cinsel istekte azalma ise Parkinson hastalarında erkeklerde %59 oranında görülmektedir. Kadınlarda da cinsel istekte azalma sıklıkla görülmekte olup oran olarak %70'in üzerinde olduğu bildirilmiştir (Kummer ve ark. 2009). Varanda ve arkadaşlarının (2016) 61 kadın Parkinson hastası ile yaptığı çalışmada cinsel istekte azalmanın %26,2, orgazm bozukluğunun %26,2, disparoninin %18, vajinismusun %1,6 oranında saptamışlardır.

Otonomik sistemin etkilenmesi ile salyada artma ve aşırı terleme, dışkı ve idrar kaçırma problemleri meydana gelmekte ve beden imajı algılaması yönünden Parkinson hastalarını olumsuz yönde etkilemekte ve öz saygıda azalmaya yol açabilmektedir. Hastalar görünümlerinden dolayı partnerlerinin gözünde çekiciliklerini yitirdiklerini düşünebilmekte ve bu durum nedeni ile utanç ve kaygı duyabilmektedirler (Basson 1996; Mott ve ark. 2005).

Parkinson hastalığı ile ortaya çıkan motor semptomlar cinsel aktivitelerde bozulmaya yol açarak cinsel birleşmenin zorlaşmasına neden olurken, rijidite, tremor ve bradikinezi cinsel istek ve orgazm esnasında artabilmektedir (Bronner ve Vodušek 2011).

Parkinson hastalığında cinsel yaşamı etkileyen önemli bir etmen de nöropsikiyatrik bozukluklardır. En sık görülen bozukluk depresyon ve anksiyetedir. Depresyon her iki cinste de görülebilmektedir. Depresyonun bireylerde aktivitelere ilgisizlik ve yorgunluk hissi yaratarak cinsel işlevlerde bozulmaya yol açtığı düşünülmektedir. Anksiyete kadınlarda daha sık görülmektedir. Yapılan bir çalışmada kadınlarda bozulan beden imajı nedeni ile anksiyete oluştuğu bildirilmiştir. Hareket bozukluklarına bağlı uyku problemleri nedeni ile çiftler ayrı yataklarda uyumak isteyebilmekte ve bu durumun da cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Mott ve ark. 2005; Atagün ve ark. 2013).

Parkinson hastalığının motor ve motor olmayan semptomlarına yönelik ilaçların cinsel işlevlerde bozulmaya yol açtığı bilinmektedir. Dopaminerjik ilaçlar erken ejekülasyon ya da orgazm bozukluklarına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra dopaminerjik ilaçların etkisi ile Parkinson hastalarında dürtü kontrol bozukluğu ortaya çıkabilmekte ve kompülsif davranışlar gözlenebilmektedir. Kompülsif davranışlar cinsel davranışlarda da meydana gelmekte ve hastalarda hiperseksüalite problemi ortaya çıkmaktadır. Hiperseksüalite genellikle erkek hastalarda ortaya çıkmakta; sık cinsel ilişkiye girme isteği ve uygunsuz cinsel davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Tedavide kullanılan levodopa ve dopamin agonistleri hiperseksüaliteye neden olmaktadır. Hiperseksüalite problemi olan hastalarda sık cinsel ilişkiye girme nedeni ile orgazma ulaşmada sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalara göre dopamin agonisti kullanan Parkinson hastalarında daha fazla hiperseksüalite meydana geldiği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada dopamin agonisti kullanan Parkinson hastalarında uygunsuz cinsel davranışta bulunma oranı %40 olarak bildirilmiştir. Bir diğer çalışmada dopamin agonisti kullanan 12 hastadan 2'sinde hiperseksüalite tespit edilerek oran %16,6 olarak bildirilmiştir. Parkinson hastalığının motor ve motor olmayan semptomlarına yönelik olarak kullanılan bazı antidepresan ve antikolinerjik ilaçların erkeklerde ereksiyon ve geç ejekülasyon problemlerine neden olduğu saptanmıştır. Ek olarak kardiyovasküler, diyabet ve metabolik hastalık bulunan Parkinson hastalarında cinsel işlev bozuklukları değerlendirilirken ek hastalık ve antihipertansif ilaç kullanımı da göz ardı edilmemelidir. Cinsel işlev bozukluğu bu tür ek hastalık ya da ilaç kullanımına bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan derin beyin stimülasyonunun subtalamik nükleus bölgesinde uygulanmasının cinsel fonksiyonlarda olumlu etki yaptığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınlara göre erkeklerde DBS uygulamasının cinsel fonksiyonlarda daha olumlu etki yarattığı bildirilmiştir (Castelli ve ark. 2004; Mott ve ark. 2005; Mamikonyan ve ark. 2008; Atagün ve ark. 2010; Bronner ve Vodušek 2011; Jitkritsadakul ve ark. 2015).

Cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde öncelikle dopaminerjik tedavinin hastaya göre uygun dozunun saptanması gerekmektedir. Dopaminerjik tedavi başlanması sonrasında hastalar cinsel işlev bozukluğu yönünden takip edilmelidir. Cinsel işlev bozukluğuna neden olabilecek diğer ilaçlar sorgulanarak gerekli ise antidepresan ilaçlarda değişim yapılabilmektedir. Bazı Parkinson hastalarında hormonal

değişimler nedeni ile cinsel fonksiyonda bozulmalar meydana gelebilmektedir. Erkek hastalarda testesteron eksikliği ortaya çıkabilen hormonal değişimlerdendir. Tedavide testesteron hormonu verilmektedir (Mott ve ark. 2005).

2.3. Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Rijidite, tremor, bradikinezi ve postüral instabilite gibi motor semptomlarının yanı sıra otonomik, nöropsikiyatrik ve duysal bozukluklar gibi motor olmayan semptomlarının da bulunması Parkinson hastalığını kompleks bir hastalık haline getirmekte ve dolayısı ile multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Birleşik Krallık'ta 1980'lerden bu yana Parkinson hastalarına bakım verme üzerine uzmanlaşmış hemşireler bulunmaktadır. Günümüzde Avrupa ülkelerinde de Parkinson hastalığında uzmanlaşmış hemşireler bulunmakta ve bakım vermede önemli roller üstlenmektedirler. Avrupa ülkelerinde Parkinson hastalığı uzman hemşireleri hastaların durumlarını takip ederek gerektiğinde reçete değişikliği yaparlar. Hastayı hastalık ve durumları hakkında bilgilendirerek farkındalığın oluşumunu ve bu sayede hastanın hastalığını yönetmesini sağlamaktadırlar. Bunun yanı sıra Parkinson hastalığının ilerleyen ve kronik bir hastalık olması nedeni ile hastanede yatışlarda hastalara verilen hemşirelik bakımı oldukça önemli olmaktadır (Hagell 2007; Ward ve Browne 2014).

Cinsel sorunlar Parkinson hastalarında sıklıkla görülmektedir. Cinsellik bazı hastalarda dile getirilmesi zor bir konu olabilmektedir. Hemşireler hastaların cinsel işlev bozukluklarının tanılanması ve gerekli yerlere yönlendirilmesi konusunda oldukça önemli role sahiptir. Hees ve ark. (2017) 139 nörolog ile yaptığı çalışmada 19 nörolog hastaların cinsel işlev bozuklukları hakkında konuşulması ve tartışılmasının hemşire ve danışmanlar tarafından yapıldığını bildirmiştir. Aynı çalışmada Parkinson hastalarının cinsel fonksiyonlarının tartışılmasında %73,9 oranında hemşirelerin rolü olduğu saptanmıştır.

Cinsel disfonksiyonun saptanmasında hemşire, hastayı bütüncül olarak değerlendirmelidir. Hastaların psikiyatrik, kardiyovasküler, diyabet gibi cinsel işlev bozukluklarına yol açabilecek ek hastalıkları ve ilaç kullanımları göz önünde bulundurulmalıdır. Anksiyete ve depresyon gibi bozukluklar Parkinson hastalarında sık görülmekte ve cinsel hayatı etkilemektedir. Değerlendirmede, altta yatan psikolojik durumların da göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Parkinson hastalarında öz saygıda azalma nedeni ile cinsel istekte azalma karşılaşılan bir durumdur. Kadınlar vajinismus,

cinsel istekte azalma, disparoni, vajinal kuruluk ve orgazm olmada güçlük yönünden değerlendirilmelidir. Vajinal kuruluk problemi yaşayan hastalarda kayganlaştırıcı, orgazm olmada güçlük yaşayan hastalara ise vibratör kullanımı önerilebilmektedir. Parkinson tanısı olan erkek hastalarda ise erektil disfonksiyon en sık karşılaşılan problem olduğundan hemşirenin bu konuda hastaları değerlendirmesi önemli olmaktadır. Ereksiyon problemini çözmek için vakum aletleri kullanılabilmektedir. Motor hareketlerin bozulması her iki cins için de cinsel yaşamda sorun yaratabileceğinden hastalara Parkinson ilaçlarını aldıktan sonra hareketlerinin en iyi olduğu zaman diliminde cinsel birleşmenin uygun olabileceği hemşire tarafından anlatılmalıdır. Tedavi yan etkilerine bağlı olarak Parkinson hastalarında dürtü kontrol bozukluğu ve hiperseksüalite problemleri hasta ya da hasta yakınları tarafından genellikle ilk olarak hemşireye iletilmektedir. Hiperseksüalite probleminin çözülmesi, ilaç dozunun ya da kullanım şeklinin uygun olarak değiştirilmesi yönünden hemşireler hastaları en kısa zaman içerisinde nöroloji hekimine yönlendirmelidirler (Topçuoğlu ve ark. 2014 pp. 437-440).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma desenindeki bu çalışmada Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacı ile veriler Ağustos 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında toplandı.

3.2. Araştırma Soruları

1. Parkinson hastalarında cinsel fonksiyonların düzeyi nedir?
2. Parkinson hastalarında cinsel sorunları etkileyen sosyodemografik özellikler nelerdir?
3. Parkinson hastalarının cinsel sorunları etkileyen hastalık ve tedaviye ilişkin değişkenler nelerdir?
4. Parkinson hastalarının cinsel sorunları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Nöroloji kliniğinde takip edilen Parkinson tanısı almış hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini rastgele örneklem yöntemi kullanılarak Ağustos 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Nöroloji kliniğinde takip edilen, çalışmaya katılmayı kabul eden, Parkinson tanısı almış 84 hastanın oluşturması planlandı. Örneklem büyüklüğü;

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırma düzeni için %95 güvenirlik ve %80 güç ile orta etki büyüklüğü (r=0,3) için en az 84 kişi olarak hesaplandı.

Çalışmada toplam 87 hastaya ulaşıldı ancak dört hasta dışlama ölçütleri doğrultusunda okuduğunu anlamadığı ve uygun yanıt veremediği için, yedi hasta ise çalışma konusunun cinsellik olması nedeni ile araştırmaya katılmak istemediği için çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma 26 kadın, 50 erkek olmak üzere gönüllü toplam 76 hasta ile tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- ✓ Tanımlanan evren içerisinden çalışmaya katılmayı kabul eden,
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ✓ Okuma yazma bilen,
- ✓ Okuduğunu anlayan ve uygun yanıt verebilen bireyler.

Araştırmada dışlama ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- ✓ Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen,
- ✓ 18 yaşını doldurmamış,
- ✓ Okuma yazma bilmeyen,
- ✓ Okuduğunu anlamayan ve uygun yanıt veremeyen bireyler.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Bilgi Formu (EK-1), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (EK-2), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (EK-3) kullanılarak toplandı.

3.4.1. Bilgi Formu

Literatür taramalarından yararlanılarak hazırlanan, 37 sorudan oluşan bir formdur (Moore ve ark. 2002; Atagün ve ark. 2010; Çankaya 2010; Bronner ve Vodušek 2011; Polat 2011; Atagün ve ark. 2013; Kotková ve Weiss 2013). Birinci bölümde kişisel bilgiler ile ilgili 10 soru sorulmuş, yaş değişkeni doğrudan sayısal olarak alınmıştır. İkinci bölümde hastalık ve tedavi ile ilgili 9 soru sorulmuş, Hoehnyahr evresi, Parkinson tanı süresi, total levodopa miktarı ve tedavi kullanım süresi değişkenleri doğrudan sayısal olarak alınmıştır. Üçüncü bölümde ise hastalık süreci ile ilgili 18 soru bulunmaktadır. Bu bölümde fiziksel sağlık düzeyi algılaması, ruhsal sağlık düzeyi ve beden görüntüsünden memnun olma düzeyi 10 cm'lik Visual Analog Skalası (VAS) üzerinde işaretlemeleri istendi. Formda bulunan diğer soruların kategorik olarak işaretlenmesi istenmiş, 11. ve 15. sorular hakkında bilgi hekimden istenerek alındı.

3.4.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği

Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet

değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilmiş 14 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe'ye çevrilmiş olan anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek, anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi olan ölçekteki 14 maddenin yedisini (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Türkiye'de yapılan çalışma sonunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar depresyon ve anksiyete için risk grubu olarak değerlendirilirler. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 21 puan alınır. Güvenirlik çalışmasında Cronbach's Alfa değeri anksiyete alt ölçeği için 0,85, depresyon alt ölçeği için 0,77 olarak saptanmıştır (Aydemir ve ark. 1997). Bu çalışmada ise Cronbach's Alfa değeri anksiyete alt ölçeği için 0,91, depresyon alt ölçeği için 0,86 bulundu.

3.4.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Parkinson hastalarında cinsel sorunları değerlendirmek için McGahuey ve ark. (2000) tarafından geliştirilen, Soykan (2004) tarafından Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar ile yapılan "Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği" (ACYÖ) kullanıldı. Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin, iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin 0.89-0.90 Cronbach's Alfa değerleri ile yüksek, cinsel disfonksiyonu ayırt etmede geçerli olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0,92 olarak bulundu. Kadın ve erkek formu ayrı olan ölçek, hastalar tarafından doldurulmakta ve yorumlanması için özel bir eğitime gereksinim bulunmamaktadır. Cinsel işlevselliğin temel öğelerini (cinsel istek, uyarılma, penilereksiyon/vajinal lubrikasyon, orgazm olabilme ve orgazmdan doyum alma) değerlendirmek için tasarlanan ölçek için altılı likert tiptedir. Beş maddeden oluşan ölçeğin puan aralığı 5-30 olup, toplam puanın artması cinsel disfonksiyonu göstermektedir. McGahuey ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kesme puanı ≤ 19 olarak bulunmuş, ölçekte hastaların 19 puan üzerinde puan alması cinsel disfonksiyon bulunması anlamına gelmektedir. Soykan'a göre ≤ 11 ölçek puanı cinsel disfonksiyon için kesme noktasıdır ve ölçekten 11 puan üzerinde alan hastalarda cinsel disfonksiyon bulunduğunu göstermektedir. Ek olarak ölçekte herhangi bir soruya 5 ya da 6 puan verilmesi veya herhangi üç ya da daha fazla sorunun 4 olarak puanlanması hastalarda büyük olasılıkla cinsel disfonksiyon olduğunu göstermektedir (Soykan 2004).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmaya gönüllü olanlarla onam formu doldurulduktan sonra poliklinikte uygun bir görüşme odasında anketler aracılığıyla, yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Ölçekler özbildirim ölçeği olduğu için doldurabilecek hastalar kendileri doldurdular, yardıma ihtiyacı olduğunda araştırmacı tarafından destek olundu. Anketlerin doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

3.6. Etik Konular

Araştırma başlangıcından önce İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (EK-4). İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurularak Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden kurum izni alındı (EK-5). Yeterli örneklem sayısına ulaşılamaması nedeni ile kurum izni Aralık 2018 tarihine uzatıldı (EK-6).

Araştırma'da kullanılan ölçekler için;

- ✓ Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni kullanmak için Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan yazarlar adına Prof. Dr. Ömer Aydemir' den (EK-7),
- ✓ Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ni kullanmak için Prof. Dr. Atilla Soykan'dan (EK-8) e-mail yolu ile izin alındı.

Katılımcılara veri toplama öncesinde araştırma açıklanarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-9) doldurtuldu. Katılımcıların sordukları sorulara açıklayıcı biçimde yanıt verildi, iletişim adresi iletildi.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma kapsamında incelenen değişkenler;

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı kişi), hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler (H&Y evresi, tanı süresi, total levodopa dozu, tedavi süresi, tedavi türü, tedavi kullanımı, yan etki, ek hastalık) ve hastalık süreci ile ilgili özellikler (gece uyku saati, gündüz uyku saati, uyku düzeni, uykuya dalmada güçlük çekme, fiziksel ve ruhsal sağlık algılama düzeyi, beden görüntüsü algılama düzeyi, günlük yaşamda destek alma,

yardım almadan beslenebilme, boşaltım ve giyinme ihtiyacını karşılayabilme, yardım almadan vücut temizliğini sağlayabilme, beden görünümünün cinsel yaşamını etkilemesi, iştah durumu, kilo kaybı, kaybedilen kilo sayısı), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete alt ölçeğinden ve Depresyon alt ölçeğinden alınan puanlar.

Bağımlı değişkenler: ACYÖ'den alınan puanlar.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences for Window Version 14.01, Lisans No: 9869264) 14.01 paket programı kullanılarak yapıldı.

Verilerin normallik dağılımına uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Verilerin dağılımının normal olmaması nedeni ile analizde nonparametrik testler uygulandı. Sayısal değişkenler ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum şeklinde, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak gösterildi. Sayısal bir değişken açısından iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney-U Testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Kruskal Wallis Testi sonucunda en az bir grupta istatistiksel olarak önemli fark tespit edilmesi durumunda, bu farkın hangi iki grup arasındaki farktan kaynaklandığını tespit edebilmek için yapılan post hoc analizlerde; Bonferroni düzeltmeli ikili Mann-Whitney U Testleri uygulandı. Post hoc analizlerde anlamlılık sınırı; k yapılan ikili karşılatırma sayısı olmak üzere, $p<0,05/k$ olarak kabul edildi. İki sayısal değişken arasında ilişkinin yönü ve gücünün belirlenmesinde Spearman Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Korelasyon analizlerinde ilişki gücü sınıflandırmasında r katsayısının 0-0,19 aralığında olması ilişki yok ya da önemsenmeyecek derecede düşük ilişki, 0,20-0,39 aralığında olması zayıf (düşük) ilişki, 0,40-0,69 aralığında olması orta düzeyde ilişki, 0,70-0,89 aralığında olması kuvvetli (yüksek) ilişki, 0,90-1 aralığında olması ise çok kuvvetli ilişki olarak kabul edildi (Alpar 2012 p. 338). Karşılaştırmalar Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden alınan total puanlar ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Verilerin analizinde kullanılan testlere ilişkin ayrıntılı bilgi Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3-1: Verilerin İstatistiksel Analizinde Kullanılan Testler

Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri	Yüzdelik Dağılım Aritmetik Ortalama Standart Sapma Minimum-Maksimum Değerler
Fiziksel sağlık algısı Beden görüntüsü algısı Ruhsal sağlık algısı	Aritmetik Ortalama Standart Sapma Minimum-Maksimum Değerler
Katılımcıların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçek Profilleri	Aritmetik Ortalama Standart Sapma Minimum-Maksimum Değerler
Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	Mann Whitney-U Testi Kruskal Wallis Testi
Yaş Hoehnyahr evresi Parkinson tanı Total Levodopa dozu Tedavi süresi Gece uyku süresi Gündüz uyku süresi Fiziksel sağlık algısı Beden görüntüsünden memnun olma düzeyi Ruhsal sağlık algısı } ACYÖ ilişkisi	Spearman Korelasyon Katsayısı
Katılımcıların Hastalık, Hastalık Süreci ve Tedaviyle İlgili Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	Aritmetik Ortalama Standart Sapma Minimum-Maksimum Değerler (Medyan) Spearman Korelasyon Katsayısı Mann Whitney-U Testi Kruskal Wallis Testi
Katılımcıların Hastane Ansiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanlarının İlişkisi	Spearman Korelasyon Katsayısı

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Cinselliğin toplumumuzda tabu olması ve bu konuyu konuşulması zor bir konu haline getirmesine bağlı çalışmaya katılımı etkilemesi çalışmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları beş bölümde açıklanmıştır.

