T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALZHEİMER HASTALARI'NDA MÜZİK TERAPİ'NİN BİLİŞSEL İŞLEVLER VE UYUM DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

Büşra KAYAASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Neslihan LÖK

KONYA – 2020

ÖNSÖZ

Eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi birikimi ve tecrübeleriyle bireysel ve mesleki gelişimimi destekleyen, benim için her zaman özel bir yeri olan ve her alanda örnek aldığım, umutsuzluğa düştüğüm her anda motive edip beni güçlendiren ve her zaman yanımda hissettiğim çok değerli hocam Doç. Dr. Neslihan LÖK'e ilgi ve sevgisini benden hiç esirgemediği için sonsuz teşekkür ederim.

Eğitimim süresince emeğini hissettiğim ve desteğini gördüğüm bütün hocalarıma,

Araştırmamın yapılmasına olanak sağlayan, gösterdikleri anlayış ve destekleri için Dr. İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi yöneticilerine, meslektaşlarıma ve tüm çalışanlarına,

Hayatımın her anında beni koşulsuz seven, destekleyen ve her zaman yanımda olan canım aileme

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

Büşra KAYAASLAN

Konya 2020

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR v

ÖZET vi

SUMMARY vii

1. GİRİŞ 1

1.1. Araştırmanın Amacı 2

1.2. Araştırma Hipotezleri 2

1.3. Alzheimer Hastalığı ve Hastalığın Genel Özellikleri 2

1.4. Alzheimer Hastalığı'nın Prevalans ve Epidemiyolojisi 3

1.5. Alzheimer Hastalığı'nın Risk Faktörleri 4

1.6. Alzheimer Hastalığı'nın Klinik Bulgular ve Evreler 5

1.7. Alzheimer Hastalığı'nın Tedavisi 6

1.8. Alzheimer Hastalığı'nda Hemşirelik Bakımı 7

1.9. Müzik Terapi 8

2. GEREÇ VE YÖNTEM 11

2.1. Araştırmanın Türü 11

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 11

2.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi 11

2.3.1. Araştırmanın Evreni 11

2.3.2. Araştırmanın Çalışma Grubunun Hesaplanması 12

2.3.3. Randomizasyon 13

2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği 15

2.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu 15

2.4.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT) 16

2.4.3. Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ) 16

2.5. Araştırmanın Uygulama Aşamaları 18

2.5.1. Birinci Aşama 18

2.5.2. İkinci Aşama 19

2.5.3. Üçüncü Aşama 19

2.6. Verilerin Toplanma Zamanı 20

2.7. Araştırmanın Değişkenleri 20

2.7.1. Kontrol Değişkenleri 20

2.7.2. Bağımsız Değişkenler 21

2.7.3. Bağımlı Değişkenler 21
2.8. Verilerin Analizi 21
2.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu 21
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 21
3. BULGULAR 23
3.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 23
3.2. Bireylerin Bilişsel İşlevlerine İlişkin Bulgular 24
3.3. Bireylerin Uyum Güçlüğü Düzeylerine İlişkin Bulgular 26
4. TARTIŞMA 30
4.1. Bireylerin Bilişsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi 30
4.2. Bireylerin Uyum Güçlüğü Düzeylerinin İncelenmesi 31
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 35
5.1. Sonuçlar 35
5.2. Öneriler 35
6. KAYNAKLAR 37
7. EKLER 40
EK-A 1: Aydınlatılmış Onam Formu (Girişim Grubu İçin) 40
EK-A 2: Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu İçin) 41
EK-B: Tanıtıcı Bilgiler Formu 42
EK-C 1: Standardize Mini Mental Test (SMMT Eğitimliler) 43
EK-C 2: Standardize Mini Mental Test (SMMR Eğitimsizler) 44
EK-D: Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUDGÖ) 45
EK-E: Müzik Terapi'nin Oturum İçerikleri 46
EK-F: Etik Kurul İzni 50
EK-G: Kurum İzni 51
EK-H: YUGDÖ Kullanım İzni 52
8. ÖZGEÇMİŞ 53

SİMGELER VE KISALTMALAR

AH : Alzheimer Hastalığı

AF : Atrial Fibrilasyon

MI : Miyokard İnfarktüsü

MR : Manyetik Rezonans

MT : Müzik Terapi

NMDA : N-Metil D-Aspartik Asit

SMMT : Standardize Mini Mental Testi

YUGDÖ :Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Alzheimer Hastaları'nda Müzik Terapi'nin Bilişsel İşlevler ve Uyum Düzeyi Üzerine Etkisi

Büşra KAYAASLAN
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2020

Randomize kontrollü bu çalışma, huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan Müzik Terapi'nin, bilişsel işlevler ve uyum düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Konya ilinde bulunan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Dr. İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan 30 (Girişim:15, Kontrol:15) yaşlı birey ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özelliklere ilişkin Tanıtıcı Bilgiler Formu, Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından öntest-sontest iki aşamalı olarak tüm yaşlı bireylerden yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Müdahale grubundaki yaşlılara 10 oturumluk Müzik Terapi beş hafta haftada iki oturum olacak şekilde uygulanmıştır. Oturumlar ortalama 45 dk. sürmüştür. 10 oturum boyunca müdahale grubuna Müzik Terapi uygulanmış olup, kontrol grubuna ise herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Ki-Kare analizi, Wilcoxon analizi, Fisher Kesin testi, Mann Whitney U testi, bağımlı gruplarda t testi ve bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Müzik Terapi'nin yaşlıların bilişsel işlevleri ve uyum düzeyleri üzerine olumlu etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Müzik Terapi uygulanan yaşlı bireylerin bilişsel işlevleri kontrol grubundan daha yüksektir. Müzik Terapi uygulanan girişim grubunun müdahale sonrasında bilişsel işlevlerinde artış görülmüştür. Deney grubunda yer alan yaşlı bireylerin başlangıç ile deney sonrası uyum güçlüğü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki ölçüm arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmış ($p<,001$) ancak kontrol grubunda ise başlangıç ve müdahale sonrası ölçüme ait puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>,05$). Girişim grubunda yer alan yaşlı bireylerin yaşlılarda uyum güçlüğünü değerlendirme ölçeğinin rol ve kendini gerçekleştirme biçimi, karşılıklı bağlanma, benlik tarzı alt boyutlarında başlangıç ile deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki ölçüm arasında çok anlamlı fark olduğu ($p<,01$), fizyolojik durum alt boyutunda anlamlı fark olduğu ($p<,05$) saptanmıştır.

Bu çalışma sonuçları doğrultusunda, Müzik Terapi'nin yaşlı bireyler için etkili bir müdahale olduğu ortaya çıkmıştır. Kolay uygulanabilen ve birçok alanda etkinliği tespit edilmiş olan Müzik Terapi'nin yaşlı bireylere uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel işlevler; müzik terapi; psikiyatri hemşireliği; yaşlılarda uyum düzeyi.

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY
SELCUK UNIVERSTY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Effect of Music Therapy on Cognitive Functions and Level of Compliance in Alzheimer's Patients

Büşra KAYAASLAN
Department Of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2020

This randomized controlled he study was conducted to assess the impact of Music Therapy on elderly individuals staying in a nursing home to the level of cognitive functions and compliance. The research was carried out with 30 elderly individuals (Initiative:15, Control:15) at Dr. İsmail Işık Nursing Home Aged Care Rehabilitation Center under the Ministry of Family and Social Policies in Konya province. The Introductory Information Form on socio-demographic characteristics, Standardized Mini Mental Testing (SMMT) and Compliance Difficulty Assessment Scale (CDAS) were used in the collection of data. The data were collected by the researcher with face-to-face interview technique from all older individuals in two stages of pretest-posttest. 10 sessions of Music Therapy for the elderly in the intervention group were applied to be two sessions per week in five weeks. Sessions lasted an average of 45 minutes. Music Therapy was applied to the intervention group for 10 sessions and no intervention was applied to the control group. In the evaluation of data; Ki-Square analysis, Wilcoxon analysis, Fisher Definitive test, Mann Whitney U test, T test in dependent groups and T test in independent groups.

According to the findings from the study, Music Therapy has a positive effect on the cognitive functions and levels of compliance of the elderly. The cognitive functions of older individuals who undergo Music Therapy are higher than the control group. Music Therapy has seen an increase in cognitive functions after intervention of the intervention of the intervention of the intervention of the intervention of the intervention group. Compared to the total score averages of the older individuals in the experimental group from the initial and post-experiment adjustment difficulties scale, there was a significant difference between the two measurements ($p<,001$), but in the control group it was found that there was no significant difference between the score averages of the starting and post-intervention measurement ($p>.05$). The role and self-realization of the scale of the level of evaluating the difficulty of compliance in the elderly of the elderly in the intervention group, mutual attachment, self-style sub-dimensions, and the average score for post-experiment measurement compared to the averages of the score were found to be a significant difference between the two measurements ($p<,01$), there was a significant difference in the lower size of physiological condition ($p<,05$).

In line with the results of this study, it has been revealed that Music Therapy is an effective intervention for older individuals. It is recommended that Music Therapy, which can be easily applied and whose effectiveness has been determined in many areas, be applied to older individuals.

Keywords: Cognitive functions; music therapy; psychiatry nursing; level of compliance in the elderly.

1. GİRİŞ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık koşullarının daha iyiye gitmesi, insanların ortalama yaşam sürelerini uzatmıştır. Bu süreçle birlikte yaşlı nüfustaki artışa bağlı döneme özgü sağlık sorunları yaşayan birey sayısında artış olmuştur. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik problemler, yeni bakım ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini gündeme getirmiş ve yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlılıkta görülebilecek hastalıklarda da artış olmuştur. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bu hastalıklardan biri de bireyde bilişsel, fiziksel ve sosyal yeti yitimine neden olan Alzheimer Hastalığı (AH)'dır (Aşiret ve Kapucu 2015).

AH, serebral korteks, hipokampüs ve subkortikal bölgelerde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma ile karakterize bilişsel fonksiyonlardaki bozukluklar başta olmak üzere duygulanımı etkileyen, nöro-psikiyatrik semptomlar ve davranış değişikliklerinin eşlik ettiği ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır (Karatay ve Akkuş 2008, Söylemez ve Küçükgüçlü 2017). Son yıllarda, bu nörodejeneratif hastalığın patofizyolojik mekanizmalarını anlama açısından önemli ilerlemeler olmuş, fakat mevcut farmakolojik tedavilerin aslında semptomatik olması ve AH'nin ilerlemesi ile ilgili semptomlar üzerinde tatmin edici bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bu tedavilerin etkinliğinin sınırlı olması nedeniyle ilk basamak tedavi olarak farmakolojik olmayan tamamlayıcı müdahalelerin geliştirilmesinin önü açılmıştır (Chancellor ve ark 2014, Samson ve ark 2015). Nonfarmakolojik girişimlerin davranışsal sorunlar üzerinde olumlu etkisi olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (Doody ve ark 2001, Livingston ve ark 2005, Parker ve ark 2008).

