

# XƏZƏR UNIVERSİTETİ

**Fakültə:** Təbiət Elmləri, Sənət və Texnologiya Yüksək Təhsil

**Departament:** Psixologiya

**İxtisas:** Klinik Psixologiya

## MAGİSTR TEZİSİ

**Mövzu:** Parkinson Xəstələrində Təşviş Pozuntusunun Dəyərləndirilməsi

**Magistrant:** Hادیeva Hilal Azad qızı

**Elmi rəhbər:** Psixologiya üzrə fəlsəfə doktoru

Kazımova Kamilə Qinyaz qızı

**Bakı – 2024**

## MÜNDƏRİCAT

<b>GİRİŞ</b> .....	3
<b>I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ</b> .....	7
1.1 Parkinson xəstəliyi və xəstəliyin klinik əlamətləri.....	7
1.1.1 Motor əlamətlər.....	7
1.1.2 Motor olmayan əlamətlər.....	11
1.1.3 Parkinson xəstəliyinin etiologiyası.....	14
1.2 Təşviş pozuntularının klinik psixoloji mahiyyəti.....	16
1.2.1 Təşviş pozuntularının etiologiyası.....	22
1.2.2 Parkinson xəstəliyi təşviş pozuntularının səbəbi kimi.....	26
1.2.3 Parkinson xəstəliyi zamanı təşviş pozuntularının aradan qaldırılma yolları.....	32
<b>II FƏSİL. TƏDQIQATIN METOD VƏ METODİKALARI</b> .....	37
2.1 Tədqiqatın keçirildiyi yer və iştirakçıların seçimi.....	37
2.2 Metodikalar.....	38
<b>III FƏSİL. TƏDQIQATDAN ƏLDƏ OLUNAN NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ</b> .....	40
3.1 Tədqiqata cəlb olunmuş iştirakçıların demoqrafik göstəricilərin eksperimental təhlili.....	40
3.2 Tədqiqatdan əldə olunan nəticələrin müqayisəli təhlili.....	45
<b>NƏTİCƏ</b> .....	61
<b>İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT SİYAHISI</b> .....	64
<b>ƏLAVƏLƏR</b> .....	70

## GİRİŞ

**Mövzunun aktuallığı.** Parkinson xəstəliyi neyrodegenerativ xəstəliklər içərisində Alzheimer xəstəliyindən sonra ən geniş yayılmış xəstəlikdir. Parkinson xəstəliyi irəliləyən bir hərəkət pozuntusu olub, nigrostriatal dopamin sintez edən neyronların itirilməsi ilə xarakterizə olunur. Bu neyronların iştirakı Parkinson xəstəliyinin motor əlamətləri ilə əlaqəlidir və əsas motor əlamətləri olaraq bradikineziya, rigidlik, istirahət tremoru, postural dayanıqsızlıq (postural insitabilite) qeyd olunur.

Parkinson xəstəliyi zamanı motor əlamətlərlə yanaşı, motor olmayan (non-motor) əlamətlər də rast gəlinir ki, bu əlamətlər depressiya, təşviş, yorğunluq, koqnitiv proseslərin zəifləməsi, yuxu pozuntusu, qəbizlik, sidik kisəsi disfunksiyası, cinsi pozuntular, mədə-bağırsaq problemləri və sensor şikayətlərdir. Həyata keçirdiyimiz tədqiqat işində non-motor əlamətlərdən biri olan təşviş pozuntusu araşdırıldı. Təşviş hər bir şəxsin yaşaya biləcəyi yayılmış, xoşagəlməz, qeyri -müəyyən narahatlıq hissidir və avtonom simptomlarla müşayiət olunur. Bu simptomlar fərdi xarakter daşıyır və insandan insana fərqli formalarda üzə çıxır. Nəfəs darlığı, nəbz tezliyinin artması, ürəkdə çırpınma, tənəffüs tezliyinin artması, əllərdə və ayaqlarda titrəmə, tərləmə kimi əlamətlər rast gəlinir. Bununla yanaşı psixoloji əlamətlər olaraq sıxıntı, həyəcan, anıdan çox pis hadisə baş verəcəkmis hissi, qorxu meydana gəlir. Bu əlamətlərin Parkinson xəstələrində də çox tez-tez rast gəlinəyi müşahidə olunmuşdur. Ümumiyyətlə, Parkinson xəstəliyinin non-motor əlamətləri xəstəliyin çox erkən dövrlərində görünür, hətta motor simptomların üzə çıxmasından illər əvvəl (bəzən on ildən daha çox) meydana gəlməyə başladığı bildirilir. Son dövrlərdəki araşdırmalar göstərir ki, bu əlamətlər sıxılıqla rast gəlinir və xəstəliyin irəliləyən dövrlərində xəstənin həyat keyfiyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. Buna görə də Parkinson xəstəliyi zamanı təşviş pozuntusunun vaxtında müəyyənləşdirilməsi və mütəxəssis tərəfindən aradan qaldırılması üçün tədbir görülməsi günümüzün əsas problemlərindən biridir. Qeyd olunan nüanslar tədqiqat mövzusunun aktuallığını sübut edir.

Bu tədqiqatda Parkinson xəstəliyi olan insanlarda təşviş pozuntusunun səviyyəsini araşdırmaq və xəstəliyin gedişatına təsirini müzakirə etmək hədəflənmişdir.

**Tədqiqat mövzusunun işlənmə səviyyəsi.** Mövzu ilə əlaqəli mənbələrə nəzər yetirdikdə məlum olur ki, Parkinson xəstəliyi və bu xəstəlik zamanı yaranan psixoloji problemlər, o cümlədən təşviş pozuntusu barəsində bir çox tədqiqatlar aparılmışdır. Azərbaycanda bu mövzuda araşdırmalar çox olmasa da, xarici ədəbiyyatlara nəzər yetirdikdə kifayət qədər tədqiqat aparıldığı görünür. Azərbaycanda Parkinson xəstəliyi haqqında F.N. Əliyeva, 2010-

2019-cu illər ərzində “Bakıda Parkinson xəstəliyinin rastgəlmə tezliyi və yayılması” mövzusunda uzunmüddətli tədqiqat aparmışdır. Bundan başqa 2021-ci ildə “Parkinson xəstəliyi olan xəstələrdə sağ qalma və vaxtından əvvəl ölüm üçün risk faktorları” mövzusunda da məqaləsi mövcuddur. Lakin bizim mövzumuz Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusudur və bu mövzuda bizim ölkəmizdə aparılan araşdırma yox dərəcəsinədir. Xarici ədəbiyyatlara yönəlsək bu mövzuda çox sayda araşdırma və məqalə qeyd edə bilərik. Bunlar içərisində həm nəzəri, həm də praktik işlər var. Carey G. və həmkarları 2020 “Parkinson xəstəliyində təşviş beyin qorxu dövrəsindəki dəyişikliklərlə əlaqələndirilir”, Fany Chuquilin-Arista və həmkarları 2019 “Parkinson xəstəliyində depressiya və təşvişin yayılması və həyat keyfiyyətinə təsiri: İspaniyada icma əsaslı tədqiqat”, Martinus P. G. Broen və həmkarları 2018 “Parkinson xəstəliyində təşviş alt tiplərinin klinik markerləri”, K. Zhu, J. J. van Hilten and J. Marinus 2016 “Parkinson xəstəliyində təşvişin başlanğıcı və təkamülü” və s. misal göstərə bilərik. Daha keçmiş illərə nəzər salsaq, Nadeeka N.W. və həmkarları 2010 “Parkinson xəstəliyində təşviş pozuntusu: yayılma və risk faktorları”, Nadeeka N.W. Dissanayaka və həmkarları 2014 “Parkinson xəstəliyində təşvişin klinik spektri” nümunə olaraq qeyd edə bilərik. Richard I.H., Schiffer R.B., Kurlan R. tərəfindən “Təşviş və Parkinson xəstəliyi” adlı araşdırma 1996-ci ildə dərc olunmuşdur və bu da Parkinson xəstəliyi zamanı üzə çıxan təşviş pozuntusunun uzun illər öncədən diqqət çəkdiyini və araşdırıldığını göstərir. Türklərə nəzər saldıqda isə T.Tunç, U.Emre, Ö. Coşkun və həmkarları 2007 “Parkinson xəstəliyində təşviş pozuntusu”, O.Öztürk, H.Meral və digərləri 2004 “Parkinson xəstəliyində təşviş və REM davranış pozuntusu” araşdırmaları qeyd oluna bilər.

**Tədqiqatın obyektı.** Tədqiqatda 85 nəfər Parkinson xəstəliyi və təşviş pozuntusu olan pasient iştirak etmişdir.

**Tədqiqatın predmeti.** Parkinson xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərdə təşviş pozuntusunun dəyərləndirilməsi.

#### **Tədqiqatın fərziyələri.**

Əsas fərziyyə:

- Parkinson xəstəliyinin ağırlıq dərəcəsinin təsiri artdıqca təşviş səviyyəsi də artır.

Köməkçi fərziyələr:

- Parkinson xəstələrində xəstəlik müddəti az olan qrup ilə xəstəlik müddəti çox olan qrupda təşviş dərəcələri arasında anlamlı fərq var.

- Parkinson xəstəliyindən əvvəl təşviş pozuntusu olan xəstələrdən ibarət qrup ilə Parkinson xəstəliyindən sonra təşviş pozuntusu yaranan xəstələrdən ibarət qrupda təşviş dərəcələri arasında anlamlı fərq var.
- Parkinson xəstəliyi zamanı xəstələrin yaşı artdıqca təşviş səviyyəsi də artır.

**Tədqiqatın məqsədi.** Tədqiqat işinin məqsədi, Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusunun hansı səviyyədə olduğunu və müxtəlif göstəricilərin təsirini nəzərə alaraq nə dərəcədə dəyişdiyini müəyyənləşdirməkdir.

**Tədqiqatın vəzifələri.** Tədqiqatın məqsədinin gerçəkləşdirilməsi üçün aşağıdakı vəzifələr müəyyən edilmiş və yerinə yetirilmişdir:

1. Mövzu ilə bağlı mövcud olan ədəbiyyat araşdırılmış, təhlil olunmuş, problemin nəzəri əsasları müəyyənləşdirilmişdir.
2. Parkinson xəstəliyi və təşviş pozuntusu anlayışları araşdırılmışdır.
3. Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusu dörd fərqli nüansa görə dəyərləndirilmişdir.

**Tədqiqatın gedişində istifadə olunan testlər və metodlar.**

1. Hamiltonun Təşviş Reytinqi Cədvəli (HARS).
2. Sosial-dermoqrafik anket.
3. Hoehn və Yahr şkalası.

**Tədqiqatın nəzəri əhəmiyyəti.** Apardığım tədqiqatın nəzəri əhəmiyyəti klinik psixologiya, psixiatriya və nevrologiya sahəsi üçün böyükdür. Parkinson xəstəliyi zamanı təşviş səviyyəsinin dəyərləndirilməsi mövzusunda nəzəriyyə həm klinik psixoloqlar, həm də nevroloqlar üçün əhəmiyyətli məlumatlardır. Ölkəmizdə bu mövzuya az toxunulduğu üçün bu nəzəriyyə, xüsusilə klinik psixologiya sahəsi üzrə təhsil alan tələbələr üçün məlumatlandırma məqsədilə çox yararlı ola biləcək elmi biliklərlə zəngindir.

**Tədqiqatın praktiki əhəmiyyəti.** Parkinson xəstələrində təşviş çox rast gəlinən psixoloji problemlərdən biridir. Təşviş səviyyəsinin qiymətləndirilməsi, müəyyən göstəricilərlə əlaqəsinin aydınlaşdırılması və vaxtında diqqətə alınmasının xəstənin həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsində, həmçinin müalicə prosesinin gedişatında müsbət nəticələr əldə etməyə kömək edəcəyi düşünülür.

**Tədqiqatın elmi yeniliyi.** Tədqiqatın elmi yeniliyi ondan ibarətdir ki, Azərbaycanda Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusunu ilk dəfə müxtəlif aspektlərdən dəyərləndirərək, xəstəliyin gedişatında müsbət nəticələr əldə edilməsinə yardımçı olacağını nəzərdə tutduq.

Məhz buna görə də aparılan tədqiqat işinin klinik psixoloqlar üçün faydalı və məlumatlandırıcı olacağı düşünülür.

**Tədqiqat işinin aprobasiyası.** Tədqiqat işi Rövşən Həsənovun Nevrologiya Klinikasında aparılmışdır. Eyni zamanda tədqiqat işinə aid elmi məqalə Bakı Dövlət Universitetinin Psixologiya jurnalında dərc olunmuşdur.

**Dissertasiya işinin quruluşu.** Dissertasiya işi giriş, 3 fəsil, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir.

## I FƏSİL. ƏDƏBİYYAT XÜLASƏSİ.

### 1.1 Parkinson xəstəliyi və xəstəliyin klinik əlamətləri.

Parkinson xəstəliyi neyrodegenerativ xəstəliklər içərisində Alzheimer xəstəliyindən sonra ən geniş yayılmış xəstəlikdir. İlk dəfə ingilis həkim James Parkinson tərəfindən 1817-ci ildə bu xəstəlik müəyyən olunmuşdur (Gümüş və d. 2013). Parkinson xəstəliyi xroniki, irəliləyən, multifaktorial etiologiyaya sahib olan neyrodegenerativ xəstəlikdir (Khatrı və d. 2020). Xəstəliyin patoloji əlaməti Lewy cisimcikləridir ki, bu cisimciklər SNCA geni tərəfindən kodlanan yanlış quruluşlu alfa-sinuklein zülalının aqreqatlarıdır və orta beyinin dopamin sintez edən neyronlarının itirilməsinə səbəb olur. Alfa-sinuklein zülalı normal halda sinir sistemində rast gəlinən və sinaptik funksiyalar yerinə yetirən proteindir, lakin Parkinson xəstəliyi zamanı neyronlarda əlavə olaraq toplanmağa başlayır və getdikcə irəliləyən bu vəziyyət beyinin bəzi bölgələrinə təsir edir (Day, Mullin 2021). Qısaca qeyd etsək, Parkinson xəstəliyi nigrostriatal dopamin sintez edən (dopaminergik) neyronların itirilməsi ilə xarakterizə olunur və özünü müəyyən əlamətlərlə göstərir. Bu əlamətlər motor və motor olmayan (non-motor) əlamətlərə ayrılır (Gümüş və d. 2013).

#### 1.1.1 Motor əlamətlər.

Dopaminergik neyron itkisi ilə dopamin səviyyəsinin azalması nəticəsində talamus və motor korteksə gedən impulslarda azalma baş verir ki, bu da əzələlərin aktivləşdirilməsinin pozulmasına səbəb olur. Nəticədə də, Parkinson xəstəliyinin əsas motor əlamətləri və eyni zamanda ən çox əlillik yarada bilən xəstəlik əlamətləri üzə çıxır ki, bunlara aşağıdakılar aiddir:

- bradikineziya (hərəkətlərdə yavaşlama)
- rigidlik (əzələlərdə sərtlilik)
- istirahət tremoru
- postural insitabilite (postural dayanıqsızlıq) (Filho, Chaves və d. 2020).

Əksər xəstələrdə simptomlar bədənin bir tərəfində başlayır və bir neçə il ərzində əks tərəflərdə də üzə çıxır. Xəstənin qaməti əyilir, ətraflarda rigidlik, dişli çarx fenomeni, qarışıq yerləşmə tendensiyası və yerləşmə zamanı qolun yellənməsinin olmaması əlamətləri baş verir (Sveinbjornsdottir, 2016). Bundan əlavə, hərəkətlərin yavaşlaması ilə yanaşı üz mimikalarının itirilməsi hallarına da rast gəlinir ki, buna da bradimimiya deyilir (Gümüş və d. 2013). İkincili motor simptomlar arasında qolun hərəkətində azalma, göz qırpması sürətində azalma, maskalı üz (hipomimiya), səs tonunda azalma (hipofoniya) və yataqda uzanmış vəziyyətdə hərəkətlərdə çətinlik əlamətləri qeyd edilir (Theresa, 2019)

## Bradikineziya.

İlk dəfə bradikineziya terminini James Parkinson, Parkinson xəstəliyinin əsas xüsusiyyətlərindən birini təsvir etmək üçün istifadə etmişdir. Bradikineziya, Parkinson xəstəliyi zamanı motor funksiyaların pozuntularından biri olaraq rast gəlinən hərəkət yavaşlığıdır və patofiziologiyasının striatal dopaminergik itki ilə əlaqəli olduğu qeyd edilir. Striatal neyron bədən hərəkətinin tarazlığını kontrol etməkdə iştirak edir və dopamin də striatal neyronun funksiyasının tənzimlənməsindən məsuldur. Parkinson xəstəliyində striatal dopamin səviyyələri kəskin şəkildə azaldığı üçün kontrolsuz hərəkətlə nəticələnə bilər. Bundan əlavə, bradikineziyanın patofiziologiyasında somatosensor funksiyalarda dəyişikliklərin, həmçinin motor və pre-motor kortekslərdəki aktivlik dərəcəsində dəyişikliklərin də rol oynadığı müəyyən edilmişdir (Khatri və d. 2020). Bradikineziya həm hərəkətin başlanması zamanı, həm də hərəkətin davam etdiyi müddətdə başverə bilər (Theresa, 2019). Həmçinin, əzələ gücsüzlüyü də Parkinson xəstəliyinin vacib əlaməti olaraq qeyd olunur və bradikineziya ilə əlaqələndirilir, çünki funksional performans itkisinə də səbəb olan ortaq patofizioloji mexanizmə malikdirlər (Filho, Chaves və d. 2020). Bradikineziya, uzun ifadəsizləşməsinə (hipomimiya) və əlyazma amplitudlarının azalmasına (mikroqrafiya) səbəb ola bilər. Təxminən 80% hallarda üzvlərdə titrəmələr görünür, ən çox hallarda əllərdə istirahət zamanı yuvarlaq şəkildə titrəmələr rast gəlinir. Bu tip titrəmə, baş barmaq və işarət barmağının təmas etməsi və dairəvi hərəkət etmə meyilliliyi ilə əlaqəlidir (Sveinbjornsdottir, 2016).

## Rigidlik.

Rigidlik zamanı əzələnin gərilməyə qarşı müqaviməti artır ki, bunun nəticəsində əzələnin sərtləşməsi və bükülə bilməməsi meydana çıxır. Rigidliyin patofiziologiyasında dopamin çatışmazlığı və bazal qanqlionların təsiri qeyd edilir. Parkinson xəstəliyində bazal qanqlionlar subtalamik nüvədə (STN) və internal (daxili) qlobus pallidusda (Gpi) artan neyron aktivliyini göstərir. Həmçinin, onurğa beyni və beyin sapı, rigidliyin patofiziologiyasında vacib rol oynayan yüksək kortikal dövrələri əhatə edir (Khatri və d. 2020). Rigidlikdə xəstələr qollarda və ayaqlarda sərtlik olduğunu ifadə edirlər. Nadirən də olsa qolları və ya ayaqları hərəkət etdirdikdə çarxın hərəkətinə bənzəyən ilişmələrə rast gəlinir ki, bu əlamətə dişli çarx fenomeni deyilir (Sveinbjornsdottir, 2016).

## Tremor.

Tremor, Parkinson xəstəliyinin ən çox rast gəlinən erkən əlamətidir, 4 ilə 6 Hz arası tezlikdə üzə çıxır, qol və ayaqların distal (ətrafların gövdədən uzaq hissəsi) hissəsində daha



aydın görünür. Parkinson xəstəliyində tremorun müxtəlif növlərinə rast gəlinir: istirahət tremoru, hərəkət tremoru, əsas tremor, distonik (distal hissələrdə baş verən) tremor və yüksək dərəcəli fizioloji tremor. İstirahət tremoru dodaqlarda, çənədə də ola bilər, hərəkət və yuxu zamanı yox olur, lakin əsas tremordan fərqli olaraq nadir də olsa boyun, baş və ya səsi də tuta bilər (Khatri və d. 2020). Bəzən tremor ayaqlarda da rast gəlinir və başqa əlamətlərlə birlikdə də görünə bilər (Reichmann 2010). Bu zaman qarışıq yerisdən başqa digər yerləş pozuntularına da rast gəlinir ki, bunlara bloklanma, tərəddüdü yerləş, addımların getdikcə daha kiçik və daha sürətli olduğu yerləş, tarazlığın itirilməsi və yığılmaqla nəticələnən yerləş nümunə göstərmək olar. Xəstələrin 60%-ə qədərində xəstəlik başladıqdan bir neçə il sonra hərəkətlərdə donma baş verir (Virmani və ark. 2015). PX-nin tremoru tipik olaraq istirahət tremoru olsa da, xəstələrin 50%-də qollar xaricə doğru uzadıldıqda yenidən başverə biləcək titrəmələrə də rast gəlinir. Titrəmələr asimmetrik olaraq başlayır və sonda bədənin əks tərəfinə də təsir göstərir, eyni zamanda dərman müalicəsinə digər əlamətlərə görə daha az cavab verir (Theresa, 2019). Tremorun patogenezinə serotonin çatışmazlığı da müəyyən rol oynayır, lakin serotoninergik dərmanların istifadəsi Parkinson xəstəliyində tremoru aradan qaldırmır (Khatri və d. 2020).

Postural instabilite (dayanıqsızlıq).

Postural dayanıqsızlıq, Parkinson xəstəliyinin başlıca motor əlamətlərindən biri olub, təsirlənən şəxsə tarazlığın pozulması və hərəkət əksikliyinə meydana gəlməsinə səbəb olan müvazinət pozuntusudur (Bekkers və d. 2018). Postural qeyri-sabitlik (dayanıqsızlıq), xəstəlik prosesinin erkən və ya irəliləyən dövrlərində (hətta ilk diaqnoz qoyulan vaxtdan on il sonra) yarana bilər ki, bu zaman da yığılma və yaralanmalara səbəb ola bilər. Daha gənc olan xəstələrdə erkən dövrlərdə yığılmalar atipik xarakter daşıyır, lakin yaşlılarda xəstəlik bəzən ilk olaraq yığıldıqdan sonra aşkar edilir (Sveinbjornsdottir, 2016). Ümumiyyətlə, Parkinson xəstəliyi irəliləmiş xəstələrdə müvazinət pozuntusu və yığılmalar tez-tez rast gəlinir (Bekkers və d. 2018). Vood və dostları (2002) tərəfindən aparılan bir tədqiqatda müəyyən edilmişdir ki, ortalama yaşı 75 olan və ortalama xəstəlik müddəti 3 il olan 109 Parkinson xəstəsinin 68%-ində yığılma meydana gəlib. Digər bir tədqiqatda da oxşar nəticə əldə olunmuş və Parkinson xəstəliyi olan xəstələrin 62%-ində yığılma müşahidə olunmuşdur. İrəli yaş faktorundan başqa, yığılmağa təsir edən amillər arasında xəstəlik müddəti, demensiya, simmetrik başlanğıc, postural və avtonom qeyri-sabitlik (dayanıqsızlıq) qeyd edilir (Sveinbjornsdottir, 2016). Postural dayanıqsızlıq xəstəliyin şiddəti ilə əlaqəli olaraq üzə çıxır və gərilmə testi ilə müəyyən olunur. Həmçinin, digər üç əsas motor əlamətin əksinə postural dayanıqsızlıq levodopaya davamlılıq göstərir (Theresa, 2019). Dopamin sintez edən neyronların itkisi tarazlığın

pozulması və yerləş zamanı donmalara səbəb olur ki, belə hallarda dopaminergik dərman istifadəsi tarazlıq balansının müəyyən qədər düzəlməsinə kömək edir (Khatri və d. 2020).

Qeyd olunan əsas motor əlamətlərdən əlavə, Parkinson xəstələrində ağız nahiyəsində motor pozuntulara çox rast gəlinir. Xəstələrin yarısından çoxunda sakit və tələsik danışmaq kimi nitq pozuntuları müşahidə olunur (Perez-Lloret və d. 2012), bundan başqa, udqunma problemlərinin də olduğu və yalnız dördü birində tüpürçək ifrazının normal olduğu bildirilir (Kalf və d. 2011).

Parkinson xəstəliyi zamanı rast gəlinən motor əlamətlərdən biri də distoniyadır. Distoniya, qeyri-iradi hərəkətlər, anormal duruş və ya hər ikisinin birlikdə müşahidə olunduğu, davamlı olaraq baş verən əzələ gərginliyi ilə müşayiət olunan hərəkət pozuntusudur və daha çox səhərlər erkən saatda üzə çıxır (Theresa, 2019). Bu vəziyyət nadir hallarda Parkinson xəstəliyində ilkin diaqnostik əlamət olaraq üzə çıxma bilər, bir çox hallarda isə müalicənin gedişatı dövründə rast gəlinir. Müşahidə olunan halların əksəriyyətində isə, Parkinson xəstəliyinin simptomları distoniyanın başlanmasından etibarən 10 il ərzində üzə çıxır, erkən başlanğıc ailəvi Parkinson xəstələrində isə distoniya təsirlənən ayağın donması, tutulması kimi əlamətlərlə özünü biruzə verir (Sveinbjornsdottir, 2016).

Postural deformasiyalar da Parkinson xəstəliyi zamanı tez-tez rast gəlinir ki, bu deformasiyalar içərisində döş və bel fəqərəsinin önə doğru əyilməsi (kamptokormiya), baş və boyunun önə doğru əyilməsi (antekollis) və onurğa sütununda yana doğru əyriliyin yaranması (skaliyoz) daha çox müşahidə olunur (Doherty və d. 2011). PX-nin spesifik motor pozuntularından biri olan, gövdənin ağır dərəcəli önə əyilməsini göstərən kamptokormiyadır ki, bu da əsasən ayaqüstə durarkən və ya yerləş zamanı üzə çıxır, uzanmış vəziyyətdə isə azalır və ya itir. Yaxın illərdə aparılan araşdırmalar nəticəsində bildirilmişdir ki, Parkinson xəstəliyi olan kişilərdə xəstəliyin irəliləməsi zamanı bu simptomun inkişaf riski qadınlara nisbətən daha yüksəkdir (Ou, Liu, Hou və d. 2018).

Parkinson xəstəliyinin diaqnozu əsasən motor əlamətlərin varlığına əsaslanır. Motor simptom nümunələrində cinsiyyətə bağlı ola biləcək mümkün fərqliliklərin xarakterizə olunması, diaqnozun dəqiqliyi və terapevtik strategiyalar baxımından çox vacib rol oynayır. Ötən on illiklər ərzində bioloji cinsiyyətin PX motor simptomlarının üzə çıxma forması və şiddəti üzərində təsiri ədəbiyyatda da geniş şəkildə müzakirə edilmişdir. Müşahidə olunan hallarda, motor simptomlar qadınlarda daha gec ortaya çıxmış, rigidlik daha az hallarda, tremor daha çox hallarda rast gəlinmişdir (Cerri, Mus, Blandini, 2019). Eyni zamanda, postural dayanıqsızlığın inkişaf tendensiyası və levodopa ilə əlaqəli üzə çıxan motor əlamətlər üçün

yüksək risk olması kimi spesifik xüsusiyyətlər qeyd olunmuşdur (Colombo D. və d. 2015). Digər tərəfdən, PX-nin ən çox əlillik yarada biləcək motor əlaməti olan yerişin donmasının kişi cinsində daha gec inkişaf etdiyi müşahidə olunmuşdur (Kim, Lee və d. 2018).

### **1.1.2 Motor olmayan (non-motor) əlamətlər.**

Parkinson xəstəliyi zamanı rast gəlinən motor olmayan (non-motor) əlamətlərə depressiya, təşviş, yorğunluq, koqnitiv proseslərin zəifləməsi, yuxu pozuntusu, qəbizlik, sidik kisəsi disfunksiyası, cinsi pozuntular, mədə-bağırsaq problemləri və sensor şikayətlər aiddir (Gümüş və d. 2013). Parkinson xəstəliyinin non-motor əlamətləri xəstəliyin çox erkən dövrlərində görünür, hətta motor simptomların üzə çıxmasından illər əvvəl (bəzən on ildən daha çox) meydana gəlməyə başladığı bildirilir (Schrag və d. 2015). Son dövrlərdəki araşdırmalar göstərir ki, bu əlamətlər sıxlıqla rast gəlinir və xəstəliyin irəliləyən dövrlərində xəstənin həyat keyfiyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. İngiltərədə 433 xəstə üzərində aparılan bir araşdırmada 91 xəstənin (21%) motor olmayan əlamətlərlə həkimə müraciət etdiyi bildirilmişdir. Parkinson xəstəliyinin motor əlamətlərinin diaqnozu qoyulmamışdan əvvəl non-motor əlamətlərin görünməsinin, Lewy patologiyasının irəliləməsi ilə güclü əlaqəsi vardır. Lewy cisimciklərinin toplanması və neyron disfunksiyası medullanın alt hissəsində başlayır, lakin Parkinson xəstəliyinin motor əlamətləri substantia nigranın pars kompaktında dopamin sintez edən neyron itkisi baş verənə qədər aydın nəzərə çarpmır. Beynin əsas dopamin sintez edən bölgələri olan substantia nigra pars kompaktı, ventral tegmental sahə və hipotalamusdan çıxan aksonlar dörd əsas yol əmələ gətirir və bu yollar idrak, yuxu, ağrı kimi non-motor əlamətlərin inkişaf etməsində iştirak edir. Həmçinin özgüvən itkisi, təşviş və qıcıqlanma hissi də nəzərəçarpan dərəcədə üzə çıxır (Gümüş və d. 2013).

Motor olmayan simptomlar arasında yuxu problemləri, yaddaş şikayətləri, qoxu və dad itkisi, psixoloji pozuntular, əvvəllər bəyəndiyi aktivliklərdən həzz ala bilməmək, həddindən artıq tərləmə, yorğunluq, qəbizlik, ağrı çox rast gəlinən əlamətlərdəndir (Pont-Sunyer və d. 2014). Təşviş və depressiya, diaqnoz qoyulmasının çox öncəsindən rast gəlinə bilir. Ümumiyyətlə, Parkinson xəstəliyi irəlilədikcə əksər hallarda, motor olmayan simptomlar xəstələri motor simptomlardan daha çox narahat edir. (Sveinbjornsdottir, 2016).

Ümumilikdə götürsək, non-motor əlamətləri aşağıdakı formada qruplaşdırmaq olar:

- vegetativ disfunksiya
- yuxu pozuntuları
- koqnitiv və psixiatrik pozuntular
- sensor simptomlar

Vegetativ disfunksiya.

