

PARKİNSON VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Bil.Uzm. Semiha AKIN
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Parkinson hastalığı tremor ve rijiditeye bağlı yetersizlikler ile karakterize, sıklıkla 60 yaş üzeri kişilerde ortaya çıktığı belirlenen bir idiyopatik sendromdur. Amerika Birleşik Devletleri'nde Parkinson hastalığı insidansının 1.5 milyon civarında olduğu, her yıl 50.000 yeni vakaya tanı konulduğu belirlenmiştir.

Parkinson hastaları yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen postural hipotansiyon, psikoz, konfüzyon gibi ilaçlar ile ilgili yan etkiler, beslenme ve eliminasyon, hareket, iletişim, seksüalite, hafıza ile ilgili sorunlar ve duygulanım değişiklikleri ile karşı karşıya kalmaktadır.

Fonksiyonel motor becerilerinin ve mobilizasyonun sürdürülmesi, yaşam kalitesinin geliştirilmesi için hasta ve ailesi eğitilmeli ve teşvik edilmelidir. Parkinson hastalığı sürekli izlem, eğitim ve rehabilitasyon gerektiren bir sağlık durumu olduğu için bu alanda uzmanlaşmış hemşire gereksinimi giderek artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Parkinson hastalığı, Yaşam kalitesi, Hemşirelik bakımı

SUMMARY

Parkinson Disease and Nursing Care

Parkinson's disease is an idiopathic syndrome characterized by disability from tremor and rigidity and most often develops in people in their 60s. The incidence in the United States is estimated to be almost 1.5 million with 50.000 new cases reported annually.

These patients face adverse drug reactions such as postural hypotension, psychosis, and confusion, as well as difficulties with nutrition, elimination, mobility, communication, sexuality, memory, and mood that affect their quality of life negatively.

In order to maintain motor functioning and mobility and improve quality of life, the patients and their families should be educated and encouraged about going on exercise programs at home. The need for nurse specialists in this field is increasing, since Parkinson's disease is a condition that requires continuous monitoring, education, and rehabilitation.

Key words: Parkinson disease, Quality of life, Patient, Nursing care

GİRİŞ

Parkinson hastalığı tremor ve rijiditeye bağlı yetersizlikler ile karakterize, sıklıkla 60 yaş üzeri kişilerde ortaya çıkan Parkinsonizmin en sık rastlanan çeşididir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Parkinson hastalığı insidansının 1.5 milyon civarında olduğu, her yıl 50.000 yeni vakaya tanı konulduğu belirlenmiştir (Black, Hawks, Keene, 2001; Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995). Türkiye'de ise 150 bin civarında Parkinson hastasının olduğu belirtilmektedir (<http://www.tempodergisi.com.tr/saglik>).

Parkinson hastalığının nedeni ile ilgili birçok teoriler olsa da asıl neden bilinmemektedir. Kanıtlanmamış olsa da kalıtımın, bazı durumlarda ise travma, enfeksiyon, bazı ilaçlar, toksinlerle karşılaşma durumu ve aterosklerozun Parkinsonizm ortaya çıkışında etkili olduğu bildirilmiştir (Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995).

Parkinson hastalığının substantia nigra'nın yaygın dejenerasyonu sonucu ortaya çıktığı, bu dejenerasyonun normal nöral ileti ve bazal gangliyonların çalışması için önemli bir madde olan dopamin miktarında azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Dopamin azaldığı zaman istemli hareketlerin kontrol yeteneğinde azalma, tremor, rijidite ve hareketlerde yavaşlama ortaya çıktığı belirtilmektedir (Black, Hawks, Keene, 2001; Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995; Memiş, 1997; Walsh, 1997).

BELİRTİ VE BULGULAR

Bu hastalığın 6 kardinal bulgusu dinlenme halinde tremor, rijidite, bradikinezi, boyun, gövde ve ekstremitelerin sabit olduğu duruş, postural reflekslerin kaybı, hareketlerde donmadır (Black, Hawks, Keene, 2001).

Parkinson Hastalığının Prognozu

Hastalık seyri ile ilerleme hızı açısından değişken, çoğunlukla yavaş ve ilerleyici olduğu belirtilmektedir. Az sayıda hastada selim seyirli olduğu, belirtilerin yıllarca vücudun bir yarısında sınırlı kalabildiği gibi bazen birkaç yıl içinde ileri derecede fonksiyon kaybı görülebildiği açıklanmaktadır (Memiş, 1997).