AH için kullanılan farmakolojik olmayan müdahalelerden biri müzik terapi (MT)'dir (Douglas ve ark 2004). Yaklaşık 2500 yıldır kullanılan bir yöntem olan müzik terapi, geçmişten günümüze birçok medeniyette kullanılmıştır (Karamızrak 2014, Boşnak ve ark 2018). Anadolu ve eski Antik medeniyetlerinde müzik her türlü erdemin kaynağı sayılmış, ruh eğitimi ve arındırılmasında kullanılmıştır (Karamızrak 2014). Müziğin sadece dinleme özelliğinden faydalanılmamış, ayrıca iletişim kurma ve psikolojik tedavi için de yardımcı araç olarak kullanıldığı anlaşılmaktadır (Lök ve Bademli 2016). Müzik terapi uygulanması, kullanılması pahalı olmayan doğal bir girişimdir, yan etkileri yoktur ve fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel ve manevi

iyileşmede etkin bir role sahiptir (Chlan 2002, Esch ve ark 2004). Bu nedenle Alzheimer hastalarında, müzik terapinin farmakolojik yöntemler ile kombine edilmesi önemlidir. MT, nörodejeneratif hastalıklarda bazı önemli başarılar sağlamış ve Alzheimer hastalarının rehabilitasyon ve hemşirelik bakımında oldukça ilgi görmüştür (Tang ve ark 2018).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada Alzheimer Hastalığı'na sahip bireylere uygulanan Müzik Terapi'nin bilişsel işlevler ve uyum düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırma Hipotezleri

1. Hipotez (H_1): Müzik Terapi uygulanan Alzheimer Hastalığı'na sahip olan bireylerin bilişsel işlevleri, kontrol grubundan daha iyidir.

2. Hipotez (H_1): Müzik Terapi uygulanan Alzheimer Hastalığı'na sahip olan bireylerin uyum düzeyi, kontrol grubundan daha iyidir.

1.3. Alzheimer Hastalığı ve Hastalığın Genel Özellikleri

Hastalık ilk kez psikiyatrist ve nöropatolog olan Alois Alzheimer tarafından, 51 yaşındaki Auguste Deter'de garip davranışlar ve kısa süreli hafıza kaybı şeklinde izlenmiştir. Alois Alzheimer, 1907'de Deter ölünce yaptığı otopside serebral kortekste gümüş boyama yöntemiyle "amiloid" plakları ve "nörofibril" yumakları gözlemlemiş ve ilk kez hastalığın patolojisini ve klinik semptomlarını kongrede sunmuştur (Selekler 2010).

AH, serebral korteks, hipokampüs ve subkortikal bölgelerde nöron kaybı ve metabolik aktivitede azalma ile karakterize ve günlük yaşam faaliyetlerinde bozulmalara sebep olan bir hastalıktır (Karatay ve Akkuş 2008, Aşiret ve Kapucu 2015, Söylemez ve Küçükgüçlü 2017). AH, yaşamın herhangi bir döneminde (özellikle yaşlılıkta) geriye dönüşümsüz olarak gelişebilmektedir. İlk ve ağır derecede hasar gören bilişsel alan yakın bellektir. Hastalık ilerledikçe yakın bellek kaybına dil ile ilgili fonksiyonlarda (kelime bulma güçlüğü, parafaziler vs.), oryantasyondaki bozulmalar, yürütücü işlevlerde, görsel mekânsal yeteneklerde

kayıplar ve davranış bozuklukları eşlik etmektedir (Maviş ve Özbabalık 2006, Barlas ve Onan 2008, Öztürk ve Uluşahin 2008, Alzheimer's Association 2018). Zamanla diğer bilişsel alanlardaki yeti yitimleri artış görse de yakın bellek kaybı her zaman ön plandadır. Hastalık ilerledikçe uzak bellekte de kayıplar olmakta ve ilk öğrenilenler en son kaybedilmektedir. Hastalığın hafif ve orta derecede ilerlemiş evrelerinde ajitasyon, depresyon, hezeyanlar ve halüsinasyonlar gibi davranışsal belirtiler ortaya çıkmakla birlikte, bazen de hastalık sürecinin herhangi bir döneminde de ortaya çıkabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008, Livingston ve ark 2014).

AH, 65 yaşın altında başlarsa presenil başlangıç, üstünde başlar ise senil başlangıç olarak adlandırılır. AH'nin oluşumu ile ilgili olarak birçok görüş ileri sürülmüş fakat güçlü kanıtlar olmasına rağmen hiçbiri tam kesinleşmemiştir (Yüksel 2014). Hastaların çoğunda beyin tomografisinde ve manyetik rezonans görüntülemede (MR) özellikle medyal temporal bölgelerde küçülme (kortikal atrofi), karıncıklarda (ventriküller) genişleme görülür. Beyindeki yıkım ve atrofinin genişliği, ağırlığı ile bilişsel ve uyumsal yetilerdeki yıkımın derecesi arasında kesin bir bağ olduğu gösterilememiştir. AH'nin, kesin tedavisi yoktur, hasta yaşarken kesin tanı koymayı mümkün kılacak bir yöntem geliştirilememiştir, kesin tanı hastanın ölümü ardından yapılan patolojik incelemeyi gerektirmektedir (Eker 2008, Öztürk ve Uluşahin 2008, Işık ve Tanrıdağ 2009).

1.4. Alzheimer Hastalığı'nın Prevalans ve Epidemiyolojisi

Dünyada yaşam süresinin giderek artması ile yaşlılığa özgü kronik hastalıklar da artmaktadır. AH'nin başlangıç döneminde tanı koymak çok güçtür. Ayrıca farklı toplumlarda bunamaya yönelik gösterilen tutumlar farklı olduğundan gerçek sıklığını saptamak oldukça zordur. Alzheimer Derneği (2013) raporuna göre 65 yaş üzeri bireylerde AH görülme sıklığı %4, 65-74 yaş aralığında bu oran %13, 75-84 yaş aralığında %44, 85 yaş ve üzeri popülasyonda AH görülme oranı ise %38 olarak bildirilmiştir. AH, tüm demans sendromları arasında sıklık yönünden ilk sıradadır ve demansların %60-80'inini oluşturur (Öztürk ve Uluşahin 2008, Işık ve Tanrıdağ 2009, Alzheimer's Association 2018).

Türkiye'de 2008 yılında yapılan "Turkish Alzheimer's Prevalence Study (TAPS)" çalışmasında 70 yaş üzerinde AH prevalansı %16 bulunmuştur. Bu oran

ülkemizin demografik yapısına uygulandığında Türkiye'de 300-350 bin civarında Alzheimer hastası olduğu düşünülmektedir (Gurvit ve ark 2008).

1.5. Alzheimer Hastalığı'nın Risk Faktörleri

AH'ye özgü etiyolojik neden henüz kesin olarak bilinememekle birlikte, AH risk faktörleri dört ana grupta toplanabilir (Öztürk ve Karan 2010). Bunlar; ailevi ve genetik faktörler, klinik ya da hastalıkla ilişkili faktörler, çevresel etmenlere maruz kalma durumu, sosyo demografik özelliklerdir (Bendlin ve ark 2010, Öztürk ve Karan 2010, Canbolat ve Yardımcı 2016, Söylemez ve Küçükgüçlü 2017).

Yaş, cinsiyet ve aile öyküsü, AH için değiştirilemez risk faktörlerindendir. AH için en önemli risk faktörü olan yaş ilerledikçe, AH'ye yakalanma olasılığı artar. AH prevalansı, 85 yaş üzerindekilerde %45'e ulaşmıştır (Öztürk ve Uluşahin 2008, Yazıcı ve Şahin 2012, Canbolat ve Yardımcı 2016). Diğer önemli bir risk faktörü kadın cinsiyete sahip olmaktır. Araştırmaların büyük çoğunluğunda kadınlarda erkeklere göre 1,5-2 kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin 2008, Işık ve Tanrıdağ 2009, Bendlin ve ark 2010, Selekler 2010, Canbolat ve Yardımcı 2016). Birçok çalışmada kadınlarda daha sık AH görüldüğüne yönelik yayınlar olsa da bu durumun tersi yönünde sonuçlar bildiren yayınlar da bulunmaktadır (Lindsay ve Anderson 2004, Natalwala ve ark 2008). Genetik faktörler; Apo E4 (Apo E4 alleli), kromozom anomalileridir (kromozom 1, 14 ve 21, down sendromu) (Eker 2008, Öztürk ve Karan 2010, Selekler 2010, Tunç 2012, Yazıcı ve Şahin 2012).

Klinik ya da hastalıkla ilişkili faktörler; tiroid hastalıkları, Down Sendromu, kafa travması, vasküler risk faktörleri (Thies ve Bleiler 2012), kafa travması, kardiyovasküler hastalıklar (MI, AF, hipertansiyon ya da hipotansiyon), diyabet, virüslere maruz kalma, depresyon öyküsü olarak sayılabilir (Eker 2008, Öztürk ve Karan 2010, Selekler 2010, Tunç 2012, Yazıcı ve Şahin 2012).

Çevresel etmenlere maruz kalma durumu, östrojen replasman tedavisi, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç kullanımı, fazla alüminyuma maruz kalma, tütün ve/veya alkol kullanımı, maruz kalınan radyasyon olarak sıralanabilmektedir (Eker 2008, Öztürk ve Karan 2010, Selekler 2010, Tunç 2012, Yazıcı ve Şahin 2012).

Sosyodemografik özellikler; düşük eğitim düzeyi, meslek (fazla bilişsel aktivite gerektirmeyen işlerde çalışma), ekonomik durum, yaş, yaşadığı bölge, sedanter yaşam şeklini benimsemedir (Eker 2008, Öztürk ve Karan 2010, Selekler 2010, Tunç 2012, Yazıcı ve Şahin 2012).

1.6. Alzheimer Hastalığı'nın Klinik Bulgular ve Evreler

AH'de, motor ve duyusal işlevler hastalığın geç dönemine kadar korunur, bilişsel işlevler ise yavaş ilerleyici bir şekilde azalır. Genellikle başlangıcı sinsidir ve erken dönemlerdeki detayları belirlemek oldukça zordur. Erken dönem bulguları çok belirgin olmadığından yakın aile bireyleri tarafından da genelde uzun süre fark edilmeyebilir. Erken başlayanlarda ilerleme daha hızlı, yıkım daha kısa zamanda olur. En çok rastlanan başlangıç bulguları; bellek bozukluğu, problem çözmede güçlük, günlük çevresel olaylara alışılmış hız ve şekilde cevap verememe, konsantrasyon bozukluğu, dikkat eksikliği, konuşma ve algılama bozuklukları, oryantasyon bozukluğu, apraksi, hesaplama yetisinde bozulma, davranış ve ruhsal durum değişikliğidir (özellikle depresyon, ajitasyon vb.). Araştırmacılar özellikle sözel epizodik bellek üzerinde yoğunlaşırlar. Bu bellek hastalığın erken döneminde bozulur ve bu nedenle AH'de en sık yeni bilgileri hatırlama kabiliyetinde gerileme görülür. İleri dönemlerde uzak hafıza da bozulur. Hastalığın ilerlemesiyle, başlangıçtaki günlük yaşam aktivitelerindeki azalma giderek bireylerin özbakımda da başkalarına bağımlı olmalarına neden olmaktadır (İrkeç 1999, Can ve Karakaş 2005, Öztürk ve Uluşahin 2008, Işık ve Tanrıdağ 2009, Selekler 2010, Alzheimer's Association 2018).