Vegetativ (avtonom) funksiyaların pozulması, Parkinson xəstəliyi diaqnozu qoyulmamışdan əvvəl mövcud ola bilər və ya xəstəliyin irəliləməsi ilə nəzərə çarpa bilər, ya da dərman təsirindən yarana bilər. Bu xəstələrdə aşağı təzyiq 30-40% hallarda rast gəlinir, ayaqüstə olduqda, oturaq vəziyyətdən dik duruşa keçdikdə başgicəllənmələr ola bilər, həmçinin görmə pozuntuları da üzə çıxma bilər (Sveinbjornsdottir, 2016).

Bu xəstələrdə mədə-bağırsaq problemlərinə də kifayət qədər rast gəlinir. Bunun səbəbi gastrointestinal sistemdə olan yavaşlama prosesidir ki, bu da ən çox qəbizliyin yaranmasına səbəb olur (Sveinbjornsdottir, 2016). Bundan əlavə, Parkinson xəstəliyi zamanı qadın xəstələrdə kritik disfagiya (udma aktında çətinlik) meyillilik daha çoxdur (Nienstedt və d. 2019).

Sidik-cinsiyyət sistemində də pozuntular müşahidə edilir ki, bunlardan ən çox rast gəlinəni tez-tez sidiyə getmədir (Sveinbjornsdottir, 2016). PX nəticəsində cinsi funksiyanın pozulması kişilərdə qadınlara nisbətən daha çox rast gəlinir. Həmçinin kişilərdə erektil disfunksiya da çox müşahidə olunur (Buhmann və d. 2017).

Parkinson xəstəliyi zamanı vegetativ simptomlar içərisində həddindən artıq tərləməyə (hiperhidroz) də rast gəlinir. Bu vəziyyət qeyri-iradi hərəkətlər və dopaminergik dərmanların təsiri ilə əlaqələndirilir.

Yuxu pozuntuları.

Parkinson xəstəliyinin neyropatologiyasının fizioloji yuxu dövrünə və mərkəzi neyrotransmitterlərə təsir etdiyi müəyyən edilmişdir. Belə xəstələrdə yuxu səthiləşir, gecə tez-tez oyanmalar baş verir. Yataqda hərəkət etməyin, yana çevrilməyin çətinləşməsi və gecə tremoru yuxunun bölünməsinə və tez-tez oyanmalara səbəb olur. Yuxuda olarkən periodik ayaq hərəkətləri və ya atmalar ola bilər və bu vəziyyət narahat ayaq sindromu adlandırılır. Gündüzlər isə xəstələrdə yuxululuq halı görünür ki, bu da dopaminergik dərmanların təsirindən yarana bilər.

Koqnitiv və psixiatrik pozuntular.

Parkinson xəstəliyində vizual hallusinasiya və illuziyalara, xəstələrin üçdə biri ilə 40%-i arasında rast gəlinəni qeyd olunur (Sveinbjornsdottir, 2016). Demək olar ki, Parkinson xəstəliyində istifadə olunan əksər dərmanlar hallusinasiya və psixozla səbəb ola bilər, lakin vizual hallusinasiya dərman müalicəsindən əvvəl də görünə bilər (Pagonabarraga və d. 2016).

Xəstəliyin irəliləməsi ilə birlikdə bəzi hallarda paranoid düşüncələr də meydana çıxır ki, bu da daha çox yüksək dozada dərman istifadə edən xəstələrdə yaşlılıq, koqnitiv pozuntu və depressiya ilə əlaqəli olur. Koqnitiv pozuntu və demensiya da çox rast gəlinir və ən erkən simptomları hədəfə istiqamətlənən davranışları planlamaq və həyata keçirməkdə problem yaranması olur. Bundan başqa danışıqda axıcılığın pozulması, yaddaşda yaranan problemlər və zaman-məkan anlayışının pozulmasına da rast gəlinir. Depressiya və təşviş də Parkinson xəstəliyində çox rast gəlinən digər simptomlar olaraq qeyd olunur və irəliləyən xəstəlik şiddəti də daxil olmaqla bir çox faktorlarla əlaqələndirilir. Dopaminergik müalicə ilə bu simptomlar aradan qalxa bilər, lakin qalıcı olaraq davam etdiyi hallara da rast gəlinir və ya xəstəliyin irəliləyən dövrlərində yenidən təkrar yarana bilər (Sveinbjornsdottir, 2016). Ümumiyyətlə müəyyən edilmişdir ki, qadın cinsindən olan xəstələr daha şiddətli, qalıcı, epizodik təşviş və dərin depressiyaya məruz qalırlar (Broen və d. 2018).

Sensor simptomlar.

Parkinson xəstəliyinin zamanı digər simptomlar kimi sensor əlamətlərə də kifayət qədər rast gəlinir. Qoxu duyğusunun azalması və ya itməsi motor simptomlardan çox daha əvvəl yaranır. Bədənin müxtəlif nahiyələrində gizildəmələr, ətraflarda və oynaqalarda, onurğada ağrı çox rast gəlinir. Xəstələr ən çox ətraflarda olan ağrıdan şikayət edir (Sveinbjornsdottir, 2016).

Martinez-Martin və həmkarları, cinsiyyətə görə motor olmayan əlamətlərin yayılması və şiddətini dəyərləndirmək üçün 951 Parkinson xəstəsi üzərində tədqiqat aparmışlar. Tədqiqatın nəticəsi olaraq, yorğunluq, depressiya, qəbizlik, ağrı, dad və qoxu itkisi, çəki dəyişikliyi və həddindən artıq tərləmə kimi simptomların qadınlarda daha şiddətli olduğunu və daha çox rast gəldiyini müəyyən etmişlər (Martinez-Martin və d. 2012).

Xəstəliyin erkən dövrlərində, qeyd olunan əlamətlər daha az rast gəlinir, motor əlamətlər təktərəfli və yüngül olur, müalicəyə müsbət cavab verir. Ancaq xəstəlik irəlilədikcə müalicə prosesi ağırlaşır, əlamətlər artır və dərman təsiri də azalmağa başlayır. Müalicəyə neqativ cavab olaraq yerləş və tarazlığın pozulması, yıxılmalar, danışıq qabiliyyətinin pisləşməsi kimi əlamətlər ortaya çıxır. Xəstəlik həyat keyfiyyətini getdikcə aşağı salır və xəstəyə daha çox narahatçılıq verir (Sveinbjornsdottir, 2016).

Son 20 ildə PX-nin diaqnozu və müalicəsində non-motor əlamətlərin də vacibliyi daha çox vurğulanmaqdadır. Xəstəlik üzə çıxan pasientlərin demək olar ki hamısında, xəstəlik müddəti boyunca bir neçə müxtəlif non-motor simptom rast gəlinir. Çox hallarda, non-motor

simptomların xəstəyə təsiri motor simptomlardan daha çox olur, lakin əfsuslar olsun ki uzun illər bu əlamətlərin təsirinə yetəri qədər diqqət yetirilməmişdir (Theresa, 2019).

### **1.1.3 Parkinson xəstəliyinin etiologiyası.**

Müşahidə olunan halların əksəriyyətində Parkinson xəstəliyinin səbəbi bilinmir. Son illərdə genetik risk faktorlarının təsiri araşdırılmış, təsirə məruz qalan xəstələrin birinci dərəcəli ailə üzvlərində xəstəliyin inkişaf etmə riskinin, ümumi populyasiya və ya nəzarət qruplarına nəzərən 2-3 dəfə artdığı müəyyənləşdirilmişdir (Tysnes, Storstein 2017).

Genetik dəyişikliyin ümumi Parkinson xəstəliyinin inkişaf riskinə təxminən 25% dərəcədə təsir etdiyi təxmin edilir. Parkinson xəstəliyi ilə əlaqəli olan genetik dəyişkənliklər, tezliyinə və riskinə görə müxtəliflik göstərir. Bir tərəfdən isə, xəstəliyə səbəb olmaq üçün kifayət qədər patogen olan tək genlərdə də bir sıra nadir dəyişkənlik ola bilər. Parkinson xəstəliyinin monogen səbəbləri, bu səbəblərdən çox hallarda təsirlənən ailələrin əlaqəli analiz təhlili ilə müəyyən edilmişdir. Bu genlərə misal olaraq SNCA və PARK7 genlərini göstərmək olar (Day, Mullin 2021).

Genetika, Parkinson xəstəliyinin alt qruplara bölünməsinə təmin edir ki, bu fərqli alt qrupların fərqli etiologiyaları, müalicələri və proqnozları ola bilər (Marras C., Lang A., 2013). Parkinson xəstəliyi üçün alt qrupları formalaşdıran faktorlardan aşağıda göstərilənlər daha çox ön plandadır:

Xəstəliyin başlanğıc yaşu ilə əlaqəli (adətən sərhəd olaraq 50 yaş götürülür)

- a) erkən başlanğıcılı Parkinson xəstəliyi
- b) gec başlanğıcılı Parkinson xəstəliyi

Ailə keçmişinin varlığı və ya yoxluğu ilə əlaqəli

- c) ailəvi Parkinson xəstəliyi
- d) sporadik Parkinson xəstəliyi

Patogen variantların olması ilə əlaqəli

- e) monogen Parkinson xəstəliyi
- f) idiopatik Parkinson xəstəliyi

Parkinson xəstəliyinin monogen formaları nadir hallarda baş verir və xəstəliyin gedişatı, idiopatik Parkinson xəstəliyinin gedişatından fərqli ola bilər (Correia G.L. və d. 2020).

Parkinson xəstəliyinin monogenetik formaları həm patoloji, həm klinik cəhətdən sporadik Parkinson xəstəliyindən fərqlənir, lakin LRRK2 mutasiyası istisnadır. Bu mutasiya asimmetrik başlanğıcı və tez-tez baş verən tremor ilə sporadik Parkinson xəstəliyinə çox bənzəyir, irəliləmə və motor olmayan əlamətlərin ortaya çıxması baxımından heterogen olaraq qiymətləndirilir. SNCA mutasiyası ilə əlaqəli yaranan Parkinson xəstəliyində isə daha erkən başlanğıclı, daha sürətli irəliləyən vəziyyət olur və psixiatrik simptomlar, koqnitiv geriləmə daha aydın nəzərəçarpan formada olur. Parkinson xəstəliyinin resessiv formaları isə tipik olaraq hərəkət pozuntularının erkən formalaşdığı, koqnitiv pozuntuların isə nadir rast gəlinəndiyi erkən başlanğıclı hallardır (Thenganatt, Jankovic 2014).

Ümumi olaraq bilinən genetik səbəblər bütün Parkinson xəstələri populyasiyasının 5%-indən çoxuna təsir edə bilər, lakin monogenetik səbəblər nadir hallarda rast gəlinir, sadəcə bəziləri Parkinson xəstələri populyasiyasının 5-10%-ə təsir edə bilər (Lill, 2016).

Parkinson xəstəliyinin inkişafı üçün ən böyük risk faktorunun yaş olduğu qeyd olunur. Orta beyinin dopamin sintez edən neyronlarında yaşa bağlı olaraq azalma baş verir və klinik simptomların üzə çıxdığı həddə çatır. Beləliklə, bir insanın bütün dopaminergik neyron sayındakı dəyişiklik Parkinson xəstəliyi riskinə və xəstəliyin başlanğıc yaşına təsir edə bilər (Von Linstow C.U. və d. 2020). Müşahidə olunan tədqiqatlarda kəllə-beyin travması və pestisidlərə məruz qalma kimi bir sıra ətraf mühit təsirləri də Parkinson xəstəliyi ilə əlaqələndirilmişdir. Həmçinin, siqaret çəkmə və kofein istehlakı Parkinson xəstəliyi riskinin azalması ilə əlaqələndirilmişdir, lakin bunun bioloji mexanizmləri qeyri-müəyyən olaraq qalır (Day, Mullin 2021).

Qocalma, genetik meyillilik, ətraf mühit və immun sistem ilə birlikdə, cinsiyyətin də Parkinson xəstəliyinin inkişafında vacib bir faktor olaraq rol oynaması son illərdə geniş müzakirə olunur. Xəstəliyin epidemioloji və klinik əlamətlərində cinsiyyətə bağlı müəyyən fərqli nüanslar qeyd olunur. Məsələn, Parkinson xəstəliyi kişilərə qadınlardan iki qat daha çox təsir edir (Cerri, Mus, Blandini, 2019), lakin qadınların ölüm faizi kişilərə nisbətən daha yüksəkdir və xəstəliyin irəliləməsi qadınlarda daha sürətlidir (Dahodwala və d. 2018). Eyni zamanda araşdırmalar göstərir ki, Parkinson xəstəliyi zamanı qadınlar kişilərlə müqayisədə fərqli simptomlar göstərməklə yanaşı, bir sıra dərman müalicəsi və dərin beyin stimulyasiyası proseduruna verdiyi cavabda, həmçinin həyat keyfiyyətinin dəyərləndirilməsində fərqliliklər göstərir (Georgiyev və d. 2017).

Parkinson xəstəliyinin rastgəlmə tezliyi bütün dünyada son 30 ildə böyük artım göstərmişdir, belə ki 1990-cı ildə 2,5 milyon olan xəstə sayı, 2016-cı ildə təxminən 6,1 milyon

xəstəyə qədər artmışdır (Khatri və d. 2020). Parkinson xəstəliyinin başlanması əksər hallarda 65-70 yaş arası müşahidə olunur, lakin genetik meyilliyi olan insanlarda daha erkən yaşda başlayır və 5%-dən az hallarda 40 yaşdan əvvəl rast gəlinə bilər. Parkinson xəstəliyinin monogenetik formaları seçilməmiş populyasiyalarda çox nadir hallarda rast gəlinir, amma bəzi etnik qruplarda daha sıx rast gəldiyi müşahidə olunmuşdur. Ümumi olaraq götürüldüyündə isə genetik faktorların xəstəliyin 5-10%-də rol oynadığı düşünülür, kişilərdə qadınlara nisbətən daha çox rast gəlinir. Xəstəliyin yayılmasını ümumilikdə götürdükdə 100.000 nəfərdə 100 ilə 200 arası dəyişdiyi və illik göstəricinin 100.000 nəfərdə 15 olduğu təxmin edilir. Yaşlanan əhali arasında xəstəliyin ehtimal olunan göstəricidən daha çox rast gəlinməsi və rastgəlmə tezliyində artım olub-olmadığı ilə bağlı müzakirələr hələ də davam edir (Tysnes, Storstein 2017).

Parkinson xəstəliyinin ABŞ-da 60 yaşın üzərində olan insanların təxminən 1%-nə təsir etdiyi təxmin edilir. Yüksək gəlirli ölkələrdə yaşı 65-dən çox olan insanlarda PX-nin yaşa görə standartlaşdırılmış illik orta göstəriciləri 100.000 nəfərdə 160-dır. Bundan başqa, 50 yaşdan əvvəl PX-nin rastgəlmə tezliyi isə daha aşağıdır və ancaq irəliləyən yaşla birlikdə artım göstərə bilər. Bir daha qeyd edirik ki, kişilərdə PX-nin başvermə ehtimalı qadınlara nisbətən daha yüksəkdir. Həmçinin, dünyanın heç bir yerində Parkinson xəstəliyinə qarşı davamlılıq yoxdur (Theresa, 2019).

PX-nin başlanmasından sonrakı ilk onillikdə ölüm halları artım göstərmir, lakin daha sonradan artım müşahidə olunur və nəticədə ümumi əhali ilə müqayisədə iki dəfə artmış olur. 20 illik bir araşdırmada müəyyən olunmuşdur ki, ötən zaman ərzində Səhiyyə sahəsinin təkmilləşməsi PX-nin yayılmasının artması ilə əlaqəli yaşam müddətinin uzanmasına səbəb olmuşdur. Bununla yanaşı, 2005-2030-cu illər arasında Parkinson xəstəliyi üzə çıxan xəstə sayının iki dəfə artacağı gözlənilir. PX səbəbindən əlillik yaşayan şəxslərin bu vəziyyətdə yaşanan illəri 1990-2010-cu illər ərzində nəzərəçarpan dərəcədə artmışdır və gələcəkdə dünya əhalisi yaşlandıqca xəstəliklə əlaqəli şəxsi, sosial və iqtisadi yükün getdikcə artacağı gözlənilir (Poewe və d. 2017).

## **1.2 Təşviş pozuntularının klinik psixoloji mahiyyəti.**

Təşviş vəziyyəti şəraitə uyğunlaşma və sağ qalmağa kömək edən stressli hadisələrə qarşı bədənin təbii reaksiyasıdır. Eyni zamanda, əgər təşviş hissi uzun müddət davam edir və normal həyata müdaxilə etməyə başlayırsa, nəbz artması, tərləmə, titrəmə və digər fiziki əlamətlərin təzahürü ilə müşayiət olunursa, o zaman bu vəziyyət psixogen pozuntunun mövcudluğunu göstərə bilər. Ümumi olaraq təşviş pozuntusuna dair bir çox təriflər vardır. Təşviş pozuntusu daimi gərginlik və narahatlıq vəziyyətidir. Real və ya xəyali təhlükəyə,



stressə və qeyri-müəyyənliyə qarşı refleksiv şəkildə özünü göstərir. Təşviş pozuntusu gözlənilməzlik və ya nəzarətdən kənar olmaq hissi ilə yaranan gərginlik kimi izah olunur. Təşviş pozuntusu narahatlıq və gərginliyin artması ilə xarakterizə olunan psixogen pozulmadır. Təşviş iş yerindəki problemlərdə, mühüm qərar qəbulu zamanı və ya müvəqqəti narahatlığa səbəb olan digər stressli vəziyyətlər nəticəsində yarana bilər. Daim belə amillərin təsiri altında olan insanlarda təşviş hissi aradan qalxmır, əksinə, getdikcə daha da güclənə bilər. Təşviş pozuntusunun əlamətləri diqqətə alınmalı və daha erkən mütəxəssis dəstəyi alınmalıdır.

Təşviş pozuntusu, insanın həyat şəraiti, özünə qarşı və ətrafındakı insanlarla münasibətləri barədə daim narahat olduğu nevroitik vəziyyətdir. Belə bir vəziyyətdə uzun müddət qalmaq insan üçün narahat həyat şəraiti yaradır ki, bu öz qabiliyyətlərini inkişaf etdirə bilməməsinə və sosial əlaqələrini məhdudlaşdırmasına səbəb olur. Elmi ədəbiyyatlarda təşviş anlayışı insanların narahatlıq yaradan qorxulu və təhlükəli vəziyyətlərlə qarşılaşdıqları zaman, orqanizmin vermiş olduğu psixoloji və fizioloji reaksiyalar kimi təsvir olunur. Təşviş pozuntusu əsasən aşağıdakı ümumi reaksiyalar ilə təzahür etmiş olur (Brinkerhoff, 2014):

- təşviş reaksiyaları bir çox hallarda müşahidə edilir;
- təşviş reaksiyasına səbəb ola biləcək vəziyyətlərdən qaçmaq müşahidə olunur;
- təşviş reaksiyaları ilə təsir edici faktorlar arasında uyğunluq olmur;
- təşviş reaksiyası münasibətlərə (ailə, iş və digər), şəxsin özünün məhsuldarlığına mənfi təsir göstərmiş olur.

Təşviş pozuntusu vəziyyətində müxtəlif klinik-psixoloji əlamətlər müşahidə edilir (Klinik protokol, 2021). Təzahür edən bu əlamətlər əsasən iki qrupa aid edilir: somatik əlamətlər; psixoloji əlamətlər.

I. Somatik əlamətlərə aşağıdakılar aiddir:

- boğulma hissi, hava çatışmazlığı, nəfəs daralması (təngnəfəslik);
- döş qəfəsində kəskin sancılar, narahatlıq;
- baş ağrıları, miqren;
- nəbzin anidən sürətlənməsi ilə ürək döyüntülərinin artması;
- baş dönməsi, müvazinətin pozulması;
- ürək bulanma;
- tərləmə (tez-tez);
- xroniki yorğunluq hissi;
- hormonal disbalans;
- titrəmə;

- hərərətənin anidən artması;
- boğazda, ağızda quruluq;
- keyləşmə və ya qıc olma;
- yuxu pozulmaları;
- ürək-damar xəstəliklərinin inkişafı;
- qarın boşluğunda ağrılar, orqanlarda müşahidə edilən ümumi narahatlıqlar.

## II. Psixoloji əlamətlərə aşağıdakılar aiddir:

- həssaslıq;
- ölüm barədə düşünmək, ölüm qorxusu;
- idrak proseslərində pozulma (diqqəti cəmləməkdə çətinlik, hafizənin pozulması, təfəkkürdə ləngimə);
- tez-tez davranışa nəzarətin itirilməsi;
- əsəbilik;
- tələskənlik, ümumi narahatlıq;
- əhvalın tez-tez dəyişilməsi;
- münasibətlərdə tez-tez konfliktlərin yaşanması;
- depressiv əhval ruhiyyə;
- müxtəlif əsassız fobiyaların təzahür etməsi.

Təşviş pozuntusu olan şəxslər disfunksional emosiyalar yaşayırlar: günahkarlıq, özünütənqid, kədər, utanc, qəzəb, qısqanclıq, apatiya və s. Mənfi emosiyaların artması intihar davranışına da səbəb ola bilər.

Təşviş pozuntusunun bir neçə komponentdən ibarət olduğunu qeyd etmək olar (Stephen, 2013):

### 1. Emosional komponent:

- xoşagəlməz hisslər;
- qorxu, fobiyalar;
- günahkarlıq hissi;
- küsəyənlilik;
- yüksək həssaslıq və s.

### 2. Koqnitiv komponent:

- diqqətin pozulması;
- hafizənin zəifləməsi;
- təfəkkürdə ləngimə və s.

### 3. Fiziki komponent:

- boğazda gərginlik;
- taxikardiya;
- həzm sisteminin pozulması və s.

#### 4. Davranış komponenti:

- ağressiv davranış;
- deviant davranış və s.

Əvvəllər bəzi psixiatrlar və nevroloqlar vegetativ-damar distoniyası (VDD) kimi diaqnozlardan istifadə edirdilər. Daha sonra müəyyən edilmişdir ki, VDD təşviş pozuntusunun təzahürü də ola bilər və ya fobiyalarda, yəni çox spesifik qorxularda özünü göstərə bilər (Brinkerhoff, 2014). Təşviş pozuntusundan əziyyət çəkənlər müəyyən bir vəziyyətin (məsələn, qorxulu, narahatedici hallar) geniş spektri ilə bağlı qeyri-adi şiddətli qorxu və ya narahatlıq hissləri yaşaya bilərlər. Belə simptomlar adətən uzun müddət, ən azı bir neçə ay davam edir. Bu, adətən insanın narahatlıq yaradan vəziyyətlərdən qaçmasına səbəb olur.

Təşviş pozuntuları fiziki sağlamlıqla sıx bağlıdır və ondan təsirlənir. Təşvişin bir çox nəticələri (fiziki stress, sinir sisteminin hiperaktivliyi və maddə istifadəsi) müxtəlif xəstəliklər, xüsusən də ürək-damar xəstəlikləri üçün risk faktorlarıdır. Həmçinin xroniki xəstəliklərdən əziyyət çəkən insanlar, öz növbəsində, sağlamlıq vəziyyətlərindən qaynaqlanan problemlərlə bağlı təşviş yaşaya bilərlər (Stephen, 2013).

Təşviş pozuntuları həddindən artıq qorxu və narahatlıq ilə bağlı olan davranış pozulmaları ilə xarakterizə olunur ki, bunlar şəxsi, ailə, sosial, akademik, peşə və ya həyatın digər mühüm sahələrində narahatlığa və ya fəaliyyətin pozulmasına səbəb olacaq qədər güclüdür. Qorxu və narahatlıq bir-biri ilə sıx əlaqəli hadisələrdir; qorxu indiki zamanda qaçınılmaq kimi qəbul edilən təhlükəyə reaksiyadır, narahatlıq isə gələcəyə yönəlib və yaxınlaşan təhlükəni ifadə edir. Təşviş pozuntularının müxtəlif formaları vardır. Belə ki, Xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatının 11-ci buraxılışında, Təşviş və ya qorxu ilə əlaqəli pozuntular (6B0) qrupunda təşviş pozuntuları təsnif edilmişdir (ICD, 2022).

6B0 Təşviş və qorxu ilə əlaqəli olan pozuntular:

6B00 - Generalizə olunmuş təşviş pozuntusu

GTP - su ən azı bir neçə ay (əksər günlərdə) davam edən, ümumi gərginlik və ya hər gün baş verən və güclü təsir edən çoxsaylı hadisələrlə bağlı həddindən artıq stress ilə ifadə olunan şiddətli narahatlıq simptomları ilə xarakterizə olunur (Klinik protokol, 2021). Simptomlar şəxsi, ailə, sosial, təhsil, peşə və ya digər mühüm fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli narahatlıq və ya əhəmiyyətli pozuntular ilə nəticələnir.

GTP-nun simptomları:

- artan ürək döyüntüsü
- tərləmə
- titrəmə
- ağız quruluğu
- nəfəs almada çətinlik
- boğazda yanma
- ürəkbulanma
- əzələ ağrısı, əzələlərdə ağırlıq hissi

GTP-su altı ay və ya daha çox davam edir, həyat keyfiyyətini aşağı salır və normal həyat şəraitini ciddi şəkildə pozmuş olur.

6B01 - Panik pozuntu

Panik pozuntu ani olur, sürətlə, sanki bir saniyədə təzahür edir və bir neçə dəqiqə davam edir. Bəzən şəxs infarkt və ya insult keçirdiyini düşünərək təcili yardım çağırır.

Panik pozuntunun simptomları:

- artan nəbz
- görmənin bulanıqlaşması
- titrəmə
- ağız quruluğu
- sinə və qarın nahiyəsində narahatlıq
- ölüm qorxusu

Diaqnoz qoyarkən vacib bir əlamət müəyyən bir müddət ərzində təkrarlanmadır. Başqa sözlə, yalnız bir panik həyəcan patologiyasını göstərmir. Bu pozuntuya sahib şəxs yeni panik epizodunun başlamasından qorxur, onun nəticələrindən narahat olur və təcrübələrinə əsasən müəyyən hallardan qaçmağa başlayır (Klinik protokol, 2021). Belə ki, ictimai nəqliyyatda panik həyəcan keçirən şəxsin bir müddət sonra bu yaşanan mənfi təcrübəyə əsasən ictimai nəqliyyatdan istifadəni dayandırmaq ehtimalı yüksəkdir.

6B02 - Aqorafobiya

Aqorafobiya ictimai nəqliyyatda, izdihamda olmaqdan, müşayiətsiz, tək evdən kənar qalmaqdan (məs. mağazada, teatrda və ya növbədə) qorxmaqdır. Aqorafobiyası olan şəxs müəyyən bir qorxu və ya narahatlıq səbəbiylə bu cür vəziyyətlərdən daim qaçmağa çalışır (Klinik protokol, 2021). Belə vəziyyətlərdən davamlı şəkildə qaçınılır və ya onları aradan qaldırmaq üçün xüsusi şərtlər tələb olunur (məsələn, onu müşayiət edən şəxsin olması). Simptomlar ən azı bir neçə ay davam edir. Bu simptomlar şəxsi, ailə, sosial, akademik, peşə

və digər mühüm fəaliyyət sahələrində əhəmiyyətli narahatlıq və ya əhəmiyyətli pozulmalara səbəb olacaq qədər şiddətli olur.

#### 6B03 - Xüsusi (spesifik) fobiyalar

Xüsusi fobiya hər dəfə ortaya çıxan, lakin şəxsin müəyyən vəziyyətlərə məruz qaldıqda və ya yalnız onları təsəvvür etdikdə (məsələn, müəyyən heyvan növləri) faktiki təhlükə ilə mütənasib olmayan açıq və həddindən artıq qorxu və narahatlıq təcrübəsi ilə xarakterizə olunur (Klinik protokol, 2021). Bu cür fobik obyektlərdən və ya qorxulu vəziyyətlərdən fəal şəkildə qaçınılır və ya onlara dözülsə, güclü qorxu və ya narahatlıq hissi yaşanır.

#### 6B04 - Sosial narahatlıq

Sosial narahatlıq pozuntusu eyni və ya bir neçə ictimai situasiyada, məsələn, sosial qarşılıqlı əlaqədə (söhbət zamanı, çıxış zamanı) və ictimai yerlərdə (ictimai nəqliyyat, restoran və s.) yaranan şiddətli, həddindən artıq qorxu və narahatlıq təcrübəsi ilə xarakterizə olunur (Klinik protokol, 2021). Sosial narahatlığı olan şəxs öz daxili narahatlığından və ya mənfi davranış göstərəcəyindən daima tədirgin olur. Bu davranışın başqaları tərəfindən mənfi qiymətləndirilməsinə səbəb olacağına dair bəzi narahatlıq əlamətləri olur.

#### 6B05 - Ayrılma narahatlığı pozuntusu

Ayrılma narahatlığı pozuntusu, şəxsin bağlı olduğu insanlardan ayrılmaqdan həddindən artıq qorxması ilə xarakterizə olunur. Uşaqlar və yeniyetmələr üçün ayrılıq narahatlığının diqqət mərkəzində, bir qayda olaraq, valideynlər, digər ailə üzvləri və ya dostları olur. Yetişkinlər üçün isə əsasən həyat yoldaşı və övladları, karyeraları olur. Ayrılma narahatlığının təzahürlərinə qəzanın və ya hansısa neqativ hadisənin ayrılığa gətirib çıxaracağına dair davamlı düşüncələr, bağlı fiqurdan ayrılmamaq üçün məktəbə və ya işə getmək istəməmək, ayrılıq ilə əlaqədar vaxtaşırı həddindən artıq sıxıntı, yatmaqdan imtina və s. ola bilər (Klinik protokol, 2021).

#### 6B06 - Seçici mütizm

Seçici mütizm, uşaqların müəyyən sosial vəziyyətlərdə, adətən evdə kifayət qədər nitq səriştəsi nümayiş etdirdiyi, lakin məktəbdə danışmaqdan çəkindişi formada nitqin davamlı seçiciliyi ilə xarakterizə olunur (Klinik protokol, 2021). Bu pozuntu məktəb dövrünün ilk vaxtları ilə məhdudlaşmır, akademik fəaliyyətə və sosial qarşılıqlı əlaqəyə təsir edəcək qədər şiddətli olur.