1. Bölüm: Parkinson hastalarının sosyodemografik, hastalık, tedavi ve hastalık sürecine ilişkin özellikleri (Tablo 4-1/Tablo 4-3).

2. Bölüm: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne ilişkin bulgular (Şekil 4-1).

3. Bölüm: Parkinson hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne ilişkin bulgular (Tablo 4-4/Tablo 4-5).

4. Bölüm: Parkinson hastalarının hastalık, tedavi ve hastalık sürecine ilişkin özelliklerine göre Arizona Cinsel Yaşantilar Ölçeği'ne ilişkin bulgular (Tablo 4-6/Tablo 4-7/Tablo 4-8/Tablo 4-9).

5. Bölüm: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular (Tablo 4-10/Tablo 4-11).

4.1. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik, Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri

Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=76)

Sosyodemografik özellikler		**Min-Max**	**Ort±SS**
Yaş		38-85	**64,34±10**
		n	**%**
Cinsiyet	Erkek	**50**	**65,8**
	Kadın	26	34,2
Eğitim	İlkokul	**34**	**44,7**
	Ortaokul	10	13,2
	Lise	15	19,7
	Lisans/Lisans üstü	17	22,4
Medeni durum	Evli	**67**	**88,2**
	Dul/Boşanmış	9	11,8
Çalışma durumu	Çalışıyorum/Yarı zamanlı çalışıyorum	12	15,8
	Çalışmıyorum	22	28,9
	Emekliyim	**42**	**55,3**
Sosyal güvence	Var	**75**	**98,7**
	Yok	1	1,3
Çocuk sayısı	1	11	14,5
	2	30	39,5
	3	24	31,6
	4 ve daha fazla	11	14,5
Gelir durumu	Gelirim giderimden fazla	7	9,2
	Gelirim giderimden az	9	11,8
	Gelirim giderlerimi karşılıyor	**60**	**78,9**
Yaşadığı kişi	Tek	7	9,2
	Eş ile	**46**	**60,5**
	Eş+çocuk	15	19,7
	Çocuğunun yanında	8	10,5

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde; çalışmaya toplam 76 birey katılmış olup, yaş ortalaması 64,34±10 yıl olarak saptandı. Katılımcıların %65,8'inin erkek, %88,2'sinin evli, %44,7'sinin ilkokul mezunu ve yarıdan biraz fazlasının emekli olduğu (n=42, %55,3), tamamına yakınının (n=75, %98,7) sosyal güvencesinin bulunduğu, %78,9'unun gelir durumunun giderlerini karşılamaya yeterli olduğu ve %60,5'inin eşi ile birlikte yaşadığı bulundu (Tablo 4-1).

Katılımcılara ait hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4-2: Katılımcıların Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özellikleri (n=76)

Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler		**Min-Max**	**Ort±SS**
Hoehnyahr evresi		1-4	**2,02±0,82**
Parkinson tanı (ay)		6-300	**78,64±62,88**
Total Levodopa dozu (mg)		140-1968,75	**692,5±359,16**
Tedavi süresi (ay)		5-240	**62,14±46,75**
		n	**%**
Hoehnyahr evresi	1. evre	21	27,6
	1.5. evre	4	5,3
	2. evre	**28**	**36,8**
	2.5. evre	1	1,3
	3. evre	20	26,3
	4. evre	2	2,6
Dopamin agonisti kullanımı	Evet	**44**	**57,9**
	Hayır	32	42,1
Tedavi türü	Tekli tedavi	11	14,5
	Çoklu tedavi	**65**	**85,5**
Tedavi kullanımı	Düzenli	**69**	**90,8**
	Düzensiz	7	9,2
Yan etki	Görüyor	**30**	**39,5**
	Görmüyor	46	60,5
Görülen yan etki	Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili (hiperseksüalite)	**7**	**23,3**
	Diğer (aşırı terleme, baş dönmesi, sersemlik, bulantı, kusma, kabus görme, dürtü kontrol bozukluğu, uykusuzluk, konstipasyon, halüsinasyon, sık idrara çıkma, idrarda koyulaşma, çarpıntı, ağız kuruluğu, kasılma, istemsiz hareket, halsizlik)	23	76,7
Ek hastalık	Var	**45**	**59,2**
	Yok	31	40,8
Eşlik eden diğer hastalıklar*	Kalp damar hastalıkları	**16**	**36,6**
	Diyabetus mellitus	**9**	**20**
	Solunum sistemi hastalıkları	3	6,7
	Sindirim sistemi hastalıkları	6	13,3
	Ruhsal hastalıklar	**11**	**24,4**
	Kas iskelet problemleri	8	17,8
	Vitamin ve mineral yetersizlikleri	2	4,4
	Endokrin hastalıkları	2	4,4
	Nörolojik hastalıklar (Epilepsi, Migren, SVO)	3	6,7

*Bazı katılımcılar birden fazla hastalık işaretlemişlerdir

Katılımcıların Hoehn-Yahr evreleri ortalaması 2,02±0,82 olarak bulunmuş olup, 28 kişi 2. evrededir (%36,8). Bireylerin Parkinson tanı süresi ortalaması 78,64±62,88 ay, tedavide alınan total Levodopa dozu ortalaması 692,5±359,16 mg, tedavi süresi ortalaması 62,14±46,75 ay olarak saptandı. Katılımcıların tümü dopaminerjik tedavi almakta, %57,9'u tedavide dopamin agonisti kullanmakta, %85,5'i çoklu tedavi almakta, büyük çoğunluğu tedaviyi düzenli kullanmakta (n=69, %90,8), %39,5'i kullandıkları tedaviden yan etki görmekte olup yan etki görenlerin %23,3'ünde cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşadığı bulundu. Yan etki olarak cinsel işlev bozukluğu yaşadığını belirten hastaların tümü hiperseksüalite şikayetinin bulunduğunu ifade etti. Ek hastalıklar incelendiğinde bireylerde %59,2 oranında Parkinson hastalığına ek olarak bir ya da daha fazla hastalık bulunduğu; ek hastalık bulunanların %36,6'sında kalp damar hastalıkları, %24,4'ünde ruhsal hastalıklar ve %20'sinde Diyabetus Mellitus tanısı bulunduğu saptandı (Tablo 4-2).

Katılımcılara ait hastalık süreci ile ilgili özellikler Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4-3: Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri (n=76)

Hastalık süreci ile ilgili özellikler		**n**	**%**
Günlük yaşamda destek alma	Evet	37	48,7
	Hayır	**39**	**51,3**
Destek alınan kişi	Eş	**25**	**67,6**
	Çocuk	3	8,1
	Eş+çocuk	8	21,6
	Diğer	1	2,7
Yardım almadan beslenebilme	Evet	**73**	**96,1**
	Kısmen	3	3,9
Yardım almadan boşaltım ihtiyacını sağlayabilme	Evet	**57**	**75**
	Hayır/Kısmen	19	25
Yardım almadan giyinebilme	Evet	**50**	**65,8**
	Hayır/Kısmen	26	34,2
Yardım almadan vücut temizliğini yapabilme	Evet	**44**	**57,9**
	Hayır/Kısmen	32	42,1
Yardım almadan yürüyebilme	Evet	**56**	**73,7**
	Hayır/Destek araç ile	20	26,3
İştah durumu	Her zamanki gibi	**63**	**82,9**
	Her zamankinden daha az/Çok azaldı	13	17,1
Kilo kaybı	Evet	14	18,4
	Hayır	**62**	**81,6**
Kaybedilen kilo	2 kilodan fazla	3	21,4
	4 kilodan fazla	4	28,6
	6 kilodan fazla	**7**	**50**

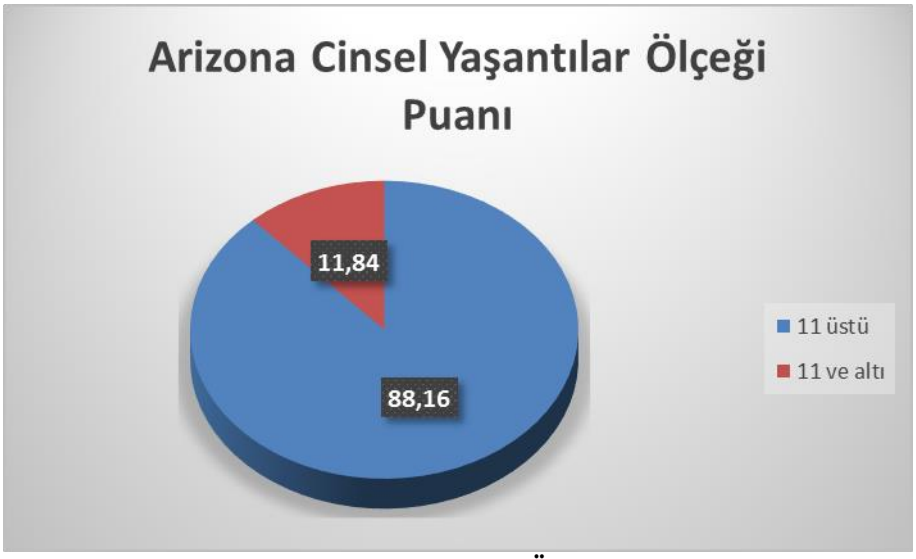
Tablo 4-3: Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri (n=76) (devam)

Hastalık süreci ile ilgili özellikler		**n**	**%**
Uyku düzeni	Düzenli	**54**	**71,1**
	Düzensiz	22	28,9
Uykuya dalmada güçlük çekme	Evet/Kısmen	23	30,3
	Hayır	**53**	**69,7**
Gündüz uyku uyuma	Evet	23	30,3
	Hayır	**53**	**69,7**
Beden görüntüsünün cinsel yaşamı etkilemesi	Evet	22	28,9
	Hayır	**54**	**71,1**
		Min-Max	**Ort±SS**
Gece uyku saati		1-10	**6,08±1,78**
Gündüz uyku saati		1-2	**1,48±0,51**
Fiziksel sağlık algılama düzeyi		0-10	**5,09±2,63**
Beden görüntüsünden memnun olma düzeyi		0-10	**5,42±2,71**
Ruhsal sağlık algılama düzeyi		0-10	**5,58±2,70**

Hastaların %51,3'ü günlük yaşamını sürdürmede destek almamakta (n=39), destek alan bireylerin %67,6'sı eşinden destek almakta, %96,1'i yardım almadan beslemebilmekte, %75'i yardım almadan boşaltım ihtiyacını karşılayabilmekte, % 65,8'i yardım almadan giyinebilmekte, %57,9'u yardım almadan vücut temizliği yapabilmekte ve %73,7'si yardım almadan yürüyebilmekte idi. Bireylerin %71,1'i beden görüntüsünün cinsel yaşamını etkilemediğini düşünmekte, %82,9'u iştah ve %81,6'sı kilo kaybı yaşamazken, kilo kaybı yaşayanların %50'si 6 kilodan fazla kilo kaybının olduğunu bildirdi. Katılımcıların %71,1'i uyku düzensizliği yaşamazken %28,9'unun uyku düzensizliği bulunmakta, %30,3'ü uykuya dalmada güçlük çekmektedir. Gece uyku saati ortalaması 6,08±1,78 saat, gündüz uyku ortalaması 1,48±0,51 saat olarak saptandı. Bireylerin fiziksel sağlık algılama düzeyi ortalaması 5,09±2,63, beden görüntüsünden memnun olma düzeyi ortalaması 5,42±2,71, ruhsal sağlık algılama düzeyi ortalaması ise 5,58±2,70 olarak bulundu (Tablo 4-3).

4.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hastaların %88,16'sında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı 11'in üzerinde ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalaması 18,25±5,66 (Min-Max: 9-30) olarak bulundu (Şekil 4-1).



Şekil 4-1: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesme puanına göre cinsel fonksiyon bozukluğu görülme oranı

4.3. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hastaların yaşı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ilişkisi Tablo 4.4'te ve diğer demografik özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin fark gösteren bulgular Tablo 4.5'te gösterilmiştir. İstatistiksel olarak normal dağılım olmaması nedeni ile sosyal güvence ve çocuk sayısı değişkeni karşılaştırmaya dahil edilmedi.

Tablo 4-4:Katılımcıların Yaş ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan İlişkisi (n=76)

Yaş / **ACYÖ**	**r**	**p**
Yaş	0,406	**[a]0,001****

[a]Spearman Korelasyon Katsayısı **p<0,001

Yaş ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı, pozitif yönde ve orta kuvvette ilişki bulundu (r=0,406; p<0,001).

Tablo 4-5: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=76)

Sosyademografik özellikleri		Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanı		P
		Ort± SS	Min-Max (Medyan)	
Cinsiyet	Kadın	21,42±5,27	13-29 (22,5)	[b]**0,001***
	Erkek	16,6±5,17	9-30 (15)	
Eğitim	İlkokul (d)	20,26±6,31	9-30 (21)	[c]**0,015***
	Ortaokul (de)	19,4±4,35	13-25 (20,5)	
	Lise (de)	16,33±4,86	11-28 (15)	
	Lisans/Lisans üstü (e)	15,23±3,73	9-21 (16)	
Medeni durum	Evli	18,25±5,58	9-29 (17)	[b]0,994
	Dul/Boşanmış	18,22±6,55	9-30 (17)	
Çalışma durumu	Çalışıyorum/Yarı zamanlı çalışıyorum (e)	14,17±2,82	11-20 (14)	[c]**0,001****
	Çalışmıyorum (d)	22,14±5,50	9-29 (24)	
	Emekliyim (e)	17,38±5,21	9-30 (16)	
Gelir durumu	Gelirim giderimden fazla	20,29±6,50	12-30 (19)	[c]0,273
	Gelirim giderimden az	20,22±6,24	9-28 (21)	
	Gelirim giderlerimi karşılıyor	17,72±5,45	9-29 (16)	
Yaşadığı kişi	Tek (de)	15,57±4,28	9-21 (16)	[c]**0,004***
	Eş ile (d)	19,30±5,59	9-29 (19,5)	
	Eş+çocuk (e)	14,27±2,84	9-19 (15)	
	Çocuğunun yanında (d)	22,00±6,74	10-30 (25)	

[b]Mann Whitney-U Testi [c]Kruskal Wallis Testi **p< 0,001*p< 0,05 d,e aynı harflere ait gruplar arasında fark yoktur

Cinsiyete göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puanlarına bakıldığında kadınların puan ortalamasının (21,42±5,27), erkeklerin puan ortalamasından (16,6±5,17) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu (p=0,001).

Eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunduğu saptandı (p=0,015). Eğitim durumunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirmek için Bonferroni düzeltmeli ikili Mann-Whitney U testleri uygulandı. Eğitim durumu ilkokul ve lisans/lisans üstü bireylerde fark olduğu saptandı. İlkokul mezunu olan bireylerin ACYÖ toplam puan ortalaması 20,26±6,31, lisans/lisans üstü mezun bireylerde puan ortalaması 15,23±3,73 olup, ilkokul mezunu katılımcılarda daha yüksek puan ortalaması bulundu.

Bireylerin çalışma durumuna göre ACYÖ puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı (p<0,001). Çalışma durumunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirmek için Bonferroni düzeltmeli ikili Mann-Whitney U testleri uygulandı. Uygulanan ileri analiz sonucunda çalışmayan bireyler ile çalışan/yarı zamanlı çalışan ve emekli bireyler arasında fark saptandı. Çalışmayan bireylerin ACYÖ toplam puan ortalaması 22,14±5,50 olup, çalışan ya da emekli bireylere göre daha yüksek bulundu.

Hastaların birlikte yaşadığı kişi/kişiler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,004). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirmek için Bonferroni düzeltmeli ikili Mann-Whitney U testleri uygulandı. Yapılan ileri analizde eş+çocuk yanında yaşayan bireyler ile eşi ve çocuğunun yanında yaşayan bireyler arasında fark bulundu. Eş+çocuk ile yaşayan hastaların ACYÖ toplam puan ortalaması 14,27±2,84 ve çocuğunun yanında ya da eşi ile yaşayanlara göre daha düşük olduğu saptandı. Toplam puan karşılaştırmasında evli olan bireyler ile dul/boşanmış bireyler arasında ve gelir durumunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p> 0,05).

4.4. Parkinson Hastalarının Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hastaların hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ilişkisi Tablo 4.6'da, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7'de gösterilmiştir. İstatistiksel açıdan normal dağılım olmaması nedeni ile Hoehn-Yahr evrelerindeki dağılımın normal olmaması nedeni ile karşılaştırmalar evrelerin ortalamasına göre yapılmış olup, bireylerin günlük yaşamda destek aldığı kişi sorusu karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Tablo 4-6: Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile ACYÖ Puan İlişkisi (n=76)

ACYÖ / Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler	r	p
Hoehnyahr evresi	-0,08	[a]0,483
Parkinson tanı (ay)	0,02	[a]0,865
Total Levodopa dozu (mg)	-0,29	[a]0,803
Tedavi süresi (ay)	0,04	[a]0,697

[a]Spearman Korelasyon Katsayısı

H&Y evresi (r= -0,08), Parkinson tanı (r=0,02), total levodopa dozu (r= -0,29) ve tedavi süresi (r=0,04) ile ACYÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-7: Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=76)

Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanı			P
		Ort± SS	Min-Max (Medyan)	
Dopamin agonisti kullanımı	Evet	17,95±5,68	9-29 (16)	[b]0,544
	Hayır	18,66±5,69	9-30 (17,50)	
Tedavi türü	Tekli tedavi	20,64±6,20	11-30 (21)	[b]0,151
	Çoklu tedavi	17,85±5,51	9-29 (16)	
Tedavi kullanımı	Düzenli	18,42±5,71	9-30 (17)	[b]0,471
	Düzensiz	16,57±5,16	9-25 (15)	
Yan etki	Görüyor	17,30±6,62	9-29 (15)	[b]0,141
	Görmüyor	18,87±4,91	11-30 (18,50)	
Görülen yan etki	Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili (hiperseksüalite)	11,43±2,15	9-15 (11)	**[b]0,003***
	Diğer	19,09±6,49	9-29 (17)	
Ek hastalık	Var	19,42±5,73	9-30 (19)	[b]0,025
	Yok	16,55±5,17	10-28 (15)	

[b]Mann Whitney-U Testi *p< 0,05

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırmasında cinsel yan etki yaşadığını söyleyen ile diğer yan etkileri yaşadığını söyleyen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,003). Diğer yan etkileri yaşayan hastaların puan ortalaması 19,09±6,49 olup, cinsel yan etki yaşayanlardan daha yüksek saptandı. Cinsel yan etki yaşadığını ileten 7 (%9,21) hasta hiperseksüalite problemi olduğunu ifade etti.

Dopamin agonisti kullanımı, tedavi türü, tedavi kullanım düzeni, yan etki görme durumu ve ek hastalık bulunma durumu ile ACYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırmasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Hastaların hastalık süreci ile ilgili özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ilişkisine yönelik bulgular Tablo 4.8'de, hastalık süreci ile ilgili özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4-8: Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan İlişkisi (n=76)

Hastalık süreci ile ilgili özellikler / ACYÖ	r	p
Gece uyku saati	0,01	[a]0,873
Gündüz uyku saati	0,11	[a]0,611
Fiziksel sağlık algılama düzeyi	-0,32	**[a]0,004***
Beden görüntüsü memnun olma düzeyi	-0,79	**[a]0,015***
Ruhsal sağlık algılama düzeyi	-0,38	**[a]0,001***

[a]Spearman Korelasyon Katsayısı *p< 0,05

Fiziksel sağlık düzeyi algılaması (r=-0,328; p=0,004), ruhsal sağlık düzeyi algılaması (r=-0,38; p=0,001) ve beden görüntüsünden memnun olma düzeyi (r=-0,279; p=0,015) ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük kuvvette bir ilişki bulundu.