AH, hafif, orta ve ileri olmak üzere üç evrede gelişmektedir. Hafif evrede, 2-3 yıl süren artan bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve başka bilişsel işlevlerde gerileme görülür. Konuşma, hafıza ve duymanın etkilenmesi söz konusudur. Enerji yitimi, engellenme eşiğinin azalması, bencillik, kuşkuculuk, başkalarına karşı duyarlılıkta azalma, çalışmaya ve zevk veren diğer etkinliklere karşı isteksizlik, mükemmeliyetçilik, duygusal durumda uygunsuzluk, dürtüsel kontrolsüzlük ve kendine bakımın bozulması gibi belirtiler bu ilk evrede görülmeye başlar. Orta evre AH, 2-5 yıl sürer. Bu evrede belirtiler gözden kaçamayacak kadar ilerlemiştir. Zamanla değerlendirme, yargılama ve yönelimde bozulmalar oluşur. Fokal nörolojik belirtilerden konuşma bozukluğu (afazi), istemli devinim bozukluğu (apraksi),

eşyaları tanıyamama (agnozi), hesap yapamama (akalkuli) ve amnezi belirtileri görülür. Bu evrede hastalara yemek yeme, giyinme-soyunma, temizlik gibi işlevler için yardımcı olmak gerekir. İleri evre AH, 2-4 yıl sürer. Sonlanış dönemidir, hastalar tüm günlük yaşam aktiviteleri açısından tamamen bağımlı hale gelirler. Hasta kimliğini yitirir, en yakınlarını dahi tanıyamaz, yönelimi bozulduğu için odasını bulamaz, bu nedenle ev içinde bile kaybolabilir. Motor fonksiyonlarda bozulma olmadığı halde aktiviteleri yerine getiremez. Zamanla yatağa bağımlı hale gelen hastalarda üriner inkontinans görülür. En sık ölüm nedenleri bronkopnömonidir (Can ve Karakaş 2005, Öztürk ve Uluşahin 2008, Işık ve Tanrıdağ 2009, Selekler 2010).

1.7. Alzheimer Hastalığı'nın Tedavisi

Günümüzde AH'yi engelleyen, durduran veya iyileştirebilen bir tedavi yoktur. Kullanılmakta olan tedaviler hastalık seyrini yavaşlatmaya yönelik semptomatik tedavilerdir (Gazes ve ark 2012). AH tedavisinde nörotransmitterlerden asetilkolin, bellek ve dikkat fonksiyonlarının sağlıklı devam etmesi için kritik önem taşımaktadır. AH'de asetilkolinin azalmasına bağlı, bellek bozukluğu ve öğrenme yeteneğinde azalma görülür (Yazıcı ve Şahin 2012, Söylemez ve Küçükgüçlü 2017). Hastalık sürecinde kolinerjik innervasyon kaybı olmasına bağlı olarak, kolinerjik rezerv desteklenmektedir. Bu amaçla asetilkolinesteraz inhibitörleri (donepezil, rivastigmin, galantamin ve takrin) dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu inhibitörler haricinde NMDA reseptör antagonisti olan memantin de AH tedavisinde kullanılmaktadır (Öztürk ve Karan 2010, Yazıcı ve Şahin 2012, Söylemez ve Küçükgüçlü 2017).

Davranışsal ve psikolojik belirtilerin yönetiminde nonfarmakolojik ve farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Davranışsal ve psikolojik belirtilerin yönetiminde nonfarmakolojik yaklaşımların farmakolojik tedaviden önce kullanılması önerilmektedir (Akyar 2011). Bilişsel yetersizlikler haricinde sıklıkla görülen ve tedavi sürecine dahil edilmesi gereken davranışsal bozukluklar için genellikle nonfarmakolojik yöntemlerin tercih edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Söylemez ve Küçükgüçlü 2017).

1.8. Alzheimer Hastalığı'nda Hemşirelik Bakımı

AH'de mümkün olan en erken dönemde tıbbi tedaviye başlanmalı, tıbbi tedaviye ek olarak erken dönemden itibaren destek tedavisi verilmelidir. Hemşireler, Alzheimer tanısı almış bireylere toplumda, hastanede ve uzun dönem bakım kurumlarında bakım vermektedirler (Akyar 2011). Hemşirelik, "sağlık ve hastalık durumunda bireylerin adaptasyonunun yükseltilmesi için yapılan girişimler" olarak tanımlanır (Roy 2009, Roy 2001b). Hemşirenin amacı, sağlık ve hastalık sürecinde bireyin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarındaki değişikliklere adapte olmasına yardım etmektir. (Fawcett 2005a). Alzheimer hastalığına sahip yaşlı bireyin hemşirelik bakımında hemşirelik tanılaması, bakım ve girişimlerin planlanması ve uygulanması önemlidir (Karadakovan 2014). Alzheimer hastalığı olan bireylerin bakımında psikiyatri hemşiresinin temel hedefleri; hastanın fonksiyonelliğinin korunması, engelinin azaltılması, stabilitenin sürdürülmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların kompanse edilmesi, hastanın bireyselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecek terapötik ortamın sağlanmasıdır (Söylemez ve Küçükgüçlü 2017). Beraberinde hemşirelik bakımı; yaşlıların özgün gereksinimlerini anlamayı, değerlendirmeyi, psikiyatrik bakımı planlamada, uygulamada bilgi ve beceri ile yürütülen bakım etkinliklerini kapsar (Fortinash ve Patricia 2007, Carpenito-Moyet 2012).

AH'nin evreler arası geçişi hızlı olduğundan tedavide amaç, evreler arası geçiş süresinin azaltılması olmalıdır (Akpınar ve Küçükgüçlü 2012, Takagi 2012). Bu amaçla 1960'lı yıllardan itibaren AH tedavisinde ilaçların yanı sıra destekleyici olarak psikososyal müdahaleler de kullanılmaya başlanmış ve 2000'li yıllardan sonra bunların kullanımı artmıştır. Psikososyal müdahalelerin tamamı hastaların ilaç tedavisine ek olarak uygulanmaktadır (Spector ve ark 2010, Spector ve ark 2011). Alzheimer hastasının bakımında psikiyatri hemşiresinin en önemli rolü, hastalığın yönetimini sağlamaktır (Fortinash ve Patricia 2007, Carpenito-Moyet 2012). Psikiyatri hemşiresi, sağlık ekibi ve hasta ailesiyle işbirliği yaparak Alzheimer hastasının ruhsal sağlığını ve baş etme becerilerini değerlendirmeli, sorunlarını belirlemeli ve bu sorunlarla baş edebilmesinde destek olmalıdır (Kukull ve ark 2002). Psikiyatri hemşireleri, psikososyal girişim aktiviteleri ile daha ileri düzeyde akıl sağlığı semptomlarının oluşmasını önleyerek ve mevcut olanları azaltarak,

uygun durumlarda kuruma yatış/yeniden yatış olasılığını azaltmalıdır. Alzheimer hastalarının bakımında bilişsel işlevleri ve hastalığa uyumu artırmaya yönelik olarak psikiyatri hemşiresi, terapötik ilişkisinin işlevlerine ve her hastanın bireysel gereksinimlerine göre uyarlanmış geniş çaplı tıbbi, psikolojik ve psikososyal girişimlerde bulunabilir. Bu psikososyal girişimler arasında hastalara müzik terapi uygulaması yapabilir (Horatio 2011).

1.9. Müzik Terapi

Müzik ile tedavi tıp tarihi kadar eskiye dayanmaktadır (Karamızrak 2014). Müzik terapi; bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan bir uzmanlık alanıdır (Lök ve Bademli 2016). MT, en eski tedavi yöntemlerinden biri olduğu ve farklı kültürlerde hastalıkları tedavi etmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir (Karamızrak 2014). Müzik tedavisinin fizyolojik etkileri; psikofizyolojik stres, ağrı, kaygı ve izolasyonun azaltılmasıyla bir davranış değişikliği meydana getirme ve duygu durumunu değiştirme arasında değişmektedir (Boşnak ve ark 2017). MT'de tedavi amaçlı olarak özellikle ritm, melodi ve armoni gibi müzik öğeleri kullanılmaktadır. Araştırmalarda müziğin ruhsal hastalıkların oluşmasında etkili olan ve duygusal durumumuzu düzenleyen serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi hormonları olumlu etkileyerek; kan basıncı, solunum ritmi gibi fizyolojik fonksiyonlarını, beyin oksijenlenmesini ve kanlanmasını düzenlediği gözlenmiştir (Karamızrak 2014).

MT'nin, farmakolojik olmayan AH için uzun süreli uygulamalarda iyi ve kullanışlı bir yöntem olduğu söylenmektedir. Birçok makale MT'nin otobiyografik ve epizodik hatıralar, psikomotor hız, yönetici işlev alanları ve küresel bilişte bilişsel geriliği azaltabileceğini göstermiştir (Boşnak ve ark 2017). MT'nin, özellikle AH için umut verici bir müdahale olduğu ve mümkün olduğunca erken tanı ile başlanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Fang ve ark 2017).

Literatür incelendiğinde Alzheimer hastalarına farklı içeriklerle müzik terapisi uygulandığı görülmüştür (Kydd ve ark 2001, Douglas ve ark 2004, Suzuki ve ark 2004, Svansdottir ve ark 2006, Raglio ve ark 2008, Guetin ve ark 2009, Han ve ark 2014). Müzik terapi, müzikal bir faaliyete katılmayı (örneğin bir enstrüman şarkı söylemeyi veya çalmayı) ya da sadece şarkı veya müzik dinlemeyi içerebilir (Douglas ve ark 2004). Guetin ve arkadaşları (2009), randomize kontrollü (tek kör)

araştırmalarında 30 hafif ve orta evre Alzheimer hastaları ile çalışmışlardır. Deney grubuna (15 birey), 24 hafta boyunca haftada üç gün, iki saat hasta bireyler beraber seçilen müzikler dinletilmiştir. Kontrol grubuna (15 birey) ise okuma seansları yapılmıştır. 0, 1, 4, 8, 16 ve 24. haftalarda Hamilton depresyon ölçeği ve geriatrik depresyon ölçeği ile ölçümler yapılmıştır.

Raglio ve arkadaşlarını (2008) kontrol gruplu deneysel araştırmalarında, orta ve ileri evre Alzheimer tipi demans hastası olan 59 bireyle çalışmışlardır. Müzik terapinin uygulandığı grup 29 kişiden, kontrol grubu ise 30 kişiden oluşmuştur. Müzik terapi grubuna, 20 hafta boyunca müzik terapi ile yapılan oturumlarda hastalara belli tonlarda sesler dinletilmiş ve ardından hastaların vurmalı bir aletle o dinlediği sesi taklit etmesi istenmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim yapılmamıştır. Yaptıkları çalışmada ölçüm aracı olarak mini mental test ve nöropsikiyatri envanterini kullanmışlardır.