Təşviş pozuntusunun klinik təzahürü adətən bu pozuntunun diaqnostikasında təşvişin fokusunu aydınlaşdırmaq üçün vacib ola biləcək xüsusi komorbid idrak xüsusiyyətlərini ehtiva edir. Təşviş pozuntuları depressiya və ya maddə asılılığı riskini, həmçinin intihar düşüncələri və intihar davranışı riskini artırır. Təşviş pozuntuları, digər psixi sağlamlıq

pozuntuları kimi, sosial, psixoloji və bioloji amillərin kompleks qarşılıqlı təsirinin nəticəsidir (Stephen, 2013). Təşviş halı bütün insanlarda baş verə bilər, lakin zorakılığa, müxtəlif travmalara və ya digər mənfi təcrübələrə məruz qaldıqdan sonra daha güclü təzahür edir. Təşviş pozuntusu olan şəxslər hər hansısa təhlükə olmadıqda da narahat olmaq üçün asanlıqla nələrsə tapırlar. Təşviş pozuntuları həyat keyfiyyətini ciddi şəkildə azaldır.

### **1.2.1 Təşviş pozuntularının etiologiyası**

Təşviş anlayışının öyrənilməsinə psixologiya elmində olduqca çox diqqət yetirilir. Belə ki, əsas diqqət tələb edən məsələ, təşvişin səbəbləri və bu vəziyyətin dinamikasına təsir edən amillər problemdir. Təşviş pozuntularının etiologiyasının təhlilinə nəzər saldıqda üç səviyyəyə - fizioloji (əsasən sinir sistemi ilə əlaqəli), psixoloji və sosial (əsasən fəaliyyət və münasibətlər sistemi) diqqət yetirilir (Brinkerhoff, 2014).

Fizioloji səviyyədə təşviş pozuntusunun səbəbləri mərkəzi sinir sisteminin quruluşu və fəaliyyətinin xüsusiyyətləri ilə əlaqələndirilir. Təşviş anadangəlmə psixodinamik xüsusiyyətlər, konstitusiya xüsusiyyətləri, mərkəzi sinir sisteminin fəaliyyətində uyğunsuzluq, sinir proseslərinin zəifliyi və ya balanssızlığı, hipertoniya kimi müxtəlif xəstəliklər, serebral korteksin patologiyası və s. ilə əlaqəli ola bilər. Bir sıra müəlliflərin fikrincə, təşvişin psixofizioloji əsasını onun tormozlayıcı təsirlərinin koordinasiyasının və aktivliyinin pozulması ilə ifadə olunan retikulyar formasiyanın homeostatik mexanizmlərinin pozulması təşkil edir (Brinkerhoff, 2014). Müxtəlif xroniki xəstəlikləri olan şəxslər də təşviş pozuntularının formalaşmasında risk qrupuna aiddirlər.

Sosial səviyyədə təşviş sosial mühit və əsasən də tərbiyə tərzilə də bağlı ola bilər. Təşviş pozuntusu uşağın imkanlarının kifayət qədər nəzərə alınmaması və bununla yanaşı olaraq valideynlərin artan tələbləri ilə formalaşır. Uşaq tədricən tələblərə cavab vermədiyini hiss edir və həyəcan keçirir, gərginlik yaşayır (Brinkerhoff, 2014). Belə olan halda, tədricən, uşağın təcrübələri sabitləşə və şəxsiyyət xüsusiyyətinə çevrilə bilər. Yetkinlər üçün belə bir amil işdə stresli vəziyyət və rəhbərlərin artan tələbləri də ola bilər.

Təşviş pozuntularının psixoloji səviyyəsinə nəzər saldıqda xüsusilə psixanalitik nəzəriyyə daxilində təşvişin etiologiyasının daha çox araşdırıldığını müşahidə etmiş oluruq (Stephen, 2013). Klassik psixanalitik nəzəriyyədə təşviş pozuntusu uşağın erkən yaş dövrlərində yaranan şüursuz münaqişələrə qarşı müdafiə kimi nəzərdən keçirilir. Bəzi daxili impulslar, xatirələr və hisslər o qədər ağırlıdır ki, onları sıxışdırmaq, xarici obyektlərə köçürmək və ya simvolik olaraq narahatlığın əsl mənbəyi ilə əlaqələndirmək lazımdır. Beləliklə, təşviş psixikanı şüursuz hərəkətlərdən və istəklərdən qoruyur (Stephen, 2013). Təşviş əsasən də yerinə yetirilməmiş istəklərin və ya ehtiyacların sıxışdırılması nəticəsində

yarandır. İnsan psixikası çoxsaylı sosial qadağalara və məhdudiyətlərə bu şəkildə reaksiya verə bilər.

Təşviş pozuntularının yaramasını, etiologiyasını izah etməyə çalışan ilk psixoloq Z.Freyd olmuşdur. Z.Freyd öz əsərlərində təşvişi müxtəlif nüanslardan araşdırırdı, lakin əsas məqamları vurğulasaq, deyə bilərik ki, onun fikrincə, təşviş pozuntusunun mənbəyi ananı itirmək qorxusu və ya anadan ayrılmaq qorxusudur (və ya ana sevgisindən). Z.Freydin nöqtəyi-nəzərindən təşviş, eqonun funksiyasıdır və eqonu yaxınlaşan təhlükə barədə şəxsiyyətə kömək etmək məqsədilə xəbərdar edir.

H.S.Salliven təşviş pozuntusunun təməlini, əsas mənşəyini kiçik yaşlarda görürdü. H.Sallivenin narahatlıqla bağlı fikirləri şəxsiyyətlərarası bir fenomen kimi onun şəxsiyyət nəzəriyyəsinə əsaslanır. Onun fikrincə, şəxsiyyət körpənin onu əhatə edən digər əhəmiyyətli insanlarla münasibətləri prosesində formalaşır. Anadan olduqdan sonra körpə ana ilə (yaxud ananı əvəz edən biri ilə) yaxın münasibətə girir ki, bu da insan şəxsiyyətinin formalaşdığı əhəmiyyətli məsələdir, həmçinin başqaları ilə bütün münasibətlərin həm prototipi, həm də əsl başlanğıcıdır. S.Sallivene görə təşviş körpənin şəxsiyyətlərarası dünyasında əhəmiyyətli olan bir başqası tərəfindən bəyənilməmək qorxusundan yaranır (Stephen, 2013). Uşaq anasının narazılığını hiss edərək, empatiya vasitəsilə narahatlıq yaşamağa başlayır. Şübhəsiz ki, ana tərəfindən rədd edilmək körpəyə böyük emosional təsir göstərir ki, bu təsir böyük yaş dövrlərində müxtəlif pozuntular şəklində təzahür etmiş olur.

A.Adler təşvişi sistemətik şəkildə araşdırmasa da, buna baxmayaraq, təşviş və natamamlıq kompleksi arasındakı əlaqə haqqında maraqlı bir fikir ifadə etmişdi. A.Adler hər bir insanın natamamlıq vəziyyətində doğulduğunu qeyd edirdi. Onun fikrincə, hər bir uşaq hər hansı bir şey etmək imkanı əldə etməmişdən çox əvvəl özünü natamam hiss etməyə başlayır. O, özünü ailədəki böyük uşaqlarla və ya daha çox gücə malik olan böyüklərlə müqayisə edir. Bu səbəbdən o, özünü natamam qəbul etməyə başlayır. İşin obyektiv vəziyyəti ilə bağlı olan özünə qarşı narahatlıq hissi təşviş yaradır (Brinkerhoff, 2014). Belə ki, A.Adler şəxsiyyətin fərdi nəzəriyyəsində təşvişi nevrozun əlaməti kimi qeyd edir. Təşviş pozuntusu olan bir insanı müşahidə edərkən onun gərgin olduğunu görə bilərik. Bu şəxslər ətrafındakı dünyanı təhdid kimi qəbul edir, sürətli, narahat və emosional danışmağa meyilli olurlar.

K.Xorni, təşvişin insan psixikasının zəruri komponenti olduğuna inanmırdı. Onun inkişaf etdirdiyi şəxsiyyətin sosial-mədəni nəzəriyyəsində təşvişin etiologiyası, şəxsiyyətlərarası münasibətlərdə təhlükəsizlik hissini olmamasından irəli gəlir. Valideynlərlə münasibətlərdə uşağın təhlükəsizlik hissini pozan hər şey təməl narahatlığa səbəb olur, bu o deməkdir ki, nevrotik davranışın mənşəyini uşaq və valideyn arasındakı

pozulmuş münasibətlərdə axtarmaq lazımdır. Əgər uşaq sevgini və özünü qəbul etməyi hiss edirsə, o, özünü təhlükəsiz hiss edir və çox güman ki, şəxsiyyəti normal inkişaf edir. Əgər uşaq özünü təhlükəsiz hiss etmirsə, onda valideynlərinə qarşı düşmənçilik yaranacaq və bu düşmənçilik sonda təməl narahatlığa çevrilərək hamıya yönələcək. Bu təməl narahatlıq artdıqca təşviş pozuntusu formalaşmış olacaq (Stephen, 2013). K.Xorni qorxu və təşviş arasında müqayisə aparmışdı. Qorxu faktiki təhlükə ilə mütənasib reaksiyadır, təşviş isə xəyali təhlükəyə mütənasib olmayan reaksiyadır. Təşvişin intensivliyi müəyyən bir vəziyyətin müəyyən bir şəxs üçün verdiyi məna ilə mütənasibdir.

K.Q.Yunq təşvişin, insan şüurunun irrasional qüvvələr və kollektiv şüursuzluğun təsvirləri ilə zəbt edilməsinə reaksiyası olduğuna inanırdı. Təşviş pozuntuları kollektiv şüursuzluğun, heyvan əcdadlarının və qədim insanların miras qoyub getdiyi qorxudur ki, bu, K.Q.Yunqa görə, insan şəxsiyyətinin irrasional səviyyəsində mövcud olmağa davam edir. Bu irrasional materialın ortaya çıxması fərdin nizamlı və sabit mövcudluğu üçün təhlükə yaradır. İnsanı irrasional çağırışlardan və kollektiv şüursuz görüntülərdən qoruyan maneələr zəiflədikcə, insan psixoz riski ilə üzləşir və bu da zamanla pozuntuya səbəb olur (Brinkerhoff, 2014).

Neofreydistlərin fikirlərində mədəniyyət və şəxsiyyətlərarası münasibətlər mühüm yer tutur. Təşviş pozuntularının mənbəyi təkcə instinktiv və ya libido ehtiyacların ödənilməməsi ilə məhdudlaşmır. Normal bir insan bu cür ehtiyacların ödənilməməsinə dözə bilər. Belə bir vəziyyət yalnız o zaman təşvişə səbəb olur ki, bu hal insanın nöqteyi-nəzərindən onun təhlükəsizliyi üçün həyati əhəmiyyət kəsb edən şəxsiyyətlərarası münasibətlərin hansısa dəyərini və ya formasını təhdid etmiş olsun (Brinkerhoff, 2014).

C.Bolbi təşviş pozuntusunun əsasında bağlanma probleminin olduğunu qeyd edirdi (Stephen, 2013). Belə ki, uşağın valideynə olan bağlanması sağlam formalaşarsa (etibarlı bağlanma), təşviş pozuntusu riski də azalmış olur. Uşağın valideynə bağlanması zəif olarsa (qaçıman və həyəcanlı bağlanma) uşaqda təşviş pozuntusu riski artır.

E.Erikson psixososial inkişaf nəzəriyyəsində, şəxsiyyətin inkafının ilk mərhələsinin inam və inamsızlıq hissinin formalaşması olduğunu qeyd edirdi. Belə ki, təməl inam hissi formalaşan uşaqda təhlükəsizlik hissi yaranır, bu təhlükəsizlik hissi psixi sağlamlığa müsbət təsir edir (Brinkerhoff, 2014). Lakin inamsızlıq hissi formalaşan, valideynləri tərəfindən emosional (sevgi, diqqət, qayğı) və ya maddi tələbatları (qidalanmaq, yatmaq) ödənilməyən uşaqlarda, sonrakı yaş dövrlərində təşviş pozuntusunun yaranma ehtimalı yüksək olur.

Təşviş pozuntularının etiologiyasına emosiyalar nəzəriyyəsi nöqteyi-nəzərindən də baxmaq lazımdır. K.İzardın təklif etdiyi təsnifata görə emosiyalar əsas və törəmə olaraq



fərqləndirilir. Əsas olanlara daxildir: maraqlı, həyəcan; sevinc; sürpriz; qəm-qüssə; qəzəb; nifrət; hörmətsizlik; qorxu; utanma; təqsir. K.İzarda görə əsas emosiyaların birləşməsindən qorxu, qəzəb və həyəcanı ehtiva edən təşviş kimi mürəkkəb emosional vəziyyət yaranmış olur ki, bu vəziyyət daimi olduqca təşviş pozuntusu təzahür etmiş olur (Stephen, 2013).

Geştalt nəzəriyyəsində də təşviş pozuntusunun təzahürü ilə bağlı fərqli fikirlər vardır. Belə ki, şəxsin seçimləri son nəticədə iki alternativ arasında qalır: gələcəyin və ya keçmişin xeyrinə. Gələcəkdə həmişə qeyri-müəyyənlik olur. Nəşə planlaşdırılsa belə, bunu proqnozlaşdırmaq mümkün deyil və risk hesab olunur. Və nə qədər cəhd edilsə də bu riski aradan qaldırmaq mümkün deyil, çünki gələcəyi görmək mümkün deyil. Belə ki, təşviş pozuntusunun təməli gələcəyə diqqət yetirərək yaşanan daimi narahatlıqdır. Təşviş gələcəyin azaldılmaz qeyri-müəyyənliyinin bir növ emosional müşayiətidir (Brinkerhoff, 2014). Keçmiş seçmək, dəyişməzliyi seçməkdir ki, buraxılmış fürsətlər üçün günahkarlıq hissi yaşanır, depressiyaya səbəb olur. Sağlam şəxslər isə burada və indi prinsipi ilə, mövcud olan ana diqqət yetirirlər.

Ümumi olaraq təşviş pozuntularının etiologiyasında fizioloji, psixoloji və sosial amillərin rolu olduğunu görmüş oluruq.

Fizioloji amillərə anadangəlmə və qazanılmış patologiyalar və fizioloji disfunksiyalar daxildir (Stephen, 2013). Müxtəlif beyin strukturlarının qeyri-bərabər yetişməsi və mərkəzi sinir sisteminin funksiyalarından məsul olan neurotransmitterlərin balanssızlığı da rol oynayır. Sinir sisteminin patologiyaları təşviş pozuntusunun inkişaf riskini artırır. Bir çox xəstəliklər (tiroid (zob), şəkərli diabet, Parkinson xəstəliyi, xərçəng və s.) təşviş pozuntularının təzahüründə əsas risk faktorları hesab edilir.

Təşviş pozuntularına təsir edən psixoloji amillərə uşaqlıq və yetkin yaş dövrlərində mənfi həyat təcrübələri də daxildir (əhəmiyyətli birindən ayrılma (boşanma, ölüm), zorakılıq, müxtəlif travmalar) (Stephen, 2013). Psixotravma yalnız uşaqlarda erkən yaşda deyil, ekstremal vəziyyətlərlə (müharibə, texnogen fəlakət, qəza) qarşılaşan böyüklərdə də görünə bilər.

Təşviş pozuntusunun inkişafına sosial-mədəni amillər, həyat tərzi də təsir göstərir. Uşaqlıqdan həddindən artıq qorunma, oturaq həyat tərzi, çox miqdarda mənfi məlumat istehlakı, əlverişsiz mühit bütün bunlar təşviş pozuntularının yaranmasına zəmin yaradır (Stephen, 2013). Müəyyən dərmanların preparatlarının qəbulu da təşviş pozuntularına səbəb ola bilər, buna görə də hər hansı bir dərman yalnız mütəxəssislə məsləhətləşdikdən sonra qəbul edilməlidir.

Təşviş pozuntuları digər psixi pozuntular kimi, fizioloji, psixoloji və sosial amillərin kompleks qarşılıqlı təsirinin nəticəsidir. Təşviş pozuntusu bütün insanlarda ola bilər, lakin əsasən zorakılığa, travmalara və ya digər mənfi təcrübələrə məruz qaldıqdan sonra daha çox təzahür edir. Təşviş pozuntusu fiziki sağlamlıqla sıx bağlıdır və həmçinin qarşılıqlı olaraq da ondan təsirlənir. Təşvişin bir çox nəticələri (stress, sinir sisteminin hiperaktivliyi və maddə asılılığı) müxtəlif xəstəliklər, xüsusən də ürək-damar xəstəlikləri üçün risk faktorlarıdır. Bu cür xəstəliklərdən əziyyət çəkən insanlar, öz növbəsində, sağlamlıq vəziyyətlərindən qaynaqlanan problemlərlə bağlı narahatlıq ilə qarşılaşa bilərlər. Əhalinin müxtəlif qrupları arasında təşviş pozuntusunun qarşısının alınmasının təsirli üsullarına psixoloji maarifləndirmə işi, həmçinin sosial və emosional bacarıqların inkişafı üçün proqramların tərtibi və həyat çətinlikləri ilə mübarizə aparmaq üçün strategiyaların hazırlanması daxildir. Psixoprofilaktik işlər təşviş pozuntularının qarşısını almaq üçün effektiv şəkildə istifadə edilə bilər.

### **1.2.2 Parkinson xəstəliyi təşviş pozuntularının səbəbi kimi.**

Təşviş vəziyyətində olmaq üçün hər zaman psixikamıza təsir edən müxtəlif amillər olur. Ancaq bəzi insanlarda təşviş daha çox müşahidə edilir. Bu artıq təşviş pozuntusu hesab edilir ki, bu vəziyyət şəxsin həyatına ciddi şəkildə mane olur. Müvafiq miqdarda narahatlıq normal bir həyat üçün zəruridir. Lakin həddindən artıq həyəcan, narahatlıq hissinin olmasını pozuntu kimi dəyərləndirmək olar. Bir çox xəstəliklərdə, xüsusilə də Parkinson xəstələrində ən çox nəzərə çarpan və kifayət qədər öyrənilməyən psixi pozuntulardan biri də təşvişdir (Charles, 2000). Qeyd etdiyimiz kimi, Parkinson xəstəliyi (PX) dünya miqyasında milyonlarla əhalidə rast gəlinən neyrodegenerativ xəstəlikdir. Həddindən artıq tremor, bradikineziya, sərtlik, postural dayanıqsızlıq kimi motor simptomları ilə xarakterizə olunur və motor olmayan simptomlar arasında narahatlıq, depressiya, təşviş, yuxusuzluq, koqnitiv pozulma, ortostatik hipotenziya, cinsi disfunksiya və həzm sisteminin problemləri kimi pozuntular da rast gəlinir. Ümumi olaraq təşviş pozuntularına Parkinson xəstəliyinin əlamətləri ilə yanaşı, inkişaf dinamikasına malik olan pozuntu kimi kifayət qədər diqqət göstərilir. Demək olar ki əksər hallarda, PX-də təşvişin əlamətləri ayrı pozuntu kimi qiymətləndirilmir və müalicə olunmur (Charles, 2000).

Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi, Parkinson xəstəliyinin non-motor əlamətlərinə aid olan pozuntulardan biri də təşvişdir və bu pozuntu daimi narahatlıq hissi, diqqət əksikliyi, əzələ gərginliyi, baş ağrısı və yuxusuzluq ilə xarakterizə olunur (Khatrı və d., 2020). Təşviş hər bir şəxsin yaşaya biləcəyi yayılmış, xoşagəlməz, qeyri -müəyyən narahatlıq hissidir və avtonom simptomlarla müşayiət olunur. Bu simptomlar fərdi xarakter daşıyır və insandan insana fərqli

formalarda üzə çıxır, əllərdə və ayaqlarda titrəmə, tərləmə kimi əlamətlərə rast gəlinir (Wittchen və d., 2002). Simpatik sinir sisteminin fəallaşması nəticəsində həssaslıq, əzələ gərginliyi artır və bir çox somatik əlamətlər üzə çıxır. Bu əlamətlərə misal olaraq, mədə-bağırsaq aktı pozulur, ağızda quruluq, udma aktının çətinləşməsi, bağırsaqlarda köp, tənəffüsün çətinləşməsi, tənəffüsün azalması, ürək döyüntüsünün artması, gərginləşmə, əzələlərdə tonusun artması ilə əlaqədar olaraq kürək və boyun nahiyəsində ağrılar qeyd oluna bilər. Həmçinin yuxu pozuntuları ən çox rast gəlinən problemlərdən biridir, belə ki xəstələr çətinlikdə yuxuya gedir və ya tez-tez ayılır, qorxulu yuxular görür, səhər oyandıqda özünü yorğun və halsız hiss edir, beləliklə də əhvalı daha da aşağı enir. Anidən ortaya çıxan həyəcan halı ilə somatik əlamətlər birləşdikdə xəstədə qorxu hissi yaranır və qeyri-adi pis hadisə baş verəcəyini, vəziyyətin ağırlaşacağını düşünür. Bu sadalanan əlamətlər təşviş zamanı ön planda olan əlamətlərdir (İsmayılov, 2013).

Təşviş Parkinson xəstələrində rast gəlinən non-motor əlamətlərdən biri olmaqla yanaşı, yayılma formasının mürəkkəb və heterogen olması ilə də seçilir. Parkinson xəstəliyi zamanı təşviş çox növlü simptomlar toplusu şəklində üzə çıxır ki, bu da mərkəzi bir səbəbdən qaynaqlana biləcəyini göstərir. Təşvişin Parkinson xəstələrinin həyat keyfiyyətinə xəstəliyin motor əlamətlərindən daha çox təsir etdiyi müşahidə edilmişdir. Motor simptomlar təşvişli hərəkətlərin artmasına səbəb olduğu kimi, təşviş də eyni zamanda motor simptomların daha çox üzə çıxmasına səbəb olur və nəticədə qüsurlu dövrən adlandırılacaq vəziyyət yaranır (Upneja, Paul, Jain, Choudhary, 2021).

Statistikaya görə təşviş pozuntusu, qadınlarda kişilərə nəzərən daha çox rast gəlinir, xüsusilə də erkən yaşda xəstəlik başlanğıcı olan və xəstəliyi irəliləmiş olan qadınlarda daha çox nəzərə çarpır. Təşvişin səviyyəsi aşağı dopamin səviyyələri ilə əlaqəli olan motor dalğalanmalar ilə birlikdə arta bilər (Anthony Schapira, Chaudhuri, Jenner, 2017). Lakin ümumi olaraq götürüldükdə, Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusu kişilər və qadınlarda təxminən bərabər səviyyədə müşahidə olunur (Emma və baş., 2023). Təşviş pozuntusu Parkinson xəstəliyinin motor xüsusiyyətlərinin başlamasından çox əvvəl təzahür etmiş olur (Нодель, 2018).

Təşviş Parkinson xəstələrinin 60%-nə təsir göstərir və əksər hallarda, generalizə olunmuş təşviş pozuntusu, panik pozuntu, sosial fobiya, fobik pozuntu, agorafobiya şəklində rast gəlinir (Khatri və d., 2020):

- Generalizə olunmuş təşviş pozuntuları (GTP) - gələcəkdə baş verə biləcək müxtəlif hadisələr haqqında həddindən artıq həyəcan keçirmə, həqiqətdən uzaq, spesifik olmayan və yüksək dərəcəli təşviş ilə xarakterizə olunur, təsirlənən insan tərəfindən kontrol edilməsi çox çətin olur. Bundan əlavə, avtonom hiperaktivlik, yuxu pozuntuları və əzələ gərginliyi kimi əlamətlərlə də özünü göstərir, əgər 6 aydan çox müddətdə davam edərsə

xroniki pozuntu olaraq dəyərləndirilir (Khatrı və d., 2020). GTP olan şəxslər, gərgin hesab etdiyimiz insanlardır. Onlar həmişə bir şeydən narahatdırlar. Parkinson xəstələrində əsasən GTP daha çox təzahür etmiş olur (Emma və baş., 2023).

- Panik pozuntu - müddəti bir neçə dəqiqə ilə saat arasında dəyişən, əvvəldən təxmin edilməyən və ani olaraq başlayan, panik ataklar ilə xarakterizə olunan, əksər hallarda taxikardiya, boğulma, titrəmə, tərləmə, qarın ağrısı, başgicəllənmə kimi əlamətlərlə birlikdə özünü göstərən pozuntudur (Khatrı və d., 2020). Heç bir aydın səbəb olmadan xəstə qəflətən panika yaşayır, adətən təxminən 20 dəqiqəyə kimi davam edir, sonra keçir. Parkinson xəstələrində panik həyəcanın müddəti daha da artmış ola bilər (Emma və baş., 2023).
- Fobiyalar - agorafobiya, spesifik fobiyalar və sosial fobiya kimi növlərə ayrılır. Agorafobiya, insanın qaça bilməyəcəyi, kömək ala bilməyəcəyi, çarəsiz hissedəcəyi bir vəziyyət və ya hadisə yaşamaqdan qorxmasıdır, panik atak olmadan da yarana bilər və hissizləşmə, derealizasiya, başgicəllənmə və kardioloji simptomlar ilə özünü göstərir. Sosial fobiyalar, qısaca qeyd etsək, uyğunsuz bir hərəkət edərək insanların diqqətini çəkmək, onlar tərəfindən incələnmək, lağa qoyulmaq qorxusu ilə xarakterizə olunur. Spesifik fobiyalar isə müxtəlif heyvan (it, pişik, həşərat və s.) qorxusu, yüksəklik qorxusu kimi müxtəlif varlıqlar, əşyalar və ya vəziyyətlərdən qorxmaq ilə xarakterizə olunur. Fobiyalar insanın günlük yaşam rutinini uzun müddətli poza bilər və həyat keyfiyyətini aşağı salır (Khatrı və d., 2020). Parkinson xəstələrində sosial fobiyanın olması başa düşüləndir, çünki Parkinson xəstələrində nitq problemləri və təfəkkürünün zəifləməsi, cümlələrini bitirə bilməməkləri, onların ictimai yerlərdə qarşılıqlı əlaqədə olmaqdan qaçmaqlarına səbəb ola bilər. Xüsusilə də aqorofobiya Parkinson xəstələrini sosial mühitdən təcrid etmiş olur (Emma və baş., 2023).

Təşviş ilə Parkinson xəstəliyi arasındakı əlaqəni dəyərləndirsək, təşviş əksər hallarda Parkinson xəstəliyi zamanı ikincili olaraq üzə çıxan əlamət kimi qiymətləndirilir. Belə ki, xronik xəstəlikləri və bənzər zəiflikləri olan, lakin Parkinson xəstəliyi olmayan insanlarla müqayisə olunduqda, Parkinson xəstələrində təşviş nəzərəçarpan dərəcədə özünü büruzə verir. Tədqiqatlar göstərir ki, Parkinson xəstələrinin 29%-də təşviş, 24%-də motor dalğalanmalar, 21%-də əhval-ruhiyyə dəyişikliyi aydın nəzərə çarpır və motor dalğalanmaları olan xəstələrin 75%-də motor əlamətlərlə əlaqəsi olmayan əhval-ruhiyyə və təşviş dalğalanmaları özünü göstərir. Qeyd etdiyimiz kimi, dopamin Parkinson xəstəliyinin yaranmasında əsaslı rol oynayır, həmçinin bu xəstələrdə təşvişin yaranmasında da iştirak edən faktorlardan biridir. Parkinson xəstələrində azalmış dopamin səviyyəsinin artırılması və

tarazlığın mümkün qədər qorunması üçün dopamin normal vəziyyətdə sintez olunmadığı neyronlarda da sintez olunmağa başlayır. Bu vəziyyət müəyyən funksiya dəyişikliyinə səbəb olur ki, bu da öz növbəsində təşviş səviyyəsinin yüksəlməsinə gətirib çıxarır (Khatri və d., 2020).

K.Emma və həmkarları 2022-2023-cü illərdə Parkinson xəstələri ilə aparmış olduqları tədqiqatlarda müəyyən etmişdirlər ki, PX-lərinin 43%-də təşviş pozuntuları vardır. Bənzər nəticələr türk psixoloqu N.Pekeli və həmkarlarının tədqiqatlarda da əldə olunmuşdur. Belə ki, N.Pekeli və həmkarları müəyyən etmişdirlər ki, Parkinson xəstələrinin 32%-də təşviş pozuntuları da müşahidə edilir (Pekeli və baş., 2017). Əsasən də generalizə olmuş təşviş pozuntusu, panik həyəcan, sosial narahatlıq və aqorafobiyanın təzahürləri görülür. GTP PX-lərinin 35%-də, panik həyəcan PX-lərin 24%-də, sosial narahatlıq 21%-də, aqorafobiya isə 9%-də görünür (Emma və baş., 2023) və müxtəlif paroksimal psixi, vegetativ və somatik simptomlarla təzahür etmiş olur (Cədvəl 1).