Tablo 4-9: Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=76)

Hastalık süreci ile ilgili özellikler		Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanı		P
		Ort± SS	Min-Max (Medyan)	
Günlük yaşamda destek alma	Evet	19,15±5,80	9-30 (19)	[b]0,138
	Hayır	17,25±5,40	9-29 (16)	
Yardım almadan beslenebilme	Evet	18,25±5,60	9-30 (17)	[b]0,94
	Hayır/Kısmen	18,33±8,33	9-25 (21)	
Yardım almadan boşaltım ihtiyacını sağlayabilme	Evet	17,56±5,50	9-29 (16)	[b]0,065
	Hayır/Kısmen	20,32±5,76	9-30 (21)	
Yardım almadan giyinebilme	Evet	17,36±5,51	9-29 (16)	[b]0,06
	Hayır/Kısmen	19,96±5,65	9-30 (20)	
Yardım almadan vücut temizliğini yapabilme	Evet	16,86±5,38	9-29 (15)	**[b]0,011***
	Hayır	20,16±5,55	9-30 (20)	
Yardım almadan yürüyebilme	Evet	17,45±5,42	9-29 (16)	**[b]0,041***
	Hayır/Destek araç ile	20,5±5,83	9-30 (22)	
Uyku düzeni	Düzenli	18,04±5,34	9-29 (17)	[b]0,791
	Düzensiz	18,77±6,47	10-30(17,5)	
Uykuya dalmada güçlük çekme	Evet/Kısmen	21,22±4,71	12-29(21)	**[b]0,002***
	Hayır	16,96±5,58	9-30 (15)	
Gündüz uyku uyuma	Evet	19,04±6,87	9-30 (19)	[b]0,529
	Hayır	17,91±5,08	9-29 (17)	

[b]Mann Whitney-U Testi *p < 0,05

Tablo 4-9: Katılımcıların Hastalık Süreci ile İlgili Özellikleri ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=76) (devam)

Hastalık süreci ile ilgili özellikler		Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanı		P
		Ort± SS	Min-Max (Medyan)	
Beden görüntüsü cinsel yaşamı etkilemesi	Evet	**20,59±6,54**	**9-29 (23,5)**	[b]**0,034***
	Hayır	17,30±5,02	9-30 (16)	
İştah durumu	Her zamanki gibi	17,56±5,30	9-29 (16)	[b]**0,032***
	Her zamankinden daha az/Çok azaldı	**21,62±6,32**	**11-30 (25)**	
Kilo kaybı	Evet	17,79±6,89	9-29 (16)	[b]0,619
	Hayır	18,35±5,40	9-30 (17)	
Kaybedilen kilo sayısı	2 kilodan fazla	11±1,73	9-12 (12)	[c]0,142
	4 kilodan fazla	19±6,38	10-25 (20,5)	
	6 kilodan fazla	20±7,19	11-29 (17)	

[b] Mann Whitney-U Testi [c]Kruskal Wallis Testi *p < 0,05

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puan ortalaması açısından kendi kendine vücut temizliğini yapabilenler ile yapamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,011). Kendi kendine vücut temizliğini yapamayanların puan ortalaması 20,16±5,55 olarak saptandı ve kendi kendine vücut temizliği yapabilenlerden daha yüksek bulundu. Yardım almadan yürüyebilen bireyler ile yürüyemeyenler arasında toplam puan ortalaması karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,041). Yardım almadan yürüyemeyenlerin toplam puan ortalaması 20,5±5,83 ile yardım almadan yürüyebilenlerden daha yüksek bulundu. Uykuya dalmada güçlük yaşayan bireyler ile yaşamayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,002). Uykuya dalmada güçlük yaşayanların toplam puan ortalaması 21,22±4,7 olarak uykuya dalmada güçlük yaşamayanlardan daha yüksek bulundu.

Beden görüntüsünün cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,034). Beden görüntüsünün cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini düşünenlerin puan ortalaması 20,59±6,54 olup, beden görüntüsünün cinsel yaşamlarını etkilemediğini düşünen bireylerden daha yüksek saptandı. İştahı durumu her zamanki gibi olanlar ile iştahı her zamankinden az/çok azaldı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,032). İştah durumu her zamankinden az/çok azaldı olanların puan ortalaması 21,62±6,32 bulundu ve iştah durumu her zamanki gibi olanlardan daha yüksek olduğu saptandı.

4.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete Alt Ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4-10: ACYÖ ile HAD-A Puanları Arasındaki İlişki (n=76)

HAD Ölçeği / **ACYÖ**	**r**	**p**
HAD-A (Anksiyete)	0,446	**[a]0,001***
	Min-Max	**Ort± SS**
HAD-A (Anksiyete)	0-20	5,62±4,55

[a]Spearman Korelasyon Katsayısı *p < 0,001

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde anksiyete alt boyutunda aldıkları puanların ortalaması 5,62±4,55 olarak saptandı. ACYÖ puanları ile HAD-A puanları arasında ileri düzeyde anlamlı, pozitif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki bulundu (p<0,001).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon Alt Ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4-11: ACYÖ ile HAD-D Puanları Arasındaki İlişki

HAD Ölçeği / **ACYÖ**	**r**	**p**
HAD-D (Depresyon)	0,518	**[a]0,001***
	Min-Max	**Ort± SS**
HAD-D (Depresyon)	0-20	7,61±5,15

[a]Spearman Korelasyon Katsayısı *p<0,001

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde depresyon alt boyutunda aldıkları puanların ortalaması 7,61±5,15olarak saptandı. ACYÖ puanları ile HAD-D puanları arasında ileri düzeyde anlamlı, pozitif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki bulundu (p<0,001).

5. TARTIŞMA

Cinsellik, insan yaşamında doğumdan önce başlayarak hayat boyu devam eden, fizyolojik, psikolojik, kültürel, ekonomik ve sosyal faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir kavramdır. Yaşın artması ile bireylerde cinsel fonksiyonlarda azalma çoğunlukla görülebilmektedir. Ayrıca bireylerde kronik hastalık bulunması cinsel yaşamlarını ve dolayısı ile yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Parkinson hastalığının dopamin azalması ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Beyinde cinsel davranışları yöneten hipotalamusta meydana gelen dopamin azalması, hastalığın kronik olması ve çoğunlukla ilerleyen yaşlarda ortaya çıkması nedeni ile Parkinson hastalığı bulunan bireylerde cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi gereklidir. Parkinson hastalarında gerek dopaminerjik tedaviye bağlı gerekse hastalık ve semptomlara bağlı olarak cinsel sorunlar (cinsel istekte azalma, orgazm problemleri, vajinal kuruluk, ereksiyon problemleri, erken ejekülasyon veya ejekülasyon güçlüğü vb.) görülebilmektedir (Atagün ve ark. 2010; Bozdemir ve Özcan 2011; Jitkritsadakul ve ark. 2015). Birçok hasta açısından cinsellik ile ilgili sorunları konuşmak utanç verici olabilmektedir. Bu durum hasta ve ailesi için dile getirmesi zor bir konu olmakta ve aile yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda tüm bu nedenler göz önünde tutularak, cinsel sorunların saptanması ve çözümü açısından Parkinson hastalarının cinsel yaşamlarının sorgulanması konusunda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenleri değerlendirmek amacı ile yapılan, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan bu çalışmada elde edilen bulgular beş bölümde tartışılacaktır.

Birinci bölümde; Parkinson hastalarının sosyodemografik, hastalık, tedavi ve hastalık sürecine ilişkin bulguların tartışılması,

İkinci bölümde; Parkinson hastalarında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne ilişkin bulguların tartışılması,

Üçüncü bölümde; Parkinson hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne ilişkin bulguların tartışılması,

Dördüncü bölümde; Parkinson hastalarının hastalık, tedavi ve hastalık sürecine ilişkin özelliklerine göre Arizona Cinsel Yaşantilar Ölçeği'ne ilişkin bulguların tartışılması,

Beşinci bölümde; Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği arasındaki ilişkinin tartışılması,

5.1. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik, Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada yaş ortalaması 64,34±10 olarak bulunmuş olup, literatür ile paralellik göstermektedir. Literatürde bulunan çalışmalar incelendiğinde araştırmaya katılan Parkinson hastalarının yaş ortalaması 57 ile 67 arasında değişmektedir (Basson 1996; Welsh ve ark. 1997; Moore ve ark. 2002; Bronner ve ark. 2004; Gürbüz ve ark. 2007; Çelikel ve ark. 2008; Atagün ve ark. 2010; Karadağ ve ark. 2012; Atagün ve ark. 2013; Gümüş ve ark. 2013; Jitkritsadakul ve ark. 2015; Aslam ve ark. 2016; Malek ve ark. 2017; Varanda ve ark. 2016; Zhang ve ark. 2016; Nicoletti ve ark. 2017). Parkinson hastalığında erken başlangıçlı olgular bulunmasına karşın hastalık başlangıç yaşı 55 ile 65 yaşları arasında değişmektedir (Rijk ve ark. 1997). Bu bağlamda çalışmada yaş ortalamasının yüksek olmasının olağan bir sonuç olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılanların %65,8'ini erkek (n=50), %34,2'sini kadın (n=26) hastalar oluşturmaktadır. Parkinson hastalarında cinsel sorunların incelendiği araştırmalarda katılımcıların erkek oranının kadın oranından fazla olduğu çalışmalar çoğunluktadır ve çalışmada elde edilen bulgular ile uyumludur (Brown ve ark. 1990; Basson 1996; Moore ve ark. 2002; Bronner ve ark. 2004; Castelli ve ark. 2004; Mott ve ark. 2005; Bostwick ve ark. 2009; Atagün ve ark. 2010; Atagün ve ark. 2013; Duncan ve ark. 2013; Gümüş ve ark. 2013; Kotková ve Weiss 2013; Bronner ve ark. 2014; Poletti ve ark. 2014; Jitkritsadakul ve ark. 2015; Teive ve ark. 2016; Aslam ve ark. 2016; Berganzo ve ark. 2016; Ferrucci ve ark. 2016; Malek ve ark. 2017; Zhang ve ark. 2016; Torny ve ark. 2018).

Çalışmaya katılan hastaların %44,7'si (n=34) ilkokul mezunu, %22,4'ü (n=17) ise lisans/lisansüstü mezunudur. Ülkemizdeki eğitim durumu göz önüne alındığında; TUİK 2017 verilerine göre Türkiye nüfusunda 23 milyon civarında ilkokul ya da ilköğretim mezunu birey bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmada ilkokul mezunu sayısının fazla olmasının beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Kanunlar gereği ülkemizde, her bireyin sosyal güvence hakkına sahip olmasına yönelik düzenlemeler yapılmış ve genel sağlık sigortası kapsamında tüm bireylerin sağlık sigortasının bulunması zorunlu hale getirilmiştir. Bu durum nedeni ile katılımcıların tamamına yakınının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Sosyal güvencenin bulunma durumu hastaların hastaneye başvurması, tedavi ve bakım hizmetlerinden yararlanması konusunda önemlidir. Katılımcıların yarısından biraz fazlası emeklidir. Hastaların yaş ortalamalarının yüksek olması ve kronik bir hastalığa sahip olmaları sonucunda çalışma durumlarının çalışmıyor ya da emekli olması beklenen bir durum olarak düşünülebilir.

H&Y skalası, Parkinson hastalığının ilerleme durumuna göre hastaların hekim tarafından değerlendirilip evrelendirilmesi amacı ile kullanılmaktadır (Jankovic 2008). H&Y evrelendirmesi hastaların gruplandırılması amacı ile araştırmalarda sıkça kullanılmakta; ek olarak tanı süresi, kullanılan total levodopa dozu, tedavi biçimi ve süresi Parkinson hastalığında motor ve motor olmayan semptomları araştıran çalışmalarda incelenen unsurlar olmaktadır. Literatürde bulunan çalışmalar incelendiğinde hastaların Parkinson tanı süreleri 36-199 ay arasında değişmektedir (Basson 1996; Welsh ve ark. 1997; Castelli ve ark. 2004; Qin ve ark. 2009; Karadağ ve ark. 2012; Bronner ve ark. 2014; Teive ve ark. 2016; Aslam ve ark. 2016; Berganzo ve ark. 2016; Dahodwala ve ark. 2016; Varanda ve ark. 2016; Zhang ve ark. 2016; Kaya ve ark. 2017; Nicoletti ve ark. 2017; Torny ve ark. 2018). Araştırmada Parkinson tanı süresi literatürde bulunan değer aralığında 78,64±62,88 ay olarak bulundu. Farklılıklar içermesine rağmen çalışma bulguları ile uyumlu olarak hastalar genellikle dünyada ve ülkemizde tekli ve çoklu tedavi olarak aynı tedavi edici yöntemleri kullanmaktadırlar (Atagün ve ark. 2010; Duncan ve ark. 2013; Vela ve ark. 2016). Kullanılan levodopa dozu yapılan çalışmalarda ortalama 176-734 mg arasında değişmekte olup (Brown ve ark. 1990; Duncan ve ark. 2013), bu araştırmada paralel olarak levodopa dozu ortalama 692,5±359,16 mg bulundu. Tedavi kullanım süresinin genel olarak araştırmalarda incelenmeyen bir madde olduğu görülmektedir. İncelenen çalışmalarda bu süre 28-81 ay arasında değişmektedir (Kim ve ark. 2014; Aslam ve ark. 2016). Çalışmada da tedavi kullanım süresi 62,14±46,75 ay olarak saptandı. Tedavide kullanılan levodopa dozu ve tedavi kullanım süresi tedavi kaynaklı yan etkilerin saptanması açısından önemli olabilmektedir (Bronner ve ark. 2004; Atagün ve ark. 2013). Bu nedenle çalışmalarda

levodopa dozu ve tedavi kullanım süresinin incelenmesi gereken unsurlar olduğu açıktır.

Yaş arttıkça yaşlı bireylerde ek hastalık bulunma oranının arttığı bilinmektedir (Öztürk ve ark. 2016). Bu çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasında Parkinson hastalığına ek bir hastalık bulunma durumunun yaş ortalamasının yüksek olması ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir.

Araştırmada bireylerin günlük aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık durumları (yürüme, giyinme, beslenme, boşaltım, hijyen) bilgi formunda hastalara sorulan sorular ile incelenmiştir. Hastaların genel olarak birçok aktiviteyi bağımsız ya da yarı bağımlı olarak yaptığı görüldü. Literatürde bulunan araştırmalarda da çeşitli ölçekler kullanılarak hastaların günlük aktiviteleri ve motor hareketleri incelenmiş ve hastaların motor hareketlerinin ve günlük aktivitelerinde bağımlılık düzeylerinin değişkenlik gösterdiği görülmüştür (Brown ve ark. 1990; Moore ve ark. 2002; Gürbüz ve ark. 2007; Atagün ve ark. 2013; Malek ve ark. 2017). Yaşın artması ve hastalığın ilerlemesi ile motor hareketlerde bozulma meydana gelmekte, dolayısı ile hastaların günlük aktivitelerinde bağımlı olma düzeyi artmaktadır. Bu çalışmada hastaların H&Y evreleri genellikle evre 1 ve 2 arasındadır. Bu nedenle genel olarak birçok aktiviteyi bağımsız ya da yarı bağımlı olarak yaptıklarının görülmesinin beklenen bir durum olduğu düşünüldü.

Uyku ve gastrointestinal sistem problemler Parkinson hastalığında oluşabilen motor olmayan belirtilerdendir (Chaudhuri ve ark. 2010; Duncan ve ark. 2013; Kim ve ark. 2014; Berganzo ve ark. 2016; Zhang ve ark. 2016; Malek ve ark. 2017; Nicoletti ve ark. 2017). Yapılan çalışmalar incelendiğinde uyku bozukluklarının Parkinson hastalarında görülme oranının genel olarak %45-80 arasında değiştiği görülmektedir. Farklı olarak Malek ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında Parkinson hastalarında uyku problemlerinin görülme oranı daha düşük (%18,5) olarak saptanmıştır. Gümüş ve arkadaşlarının (2013) 80 Parkinson hastası ile yaptığı araştırmada 52 hastada uyku problemi bulunduğu, bu problemin genellikle uykuya dalmada güçlük çekmede yaşandığı bildirilmiştir. Bu araştırmada hastaların %28,9'unda uyku düzensizliği bulunduğu, %30,3'ünün ise uykuya dalmada güçlük çektiği saptandı. Parkinson hastalarının uyku ile ilgili yaşadıkları güçlüklere ilişkin elde edilen bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.

Parkinson hastalarında motor olmayan semptomlar içerisinde yer alan koku ve tat almada bozulmanın iştah kaybına ve buna bağlı olarak kilo kaybına neden olduğu düşünülmektedir. Tedavi yan etkisi olarak meydana gelebilen bulantı, kusma ve hastalık ile ortaya çıkan otonomik fonksiyonlarda bozulmanın da kilo kaybına yol açabileceği bildirilmiştir (Cheshire ve Wszolek 2005; Gölçal ve Yıldız 2015). Bu araştırmada hastaların %17,1'inde iştahta azalma, %18,4'ünde kilo kaybı olduğu bulundu. Çalışmadaki bulgulara paralel olarak Chaudhuri ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında kilo kaybı görülme oranı %22,7; Kim ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında %22,8 olarak saptanmıştır.

5.2. Parkinson Hastalarında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Parkinson hastalarının cinsel yaşamlarına yönelik yapılan çalışmalarda cinsel sorunların görülme oranı %37-95 arasında değişmekte olup, araştırmaların çoğunluğunda bu oran %50'nin üzerindedir (Brown ve ark. 1990; Basson 1996; Bronner ve ark. 2004; Mott ve ark. 2005; Kummer ve ark. 2009; Wielinski ve ark. 2010; Karadağ ve ark. 2012; Kotková ve Weiss 2013; Özcan ve ark. 2016; Varanda ve ark. 2016; Kaya ve ark. 2017). Bu çalışmada Parkinson hastalarında cinsel sorunların yüksek oranda (%88,16) görüldüğü saptandı. Cinselliğin çok boyutlu ve karmaşık yapısı nedeniyle Parkinson hastalarında yüksek oranda cinsel sorun bulunması ile ilişkili olabilecek bir kaç açıklama olabilir. İlk olarak Parkinson hastalarında bir çok sistemin etkilenmesi ve alınan tedavilere bağlı olarak cinsel sorunlar sağlıklı popülasyona göre daha fazla görülebilmektedir. Varanda ve arkadaşlarının (2016), Parkinson tanısı almış 61 kadın hasta ve tanısı bulunmayan 62 kadın kontrol grubu ile yaptığı araştırmada Parkinson tanısı bulunan bireylerde kontrol grubuna göre cinsel sorunların daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu nedenle Parkinson hastalarının önemli bir kısmında cinsel sorunların görülme nedeninin hastalık ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

İkinci olarak da Parkinson hastalarında cinsel sorunlara ilişkin yapılan çalışmalarda cinsel disfonksiyonu değerlendirmede farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı görülmektedir (Bronner ve ark. 2004; Kummer ve ark. 2009; Kotková ve Weiss 2013; Özcan ve ark. 2016). Ayrıca ACYÖ'yü kullanan çalışmalarda da farklı kesme puanlarının kullanıldığı görülmüştür (Jitkritsadakul ve ark. 2015; Ülgen ve Güleç 2016; Kaya ve ark. 2017). Cinsel sorunların görülme oranlarındaki farklılığın buna bağlı

olabileceği düşünülebilir. Üçüncü olarak çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalamasının 64 olması ve buna bağlı yaş ile cinsel sorunlarda artış olabileceği ve kullanılan levodopa dozu (ortalama 692,5±359,16 mg) ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bronner ve ark. (2004) çalışmasında levodopa ve dopamin agonistlerinin dozları arttıkça, uzun dönem kullanımı sonucunda cinsel işlevlerde azalmaya neden olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca cinselliğin yalnızca biyolojik etkenlere bağlı bir durum olmaması; psikolojik, sosyal ve kültürel fatörlerden etkilenen bir durum olması nedeniyle çalışmalarda bulunan farklı sonuçlar üzerinde bu etkenlerin de katkısı olabileceği düşünüldü.