Han ve arkadaşları (2014) yaptıkları yarı deneysel olan çalışmalarını, 50 kişiden oluşan hafif evre Alzheimer hastalarıyla yürütmüşlerdir. Bu hastalar 25 kişi deney grubu ve 25 kişi kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Çalışmada hastalarla birlikte seçtikleri şarkıları, önce onlara dinletip sonra aralarından bir temsilci seçerek şarkıları gruba söyletmişlerdir. Her oturumda aynı şarkılar dinletilmiş ve hastaların eşlik etmeleri teşvik edilmiştir. Müzik terapi, toplamda sekiz hafta boyunca haftada iki kez olmak üzere 16 seans uygulanmıştır. Tüm seanslar 50 dakika sürmüştür. Kullanılan ölçüm araçları ise mini mental test, Beck anksiyete ölçeği ve geriatrik depresyon ölçeğidir.

Suzuki ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan yarı deneysel araştırma, Müzik Terapi grubu 10, kontrol grubu 10 kişi olmak üzere toplamda 20 orta evre Alzheimer hastası ile yapılmıştır. Hastalara Müzik terapi 8 hafta toplam 26 seans şeklinde 50 dakika uygulanmıştır. Ölçüm araçları olarak mini mental test ve nöropsikiyatri envanteri kullanılmıştır.

Svansdottir ve arkadaşları (2006) vaka-kontrol çalışmasını, Müzik Terapi grubu 38, kontrol grubu 38 birey olmak üzere toplamda 76 orta ve ileri evre Alzheimer hastaları ile yapmışlardır. Müzik Terapi grubuna; altı hafta haftada dört gün 50 dakika farklı makamlarda Müzik terapi oturumları uygulanmıştır. Kontrol

grubuna herhangi bir girişim yapılmamıştır. Çalışmada ölçüm için Alzheimer hastalığı değerlendirme ölçeği ve mini mental testten yararlanılmıştır.

Kydd ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada, kurumda antisosyal ilişkiler gösteren, sadece yemekler için odasından çıkan bir hastada Müzik Terapi'nin etkinliğini incelemişlerdir. Kurumda Müzik Terapist tarafından yapılan Müzik Terapi oturumları, evin her bölümünün genel salonu alanlarında, genellikle piyanoya yakın yerlerde yapılmıştır. Müzik oturumlarını kendi odasından duyarak, oturumlara sonradan katılan hasta, ilk olarak ilgi gösterdiği müzik terapisi grubunda değerlendirilmiştir. Haftalık temalar seçilmiş ve Müzik Terapist, hatırlama, egzersiz veya hareket ve sosyalleşmeyi teşvik etmek ve bilişsel stimülasyon için fırsatlar sunmak için müzik kullanmıştır. Hasta, vurmalı çalgılar çalma, başkalarını tanıma ve şarkı söyleme gibi oturumun bazı yönlerine katılmak konusunda isteksizlik göstermiştir. Müzik Terapist, hastaya bireysel olarak dikkat çekmek ve en sevdiği müzik için bir kayıt yapmak amacıyla, bir süre bireysel oturumlar sunmaya karar vermiştir. Hasta yarım saatliğine haftada bir kez bireysel müzik terapisi seanslarına katılmaya başlamış ve oturumda sonuna kadar kalmaya başlaması birkaç hafta sürmüştür. İlk iki ay, bireysel seanslara katılmış, ancak aynı zamanda piyanoyu duyabildiği zaman odasından çıkıp düzenli müzik terapi grubuna katılmıştır. Hastanın grup ortamına katılımı da zamanla iyileşmeye devam etmiştir. Bu gözlemlerin büyük bölümü sekiz ay içinde gerçekleşmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Konya ili Meram ilçesinde bulunan Dr. İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde yapılmıştır. 1967 yılında faaliyete geçen Konya Dr. İsmail Işık Huzurevi, Türkiye'nin ilk açılan ve en büyük huzurevi olma özelliğine sahiptir. Merkezde toplamda 5 blok bulunmaktadır. Bu bloklardan iki blokta erkekler, üç blokta ise kadınlar kalmaktadır. Toplamda iki blok rehabilitasyon, üç blokta huzurevi olarak ayrılmıştır. Her blokta gün içerisinde ikişer hemşire olup, geceleri tek hemşire görev almaktadır. Hemşireler gün içerisinde hastaları gözlemleyip, takip ve tedavilerini yürütmektedirler. Tüm bloklardaki bireyler için tek bir doktor görev yapmaktadır. Her blokta her katta ikişer hasta bakımı ve temizlikten sorumlu ikişer personel görev almaktadır. Merkezde 119 kişi huzurevi normal bakım bölümünde, 206 kişi ise rehabilitasyon biriminde özel bakım görenler olmak üzere toplamda 325 kişilik kapasiteye sahiptir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

2.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Dr. İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde kalan ve Alzheimer hastalığı tanısı almış, araştırmanın dahil etme/dışlama kriterlerine uyan 30 birey oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri

Katılımcının;

- Alzheimer Hastalığı tanısı almış olması
- Mini mental test sonucu 13-24 puan aralığında olması
- Düzenli antidemans ilaç kullanması

Araştırmadan dışlama kriterleri

Katılımcının;

- Herhangi bir duyusal engelinin olması
- Oturumlara katılımını etkileyecek herhangi bir fiziksel rahatsızlığının ya da engelinin olması

Araştırmadan çıkarılma kriterleri

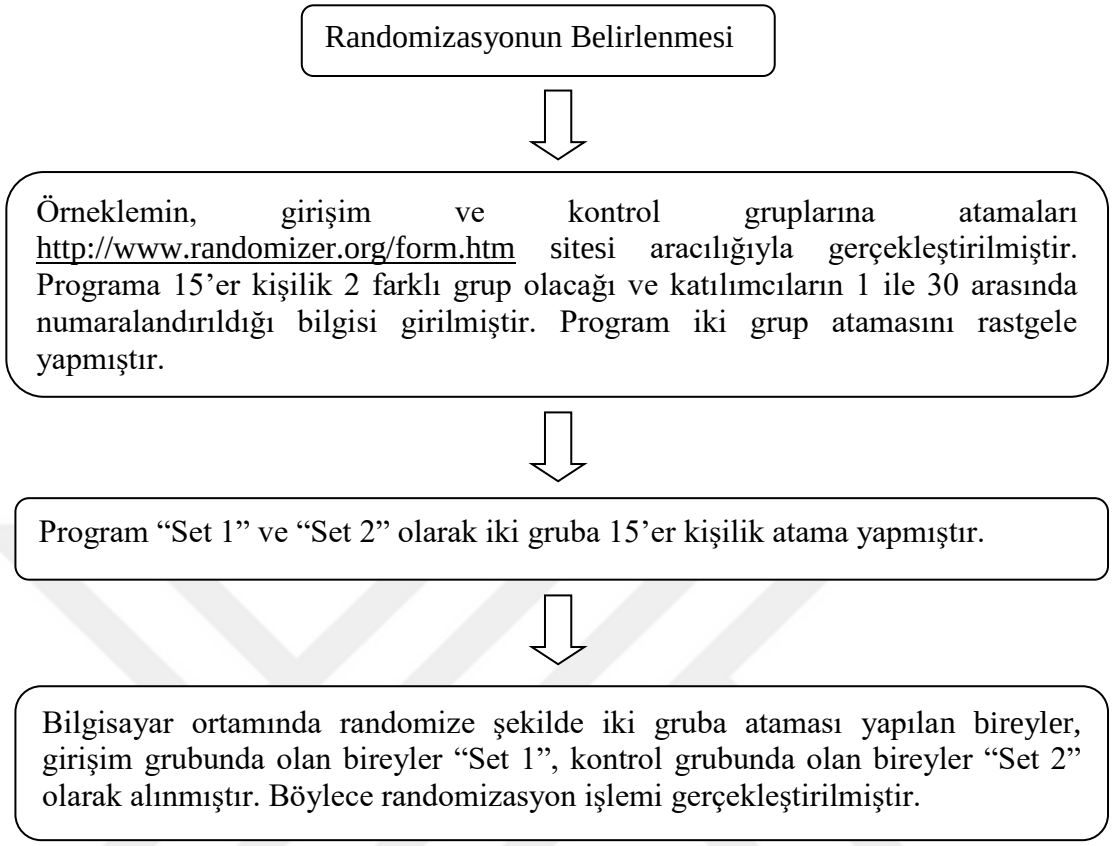
Katılımcının;

- Eşlik eden benzer bir programa katılması
- Müzik Terapi'nin en az iki oturumuna katılmaması
- Uygulama süresince gelişen herhangi bir fiziksel ya da psikolojik bir rahatsızlığının olması

2.3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu Hesaplanması

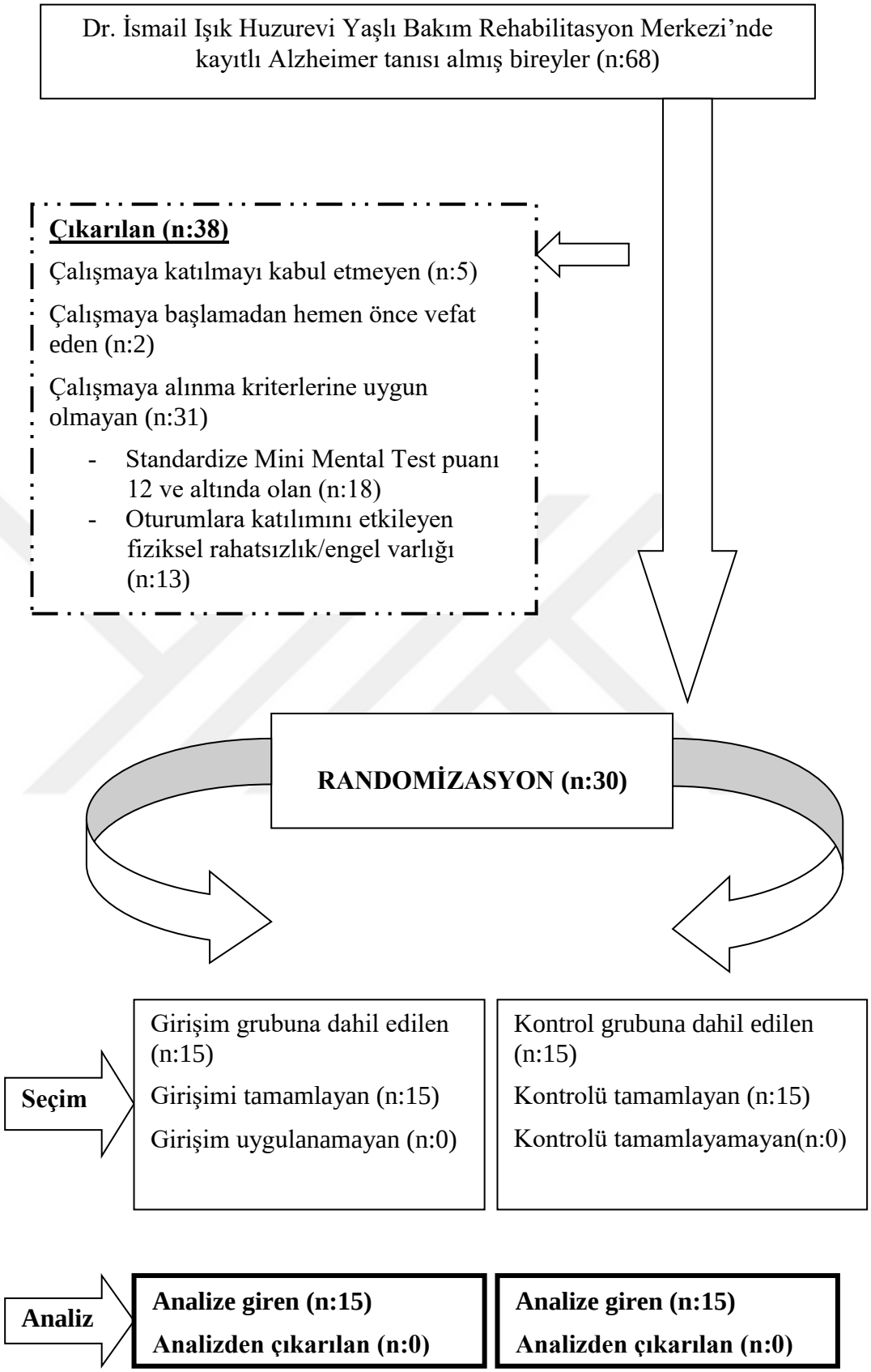
Kurumda hasta dosyalarından toplamda 68 Alzheimer tanısı almış birey tespit edilmiştir. Kurumda araştırmanın alınma dışlanma kriterlerine uyan toplam 30 yaşlı birey olması sebebi ile örneklem belirlemeye gidilmeden uyan 30 birey, deney (n:15) ve kontrol (n:15) grubuna dahil edilmiştir. Katılımcıların; tıbbi tanısı ve ilaç kullanım durumu hasta dosyasından, duyusal engelinin olup olmaması ve fiziksel rahatsızlığına ilişkin bilgileri ise hemşireler ve bireyler ile görüşülerek öğrenilmiştir.