**Cədvəl 1. Parkinson xəstələrində təzahür edən təşviş pozuntuları**

<b>Təşviş pozuntuları</b>	<b>Klinik əlamətlərin təzahürü</b>	<b>Rast gəlinmə göstəriciləri</b>
Generalizə olmuş təşviş pozuntusu 6B00	GTP-nun əlamətləri Parkinson xəstəliyi diaqnozundan əvvəl görülsə də, diaqnozdan sonra, xüsusilə də xəstəliyin əlamətlərinin ortaya çıxması ilə daha da şiddətlənir. Gün ərzində daimi narahatlıq və stressli ilə müşahidə olunur.	35%
Panik həyəcan 6B01	PX-də gün ərzində panik tutmaların olması müşahidə edilir. Əsasən də sönmə dövründən sonra həyəcanlılıq daha da artır və panik hücumlar müşahidə edilir.	24%
Sosial narahatlıq 6B04	PX-nin əlamətlərinin artması ilə xəstə ictimai yerlərdə olmaqdan narahatlıq keçirir. İdrak proseslərinin zəifləməsi ilə qarşılıqlı münasibətlərdən uzaqlaşmaq və tədric olunma vəziyyəti müşahidə olunur.	21%
Aqorafobiya 6B02	Sönmə dövrlərində yaşanan mənfi təcrübə, xəstənin tək	9%

	qalmaqdan qorxmasına, xüsusilə də tanımadığı məkanlarda, tanımadığı şəxslərlə olmaqdan çəkinməsinə, narahatlıq yaşamasına səbəb ola bilər. Yanında onu müşayiət edən tanışının olmasını tələb edir.	
--	---	--

**Cədvəl 1.** Davamı

Bəzi müəlliflər təşviş pozuntusunu xəstəliyə psixoloji reaksiya kimi hesab edirlər (Федорова, 2006). Bununla belə, təşviş pozuntusunun inkişaf dinamikası PX-nin klinik simptomlarının başlamasından çox əvvəl qeydə alınır ki, bu da PX-də neyromediatorların dağılması (serotonin, dopamin, GABA sintezinin pozulması) arasında əlaqəni təsdiqləyir (Walsh, 2001). Bəzi hallarda isə təşviş pozuntularının dopamin tərkibli dərmanların yüksək dozada qəbulu ilə inkişaf etdiyi də müşahidə olunur (Walsh, 2001). Xəstəliyin inkişafı və motor pozulmaların şiddətinin artması ilə xəstələrin təşviş səviyyəsinin də yüksəldiyi görülür. Bundan əlavə, PX-i olan şəxslərdə atipik təşviş (yıxılmaq qorxusu, sönmə dövrlərini həddindən artıq düşünüb, gözləmək və s.) müşahidə oluna bilər (Нодель, 2018). Atipik təşvişin PX-də yayılması 13-30% arasında dəyişir, lakin psixi pozuntunun diaqnostik meyarlarına uyğun gəlmədiyini üçün kifayət qədər tanınmır, təşviş pozuntusu da hesab olunmur. Lakin statistik göstəricilər atipik təşviş əlamətlərinin də yüksək olduğunu göstərmiş olur (Нодель, 2018). PX-li diaqnozundan əvvəl xüsusilə təşviş əlamətləri olmayan bəzi xəstələrdə isə PX ilə əlaqəli təşviş pozuntuları inkişaf edə bilər. Parkinson xəstəliyinin başlanğıcından əvvəl təşvişin əlamətləri olan xəstələrdə təşvişin təzahürləri adətən xəstəliklə daha da şiddətlənib, ağırlaşır. Əsasən PX-nin simptomları ilə mübarizə apararkən çətinliklər daha da artır. Zamanla, neyronların mütərəqqi degenerasiyası ümumiyyətlə təşviş epizodlarının tezliyini və intensivliyini artırır (Pekeli və baş., 2017).

Parkinson xəstəliyi və beyində neyrodegenerativ dəyişikliklər həm təşviş pozuntusundan təzahür edə bilər həm də Parkinson diaqnozu təşvişin əlamətlərini şiddətləndirə bilər (Emma və baş., 2023). PX-i və təşviş pozuntusu arasında müsbət korrelyasiya əlaqəsi var. Ümumi olaraq PX və təşviş pozuntusu vəhdət halında psixoloji, bioloji və sosial amillərdən qaynaqlanır (Пилипович, 2015).

### Psixoloji amillər

PX-də təşviş pozuntusu demək olar ki, xəstəliyin simptomlarının təzahüründən əvvəl müşahidə edilir. Lakin diaqnoz təşviş pozuntusunu şiddətləndirir. Belə ki, ümumi həyəcanlılıq tədricən xəstəliyin əlamətləri artdıqca təşviş səviyyəsini də artırır. Əsasən də xəstələrdə qəfil sönmə anında fəaliyyət göstərən hərəkət edə bilməmək qorxusu yaranmış olur (Пилипович, 2015). Həmçinin belə bir vəziyyət tək qalmaq qorxusuna da səbəb ola bilər. Xəstələr çox vaxt ictimai yerlərdə başqaları ilə ünsiyyət qurmaqdan çəkinirlər.

#### Bioloji amillər

Təşviş pozuntusu olan şəxslərdə bir çox sinirlər, neyrotransmitterlər Parkinson xəstəliyindən əziyyət çəkənlər ilə eynidir. Parkinson xəstələrində GABA-nın sintezi normal səviyyədə olmur (aşağı olur). Təşviş pozuntusunun simptomatikasında da GABA-nın aşağı olması əsas götürülür. Təşviş pozuntusu olan şəxslərin farmakoloji müalicəsi zamanı, GABA-nın səviyyəsini artırmaq üçün hazırlanmış bir qrup anti-təşviş dərmanları istifadə edilir. Parkinson xəstələrinin müalicə prosesində də GABA-nın sintezini normallaşdırmaq üçün bu dərman preparatlarından istifadə edilir. Bu da PX-nin əsasında təşviş pozuntusu kimi əhəmiyyətli psixi pozuntunun olduğuna diqqəti yönəltmiş olur (Пилипович, 2015).

#### Sosial amillər

Gündəlik sosial həyatın çətinliklərin, stress kimi əhəmiyyətli faktorların olması əhval-ruhiyyənin gün ərzində kəskin dəyişməsinə, həyəcan və narahatlığın yüksək olmasına zəmin yaradır. Belə ki, Parkinson xəstələrinə təsir edən sosial amilləri də nəzərdən keçirəndə görmüş oluruq ki, bu amillər də birbaşa və ya dolaylı yol ilə təşviş və həyəcan səviyyələrinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərmiş olur (Пилипович, 2015). Sosial amillərin təsiri ilə daimi narahatlıq və gərginlik hissinin olması, davamlı təşvişdə olmaq psixofizioloji proseslərə mənfi təsir göstərmiş olur.

PX-nin səbəbləri, mənşəyi haqqında tam dəqiq olan məlumat və tədqiqatlar yoxdur (Emma və baş., 2023). Lakin PX-nə zəmin yarada biləcək bir sıra amillər vardır. Baş beyinə gedən damarlarda və sinirlərdə disfunksiyalar, hormonlarda disbalans (serotonin, dopamin və s.), distress, PTSP, fiziki zədələr, bəzi infeksiya xəstəlikləri, genetik faktorlar PX riskini artırmış olur, həmçinin xəstəliyin müalicə prosesinin gedişatına da təsir edə bilər. Parkinson xəstəliyində təşviş pozuntularına tez-tez rast gəlinir, lakin Parkinson xəstəliyinin təşviş pozuntusu ilə birlikdə mövcudluğunun altında yatan mexanizm haqqında çox az məlumat vardır. Parkinson xəstəliyi zamanı xəstədə təşviş pozuntularının dəqiq diaqnozunun qoyulması üçün geniş və diqqətli müayinə şərtidir, çünki təşviş simptomları Parkinson xəstəliyi ilə əlaqələndirilən zehni və somatik simptomlarla bənzədiyi üçün qarışdırıla bilər. Həmçinin Parkinson xəstəliyi zamanı sağlam zehni vəziyyəti qoruyaraq həyat keyfiyyətini artırmaq üçün

belə xəstələrdə təşvişin dərəcəsini müəyyənləşdirmək lazımlı nüanslardan biridir. Bu xəstələrdə təşviş dərəcəsinin vaxtında müəyyən olunması xəstəliyin aradan qaldırılma yollarının dəyərləndirilməsinə və ağırlaşmanın qarşısının alınmasına kömək olar (Khatri və d., 2020). Ortaq mənşəli olduğu düşünülmən PX-i və təşviş pozuntusunun bir-birinə necə təsir etdiyi psixiatr və klinik psixoloqlar tərəfindən tədqiq olunur. Təşviş pozuntusu baxımından Parkinson xəstələrinin diqqətlə izlənilməsi və onların müalicəsinin tənzimlənməsinin vacibliyi zəruridir. Bu mövzuda elmi ədəbiyyatlar, araşdırmalar son dərəcə məhdud olduğundan strukturlaşdırılmış, idarə olunan və müqayisəli araşdırmalara ehtiyac olduğu aydındır. Belə ki, PX-nin və təşviş pozuntusunun vəhdət halında öyrənilməsi, effektiv müalicə metodunun və üsullarının seçilməsində əhəmiyyətli dərəcədə rol oynayır.

### **1.2.3 Parkinson xəstəliyi zamanı təşviş pozuntularının aradan qaldırılma yolları.**

Parkinson xəstəliyi zamanı narahatlığın müalicəsi qlobal səhiyyə üçün geniş problem yaradır ki, bu da xəstəliyin daha yaxşı idarə edilməsi üçün innovativ müalicənin inkişaf etdirilməsi zərurətini yaradır. Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusunun olması vəziyyəti pisləşdirir və müalicə müddətinin terapevtik idarə olunmasını çətinləşdirir. Parkinson və təşvişin başlanğıcı ilə əlaqəli patofizioloji və molekulyar mexanizmlərin dərin təhlili vacibdir. Belə ki, təşviş pozuntusu olan Parkinson xəstələrində psixoloji və fizioloji vəziyyəti vəhdət şəklində öyrənmək və müalicə etmək lazımdır. Müalicə üsulları həm farmakoloji həm də qeyri-farmakoloji olur (Eric, 2015).

#### **Farmakoloji terapiya**

Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusunu aradan qaldırmaq üçün həkimlər müvafiq dərman preparatlarını tövsiyə edirlər. Təşviş pozuntularının patofiziologiyasında serotoninerjik, dopaminergik, adrenergik, GABAergik neyronlar və hipotalamik hipofiz adrenal oxundakı pozulmalar əhəmiyyətli rol oynayır. PX zamanı təşviş pozuntularının müalicəsinə gəldikdə, heç bir dərman preparatı konkret effektivliyini göstərməmişdir. Dopaminergik müalicənin tənzimlənməsi vəziyyətə qismən kömək edə bilər. Serotonin ifrazının bərpası, antidepressantlar tez-tez anti-təşviş məqsədlər üçün də istifadə olunur. Benzodiazepinlər yuxu gətirici olduğu üçün sönmə anına və ani yıxılma riskinə, idrak proseslərinə mənfi təsir göstərdiyi üçün tövsiyə edilmir (Eric, 2015). Parkinson xəstələrində təşvişin müalicəsi zamanı yalnız farmakoloji deyil qeyri-farmakoloji müalicələr də vacibdir (Eric, 2015). Təşviş pozuntusu olan Parkinson xəstələrinin müalicəsi ilk növbədə sönmə dövrlərinin azaldılması ilə terapiyanın optimallaşdırılmasına yönəldilməlidir (Charles, 2000). Buna görə də farmakoloji müalicə mütləqdir. Dəstəkləyici terapiya olaraq isə yanaşı şəkildə qeyri-farmakoloji üsullar istifadə edilməlidir.



## Qeyri-farmakoloji terapiya

PX-də təşvişin aradan qaldırılması üçün bir neçə qeyri-farmakoloji üsullar vardır. Belə ki, bu üsullar arasında ən təsirli metodlardan biri də psixoterapiyadır. Aşağıda qeyd edilən psixoterapiya metodları PX-də təşvişin aradan qaldırılması üçün effektiv ola bilər (Eric, 2015):

- Koqnitiv davranış terapiyası (KDT)
- Psixodinamik terapiya
- Duyğu mərkəzli terapiya (DMT)
- Pozitiv terapiya
- Art terapiya

Parkinson xəstəliyi zamanı xəstələrdə təşvişin aradan qaldırılması üçün psixoterapiya aparılması fərdin daxili aləmini anlamağa, mənfi düşüncə və emosiyaları aradan qaldırmağa və daha sağlam psixi vəziyyətə nail olmağa kömək edir. PX-də təşvişin aradan qaldırılması üçün effektiv olan əsas təsirli psixoloji istiqamətləri aşağıda təqdim edilmişdir.

### Koqnitiv Davranış Terapiyası (KDT)

KDT Parkinson xəstələrində təşviş pozuntuları ilə əlaqəli mənfi düşüncə və inancları həll etməyə, onları daha müsbət və realist düşüncələrlə əvəz etməyə diqqət yetirir. Bu terapiya xəstəni reaksiyalarını dəyişdirməyə və təşviş səviyyəsini azaltmaq üçün emosional olaraq daha çevik olmağa istiqamətləndirir.

KDT-nin əsas ideyası ondan ibarətdir ki, Parkinson xəstələrində tez-tez avtomatik və şübhəsiz olan düşüncələr, inanclar və münasibətlər onların davranışına birbaşa təsir edir. Xəstəliklə (Parkinson) əlaqədar olan düşüncələrin koqnitiv təhriflərin nəticəsi olduğunu nəzərə alaraq, KDT təşviş pozuntusu olan xəstələrin terapiyası üçün əlverişli üsuldur. Koqnitiv təhrifləri və mənfi düşüncələri müəyyən etməyə kömək etmək üçün KDT ilə işləyən klinik psixoloq Parkinson xəstələrinə gündəlik yazmağı və ya digər məşqləri tövsiyə edə bilər (Eric, 2015).

### Psixodinamik terapiya

Psixodinamik terapiya Parkinson xəstələrində təşvişə səbəb olan şüursuz prosesləri anlamağa və şüurlu şəkildə ortaya qoymağa istiqamətlənir. Bu terapiya vasitəsilə Parkinson xəstəsinin keçmiş təcrübələri, travmaları və münasibətləri üzərində işləyərək təşvişlə əlaqəli təməl səbəbləri həll olunur. Təşvişin mahiyyət olaraq id və eqo arasında və ya şüursuz impulslarla, şüurlu düşüncə arasında olan, azad ifadəni məhdudlaşdıran pozulma olduğunu nəzərə alsaq, Parkinson xəstələri ilə psixodinamik terapiyanın tətbiq olunması məqsəddüygündür (Charles, 2000).

### Duyğu mərkəzli terapiya (DMT)

DMT Parkinson xəstələrində təşvişə səbəb olan emosional çətinlikləri və mürəkkəblikləri daha sağlam şəkildə anlamağa və öhdəsindən gəlməyə kömək edir. Klinik psixoloq DMT vasitəsilə xəstəni emosiyalarını ifadə etməyə, dərk etməyə və tənzimləməyə yönəldir (Pekeli və baş., 2017).

### Pozitiv terapiya

PT təşviş pozuntusu olan Parkinson xəstələrini mənfi emosiyaları, neqativ düşüncüləri boğmaq əvəzinə, onları qəbul edib, vəziyyəti axışına buraxmağa, xəstəliklə bağlı əlamətlərin daima düşünülüb, şişirdilməməsinə istiqamətləndirir (Eric, 2015). Daha çox düşünmək, neqativ hadisələri əvvəlcədən planlayıb fikirləşmək yerinə, müsbət fikirlərə yönəlmək, müxtəlif maraqlı fəaliyyətlər ilə məşğul olmaq aşılınır.

### Art terapiya

Parkinson xəstələrində sinir sistemini rahatlaşdırmaq, təşviş əlamətlərini azaltmaq üçün art terapiya istifadə oluna bilər. Mütəxəssislər çox zaman art terapiyanı digər terapiyalar ilə yanaşı istifadə edirlər. Bu terapiya vasitəsilə təşviş pozuntusu olan Parkinson xəstələrinin mənfi təcrübə və emosiyaları yaradıcılığa istiqamətləndirilir (Steven, 2017). Həmçinin mütəxəssisin köməyi ilə art terapiya Parkinson xəstələrində təşviş vəziyyətini düzəltməyə kömək etmiş olur. Təşviş pozuntulu Parkinson xəstələri ilə art terapiyanın müxtəlif növlərindən istifadə oluna bilər (rəsm, rəqs, musiqi, izo, biblio və qum terapiyaları).

Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusunun aradan qaldırılması üçün mütəxəssislər tərəfindən tövsiyə olunan digər qeyri-farmakoloji üsullar vardır. Təşvişlə mübarizə aparması üçün gündəlik məşğuliyyətlər Parkinson xəstələrinə gündəlik stressin, narahatlığın öhdəsindən daha effektiv şəkildə gəlməyə kömək edə və psixi sağlamlığı dəstəkləyə bilər. Təşvişlə mübarizə aparmaq üçün Parkinson xəstələrinə tövsiyə ediləcək gündəlik təcrübələr aşağıda qeyd edilmişdir (Steven, 2017).

### Fərqişdölilik və nəfəs texnikaları

Yoqa, meditasiya və nəfəs terapiyası kimi texnikalar Parkinson xəstələrində təşvişin əlamətlərini azaltmağa kömək edə bilər. Bu üsullar Parkinson xəstələrində sakitləşməyə, stressin öhdəsindən gəlməyə və psixi cəhətdən daha sakit vəziyyətə nail olmağa kömək edir (Steven, 2017).

### -Yoqa və meditasiya

Parkinson xəstələrinin gün ərzində meditasiya etməsi psixofizioloji baxımdan əhəmiyyətlidir. Belə ki, meditasiya zehni sakitləşdirir, stressi azaldır və təşvişin öhdəsindən gəlməyə kömək edir. Meditasiya neyrotransmitterlərin fəaliyyətinə müsbət təsir edir,

hormonal tarazlığı bərpa edir və sinir sistemini rahatlaşdırmış olur. Bunları nəzərə alaraq, Parkinson xəstələrinin gündəlik meditasiya ilə məşğul olması tövsiyə olunandır.

#### -Nəfəs məşqləri

Dərin və şüurlu nəfəs, narahatlıq səviyyəsini azaltmaq üçün təsirli üsuldur. Stressli və ya narahat anlarda dərindən nəfəs alaraq bədəni sakitləşdirə və rahatlaşdırma bilərsiniz.

#### İdman və daimi fiziki fəaliyyət

Daimi fiziki fəaliyyət bədəni rahatlaşdırır, endorfinlərin sərbəst buraxılmasını artırır və ümumi psixi sağlamlığı yaxşılaşdırır. Xüsusilə də Parkinson xəstələrinin daima fiziki fəaliyyət ilə məşğul olması, həm xəstəliyin inkişaf dinamikasını ləngidir, həm də təşviş səviyyəsini azalmasına köməkdir (Steven 2017). Fiziki fəaliyyətin həm fizioloji həm də psixoloji sağlamlığa təsiri danılmazdır. Gəzinti, qaçış və velosiped sürmə kimi fəaliyyətlər PX-də təşviş əlamətlərini azaltmağa kömək edə bilər.

#### Həyat tərzini dəyişiklikləri

Sağlam qidalanma, nizamlı yuxu rejimi, spirtli içkilər və siqaret, həmçinin kofein istehlakının məhdudlaşdırılması kimi həyat tərzini dəyişiklikləri PX-də təşviş əlamətlərini azalmasına əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərə bilər (Steven, 2017).

#### Gündəlik yazmaq

Təşviş pozuntusu olan Parkinson xəstələri düşüncələrini, hisslərini və gündəlik təcrübələrini yazmaqla zehni rahatlama yaşaya bilərlər. Həmçinin gün ərzində yaşadıklarını, düşüncə və hisslərini təhlil edərək özünə nəzarəti gücləndirə bilər, təşvişə səbəb ola biləcək narahatlıqları idarə edə bilərlər (Steven, 2017). Gündəlik yazmaq PX-də emosional yükü azaltmağa və stresslə daha yaxşı mübarizə aparmağa kömək edə bilər.

#### Pozitiv yanaşma

Təşvişlə mübarizədə mənfi düşüncələri tanımaq və onları müsbət düşüncələrlə əvəz etmək vacibdir. Parkinson xəstələri sönmə anında yaşayacaqlarını gün ərzində düşünürək daha çox gərgin olur və neqativ fikirlərə qapılırlar (Steven, 2017). Lakin müsbət düşünmək, neqativ fikirlərə fokuslanmamaq təşviş əlamətlərini azalda bilər.

#### Texnologiyanın məhdudlaşdırılması

Texnologiya məhdudlaşdırılması zehni dinc saxlamağa və gərginliyi azaltmağa kömək edir. Belə ki, texnoloji vasitələrdə (televizor, telefon, kompyüter və planşetlərdə) olan mavi işıq stressi artırdığı artıq elmi tədqiqatlardan məlumdur. Xüsusilə də təşviş səviyyəsi yüksək olduqda, texnologiya alətlərinə fasilələri vermək faydalı ola bilər. Belə ki, Parkinson xəstələrinə mavi işıqdan mümkün qədər uzaq durmaq tövsiyə olunur (Emma və baş., 2023).

#### Hobbi və fəaliyyətlər

Zehni məşğul edən hobbilər və əyləncəli fəaliyyətlər Parkinson xəstələrinin təşvişlə mübarizə aparmasında mühüm rol oynayır. Zövq aldıkları fəaliyyətlərə vaxt sərf etmək, təşvişin əlamətlərini əhəmiyyətli dərəcədə azalda bilər. Təşviş pozuntusu olan Parkinson xəstələrinə kitab oxumaq və müxtəlif əyləncəli oyunlar oynamaq tövsiyə olunur (Федорова, 2006). Belə ki, gün ərzində əyləncəli və maraqlı fəaliyyətlər ilə məşğul olmaq serotonin hormonu ifrazına müsbət təsir edir ki, bu da təşviş pozuntusu olan Parkinson xəstələrinə müsbət təsir etmiş olur.

#### Sosial Dəstək

Ailə, dostlar və ya dəstək qruplarından sosial dəstək almaq Parkinson xəstələrinin təşvişlə mübarizə aparmasında mühüm elementdir. Hisslərini və təcrübələrini bölüşmək rahatlaşdırmağa və güc qazanmağa kömək edir. Sosial dəstək təşviş əlamətləri ilə yanaşı, Parkinson xəstəliyinin inkişaf dinamikasına da təsir göstərmiş olur (Steven, 2017).

Təşviş pozuntusu Parkinson xəstələrinin gündəlik həyatda qarşılaşdıqları qeyri-müəyyənliyin öhdəsindən gəlmək üçün bir növ cavab reaksiyasıdır. Parkinson xəstələrində təşvişlə mübarizə prosesi fərdi və fərqlidir. Bu xəstələrdə təşviş pozuntusu üçün istifadə olunan metodların seçimi çətin ola bilər. Hansı üsulların xəstə üçün ən yaxşı üsul olduğunu müəyyən etmək üçün hər birini sınaq etmək vacibdir. Bunun üçün də peşəkar mütəxəssisdən dəstək almaq faydalı olacaqdır. Parkinson xəstəliyinin və təşviş əlamətlərinin birgə təzahürü xəstələrin həyat keyfiyyətinə ciddi təsir göstərdiyində və gündəlik həyat fəaliyyətlərinə mənfi təsir etməyə başladığında, mütəxəssis psixoloq və ya psixiatrlardan dəstək almaq vacibdir. Peşəkar dəstək vasitəsilə PX-də təşvişlə mübarizə üçün effektiv və fərdiləşdirilmiş müalicə üsulları seçilir və müalicə proqramı hazırlanır.

## II FƏSİL. TƏDQIQATIN METOD VƏ METODİKALARI

### 2.1 Tədqiqatın mərhələləri və iştirakçıların seçimi.

Tədqiqat 3 mərhələdə keçirildi.

İlkin mərhələdə tədqiqatın mövzusu müəyyənləşdirilib planı qurulmuşdur. Daha sonra tədqiqatın metodları müəyyənləşdirilib, tətbiq olunacaq testlər, harada aparılacağı dəqiqləşdirilmiş və gedişat müzakirə edilmişdir.

İkinci mərhələdə tədqiqatın aparılması həyata keçirilmişdir və bu klinik mərhələ hesab olunur. Parkinson xəstələri müəyyən edilmiş, onların razılığı alınaraq müvafiq testlər işlənmiş və nəticələr dəyərləndirilmişdir. Tədqiqatın keçirilməsinə müvafiq olan etik qaydalar Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən təsdiq olunmuşdur. Hər bir xəstəyə tədqiqatın məqsədi barədə məlumat verilmiş, anonimliyin qorunacağı və könüllülük prinsipi izah edilmiş, araşdırmanın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina edə biləcəkləri bildirilmişdir. Nəticədə, pasientlərin razılığı alındıqdan sonra müvafiq testlər yoxlanılmışdır. Tədqiqatda iştirak edən pasientlərin sosial-dermoqrafik anketdə qeyd edilən məlumatları müəyyənləşdirilmiş (bəzi pasientlərin istəyi ilə adları anonim qalmışdır), daha sonra tədqiqat metodika ardıcılığı ilə aparılmışdır: 1 - Parkinson xəstəliyi diaqnozu qoyulan xəstələr müəyyən edildi; 2 - sosial-dermoqrafik anket sualları soruşulub cavabları qeyd olundu; 3 – Hamiltonun Təşviş Reytingi Cədvəlinin (HARS) bəndləri pasientlər tərəfindən qiymətləndirildi; 4 – nəticələr hər bir pasientə uyğun olan xüsusi cədvələ köçürüldü və orada pasientə aid olan bütün məlumatlar yerləşdirildi. Onu da qeyd etməliyəm ki, pasientlərin testi cavablandırarkən nəticənin qeyd olunması, onların hərəkət pozuntularının olduğunu nəzərə alaraq şəxsən tərəfindən aparılmışdır.

Üçüncü mərhələ analiz mərhələsidir ki, bu da SPSS (Statistical Package for the Social Sciences (26.0)) proqramı vasitəsilə işlənmişdir. Sonrakı mərhələdə isə dissertasiyanın yazılması və tamamlanması həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat Rövşən Həsənovun Nevrologiya Klinikasına müraciət edən Parkinson xəstəliyi diaqnozu qoyulmuş şəxslər üzərində aparılmışdır. Tədqiqatda 85 nəfər Parkinson xəstəliyi olan pasient iştirak etmişdir. Tədqiqat zamanı ilkin mərhələdə müvafiq testlər 105 pasient ilə işlənmiş, bunlardan 17 pasientdə təşviş pozuntusu aşkarlanmadığı üçün, 3 pasient isə prosesdə iştirak etməkdən imtina etdiyi üçün tədqiqatdan kənarlaşdırılmış, təşviş pozuntusu aşkarlanan və tədqiqatda iştirak etməyə razılığı olan 85 Parkinson xəstəsi prosesə cəlb olunmuşdur. Araşdırmaya cəlb olunan iştirakçılardan 55 nəfəri qadın, 30 nəfəri isə kişi cinsini təşkil edir. Həmçinin 51 nəfər 65 yaşa qədər, 34 nəfər isə 65 yaşdan yuxarı olan şəxslərdir. Hər bir tədqiqat iştirakçısına, aparılan araşdırmanın məqsədi barəsində məlumat verilmiş, iştirakın könüllü olduğu qeyd edilmiş və tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək

imkanının olduğu bildirilmişdir. Eyni zamanda, toplanan hər məlumatın yalnızca tədqiqat üçün istifadə olunduğu və anonimliyin qorunduğu barəsində məlumat verilmişdir. Beləliklə, tədqiqatda iştirak edən şəxslərdən razılıq alınaraq tədqiqat aparılmışdır.

## **2.2 Metodikalar.**

Tədqiqatın məqsədinin gerçəkləşdirilməsi üçün aşağıdakı vəzifələr müəyyən edilmişdir:

1. Mövzu ilə bağlı mövcud olan ədəbiyyatın araşdırılması, təhlili, problemin nəzəri əsaslarının müəyyənəşdirilməsi.
2. Parkinson xəstəliyi və təşviş pozuntusu anlayışlarının araşdırılması.
3. Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusunun müxtəlif nüanslara görə dəyərləndirilməsi.

Tədqiqatda istifadə olunan metodikalar aşağıdakılardır:

Sosial-dermoqrafik anket.

İlkin olaraq xəstə haqqında müəyyən məlumat toplamaq üçün şəxsi məlumatlar anketi hazırlanmışdır. Xüsusi hazırlanmış anket vasitəsilə xəstələrin sosial-dermoqrafik göstəriciləri qeydə alınmışdır.

Hamiltonun Təşviş Reytingi Cədvəli (HARS).

Təşviş pozuntusunun ölçülməsi üçün Hamiltonun Təşviş Reytingi Cədvəli (HARS) istifadə edilmişdir. Bu cədvəl 1959-cu ildə Prof. Dr. M.Hamilton tərəfindən icad olunmuş, effektivliyi təsdiq olunmuş, geniş istifadə olunan və təşviş pozuntusunun ağırlıq dərəcəsini müəyyənəşdirən materialdır. Bu günümüzdə də həm klinik şəraitdə, həm də tədqiqatlar zamanı geniş istifadə olunur. HARS cədvəli, 14 bənddən ibarətdir ki, bu bəndlərin hər birində müəyyən simptomlar qeyd olunur və bu simptomlar 5 ballıq sistemlə qiymətləndirilir. Cədvəl əsasən, 15-20 dəqiqə ərzində klinik müsahibə keçirilərək doldurulur. Qiymətləndirmə zamanı: 0 – yoxdur, 1 – yüngül dərəcə, 2 – orta dərəcə, 3 – ağır dərəcə, 4 – kəskin ağır dərəcə olaraq ifadə olunur. Ümumi bal 0-56 arasında dəyişə bilər və 14-17 bal yüngül dərəcə, 18-24 bal orta dərəcə, 25-30 bal ağır dərəcə olaraq qiymətləndirilir. HARS cədvəlinin həssaslığının 85.7%, spesifikliyinin 63.5% olduğu qeyd olunur.

Hoehn və Yahr (HY) şkalası.

Parkinson xəstəliyinin ağırlıq dərəcəsini təyin etmək məqsədilə Hoehn və Yahr (HY) şkalası istifadə edilmişdir. İlk öncə onu qeyd etməliyəm ki, bu şkala ilə xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi həkim-nevroloq tərəfindən qiymətləndirilmişdir. Hoehn və Yahr şkalası ilk dəfə 1967-ci ildə, 5 mərhələdən ibarət olmaqla Margaret Hoehn və Melvin Yahr

tərəfindən irəli sürülmüşdür. Daha sonra, 1983-cü ildə isə Larsen və həmkarları dərc etdirdikləri bir məqalədə HY şkalasının başqa modifikasiyasını göstərmiş, mövcud HY şkalasında çox dəyişiklik etmədən, sadəcə Vahid Parkinson Xəstəlikləri Qiymətləndirmə Şkalası ilə birlikdə istifadə olunmasının daha dəqiq nəticə verəcəyini qeyd etmişlər. Modifikasiya olunmuş HY şkalasının mərhələləri aşağıdakı kimi qeyd olunur:

- ✓ Mərhələ 0 – xəstəliyin əlamətləri yoxdur.
- ✓ Mərhələ 1 – bir tərəfli tremor, rigidlik, akineziya və postural dayanıqsızlıq. Simptomlar yüngül səviyyədədir.
- ✓ Mərhələ 1.5 – bir tərəfli əlamətlər və skelet sistemində dəyişiklik.
- ✓ Mərhələ 2 – iki tərəfli əlamətlər, müvazinətdə problem yoxdur.
- ✓ Mərhələ 2.5 – iki tərəfli əlamətlər, müvazinətdə bərpa oluna biləcək yüngül problem var.
- ✓ Mərhələ 3 – ikitərəfli əlamətlər, müvazinətdə problem var lakin müstəqildir.
- ✓ Mərhələ 4 – ciddi əlillik var, lakin köməksiz yeriyə bilir və ayaqüstə dayana bilir.
- ✓ Mərhələ 5 – əlil arabasına və ya yatağa bağlı vəziyyət.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən fərziyyələr aşağıdakılardır:

Əsas fərziyyə:

1.  $H_1$  - Parkinson xəstəliyinin ağırlıq dərəcəsinin təsiri artdıqca təşviş səviyyəsi də artır.