5.3. Parkinson Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

İnsanlarda artan yaş ile birlikte cinsel işlevlerde bozulmaların meydana geldiği bilinmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte hastalık, kullanılan ilaçlar ve bireylerin fizyolojisinde ve psikolojisinde meydana gelen değişimler nedeni ile cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Jacobs ve ark. 2000; Atagün ve ark. 2010; Decaroli ve Rochira 2017). Bir araştırmada 57-85 yaşlar arası bireylerin cinsel yaşamları incelenmiş, cinsel aktivitelerde bulunma oranı 57-64 yaşlar arası bireylerde %73, 65-74 yaşlar arası bireylerde %53, 75-85 yaşlar arası bireylerde %26 olarak saptanmıştır (Lindau ve ark. 2007). Parkinson hastalarında yapılan çalışmalar incelendiğinde de araştırmaların çoğunluğunda artan yaş ile birlikte çeşitli cinsel sorunların ortaya çıktığı ve sıklığının arttığı saptanmıştır (Welsh ve ark. 1997; Moore ve ark. 2002; Mott ve ark. 2005; Çelikel ve ark. 2008; Kummer ve ark. 2009; Atagün ve ark. 2010; Hand ve ark. 2010; Karadağ ve ark. 2012; Atagün ve ark. 2013; Ferrucci ve ark. 2016; Özcan ve ark. 2016; Varanda ve ark. 2016; Yang ve ark. 2017). Bu çalışmada benzer olarak Parkinson hastalarında yaş arttıkça cinsel sorunların arttığı bulundu. Bu bulguların tersine Parkinson hastalarında yaş ile cinsel sorunlar arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Wielinski ve arkadaşlarının (2010) erken başlangıçlı Parkinson hastaları ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması 50 bulunmuş ve yaş ile cinsel işlevlerde bozulma arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Diğer bir araştırmada Parkinson hastalarında meydana gelen cinsel yaşamdan memnuniyetsizliğin yaş ile ilişkisinin olmadığı bildirilmiştir (Kotková ve Weiss 2013). Bronner ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında da Parkinson hastalarının cinsel yaşam kaliteleri ile yaşları arasında bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Parkinson hastalarında cinsiyet ile cinsel sorunların karşılaştırılmasına bakıldığında; kadınların ACYÖ puan ortalaması (21,42±5,27) erkeklerden (16,60±5,17) daha yüksek olup, cinsel işlevlerde bozulmanın erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde cinsiyet ile cinsel sorunlar arasındaki ilişkiye dair çelişkili bulgular bulunmaktadır. Çalışma bulguları ile paralel olarak kadınların ACYÖ toplam puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek saptandığı (Çelikel ve ark. 2008; Atagün ve ark. 2013; Jitkritsadakul ve ark. 2015; Kaya ve ark. 2017) ve kadınların cinsel işlevlerde erkeklere göre daha fazla sorun yaşadığına yönelik (Kummer ve ark. 2009; Kotková ve Weiss 2013) araştırmalar bulunmakta iken erkek hastaların kadınlara göre daha fazla sorun yaşadıkları ve cinsel yaşamlarından memnuniyetsiz olduklarını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Brown ve ark. 1990; Jacobs ve ark. 2000; Mott ve ark. 2005; Kim ve ark. 2014; Hand ve ark. 2010). Bronner ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında ise erkek hastaların kadınlara göre daha fazla cinsel isteğe sahip olduğu ancak kadınların cinsel yaşamlarından erkeklere göre daha memnun oldukları bildirilmiştir. Parkinson hastalarında cinsel sorunların cinsiyet farklılığı ile ilişkili olmadığını bulgulayan çalışmalar bulunmak ile birlikte sayıları sınırlıdır (Moore ve ark. 2002; Wielinski ve ark. 2010; Karadağ ve ark. 2012). Kadınlarda ıslanmada güçlük, ağrılı cinsel ilişki, orgazm problemleri ve menapoz dönemi ile cinsel fonksiyonlarda bozulma sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (Lindau ve ark. 2007; Özerdoğan ve ark. 2009). Parkinson hastalığının genellikle geç yaşlarda başlaması ve kadınların bu dönemde menapoza girmiş oldukları düşünüldüğünde cinsel sorunların daha sık görülmesinin normal bir durum olabilir. Ayrıca bu çalışmada araştırmacının kadın cinsiyette olmasının kadın hastaların cinsel sorunlarını daha rahat ifade edebilmesine yol açarak sonuçlar üzerinde etkisi olabileceği düşünüldü. Ek olarak bu çalışmada kadın katılımcı sayısı erkeklere göre daha azdır. Cinsiyetler arasındaki farkın daha iyi anlaşılabilmesi için dağılımın homojen olduğu çalışmalar yapılabilir. Ülkemizde cinsellik özellikle yaşlı popülasyonda bir tabudur ve cinselliği yaşama durumu kadın ve erkeğin toplumsal rollerine göre değişmektedir. Kadınlar cinselliklerini yaşama konusunda din ve kültürel faktörler nedeniyle bastırılmakta, erkekler ise bu konuda desteklenmektedir (Civil ve Yıldız 2010). Tüm bu durumlar göz önüne alındığında bu çalışmada kadınlarda cinsel sorunların daha fazla görülmesinde bu faktörlerin rol oynayabileceği düşünüldü.

Parkinson hastalarında eğitim düzeyinin cinsel sorunlar üzerinde etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmış olup, olup ilkokul mezunu bireylerin lisans ve üstü eğitim seviyesinde olanlara gore daha fazla cinsel sorun yaşadıkları bulundu. Kaya ve ark. (2017) yaptığı çalışmadaki bulgular ile uyumlu olarak eğitim seviyesinin cinsel sorunların belirleyicisi olduğu ve ACYÖ ile negatif yönde ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Kummer ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da eğitim düzeyi azaldıkça cinsel disfonksiyon durumunun arttığı bildirilmiştir. Eğitim seviyesi ile cinsel sorunlar arasında ilişki olmadığını bulgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (Ferrucci ve ark. 2016; Varanda ve ark. 2016). Eğitim seviyesinin artması ile hastaların cinsellik konusunda daha doğru kaynaklara ulaşabilecekleri, eşleri ile cinsel sorunlar hakkında daha fazla konuşabilecekleri ve profesyonel yardım isteyebilecekleri düşünüldü. Türkiye'de nispeten cinselliğin konuşulması kolay konular olmaması nedeniyle eğitim seviyesinin bu durumu etkileyebileceği düşünüldü. Ege ve arkadaşlarının (2010) sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyonlarda bozukluklar üzerine yaptığı çalışmasında kadınların ve eşlerinin eğitim seviyelerinin düşmesi ile cinsel işlevlerde bozulmaların arttığı saptanmıştır. Ek olarak eğitim seviyesinin çalışmada kullanılan anket ve ölçeklere uygun yanıt verilmesini etkileyebileceği düşünüldü.

Bu çalışmada hastaların çalışma durumları ile cinsel sorunları arasında anlamlı fark saptandı ve çalışmayan bireylerin yarı zamanlı çalışan/çalışan ya da emekli bireylere göre daha fazla cinsel sorun yaşadığı bulundu. Jacobs ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan araştırmada, Parkinson hastalarının cinsel fonksiyonlarının işsiz olma durumundan etkilendiği bulunmuştur. Wielinski ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise farklı olarak cinsel sorunların çalışma durumu ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Yaşamlarını kaliteli, bağımsız ve doyum sağlayarak sürdürebilmek açısından çalışma durumu bireyler için önemlidir. Gelir elde etmenin yanı sıra toplum içerisinde saygın olma, belirli bir pozisyonda olma ve takdir alma açısından da bireylerin çalışma durumları bir etkendir. Bu nedenle çalışamama ve ekonomik kayıplar kişileri psikolojik olarak da olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalık nedeni ile çalışamayan bireylerde hem bu durumların hem de hastalığın getirmiş olduğu psikolojik yük ilerleyen dönemlerde korku, kaygı, benlik saygısının azalması, uyku örüntüsünde bozulma ve depresyon gibi problemlere neden olmakta ve bireylerin cinsel yaşamlarını etkileyebilmektedir (Yılmaz ve ark. 2010). Bu nedenle hastalık sebebi ile çalışma veya

sosyal yaşamından izole olmuş bireylerde cinsel sorunların daha fazla ortaya çıkabileceği düşünülebilir.

Bu araştırmada Parkinson hastalarının yaşadığı kişi/kişiler arasında anlamlı fark saptandı. İlginç bir biçimde eşi ve çocuğu ile yaşayanların sadece eşiyle ya da sadece çocuğuyla yaşayanlara gore daha az cinsel sorun yaşadığı bulundu. Çocuğunun yanında yaşayan hastaların ACYÖ puan ortalaması en yüksek bulunmuş olup, bu durum hastaların cinsel partnerlerinin olmaması ile veya kendi evi dışında bir ortamda yaşamasının cinsel hayatını etkilemesi ile ilişkili olabilir. Ek olarak cinselliğin ülkemizde tabu olması nedeni ile çocuklarıyla yaşayan yaşlı bireylerin utanma ve kaçınma göstererek cinsel aktivitelerde bulunmada sorun yaşayabilecekleri düşünüldü.

5.4. Parkinson Hastalarının Hastalık, Tedavi ve Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastalık, hastalık süreci ve tedavi ile ilgili değişenler kapsamında hastalık evresi, tedavi süresi, kullanılan tedavi, ek hastalık bulunma ve günlük aktiviteleri yerine getirebilme durumu, fiziksel ve ruhsal sağlık algılama düzeyi, beden görünümünden memnun olma düzeyi ve iştah kaybı ile cinsel sorunlara olan etkisi incelendi.

Çalışmada Parkinson hastalarının motor semptomlarına ve fiziksel bağımsızlık düzeylerine göre yapılan H&Y evrelendirmesi ile cinsel sorunlar arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmadaki bulgular ile uyumlu olarak hastaların H&Y evrelerinin cinsel sorunlar ile ilişkisinin bulunmadığı çalışmalar bulunmaktadır (Jacobs ve ark. 2000; Moore ve ark. 2002; Hand ve ark. 2010; Varanda ve ark. 2016; Kaya ve ark. 2017). Tam tersi olarak hastaların H&Y evreleri ile cinsel işlevlerinde meydana gelen bozulma arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda H&Y evresi arttıkça hastaların cinsel işlevlerinde bozulmaların ve cinsel yaşamdan duydukları memnuniyetsizliğin arttığı saptanmıştır (Welsh ve ark. 1997; Karadağ ve ark. 2012; Ferrucci ve ark. 2016; Özcan ve ark. 2016). Bu çalışmaya dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunun H&Y evresi 1 ve 2 arasında değişmektedir. Cinsel işlevler ile H&Y ilişkisinin ayrıntılı olarak incelenebilmesi için H&Y evresi daha ileri olan, eşit dağılımlı ve daha yüksek sayıda katılımcının bulunduğu çalışmalara gereksinim vardır.

Tanı süresinin cinsel işlevler ile ilişkisine bakıldığında; Brown ve arkadaşlarının (1990) yaptığı araştırmada hastalık süresinin Parkinson hastalarının cinsel fonksiyonlarında meydana gelen bozulmalar ile ilişkili olduğu saptamıştır. Bir diğer çalışmada Parkinson hastalarında her iki cins için de tanı süresinin cinsel yaşamları hakkındaki memnuniyetsizlikleri ile ilişki olduğu ancak etkisinin az olduğu bildirilmiştir (Kotková ve Weiss 2013). Bu çalışmada tanı süresi ile ACYÖ toplam puanları arasında ilişki olmadığı saptanmadı. Türkiye'de Özcan ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışma ile Kaya ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada da hastalık süresi ile cinsel işlevlerde bozulma arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Parkinson hastalarının tanı süreleri ile cinsel yaşamdan memnuniyet durumları arasında ilişki saptanmayan diğer çalışmalar da bulunmaktadır (Welsh ve ark. 1997; Jacobs ve ark. 2000; Hand ve ark. 2010).

Levodopa maddesi Parkinson hastalığı tedavisinde uzun yıllardır kullanılmaktadır (Erer ve Zarifoğlu 2008). Levodopanın kullanımı sonucunda meydana gelen dopaminerjik etki ile Parkinson hastalarının kendilerini daha enerjik hissettikleri ve cinsel aktivitelerinde artma meydana geldiği söylenmektedir (Brown ve ark. 1990). Levodopa' ya ek olarak ya da tek başına tedavide kullanılabilen dopamin agonistlerinin de yan etki olarak cinsel istek ve aktivitelerde aşırı artma (hiperseksüalite) ve kompulsif davranışlar ortaya çıkarabildiği bilinmektedir (Ondo ve Lai 2008; Bostwick ve ark. 2009; Lee ve ark. 2010; Hassan ve ark. 2011; Gümüş ve ark. 2013; Atagün ve ark. 2013; Poletti ve ark. 2014; Teive ve ark. 2016; Vela ve ark. 2016). Bu çalışmada Parkinson hastalarının günlük aldıkları toplam levodopa dozu, dopamin agonisti kullanımı ve tedavi türü ile ACYÖ toplam puanları arasında ilişki/fark saptanmamıştır.

Bulgular ile uyumlu olarak toplam levodopa dozu ile cinsel işlevlerde bozulma arasında ilişki olmadığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır (Moore ve ark. 2002; Atagün ve ark. 2010; Bronner ve ark. 2014; Varanda ve ark. 2016; Kaya ve ark. 2017). Ancak levodopanın cinsel aktivitelerde azalmaya neden olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Cleeves ve Findley 1987; Bronner ve ark. 2004). Bronner ve ark. (2004) çalışmasında levodopa ve dopamin agonistlerinin dozları arttıkça, uzun dönem kullanımı sonucunda cinsel işlevlerde azalmaya neden olabileceği saptanmıştır .

Tedaviden yan etki gören bireylerin ACYÖ toplam puan arasında anlamlı fark saptandı. Buna göre tedaviye bağlı görülen yan etkiler (aşırı terleme, baş dönmesi,

sersemlik, bulantı, kusma, kabus görme, uykusuzluk, ağız kuruluğu, kasılma, istemsiz hareket vb.) Parkinson hastalarının cinsel sorunların yaşanmasıyla ilişkili görünmektedir. Ancak ilginç bir şekilde yan etki olarak hiperseksüalite problemi olduğunu bildiren hastaların ACYÖ puan ortalaması diğer yan etkileri gören bireylerden daha düşük bulunmuştur. ACYÖ'de hiperseksüalite durumunu saptamaya yönelik soru/sorular bulunmaması nedeni ile böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünüldü. Araştırmada bu sebepten hastalara ek bir soru yönelterek yan etki olarak 7 hastada (%9,21) hiperseksüalite problemi bulunduğu saptandı. Hiperseksüalite problemi bulunan 7 hasta da tedavide dopamin agonisti kullanmakta olup, bulgular dopamin agonisti kullanan hastalarda yan etki olarak hiperseksüalitenin ortaya çıkabileceğini destekler niteliktedir. Atagün ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında da cinsel işlevlerin levodopa ve dopamin agonisti kullanımı ile ilişkili olmadığı ancak dopamin tedavisi alan hastaların %16,6'sında hiperseksüalite saptandığı bildirilmiştir. Weintraub ve ark. (2010) 3090 Parkinson hastasında dürtü kontrol bozukluklarını inceledikleri çalışmada hastaların %3,5'inde kompulsif cinsel davranış saptamışlardır. Literatürde sorunun saptanan sıklığının gerçekte görülme oranlarının çok altında olduğu vurgulanmaktadır (Bronner ve Vodušek 2011).

Cinsel işlevler nörolojik hastalıkların yanı sıra dolaşım ve endokrin sistem hastalıklardan da etkilenebilmektedir (Nusbaum ve ark. 2003; Yang ve ark. 2017). Bu nedenle bu çalışmada da Parkinson hastalarının ek hastalık bulunma durumlarının cinsel sorunlara olan etkisi incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre ek hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında cinsel sorunlar yönünden bir fark saptanmadı. Bulgular ile paralel olarak Varanda ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada cinsel işlevlerinde bozulma olan ve olmayan Parkinson hastalarının ek hastalık bulunma durumları karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmamıştır. Ferrucci ve arkadaşlarının (2016) 121 Parkinson hastası ile yaptığı çalışmada ise kadın ve erkeklerin cinsel fonksiyonlarında meydana gelen bozulmalar ile hipertansiyon bulunma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bağlamda daha büyük örneklem ile Parkinson hastalarının ek hastalıklarının ayrı ayrı cinsel sorunlar ile ilişkisinin incelendiği çalışmaların faydalı olabileceği düşünüldü.

Parkinson hastalığında meydana gelen motor ve motor olmayan semptomlar nedeni ile fiziksel hareketlerde bozulmalar meydana gelerek hastalar günlük yaşamdaki

aktivitelerini yerine getirmede yetersiz kalabilmektedirler (Mott ve ark. 2005). Bu durum hastaların cinsel yaşamlarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Basson, 1996; Moore ve ark. 2002; Kummer ve ark. 2009; Karadağ ve ark. 2012; Atagün ve ark. 2013; Kotková ve Weiss 2013). Kummer ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında günlük aktiviteleri hastalıktan fazla etkilenen Parkinson hastalarında cinsel disfonksiyon görülme durumunun, az etkilenen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kotková ve Weiss (2013)'in Parkinson hastaları ile yaptığı araştırmada motor hareketlerde bozulma ile meydana gelen fiziksel engellilik durumunun hastaların cinsel yaşamdaki memnuniyetlerini azalttığı bildirilmiştir. Mott ve arkadaşlarının (2005) 444 Parkinson hastası ile yaptığı çalışmada kendi bakımını sağlayamayan hastaların %61'inin cinsel yaşamlarının bu durum nedeni ile sınırlanmakta olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada da Parkinson hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık/bağımsızlık durumlarının cinsel sorunlar ile ilişkisi incelenmiş, yardım almadan vücut temizliğini yapabilmeve yardım almadan yürüyebilmede gruplar arasında ACYÖ toplam puan karşılaştırmasında anlamlı fark saptanmıştır. Yardım alarak vücut temizliğini yapan ve yürüyebilen hastalarındaha fazla cinsel sorun yaşadığı saptandı. Öte yandan Kaya ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında hastaların günlük aktivitelerini yerine getirme durumları ile ACYÖ toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Parkinson hastalarında hastalığın ilerlemesi sonucu fiziksel bağımlılık düzeyi artmakta ve bu durum hastaların aile ve toplum içi rollerini yerine getirmede yetersiz olmalarına neden olabilmektedir (Civil 2018). Aile içi rollerde yetersiz kalmanın hastaların cinsel yaşamlarını da olumsuz yönde etkileyebileceği açıktır. Hemşirelik, bireyi bütüncül olarak değerlendiren bir bilim dalıdır. Bu bağlamda Parkinson hastalarının fiziksel bağımlılık durumlarının değerlendirilmesi, bu durumun cinsel yaşama olan etkisinin saptanarak hastalara uygun yönlendirme yapılması açısından hemşirenin rolü oldukça önemlidir.

Hastalık ve semptomlara bağlı fiziksel sağlık algısının cinsel yaşama olan etkisini incelediğimizde, 10 cm üzerinden verilen puanın ortalama 5,09± 2,63 cm olarak orta düzeyde saptandığı söylenebilir. Fiziksel sağlık algısı ile ACYÖ toplam puanı açısından anlamlı ve negatif yönde ilişki saptanmış olup, fiziksel sağlık algısı kötüleştikçe bireylerin cinsel yaşamlarında sorun yaşama düzeyleri artmakta olduğu görüldü. Kişilerinin kendilerini ve sağlıklarını algılama biçimlerinin cinsel yaşamlarını etkilediği söylenebilir. Brown ve arkadaşlarının (1990) yaptığı çalışmada ise Parkinson

hastalarında meydana gelen fiziksel kısıtlılığın hastaların cinsel yaşamdan duydukları memnuniyet ile ilişkili olmadığı ancak cinsel partnerlerinin cinsel yaşamdan duydukları memnuniyeti olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.