2.3.3. Randomizasyon



Şekil 2.1. Randomizasyonun belirlenmesi.

Araştırmanın randomizasyon işlemi Şekil 2.1'de gösterildiği şekilde gerçekleştirilmiştir.



Şekil 2.2. CONSORT şeması.

Bireyler girişim ve kontrol gruplarına basit randomizasyon yöntemi ile atanmıştır. Bunun için http://www.randomizer.org/form.htm sitesi kullanılmıştır. Huzurevinden Alzheimer tanısı almış bireylerin dosyaları, araştırmacı tarafından örnekleme alınma ve dışlanma kriterlerine göre ayrılmıştır (Şekil 2.2).

Girişim grubu, 4-4-4-3'er kişilik (Grup-1, Grup-2, Grup-3, Grup-4) dört ayrı grup olarak oluşturulmuştur (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Müzik Terapi'nin haftalık uygulama çizelgesi.

	Pazartesi	**Salı**	**Çarşamba**	**Perşembe**	**Cuma**
14:00	**Grup-1**	**Grup-3**	**Grup-1**	**Grup-3**	**-**
15:00	**Grup-2**	**Grup-4**	**Grup-2**	**Grup-4**	**-**

2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Araştırma verilerinin toplanmasında girişim ve kontrol grubundaki Alzheimer hastalığına sahip bireylerin sosyo-demografik ve hastalık öyküsünü değerlendiren araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Raglio ve ark 2008, Guétin ve ark 2009, Han ve ark 2014) oluşturulan "Kişisel Bilgi Formu", bilişsel işlevleri değerlendirmek amacıyla "Standardize Mini Mental Test" ve uyum düzeyini belirleyebilmek amacıyla "Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ)" kullanılmıştır. Veriler, ön test ve son test olmak üzere iki kez, araştırmacı tarafından, huzurevi toplantı salonunda öz bildirime dayalı olarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

2.4.1. Tanımlayıcı Bilgiler Formu (EK-B)

Araştırmacı tarafından literatüre dayanarak (Raglio ve ark 2008, Guetin ark 2009) hazırlanan Tanımlayıcı Bilgiler Formu'nda; sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin toplamda beş soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, Alzheimer evresi) yer almaktadır.

2.4.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT) (EK-C)

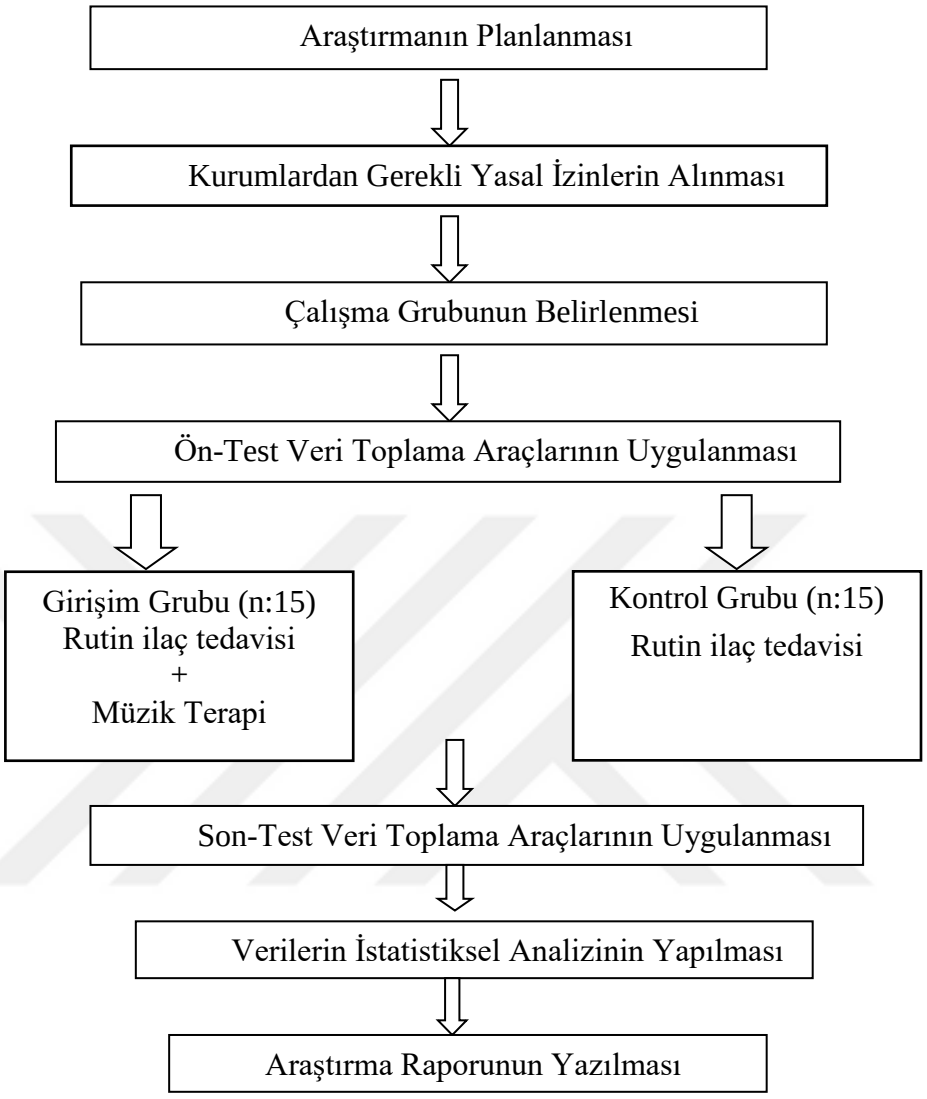
Orijinal Mini Mental Test, Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilmiş ve Molloy ve Standish (1997) tarafından standardize versiyonu oluşturulmuştur. Kolay uygulanabilir ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi verici niteliktedir. Yönelim, kayıt, dikkat hesaplama, hatırlatma, dil testleri ve yapılandırma bölümlerinden oluşmaktadır. Test hekim, hemşire ve psikologlar tarafından kısa sürede (10 dk), poliklinik koşulları ya da yatak başında uygulanabilen bir testtir. Test yaşlı bireylerde, özellikle deliryum ya da demans durumlarının muayenesinde kısa süreli bilişsel değerlendirme amacına yönelik olarak geliştirilmiştir. Testte her soru "1" puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "30"dur. Alınan puanlara göre; 0-12 puan "şiddetli" düzeyde, 13-22 puan "orta" düzeyde ve 23-24 puan "hafif" düzeyde "bilişsel bozukluk var" olarak, 25-30 puan arası ise "bilişsel bozukluk yok" olarak değerlendirilmektedir. Türkçe Standardize Mini Mental Test (SMMT)'in geçerlik ve güvenirlik çalışması Güngen ve ark (2002) tarafından yapılmıştır. Testin güvenirlik incelemesi için, bilişsel yetilerin aynı bireyde gün içinde bile değişkenlik gösterebildiği göz önüne alınarak sadece uygulayıcılar arası tutarlılık bakılmıştır. Bu amaçla ölçek iki ayrı görüşmeci tarafından 28 yaşlıya uygulanmıştır. Her iki uygulayıcıdan elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyon (r:0.99) ve kappa değeri (0.92) yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak SMMT'in Türkçe standardize formunun bir tarama testi olarak hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir bir test olduğu saptanmıştır (Güngen ve ark 2002). Bizim çalışmamızda Standardize Mini Mental Test Cronbach Alpha katsayısı 0,78 olarak hesaplanmıştır.

2.4.3. Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ) (EK-D)

Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ), ülkemizde yaşlılık sürecine uyum güçlüklerini tanılamaya yönelik bir ölçüm aracı olmaması gerekçesiyle Şişman ve Kutlu tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin kuramsal çerçevesi, hemşire kuramcılardan Roy'un geliştirdiği Adaptasyon Modeli (RAM)'ne dayanmaktadır. YUDGÖ, toplam 24 maddeden oluşan, RAM'in dört alanını (fizyolojik gereksinimler, benlik kavramı alanı, rol fonksiyonu alanı, karşılıklı bağlılık alanı) kapsayan, yaşlı bireylerin uyum seviyesini ölçmeye yönelik bir ölçektir. Ölçeğin "Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi" (1, 5, 9, 12, 13, 14, 15,

16, 24. maddeler) Karşılıklı Bağlanma" (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler), Fizyolojik Durum" (2, 4, 10, 11. maddeler) ve Benlik Tarzı" (3, 6, 7, 8. maddeler) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipindedir. Ölçeğin puanlaması "hiç" 0 puan, "biraz" 1 puan, "oldukça" 2 puan, "çok" 3 puan şeklindedir. Ölçeğin yapı geçerliği açımlayıcı faktör analizi ile yapılmış ve güvenirliği iç tutarlık ve testi yarıya bölme teknikleri ile belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri pilot uygulama (30 madde) için 0.70 ve ana çalışma (24 madde) için 0.93 olarak bulunmuş olup iç tutarlılığın yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin değerlendirmesi ortalama puan hesaplanarak belirlenmekte olup, ölçekten alınacak en düşük puan 0 ve en yüksek puan 72'dir. Alınan puan 0'a yaklaştıkça uyum seviyesi yükselir (Şişman ve Kutlu 2016). Bizim çalışmamızda Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği (ölçek toplam puanına göre) Cronbach Alpha değeri 0,81olarak hesaplanmıştır.