Köməkçi fərziyyələr:

2.  $H_2$  - Parkinson xəstələrində xəstəlik müddəti az olan qrup ilə xəstəlik müddəti çox olan qrupda təşviş dərəcələri arasında anlamlı fərq var.
3.  $H_3$  - Parkinson xəstəliyindən əvvəl təşviş pozuntusu olan xəstələrdən ibarət qrup ilə Parkinson xəstəliyindən sonra təşviş pozuntusu yaranan xəstələrdən ibarət qrupda təşviş dərəcələri arasında anlamlı fərq var.
4.  $H_4$  - Parkinson xəstəliyi zamanı xəstələrin yaşı artdıqca təşviş səviyyəsi də artır.

### **III FƏSİL. TƏDQIQATDAN ƏLDƏ OLUNAN NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ.**

#### **3.1 Tədqiqata cəlb olunmuş iştirakçıların demoqrafik göstəricilərin eksperimental**

## təhlili.

Nəticələrin işlənməsi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) proqramının 26.0 versiyası ilə aparılmışdır. Pasientlərdən əldə olunan nəticələr SPSS proqramına daxil edilərək analiz edilmişdir. Əhəmiyyətlik səviyyəsinin ( $p < 0.05$ ) olmasına diqqət edilmiş, dürüstlük p əmsalı vasitəsilə yoxlanılmış və sosial-dermoqrafik anket göstəriciləri təsviri statistika üsulları ilə analiz edilmişdir.

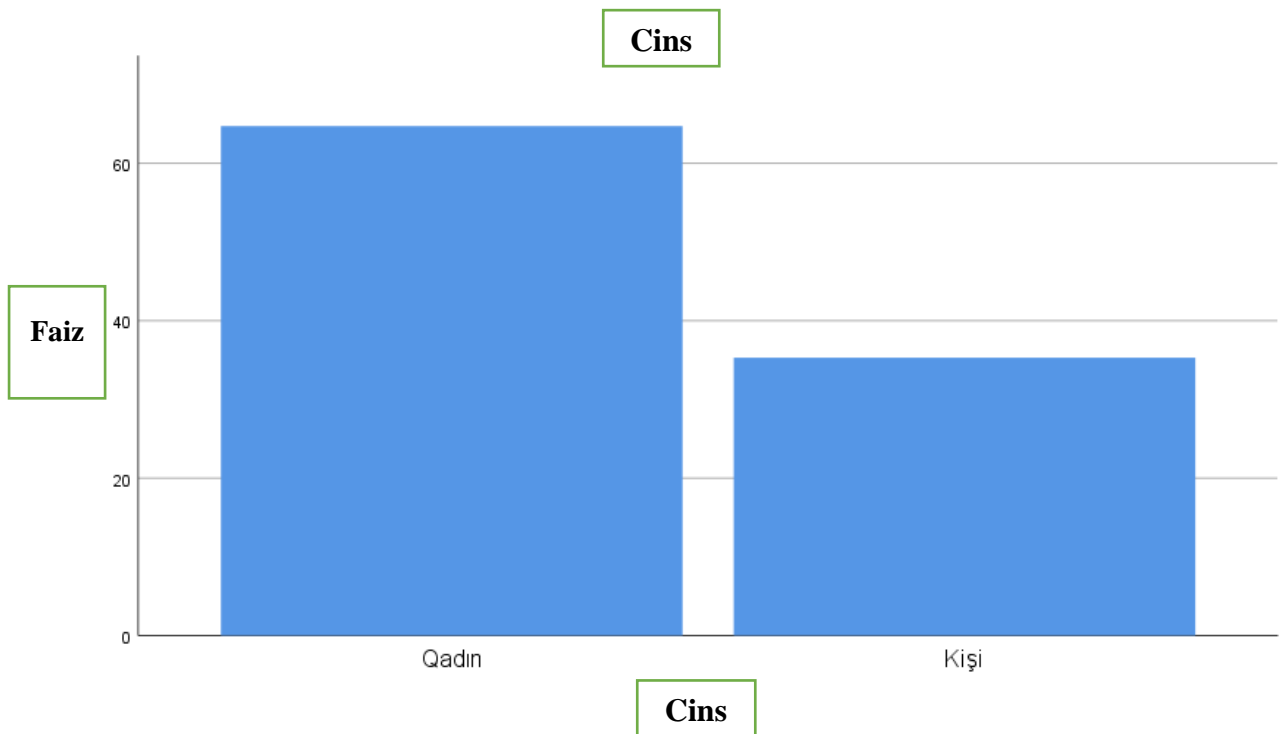
Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi.

Tədqiqatda sona qədər  $n=85$  pasient iştirak etmişdir və nəticələr həmin pasientlərin göstəricilərinə əsasən analiz olunmuşdur.

Ümumilikdə, tədqiqat iştirakçılarının 65%-i qadın, 35%-i isə kişi cinsinə mənsubdur. Nəticələr aşağıdakı Cədvəl 2 və Qrafik 1-də təsvir edildi.

**Cədvəl 2. Tədqiqat iştirakçılarının cinsiyyət faiz göstəricisi**

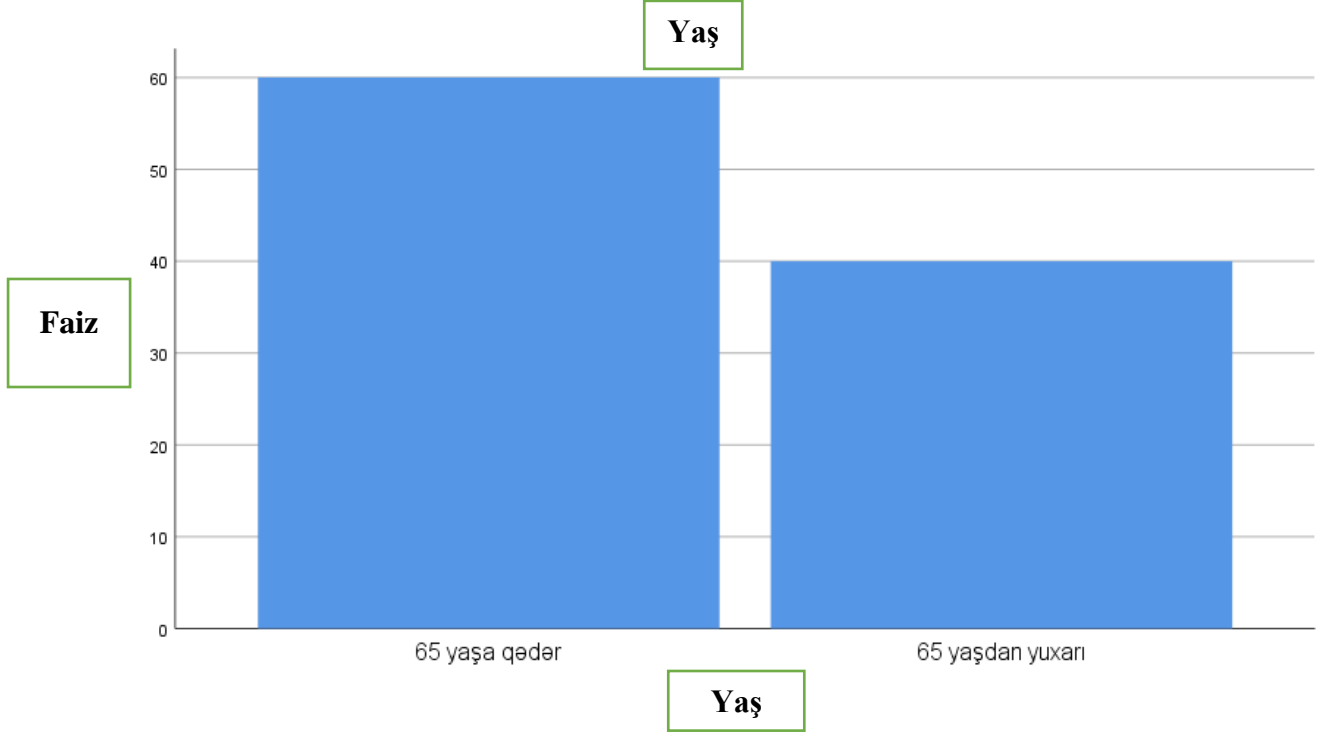
	Tezlik	Faiz	Etibarlı faiz	Məcmu faiz
Qadın	55	64.7	64.7	64.7
Kişi	30	35.3	35.3	100.0
Cəmi	85	100.0	100.0	





**Qrafik 1. Tədqiqat iştirakçılarının cinsiyyət faiz göstəricisi.**

Sosial-dermoqrafik anketdə tədqiqatda iştirak edən pasiyentlər 2 yaş aralığında qeyd olunmuş, 65 yaşa qədər olan 60%, 65 yaşdan yuxarı 40% iştirakçı müəyyən edilmiş və nəticə aşağıda qeyd edilmişdir (Qrafik 2).



**Qrafik 2. Tədqiqat iştirakçılarının yaş aralığı faiz göstəricisi.**

Anket sorğusunda Parkinson xəstəliyinin müddəti də 2 zaman intervalında yoxlanıldı və əldə edilən nəticələrin 67%-ində xəstəlik müddətinin 5 ilə qədər, 33%-də isə 5 ildən çox olduğu aşkar edildi. (Cədvəl 3).

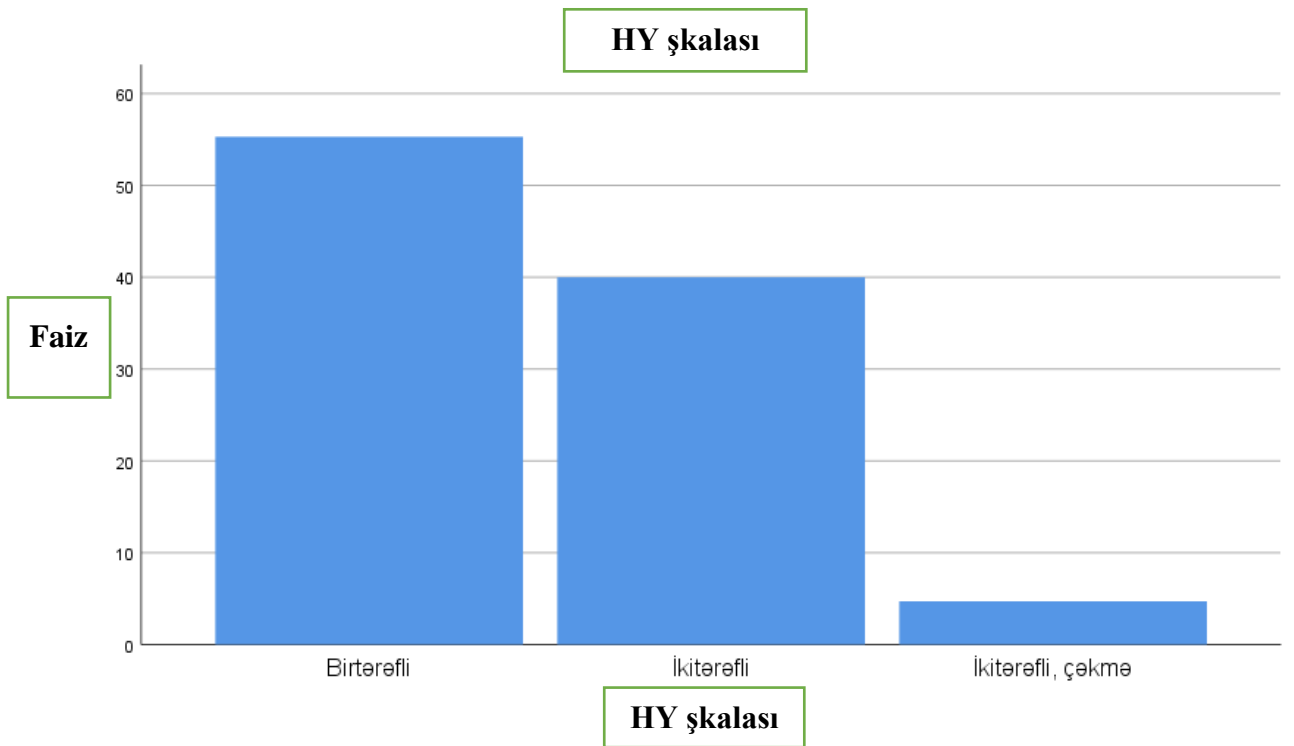
**Cədvəl 3. Tədqiqat iştirakçılarında PX-nin müddətinin faiz göstəricisi**

	Tezlik	Faiz	Etibarlı faiz	Məcmu faiz
5 ilə qədər	57	67.1	67.1	67.1
5 ildən çox	28	32.9	32.9	100.0
Cəmi	85	100.0	100.0	

Parkinson xəstəliyinin ağırlıq dərəcəsi, nevroloq tərəfindən HY şkalası (Hoehn and Yahr scale) vasitəsilə qiymətləndirilmişdir. Əldə olunan nəticələrə əsasən, 55% xəstədə mərhələ 1 (birtərəfli); 40% xəstədə mərhələ 2 (ikitərəfli); 5% xəstədə isə mərhələ 2.5 (ikitərəfli, çəkmə) olduğu müəyyən edilmişdir (Cədvəl 4 və Qrafik 3).

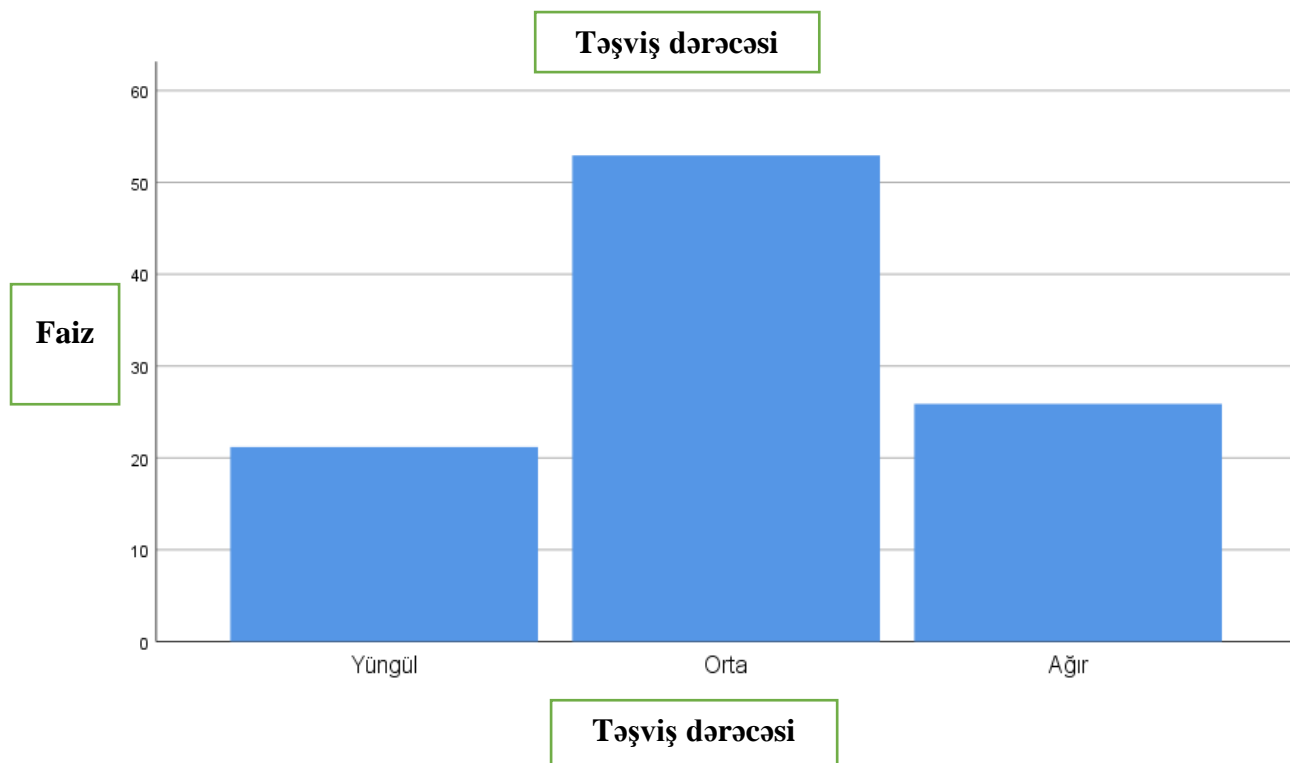
**Cədvəl 4.** Parkinson xəstələrində Hoehn və Yahr şkalası ilə ağırlıq dərəcəsinin faiz göstəricisi

		Tezlik	Faiz	Etibarlı faiz	Məcmu faiz
	Mərhələ 1	47	55.3	55.3	55.3
	Mərhələ 2	34	40.0	40.0	95.3
	Mərhələ 2.5	4	4.7	4.7	100.0
	Cəmi	85	100.0	100.0	



**Qrafik 3.** Parkinson xəstələrində Hoehn və Yahr şkalası ilə ağırlıq dərəcəsinin faiz göstəricisi.

Adından da göründüyü kimi tədqiqatımız, Parkinson xəstələrində təşviş dərəcəsinə dəyərlandırmaq məqsədilə aparılmışdır. Bu məqsədlə, tədqiqatda iştirak edən 85 pasientdə aparılan testlər vasitəsilə təşviş dərəcəsi müəyyən olunmuş, qiymətləndirilmiş və faiz göstəricisi çıxarılmışdır. Testin nəticəsinə görə, pasientlər arasında 21% yüngül dərəcəli, 53% orta dərəcəli, 26% ağır dərəcəli təşviş pozuntusu aşkar edilmişdir (Qrafik 4).



**Qrafik 4.** Tədqiqatda iştirak edən pasientlərin təşviş dərəcəsi.

Tədqiqatda iştirak edən xəstələrin müəyyən bir qisminə Parkinson xəstəliyi yaranmamışdan əvvəl də təşviş pozuntunun olduğu, həkim müayinəsi və geniş anamnez məlumatlarının toplanması nəticəsində müəyyən edilərək anamnez formlarında qeyd olunmuşdur. Bu nüansı nəzərə alaraq tədqiqatımızda iştirak edən 85 pasienti 2 qrupda qruplaşdırdıq: 1- Parkinson xəstəliyi yaranmamışdan əvvəl təşviş pozuntusu müşahidə olunan pasientlər; 2- Parkinson xəstəliyi yarıdıqdan sonra təşviş pozuntusu üzə çıxan pasientlər. Nəticələrdən məlum olmuşdur ki, 85 Parkinson xəstəsinin 40%-də xəstəlikdən əvvəl də təşviş pozuntusu müşahidə olunub, 60% pasientdə isə xəstəlikdən sonra yaranıb. Bu qrupların faiz göstəriciləri aşağıdakı cədvəldə təsvir edilmişdir.

**Cədvəl 5.** PX-dən əvvəl və ya sonra üzə çıxan təşviş pozuntusunun faiz göstəricisi

		Tezlik	Faiz	Etibarlı faiz	Məcmu faiz
Təşviş	xəstəlikdən əvvəl	34	40.0	40.0	40.0
	xəstəlikdən sonra	51	60.0	60.0	100.0

### 3.2 Tədqiqatdan əldə olunan nəticələrin müqayisəli təhlili.

Statistik analiz üçün test seçimində ilk öncə təşvişin normal yayılma şərti nəzərə alınmışdır. Göstəricinin skewness (əyrilik) və kurtosis (kurtoz) dəyərləri araşdırılmış, nəticədə əyrilik və kurtoz dəyərləri -1 ilə +1 arasında olduğu üçün t testinin istifadəsinə qərar verilmişdir. Aşağıda göstərilmiş 6-cı, 7-ci cədvəl; 5-ci, 6-cı və 7-ci qrafikə əsasən tədqiqat aparılan qruplarda təşviş göstəricisində normal paylanma olduğu aşkar edilmişdir.

**Cədvəl 6.** Təşviş pozuntusu göstəricisinin təsviri.

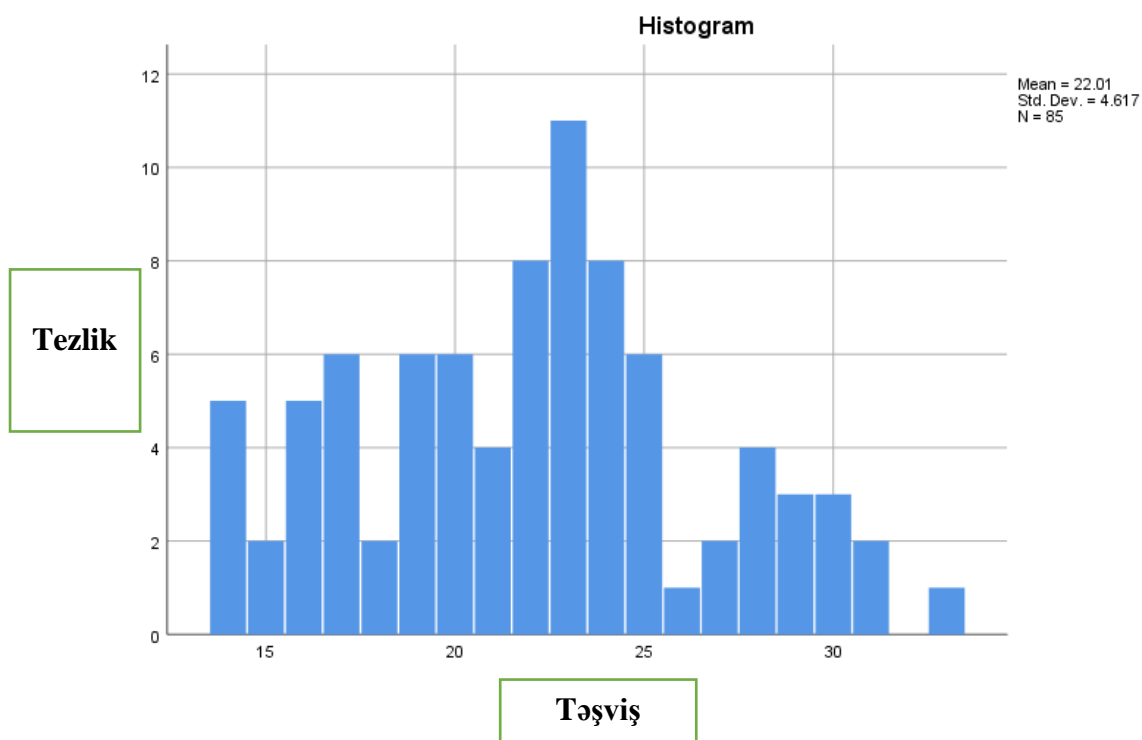
		Statistika	Std. Xəta	
Təşviş	Orta (Mean)	22.01	.501	
	Ortalama üçün 95% Etibar Aralığı	Aşağı sərhəd	21.02	
		Yuxarı sərhəd	23.01	
	5% Kəsilmiş Orta	21.95		
	Median	22.00		
	Fərqlilik	21.321		
	Std. Sapma (Std. D)	4.617		
	Minimum	14		
	Maksimum	33		
	Aralığı	19		
	Kvartallararası aralıq	6		
	Əyrilik (Skewness)	.159	.261	
	Kurtoz (Kurtosis)	-.547	.517	

**Cədvəl 7.** Təşviş pozuntusu göstəricisinin normallıq testi

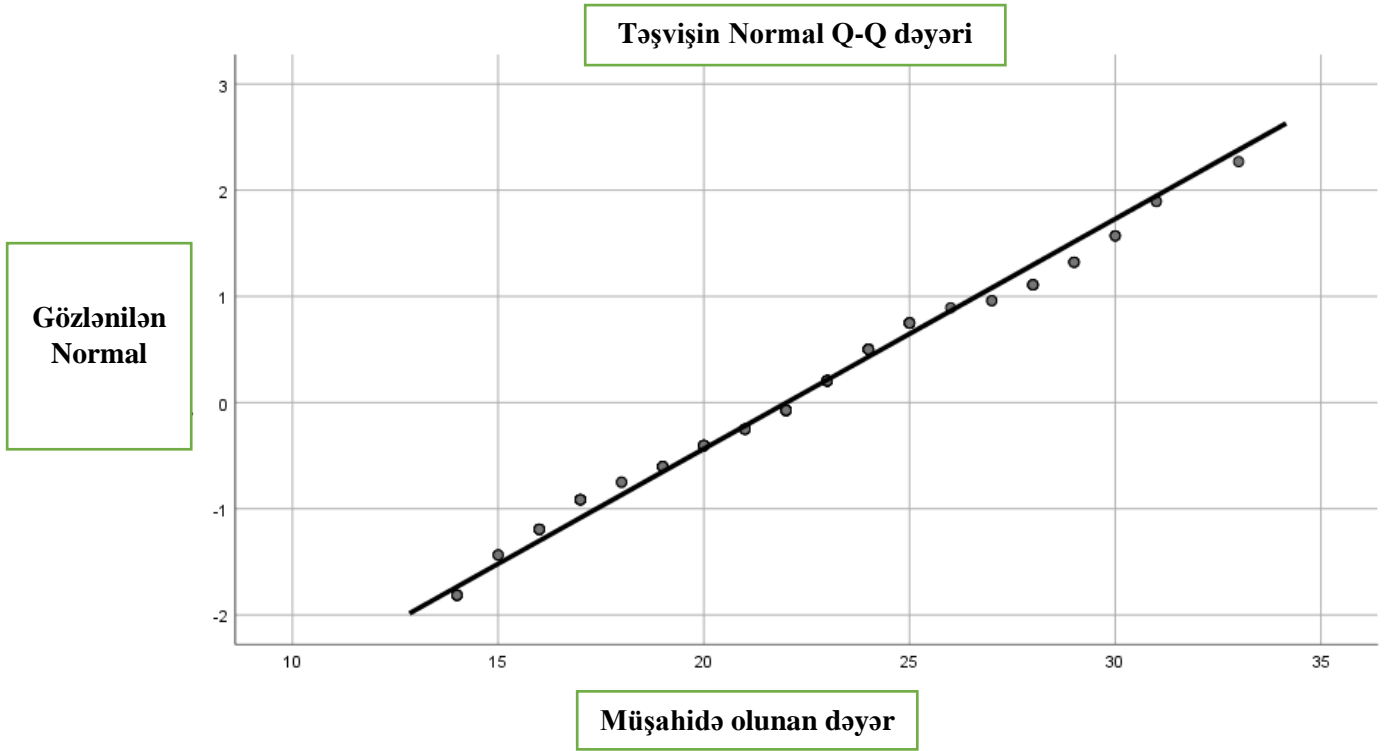
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro- Wilk		
	Statistika	df	p (Sig.)	Statistika	df	p (Sig.)
Təşviş	.075	85	.200*	.974	85	.085

\*. Bu, həqiqi əhəmiyyətliyin aşağı həddidir.