Parkinson hastalığı ile ortaya çıkan motor belirtilere ek olarak hastalarda psikiyatrik problemlerin ortaya çıktığı bilinmektedir (Stanković ve ark. 2016). Bu durumun hastaların ruhsal sağlık algılamasını olumsuz etkileyebileceği açıktır. Parkinson hastalarının ruhsal sağlıklarına yönelik öz değerlendirmelerinin cinsel yaşamlarına olan etkisini incelemek amacıyla bu araştırmada hastaların ruhsal sağlıklarını oluşturulan skala ile değerlendirmeleri istendi. 10 cm üzerinden verilen puan ortalaması 5,58±2,70 cm olarak saptandı ve ACYÖ toplam puanı açısından negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Bu bağlamda hastaların ruhsal sağlık algılamaları bozuldukça cinsel sorunlarının arttığı düşünüldü. Elde edilen bu bulgu Parkinson hastalarında meydana gelen psikiyatrik bozuklukların cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini saptayan araştırmaları destekler niteliktedir (Basson 1996; Welsh ve ark. 1997; Kummer ve ark. 2009; Kotková ve Weiss 2013; Ferrucci ve ark. 2016; Varanda ve ark. 2016).

Uyku problemleri Parkinson hastalarında sık görülen motor olmayan semptomlardandır (Kim ve ark. 2014; Gümüş ve ark. 2013; Zhang ve ark. 2016; Nicoletti ve ark. 2017). Parkinson hastalarında uyku bozukluklarının genellikle uykusuzluk, uykuya dalmada güçlük çekme olarak görüldüğü ve hatta bu problemlerin depresyon ve anksiyete bozukluğu olan bireylerde daha fazla karşılaşıldığı bilinmektedir (Benbir ve Kardeniz 2011). Bu çalışmada uykuya dalmada güçlük çeken hastalar ile çekmeyen hastalar arasında ACYÖ toplam puan ortalamalarına göre anlamlı fark saptandı. Uykuya dalmada güçlük çeken hastaların sorun yaşamayanlara göre ACYÖ puan ortalamasının yüksek olması daha fazla cinsel sorun yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Bulgulara zıt olarak Wielinski ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında uyku bozuklukları ile cinsel disfonksiyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Duncan ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında da bozulmuş cinsel dürtü ile uyku bozuklukları arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Yine de uyku problemlerinin Parkinson hastalarında sık görülmesinin bilinen bir durum olması, araştırmamızda cinsel sorunlar ile ilişkisinin saptanması ve literatürde uyku problemlerinin cinsel sorunlar üzerinde etkisini araştıran sınırlı sayıda araştırma olması nedeni ile bu konuda

daha fazla çalışma yapılması önerilebilir. Ek olarak depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda belirgin olarak uyku bozuklukları ile karşılaşılması nedeniyle çalışmalarda bu boyutun ayrıntılı incelenmesinin gerekliliği açıktır.

Beden imajı algısı, biyolojik, kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenen, bireyin dış görünüş olarak zihninde kendini nasıl algıladığı ile ilişkili bir kavramdır. Bireylerde beden imajı algısının bozulması aynı zamanda benlik saygısında azalmaya ve sosyal ilişkilerden kaçınmaya neden olabilmekte, bu durum anksiyete, depresyon ve cinsel işlevlerde bozulmaya neden olabilmektedir (Gamarra ve ark. 2009; Kılıç ve ark. 2007). Parkinson hastalığında motor hareketlerde bozulmaya bağlı olarak gelişen duruş, konuşma bozuklukları, yüz hareketleri ve mimiklerde azalma gibi durumlar hastaların duygularını ifade etmeye yetmemekte ve beden imajı algılarında bozulmaya yol açabilmekte, bu durum cinsel yaşamlarında bireylerin kendilerine olan güvenlerini azaltabilmektedir (Basson 1996). Solimeo (2008), 171 Parkinson tanısı almış birey ile yaptığı niteliksel çalışmada kadın hastalardan biri ellerinde meydana gelen tremorun sosyal yaşamda kendisini çok utandırdığını, sinirlendirdiğini ve beden görünümünden çok rahatsız olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada erkek hastalardan biri ise tremor başladığında toplum içerisinde dikkat çektiğini ve bu durumdan utandığını bildirmiş, erkeklerin de görünümlerinden rahatsızlık duydukları belirtilmiştir. Welsh ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında cinsel sorunlar ile beden imajı istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ilişkili bulunmuştur. Deng ve arkadaşlarının (2015) Parkinson hastaları ile yaptığı araştırmada postural duruş bozukluğu olan ve olmayan hastalar cinsel sorunlar yönünden karşılaştırılmış ve duruş bozukluğu olan hastalarda cinsel disfonksiyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada da bireylerin beden görünümlerinden memnun olma düzeyi incelenmiş olup, 10 cm üzerinden verilen puanın ortalama 5,42±2,71cm olduğu ve ACYÖ toplam puanı açısından anlamlı ve negatif yönde ilişki bulunduğu saptandı. Hastaların %28,9'u beden görünümlerinin cinsel yaşamlarını etkilediğini bildirdi ve ACYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırmasında gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Araştırmadan elde edilen bulgular Parkinson hastalarının beden görünümlerinden duydukları rahatsızlığın cinsel yaşamda sorunlara neden olduğu görüşünü desteklemektedir.

Çalışmada Parkinson hastalarının iştah durumları ile ACYÖ toplam puan karşılaştırmasında iştahı azalan ve iştah kaybı olmayan bireyler arasında anlamlı fark

saptanmıştır ve iştah kaybı yaşayan bireylerin ACYÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. İştah durumu depresyon, anksiyete bozukluğu ve gastrointestinal problemler gibi pek çok olgudan etkilenebilecek olan bir durumdur (Türkçapar 2004; Malek ve ark. 2017). Çalışmada hastaların depresyon ve anksiyete durumlarıyla ACYÖ arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Literatürde iştah kaybının cinsel sorunlar üzerindeki etkisini inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle yapılacak olan araştırmalar için bu durumun göz önünde bulundurulması önerilebilir.

5.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu bölümde Parkinson hastalarının ACYÖ puanları ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin "Anksiyete" ve "Depresyon" alt boyutları puanları arasındaki ilişkinin tartışılmasına sırasıyla yer verilecektir.

Anksiyete; genetik nedenler, nörotransmitterlerde bozulma, kişilik ve olumsuz yaşam olayları ile meydana gelebilen karmaşık patofizyolojiye sahip bir bozukluktur (Kaur ve Singh 2017). Parkinson hastalığı ile birlikte nörotransmitterlerde meydana gelen bozulmalar ve ortaya çıkan fizyolojik semptomların bireylerde yarattığı stresin anksiyete bozukluklarının gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir (Tunç ve ark. 2007; Atagün ve ark. 2013; Chen ve Marsh 2014).

Anksiyete bozuklukları Parkinson hastalarında sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Tabloya anksiyete ile birlikte genellikle depresyon da eşlik etmekte olup, normal popülasyona göre daha sık karşılaşılmaktadır (Brown ve ark. 1990; Welsh ve ark. 1997; Öztürk ve ark. 2004; Tunç ve ark. 2007; Chaudhuri ve ark. 2010; Duncan ve ark. 2013; Gümüş ve ark. 2013; Stanković ve ark. 2016; Zhang ve ark. 2016). Tunç ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında anksiyete açısından Parkinson hastaları ve Parkinson tanısı bulunmayan grup karşılaştırılmış ve anksiyetenin anlamlı olarak Parkinson hastalarında kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastalar anksiyete yönünden incelendi ve HAD-A puan ortalamalarının eşik değerin altında bulunduğu görüldü. Katılımcıların H&Y evrelerinin genellikle 1-2 olmasının günlük aktivitelerinde bağımsızlık düzeylerinin daha fazla olmasına ve dolayısıyla anksiyete düzeylerinin düşük bulunmasına etken olabileceği düşünüldü. Aynı zamanda katılımcıların hastalık sürelerinin uzun olmasının bireylerin hastalık

hakkındaki bilgi düzeyi, hastağı kabullenme, uyum ve başetme becerilerini arttırarak daha az anksiyete yaşamalarına neden olabileceği düşünüldü.

Parkinson hastalarında gerek fizyolojik gerekse hastalık ve belirtilerin bireylerde yarattığı algı ve stres nedeni ile ortaya çıkan anksiyete, cinsel işlevlerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Welsh ve ark. 1997; Atagün ve ark. 2013; Kotková ve Weiss 2013). Welsh ve arkadaşlarının (1997) kadın Parkinson hastaları ile yaptığı çalışmada hastalarda bulunan anksiyetenin kontrol grubuna göre fazla olduğu ve cinsel ilişki esnasında yaşadıkları anksiyete nedeni ile cinsel ilişkiden kaçındıkları bildirilmiştir. Kotková ve Weiss (2013) araştırmasında cinsel disfonksiyonun kadınlarda anksiyete ile ilişkili olduğu saptamıştır. Atagün ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında anksiyete ölçeği skorunun ACYÖ ile ilişkili olduğu yani anksiyetenin bireylerin cinsel işlevlerinde bozukluklarının belirleyicilerinden biri olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada da ACYÖ toplam puanları ile HAD-A puanları arasında ileri düzeyde anlamlı, pozitif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada hastaların anksiyete skorları arttıkça cinsel işlevlerinde meydana gelen bozulmanın arttığı görüldü.

Literatürde anksiyete bozukluğu ile cinsel sorunların ilişkisinin olmadığını bulgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (Çelikel ve ark. 2008; Kummer ve ark. 2009; Atagün ve ark. 2010; Hand ve ark. 2010). Çelikel ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında anksiyete şiddetinin Parkinson hastalarının cinsel işlevlerinde bozulma ile ilişkisinin bulunmadığı bildirilmiştir. Kummer ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında Parkinson hastalarında bulunan yaygın anksiyete bozukluğunun cinsel istekte azalma ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Atagün ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da hastalarda hafif anksiyete bozukluğu bulunduğu ancak ACYÖ karşılaştırmasında anlamlı ilişki saptanmadığı bildirilmiştir.

Anksiyetenin Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ile ilişkisinin olduğu açıkça görülmektedir. Bu nedenle cinsel sorunlar incelenirken anksiyetenin varlığı ve cinsel sorunlara olan etkisinin göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde depresyon alt boyutunda aldıkları puanların ortalaması belirlenen kesme puanından yüksek saptandı. Buna göre katılımcıların depresyon açısından risk altında oldukları söylenebilir.

Parkinson hastalığında depresyonun ortaya çıkmasının hastalık belirtileriyle birlikte bireylerin yaşadıkları stres ve fiziksel bağımlılık durumu ve/ veya meydana gelen nörodejenerasyon ile ilişkili olarak ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (McDonald ve ark. 2003). Depresyon, Parkinson hastalarında en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluktur (Basson 1996; Brown ve ark. 1990; Sarandöl ve ark. 2007; Qin ve ark. 2009; Chaudhuri ve ark. 2010; Karadağ ve ark. 2012; Stanković ve ark. 2016; Zhang ve ark. 2016). Parkinson hastalarında depresyonun Parkinson hastalığı bulunmayan bireylere oranla daha sık görüldüğü ve hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Qin ve ark. 2009; Stanković ve ark. 2016).

Literatürde Parkinson hastalarının cinsel yaşamlarına yönelik olarak yapılan çalışmaların hemen hepsinde depresyon ile cinsel sorunların ilişkisi incelenmiştir. Depresyonun cinsel sorunlar ile ilişkisi olmadığını bildiren çalışmalar olmasına karşın (Brown ve ark. 1990; Çelikel ve ark. 2008; Hand ve ark. 2010; Wielinski ve ark. 2010; Bronner ve ark. 2014); ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar çoğunluktadır (Brown ve ark. 1990; Basson 1996; Welsh ve ark. 1997; Jacobs ve ark. 2000; Kummer ve ark. 2009; Kotková ve Weiss 2013; Bronner ve ark. 2014; Jitkritsadakul ve ark. 2015; Ferrucci ve ark. 2016; Varanda ve ark. 2016).

Bu çalışmada ACYÖ toplam puanları ile HAD-D puanları arasında ileri düzeyde anlamlı, pozitif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki bulunmuştur. Literatür ve çalışma bulgularına bakıldığında, bu durumu hastaların depresyon düzeyi arttıkça cinsel sorunlarında artış meydana gelebileceği ya da hastalarda bulunan cinsel sorunların depresyona neden olabileceği şeklinde çift yönlü olarak yorumlanabilir.

Parkinson hastalığında en sık saptanan psikiyatrik bozukluğun depresyon olması ve cinsel sorunlar ile ilişkisinin saptandığı çalışmaların çoğunlukta bulunması, hastalarda cinsel sorunları incelerken depresyon boyutuna da dikkat edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak;

Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenleri incelemek amacı ile yapılan bu araştırmada;

- ✓ Katılımcıların yaş ortalamasının 64,34±10, %65,8'inin erkek, %88,2'sinin evli,

- ✓ %44,7'sinin ilkokul mezunu, %55,3'ünün emekli olduğu, %98,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %78,9'unun gelir durumunun giderlerini karşılamaya yeterli olduğu ve %60,5'inin eşi ile birlikte yaşadığı bulundu.
- ✓ Katılımcıların Hoehn-Yahr evreleri ortalaması 2,02±0,82 olup, %36,8'inin 2. evrede olduğu belirlendi.
- ✓ Katılımcıların Parkinson tanı süresi ortalaması 78,64±62,88 ay, tedavide alınan total Levodopa dozu ortalaması 692,5±359,16 mg ve tedavi süresi ortalaması 62,14±46,75 ay olarak saptandı.
- ✓ Katılımcıların %57,9'u tedavide dopamin agonisti kullanmakta, %85,5'i çoklu tedavi almakta, %90,8'I tedaviyi düzenli kullanmakta, %39,5'i kullandıkları tedaviden yan etki görmekte ve yan etki görenlerin %23,3'ünün cinsel işlev bozukluğu olarak hiperseksüalite sorunu yaşadığı görüldü.
- ✓ Katılımcıların %59,2'sinin Parkinson hastalığına ek olarak bir ya da daha fazla hastalık bulunduğu; ek hastalık bulunanların %36,6'sının kalp damar hastalıkları, %24,4'ünün ruhsal hastalıklar ve %20'sinin Diyabetus Mellitus tanısı bulunduğu belirlendi.
- ✓ Katılımcıların %51,3'ünün günlük yaşamını sürdürmede destek almadığı, destek alan bireylerin %67,6'sının eşinden destek aldığı, %96,1'inin yardım almadan beslenebildiği, %75'inin yardım almadan boşaltım ihtiyacını karşılayabildiği, % 65,8'inin yardım almadan giyinebildiği, %57,9'unun yardım almadan vücut temizliği yapabildiği ve %73,7'sinin yardım almadan yürüyebildiği saptandı.
- ✓ Katılımcıların %71,1'inin beden görüntüsünün cinsel yaşamını etkilemediğini düşündüğü, %82,9'unun iştah ve %81,6'sının kilo kaybı yaşamadığı, kilo kaybı yaşayanların %50'sinin 6 kilodan fazla kilo kaybının olduğu belirlendi.
- ✓ Katılımcıların %71,1'inin uyku düzensizliği yaşamadığı ve %30,3'ünün uykuya dalmada güçlük çektiği bulundu.
- ✓ Katılımcıların gece uyku saati ortalaması 6,08±1,78 ve gündüz uyku ortalaması 1,48±0,51 saat olarak saptandı.

- ✓ Katılımcıların fiziksel sağlık algılama düzeyi ortalaması 5,09±2,63, beden görüntüsünden memnun olma düzeyi ortalaması 5,42±2,71 ve ruhsal sağlık algılama düzeyi ortalaması 5,58±2,70 olarak orta düzeyde belirlendi.
- ✓ Katılımcılarda cinsel sorun görülme oranı yüksek bulundu, %88,16'sının (n=67) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanının 11'in üzerinde olduğu saptandı.
- ✓ Katılımcıların ACYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırmasında cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunduğu saptandı (p=0,001).
- ✓ Katılımcıların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları kadınların 21,42±5,27, erkeklerin 16,60±5,17 olup, kadınların puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı. Kadınlarda erkeklerden daha fazla cinsel sorun görüldüğü belirlendi.
- ✓ Katılımcıların yaşı ile ACYÖ toplam puan arasında pozitif yönde, anlamlı ve orta kuvvette ilişki bulundu (r=0,406; p<0,001).
- ✓ Katılımcıların ACYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırmasında eğitim düzeyleri (p=0,015), çalışma durumları (p<0,001) ve birlikte yaşadığı kişi/kişiler (p=0,004) grupları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Gruplarda en yüksek ACYÖ puan ortalaması ilkokul mezunu bireylerde 20,26±6,31, çalışmayanlarda 22,14±5,50 ve çocuğunun yanında yaşayanlarda 22,00±6,74 olarak saptandı.
- ✓ ACYÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırmasında medeni durum ve çalışma durumunda gruplar arasında fark saptanmadı (p> 0,05).
- ✓ Katılımcıların ACYÖ puan ortalaması karşılaştırmasında cinsel işlev bozuklukları ile ilgili yan etki görülenler ile diğer yan etkilerin görüldüğü hastalar arasında anlamlı fark bulundu (p=0,003). Diğer yan etkilerin görüldüğü hastaların ACYÖ puan ortalaması (19,09±6,49) cinsel işlev bozuklukları ile ilgili yan etki görülenlerden daha yüksek saptandı.
- ✓ Katılımcıların H&Y evresi (r=-0,082), Parkinson tanı (r=0,020), total levodopa dozu (r=-0,29) ve tedavi süresi (r=0,045) ile ACYÖ toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).
- ✓ Katılımcıların dopamin agonisti kullanımı, tedavi türü, tedavi kullanım düzeni, yan etki görme durumu ve ek hastalık bulunma durumu ile toplam puan ortalaması karşılaştırmasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

- ✓ Katılımcıların fiziksel sağlık düzeyi algılaması (r=-0,328; p=0,004), ruhsal sağlık düzeyi algılaması (r=-0,38; p= 0,001) ve beden görüntüsünden memnun olma düzeyi (r=-0,279; p=0,015) ile ACYÖ toplam puanı açısından anlamlı, negatif yönde ve düşük kuvvette ilişki bulundu.
- ✓ Katılımcıların ACYÖ toplam puan ortalaması açısından kendi kendine vücut temizliğini yapabilenler ile yapamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,011). Kendi kendine vücut temizliğini yapamayanların ACYÖ puan ortalaması 20,16±5,55 olarak kendi kendine vücut temizliği yapabilenlerden daha yüksek bulundu.
- ✓ Katılımcılarda yardım almadan yürüyebilen bireyler ile yürüyemeyenler arasında toplam puan ortalaması karşılaştırmasında anlamlı fark bulundu (p=0,041). Yardım almadan yürüyemeyenlerin ACYÖ toplam puan ortalaması (20,5±5,83) yardım almadan yürüyebilenlerden daha yüksek saptandı.
- ✓ Katılımcılarda uykuya dalmada güçlük yaşayan bireyler ile yaşamayan bireyler arasında anlamlı fark bulundu (p=0,002). Uykuya dalmada güçlük yaşayanların ACYÖ toplam puan ortalamasının (21,22±4,7) uykuya dalmada güçlük yaşamayanlardan daha yüksek olduğu belirlendi.
- ✓ Katılımcıların diğer günlük aktivite durumlarını yerine getirmede (beslenme, boşaltım, giyinme) ile ACYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).
- ✓ Katılımcılar arasında beden görüntüsünün cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında anlamlı fark bulundu (p=0,034). Beden görüntüsünün cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini düşünenlerin ACYÖ puan ortalaması (20,59±6,54) beden görüntüsünün cinsel yaşamlarını etkilemediğini düşünen bireylerden daha yüksek saptandı.
- ✓ Katılımcılarda iştahı durumu her zamanki gibi olanlar ile iştahı her zamankinden az olanlar arasında anlamlı fark bulundu (p=0,032). İştah durumu her zamankinden az olanların ACYÖ puan ortalamasının (21,62±6,32) iştah durumu her zamanki gibi olanlardan daha yüksek olduğu belirlendi.
- ✓ Katılımcıların ACYÖ toplam puanları ile HAD-A puanları arasında pozitif yönde, anlamlı ve orta kuvvette ilişki bulundu (r=0,446; p< 0,001). Hastaların

anksiyete skorları arttıkça cinsel işlevlerinde meydana gelen bozulmanın arttığı saptandı.