2.5. Araştırmanın Uygulama Aşamaları



Şekil 2.3. Çalışmanın akış şeması.

2.5.1. Birinci Aşama

Araştırmacının hazırlığı

Araştırmacı bir taraftan tez çalışmasının alt yapı hazırlıklarını yaparken, diğer taraftan konu ile ilgili olarak kendini geliştirmeye yönelik bilimsel faaliyetlerde bulunmuştur. Girişimci bilimsel hazırlık olarak "V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi"nde "Psikoeğitim Süreci ve Grup Liderliği" kursuna katılmıştır.

Müzik Terapi'nin hazırlanma ve yapılanma süreci

Bu süreçte araştırmacı tarafından Müzik Terapi ve yapılan uygulamalar ile ilgili literatür ve alanda hazırlanmış eğitim ve psikoeğitim programları taranmıştır. Literatürde bulunan uygulamalar (Kydd ve ark 2001, Suzuki ve ark 2004, Svansdottir ve ark 2006, Raglio ve ark 2008, Guetin ve ark 2009, Han ve ark 2014) araştırmacı tarafından harmanlanarak içeriğinde ses ve ritm öğeleri olan bir Müzik Terapi programı hazırlanmıştır. Hazırlanan bu program, kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla konu ile ilgili alanında beş öğretim üyesine (Psikiyatri Hemşireliği AD (4), Halk Sağlığı Hemşireliği (1)) e-posta yoluyla gönderilmiş ve uzman görüşleri alınmıştır. Uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda MT programı düzenlenerek son şekli verilmiştir (EK-E). Müzik Terapi, çoğunlukla haftada iki-üç gün (Suzuki ve ark 2004, Raglio ve ark (2008), Guetin ve ark 2009, Han ve ark 2014) uygulandığından haftada iki oturum şeklinde yapılması planlanmıştır. Müzik Terapi için yapılan çalışmalarda farklı oturum sayıları olmaları sebebiyle uzman görüşleri doğrultusunda on oturum yapılması, yapılan çalışmalarda (Suzuki ve ark (2004), Raglio ve ark 2008, Guetin ve ark 2009, Han ve ark 2014) ortalama sürenin 30-50 dakika olması sebebiyle 45 dakika uygulanmıştır.

2.5.2. İkinci Aşama

İkinci aşamada, hastaların belirlenmesinde huzurevinden sorumlu doktor, psikolog ve her bloktaki hemşirelerden yardım alınmıştır. Alzheimer tanısı almış bireylerin dosyaları ayrılarak incelenmiş ve bu bireylere SMMT uygulanarak bilişsel işlev düzeyleri 13-24 puan aralığında olan bireyler belirlenmiştir. Kurumda araştırmanın alınma ve dışlanma kriterlerine göre belirlenen toplam 30 yaşlı bireye, araştırma hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Gruplara atamaları yapılan bireylere uygulamadan önce uygulama planı anlatılmış ve katılımcılara "Aydınlatılmış Onam Formu" (EK: A 1-2) imzalatılmıştır.

2.5.3. Üçüncü Aşama

Bu aşamada girişim grubuna MT araştırmacı tarafından uygulanmaya başlanmıştır. MT, her oturum farklı temaları içeren 10 oturumdan oluşmaktadır (Tablo 2.2). Oturumlar 10 dk. giriş bölümü, 25 dk. faaliyet bölümü ve 10 dk. sonlanma olmak üzere toplamda 45 dk. sürmüştür. Terapi beş haftalık bir sürede, her

bir grup için haftada iki oturum olacak şekilde yürütülmüştür. MT tamamlandıktan sonra girişim ve kontrol grubuna, ölçüm araçları tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır.

Tablo 2.2. Müzik terapi oturumları (EK-E).

Oturum Zamanı	MT Oturum Başlıkları	Etki Alanları
1. HAFTA	**Oturum 1.** Sesler-Resimler; Doğa Sesleri	Bilişsel İşlevler Uyum Düzeyi
	Oturum 2. Ses-Ritm Uyumu	
2. HAFTA	**Oturum 3.** Şarkı Sözleri Tamamlama	Bilişsel İşlevler Uyum Düzeyi
	Oturum 4. Şarkıcı-Şarkı Eşleştirme	
3. HAFTA	**Oturum 5.** Bir Kelime-Bir Müzik	Bilişsel İşlevler Uyum Düzeyi
	Oturum 6. Sesler-Resimler; Enstrüman Sesleri	
4. HAFTA	**Oturum 7.** Ses-Ritm Uyumu	Bilişsel İşlevler Uyum Düzeyi
	Oturum 8. Şarkı Sözleri Tamamlama	
5. HAFTA	**Oturum 9.** Sanatçı-Şarkı Eşleştirme	Bilişsel İşlevler Uyum Düzeyi
	Oturum 10. Bir Kelime-Bir Müzik	

2.6. Verilerin Toplanma Zamanı

14 Ekim-22 Kasım 2019 tarihleri arasında Dr. İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi'nde araştırmanın dahil etme/dışlama kriterlerine uygun olarak seçilmiş yaşlılardan toplanmıştır.

2.7. Araştırmanın Değişkenleri

2.7.1. Kontrol Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim Durumu
- Sosyal Güvence
- Alzheimer Evresi

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

- Müzik Terapi

2.7.3. Bağımlı Değişkenler

- Bilişsel İşlevler
- Uyum Düzeyi

2.8. Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, kontrol ve deney grubuna göre ölçek puan ortalamalarının (SMMT ve uyum güçlüğü ölçeği) karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlar için bağımsız gruplarda t testi uymayanlar için ise Mann Whitney U testi, başlangıç ve deney sonrası ölçümler arasındaki puan ortalamalarının karşılaştırılması da normal dağılıma uyanlar için bağımlı gruplarda t testi, uymayanlar için de Wilcoxon analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler yönünden gruplar arası homojenlik ki-kare analizi (çok gözlü ki-kare, Yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher Kesin testi) yapılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<,05 olarak kabul edilmiştir.

2.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.02.2019 tarih ve 2019/104 sayılı etik onay alınmıştır (EK-F). Kurumsal izin Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nden alınmıştır (EK-G). Ayrıca örnekleme katılacak gönüllü olan yaşlı bireyler çalışma hakkında aydınlatıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-A). Veri toplama ve uygulama işlemlerine onamlar alındıktan sonra başlanmıştır. Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ)'nin kullanımı için Şişman ve Kutlu'dan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-H).

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma huzurevinde yaşayan kısıtlı sayıda yaşlılarla gerçekleştirildiğinden örneklem sınırlılığı içermektedir. Dış geçerlilik

sağlamadığından dolayı çalışma sonuçları genellenemez, fakat genellemeye katkı sağlayabilir. Çalışmada verilerin sözel beyana dayalı olarak elde edilmesi çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

3. BULGULAR

Bu bölümde, Alzheimer hastalığına sahip olan bireylere uygulanan Müzik Terapi'nin girişim ve kontrol gruplarının kendi içinde ve gruplar arası bilişsel işlevler ve uyum düzeyleri üzerine olan etkilerine ilişkin bulgular verilmiştir.

3.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.1. Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımlarının karşılaştırılması.

Özellikler	Deney Grubu (n:15)		Kontrol Grubu (n:15)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet*/**						
Kadın	11	73,3	8	53,2	1,292 (sd:1)	,256
Erkek	4	26,7	7	46,8		
Eğitim Durumu*/**						
Okur yazar değil[a]	4	26,7	5	33,5	1,111 (sd:1)	,774
İlkokul[a]	9	59,9	9	59,9		
Lise ve Üniversite[a]	2	13,4	1	6,6		
Sosyal Güvence						
Yok	9	59,9	9	59,9		1,00**
Var	2	40,1	6	40,1		
Alzheimer Evresi						
Hafif Evre[a]	2	13,4	1	6,6	,370	
Orta Evre[a]	13	86,6	14	93,4	(sd:1)	,543**
	Deney Grubu (n:15)		**Kontrol Grubu (n:15)**		**U**	**p**
	$\bar{x}$±SS		$\bar{x}$±SS			
Yaş						
	77,80 ± 6,73		78,20 ± 12,06		92,500	,406

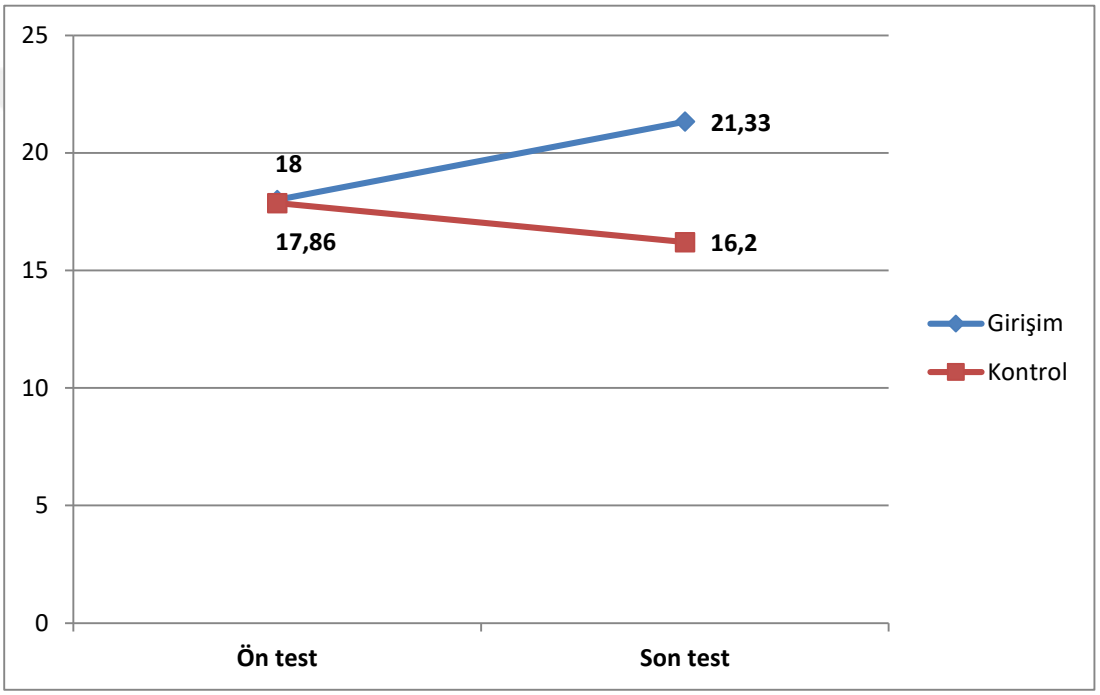
* Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates düzeltmeli ki-kare analizi yapılmıştır.
** Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher Kesin testi yapılmıştır.
a: Örneklem sayısı az ve analize uygun olmadığı için gruplar birleştirilerek analiz edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence ve Alzheimer evresine göre dağılımları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>,05, Tablo 3.1).

Müdahale ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>,05, Tablo 3.2).

3.2. Bireylerin Bilişsel İşlevlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde Alzheimer hastalarında müzik terapinin bilişsel işlevler üzerindeki etkilerini ölçmek amacıyla seçilen "SMMT"nin uygulama öncesi (0. gün) ve uygulama sonrası (5 hafta sonunda) ölçüm sonuçları verilmiştir (Grafik 3.1, Tablo 3.2.)