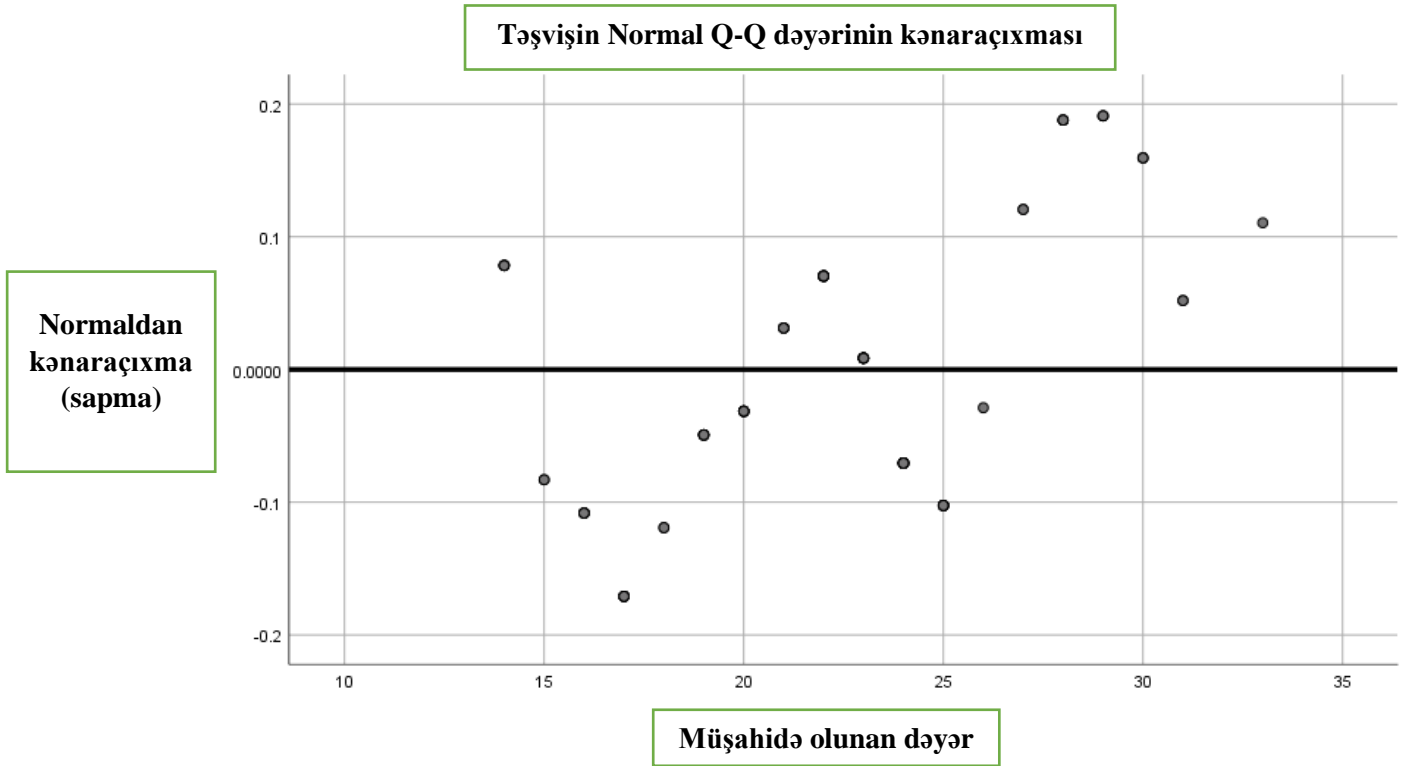
a. Lilliefors əhəmiyyətinin korreksiyası



**Qrafik 5.** Pasiyentlər arasında təşvişin paylanılmasının təyini.



*Qrafik 6. Pasiyentlər arasında təşvişin paylanılmasının təyini.*



*Qrafik 7. Pasiyentlər arasında təşvişin paylanılmasının təyini.*

Normal paylanma, əldə olunan nəticələrə əsasən 5 istiqamətdə (histogram, variyasiya əmsalı, skewness/kurtosis, detrended, normallıq testi) yoxlanıldı və təşviş pozuntusunun normal yayıldığı müəyyən edildi. İlk olaraq histoqrama nəzər yetirdikdə (Qrafik 5), ortalara doğru artma və yenidən azalma görünür ki, bu quruluş da normal yayılma prinsipinə uyğun gəlir. İkinci olaraq variyasiya əmsalına baxırıq. Variyasiya əmsalı, standart sapmanın (Std.D) ortalamaya (Mean) görə nə qədər dəyişiklik göstərdiyini müəyyən edir və əldə olunan nəticə 0,3-dən kiçik olmalıdır deyər qeyd olunur. Bunu nəzərə alaraq, Cədvəl 6-da əldə etdiyimiz nəticələrə baxdıqda Std.D/Mean nisbətinin 0,2 ( $<0,3$ ) olduğu görünür və bu da normal yayılma şərtinə uyğun gəlir. Üçüncü olaraq, skewness (əyrilik) və kurtosis (kurtoz) dəyərlərinə baxırıq. Buradakı şərt odur ki, Cədvəl 6-da qeyd olunan (Std.Xəta) hissəsindəki göstəricinin 2 misli, statistik göstəricidən böyük olmalıdır. Və bizim nəticələrimizdə də bu şərt ödənilir. Dördüncü olaraq, qrafik 7-də paylanma formasına baxırıq və təsadüfi paylanma olduğunu görürük ki, bu da normal yayılma şərtinə uyğun gəlir. Və sonuncu və əsas şərt olaraq da Cədvəl 7-yə nəzər yetiririk. Tədqiqatda iştirakçı sayımız 30-dan çox (85) olduğu üçün Kolmoqorov-Smirnov testini əsas götürürük. Buradakı əsas nüans, qeyd olunan cədvəldə  $p=\text{Sig.}>0.05$  şərtinin ödənməsidir ki, bizim nəticəmizdə də bu şərt kifayət qədər ödənilir. Bütün bu göstəricilərin detallı incələnməsi nəticəsində təşviş pozuntusunun normal paylanma göstərdiyi müəyyən olunur.

Normal paylanma müəyyən edildikdən sonra hipotez dəyərləndirməsi aparılır. İlk olaraq Parkinson xəstəliyinin ağırlıq dərəcəsinin təşviş səviyyəsinə təsiri araşdırıldı. Bunun üçün bir istiqamətli Anova (One Way Anova) testi istifadə edildi. Burada ilk olaraq təşvişin ortalama göstəricisi təyin olundu (Cədvəl 8), homogenlik yoxlanıldı (Cədvəl 9) və daha sonra bir istiqamətli Anova testinin nəticəsinə baxıldı (Cədvəl 10).

**Cədvəl 8. Təşviş pozuntusunun HY şkalasına görə ortalama göstəricilərinin təsviri**

Təşviş								
	N	Orta	Std. Sapma	Std. Xəta	Ortalama üçün 95% Etibarlılıq Aralığı		Minimum	Maksimum
					Aşağı Sərhəd	Yuxarı Sərhəd		
Mərhələ 1	47	20.19	4.470	.652	18.88	21.50	14	31
Mərhələ 2	34	23.76	3.619	.621	22.50	25.03	16	33
Mərhələ 2.5	4	28.50	1.915	.957	25.45	31.55	26	30
Total	85	22.01	4.617	.501	21.02	23.01	14	33

Cədvəl 8-də HY şkalasına əsasən təyin olunan PX-nin ağırlıq dərəcəsini nəzərə alaraq qruplara ayırdığımız 85 nəfər tədqiqat iştirakçısının qruplardakı ortalama təşviş dərəcəsi göstərilir. Cədvəl 8-ə əsasən qeyd edə bilərik ki, həkim-nevroloqun müayinəsinə əsasən, 85 nəfər PX olan iştirakçıdan 47 nəfəri HY şkalasının 1-ci mərhələ ağırlıq dərəcəsinə; 34 nəfəri HY şkalasının 2-ci mərhələ ağırlıq dərəcəsinə; 4 nəfəri isə HY şkalasının 2.5-ci mərhələsinə uyğun gəlmişdir. Digər mərhələlərə uyğun ağırlıq dərəcəsi 85 pasient arasında rast gəlinməmişdir. Bu göstəriciləri nəzərə alaraq formalaşdırılan hər qrupa aid olan pasientlərin ortalama təşviş dərəcəsi də Cədvəl 8-də göstərilmişdir.

Bir istiqamətli Anova (One Way Anova) testinin tətbiqi üçün ən vacib şərtlərdən biri homogenlik testidir. Testdə yoxlanılacaq dəyişənlər homogen olmalıdır. Homogenliyin göstəricisi aşağıdakı cədvəldə qeyd olunan p (Sig.) göstəricisidir. p (Sig.>0.05) şərti ödənməlidir ki, dəyişənlər homogen olsun. Cədvəl 9-da görünür ki, bizim istifadə etdiyimiz dəyişənlərin homogenlik şərti ödənməmişdir.



**Cədvəl 9.** Bir istiqamətli Anova testində yoxlanılan dəyişənlərin homogenlik testi

		Levene Statistikası	df1	df2	p (Sig.)
Təşviş	Ortalamaya görə (Mean)	2.398	2	82	.097
	Median əsasında	2.192	2	82	.118
	Median əsasında və düzəliş edilmiş df ilə	2.192	2	79.513	.118
	Kəsilmiş ortalamaya görə	2.205	2	82	.117

Dəyişənlərin homogenlik şərti ödəndiyi üçün Anova testinin nəticəsini dəyərləndirə bilərik. Əsas variyasiya analizi Cədvəl 10-da göstərilən Anova testidir. Burada cədvəldəki ən son göstərici olan p (Sig.) dəyərinə baxırıq ki, bu dəyər 0.05-dən kiçik olmalıdır p (Sig.<0.05). Bu nəticənin əldə edilməsi, qarşılaşdırılan qruplar arasında anlamlı bir fərq olduğunu göstərir. Bizim testimizdə də (p=Sig.<0.05) nəticəsi əldə edildi və bu nəticəyə əsaslanaraq ( H<sub>1</sub>) hipotezimiz təsdiqləndi.

**Cədvəl 10.** Bir istiqamətli Anova testinin nəticəsi

Təşviş	Kvadratların cəmi	df	Orta kvadrat	F	p
Qruplar arasında	428.594	2	214.297	12.898	.000
Qruplar daxilində	1362.394	82	16.615		
Ümumi	1790.988	84			

Bir istiqamətli Anova testi sadəcə qruplar arasındakı fərqi olub-olmadığını göstərir. Hansı qruplar arasında anlamlı fərq olduğunu bilmək üçün isə post-hoc testi tətbiq edilir. Bu araşdırmada Tukey post-hoc testi seçilmişdir (Cədvəl 11).

**Cədvəl 11. Tukey Post Hoc Testi**

Çoxsaylı müqayisələr

Asılı dəyişən: Təşviş

Tukey HSD

(I) PX_HY	(J) PX_HY	Orta Fərq (I-J)	Std. Xəta	Sig.	95% Etibar Aralığı	
					Aşağı sərhəd	Yuxarı Sərhəd
Mərhələ 1	Mərhələ 2	-3.573*	.918	.001	-5.76	-1.38
	Mərhələ 2.5	-8.309*	2.123	.001	-13.38	-3.24
Mərhələ 2	Mərhələ 1	3.573*	.918	.001	1.38	5.76
	Mərhələ 2.5	-4.735	2.155	.078	-9.88	.41
Mərhələ 2.5	Mərhələ 1	8.309*	2.123	.001	3.24	13.38
	Mərhələ 2	4.735	2.155	.078	-.41	9.88

\*. Orta fərq 0,05 səviyyəsində əhəmiyyətlidir.

Post-hoc testi nəticələrinə əsasən görünür ki, mərhələ 1 və mərhələ 2; həmçinin, mərhələ 1 və mərhələ 2.5 qrupları arasında anlamlı fərq var. Mərhələ 2 və mərhələ 2.5 qrupları arasında anlamlı fərq görünür.

**Cədvəl 12. Post-hoc testinə əsasən homogen alt çoxluqlar**

Təşviş

Tukey HSD<sup>a,b</sup>

PX_HY	N	Alfa üçün alt çoxluq = 0.05	
		1	2
Mərhələ 1	47	20.19	
Mərhələ 2	34	23.76	
Mərhələ 2.5	4		28.50
p (Sig.)		.129	1.000

Homogen alt qruplardakı qruplar üçün vasitələr göstərilir.

a. Harmonik Orta Nümunə Ölçüsü = 9,977.

b. Qrup ölçüləri qeyri-bərabərdir. Qrup ölçülərinin harmonik ortası istifadə olunur. Tip I xəta səviyyələrinə zəmanət verilmir.

Anket sorğusunda Parkinson xəstəliyinin müddəti – 5 ilə qədər və 5 ildən çox olmaqla iki qrupa ayrılmışdır və bu qruplar arasında təşviş dərəcəsinin müqayisəli təhlili aparılmışdır. Xəstəlik müddəti 5 ilə qədər olan qrupda  $M=20.96$ ,  $SD=4.289$ ; xəstəlik müddəti 5 ildən çox olan ikinci qrupda isə  $M=24.14$ ,  $SD=4.600$  nəticələri əldə edilmişdir (Cədvəl 13).

**Cədvəl 13.** Xəstəlik müddətinə görə ayrılan qrupların statistikası

	PX_Müddəti	N	Orta (Mean)	Std. Sapma	Std. Xəta Ortalaması
TƏŞVİŞ	5 ilə qədər	57	20.96	4.289	.568
	5 ildən çox	28	24.14	4.600	.869

Bu qruplar arasında anlamlı fərq olub-olmadığını müəyyənləşdirmək üçün müstəqil nümunə t testi (independent sample t test) seçildi (Cədvəl 14). T testi müstəqil iki qrupda ölçülən dəyişənin dəyərləri arasında mənalı bir fərqi olub olmadığını müəyyən etmək məqsədi ilə həyata keçirilir. T testini keçirmək üçün parametrik dəyişən olmalıdır və bu dəyişən normal paylanma göstərməlidir. Alınan test nəticələrinə nəzər yetirdikdə (Cədvəl 14), təşviş cədvəli üzrə müstəqil t testi göstəricilərinin qruplara görə mənalı bir fərqlilik göstərdiyini görürük ( $p=0.904$ ,  $t=3.135$ ,  $p=0.002$ ).

**Cədvəl 14.** Xəstəlik müddətinə görə ayrılan qruplara əsaslanan müstəqil nümunə t testi (Independent Samples Test)

		Levenin Variasiyaların Bərabərliyi Testi		Ortalamaların bərabərliyi üçün t testi						
		F	p (Sig.)	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama fərqi	Std.xətanın kvadratı fərqləri	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri	
									Aşağı	Yuxarı
Təşviş	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunur	.015	.904	-3.135	83	.002	-3.178	1.014	-5.194	-1.162
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			-3.060	50.532	.004	-3.178	1.039	-5.263	-1.093

Müstəqil nümunə t testində p əmsalı (Sig.)>0.05 isə dəyişənlər homogen dağılıb deməkdir. Normal paylanma şərti kimi homogen dağılma da ilk şərtlərdən biridir. Cədvəl 14-də göstəriləyi kimi p əmsal göstəricisinin nəticəsi (Sig.)>0.05 olduğu üçün (p=0.904) dəyişənlərin homogen yayıldığını göstərir. Qruplar arasında anlamlı fərqin olduğunu bilmək üçün isə iki tərəfli p əmsala (Sig 2-tailed) baxmalıyıq. İki tərəfli p (Sig 2-tailed) <0.05 şərtinin ödənməsi qruplararası mənalı fərq olduğunu göstərir. Bizim nəticəmizdə də 0.05-dən kiçik olduğu üçün ( p = 0.002) xəstəlik müddətinə görə ayrılan 2 qrup arasında təşviş dərəcəsinin müqayisəsində anlamlı fərq olduğu sübut olunmuşdur və (H<sub>2</sub>) hipotezi təsdiqlənmişdir.

Digər hipotezə keçid etsək, təşviş pozuntusunun Parkinson xəstəliyindən əvvəl xəstədə mövcud olduğu və ya PX-dən sonra üzə çıxması nüanlarını nəzərə alaraq, tədqiqat iştirakçılarını 2 fərqli qrupda qruplaşdırdıq. Onu da qeyd edim ki, PX-dən əvvəl təşviş pozuntusunun olması, xəstənin həkim tərəfindən qeydə alınmış anamnez formuna əsasən yazılmışdır. Bu qruplar arasında təşviş dərəcəsinin müqayisəli təhlilini aparmaq üçün qruplara nəzər yetirdikdə, PX-dən əvvəl təşviş pozuntusu olan pasientlərdən ibarət qrupda M=23.74, SD=4.223; PX-dən sonra təşviş pozuntusu yaranan pasientlərdən ibarət qrupda M=20.86, SD=4.548 nəticələri alınmışdır (Cədvəl 15).

**Cədvəl 15.** PX-də təşviş pozuntusunun xəstəlikdən əvvəl və ya sonra üzə çıxmasına əsaslanan qrupların statistikasi

	Üzə çıxması	N	Orta (Mean)	Std. Sapma	Std. Xəta Ortalaması
Təşviş	Xəstəlikdən əvvəl	34	23.74	4.223	.724
	Xəstəlikdən sonra	51	20.86	4.548	.637

Bu qruplar arasında anlamlı fərq olub-olmadığını müəyyənləşdirmək üçün də digər hipotezdə olduğu kimi müstəqil nümunə t testi (independent sample t test) seçildi. Alınan test nəticələrinə nəzər yetirdikdə (Cədvəl 16), təşviş cədvəli üzrə müstəqil t testi göstəricilərinin qruplara görə mənalı bir fərqlilik göstərdiyini görürük ( $p=0.396$ ,  $t=2.934$ ,  $p=0.004$ ).

**Cədvəl 16.** PX-də təşviş pozuntusunun xəstəlikdən əvvəl və ya sonra üzə çıxmasına əsaslanan qrupların göstəricilərinə görə müstəqil nümunə t testi (Independent Samples Test)

		Levenin Variasiyaların Bərabərliyi Testi		Ortalamaların bərabərliyi üçün t testi						
		F	p (Sig.)	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama fərqi	Std.xətanın kvadratı fərqləri	95% etibarlılıq səviyyəsində etibarlılıq fərqləri	
									Aşağı	Yuxarı
Təşviş	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunur	.726	.396	2.934	83	.004	2.873	.979	.925	4.820
	Varyansların bərabərliyi ehtimal olunmur			2.979	74.395	.004	2.873	.964	.951	4.794

Yuxarıda da qeyd etdiyimiz kimi, müstəqil nümunə t testində p əmsalı (Sig.) $>0.05$  isə dəyişənlər homogen dağılıb deməkdir. Normal paylanma şərti kimi homogen dağılma da bu testin ilk şərtlərindən biridir. Cədvəl 16-da göstərildiyi kimi p əmsal göstəricisinin nəticəsi (Sig.) $>0.05$  olduğu üçün ( $p=0.396$ ) dəyişənlərin homogen yayıldığını göstərir. Qruplar arasında anlamlı fərqi olub-olmadığını bilmək üçün isə iki tərəfli p əmsala (Sig 2-tailed) baxırıq. İki tərəfli p (Sig 2-tailed)  $<0.05$  şərtinin ödənməsi qruplararası mənalı fərq olduğunu

göstərir. Bizim nəticəmizdə də 0.05-dən kiçik olduğu üçün ( $p = 0.004$ ) təşviş pozuntusunun PX-dən əvvəl və ya sonra yaranması göstəricisinə görə ayrılan 2 qrup arasında təşviş dərəcəsinin müqayisəsində anlamlı fərq olduğu sübut olunmuşdur və ( $H_3$ ) hipotezi təsdiqlənmişdir.

Sonuncu hipotezimizdə Parkinson xəstəliyi zamanı xəstələrin yaşı artdıqca təşviş səviyyəsinin də artması ehtimal olunur. Fərziyyənin doğruluğunu yoxlamaq məqsədilə qeyd olunan dəyişənlər arasında korrelyativ əlaqə olub-olmadığına baxdıq. Korrelyasiya qeyd olunan dəyişənlər arasında əlaqə olub-olmaması, bu əlaqənin istiqaməti və şiddəti haqqında məlumat verən statistik testdir. Tətbiq olunan korrelyasiya testi zamanı aşkarlanan nəticələrdə korrelyasiya əmsalına ( $r$ ) baxılır, hansı ki bu əmsal dəyişənlər arasındakı əlaqənin gücünü göstərir,  $-1 \leq r \leq 1$  aralığında qiymətləndirilir. Bu qiymətləndirmə zamanı, korrelyasiya əmsalı ( $r$ ) 0-a yaxınlaşdıqca dəyişənlər arasında zəif, (-1) və ya 1-ə yaxınlaşdıqca isə güclü korrelyativ əlaqə olduğunu göstərir.

Bizim tədqiqatımızda xəstənin yaşı ilə təşviş pozuntusunun yüngül, orta və ağır dərəcələri arasında statistik əlaqənin olub-olmadığı araşdırılmışdır. Korrelyasiyanı yoxlamaq üçün ilk öncə dəyişənlərin normal paylanma göstəricilərini nəzərə almalıyıq ki, bu paylanmanın nəticəsindən asılı olaraq seçəcəyimiz test müəyyənləşir. Əgər hər iki dəyişəndə normal paylanma baş verirsə, bu zaman parametrik test olan Pearson korrelyasiya testi istifadə olunur. Əks halda, yəni hər iki dəyişən normal paylanma göstərməyibsə və ya dəyişənlərdən biri normal paylanıb, digəri isə normal paylanma göstərməyibsə, bu halda non-parametrik test olan Spearman korrelyasiya testi tətbiq olunur. Biz hipotezimizdə vurğuladığımız dəyişənlərə nəzər salsaq, yuxarıda qeyd olunduğu kimi, dəyişənlərdən biri olan təşvişin normal yayılma göstərdiyini görürük (Cədvəl 7). Xəstələrin yaşının normal yayılmasının yoxlanması isə 17-ci və 18-ci cədvəl, 8-ci, 9-cu və 10-cu qrafikdə qeyd olunmuşdur.

**Cədvəl 17.** Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaş göstəricisinin təsviri.

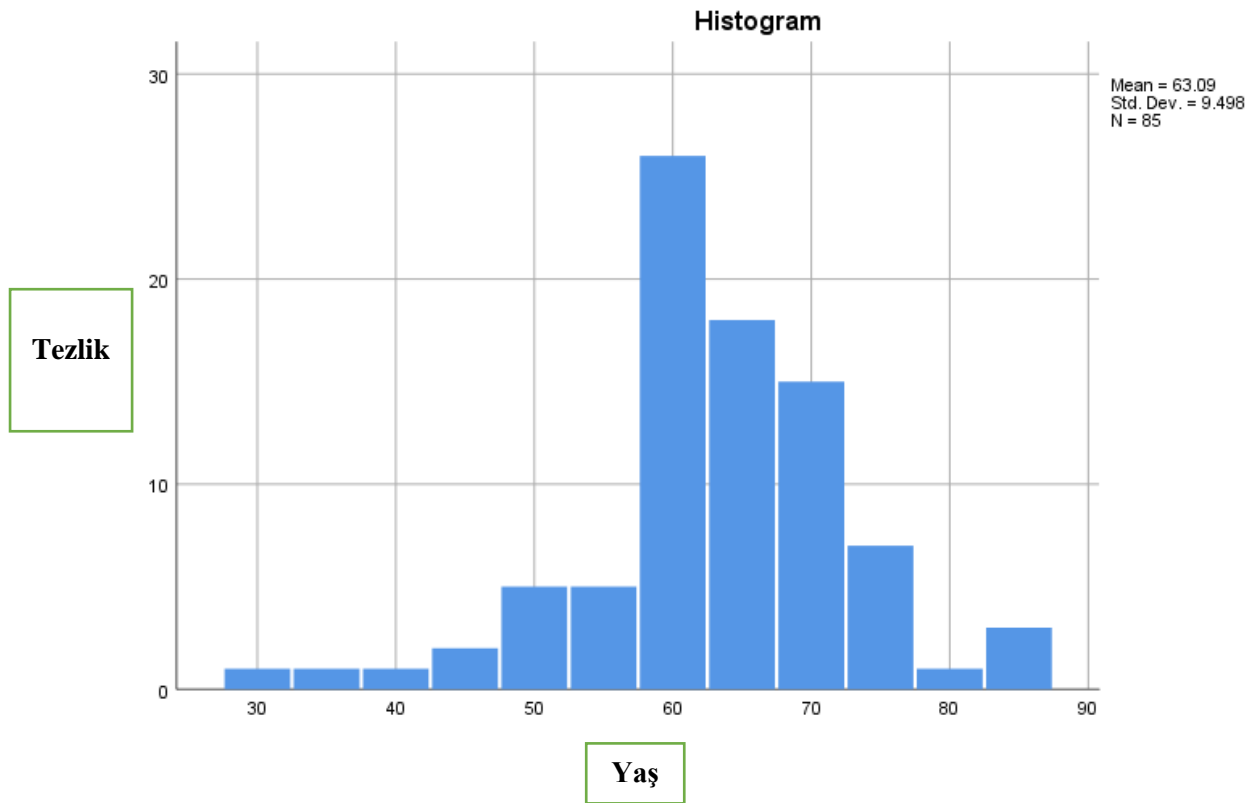
Təsvirlər			
		Statistika	Std. Xəta
Yaş	Orta (Mean)	63.09	1.030
	Aşağı sərhəd	61.05	

Ortalama üçün 95% Etibar Aralığı	Yuxarı sərhəd	65.14	
5% Kəsilmiş Orta		63.41	
Median		63.00	
Fərqlilik		90.205	
Std. Sapma (Std. D)		9.498	
Minimum		30	
Maksimum		85	
Aralığı		55	
Kvartallararası Aralıq		9	
Əyrilik (Skewness)		-.603	.261
Kurtoz (Kurtosis)		1.990	.517

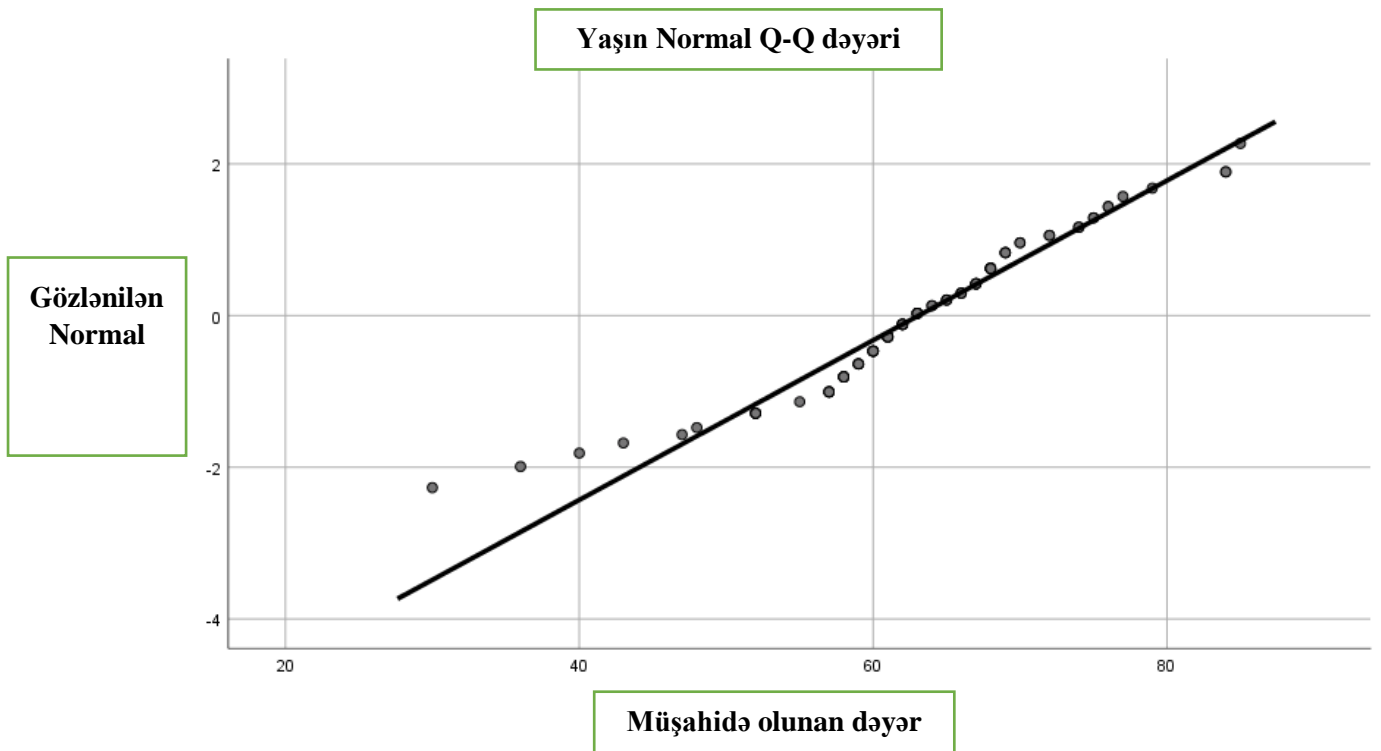
**Cədvəl 18.** Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaş göstəricisinin normallıq testi

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistika	df	p (Sig.)	Statistika	df	p (Sig.)
Yaş	.131	85	.001	.951	85	.003

a. Lilliefors əhəmiyyətinin korreksiyası

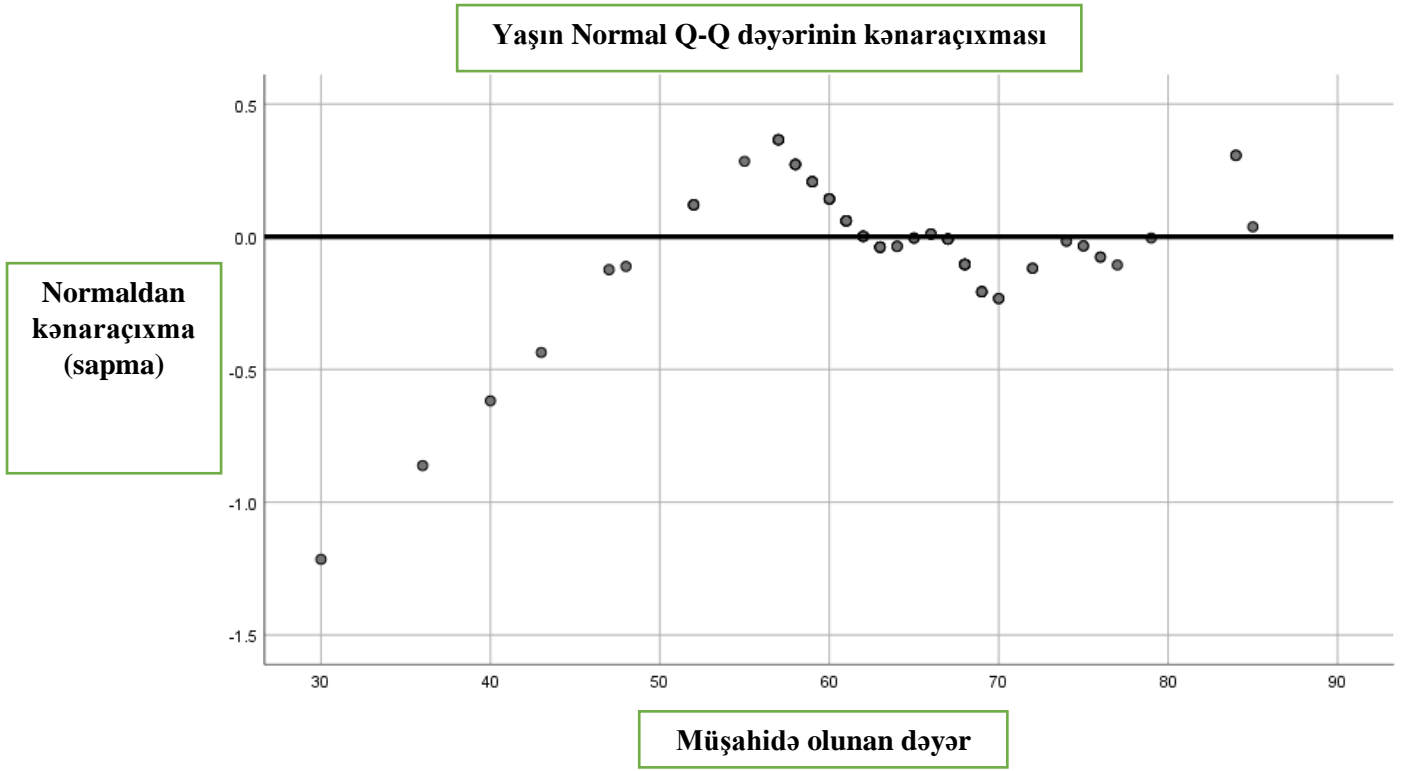


*Qrafik 8. Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaşının paylanılmasının təyini.*



*Qrafik 9. Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaşının paylanılmasının təyini.*





**Qrafik 10.** Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaşının paylanılmasının təyini.

Yuxarıda təsvişi normal paylanmasında olduğu kimi, xəstələrin yaş göstəricisinin normal paylanması da əldə olunan nəticələrə əsasən 5 istiqamətdə (histogram, variasiya əmsalı, skewness/kurtosis, detrended, normallıq testi) yoxlanıldı və normal paylanma müşahidə olunmadı. İlk olaraq histoqrama nəzər yetirdikdə (Qrafik 8), normal paylanma prinsipinə uyğun gəlmədiyi aydın görünür. İkinci olaraq yenə variyasiya əmsalına nəzər yetirərək, standart sapmanın (Std.D) ortalamaya (Mean) görə nə qədər dəyişiklik göstərdiyini və əldə olunan nəticənin 0,3-dən kiçik olub-olmadığını müəyyən edirik. Cədvəl 17-də əldə etdiyimiz nəticələrə baxdıqda Std.D/Mean nisbətinin 0,15 ( $<0,3$ ) olduğu görünür və bu göstərici normal paylanma şərtinə uyğun gəlir. Daha sonra, skewness (əyrilik) və kurtosis (kurtoz) dəyərlərinə baxıb, buradakı şərtlərin yəni, Cədvəl 17-də qeyd olunan (Std.Xəta) hissədəki göstəricilərin 2 mislinin, statistik göstəricilərdən böyük olma şərtinin ödəndiyinə baxırıq. Əldə etdiyimiz nəticələrdə bu şərt ödənmir. Dördüncü olaraq, qrafik 10-dakı paylanma formasına baxırıq və təsadüfi paylanma olmadığını görürük ki, bu da normal yayılma şərtinə uyğun gəlmir. Və sonda əsas şərt olaraq da Cədvəl 18-ə nəzər yetiririk və tədqiqatda iştirakçı sayımız 30-dan çox (85) olduğu üçün Kolmoqorov-Smirnov testinin nəticəsinə baxırıq. Qeyd olunan cədvəldə  $p = \text{Sig.} > 0.05$  şərti ödənməlidir ki, normal paylanma olduğu təsdiq olunsun, lakin Cədvəl 18-də görüldüyü kimi  $p = .001$  olduğundan bu dəyişənin normal yayılma göstərmədiyi aşkar olunmuşdur. Bütün bu göstəricilərin detaylı incələnməsi nəticəsində xəstələrin yaşının, normal paylanmanı

yoxladığımız beş şərtdən dördünü ödəmədiyi aşkarlanır və normal paylanma göstərmədiyi müəyyən olunur.