- ✓ Katılımcıların ACYÖ toplam puanları ile HAD-D puanları ortalaması arasında pozitif yönde, anlamlı ve orta kuvvette ilişki bulundu ($r=0,518$; $p<0,001$). Hastaların depresyon düzeyi arttıkça cinsel işlevlerinde meydana gelen bozulmanın arttığı saptandı.

Öneri olarak;

- ✓ Cinselliğin kültürel faktörlerden de etkilenen bir kavram olması nedeni ile farklı kültürlerde de Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenlerin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması gerekli olabilir.
- ✓ Katılımcıların H&Y evresi çalışmamızda genellikle evre 1-2'dedir. Cinsellik her dönemde bireyler için önemli olan bir kavramdır. Bu nedenle Parkinson hastalarında cinsel sorunların hastalığın ilerleyen evrelerinde de incelenmesi önemlidir. Evre dağılımının eşit olduğu geniş örneklemli çalışmalar Parkinson hastalığında yaşanabilecek sorunların saptanması açısından önemlidir.
- ✓ ACYÖ'de hiperseksüaliteyi belirlemeye yönelik herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle yapılacak olan çalışmalarda bu durumun göz önünde bulundurulması önerilebilir.
- ✓ Parkinson hastalarında anksiyete ve depresyon sıklıkla görülmesi ve cinsel yaşamlarını etkilemesi nedeni ile psikiyatri hemşireleri tarafından hastaların depresyon ve anksiyete riski açısından değerlendirilerek uygun girişim ve yönlendirmenin yapılmasının önemi açıktır.
- ✓ Uyku ve iştah bozukluklarının Parkinson hastalarında sık görülmesi nedeni ile hemşirelerin bu konularda hastaları değerlendirmesi oldukça önemlidir. Bu belirtilerin aynı zamanda depresyon ve anksiyete belirtisi olması neden ile psikiyatri hemşirelerine depresyon ve anksiyete riskinin belirlenmesinde önemli görevler düşmektedir. Ek olarak bu bozuklukların cinsel fonksiyonlara olan etkisini araştıracak daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.
- ✓ Dopaminerjik ilaç kullanımında dikkat edilmesi gerekenler ve tedavide görülebilecek yan etkiler (dürtü kontrol bozukluğu, hiperseksüalite vb.) açısından hasta ve hasta yakınlarına hemşireler tarafından gerekli eğitim

verilmeli, takip ve danışmanlık yapmalıdır. Tedavi nedeni ile hiperseksüalite sorunu yaşayan hastaların tedavi düzenlemesi için hekime yönlendirilmesi açısından hemşirenin rolü büyüktür.

- ✓ Parkinson hastalarında cinsel sorunlar pek çok nedenle ortaya çıkabilen ve sık görülen sorunlardır. Cinsel sorunlar hastalar açısından dile getirmesi zor sorunlar olabilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin Parkinson hastalarını değerlendirirken cinsellik boyutunu atlamamasının önemli olduğu açıktır.

KAYNAKLAR

Akarsu, R. H ve Beji, N. K. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni, 18*(65), 134-137.

Akbayır, E., Şen, M., Ay, U., Şenyer, S., Tüzün, E. ve Küçükali, C. İ. (2017). Parkinson hastalığının etyopatogenezi. Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi, 7(13), 1-23.

Alpar R. (2012). Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. Ankara, Detay Yayıncılık.

Aslam, M. A., Khawar, S. F. I. S. ve Numan, A. (2016). Prevalence of non-motor symptoms in Parkinson's disease patients. *Journal of Fatima Jinnah Medical University, 10*(3), 1-3.

Atagün, İ., Mutlu, A., Özer, F., Atmaca, B. ve Çetin, S. (2010). Parkinson hastalığında dopaminerjik tedavi ile seksüel davranış ilişkisi. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi; 13*(2), 29-35.

Atagün, M. İ., Atmaca, B., Özer, F., Özben, S., Tiras, R., Çetin, S. ve Genç, M. F. (2013). Determinants of sexual dysfunction in male and female patients with Parkinson's disease/Parkinson hastalığında cinsel işlev bozukluklarının kadın ve erkek hastalarda belirleyicileri. *Dusunen Adam, 26*(1), 28.

Aydemir, Ö., Güvenir T., Küey, L. ve Kültür S. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 8*(4), 280-287.

Aygün, D., Türkel, Y. ve Onar, M. K. (2009). Parkinson hastalığında motor olmayan belirtilerin tanı ve tedavisi. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 12*, 80-90.

Aykaç Ö. (2011). Parkinson Hastalığında Akatizi. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi/Tıp Fakültesi. doi: http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/29226/ Erişim Tarihi: 06.11.2018.

Basson, R. (1996). Sexuality and Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 2*(4), 177-185. https://doi.org/10.1016/S1353-8020(96)00020-X

Bayram R. (2018). Diyabetli Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ile Metabolik Kontrol Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bayülkem, K. ve Torun, F. (2007). Parkinson hastalığında depresyonun tedavisi. *Yeni Sempozyum Dergisi, 45*(1), 14-18.

Beiske, A. G., Loge, J. H., Rønningen, A. ve Svensson, E. (2009). Pain in Parkinson's disease: prevalence and characteristics. *Pain, 141*(1-2), 173-177.

https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.12.004

Benbir, G. ve Karadeniz, D. (2011). Parkinson hastalığında uyku bozuklukları. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 14*(2), 59-72.

Benito-León, J., Bermejo-Pareja, F., Rodríguez, J., Molina, J. A., Gabriel, R. ve Morales, J. M. (2003). Prevalence of PD and other types of parkinsonism in three elderly populations of central Spain. *Movement Disorders, 18*(3), 267-274.

https://doi.org/10.1002/mds.10362

Benke, T. H., Hohenstein, C., Poewe, W. ve Butterworth, B. (2000). Repetitive speech phenomena in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 69*(3), 319-324. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.69.3.319

Berganzo, K., Tijero, B., Gonzalez-Eizaguirre, A., Somme, J., Lezcano, E., Gabilondo, I. ve ark. (2016). Motor and non-motor symptoms of Parkinson's disease and their impact on quality of life and on different clinical subgroups. *Neurología (English Edition), 31*(9), 585-591. http://doi.org/10.1016/j.nrleng.2014.10.016

Bjorklund, T. ve Kordower, J. H. (2010). Gene therapy for Parkinson's disease. *Movement Disorders, 25*(S1), 161-173. https://doi.org/10.1002/mds.22785

Blood, Y., Rezende, M., Ferro, M. M., Munhoz, R. P., Teive, H. A. G. ve Camargo, C. H. F. (2016). Classification and characteristics of pain associated with Parkinson's disease. *Parkinson's Disease, Article ID 6067132*, 1-8.

http://dx.doi.org/10.1155/2016/6067132

Bostwick, J. M., Hecksel, K. A., Stevens, S. R., Bower, J. H. ve Ahlskog, J. E. (2009). Frequency of new-onset pathologic compulsive gambling or hypersexuality after drug

treatment of idiopathic Parkinson disease. *In Mayo Clinic Proceedings, 4*(84), 310-316. https://doi.org/10.4065/84.4.310

Bozdemir, N. ve Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkish *Journal of Family Medicine and Primary Care, 5*(4), 37-46. http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tjfmpc/article/viewFile/5000055970/5000053179

Broen, M. P.,Narayen, N. E., Kuijf, M. L., Dissanayaka, N. N. ve Leentjens, A. F. (2016). Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders, 31*(8), 1125-1133. https://doi.org/10.1002/mds.26643

Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A. D. ve Giladi, N. (2004). Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Journal of Sex & Marital Therapy, 30*(2), 95-105. https://doi.org/10.1080/00926230490258893

Bronner, G., ve Vodušek, D. B. (2011). Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders, 4*(6), 375-383. http://doi.org/10.1177/1756285611411504

Bronner, G., Cohen, O. S., Yahalom, G., Kozlova, E., Orlev, Y., Molshatzki, N., Straus, H. ve ark. (2014). Correlates of quality of sexual life in male and female patients with Parkinson disease and their partners. *Parkinsonism & Related Disorders, 20*(10), 1085-1088. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.07.003

Brown, R. G., Jahanshahi, M., Quinn, N. ve Marsden, C. D. (1990). Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 53*(6), 480-486. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.53.6.480

Camicioli, R. ve Fisher, N. (2004). Progress in clinical neurosciences: Parkinson's disease with dementia and dementia with Lewy bodies. *Canadian journal of neurological sciences, 31*(1), 7-21. https://doi.org/10.1017/S0317167100002791

Castelli, L., Perozzo, P., Genesia, M. L., Torre, E., Pesare, M., Cinquepalmi, A. ve ark. (2004). Sexual well being in parkinsonian patients after deep brain stimulation of the subthalamic nucleus. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 75*(9), 1260-1264. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2003.034579

Chang, F. C., Kwan, V., van der Poorten, D., Mahant, N., Wolfe, N., Ha, A. D. ve ark. (2016). Intraduodenal levodopa-carbidopa intestinal gel infusion improves both motor

performance and quality of life in advanced Parkinson's disease. *Journal of Clinical Neuroscience, 25*, 41-45. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2003.034579

Chaudhuri, K. R., Prieto-Jurcynska, C., Naidu, Y., Mitra, T., Frades-Payo, B., Tluk, S. ve ark. (2010). The nondeclaration of nonmotor symptoms of Parkinson's disease to health care professionals: an international study using the nonmotor symptoms questionnaire. *Movement Disorders, 25*(6), 704-709. https://doi.org/10.1002/mds.22868

Checkoway, H. ve Nelson, L. M. (1999). Epidemiologic approaches to the study of Parkinson's disease etiology. *Epidemiology, 10*(3), 327-336.

Checkoway, H., Powers, K., Smith-Weller, T., Franklin, G. M., Longstreth Jr, W. T. ve Swanson, P. D. (2002). Parkinson's disease risks associated with cigarette smoking, alcohol consumption, and caffeine intake. *American Journal of Epidemiology, 155*(8), 732-738. https://doi.org/10.1093/aje/155.8.732

Chen, J. J. ve Marsh, L. (2014). Anxiety in Parkinson's disease: identification and management. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders, 7*(1), 52-59. doi: 10.1177/175628561349572

Cheshire Jr, W. P. ve Wszolek, Z. K. (2005). Body mass index is reduced early in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 11*(1), 35-38.

https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2004.07.001

Civil, B. ve Yıldız, H. (2010). Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 3*(2). 58-64.

Civil, M. (2018). Parkinson hastalarında yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum, 28*(2), 9-15.

Cleeves, L. ve Findley, L. J. (1987). Bromocriptine induced impotence in Parkinson's disease. *British Medical Journal (Clinical research ed.), 295*(6594), 367-368.

Costa, F. H. D. R., Rosso, A. L. Z., Maultasch, H., Nicaretta, D. H. ve Vincent, M. B. (2012). Depression in Parkinson's disease: diagnosis and treatment. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 70*(8), 617-620. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012000800011

Çakmur, R. (2011). Parkinson hastalığı ve medikal tedavisi. *Klinik Gelişim,* 53-58.

Çankaya Ş. (2010). Parkinson Hastalarında Motor Olmayan Bulguların NMSQ Anketi Kullanılarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi/Tıp Fakültesi. doi: openaccess.inonu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11616/3865/Makale.pdf Erişim Tarihi: 10.12.2017.

Çelikel, E., Ozel-Kizil, E. T., Akbostanci, M. C. ve Cevik, A. (2008). Assessment of sexual dysfunction in patients with Parkinson's disease: a case–control study. European *Journal of Neurology, 15*(11), 1168-1172.

https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02278.x

Çırpar, Ö., Muluk, N. B. ve Arıkan, O. K. (2012). Koku bozuklukları. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi, 4*(1), 39.

D'Abreu, A. (2018). Parkinson's disease: A Quick Update. *Rhode Island medical journal (2013), 101*(2), 34-36.

Dahodwala, N., Pei, Q. ve Schmidt, P. (2016). Sex differences in the clinical progression of Parkinson's disease. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 45*(5), 749-756. doi: 10.1016/j.jogn.2016.05.002

de Rijk, M. D., Tzourio, C., Breteler, M. M., Dartigues, J. F., Amaducci, L., Lopez-Pousa, S. ve ark. (1997). Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study. European Community Concerted Action on the epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 62*(1), 10-15. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.62.1.10

Decaroli, M. C. ve Rochira, V. (2017). Aging and sex hormones in males. *Virulence, 8*(5), 545-570. doi: 10.1080/21505594.2016.1259053

De Lau, L. M. ve Breteler, M. M. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology, 5(*6), 525-535. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70471-9

Deng, X., Xiao, B., Li, H. H., Lo, Y. L., Chew, L. M., Prakash, K. M. ve ark. (2015). Sexual dysfunction is associated with postural instability gait difficulty subtype of Parkinson's disease. *Journal of Neurology, 262*(11), 2433-2439. doi: 10.1007/s00415-015-7855-8

Doty, R. L. (2012). Olfactory dysfunction in Parkinson disease. *Nature Reviews Neurology, 8*(6), 329. doi: 10.1038/nrneurol.2012.80.

Duncan, G. W., Khoo, T. K., Yarnall, A. J., O'brien, J. T., Coleman, S. Y., Brooks, D. J. ve ark. (2013). Health-related quality of life in early Parkinson's disease: The impact of nonmotor symptoms. *Movement Disorders, 29*(2), 195-202. https://doi.org/10.1002/mds.25664

Durmuş, H, Gokalp, M.A. ve Hanağası, H.A. (2015). Prevalence of Parkinson's disease in Baskale, Turkey: a population based study. *Neurol Sci, 36,* 411-413. doi: 10.1007/s10072-014-1988-x

Edwards, E., Kitt, C., Oliver, E., Finkelstein, J., Wagster, M. ve McDonald, W. M. (2002). Depression and Parkinson's disease: a new look at an old problem. *Depression and Anxiety, 16*(1), 39-48. https://doi.org/10.1002/da.10057

Emel, E., Belgin, A., Arslan, S. Y. ve Bilgili, N. (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *TÜBAV Bilim Dergisi, 3*(1), 137-144.

Emre, M. (2010). Parkinson Hastalığı. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri.

Erer, S. ve Zarifoğlu, M. (2008). Parkinson hastalığında güncel medikal tedavi yaklaşımları. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi. 11*(1), 45-56.

Ertan, S. (2005). Parkinson hastalığının klinik özellikleri. *Cerahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi, 42,* 249-254.

doi: http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/42/4221.pdf

Fang, F., Wirdefeldt, K., Jacks, A., Kamel, F., Ye, W. ve Chen, H. (2012). CNS infections, sepsis and risk of Parkinson's disease. *International Journal of Epidemiology, 41*(4), 1042-1049. https://doi.org/10.1093/ije/dys052

Ferrucci, R., Panzeri, M., Ronconi, L., Ardolino, G., Cogiamanian, F., Barbieri, S. ve ark. (2016). Abnormal sexuality in Parkinson's disease: fact or fancy?. *Journal of the Neurological Sciences, 369*, 5-10. https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.07.058

Gamarra, A. H. E., Molski, C. S., Hilbig, A., Valentini, C. K., Striebel, V. L. W. ve Rieder, C. R. D. M. (2009). Evaluation of body image and self-concept and their correlation with depressive symptoms in Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 67*(3A), 585-590. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000400002

Gao, J., Liu, R., Zhao, E., Huang, X., Nalls, M. A., Singleton, A. B. ve ark. (2015). Head injury, potential interaction with genes, and risk for Parkinson's disease.

Parkinsonism & Related Disorders, 21(3), 292-296. doi: 10.1016/j.parkreldis.2014.12.033

Giugni, J. C. ve Okun, M. S. (2014). Treatment of advanced Parkinson's disease. *Current Opinion in Neurology, 27*(4), 450-460. doi: 10.1097/WCO.0000000000000118

Gölçal, E. ve Yıldız, G. B. (2015). Treatment of Motor Symptoms in Idiopathic Parkinson's Disease. *Bezmialem Science, 43*(3), 43-47.

Gümüş, H., Akpınar, Z. ve Demir, O. (2013). Erken evre Parkinson hastalığında motor olmayan semptomların değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi, 19*(3), 99-103. doi: 10.4274/Tnd.58672

Gürbüz, N., Karabağ, S., Aras, B., Aktaş, F., Kalfazade, N. ve Taşçı, A. İ. (2007). Parkinson hastalarında cinsel işlev bozukluğu. *Türk Üroloji Dergisi 33*(1), 36-39.

Haaxma, C. A., Bloem, B. R., Borm, G. F., Oyen, W. J., Leenders, K. L., Eshuis, S. ve ark. (2007). Gender differences in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 78*(8), 819-824. doi: 10.1136/jnnp.2006.103788

Hagell, P. (2007). Nursing and multidisciplinary interventions for Parkinson's disease: what is the evidence?. *Parkinsonism & Related Disorders, 13*, 501-508. https://doi.org/10.1016/S1353-8020(08)70057-9

Hand, A., Gray, W. K., Chandler, B. J. ve Walker, R. W. (2010). Sexual and relationship dysfunction in people with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 16*(3), 172-176. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.10.007

Hassan, A., Bower, J. H., Kumar, N., Matsumoto, J. Y., Fealey, R. D., Josephs, K. A. ve ark. (2011). Dopamine agonist-triggered pathological behaviors: surveillance in the PD clinic reveals high frequencies. *Parkinsonism & Related Disorders, 17*(4), 260-264. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.01.009

Hindle, J. V. (2010). Ageing, neurodegeneration and Parkinson's disease. *Age and ageing, 39*(2), 156-161. https://doi.org/10.1093/ageing/afp223

Jacobs, H., Vieregge, A. ve Vieregge, P. (2000). Sexuality in young patients with Parkinson's disease: a population based comparison with healthy controls. Journal of Neurology, *Neurosurgery & Psychiatry*, *69*(4), 550-552. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.69.4.550

Jankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *79*(4), 368-376. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2007.131045

Jitkritsadakul, O., Jagota, P. ve Bhidayasiri, R. (2015). Postural instability, the absence of sexual intercourse in the past month, and loss of libido are predictors of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 21*(1), 61-67. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.11.003

Karadağ, Y. S., Tunç T. ve Levent, E. (2012). Parkinson Hastalığında motor olmayan bulgu ve belirtiler. *Hareket Bozuklukları Dergisi,* 15(2),42-47. doi: 10.5606/phhb.dergisi.2012.09

Kaur, S. ve Singh, R. (2017). Role of different neurotransmitters in anxiety: A systemic review. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research, 8*(2), 411.

Kaya, Y., Ozer, F., Benli, E., Yilmaz, N. H., Aydemir, T. ve Demir, E. Y. (2017). Evaluation of sexual dysfunction in Parkinson's disease between two different regions of Turkey. *Clinical Neurology and Neurosurgery, 161,* 117-120. https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2017.08.014

Kılıç, E., Taycan, O., Bellı, A. K. ve Özmen, M. (2007). Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *18*(4), 302-310.