Grafik 3.1. Bireylerin bilişsel işlev düzeylerindeki değişim.

Tablo 3.2. Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin zamana göre SMMT puan ortalamalarının karşılaştırılması.

SMMT	Deney Grubu (n: 15) $\bar{x}$± SS	Kontrol Grubu (n: 15) $\bar{x}$± SS	İstatistiksel Analiz: t**	Anlamlılık p
Başlangıç	18,00±3,35	17,86±3,33	,109	,914
Deney Sonrası	21,33±3,43	16,20±3,52	2,463	**,020**
*t**	*1,248*	*,653*		
p (sd:2)	***,001***	***,030***		

* Bağımlı gruplarda t testi, ** Bağımsız gruplarda t testi.

Deney ve kontrol grubu kendi içinde ayrı olarak, yaşlı bireylerin zamana göre (başlangıç ve deney sonrası) SMMT ortalamaları arasındaki değişimin değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir.

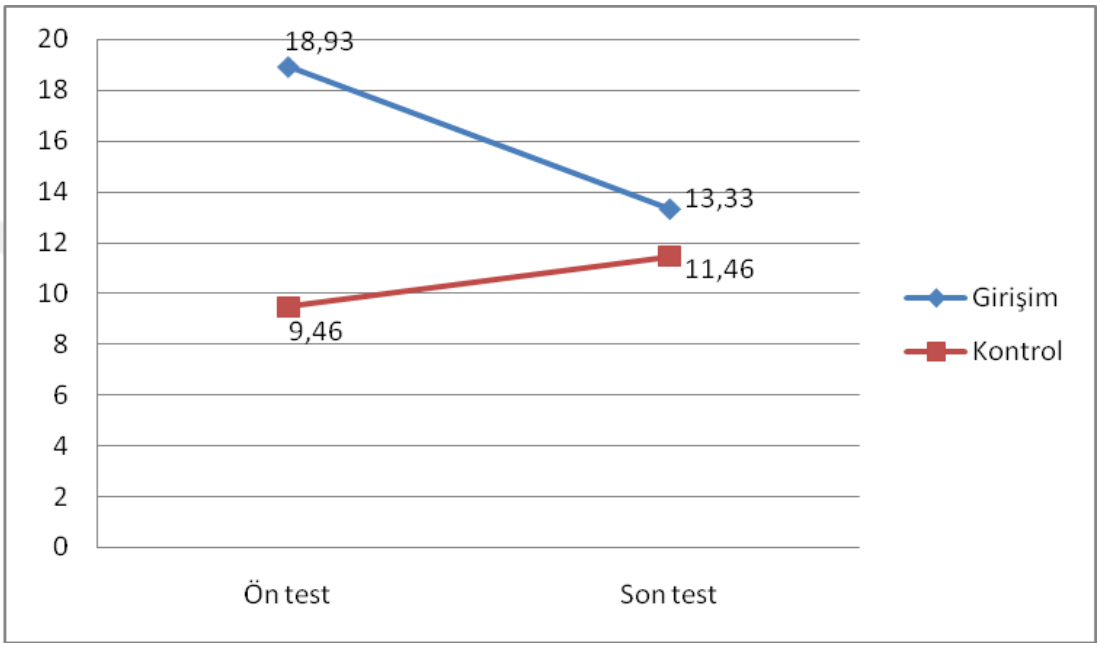
Kontrol grubundaki yaşlı bireylerin iki ölçümden elde edilen SMMT puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (p<,05, ya da t testi: ,653 p: ,030), Deney grubundaki yaşlı bireylerin iki ölçümdeki puan ortalamaları arasında da kontrol grubundakine benzer şekilde ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<,001, t testi: ,1,248 p: ,001, Tablo 3.2).

Deney grubundaki yaşlı bireylerin başlangıçtaki puan ortalamalarının kontrol grubundakilerin puan ortalamalarına yakın olduğu görülmüş olup, fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>,05 ya da t: ,109 p: ,914). Deney grubundaki yaşlı bireylerin uygulama sonrası puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre daha fazla arttığı saptanmış, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<,05, t:2,463, p:,020, Tablo 3.3).

Etki değeri, aralarında fark olmasını beklediğimiz gruplar arasındaki farkın büyüklüğünü gösteren istatistiksel bir değerdir (Cohen 1988). Yani t-testi'ne göre iki grup arasında fark olup olmadığını belirleyebiliriz, ancak bu farkın büyüklüğü hakkında yorum yapmak için etki değerini bilmemiz gerekir. Etki büyüklüğü belirlemede en çok bilinen/kullanılan Cohen's d istatistikleridir. Bizim çalışmamızda deney ve kontrol grubu Mini Mental Test son test değerine göre etki büyüklüğü Cohen d 0,863 olarak hesaplanmış ve büyük etkili olarak değerlendirilmiştir (Cl:0,766-0,921).

3.3. Bireylerin Uyum Güçlüğü Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, YUGDÖ'nün "Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi", "Karşılıklı Bağlanma", "Fizyolojik Durum" ve "Benlik Tarzı" alt boyutları ve ölçek toplam puanı değerlendirilmiştir. YUGDÖ alt boyutları Müzik Terapi oturumlarına başlamadan önce ve oturumlardan sonra bireylere uygulanmış ve ölçek madde toplam puanları arasındaki farklılık incelenmiştir (Grafik 3.2, Tablo 3.3).



Grafik 3.2. Bireylerin uyum güçlüğü düzeylerindeki değişim.

Deney ve kontrol gruplarındaki yaşlı bireylerin kendi içlerinde zamana göre (başlangıç ve deney sonrası) uyum güçlüğü ölçeğinin dört alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark veriler normal dağılıma uyduğu bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. Yaşlı bireylerin uyum güçlüğü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki fark ise veriler normal dağılıma uymadığı için Wilcoxon analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin zamana göre Uyum Güçlüğü Düzeyleri ve Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Uyum Güçlüğü Ölçeği	Deney Grubu (n: 15) $\bar{x}$± SS	Kontrol Grubu (n: 15) $\bar{x}$± SS	İstatistiksel Analiz	Anlamlılık p
1.Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi				
Başlangıç	8,06±4,99	4,40±,2,52	t:9,256 **	,501
Deney Sonrası	6,26±4,39	5,20±2,75	t:2,467**	**,005**
t*	*1,409*	*0,126*		
p (sd:2)	***0,001***	*0,63*		
2.Karşılıklı Bağlanma				
Başlangıç	1,86±1,95	0,80±1,82	t:0,456**	,187
Deney Sonrası	0,93±1,03	1,06±1,98	t:1,354**	,669
t*	*0,657*	*0,689*		
p (sd:2)	***0,018***	*0,75*		
3.Fizyolojik Durum				
Başlangıç	2,93±2,63	1,06±1,03	t:3,024**	,050
Deney Sonrası	1,73±1,57	1,26±0,79	t:1,204**	**,008**
t*	*0,654*	*1,345*		
p (sd:2)	***0,023***	*0,86*		
4.Benlik Tarzı				
Başlangıç	6,06±3,65	3,20±2,27	t:2,056**	,910
Deney Sonrası	5,33±3,37	3,93±2,54	t:0,354**	,100
t*	*3,650*	*2,425*		
p (sd:2)	***0,003***	*0,43*		
5.Ölçek Toplam				
Başlangıç	18,93±11,15	9,46±6,13	U:195,000***	,670
Deney Sonrası	13,33±9,42	11,46±6,16	U:45,000***	**,024**
Z****	*4,023*	*3,056*		
p (sd:2)	***0,001***	*0,35*		

* Bağımlı gruplarda t testi, ** Bağımsız gruplarda t testi, ***U: Mann Whitney U, ****Wilcoxon Analizi.

Tablo 3.3.'te deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin uyum güçlüğü ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve ölçek madde toplam puanlarının zamana göre karşılaştırılması sunulmuştur. Deney grubunda yer alan yaşlı bireylerin uyum

güçlüğü ölçeği rol ve kendini gerçekleştirme biçimi alt boyutunda, başlangıç ile deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki ölçüm arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<,001, ya da t testi: 1,409 p: ,001). Kontrol grubunda yer alan yaşlı bireylerin başlangıç ve deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>,05, ya da t testi: ,126 p: 0,63).

Deney grubunda yer alan yaşlı bireylerin uyum güçlüğü ölçeğinin karşılıklı bağlanma alt boyutunda, başlangıç ile deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki ölçüm arasında çok anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<,01, ya da t testi: ,657 p: ,018). Kontrol grubunda ise başlangıç ve deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>,05, ya da t testi: ,689 p: ,75).

Deney grubunda yer alan yaşlı bireylerin uyum güçlüğü ölçeğinin fizyolojik durum alt boyutunda, başlangıç ile deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki ölçüm arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<,05, ya da t testi: ,654 p: ,023). Kontrol grubunda yer alan yaşlı bireylerin başlangıç ve deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>,05, ya da t testi: 1,345, p: ,86).

Deney grubunda yer alan yaşlı bireylerin uyum güçlüğü ölçeğinin benlik tarzı alt boyutunda, başlangıç ile deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki ölçüm arasında çok anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<,01, ya da t testi: 3,650 p: ,003). Kontrol grubunda yer alan yaşlı bireylerin başlangıç ve deney sonrası ölçüme ait puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>,05, ya da t testi: 2,425, p: ,43).

Deney grubunda yer alan yaşlı bireylerin başlangıç ile deney sonrası uyum güçlüğü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki ölçüm arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<,001, ya da Z testi: 4,023 p: ,0001). Kontrol grubunda ise başlangıç ve müdahale sonrası ölçüme ait puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>,05, ya da Z testi: 3,056, p: ,35).

Deney ile kontrol grubundaki yaşlı bireylerin uyum güçlüğü ölçeği dört alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması her ölçüm zamanına göre ayrı olarak bağımsız gruplarda t testi ile yaşlı bireylerin uyum güçlüğü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki gruplararası fark ise veriler normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin rol ve kendini gerçekleştirme biçimi alt boyutuna ait başlangıç ölçümü puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken (t: 9,256 p: ,501), deney sonrası her iki grubun puan ortalamaları arasında (t:2,467 p:,005) çok anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin her iki ölçümden elde edilen karşılıklı bağlanma alt boyutu puan ortalamaları (başlangıç; t:,456, p:,187 ve deney sonrası; t:1,354 p:,669) arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin fizyolojik durum alt boyutuna ait başlangıç ölçümü puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken (t: 3,024 p: ,050), deney sonrası her iki grubun puan ortalamaları arasında (t:1,204 p:,008) çok anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin her iki ölçümden elde edilen benlik tarzı alt boyutu puan ortalamaları (başlangıç; t:2,056, p:,910 ve deney sonrası; t:,354 p:,100) arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki yaşlı bireylerin başlangıç aşamasında uyum güçlüğü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken (U:195,500 p: ,670), deney sonrası her iki grubun puan ortalamaları arasında (U:45,000 p:0,024) anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlılarda yapılmış olup, yaşlılara uygulanan Müzik Terapi'nin yaşlıların bilişsel işlevleri ve uyum düzeyleri üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmada AH'de yaygın olarak kullanılan SMMT ve son yıllarda yaşlılar için değişimlere uyum sağlama düzeyini doğrudan sorgulamak amacıyla geliştirilmiş YUGDÖ kullanılmıştır. Müzik terapi oturumları, Alzheimer olan bireylerin bilişsel işlevlerini ve hastalık sürecinde gerçekleşen değişimlere uyum düzeylerini artırmaya yönelik düzenlenmiş ve uygulama öncesi ve sonrasında değerlendirme yapılmıştır. Bu şekilde Alzheimer olan bireylerin bilişsel işlevlerini güçlendirmeye yönelik uygulanan Müzik terapi ile bireylerin bilişsel işlevleri ve uyum düzeylerinin artırılması hedeflenmiştir. Müzik terapi uygulaması sonrasında girişim grubundaki bireylerin bilişsel işlevleri ve uyum düzeylerinde artış olduğu bulunmaktadır.