Deməli, korrelyativ əlaqəni yoxlayacağımız dəyişənlərdən biri (təşviş) normal paylanıb, digəri isə (xəstənin yaşı) normal paylanmaya uyğun gəlmir. Belə olan halda biz korrelyativ əlaqənin yoxlanılmasında qeyri-parametrik Spearman Korrelyasiya testini tətbiq etdik (Cədvəl 19).

**Cədvəl 19.** Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaşı ilə təşviş dərəcəsi arasında korrelyasiya testi

			Təşviş	Yaş
Spearman's rho korrelyasiyası	Təşviş	Korrelyasiya əmsalı (rho)	1.000	-.133
		p (Sig. 2-tailed)	.	.224
		Say (N)	85	85
	Yaş	Korrelyasiya əmsalı (rho)	-.133	1.000
		p (Sig. 2-tailed)	.224	.
		Say (N)	85	85

Cədvəl 19-da göründüyü kimi, Spearman Korrelyasiya testində korrelyasiya əmsalı (rho)-dur və r kimi rho da (-1) ilə 1 arasında qiymətləndirilir:

- (-1.0) ilə (-0.7) arası – çox güclü neqativ korrelyasiya
- (-0.7) ilə (-0.5) arası – güclü neqativ korrelyasiya
- (-0.5) ilə (-0.3) arası – orta dərəcə neqativ korrelyasiya
- (-0.3) ilə 0 arası – zəif neqativ korrelyasiya
- 0 ilə 0.3 arası – zəif pozitiv korrelyasiya
- 0.3 ilə 0.5 arası – orta dərəcə pozitiv korrelyasiya
- 0.5 ilə 0.7 arası – güclü pozitiv korrelyasiya
- 0.7 ilə 1.0 arası – çox güclü pozitiv korrelyasiya

Əldə olunan nəticəni təhlil etdikdə ilk olaraq rho və p (Sig. 2-tailed) dəyərini baxırıq. Dəyişənlər arasında anlamlı korrelyativ əlaqə olması üçün p (Sig.)<0.05 şərti ödənməlidir. Cədvəl 19-a nəzər yetirdikdə isə, bizim nəticəmizdə rho = -0.133 və p(Sig.) = 0.224 olaraq görünür, yəni (-0.3)< rho <0 və p (Sig.)>0.05 olduğunu görürük. Korrelyasiya əmsalı (-0.3)< rho <0 göstəricisi xəstənin yaşı və təşviş dərəcəsi arasında zəif neqativ korrelyativ əlaqə

olduğunu;  $p(\text{Sig.}) > 0.05$  göstəricisi isə əhəmiyyətsiz korrelyativ əlaqə olduğunu göstərir. Deməli buradan belə nəticəyə gəlirik ki, Parkinson xəstəliyi zamanı xəstələrin yaşı ilə təşviş dərəcəsi arasında əhəmiyyətsiz və zəif neqativ korrelyativ əlaqə var, əhəmiyyətli korrelyativ əlaqə müşahidə olunmur. Əldə olunan nəticəyə əsasən  $H_4$  hipotezimiz təsdiqlənmədi, təkzib olundu. Belə olan halda, Parkinson xəstəliyi zamanı xəstələrinin yaşı ilə təşviş dərəcəsi arasında əhəmiyyətli korrelyativ əlaqə olmadığı vurğulanır.

Onu da qeyd edim ki, korrelyasiya iki və daha artıq dəyişən arasında statistik əlaqənin mövcudluğunu müəyyən edir. Yəni, biz qeyd edilən 2 dəyişən arasında sadəcə əlaqənin (pozitiv və ya neqativ, artan və ya azalan, biri artanda digəri azalan) var olub-olmasını deyə bilərik. Çünki bu əlaqə səbəb-nəticə analizi deyil. Korrelyasiyada bir dəyişəndən alınan nəticə ilə digər dəyişəndən əldə olunan nəticənin bir-biri ilə əlaqəsi qeydə alınır.

Tədqiqat sırasında 4 fərziyyə irəli sürdük və SPSS (26.0) proqramında fərziyyələrə uyğun testlər işlədik. Nəticədə 3 fərziyyəmizdə əhəmiyyətli nəticə əldə olundu və fərziyyələrimiz ( $H_1$ ,  $H_2$ ,  $H_3$ ) qəbul olundu. Sonuncu fərziyyəmizdə isə əhəmiyyətli nəticə əldə olunmadığından, ( $H_4$ ) fərziyyəmiz qəbul olunmadı.

## NƏTİCƏ

Parkinson xəstəliyi neyrodegenerativ xəstəliklər içərisində ən geniş yayılmış xəstəliklərdən biridir. Xəstəliyin diaqnozunun qoyulması əsas motor əlamətlərin (bradikineziya, rigidlik, istirahət tremoru, postural dayanıqsızlıq) varlığına əsaslanır və bu əlamətlər müayinə zamanı çox sıxlıqla rast gəlinir. Parkinson xəstəliyinin motor əlamətləri ilə yanaşı motor olmayan (non-motor) əlamətləri də var ki, bu əlamətlər ilk başlarda arxa planda qala bilər. Lakin xəstəliyin irəliləməsi ilə bu əlamətlər daha da artım göstərir və xəstəyə ciddi narahatlıq törədir. Hətta araşdırmalar nəticəsində məlum olmuşdur ki, bu non-motor əlamətlər Parkinson xəstəliyi üzə çıxmamışdan uzun illər öncədən yarana bilər. Təşviş, depressiya, həssaslıq, yaddaş pozuntusu, yuxu pozuntusu, yorğunluq, halsızlıq, həddən artıq tərləmə non-motor əlamətlər arasında sıxlıqla rast gəlinir. Bu tədqiqatda Parkinson xəstərində çox rast gəlinən və xəstəyə ciddi narahatlıq verən non-motor əlamət olan təşviş ilə əlaqəli araşdırmalar aparılmış və müxtəlif nüansları nəzərə almaqla təşviş pozuntusu dəyərləndirilmişdir. Təşviş, PX zamanı motor simptomların güclənməsi, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin artması nəticəsində daha da arta bilər və bu da eyni zamanda yenidən motor əlamətlərə təsir edərək mövcud vəziyyəti daha da ağırlaşdırır. Buna görə də bu xəstəlikdə təşviş pozuntusunun araşdırılması, hansı səviyyədə olduğunun təyini, vaxtında aradan qaldırılma yolunun tətbiqi çox vacib əhəmiyyət kəsb edir. Bizim dissertasiya işimizdə də Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusu müxtəlif istiqamətlərdən dəyərləndirilmişdir.

Tədqiqat işimizdə 85 Parkinson xəstəsi iştirak etdi və bu xəstələrin təşviş dərəcəsi Hamilton təşviş reytingi cədvəli vasitəsilə işlənərək müəyyənləşdirildi. Daha sonra isə əsas hipotezimiz olan PX-nin ağırlıq dərəcəsinin xəstədə mövcud olan təşviş dərəcəsinə təsirini araşdırdıq. Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi həkim-nevroloq tərəfindən müayinə prosesində müəyyən olunub HY şkalası ilə dərəcələndirildi. Burada diqqət çəkən məqam o oldu ki, tədqiqatda iştirak edən 85 xəstənin sadəcə 4 nəfəri orta ağırlıq mərhələsində idi. 81 nəfər 1-ci və 2-ci mərhələ ağırlıq dərəcəsinə idi və əlil arabasına bağlı, hərəkət qabiliyyətini tamamilə itirmiş xəstələrə rast gəlinmədi. Daha sonra bu nəticələrə uyğun olaraq hipotezimiz üzərində işləndi, statistik test olaraq bir istiqamətli Anova (One Way Anova) seçildi. Alınan nəticə əhəmiyyətli çıxdı və biz müəyyən etdik ki, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi təşvişə təsir göstərir, aralarında əhəmiyyətli əlaqə var və  $H_1$  hipotezimiz təsdiq olundu.

$H_2$  hipotezimizdə xəstələr 2 yaş qrupunda qruplaşdırılaraq (65 yaşa qədər və 65 yaşdan çox), bu qruplar arasında təşviş dərəcəsinə əhəmiyyətli fərq olub-olmadığı araşdırıldı. İstifadə olunan müstəqil nümunə t testi (independent sample t test) nəticəsində təsdiq etdik ki, bu

qruplarda təşviş pozuntuları arasında əhəmiyyətli fərq var və yaşı 65-dən yuxarı olan xəstələrdən ibarət qrupda təşviş ortalaması daha yüksəkdir.

H<sub>3</sub> hipotezimizdə xəstələri, təşviş pozuntusunun Parkinson xəstəliyindən əvvəl də mövcud olması və ya Parkinson xəstəliyindən sonra üzə çıxması nüansını əsas götürərək 2 qrupa ayırdıq. Xəstəlikdən əvvəl təşvişin olması xəstənin anamnez məlumatlarına və həkim-nevroloqun müayinə nəticəsinə əsasən qeydə alındı. Bu qruplarda təşviş pozuntuları arasında əhəmiyyətli fərq olub-olmadığı müstəqil nümunə t testi (independent sample t test) ilə yoxlanıldı və qruplar arasında əhəmiyyətli fərq olduğu müəyyən edildi. Həmçinin, Parkinson xəstəliyindən əvvəl təşviş pozuntusu olan xəstələrdən ibarət qrupun təşviş ortalamasının digər qrupa nisbətən daha yüksək olduğu aşkarlandı.

H<sub>4</sub> hipotezimizdə Parkinson xəstələrinin yaşı ilə təşviş dərəcəsi arasında korrelyativ əlaqə olub-olmadığı yoxlanıldı və ilkin olaraq dəyişənlərin normal paylanma göstəricilərinə baxıldı. Təşviş normal paylanma göstərdiyi halda, xəstələrin yaş göstəricisində normal paylanma olmadığı üçün parametrik Pearson testi deyil, qeyri-parametrik Spierman korrelyasiya testi seçildi. Testin nəticəsində dəyişənlər arasında əhəmiyyətli korrelyativ əlaqə aşkarlanmadı və hipotezimiz təkzib olundu.

Parkinson xəstəliyi xroniki xəstəlik olduğu üçün xəstəlik irəlilədikcə motor və non-motor əlamətlərin təsiri də xəstəni daha çox narahat etməyə başlayır, həyat keyfiyyətini aşağı salır və ciddi narahatlıq verir. Parkinson xəstəliyinin motor simptomları üzərində uzun illər ərzində daha çox dayanılmış, araşdırmalar aparılmışdır, lakin bu sırada non-motor əlamətlər bir qədər diqqətdən kənar qalmışdır. Son dövrlərdə isə artıq motor olmayan simptomlar da araşdırılmağa başlayıb ki, bu məsələdə təbii ki psixologiya elminin inkişafı da əsaslı rol oynayır. Biz də tədqiqat işimizdə psixoloji non-motor əlamətlərdən biri olan təşvişi araşdırdıq.

Tədqiqatımızda qeyd olunması vacib olan bir məqam da var ki, tədqiqatın gedişi sırasında xəstələrin dərman istifadəsi dayandırılmamışdır. Bu məqam həmçinin tədqiqatımızın çatışmayan cəhətidir. Onu da qeyd etməliyəm ki, Parkinson xəstəliyinin müalicəsində istifadə olunan dərman preparatlarının yan təsirləri olaraq təşviş pozuntusu da yarana bilər ki, bu da anamnezdə dərmana bağlı təşviş olaraq qeyd oluna bilər. Bu hal xüsusilə xəstələr tərəfindən dərmanın doza həddinin aşılması zamanı baş verir. Gələcək tədqiqatlarda daha dəqiq nəticələr əldə olunması üçün bu məqama diqqət yetirilməsi məqsədəuyğun olar. Həmçinin, daha uzun müddət ərzində və daha çox xəstə ilə tədqiqat aparılması çox daha dəqiq məlumatlar əldə etməyə imkan yarada bilər. Bizim tədqiqatımızda ağırlıq dərəcəsinə görə xəstələrin dəyərləndirilməsi zamanı mərhələ 2.5-ə uyğun olan orta ağırlıqlı xəstə sayı 4 nəfər idi.

Qruplararası say fərqinin uyğun olması və test nəticəsinin daha əsaslı olması məqsədilə gələcək tədqiqat işlərimizdə bu say fərqini azaltmağı təmin etməyə çalışmaq planlaşdırılır.

Son olaraq, müxtəlif tədqiqatçıların apardığı tədqiqatlara əsasən də müəyyən etdik ki, Parkinson xəstələrində təşviş sıxlıqla rast gəlinən əlamətdir və xəstəliyin gedişatına, xəstənin həyat keyfiyyətinə, günlük yaşamına əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. Həmçinin, xəstəliyin xarakterik motor əlamətləri ilə təşviş pozuntusu arasındakı əlaqənin nəzərəçarpan dərəcədə olduğunu qeyd etdik. Bu səbəblə Parkinson xəstəliyində təşviş pozuntusunun vaxtında aşkar olunması və aradan qaldırılmasına nail olmaq vacib nüanslardan biridir. Bunları nəzərə alaraq, Parkinson xəstəliyi zamanı yalnız nevroloji problemlər deyil, həm də psixoloji problemlər dəyərləndirilməlidir.

## İSTİFADƏ OLUNAN ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. İsmayılov N.V. (2013) Psixiatriya (Dərslik, IV nəşr), Bakı, Apoatroff nəşriyyatı, 528. səh. (383-387).
2. Təşviş pozuntularının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. (2021) Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Bakı, 41 s.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th (DSM-5) ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Anthony H.V. Schapira, Chaudhuri R., Jenner P. (2017) Non-motor features of Parkinson disease. doi:10.1038/nrn.2017.62
5. Ba F., Obaid M., Wieler M., Camicioli R., Martin W.R.W (2016) Parkinson Disease: The Relationship Between Non-motor Symptoms and Motor Phenotype. *Can J Neurol Sci*; 43: 261-267. doi:10.1017/cjn.2015.328
6. Bandelow B., Baldwin D., Abelli M. et al. (2017) Biomarkers for anxiety disorders, OCD and PTSD: a consensus statement part II. Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *World Journal Biol Psychiatry*. Apr;18(3):162-214.s.93
7. Bekkers E., B. Dijkstra, E. Heremans, S. Verschueren, B. Bloem, A. Nieuwboer. (2018) Balancing between the two: Are freezing of gait and postural instability in Parkinson's disease connected? *Neurosci. Biobehav. Rev.* 94 s.113–125.
8. Blauwendraat C., Nalls M.A., Singleton A.B. (2020) The genetic architecture of Parkinson's disease. *Lancet Neurol*; 19: 70–78.
9. Brinkerhoff, Sh. (2014) Anxiety Disorders. *Part of The State of Mental Illness and Its Ther series*. Hollywood, 128 p.
10. Broen M.P.G., Leentjens A.F.G., Hinkle J.T., Moonen A.J.H., Kuijf M.L., Fischer N.M., Perepezko K., Bakker A., Pontone G.M. (2018) Clinical markers of anxiety subtypes in Parkinson disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 31, 55-62.
11. Broen M.P., Narayan N.E., Kuijf M.L., Dissanayaka N.N., Leentjens A.F. (2016) Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.*; 31(8):1125-1133.
12. Broen M.P., Kohler S., Moonen A.J., et al. (2016) Modeling anxiety in Parkinson's disease. *Mov Disord*; 31(3):310-316.
13. Buhmann C., Dogac S., Vettorazzi E., Hidding U., Gerloff C., Jurgens T.P. (2017) The impact of Parkinson's disease on patients' sexuality and relationship. *J Neural Transm (Vienna)* 128, 983-996.

14. Carey G., Görmezoğlu M., Joost J.A. de Jong, Hofman P.A.M., Backes W.H., Dujardin K., Leentjens A.F.G. (2020) Neuroimaging of Anxiety in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Movement Disorders*. doi: 10.1002/mds.28404
15. Cereda E., Cilia R., Klersy C., et al. (2016) Dementia in Parkinson's disease: is male gender a risk factor? *Parkinsonism Relat Disord*; 26:67-72.
16. Cerri S., Mus L., Blandini F. (2019) Parkinson's Disease in Women and Men: What's the Difference? *Journal of Parkinson's Disease* 9. 501–515. doi: 10.3233/JPD-191683
17. Charles, H. (2000) Parkinson's Disease and Movement Disorders. *Diagnosis and Treatment Guidelines for the Practicing Physician*. New York, 501 p.
18. Cilia R., Cereda E., Akpalu A., Sarfo F.S., Cham M., Laryea R., Obese V., Oppon K., Sorbo F.D., Bonvegna S., Zecchinelli A.L., Pezzoli G. (2020). Natural history of motor symptoms in Parkinson's disease and the long-duration response to levodopa. *Brain a journal of neurology*; page 1-12. doi:10.1093/brain/awaa181.
19. Colombo D., Abbruzzese G., Antonini A., Barone P., Bellia G., Franconi F., Simoni L., Attar M., Zagni E., Haggiag S., Stocchi F. (2015) The “gender factor” in wearing-off among patients with Parkinson's disease: A *post hoc* analysis of DEEP study. *Scientific World Journal*, 447-451.
20. Correia Guedes L.; Mestre T.; Outeiro T.F.; Ferreira J.J. (2020) Are genetic and idiopathic forms of Parkinson's disease the same disease? *J. Neurochem*, 152, 515–522.
21. Dahodwala N., Shah K., He Y., Wu S.S., Schmidt P., Cubillos F., Willis A.W. (2018) Sex disparities in access to caregiving in Parkinson disease. *Neurology* 90, 48-54.
22. Day J.O., Mullin S. (2021) The Genetics of Parkinson's Disease and Implications for Clinical Practice. *Genes*, 12, 1006. doi:10.3390/genes12071006
23. Dlorio A., Maggi G., Vitale C., et al. (2018) “Pure apathy” and cognitive dysfunctions in Parkinson's disease: a meta-analytic study. *Neurosci Biobehav Rev*; 94:1-10.
24. Doherty K. M., van de Warrenburgh B. P., Peralta M. C. et al. (2011) Postural deformities in Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 10, 538–549.
25. Egan S.J., Laidlow K., Starkstein S. (2015) Cognitive behavioral therapy in depression and anxiety in Parkinson's disease. *J. Park Dis*; 5(3):433-51.
26. Emma, K., Blundell, L., Grover, S., Josgua S. (2023) The experience of Anxiety for people with Parkinson's disease. *Parkinsons Dis.* (9), 75. Berlin, p. 45-67
27. Eric, A. (2015) The New Parkinson's Disease Treatment Book: Partnering with Your Doctor To Get the Most from Your Medications. London, p. 544



28. Fereshtehnejad S.M., Zeighami Y., Dagher A., Postuma R.B. (2017) Clinical criteria for subtyping Parkinson's disease: biomarkers and longitudinal progression. *Brain*; 140: 19 59–76.
29. Filho A.V.M., Chaves S.N., Martins W.R., et al. (2020) Progressive Resistance Training Improves Bradykinesia, Motor Symptoms and Functional Performance in Patients with Parkinson's Disease. *J. Clinical Interventions in Aging*: 15 87–95.
30. Georgiev D., Hamberg K., Hariz M., Forsgren L., Hariz G.M. (2017) Gender differences in Parkinson's disease: A clinical perspective. *Acta Neurol Scand* 136, 570-584.
31. Hayes M.T. (2019) Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicine* 132:802-807.
32. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) 11th version (2022). WHO. 233 p.
33. Kalia L.V., Lang A.E. (2015) Parkinson's disease. *Lancet*; 386: 896–912.
34. Kalf J. G., Borm G. F., de Swart B. J. et al. (2011) Reproducibility and validity of patient-rated assessment of speech, swallowing, and saliva control in Parkinson's disease. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 92, 1152–1158.
35. Khatri D.K., Choudhary M., Sood A., Singh S.B. (2020) Anxiety: An ignored aspect of Parkinson's disease lacking attention. *The Journal of Biomedicine & Pharmacotherapy*. doi:10.1016/j.biopha.2020.110776
36. Kim R., Lee J., Kim Y., Kim A., Jang M., Kim H.J., Jeon B., Kang U.J., Fahn S. (2018) Presynaptic striatal dopaminergic depletion predicts the later development of freezing of gait in de novo Parkinson's disease: An analysis of the PPMI cohort. *Parkinsonism Relat Disord* 51, 49-54.
37. Lill C.M. (2016) Genetics of Parkinson's disease. *Mol Cell Probes* 30(6): 386-396.
38. Mahlknecht P., Seppi K., Poewe W. (2015) The concept of prodromal parkinson's disease. *J. Parkinsons Dis*; 5: 681–97
39. Marras C., Lang A. (2013) Parkinson's disease subtypes: Lost in translation? *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 84, 409–415.
40. Martinez-Martin P., Falup Pecurariu C., Odin P., van Hilten J.J., Antonini A., Rojo-Abuin J.M., BorgesV., Trenkwalder C., Aarsland D., Brooks D.J., Ray Chaudhuri K. (2012) Genderrelated differences in the burden of non-motor symptoms in Parkinson's disease. *J Neurol* 259, 1639-1647.

41. McFarthing K., Buff S., Rafaloff G., Dominey T., Wyse R.K., Stott S.R.W. (2020) Parkinson's disease drug therapies in the clinical trial pipeline:. *J Parkinsons Dis*; 10: 757–74.
42. Nicoletti A, Vasta R, Mostile G, et al. (2017) Gender effects on non-motor symptoms in Parkinson's disease: are men more at risk? *Parkinsonism Relat Disord*; 35:69-74.
43. Nienstedt J.C., Bihler M., Niessen A., Plaetke R., Pötter-Nerger M., Gerloff C., Buhmann C., Pflug C. (2019) Predictive clinical factors for penetration and aspiration in Parkinson's disease. *Neurogastroenterol Motil* 3, e13524.
44. Ou R., Liu H., Hou Y., Song W., Cao B., Wei Q., Yuan X., Chen Y., Zhao B., Shang H. (2018) Predictors of camptocormia in patients with Parkinson's disease: A prospective study from southwest China. *Parkinsonism Relat Disord* 52, 69-75.
45. Pagonabarraga J., Martinez-Horta S., Fernandes de Bobadilla R. et al. (2016) Minor hallucinations occur in drug-naïve Parkinson's disease, even from the premotor phase. *Mov. Dis.* 31, 45–52.
46. Parashos S.A., Bloem B.R., Browner N.M., Giladi N., Gurevich T., Hausdorff J.M., He Y., Lyons K.E., Mari Z., Morgan J.C., Post B., Schmidt P.N., Wielinski C.L. (2018) What predicts falls in Parkinson disease? Observations from the Parkinson's Foundation registry. *Neurol Clin Pract* 8, 214-222.
47. Parks J.H., Kang Y.J., Horak F.B. (2015) What is wrong with balance in Parkinson's disease? *J. Mov Disord*; 8(3):109-14.
48. Perez-Lloret S., Negre-Pages L., Ojero-Senard A. et al. (2012). Oro-buccal symptoms (dysphagia, dysarthria, and sialorrhea) in patients with Parkinson's disease: preliminary analysis from the French COPARK cohort. *European J. Neurology*, 19:28–37.
49. Poewe W., Seppi K., Tanner C.M., Halliday G.M., Brundin P., Volkman J., Schrag A., Lang A.E. (2017) Parkinson disease. *Nat. Rev. Dis. Primers* 3, 17013.
50. Poewe W., Seppi K., Marini K., Mahlknecht P. (2020) New hopes for disease modification in Parkinson's Disease. *Neuropharmacology*; 171: 108085.
51. Pont-Sunyer C., Hotter A., Gaig C. et al. (2014) The onset of nonmotor symptoms in Parkinson's disease (The ONSET PD Study). *Mov. Disord.* 30, 229–237.
52. Reichmann H. (2010) Clinical criteria for the diagnosis of Parkinson's disease. *Neurodegener. Dis.* 7, 284–290.
53. Sagna A., Gallo J.J., Pontone G.M. (2014) Systematic review of factors associated with depression and anxiety disorders among older adults with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*; 20(7):708-715.

54. Schrag A., Horsfall L., Walters K. et al. (2015) Prediagnostic presentations of Parkinson's disease in primary care: a case-control study. *Lancet Neurol.* 14, 57–64.
55. Silverdale M.A., Kobylecki C., Kass-Iliyya L., Martinez-Martin P., Lawton M., Cotterill S., Chaudhuri K.R., Morris H., Baig F., Williams N., Hubbard L., Hu M.T., Grosset D.G.; UK Parkinson's Pain Study Collaboration (2018) A detailed clinical study of pain in 1957 participants with early/moderate Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 56, 27-32.
56. Stephen, M. (2013) Anxiety Disorders (Clinical Topics in Psychology and Psychiatry) 1st Edition. London, p. 312
57. Steven, H. (2017) Understanding Parkinson's Disease: A Self-Help Guide (3rd edition). Omaha, 170 p.
58. Sveinbjornsdottir S. (2016) The clinical symptoms of Parkinson's disease. *J. Neurochemistry*. doi:10.1111/jnc.13691.
59. Thenganatt M.A., Jankovic J. (2014) Parkinson disease subtypes. *Jama Neurol* 71(4):499–504.
60. Theresa A. Zesiewicz, MD, FAAN (2019). Parkinson Disease. *American Academy of Neurology*; 25(4, MOVEMENT DISORDERS): 896–918.
61. Tolosa E., Garrido A., Scholz S. W., Poewe W. (2021) Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *J. Lancet Neurol*; 20: 385–97.
62. Tolosa E., Vila M., Klein C., Rascol O. (2020) LRRK2 in Parkinson disease: challenges of clinical trials. *Nat Rev Neurol*; 16: 97–107.
63. Tysnes O., Storstein A. (2017) Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal Neural Transm.* doi:10.1007/s00702-017-1686-y
64. Upneja A., Paul B.S., Jain D., Choudhary R., Paul G. (2021) Anxiety in Parkinson's Disease: Correlation with Depression and Quality of Life. *The Journal of Neurosci Rural Pract*; 12:323–328.
65. Virmani T., Moskowitz C. B., Vonsattel J.-P. and Fahn S. (2015) Clinicopathological characteristics of freezing of gait in autopsy-confirmed Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 30, 1874–1884.
66. Von Linstow C.U., DeLano-Taylor M., Kordower J.H., Brundin P. (2020) Does Developmental Variability in the Number of Midbrain Dopamine Neurons Affect Individual Risk for Sporadic Parkinson's Disease? *J. Parkinsons Dis.*, 10, 405–411.
67. Walsh, K. (2001) Parkinson's disease and anxiety. *Postgraduate Medical Journal* (77). Oxford, p. 89-93

68. Wissel BD, Dwivedi AK, Merola A, Chin D, Jacob C, Duker AP, Vaughan JE, Lovera L, LaFaver K, Levy A, Lang AE, Morgante F, Nirenberg MJ, Stephen C, Sharma N, Romagnolo A, Lopiano L, Balint B, Yu XX, Bhatia KP, Espay AJ (2018) Functional neurological disorders in Parkinson disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 6, 566-571.
69. Wittchen.H.U,Kessler.R.C.,Beesdo.K.,Krause.P.,Hofler.M.,Hoyer.J.(2002) Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of Clin Psychiatry*: 63(suppl 8)24-34
70. Zhu K., J. J. van Hilten and J. Marinus (2016) Onset and evolution of anxiety in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, 0: 1–8.
71. Emre M. (2010) Parkinson Hastalığı kitab, Güneş Tıp Kitabevleri; säh. 416
72. Gümüő H., Akpınar Z., Demir O. (2013) Assessment of Early Stage Non-Motor Symptoms in Parkinson's Disease. *Turkish Journal of Neurology*; 19:97-103.
73. Pekeli, N., Yıldız, D., Sığırılı D. (2017) Parkinson Hastalarında Depresyon, Anksiyete Bozukluđu ve Uyku Kalitesinin Deđerlendirilmesi. *Uludađ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 43 (3). Uludađ, s. 91-96
74. Tunç T., Emre U., Coőkun Ö., Okuyucu E., Vargel S.Y., İnan L.E. (2007) Parkinson Hastalığında Anksiyete Bozukluđu. *Parkinson Hast. Hareket Boz. Der.*; 10(1-2): 22-25
75. Uzbay T. (2004) Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*; Ek 4:3-11.
76. Алиева Ф.Н. (2021) Выживаемость и факторы риска преждевременной смертности пациентов с болезнью Паркинсона. *Неврологический вестник*; Т. LIII. № 3 – С.5-10. doi:10.17816/nb71924
77. Алиева Ф.Н. (2021) Заболеваемость и распространенность болезни Паркинсона в Баку. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*; 121 (11): 77-80. doi:10.17116/jnevro202112111177
78. Федорова, Н.В., Мирецкая, А.В., Кулуа Т.К. (2006) Депрессия и тревога при болезни Паркинсона. *Трудный пациент № 7, ТОМ 4*. Москва, с. 49-52
79. Нодель, М.Р. (2018) Тревога при болезни Паркинсона. *Неврологический журнал, №4*. Москва, с. 176-183
80. Пилипович, А.А. (2015) Случай дебюта болезни Паркинсона на фоне панического расстройства и депрессии. *Consilium Medicum. 17 (2)*. Москва, с. 18-20

## ƏLAVƏLƏR

*Əlavə 1.*

### **Xülasə**

Tədqiqat işinin əsas məqsədi, Parkinson xəstələrində təşviş pozuntusunun müəyyənləşdirilməsi, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi, xəstəlik müddəti, yaş kimi faktorlarla təşviş dərəcəsi arasında əlaqənin mövcudluğunun yoxlanılmasıdır. Aparılan tədqiqatda 85 nəfər Parkinson xəstəliyi və təşviş pozuntusu olan pasient iştirak etmişdir. Dekabr 2023-aprel 2024 tarixləri arasında Rövşən Həsənovun Nevrologiya Klinikasına müraciət edən Parkinson xəstəliyi olan 85 xəstə tədqiqat prosesinə daxil edilmişdir. Sosial-dermoqrafik anket məlumatları alınmış, Hamiltonun təşviş reytingi cədvəli (HARS) işlənilmiş, həkim-nevroloqun müayinə nəticəsində müəyyən etdiyi Hoehn və Yahr şkala mərhələsi qeydə alınmışdır.