TANI

Tanı karakteristik klinik özellikler ile konulmaktadır. Parkinson hastalığında klinik tanı kriterleri

- Unilateral başlangıç (sıklıkla),
- Bulguların asimetrik olması,
- Bedenin alt ve üst kısmının beraber tutulması,
- Yavaş progresif seyir,
- Tremorun sık olması,
- Bradikinezi, rijidite ve tremordan en az ikisinin bulunması,
- Erken dönemde denge bozukluğu ve düşme olması,
- Erken ve hızlı seyirli demans olmaması,
- Başka sistemlere ait nörolojik bulgu bulunmaması,
- Uygun dozlarda, uygun süre içinde levadopaya yanıt alınmasıdır.

Günler, haftalar veya 3 ay içinde ve 600-700 mg/gün dozlara yanıt alınmamışsa tanının yanlış olduğundan söz edilmektedir (Memiş, 1997).

Spesifik tanı koyucu bir laboratuvar testi yoktur. Serebrospinal sıvı incelemesi ile dopamin düzeyinde azalma belirlenebilmektedir (Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995). İntrakranial tümör gibi diğer hastalıkların olmadığını doğrulamak için bilgisayarlı tomografi veya magnetik rezonans görüntülemesi yapılmaktadır (Shaw M, 1994).

TEDAVİ

Parkinson hastalığının tedavisi ilaç tedavisi ve fizyoterapi, çok sık başvurulmasa da cerrahi (palyatif cerrahi dahil) tedavi den oluşmaktadır. Parkinson hastalığı bulguları birçok ilaç ile (*Tablo 1*), özellikle levodopa ve antikolinergik ilaçlar ile kontrol altına alınabilmektedir. En sık kullanılan levodopa ilacı carbidopa/levodopa (*Sinemet*) olup, 1998 yılında Parkinson hastalığının tedavisi için yeni bir grup ilaç [catechol O-methyltransferaze (COMT) inhibitörleri] piyasaya sürülmüştür (Black, Hawks, Keene, 2001;

Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995; Memiş, 1997). Günümüzde Parkinsonizm semptomlarının kontrolü için çok sayıda ilaç mevcut olduğundan cerrahi tedavi sık olarak başvurulmuş bir tedavi yöntemi değildir.

Tablo 1: Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçlar

İlaçlar	Etki Mekanizması	Endikasyonlar	Sık Rastlanan Yan Etkiler	Hemşirelik Girişimleri
Antikolinergikler				
Trihexyphenidyle(<i>Artane</i>)	Asetilkolinin etkisini blok eder.	Tremor, rijidite	Ağız kuruluğu, konstipasyon, görmede bulanıklık, konfüzyon, halüsinasyonlar	<input type="checkbox"/> Genellikle glokomu ve taşikardisi olan hastalarda kontrendikedir. <input type="checkbox"/> Doz ayarlanması sırasında nabız ve kan basıncı izlemi yapılmalı. <input type="checkbox"/> Öğünler sırasında verilmeli <input type="checkbox"/> Ani bir şekilde kesilmemeli.
Banzotropine (<i>Congetine</i>)				
Procyclidine(<i>Kemadrin</i>)				
Ethoprazine (<i>Parsido</i>)				
Antihistaminikler				
Diphenhydramine (<i>Benadryl</i>)	Hafif antikolinergik etkilidir.	Tremor, rijidite, insomnia	Ağız kuruluğu, letarji, konfüzyon	<input type="checkbox"/> Nöbet geçiren, kalp ve renal hastalığı, diyabeti, hipertansiyonu, hipertroidizmi olan hastalarda dikkatli kullanılmalı. <input type="checkbox"/> Yemeklerle veya antiasitler ile alınmalı.
Dopaminerjikler				
Amantadine (<i>Symmetrel</i>)	SSS'inde dopamin salını-na yol açarlar.	Rijidite, bradikinezi	Baş dönmesi, ataksi, insomnia, bacak ödemi	<input type="checkbox"/> Postural hipotansiyon yönünden izlenmeli. <input type="checkbox"/> Yatma zamanı alınmalı.
Carbidopa-levodopa (<i>Sinemet</i>)		Tremor, rijidite, bradikinezi	Ortostatik hipotansiyon, bulantı, halüsinasyonlar, distoni, diskinezi	<input type="checkbox"/> Kan basıncı izlenmeli. <input type="checkbox"/> Venöz dönüşü arttırmak için elastik klotlu çorapların giyilmesi sağlanmalı.