Kim, S. R., So, H. Y., Choi, E., Kang, J. H., Kim, H. Y. ve Chung, S. J. (2014). Influencing effect of non-motor symptom clusters on quality of life in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences, 347*(1-2), 310-315. https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.10.032

Kotková, P. ve Weiss, P. (2013). Psychiatric factors related to sexual functioning in patients with Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, *115*(4), 419-424. https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2012.06.020

Kummer, A.,Cardoso, F. ve Teixeira, A. L. (2009). Loss of libido in Parkinson's disease. *The Journal of Sexual Medicine, 6*(4), 1024-1031.

https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01083.x

Lee, J. Y., Kim, J. M., Kim, J. W., Cho, J., Lee, W. Y., Kim, H. J. ve ark. (2010). Association between the dose of dopaminergic medication and the behavioral disturbances in Parkinson disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 16*(3), 202-207.

Lee, A. ve Gilbert, R. M. (2016). Epidemiology of Parkinson disease. *Neurologic Clinics, 34*(4), 955-965. https://doi.org/10.1016/j.ncl.2016.06.012

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'muircheartaigh, C. A. ve Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine, 357*(8), 762-774. doi: 10.1056/NEJMoa067423

Litvan, I., Aarsland, D., Adler, C. H., Goldman, J. G., Kulisevsky, J., Mollenhauer, B. ve ark. (2011). MDS Task Force on mild cognitive impairment in Parkinson's disease: critical review of PD-MCI. *Movement Disorders, 26*(10), 1814-1824. https://doi.org/10.1002/mds.23823

Magrinelli, F., Picelli, A., Tocco, P., Federico, A., Roncari, L., Smania, N. ve ark. (2016). Pathophysiology of motor dysfunction in Parkinson's disease as the rationale for drug treatment and rehabilitation. *Parkinson's Disease,* 1-18. http://dx.doi.org/10.1155/2016/9832839

Malek, N., Lawton, M. A., Grosset, K. A., Bajaj, N., Barker, R. A., Burn, D. J. ve ark. (2017). Autonomic dysfunction in early Parkinson's disease: Results from the United Kingdom tracking Parkinson's study. *Movement Disorders Clinical Practice, 4*(4), 509-516. doi: 10.1002/mdc3.12454

Mamikonyan, E., Siderowf, A. D., Duda, J. E., Potenza, M. N., Horn, S., Stern, M. B. ve ark. (2008). Long-term follow-up of impulse control disorders in Parkinson's disease. *Movement Disorders, 23*(1), 75-80. https://doi.org/10.1002/mds.21770

Marsh, L. (2013). Depression and Parkinson's disease: current knowledge. Current Neurology and Neuroscience Reports, 13(12), 409. doi: 10.1007/s11910-013-0409-5

Massi, D. G., Gelan, Y. D., Belarabi, L., Nyassinde, J., Toure, K., Ndiaye, M. ve ark. (2018). Epidemiology of Parkinson's disease in Africa: Challenges and opportunities. *Parkinsonism & Related Disorders,* 46, 10. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.11.031

Mayeux, R., Marder, K., Cote, L. J., Denaro, J., Hemenegildo, N., Mejia, H. ve ark. (1995). The frequency of idiopathic Parkinson's disease by age, ethnic group, and sex in northern Manhattan, 1988–1993. *American Journal of Epidemiology, 142*(8), 820-827. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a117721

McDonald, W. M., Richard, I. H. ve DeLong, M. R. (2003). Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry, 54*(3), 363-375. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00530-4

McGahuey, A., Gelenberg,A.J., Laukes, C.A., Moreno, F.A., Delgado, Pedro L. ve ark. (2000). The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex &Marital Therapy, 26*(1), 25-40.

Menza, M. A.,Robertson-Hoffman, D. E. ve Bonapace, A. S. (1993). Parkinson's disease and anxiety: comorbidity with depression. Biological Psychiatry, *34*(7), 465-470. *https://doi.org/10.1016/0006-3223(93)90237-8*

Moore, O., Gurevich, T., Korczyn, A. D., Anca, M., Shabtai, H. ve Giladi, N. (2002). Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 8*(4), 243-246. https://doi.org/10.1016/S1353-8020(01)00042-6

Mott, S., Kenrick, M., Dixon, M. ve Bird, G. (2005). Sexual limitations in people living with Parkinson's disease. *Australasian Journal on Ageing, 24*(4), 196-201. https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00118.x

Mukhtar, S., Imran, R., Zaheer, M. ve Tariq, H. (2018). Frequency of non-motor symptoms in Parkinson's disease presenting to tertiary care centre in Pakistan: an observational, cross-sectional study. *BMJ Open, 8*(5), 1-7.

http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019172

Nègre-Pagès, L., Regragui, W., Bouhassira, D., Grandjean, H. ve Rascol, O. (2008). Chronic pain in Parkinson's disease: the cross-sectional French DoPaMiP survey. Movement disorders: *Official Journal of the Movement Disorder Society, 23*(10), 1361-1369. https://doi.org/10.1002/mds.22142

Nicoletti, A., Vasta, R., Mostile, G., Nicoletti, G., Arabia, G., Iliceto, G. ve ark. (2017). Gender effect on non-motor symptoms in Parkinson's disease: Are men more at risk?. *Parkinsonism & Related Disorders, 35*, 69-74.

https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.12.008

Noyce, A. J., Bestwick, J. P., Silveira-Moriyama, L., Hawkes, C. H., Giovannoni, G., Lees, A. J. ve ark. (2012). Meta-analysis of early nonmotor features and risk factors for Parkinson disease. *Annals of Neurology, 72*(6), 893-901.

https://doi.org/10.1002/ana.23687

Nusbaum, M. R., Hamilton, C. ve Lenahan, P. (2003). Chronic illness and sexual functioning. *American Family Physician, 67*(2), 347-354.

Ondo, W. G. ve Lai, D. (2008). Predictors of impulsivity and reward seeking behavior with dopamine agonists. *Parkinsonism & Related Disorders, 14*(1), 28-32.

https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2007.05.006

Özbek, S. E., Zarifoğlu, M., Karlı, N., Özçakır, A., Yıldız, D. ve Aslan, D. (2009). Hareket bozukluklarının Bursa ili Orhangazi ilçesinde görülme prevalansı (Türkiye toplum tabanlı prevalans çalışması). *Türk Nöroloji Dergisi, 15*(3), 109-118.

Özcan, T., Benli, E., Özer, F., Demir, E. Y., Kaya, Y. ve Ayyıldız, A. (2016). The association between symptoms of sexual dysfunction and age at onset in Parkinson's disease. *Clinical Autonomic Research, 26*(3), 205-209. doi: 10.1007/s10286-016-0356-8

Özdemir, E. (2018). Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Belirti Şiddeti ile Cinsel Sorunlar Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özerdoğan, N., Sayıner, F. D., Köşgeroğlu, N., ve Ünsal, A. (2009). 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2*(2), 46-59.

Öztürk, O., Meral, H., Çetin, S., Hanoğlu, L., Atmaca, B. ve Özer, F. (2004). Parkinson hastalığında anksiyete ve REM davranış bozukluğu. *Parkinson Hastalığı. Hareket Boz. Der, 7*(2), 121-127.

Öztürk, A., Özenç, S., Canmemiş, S. ve Bozoğlu, E. (2016). Preventive health measurements in geriatric period. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 10*(1), 33-39.

Özyiğit, F., Kabay, S. C. ve Arık, Ö. (2016). Akılcı ilaç kullanımı ve Parkinson hastalığı. *Journal of Contemporary Medicine, 6*(2), 104-109. http://dx.doi.org/10.16899/ctd.01262

Pagonabarraga, J., Kulisevsky, J., Strafella, A. P. ve Krack, P. (2015). Apathy in Parkinson's disease: clinical features, neural substrates, diagnosis, and treatment. The *Lancet Neurology, 14*(5), 518-531. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00019-8

Palacios-Sánchez, L., Torres Nupan, M. ve Botero-Meneses, J. S. (2017). James Parkinson and his essay on "shaking palsy", two hundred years later. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 75*(9), 671-672. http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20170108

Polat B.S. (2011). Parkinson Hastalığında Antiparkinson Tedaviye Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu ve Hiperseksüalite Sıklığı. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi/Tıp Fakültesi. doi: acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/29289/tez.pdf. Erişim tarihi: 10.12.2017.

Poletti, M., Lucetti, C., Baldacci, F., Del Dotto, P. ve Bonuccelli, U. (2014). Concomitant development of hypersexuality and delusional jealousy in patients with Parkinson's disease: A case series. *Parkinsonism & Related Disorders, 20*(11), 1290-1292. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.09.019

Pont-sunyer, C., Hotter, A., Gaig, C., Seppi, K., Compta, Y., Katzenschlager, R. ve ark. (2015). The onset of nonmotor symptoms in Parkinson's disease (the onset Pd study). *Movement Disorders, 30*(2), 229-237. https://doi.org/10.1002/mds.26077

Qin, Z., Zhang, L., Sun, F., Fang, X., Meng, C., Tanner, C. ve ark. (2009). Health related quality of life in early Parkinson's disease: impact of motor and non-motor symptoms, results from Chinese levodopa exposed cohort. *Parkinsonism & Related Disorders, 15*(10), 767-771. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.05.011

Rajput, A. H., Rajput, A. ve Rajput, M. (2003). Epidemiology of parkinsonism. *In Handbook of Parkinson's Disease, Third Edition,* 39-59.

Rizek, P., Kumar, N. ve Jog, M. S. (2016). An update on the diagnosis and treatment of Parkinson disease. *Canadian Medical Association Journal, 188*(16), 1157-1165. doi: 10.1503/cmaj.151179

Rojo, A., Aguilar, M., Garolera, M. T., Cubo, E., Navas, I. ve Quintana, S. (2003). Depression in Parkinson's disease: clinical correlates and outcome. *Parkinsonism & Related Disorders, 10*(1), 23-28. https://doi.org/10.1016/S1353-8020(03)00067-1

Sabancıoğulları, S., Elvan, E., Kelleci, M. ve Doğan, S. (2011). Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing, 2*(3), 117-122.

Sáez-Francàs, N., Andrés, G. M., Ramírez, N., de Fàbregues, O., Álvarez-Sabín, J., Casas, M. ve ark. (2016). Clinical and psychopathological factors associated with impulse control disorders in Parkinson's disease. *Neurología (English Edition), 31*(4), 231-238. doi: 10.1016/j.nrl.2015.05.002

Sakakibara, R., Shinotoh, H., Uchiyama, T., Sakuma, M., Kashiwado, M., Yoshiyama, M. ve ark. (2001). Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease. *Autonomic Neuroscience, 92*(1-2), 76-85.

https://doi.org/10.1016/S1566-0702(01)00295-8

Sakakibara, R., Uchiyama, T., Yamanishi, T. ve Kishi, M. (2010). Genitourinary dysfunction in Parkinson's disease. *Movement Disorders, 25*(1), 2-12. https://doi.org/10.1002/mds.22519

Sarandöl, A., Eker, S. S., Sivrioğlu, E. Y., Özkaya, G., Erer, S., Zarifoğlu, M. ve ark. (2007). Parkinson hastalarında psikiyatrik bozuklukların araştırılması. *Yeni Sempozyum, 45*(2), 74-79.

Shulman, L. M., Taback, R. L., Bean, J. ve Weiner, W. J. (2001). Comorbidity of the nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society, 16*(3), 507-510. https://doi.org/10.1002/mds.1099

Slaughter, J. R., Slaughter, K. A., Nichols, D., Holmes, S. E. ve Martens, M. P. (2001). Prevalence, clinical manifestations, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 13(*2), 187-196. doi: 10.1176/jnp.13.2.187

Solimeo, S. (2008). Sex and gender in older adults' experience of Parkinson's disease. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 63*(1), 42-48.https://doi.org/10.1093/geronb/63.1.S42

Soykan, A. (2004). The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J ImpotRes, 16,* 531-534.

Stanković, I., Stefanova, E., Tomić, A., Lukić, M. J., Stojković, T., Marković, V. ve ark. (2016). Psychiatric symptoms in the initial motor stage of Parkinson's disease. The *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 28*(3), 205-210. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15100244

Steece-Collier, K., Maries, E. ve Kordower, J. H. (2002). Etiology of Parkinson's disease: Genetics and environment revisited. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 99*(22), 13972-13974. https://doi.org/10.1073/pnas.242594999

Sveinbjornsdottir, S. (2016). The clinical symptoms of Parkinson's disease. *Journal of Neurochemistry,* 139, 318-324. https://doi.org/10.1111/jnc.13691

Tanner, C. M., Goldman, S. M., Aston, D. A., Ottman, R., Ellenberg, J., Mayeux, R. ve ark. (2002). Smoking and Parkinson’s disease in twins. *Neurology, 58*(4), 581-588. https://doi.org/10.1212/WNL.58.4.581

Taylor, K. M., Saint-Hilaire, M. H., Sudarsky, L., Simon, D. K., Hersh, B., Sparrow, D. ve ark. (2016). Head injury at early ages is associated with risk of Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 23,* 57-61. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2015.12.005

Teive, H. A., Moro, A., Moscovich, M. ve Munhoz, R. P. (2016). Increased sexual arousal in patients with movement disorders. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 74*(4), 303-306. http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150217

Thanvi, B. R.,Munshi, S. K., Vijaykumar, N. ve Lo, T. C. N. (2003). Neuropsychiatricnon-motor aspects of Parkinson’s disease. *Postgraduate Medical Journal, 79*(936), 561-565. doi: 10.1136/pmj.79.936.561

Thomsen, T. R. ve Rodnitzky, R. L. (2010). Juvenile Parkinsonism. *CNS drugs, 24*(6), 467-477. doi: 10.2165/11533130-000000000-00000

Tinazzi, M., Del Vesco, C., Fincati, E., Ottaviani, S., Smania, N. ve Moretto, G. (2006). Pain and motor complications in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 77*(7), 822-825. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2005.079053

Tomruk, N. B., Çiloğlu, N., Alpay, N. ve Özer, F. (1998). Parkinson hastalığında psikoz. *Düşünen Adam Dergisi, 11*(1). 49-53.

Topçuoğlu, M.A., Durna, Z. ve Karadakovan A. (Ed.). (2014). Nörolojik bilimler hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Torny, F., Videaud, H., Chatainier, P., Tarrade, C., Meissner, W. G. ve Couratier, P. (2018). Factors associated with spousal burden in Parkinson's disease. *Revue Neurologique, 174*(10), 711-715. doi: 10.1016/j.neurol.2018.01.372

Tunç, T., Emre, U., Coşkun, Ö., Okuyucu E., Vargel, Y.S. ve İnan, L. (2007). Parkinson Hastalığında Anksiyete Bozukluğu. *Parkinson Hastalığında ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 10*(1-2), 22-25.

Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri, 4,* 12-16.

TÜİK (2017). Eğitim İstatistikleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Tarihi: 13.2.2019, https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr.

Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim Tarihi: 14.2.2019. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf

Tysnes, O. B. ve Storstein, A. (2017). Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission, 124*(8), 901-905. doi: 10.1007/s00702-017-1686-y

Ülgen, M. G. ve Güleç, G. (2016). Antidepresan ilaç tedavisi başlanan hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri ile cinsel işlevlerdeki değişikliklerin değerlendirilmesi; 3 aylık doğal izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 27*(3), 1-9.

Ward, R. ve Browne, P. (2014). Nurse specialist interventions in Parkinson's disease. *Clinical Focus, 22*(8), 53.

Weintraub, D. ve Stern, M. B. (2005). Psychiatric complications in Parkinson disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(10), 844-851. https://doi.org/10.1097/00019442-200510000-00003

Weintraub, D., Koester, J., Potenza, M. N., Siderowf, A. D., Stacy, M. ve ark. (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of Neurology, 67*(5), 589-595.

Welsh, M., Hung, L. ve Waters, C. H. (1997). Sexuality in women with Parkinson's disease. *Movement disorders, 12*(6), 923-927. https://doi.org/10.1002/mds.870120614

Wielinski, C. L., Varpness, S. C., Erickson-Davis, C., Paraschos, A. J. ve Parashos, S. A. (2010). Sexual and relationship satisfaction among persons with young-onset Parkinson's disease. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(4), 1438-1444. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01408.x

Wirdefeldt, K., Adami, H. O., Cole, P., Trichopoulos, D. ve Mandel, J. (2011). Epidemiology and etiology of Parkinson's disease: a review of the evidence. *European Journal of Epidemiology, 26*(1), 1-58. doi: 10.1007/s10654-011-9581-6

Worth, P. F. (2013). How to treat Parkinson's disease in 2013. *Clinical Medicine, 13*(1), 93-96. doi: 10.7861/clinmedicine.13-1-93

Wu, Y., Guo, X. Y., Wei, Q. Q., Song, W., Chen, K., Cao, B. ve ark. (2014). Determinants of the quality of life in Parkinson's disease: results of a cohort study from Southwest China. *Journal of the Neurological Sciences, 340*(1-2), 144-149. https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.03.014

van Hees, P. J., van der Plas, A. A., van Ek, G. F., Putter, H., Den Oudsten, B. L., den Ouden, M. E. ve ark. (2017). Discussing sexuality with patients with Parkinson's disease: a survey among Dutch neurologists. *Journal of Neural Transmission, 124*(3), 361-368. doi: 10.1007/s00702-016-1655-x

Varanda, S., Ribeiro da Silva, J., Costa, A. S., Amorim de Carvalho, C., Alves, J. N., Rodrigues, M. ve ark. (2016). Sexual dysfunction in women with Parkinson's disease. Movement Disorders, 31(11), 1685-1693. https://doi.org/10.1002/mds.26739

Vela, L., Castrillo, J. M., Ruiz, P. G., Gasca-Salas, C., Macías, Y. M., Fernández, E. P. ve ark. (2016). The high prevalence of impulse control behaviors in patients with early-

onset Parkinson's disease: a cross-sectional multicenter study. *Journal of the Neurological Sciences, 368,* 150-154. https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.07.003

Vlajinac, H., Dzoljic, E., Maksimovic, J., Marinkovic, J., Sipetic, S. ve Kostic, V. (2013). Infections as a risk factor for Parkinson's disease: a case–control study. *International Journal of Neuroscience, 123*(5), 329-332. https://doi.org/10.3109/00207454.2012.760560

Yadav, H.P. ve Li, Y. (2015). The development of treatment for Parkinson's disease. *Advances in Parkinson's Disease, 4*(3), 59-78. doi: 10.4236/apd.2015.43008

Yang, Y., Liu, H., Lin, T., Kuo, Y. ve Hsieh, T. (2017). Relationship between erectile dysfunction, comorbidity, and Parkinson's disease: evidence from a population-based longitudinal study. *Journal of Clinical Neurology, 13*(3), 250-258. https://doi.org/10.3988/jcn.2017.13.3.250

Yılmaz Esencan, T. ve Kızılkaya Beji, N. (2015). Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi (Derleme), *Androloji Bülteni, 17*(63), 301-310.

Yılmaz, T., Fidan, F. ve Karataş, V. (2010). İşsizliğin sosyo-psikolojik sonuçları: Sosyo-demografik özeliklere göre bireylerin tutumları (bir alan araştırması). *Journal of Social Policy Conferences, 48,* 164-183. http://dergipark.gov.tr/iusskd/issue/890/9890

Yılmaz, V. (2016). Hareket Bozuklukları Derneği Birleşik Parkinson Hastalığı Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Standartizasyonu Çalışması. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi/Tıp fakültesi.

Yüksel, N. (2002). Demans, Multipl Skleroz, Parkinson hastalığı ve edinsel bağışıklık yetmezliği sendromunda izlenen nöropsikiyatrik belirtiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 5*(3), 151-159.

Zhang, T. M., Yu, S. Y., Guo, P., Du, Y., Hu, Y., Piao, Y. S. ve ark. (2016). Nonmotor symptoms in patients with Parkinson disease: A cross-sectional observational study. *Medicine, 95*(50). doi: 10.1097/MD.0000000000005400

Zigmond, A. S. ve Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.