Tədqiqat, 85 Parkinson xəstəsinin iştirakı ilə könüllülük psinsipi və anonimliyin qorunması şərti ilə razılıq alınaraq həyata keçirilmişdir. Tədqiqat zamanı əsas və 3 köməkçi fərziyyə olmaqla, ümumilikdə 4 fərziyyə irəli sürülmüş; birinci əsas fərziyyə xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin təşviş dərəcəsinə təsirini müəyyənləşdirmək üzərinə qurulmuş və bir istiqamətli Anova (One Way Anova) testi ilə işlənilmiş, nəticədə də fərziyyənin anlamlı olduğu sübuta yetirilmişdir. İkinci və üçüncü fərziyyələrdə qruplararası təşviş dərəcəsinin müqayisəsində anlamlı fərq olub-olmadığı istiqamətində araşdırma aparılmış, müstəqil nümunə t testi (independent sample t test) seçilərək müqayisə olunmuş və hər iki fərziyyədəki qruplar arasında təşviş dərəcəsinə anlamlı fərq olduğu müəyyən edilmişdir. İkinci fərziyyədə xəstəlik müddətinə görə ayrılan 2 qrup arasında, üçüncü fərziyyədə isə təşviş pozuntusunun xəstədə Parkinson xəstəliyindən əvvəl və ya sonra üzə çıxmasına əsasən formalaşan 2 qrup arasında müqayisə aparılmış və təşviş dərəcəsinin fərqliliyi dəyərləndirilmişdir. Son fərziyyəmizdə isə xəstənin yaşı ilə mövcud təşviş dərəcəsi arasında korrelyativ əlaqə olması yoxlanılmış, lakin bu fərziyyəmiz təsdiqlənməmişdir. Fərziyyəni təşkil edən dəyişənlər Spearman Korrelyasiya testi ilə işlənilmiş və anlamlı nəticə əldə olunmamışdır. Beləliklə, tədqiqatımızda təşviş pozuntusu Parkinson xəstələri üzərində 4 fərqli istiqamətdə dəyərləndirilmişdir.

Nəticə etibarilə, apardığımız tədqiqat zamanı müşahidələrimizə əsasən müəyyən etdik ki, təşviş pozuntusu PX zamanı çox rast gəlinən non-motor əlamətlərdən biridir və xəstəliyin gedişatına, xəstənin həyat keyfiyyətinə nəzərəçarpan dərəcədə təsir göstərir. Həmçinin, xəstəliyin xarakterik motor əlamətləri ilə təşviş pozuntusu arasında əlaqənin olduğu da tədqiqatımızda müəyyən olundu, bu da əsas fərziyyəmizin sübuta yetirildiyini və statistik

əhəmiyyətli olduğunu göstərdi. Bütün bunlar nəzərə alındıqda, PX-də təşviş pozuntusunun vaxtında aşkar olunması və aradan qaldırılmasına nail olmaq üçün lazımlı tədbirlər görmək vacib nüanslardan biridir. Ümumi olaraq götürüldüyündə tədqiqat işinin istiqaməti, məqsədi, irəli sürülən fərziyyələr aparılan tədqiqatın eksperimental mahiyyətini aydın şəkildə ortaya çıxarır.

### **Summary**

The main aim of the research study was to determine anxiety disorder in patients with Parkinson's disease and to check the relationship between anxiety and factors such as severity of the disease, duration of the disease, and age of the patient. The study included 85 patients with Parkinson's disease and anxiety disorder. Between December 2023 and April 2024, 85 Parkinson's patients admitted to Rovshan Hasanov Neurology Clinic were included in the research process. Socio-demographic questionnaire data were obtained, Hamilton's anxiety rating scale (HARS) was developed, and the stage of the Hoehn and Yahr scale determined by a neurologist was recorded.

The study was conducted with the participation of 85 Parkinson's patients in line with the principle of voluntariness and protection of anonymity. A total of 4 hypotheses were put forward in the study, the main hypothesis and 3 auxiliary hypotheses; the first main hypothesis was based on the determination of the effect of the severity of the disease on the degree of anxiety and was processed with the One Way Anova test and as a result, the hypothesis was proven to be correct. In the second and third hypotheses, it was investigated whether there was a significant difference between the anxiety levels between the groups, and the independent sample t-test was selected and compared, and it was determined that there was a significant difference in the anxiety level between the groups in both hypotheses. In the second hypothesis, a comparison was made between 2 groups separated according to the duration of the disease, and in the third hypothesis, a comparison was made between 2 groups formed according to whether the anxiety disorder in the patient differed according to whether it occurred before or after Parkinson's disease, and the anxiety level was evaluated. In our last hypothesis, a correlative relationship between the patient's age and anxiety level was investigated, but this hypothesis was not confirmed. The variables forming the hypothesis were processed with Spearman Correlation test and no significant result was obtained. Thus, in our study, anxiety disorder in Parkinson's patients was evaluated in 4 different directions.

In conclusion, based on our observations during our study, we determined that anxiety disorder is one of the most common non-motor symptoms during PD and significantly affects the course of the disease and the quality of life of the patient. In addition, the relationship between the characteristic motor symptoms of the disease and anxiety disorder was also determined in our study, which showed that our main hypothesis was proven and statistically significant. Considering all these, timely detection of anxiety disorder in PD and taking

necessary measures for its elimination is one of the important nuances. Taken as a whole, the direction, purpose and hypotheses of the study clearly demonstrate the experimental nature of the research.



## CƏDVƏLLƏRİN SİYAHISI

<i>Cədvəl 1. Parkinson xəstələrində təzahür edən təşviş pozuntuları.....</i>	<i>29</i>
<i>Cədvəl 2. Tədqiqat iştirakçılarının cinsiyyət faiz göstəricisi.....</i>	<i>40</i>
<i>Cədvəl 3. Tədqiqat iştirakçılarında PX-nin müddətinin faiz göstəricisi.....</i>	<i>42</i>
<i>Cədvəl 4. Parkinson xəstələrində Hoehn və Yahr şkalası ilə ağırlıq dərəcəsinin faiz göstəricisi.....</i>	<i>42</i>
<i>Cədvəl 5. PX-dən əvvəl və ya sonra üzə çıxan təşviş pozuntusunun faiz göstəricisi.....</i>	<i>44</i>
<i>Cədvəl 6. Təşviş pozuntusu göstəricisinin təsviri.....</i>	<i>45</i>
<i>Cədvəl 7. Təşviş pozuntusu göstəricisinin normallıq testi.....</i>	<i>46</i>
<i>Cədvəl 8. Təşviş pozuntusunun HY şkalasına görə ortalama göstəricilərinin təsviri.....</i>	<i>49</i>
<i>Cədvəl 9. Bir istiqamətli Anova testində yoxlanılan dəyişənlərin homogenlik testi.....</i>	<i>50</i>
<i>Cədvəl 10. Bir istiqamətli Anova testinin nəticəsi.....</i>	<i>50</i>
<i>Cədvəl 11. Tukey Post Hoc Testi.....</i>	<i>51</i>
<i>Cədvəl 12. Post-hoc testinə əsasən homogen alt çoxluqlar.....</i>	<i>51</i>
<i>Cədvəl 13. Xəstəlik müddətinə görə ayrılan qrupların statistikasi.....</i>	<i>52</i>
<i>Cədvəl 14. Xəstəlik müddətinə görə ayrılan qruplara əsaslanan müstəqil nümunə t testi (Independent Samples Test).....</i>	<i>53</i>
<i>Cədvəl 15. PX-də təşviş pozuntusunun xəstəlikdən əvvəl və ya sonra üzə çıxmasına əsaslanan qrupların statistikasi.....</i>	<i>54</i>
<i>Cədvəl 16. PX-də təşviş pozuntusunun xəstəlikdən əvvəl və ya sonra üzə çıxmasına əsaslanan qrupların göstəricilərinə görə müstəqil nümunə t testi (Independent Samples Test).....</i>	<i>54</i>
<i>Cədvəl 17. Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaş göstəricisinin təsviri.....</i>	<i>56</i>
<i>Cədvəl 18. Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaş göstəricisinin normallıq testi.....</i>	<i>56</i>

*Cədvəl 19. Tədqiqatda iştirak edən Parkinson xəstələrinin yaşı ilə təşviş dərəcəsi arasında korrelyasiya testi.....59*

## **QISALTMALAR**

<b>DMT</b>	: Duyğu Mərkəzli Terapiya
<b>GABA</b>	: Qamma amino-butirik turşusu
<b>GPI</b>	: İnternal Qlobus Pallidus
<b>GTP</b>	: Generalizə olunmuş Təşviş Pozuntusu
<b>HARS</b>	: Hamilton Təşviş Reytingi Cədvəli
<b>H.Y</b>	: Hoehn və Yahr şkalası
<b>KDT</b>	: Koqnitiv Davranış Terapiyası
<b>LRRK2</b>	: Leucine Rich Repeat Kinase 2 (Lösin ilə zəngin təkrar tərkibli kinaza 2)
<b>PARK7</b>	: Parkinsonism Associated Deglycase geni
<b>PX</b>	: Parkinson Xəstəliyi
<b>PT</b>	: Pozitiv Terapiya
<b>SNCA</b>	: Alfa-sinuklein proteinlərindən məsul gen
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>STN</b>	: Subtalamik Nüvə
<b>VDD</b>	: Vegetativ Damar Distoniyası

### Sosial demoqrafik anket

Bu anket tədqiqat məqsədi ilə hazırlanmışdır və anonimlik qorunur. Qeyd etdiyiniz məlumatlar paylaşılmayacaq və heç kim əleyhinə istifadə olunmayacaq.

Tədqiqat nəticələrinin düzgün şəkildə əldə edilməsinə sizin sualları tam səmimi və doğru cavablandırmağınız kömək edəcək. Bunu diqqətə almağınız xahiş olunur.

Əvvəlcədən sizə öz minnətdarlığımı bildirirəm.

Klinik Psixoloq Hilal Hədiyeva.

1. Yaşınız  
45-65  
65-dən yuxarı
2. Cinsiniz  
Qadın  
Kişi
3. Ailə vəziyyəti  
Evli  
Subay
4. Ailə tərkibi  
Tək yaşayıram  
Ailəm ilə yaşayıram
5. Təhsil səviyyəniz  
Natamam  
Orta  
Ali
6. Xəstəliyin müddəti  
1-5 il

5 ildən çox

*Əlavə 6.*

## HAMILTONUN TƏŞVIŞ REYTINGİ CƏDVƏLİ (HARS)

### **Klinisistlər üçün təlimat:**

1959-cu ildə Prof. M. Hamilton tərəfindən icad olunmuş Hamiltonun Təşviş Reytingi Cədvəli (Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) xəstədə olan təşviş pozuntusunun ağırlıq dərəcəsini ölçmək üçün geniş yayılmış və əsaslı validizasiya olunmuş (effektivliyi təsdiq olunmuş) vəsaitdir. Təcrübəsi olan klinisist tərəfindən doldurulur.

HARS cədvəlinin 14 bəndi 15-20 dəqiqə ərzində kliniki müsahibə keçirdilərək doldurulur və ümumi ball hesablanır. Hər bir bəndə aid olan simptomlar 5-ballı cədvəl əsasında qiymətləndirilir: **0 – yoxdur; 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub; 2 – orta dərəcədə ifadə olunub; 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub; 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub.**

HARS cədvəlinin əsas istifadə məqsədi xəstəyə verilən müalicənin təsirinin qiymətləndirilməsi və xəstənin kliniki dinamikasının müşahidə edilməsidir. Cədvəli silsilə şəkildə istifadə etməklə klinisist medikamentoz müalicənin və ya psixoterapiyanın nəticələrini sənədləşdirə bilər.

Fərdi xəstələrin diaqnostikasında və müalicəsində istifadə edilməklə yanaşı bu cədvəldən həmçinin çoxlu pasiyentləri əhatə edən tədqiqatlarda da istifadə etmək olar.

### **Hamiltonun Təşviş Reytingi Cədvəlində ümumi balların qiymətləndirilməsi:**

#### **Cədvəlin bütün 14 bəndinin ümumi balları**

14 -17 ball – Yüngül dərəcəli təşviş pozuntusu

18 -24 ball – Orta ağır dərəcədə olan təşviş pozuntusu

25 -30 ball – Ağır dərəcədə olan təşviş pozuntusu

## HAMILTONUN TƏŞVIŞ REYTINGİ CƏDVƏLİ (HARS)

Hamiltonun Təşviş Reytingi Cədvəli (HARS) xəstənin təşviş simptomatikasının hesablanması üçün vəsaitdir. Əksər hallarda psixotrop dərman müalicəsinin qiymətləndirilməsində istifadə olunur. **Kliniki müsahibə keçirərək doldurulur.** Müxtəlif simptomları əhatə edən 14 bənddən ibarətdir. Hər bir bəndə aid olan simptomlar 5-ballı cədvəl əsasında qiymətlənir: **0 – yoxdur; 1 – yüngül dərəcədə ifadə olunub; 2 – orta dərəcədə ifadə olunub; 3 – ağır dərəcədə ifadə olunub; 4 – kəskin ağır dərəcədə ifadə olunub.**

## **1. TƏŞVİŞ ƏHVAL-RUHIYYƏSİ**

Bu bənd xəstənin gələcək haqqında qeyri-müəyyənlik emosional halını əks etdirir; Narahatlıq, qıcıqlıq və qeyri-təhlükəsizlik hissləri; Xəstə qarşısı alınmayan bilinməyən dəhşətli halın baş verməsini gözləyir; Xəstə əksər hallarda ən pis nəticəni gözləyir.

- 0 – Adi haldan artıq olmayan (ya da ondan az olan) qeyri-təhlükəsizlik və qıcıqlıq hissləri müşahidə edilir
- 1 – Xəstədə adi haldan artıq olan qeyri-təhlükəsizlik və qıcıqlıq hissləri olduğu ehtimal edilir
- 2 – Xəstə bəzi hallarda çətinliklə idarə oluna biləcək təşviş, narahatlıq və ya qıcıqlıq hisslərinin mövcud olmasını bildirir. Bununla yanaşı bu təşviş hissləri o qədərdə vacib olmayan məsələləri əhatə edir və bu hisslər xəstənin adi həyat tərzinə təsir göstərmir
- 3 – Xəstədə bəzi hallarda çətinliklə idarə olunan təşviş və ya qeyri-təhlükəsizlik hissləri mövcuddur. Bu hisslərin çətinliklə idarə olunması onların vacib məsələlərlə bağlı olduğu ilə bağlıdır. Bəzi hallarda bu hisslər xəstənin adi həyat tərzinə mənfi təsir göstərir
- 4 – Yaxın gələcəkdə baş verəsi bədbəxtçiliklər barəsində xəstədə o qədər tez-tez vahimə hissləri keçirir ki, o xəstənin adi həyat tərzinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir.

## **2. GƏRGİNLİK**

Bu bənd xəstənin rahatlıq tapmağa mümkün olmadığını, əsəbiliyini, bədən gərginliyini, titrəmələrini, təşviş nəticəsində yorğunluğunu əks etdirir. Xəstədə diksinmələr müşahidə edilir; Xəstə ağlamağa meyillidir; Xəstə narahatdır; Xəstədə titrəmələr müşahidə edilir

- 0 – Adi haldan artıq olmayan (ya da ondan az olan) gərginlik müşahidə edilir
- 1 – Xəstədə adi haldan bir qədər artıq olan gərginlik və əsəbilik ehtimal edilir
- 2 – Xəstədə tam daxili gərginlik əlamətləri aydın ifadə olunur və xəstə rahatlıq tapmır. Xəstənin halının çətinliklə nəzarət edilməsinə baxmayaraq, onun vəziyyəti adi həyat tərzinə mənfi təsir göstərmir.
- 3 – Daxili gərginlik və əsəbilik o qədər kəskin və tez-tez baş verir ki, o xəstənin gündəlik iş fəaliyyətinə bəzi hallarda mənfi təsir göstərir
- 4 - Gərginlik və rahatsızlıq xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə bütün gün ərzində mənfi təsir göstərir

### **3. QORXULAR**

İnsan kütləsi arasında olmaqdan, qaranlıqdan, tanış olmayan insanlardan, tək qalmaqdan, heyvanlardan, ictimai yerlərdə olmaqdan və digər qorxular. Təşvişli fobiyaaların adi qorxulardan artıq dərəcədə ifadə olunmasına diqqət yetirmək lazımdır.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir

2 – Xəstədə təşvişli fobiyaaların mövcud olmasına baxmayaraq, o onlara nəzarət edə bilir

3 – Təşvişli fobiyalara nəzarət etmək o qədər çətindir ki, onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərmir

4 – Təşvişli fobiyaalar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə kəskin dərəcədə mənfi təsir göstərir.

### **4. YUXU POZUNTULARI**

Xəstənin son üç gündə yuxu müddəti və dərinliyi qiymətləndirilir. Yuxuya çətinliklə getməsi, gecə vaxtı tez-tez oyanması, yuxusu zamanı qarabasmalardan əziyyət çəkməsi, səhərlər yuxudan oyanarkən zəiflik və yuxudan doymamaq hissi qeyd olunur. Qeyd: xəstə tərəfindən hipnotiklətin və sedativ dərmanların qəbul edilməsi bu bəndin qiymətləndirilməsində nəzərə alınmır.

0 – Yuxu pozuntusu yoxdur

1 – Yuxunun müddəti bir qədər azalıb (məsələn, yuxuya çətinliklə getməsi bağlı olaraq), lakin yuxunun dərinliyi dəyişməyib

2 – Yuxunun ümumi pozuntusu mövcuddur. Yuxunun müddətinin azalması ilə yanaşı, yuxu daha səthi olub.

3 – Yuxunun müddətinin azalması və yuxunun səthi olması kəskin dərəcədə ifadə olunub. 24 saat ərzində yuxu müddətləri cəmi 2-3 saat təşkil edir

4 – Yuxu o qədər səthidir ki, xəstə öz yuxusunu qısa müddətli mürgülər kimi təsvir edir.

### **5. ZEHNİ POZUNTULAR**

Diqqəti cəlb etmək qabiliyyəti, gündəlik məsələlər barəsində qərar qəbul etmək bacarığı və yaddaşın zəifləməsi qiymətləndirilir.

0 – Diqqəti cəlb etmək qabiliyyəti və yaddaş norma çərçivəsindədir



- 1 – Xəstənin diqqəti cəlb etmək qabiliyyətində və yaddaşda çətinliklər olduğu ehtimal edilir
- 2 – Xəstə böyük səyi nəticəsində öz adi gündəlik iş fəaliyyəti üzərində diqqəti cəlb edə bilir
- 3 – Xəstə diqqəti cəlb etmək qabiliyyətində, gündəlik məsələlər barəsində qərar qəbul etmək bacarığında çətinliklərin olmasını və yaddaşının zəifləməsini əhəmiyyətli dərəcədə olduğunu bildirir. Məsələn, qəzet məqaləsini axıra kimi oxumağı və ya televiziya verilişinə axıra kimi baxmağı bacarmır.
- 4 – Müsahibə zamanı xəstədə diqqəti cəlb etmək qabiliyyətində, qərar qəbul etmək bacarığında çətinliklər və yaddaşın zəifləməsi aydın müşahidə edilir

## **6. DEPRESSİV ƏHVAL-RUHIYYƏSİ**

Həyata marağın azalmasının, anhedoniyanın (zövq almağın itməsi); Qüssənin, depressiyanın, ümitsizliyin, köməkçilik və bacarıqsızlıq hisslərinin verbal və qeyri-verbal əlamətləri müşahidə edilir. Gün ərzində əhval-ruhiyyənin qeyri-sabitliyi qeyd olunur.

0 – Yoxdur

- 1 – Xəstənin adi haldan bir qədər artıq qəmgin odluğu ehtimal edilir
- 2 – Xəstənin qəmgin odluğu aydın olaraq müşahidə edilir, lakin köməkçilik və bacarıqsızlıq hissləri qeyd olunmur
- 3 – Xəstədə depressiyanın və ya ümitsizliyin qeyri-verbal əlamətləri aydın müşahidə edilir
- 4 – Fəryadın və köməkçiliyin verbal və qeyri-verbal əlamətlərin ifadəsi müsahibənin məğzini təşkil edir və xəstəni bu hisslərdən yayındırmaq mümkün deyil.

## **7. SOMATİK ƏZƏLƏ SİMPTOMLARI**

Əzələ zəifliyi, əzələ gərginliyi, əzələlərdə və oynaqalarda yerli və ya yayılmış ağrılar, səsin qəflətən kəsilib batması; Xəstə çənələrini sıxaraq dişlərini bir birinə sürtür; Əzələ tonusun yüksəlməsi və klonik qıcolmalar müşahidə edilə bilər.

- 0 – Adi hallar ilə müqayisədə artıq əzələ ağrıları və gərginliyi müşahidə edilmir
- 1 – Adi hallar ilə müqayisədə bir qədər artıq əzələ ağrıları və gərginliyi müşahidə edilir
- 2 – Simptomlar səciyyəvi ağrılar formasını alır
- 3 – Əzələ simptomları xəstənin gündəlik iş fəaliyyətinə və həyat tərzinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir edir
- 4 – Əzələ simptomları günün əksər zamanında xəstəni narahat edir və onun gündəlik iş fəaliyyətinə və həyat tərzinə xeyli dərəcədə mənfi təsir edir

## **8. SOMATİK SENSOR SİMPTOMLARI**

Bu bəndə sensor hisslərin tez yorulması, zəifliyi və ya hiss orqanlarının funksional pozuntuları aiddir:

qulaqlarda küyün olması, görmənin bulanıq olması, istilik və ya soyuqluq qabarmaları, gizildəmələr və s.

0 – Yoxdur

1 – Xəstədə simptomların ifadəsi adi hissiyyatlardan bir qədər artıq olması ehtimal edilir

2 – Simptomların ifadə dərəcəsi qulaqlarda küyün olması, görmənin pozulması və dəridə gizildəmələr və ya gicişmələr səviyyəsinə çatır

3 – Yayılmış sensor simptomları xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Yayılmış sensor simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

## **9. ÜRƏK-DAMAR SOMATİK SİMPTOMLARI**

Taxikardiya, ürəkdöyünlər, sinədə olan ağrılar; damarlarda güclənmiş nəbz hiss olunması, ürəkgetmə hissiyyatı.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir

2 – Xəstədə ürək-damar simptomlarının mövcud olmasına baxmayaraq, o onlara nəzarət edə bilir

3 – Xəstə ürək-damar simptomlarına nəzarət etməkdə vaxtaşırı çətinlik çəkir və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Ürək-damar simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

## **10. RESPIRATOR SOMATİK SİMPTOMLARI**

Sinənin və ya boğazın sıxılma hissi; Boğulma hissi; Təngnəfəslik.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir

2 – Xəstədə respirator simptomların mövcud olmasına baxmayaraq, o onlara nəzarət edə bilir

3 – Xəstə respirator simptomlarına nəzarət etməkdə vaxtaşırı çətinlik çəkir və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Respirator simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir.

## **11. QASTROİNTƏSTİNAL SOMATİK SİMPTOMLARI**

Udğunmanın çətin olması, dispepsiya (mədədə qıvcırma hissi, yeməkdən sonra qarın ağrıları, qarında dolğunluq hissi, ürəkbulanma və qusma), disfagiya, qəbizlik; bədən çəkisinin azalması.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir (və ya simptomların ifadə dərəcəsi adi hallardan bir qədər artıq olması ehtimal edilir)

2 – Bir və ya ondan artıq qastrointestinal simptomları mövcuddur, lakin xəstə onlara nəzarət edə bilir

3 – Xəstədə vaxtaşırı qastrointestinal simptomlara nəzarət etməyə çətinlik çəkir və bu hal xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir

4 – Qastrointestinal simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

## **12. SİDİK-CİNSİYYƏT ŞİKAYƏTLƏRİ**

Bu bənd sidiyə getməyin tezləşməsi və ya sidiyə getmə ehtiyac hissənin kəskin olması kimi qeyri-orqanik sidik simptomları əhatə edir. Dismenorreya, anorqazmiya, friqidlik, eyakulyasiyanın vaxtından qabaq olması, libidonun itməsi, ejiaksiyanın pozulması, cinsi zəiflik.

0 – Yoxdur

1 – Mövcud olması ehtimal edilir (və ya simptomların ifadə dərəcəsi adi hallardan bir qədər artıq olması ehtimal edilir)

2 – Bir və ya ondan artıq sidik-cinsiyyət simptomları mövcuddur, lakin onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə mənfi təsir göstərmir

- 3 – Bir və ya ondan artıq sidik-cinsiyyət simptomlarının ifadə dərəcəsi o səviyyədədir ki, onlar vaxtaşırı xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir
- 4 – Sidik-cinsiyyət simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

### **13. VEGETATİV SİMPTOMLAR**

Ağızda quruluq, dərinin qızarması, dərinin solğunluğu, tərləmə və ya başgicəllənmə.

- 0 – Yoxdur
- 1 – Mövcud olması ehtimal edilir
- 2 – Bir və ya ondan artıq vegetativ simptomları mövcuddur, lakin onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə mənfi təsir göstərmir
- 3 – Bir və ya ondan artıq vegetativ simptomların ifadə dərəcəsi o səviyyədədir ki onlar vaxtaşırı xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir
- 4 – Vegetativ simptomları günün əksər zamanında mövcuddur və onlar xəstənin adi həyat tərzinə və iş fəaliyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir

### **14. KLİNİKİ MÜSAHİBƏ ZAMANI XƏSTƏNİN DAVRANIŞI**

Xəstənin zahiri görünüşü gərgin, əsəbi, təşvişli, rahatsız ola bilər. Müsahibə zamanı xəstənin bir yerdə gərər tapa bilməzəsi, təşvişli əl-qol hərəkətləri və yeriyi, sifətin gərgin və qaşqabaqlı ifadəsi, xəstənin vurxunması, tərləmələr, təngnəfəslik müşahidə edilə bilər. Bu kimi müşahidələrin ümumi qiymətləndirilməsi edilir.

- 0 – Zahiri görünüşü təşvişli deyil
- 1 – Xəstənin təşvişli olması ehtimal edilir
- 2 – Xəstə orta dərəcədə təşvişlidir
- 3 – Xəstənin təşvişli olması əhəmiyyətli dərəcədədir
- 4 – Xəstənin zahiri görünüşü və davranışı onun tamamilə təşvişdə olduğunu bildirir; məsələn, bütün bədəni titrəyib əsir.

## HAMILTONUN TƏŞVİŞ REYTINGİ CƏDVƏLİ (HARS)

Xəstənin Adı \_\_\_\_\_ Amb. kartasının/xəstəlik tarixin № \_\_\_\_\_

SİMPTOMLAR	Müalicədən qabaq	1-ci təkrar müayinə	2-ci təkrar müayinə
	Tarix _____ –	Tarix _____ –	Tarix _____ –
<b>1. TƏŞVİŞ ƏHVAL-RUHİYYƏSİ</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>2. GƏRGİNLİK</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>3. QORXULAR</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>4. YUXU POZUNTULARI</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>5. ZEHNİ POZUNTULAR</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>6. DEPRESSİVA ƏHVAL-RUHİYYƏSİ</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>7. SOMATİK ƏZƏLƏ SİMPTOMLARI</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>8. SOMATİK SENSOR SİMPTOMLARI</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>9. ÜRƏK-DAMAR SOMATİK ŞİKAYƏTLƏRİ</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>10. RESPİRATOR SOMATİK ŞİKAYƏTLƏRİ</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

<b>11. QASTROİNTİSTİNAL SOMATİK ŞİKAYƏTLƏRİ</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>12. SİDİK-CİNSİYYƏT SOMATİK ŞİKAYƏTLƏRİ</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>13. VEGETATİV SİMPTOMLAR</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>14. KLİNİKİ MÜSAHİBƏ ZAMANI XƏSTƏNİN DAVRANIŞI</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>ÜMUMİ BALL</b>			

**ÜMUMİ BALLARIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ:**

**14 -17** ball – Yüngül dərəcəli təşviş pozuntusu

**18 -24** ball – Orta ağır dərəcədə olan təşviş pozuntusu

**25-30** ball – Ağır dərəcəli təşviş pozuntusu