Dopamin Agonistleri				
Bromocriptine (<i>Parlodel</i>)	Santral Sinir Sisteminde dopamin reseptörlerini aktive eder.	Bulgularda flüktüasyonlar, diskinezi, distoni	Halüsinasyonlar, ortostatik hipotansiyon, konfüzyon	<input type="checkbox"/> Kan basıncı ve mental durum izlemi yapılmalı.
Pergolide (<i>Permax</i>)			Ortostatik hipotansiyon, bulantı, insomnia	<input type="checkbox"/> Kan basıncı izlemi yapılmalı <input type="checkbox"/> Yatma zamanı alınmamalı.
COMT İnhibitörleri				
Tolcapone	Dopaminin etkilerini artırır.	Adjuvan tedavi	Diyare, karaciğer enzimlerinde ↑	<input type="checkbox"/> Karaciğer enzimleri izlenmeli.
Encapone	Dopaminin etkilerini artırır.	Adjuvan tedavi	Bulantı, baş ağrısı	<input type="checkbox"/> Levodopanın yan etkileri yönünden gözlem yapılmalı.
MAO İnhibitörleri				
Selegiline (<i>Deprenyl</i>)	Monoamin oksidaz B'yi inhibe eder.	Adjuvan tedavi	Bulantı, konfüzyon, Baş dönmesi, halüsinasyonlar, ağız kuruluğu	<input type="checkbox"/> Levodopanın yan etkilerini arttıracığından için levodopa yan etkileri yönünden izlem yapılmalı

Black JM, Hawks JH, Keene AM: Medical-Surgical Nursing, Sixth Edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2001. p.2017-19

SORUNLARA YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Hastalığın başlangıcından sonuna kadar hasta ile ailesine her türlü destek ve danışmanlığın verilmesinde, hastalığa bağlı gelişen emosyonel, fiziksel ve sosyoekonomik yetersizliklerle baş etmede, bireyin ve ailenin hastalığa uyumlarının kolaylaştırılması ve sağlanmasında hemşirelik izlem ve bakımının çok önemli bir yeri vardır. Parkinson hastalarının eğitimi, izlemi ve bakımının koordinasyonu ile ilgili duyulan gereksinimin etkisi ile Parkinson hastalığı alanında uzmanlaşan hemşirelerin rolleri son 10 sene içinde gelişme göstermiştir (Jarman, 1997).

Parkinson Hastalığında Uzman Hemşirenin Rollerini

- Hastalara evlerinde, sağlık kliniklerinde, hastane ve ayaktan tedavi ünitelerinde eğitim ve bakım, telefon ile danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- Hekim ile işbirliği halinde hastalara ilaçlar ile ilgili bilgi verilmesi,
- Genel iyilik durumunun ve tedaviye cevabın izlenmesi (yılıda en az iki tanımlama), gerektiğinde hekim ile iletişime geçilmesi,
- Hastanın sosyal güvence durumunun değerlendirilmesi,
- Hastanede veya taburculuk sonrası hasta ve ailesine psikolojik destek dahil her türlü desteğin verilmesi,
- Sürekli izlem ve tedavi için multidisipliner bakım ekibi üyeleri ile iletişimin sürdürülmesi

Jarman B, Hurwitz B, Cook A, Bajekal M, Lee A (2002). Effects of community based nurses specialising in Parkinson's disease on health outcome and costs: randomised controlled trial.

BMJ. May 4;324 (7345):1072-5.

Bu hastalar yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen postural hipotansiyon, psikoz, konfüzyon gibi ilaçlar ile ilgili yan etkiler, beslenme ve eliminasyon, hareket, iletişim, seksüalite, hafıza ile ilgili sorunlar ve duygulanım değişiklikleri ile karşı karşıya kalırlar. Hastalığa ve ev yaşamına uyumun sağlanması, hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkan sorunların kontrol altına alınmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında destekleyici mekanizmaların ve sağlık ekibi üyeleri ile hasta arasında iyi bir iletişim ve izlemin önemli bir yeri vardır. Araştırmalar ile Parkinson hastalarının %70'nin hekimleri ile düzenli bir iletişime geçmedikleri belirlenmiştir (Jarman, 1997). Jarman ve ark'ı tarafından 2002 yılında Parkinson hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada bu alanda uzman olan hemşirelerin ortalama haftada 13.7 kez hasta izlemi yaptıkları, bu izlemlerin %75'nin evde, %14'nün hastanelerde, %11'inin ise muayene kliniklerinde gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Bakım alan grupta bulunan hastaların hemşire tarafından yılda ortalama 8 kez değerlendirildiği belirlenmiştir (Jarman, 1997).