Zigmond, M. J. ve Burke, R. E. (2002). Pathophysiology of Parkinson's disease. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress,* 1781-1793.

FORMLAR

EK-1

BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı;

İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi tarafından yürütülen bu çalışma, Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenlerin incelenmesi amacıyla planlandı. Birinci bölümde kişisel bilgiler ile ilgili sorular, ikinci bölümde hastalık ve tedavi ile ilgili sorular, üçüncü bölümde ise hastalık süreci ile ilgili sorular bulunmaktadır. Soruları cevaplarken size en uygun seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir. Boşluk doldurma sorularında cevaplarınızı uygun alanlara yazınız. 11. ve 15. soruları doldurmayınız.

Sorulara doğru ve içten bir şekilde cevap vermeniz araştırmanın doğru sonuçlanması için önem taşımaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacak ve hiçbir kurum ve kişi ile paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Dilara HAKTANIR

BÖLÜM 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz

☐ Erkek ☐ Kadın

3.Eğitim durumunuz

☐ Okur-yazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ve Lisans Üstü

4. Medeni Durumunuz?

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Diğer.....

5. Mesleğiniz?

☐ Memur

☐ İşçi

☐ Emekli

☐ Ev Hanımı

☐ Diğer.....

6. Çalışıyor musunuz?

☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum ☐ Yarı zamanlı çalışıyorum ☐ Emekliyim

7. Sosyal güvenceniz var mı?

☐ Var ☐ Yok

8. Çocuğunuz var mı? Var ise sayısı kaçtır?

☐Yok☐ 1☐2☐3☐4 ve daha fazla

9. Gelir durumunuz

☐ Gelirim giderimden fazla

☐ Gelirim giderimden az

☐Gelirim harcamalarımı karşılıyor

10. Kiminle yaşıyorsunuz?

☐Tek

☐ Eşimle

☐ Çocuğumun yanında

☐Diğer.....

BÖLÜM 2. HASTALIK VE TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

11. Hoehnyahr evresi? .....(Bu bilgi hekimden alınacaktır)

12. Parkinson tanısı ne zaman kondu?..... yıl .....ay önce.

13. Önceden aşağıdaki hangi tedavi seçeneklerini kullandınız?

☐Oral levodopa

☐Oral DopaminAgonisti

☐Cihaz destekli levodopa tedavisi

☐Cihaz destekli dopaminagonisti tedavisi

☐Beyin pili

14. Şuan aşağıdaki hangi tedavi seçeneklerini kullanıyorsunuz?

☐Oral levodopa

☐Oral DopaminAgonisti

☐Cihaz destekli levodopa tedavisi

☐Cihaz destekli dopaminagonisti tedavisi

☐Beyin pili

15.Total alınan levodopa miktarı.....mg (Bu bilgi hekimden alınacaktır)

16. Ne zamandır yukarıdaki tedaviyi / tedavileri kullanıyorsunuz? .....

17. Şu anki tedavinizi düzenli kullanıyor musunuz?

☐Evet☐Hayır

18. Şu anki tedavinizi kullanırken yan etki görüyor musunuz?

☐Evet ise nelerdir.....

☐ Hayır

19. Doktor tarafından teşhisi konmuş başka bir hastalığınız var mı?

☐ Evet☐Hayır

Cevabınız evet ise teşhis edilen hastalığınız aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

☐Kalp-damar hastalıkları

☐Şeker hastalığı

☐Yüksek tansiyon

☐Kanser

☐Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.)

☐Solunum sistemi hastalıkları

☐Ruhsal sorunlar (depresyon, aşırı yeme, kusma, gece yeme vb.)

☐Kas iskelet sistemi problemleri (osteoporoz, eklem ağrıları)

☐Endokrin (hormonal) hastalıklar

☐Vitamin ve mineral yetersizlikleri (demir, B12 vitamini yetersizliği vb.)

☐Diğer (belirtiniz) .....

BÖLÜM 3. HASTALIK SÜRECİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

20.Günlük yaşamınızı sürdürmede destek aldığınız biri var mı?

☐Evet ☐Hayır

Evet ise; kimden destek alıyorsunuz?

☐Eş☐Çocuk☐Diğer.....

21. Kendiniz beslenebiliyor musunuz?

☐Evet☐Hayır ☐Kısmen

22. Yardım almadan boşaltım ihtiyacınızı karşılayabiliyor musunuz?

☐Evet☐Hayır ☐Kısmen

23. Yardım alıyorsanız; hangi yolla boşaltım ihtiyacı karşılanıyor?

☐Sonda ☐Ördek ☐Alt bezi

24. Kendiniz giyinebiliyor musunuz?

☐Evet☐Hayır ☐Kısmen

25. Vücut temizliğinizi kendiniz karşılayabiliyor musunuz?

☐Evet☐Hayır ☐Kısmen

26. Yardım almadan yürüyebiliyor musunuz?

☐Evet☐Hayır ☐Kısmen

Hayır ise ne kullanıyorsunuz?

☐Baston ☐Tekerlekli sandalye ☐Yürüteç ☐Koltuk değneği

27. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?.....

28. Uykunuz düzenli mi?

☐Evet☐Hayır

29. Uykuya dalmada güçlük yaşıyor musunuz?

☐Evet☐Hayır ☐Kısmen

30. Gündüz fazla uyuma probleminiz var mı?

☐Evet ise kaç saat uyuyorsunuz?.....

☐Hayır

31. Konuşmada problem yaşıyor musunuz?

☐Evet☐Hayır ☐Kısmen

32. Fiziksel sağlık düzeyinize yönelik algılamanızı aşağıdaki çizelgeye işaretleyiniz.



Çok Kötü Mükemmel

33. Beden görüntünüz ile ilgili memnun olma düzeyinizi çizelge üzerinde işaretleyiniz.



Çok Kötü Mükemmel

34. Vücudunuz ile ilgili özelliklerin cinsel hayatınızı olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

☐Evet☐ Hayır

35. Ruhsal sağlık düzeyinize yönelik algılamanızı aşağıdaki çizelgeye işaretleyiniz.



36. Son zamanlardaki iştah durumunuzu anlatan seçeneği işaretleyiniz.

☐ İştahım her zamanki gibi

☐ İştahım her zamankinden az

☐ İştahım çok azaldı.

☐ Artık hiç iştahım yok

37. Son zamanlarda kilo verdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise; ☐ 2 kilodan fazla ☐ 4 kilodan fazla ☐ 6 kilodan fazla

EK-2

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK-3

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:..... Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:..... Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

ETİK KURUL KARARI

EK-4

Tarih ve Sayı: 11/05/2018-131767

BE6PC7B1H

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Dilara HAKTANIR

Sayın Dilara HAKTANIR

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz 27.04.2018 tarih ve 48428 sayılı "Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler" konu başlıklı çalışma kurulumuzun 07.05.2018 tarih 05 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan



11/05/2018 Sağ.Teknr. : G.ÇELİK

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE6PC7B1H

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güldane ÇELİK Dahili : 11816

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

İlgili makama,

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Öğrencisi **Dilara HAKTANIR**'ın "Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler" başlıklı, **2018/96** dosya numaralı 27.04.2018 tarih ve **48428** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 07.05.2018 tarihinde gerçekleşen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Prof. Dr. Melek Nihal ESİN	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E☐ H☐	☐Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☑M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABİNAR	İktisat Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. İlkay DEMİR	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. Ayşe Esra IŞMEN GAZİOĞLU	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E☐ H☐	☐Onay ☑Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hüseyin Kurtuluş ÖZCAN	Mühendislik Fakültesi	E☐ H☐	☐Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☑M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E☐ H☐	☐Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☑M.Katılmadı	
Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Çare SERTELİN MERCAN	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E☐ H☑	☑Onay ☐Katılmadı ☐Ret ☐M.Katılmadı	

ASLI GİBİDİR

KURUM İZNİ

EK-5

Tarih ve Sayı: 24/07/2018-74783

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
18/07/2018 10:08 - 16867222 - 799 - E 2244
00073171371

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 16867222-799
Konu : Dilara HAKTANIR (Tez Çalışması)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt/ İstanbul)

İlgi : a) 29/06/2018 tarihli ve 71211201-185048 sayılı yazı
b) 16/07/2018 tarihli ve 32900231-799-880 sayılı yazı

İlgi a) da kayıtlı yazı ile İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Dilara HAKTANIR " Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenler" başlıklı tez çalışmasını yapma talebi birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüzce uygun bulunmuş olup, konunun çalışmada adı geçen öğrenciye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZA
ASLI İLE AYNIDIR
19/07/2018

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr
Bilgi için:Sinan KAVZAN
Unvan:FİRMA
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden ebc28d35-e936-453d-8493-9d71da90268e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6

T.C. Sağlık Bakanlığı İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
12/09/2018 07:55 - 16867222 - 604.01.01 - E.2739
00076364155

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Dilara HAKTANIR(Uzatma Talebi)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)
(Merkez Kampüsü 34452 Fatih/İstanbul

İlgi : 10/09/2018 tarihli ve 71211201-28174 sayılı yazı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Dilara HAKTANIR'ın " Parkinson hastalarında cinsel sorunlar ve ilişkili etmenler" başlıklı tez çalışması ilgi sayılı yazınıza istinaden 31.12.2018 tarihine kadar uzatılmıştır.

Gereğini ve bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

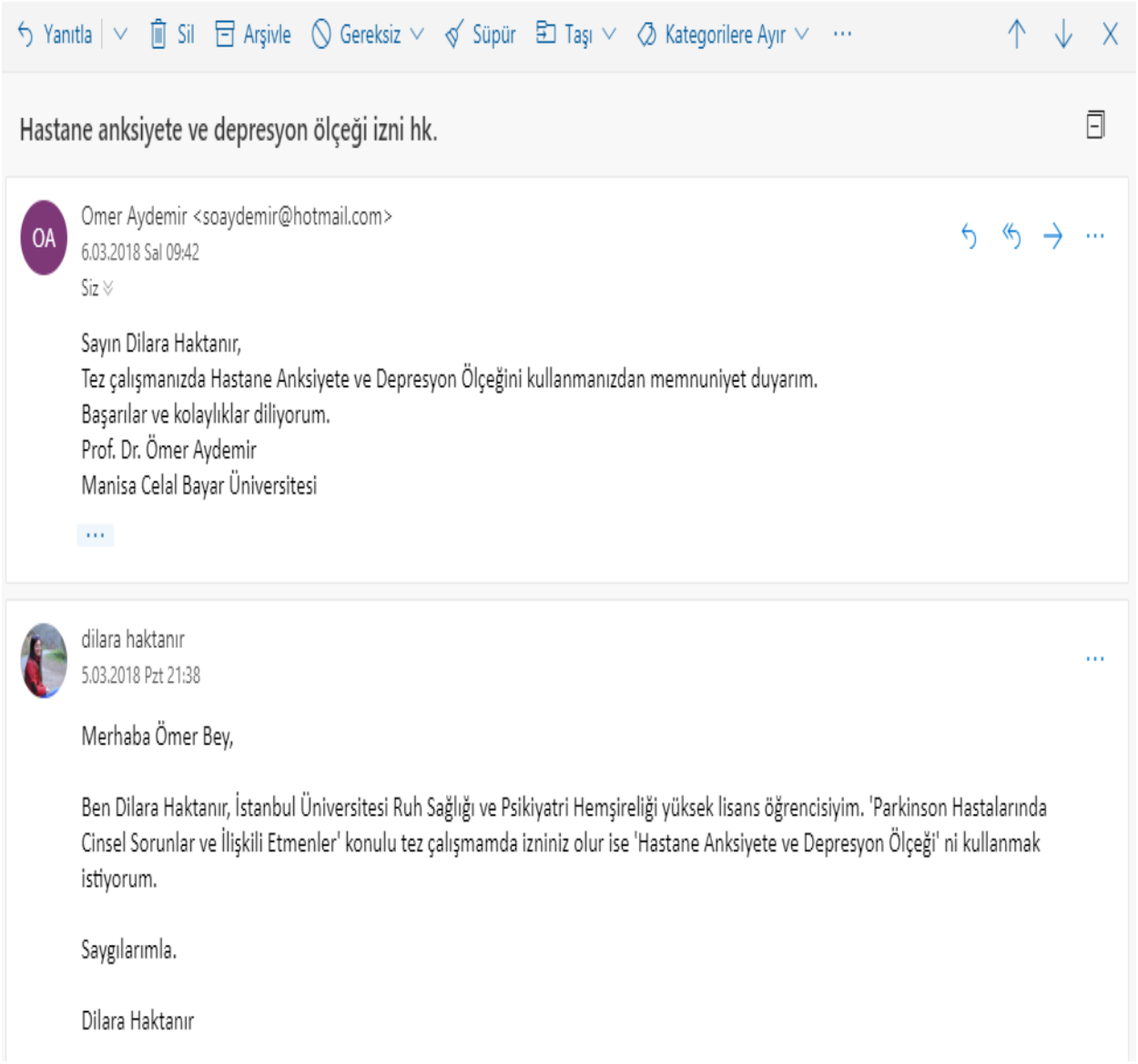
Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
Unvan:FİRMA
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 2211a768-0232-4d96-83ba-14827a9cfd4f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖLÇEK İZİNLERİ

EK-7



Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategorilere Ayır | ...

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği izni hk.

OA

Omer Aydemir <soaydemir@hotmail.com>
6.03.2018 Sal 09:42
Siz

Sayın Dilara Haktanır,
Tez çalışmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Başarılar ve kolaylıklar diliyorum.
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

...

dilara haktanır
5.03.2018 Pzt 21:38

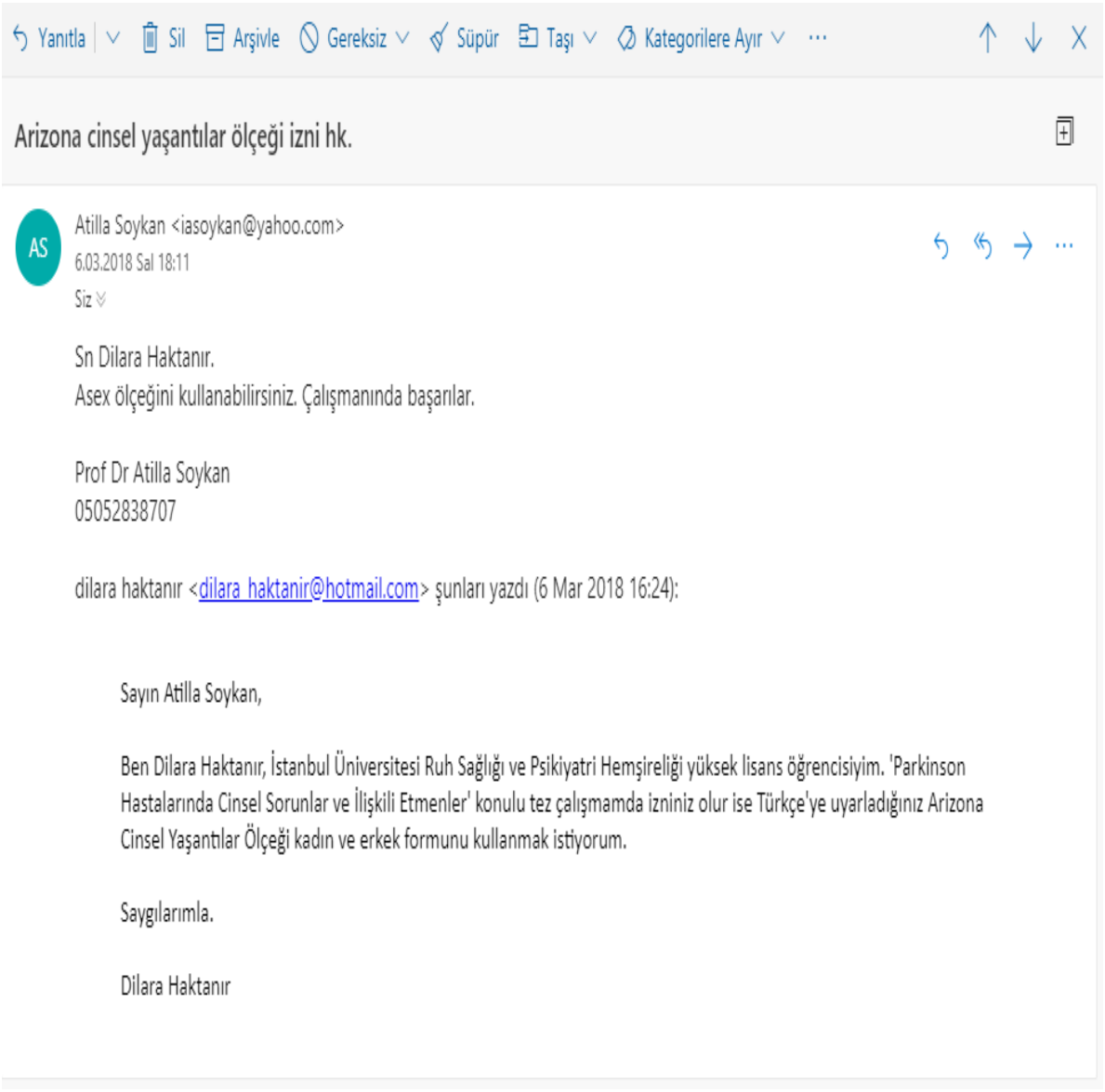
Merhaba Ömer Bey,

Ben Dilara Haktanır, İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. 'Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler' konulu tez çalışmamda izniniz olur ise 'Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği' ni kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

Dilara Haktanır

EK-8



Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategorilere Ayır | ...

Arizona cinsel yaşantılar ölçeği izni hk.

AS

Atilla Soykan <iasoykan@yahoo.com>
6.03.2018 Sal 18:11
Siz

Sn Dilara Haktanır.
Asex ölçeğini kullanabilirsiniz. Çalışmanında başarılar.

Prof Dr Atilla Soykan
05052838707

dilara haktanır <dilara_haktanir@hotmail.com> şunları yazdı (6 Mar 2018 16:24):

Sayın Atilla Soykan,

Ben Dilara Haktanır, İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. 'Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler' konulu tez çalışmamda izniniz olur ise Türkçe'ye uyarladığınız Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kadın ve erkek formunu kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

Dilara Haktanır

EK-9

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Dilara Haktanır tarafından yürütülen "Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenler " başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Parkinson Hastalarında Cinsel Sorunlar ve İlişkili Etmenleri belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 84 kişi katılacaktır. [1] Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya dilara_haktanir@hotmail.com e-posta adresi ve +90507 921 46 76 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:[3]

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PARKİNSON HASTALARINDA CİNSEL SORUNLAR ve İLİŞKİLİ ETMENLER

ORIJINALLIK RAPORU

%3	%3	%2	%2
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
3	studylibtr.com İnternet Kaynağı	<%1
4	Submitted to Dokuz Eylul Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
5	www.docstoc.com İnternet Kaynağı	<%1
6	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	sbd.gumushane.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	issuu.com İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dilara	**Soyadı**	Haktanır
Doğ.Yeri	Konak/İzmir	**Doğ.Tar.**	01.06.1990
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	39316629896
Email	dilara_haktanir@hotmail.com	**Tel**	5079214676

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Yeditepe Üniversitesi	2014
Lise	Namık Kemal Lisesi	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Enfeksiyon Kontrol ve Eğitim Hemşiresi	Avusturya Sen Jorj Hastanesi	2019-Devam
2.	Eğitim Hemşiresi	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	2016-2018
3.	KİT Hemşiresi	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	2014-2016

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi		72,5

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	69,08		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft word office programları	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

USUI SHIKI RYOTO (REİKİ) SERTİFİKASI, 2013
TEMEL YAŞAM DESTEĞİ, TÜRK KALP VAKFI SANERC, 2014
KLİNİK DESTEK ELEMANI, TCESIS, 2017

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Resim yapmak, seyahat etmek.