Fiziksel Hareket ile ilgili Sorunlar

Dopamin yetersizliğine bağlı gelişen bradikinezi, motor rijidite ve tremor fiziksel aktivitelerin gerçekleştirilmesi ile ilgili sorunlara ve postür değişikliklerine neden olmaktadır. Parkinson olan hastalarda tedavinin ilk 5 yılında semptomlar hafif iken motor flüktüasyonların 5 yıllık bir süre sonrası ortaya çıktığı görülmektedir (Crabb, 2000).

Rijidite ve kontraktürleri önlemek ve azaltmak, günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) yerine getirilmesini kolaylaştırmak için fizyoterapist ile işbirliği içinde aktif-pasif ROM (range-of-motion) ve kas germe egzersizleri planlanmalı, bu egzersizlerin günlük olarak yapılması için hastalar teşvik edilmelidir. Postür ile ilgili sorunların önlenmesi için hastalar dik durmaları, sırt ve omuzlarını fleksiyonda tutmamaları, sık sık vücut pozisyon değiştirmeleri konusunda eğitilmelidir. Sert bir zemin üzerinde yatılması, otururken omurganın fleksiyonunu önlemek için sırtın yastık ile desteklenmesi iyi bir postürün sağlanması için önem taşımaktadır. Periyodik olarak hastaların prone pozisyonunda yatmaları omurganın sağlıklı pozisyonunun sürdürülmesi için yararlıdır. Kas relaksasyonunun sağlanması ve krampların giderilmesi için sık aralarla masajlar ve sıcak banyo yapılması önerilebilir (Black, Matassarini-Jacobs, 1993; Ignatavicius, Workman, Mishler, 1995).

Vücut İmajında Bozulma

Kontrol edilemeyen tremor, hastalık ilerledikçe ortaya çıkan yürüme sorunları, salivasyon, konuşma ve yüz ifadesi ile ilgili sorunlar vücut imajının olumsuz yönde etkilenmesine, hastaların utanmalarına ve sosyal gruplardan uzaklaşmalarına yol açar (Memiş, 1997).

Sosyalizasyonun sağlanması ve sürdürülmesi için, hastanın potansiyel kapasitesi ve bağımsız olarak yerine getirilen aktiviteleri desteklenmelidir. Hastalar soru sormaları ve duygularını açıklamaları için teşvik edilmeli, endişeleri giderilmeye çalışılmalı ve grup etkinliklerine katılımı sağlanmalıdır (Ignatavicius, Workman, Mishler, 1995).

Beslenme Değişim

Yutma ve çiğneme yeteneğinin bozulması, tremor, yorgunluk ve depresyon hastaların vücut gereksiniminden az beslenmesine neden olur.

Hastaların çiğneme ile yutma yetenekleri değerlendirilmeli. Fizyoterapist ile işbirliği içinde konuşma ve yutmayı kolaylaştıran yüz ve dil egzersizleri yaptırılmalıdır. Kalori ve diyet düzenlemesi için diyetisyen ile işbirliği yapılmalı, özellikle yutma güçlüğü olan hastaların az miktarda, sık aralarla veya özel olarak hazırlanmış gıdalarla beslenmesi sağlanmalıdır. Hastalar tarafından yumuşak diyet ve soğuk sıvılar daha iyi tolere edilmektedir. Hastanın kendine olan güveninin azalmasını önlemek için yemek yeme sırasında yeterli zaman sağlanmalı, kendi kendine yemesine fırsat verilmeli, aspirasyonu önlemek ve yutmayı kolaylaştırmak için dik pozisyonda beslenmesinin önemi vurgulanmalıdır. Öğün saatlerinin ilaç etkilerinin maksimum (peak) olduğu zamanlar dikkate alınarak düzenlenmesi hastaların beslenmesini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Hastalar düzenli olarak tartılmalı, tüketilen besin miktarı izlenmeli ve kaydedilmeli. (Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995; Walsh, 1997).

Sözel İletişimde Bozulma

Hastalık ilerledikçe konuşma ve göğüs kaslarının rijiditesinde artışa bağlı, verbal uyarılara cevap vermede daha çok sorun yaşanmaya başlanır. Hastalar yavaş ve net konuşmaları, cümleler arasında derin nefes almaları için teşvik edilmeli, konuşmadan önce kelime ve cümlelerin toparlanması için zaman tanınmalıdır. Derin nefes alma, yavaş expirasyon yapma, şarkı söyleme ve konuşma sınıflarına katılma gibi etkinlikler konuşmayı geliştirebilmektedir. Yüz kaslarındaki rijiditeyi azaltmak için ayna önünde gülme, üfleme, göz hareketleri ve boyun germe egzersizleri önerilebilir. Hemşire ve ailesi anlamadıkları kelimeleri hastadan tekrar etmesini istemeli ve hastaların nonverbal ifadeleri yakından izlenmelidir. Hastalığın evresi arttıkça hasta ile iletişimin artırılarak sürdürülmesi önem taşımaktadır. Hastanın konuşmasının daha iyi anlaşılması için mümkün olduğunca çevresel gürültüler azaltılmalı, sözel iletişimin iyileştirilmesi ve desteklenmesi için konuşma/dil terapisti ile işbirliğine geçilmelidir (Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995; Reeves, Rouv, Lockhart R, 1997).

Öz Bakım Yetersizliği

Parkinson hastalığı olan bireyler fiziksel hareketlerin azalması nedeni ile öz bakım yeteneklerini zamanla kaybeder. Hastalar mümkün olduğunca öz

bakımlarını kendi kendine gerçekleştirebilmeleri için teşvik edilmelidir. Bu hastalar diğer hastalara kıyasla daha yavaş hareket ettikleri için GYA'ni daha uzun sürede gerçekleştirdiğinden hastalara yeterli bir süre tanınarak aktiviteler arası dinlenmeleri sağlanmalı ve güvenli bir çevre için düzenlemeler yapılmalıdır. Hastanın kendi kendine giyinmesini kolaylaştırmak için düğmeli giysiler yerine fermuarlı giysiler tercih edilmelidir (Black, Hawks, Keene AM, 2001; Black, Matassarini-Jacobs, 1993; Memiş, 1997). Otonom sinir sistemini etkilenmesi nedeni ile hastada aşırı terleme ortaya çıkabilir. Ciltte yağlanma, koku ve rahatsızlık hissini önlenmesi için günlük banyo ve sık giysi değişimi gerekebilir (Walsh, 1997).

Göz kırpma hareketinin azalması sonucu ortaya çıkabilen korneal kuruma ve irritasyonu önlemek için yapay göz yaşı kullanımı söz konusu ise bunun ile ilgili hasta ailesinin eğitilmesi gerekir. Hastaların ayrıca diplopi varlığı açısından da düzenli aralıklarla değerlendirilmesi gerekir (Walsh, 1997).

Solunum Sistemine İlişkin Sorunlar

Yutma ve çiğneme kaslarının rijiditesi nedeniyle aspirasyon riski ortaya çıkmaktadır. Potansiyel solunum problemleri nedeni ile hemşire solunum, diyafragmatik ve abdominal egzersizleri yapması konusunda hastayı eğitmeli ve teşvik etmelidir. Aspirasyonu önlemek için öğünler sırasında hastaların belli sürelerle dinlenmesi ve dik pozisyonda beslenmesi sağlanmalı, olası aspirasyon yönünden aspiratör aleti hazır bulundurulmalıdır (Memiş, 1997; Shaw, 1994).

Eliminasyon

Aktivite azlığı, lifli gıda tüketilmemesi ve sıvı alımının azaltılması, ilaçların yan etkisine bağlı oluşabilen konstipasyon sorununun ortaya çıkışını önlemek veya çıktığında ortadan kaldırmak için hastaların 24 saatte 2000 ml sıvı almaları, lifli gıda tüketmeleri ve düzenli aralıklar ile tuvalete gitmeleri sağlanmalıdır (genellikle sabah kahvaltıdan veya akşam yemeğinden yarım saat sonra). Bunun yanında dışkı yumuşatıcıları veya laksatifler verilebilir. Hastanın güvenliği için uygun yapıda, yüksek tuvalet ayarlanmalı ve tuvalete oturup kalkma sırasında hasta desteklenmeli (Black, Hawks, Keene, 2001; Black, Matassarini-Jacobs, 1993).

Otonom sinir sistemi disfonksiyonuna bağlı olarak retansiyon, hastanın tuvalete hızlı ulaşamamasına bağlı ise idrar kaçırma ve inkontinans gelişebilmektedir. Bunu önlemek için hastanın miksiyon ihtiyacı gelmeden önce tuvalete gitmesi sağlanmalı, geceleri komod veya ördek/sürgü hastanın yanında bulundurulmalıdır (Memiş,1997; Walsh, 1997).

Uyku

Bu hastaların yaşam kalitesi sıklıkla uyku sorunları nedeni ile önemli düzeyde olumsuz yönde etkilenebilmekte olup, uyku sorunları sıklığını arttıran faktörlerin yaşlanma süreci, antiparkinson ilaçlar, hastalığın kendi prognozu, noktüri, anksiyete ve immobilite olduğu bilinmektedir. Uyku ile ilgili sorunların giderilmesinde tercih edilen yöntemler nonfarmakolojik yaklaşımlar olup hemşirenin uykunun değerlendirilmesi ve buna yönelik girişimlerde bulunulması, aile ve bireye yönelik bu konuda bilgi verilmesi, bu sorunun giderilmesi için uygun öneride bulunulması, iş birliği yapılacak kişilere yönlendirilmesinde önemli rolü vardır (Crabb, 2001).

Psikososyal Destek

Hasta ve ailenin baş etme stratejileri gözlenmeli ve yeni uygun stratejilerin geliştirilmesi yönünde hastaya destek olunmalı, mümkün olduğunca iş ve boş zaman uğraşlarının sürdürülmesi için hasta desteklenmelidir. Anormal davranış ve psikolojik problemler (halüsinasyon, paranoya, deliryum) geliştiğinde hasta ve ailesinin hekim ile iletişime geçmeleri sağlanmalıdır (Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995).

Sağlık Eğitimi

Hasta eğitiminde hastaların hastalığa uyumunu arttıracak, yaşam kalitesini geliştirecek konulara yer verilmelidir. Parkinson hastaları ilaçlar, egzersiz programı ve hastalığa uyumu arttıracak yetersizliklerin kontrolü ile ilgili eğitilmeli. İlaç tedavisi ile ilgili eğitimde özellikle ilaç yan etkilerinin kontrol altına alınmasına ilişkin konulara yer verilmelidir (Ignatavicious, Workman, Mishler, 1995). Parkinson hastalığının erken aşamasında hastanın evi olası tehlikeler yönünden değerlendirilerek hasta ailesi eğitilmeli ve

güvenliğinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır (Black, Hawks, Keene, 2001; Black, Matassarini-Jacobs, 1993).

Sonuç

Parkinson hastalığı sürekli izlem, eğitim ve rehabilitasyon gerektiren bir sağlık durumu olduğu için günümüzde bu alanda uzmanlaşmış hemşire gereksinimi giderek artmaktadır.

KAYNAKLAR

- Black JM, Hawks JH, Keene AM (2001). Medical-Surgical Nursing. 6th Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2017-19.
- Black JM, Matassarini-Jacobs E(1993).Medical Surgical Nursing; A Psychophysiologic Approach. 4th Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1146-1153.
- Crabb L (2000). Motor fluctuations in Parkinson's disease. Prof Nurse. Jan;15(4):273-7.
- Crabb L (2001). Sleep disorders in Parkinson's disease: the nursing role. Br J Nurs. Jan 11-24; 10(1): 42-7.
- Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA (1995). Medical Surgical Nursing; A Nursing Process Approach. 2nd Edition, Volum 2, W.B.Saunders Comany, Philadelphia, 1146-53.
- Jarman B, Hurwitz B, Cook A, Bajekal M, Lee A (2002). Effects of community based nurses specialising in Parkinson's disease on health outcome and costs: randomised controlled trial. BMJ. May 4;324 (7345):1072-5.
- Memiş S (1997). Parkinson Hastalarının Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Reeves CJ, Rouv G, Lockhart R (1997). Medical Surgical Nursing. Mc Graw_Hill Companies, USA, 324-328.
- Shaw M, Bertucci ML, Canale JA, Fandek N, Ginmona TA, Howard JL, Koreto R, Lenkiewicz A, Ofner A (1994). Neurologic Disorders. Springhouse Corporation, USA, 218-228.
- Walsh M (1997). Clinical Nursing & Related Sciences. 5th Editon, Bailliere Tindale, Philadelphia, 754-756.
- <http://www.tempodergisi.com.tr/saglik> (27.01.2004).