Tartışma bölümünde yapısal bir yöntem izlenmiştir. Buna göre; Müzik terapi uygulanan girişim ve herhangi bir uygulama yapılmayan kontrol grubundaki bireylerin "bilişsel işlevler ve uyum düzeyleri"nin karşılaştırılmasından elde edilen bulguların tartışması;

1. Bireylerin bilişsel işlev düzeylerinin incelenmesi

2. Bireylerin uyum düzeylerinin incelenmesi olmak üzere iki başlıkta sunulmuştur.

4.1. Bireylerin Bilişsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin bilişsel işlev düzeyleri; SMMT ile incelenmiş, uygulama öncesi ve sonrası ölçümler yapılarak karşılaştırılmıştır. Alzheimer hastalığına sahip bireylerin bilişsel işlevlerini değerlendirmeye yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada Müzik terapinin Alzheimer hastalığına sahip bireylerin bilişsel işlev düzeylerinin belirlenmesinde, çalışmalarda daha sık kullanılması ve eğitimli/eğitimsiz bireylere uygulanabilmesi açısından SMMT tercih edilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen önemli bulgulardan biri, Müzik terapi uygulanan deney grubundaki bireylerin bilişsel işlev düzeylerinin kontrol grubundaki bireylerden yüksek olmasıdır. Tang ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışma

sonucunda müzik müdahalesinin bireyler üzerinde bilişsel işlevleri artırdığı bulunmuştur. Raglio ve arkadaşlarının (2008) kontrol gruplu deneysel araştırmalarında, orta ve ileri evre Alzheimer tipi demans hastası olan 59 bireyle çalışmışlardır. Çalışma sonucunda MT uygulanan bireylerin bilişsel işlevlerinde iyileşme görülmüştür. Suzuki ve arkadaşlarının (2004) orta evre Alzheimer hastaları ile yaptığı yarı deneysel araştırmada, MT grubunda yer alan hastaların bilişsel işlevlerinde iyileşme olduğu bulunmuştur.

İncelenen çalışmalardan ve bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Alzheimer hastalara uygulanan Müzik Terapi'nin, bilişsel işlevleri olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Bu bulgular sonucunda müzik terapi uygulanarak Alzheimer hastalığına sahip bireylerin bilişsel işlevlerini geliştirmede etkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızda Müzik Terapi müdahalesi sonrası bireylerin bilişsel işlevleri puan ortalamalarında artışın, son test sonucu ortaya konması; bu araştırmanın hipotezi olan Hipotez H_1: "Müzik Terapi uygulanan Alzheimer Hastalığı'na sahip olan bireylerin bilişsel işlevleri, kontrol grubundan daha iyidir." ifadesinin kabul edilebileceğini ve uygulanan Müzik Terapi'nin şizofreni tanısına sahip bireylerin bilişsel işlevlerini artırmada etkili olduğunu doğrulamaktadır.

4.2. Bireylerin Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki bireylerin uyum düzeyleri; YUGDÖ toplam puan ortalaması ile "rol ve kendini gerçekleştirme biçimi, karşılıklı bağlanma, fizyolojik durum, benlik tarzı" alt boyutlarında incelenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin uyum düzeyleri; MT uygulama öncesi ve sonrası ölçümleri olarak karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmada elde edilen en dikkat çekici bulgu, MT uygulanan girişim grubunun uyum düzeyleri toplam puan ortalamaları ile rol ve kendini gerçekleştirme biçimi, karşılıklı bağlanma, fizyolojik durum, benlik tarzı olmak üzere tüm alt boyutlarının puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek olmasıdır. Buna göre; MT bireylerin uyum düzeyini artırarak, hastalık sürecine uyum sağlamalarına yardımcı olduğu ortaya çıkmıştır.

Roy, bir insanın yaşamda uyumlu olabilmesini yeterli enerjisinin olmasına ve uyaranlara pozitif uyum sağlama yeteneğine bağlamaktadır (Fawcett 2005a). Roy'a göre hemşireliğin hedefi, hastanın refahı ve iyilik hali için önemli olan uyumunu sağlama ve geliştirmedir (Roy 2011a). Çalışmamızda girişim gurubundaki bireylerin "fizyolojik durum ve benlik tarzı"nda uyum düzeylerini artırmak için, MT'nin "Ses-Ritm Uyumu ve Bir Kelime-Bir Müzik" oturumlarında çeşitli aktiviteler yapılmıştır. Bu aktivitelerin etkinliği YUGDÖ sonuçları ile değerlendirilmiştir. Böylece bireylerin bilişsel mekanizmalarının güçlenerek, uyum düzeylerini de etkilediği düşünülmektedir.

Benlik kavramı, kişinin kendi içini ve diğer insanların verdiği reaksiyonları algılamayı içerir (Roy 2004). Roy, özellikle hastalık durumunda, bireyin sahip olduğu bireysel özelliklerinin farkına varması ve bu özelliklerine dikkat etmesinin fiziksel ve kişisel benliğin korunması ve sürdürülmesinde önemli olduğunu vurgular (Fawcett 2005a). Çalışmamızda MT'nin tüm oturumlarında benlik tarzı alanına ilişkin girişim grubundaki bireylerin uyum davranışlarını artırmaya yönelik aktiviteler yapılmıştır. Bu aktiviteler sonunda girişim grubunun YUGDÖ ile uyum düzeyleri değerlendirilmiş ve girişim sonrası uyum düzeyleri, girişim öncesi uyum düzeylerinden daha iyi bulunmuştur.

Roy rolü, "kişinin toplumdaki pozisyonundan dolayı, (anne, baba vb.) toplumun beklediği davranışları göstermesi" olarak tanımlar. Rol işlevi toplumda edinilen pozisyonlara dayanarak görevlerin gerçekleştirilmesidir. Hastalık halinde birey üstlendiği rollerinin tamamını ya da bir kısmını yerine getiremeyebilir (Fawcett 2005b). Çalışmamızda MT'nin "Bir Kelime-Bir Müzik ve Şarkıcı-Şarkı Eşleştirme" oturumları ile "Rol ve Kendini Gerçekleştirme" alt boyutuna ilişkin bireylerin uyum davranışları değerlendirilmiş ve rol fonksiyon alanında uyumu geliştirmeye yönelik aktiviteler yapılmıştır. Böylece AH'nin ilerleyerek frontal ve pariatel lobu etkilemesi sonucunda bireylerde görülen görsel ve uzaysal davranışlarda gerileme, yargılama ve yönelimde bozulma gibi davranışları giderilmeye ve mevcut durum korunmaya çalışılmış ve bu aktivitelerin etkinliği YUGDÖ sonuçları ile değerlendirilmiştir. Böylece bireylerin uyum düzeyleri incelenmiş ve girişim sonrası uyum düzeylerinin, girişim öncesi uyum düzeylerinden daha iyi olduğu bulunmuştur.

Literatürde Müzik Terapi ile ilgili yapılan çalışmalarda Alzheimer hastalığına sahip bireylerin hastalığa ve çevreye uyum düzeylerinin farklı ölçüm araçları ile değerlendirildiği görülmüştür. Bu nedenle uyum düzeyine ilişkin tartışma toplam puan üzerinden yapılmıştır. Guetin ve arkadaşlarının (2009) hafif ve orta evre Alzheimer hastaları ile yaptığı randomize kontrollü çalışmalarında, Müzik Terapi yapılan girişim grubunda 16. ve 24. haftalarda hastalarda iyileşme görülmüş, hastaların anksiyete ve depresyona ilişkin belirtilerinde azalmalar olmuştur. Uygulama sırasında ve daha sonrasında bireylerin kendilerini iyi hissetmeleri, azalan anksiyete ve depresyon seviyeleri/düzeyleri bireylerin hastalığa ve çevreye uyumunu artırmıştır. Raglio ve arkadaşları (2008) kontrol gruplu deneysel araştırmalarında, orta ve ileri evre Alzheimer hastalığı olan bireylerle çalışmışlardır. Müzik terapi grubunda; hezeyanlar, ajitasyon, anksiyete, apati, sinirlilik, anormal motor aktivite ve uyku bozukluklarının azaldığı bulunmuştur. Müzik terapi seansı sonrasında hastaların akşam ve geceyi daha sakin geçirdiği, ayrıca bakım verenlerin de daha rahat, sakin ve keyifli oldukları gözlenmiştir. Girişim grubundaki bireylerde empatik ilişki ve empatik yaklaşım düzeylerindeki artış, Müzik Terapi'nin uyum düzeylerini artırdığını göstermektedir. Han ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları yarı deneysel olan hafif evre Alzheimer hastalarıyla yürüttükleri çalışmalarında, Müzik Terapi sonrası hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olmuştur. İlk evredeki hastalara müzik programı uygulanmış ve hastaların sosyal ve duygusal uyumlarının artığı, melatonin hormonunda artış ile birlikte hastalarda gevşeme, rahatlama ve mutluluk seviyesinde artma olduğu gözlenmiştir. Suzuki ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan yarı deneysel araştırmada, hastaların ajitasyon, anksiyete, apati ve sinirlilik düzeylerinde azalma ve davranışsal belirtilerde iyileşme olmuştur. Müzik terapinin hastalardaki uyum düzeyini artırması, gezinme davranışını ve bakım verenlerde de bakım yükünü azalttığı belirtilmiştir. Svansdottir ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan vaka-kontrol çalışmasında, deney grubundaki bireylerin müzik terapi sonunda saldırganlık ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur. Uygulama sırasında ve sonrasında bireylerin kendilerini iyi hissetmeleri, azalan anksiyeteyle birlikte uyum düzeylerini olumlu etkilemiştir. Kydd ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada, kurumda antisosyal ilişkiler gösteren, sadece yemekler için odasından çıkan uyumsuz bir hastada Müzik Terapi'nin etkinliğini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda odasından sadece yemek saatinde çıkan ve antisosyal belirtiler gösteren hastanın Müzik Terapi sonrasında diğer bireylerle

iletişiminin ve uyum düzeyinin arttığı, odasından daha sık dışarı çıktığı gözlenmiştir. Ayrıca ailesi ile görüşmeyen hastanın oğlu ile iletişime geçip, ailesiyle görüşmeye başladığı ve öncesinde reddettiği gezilere katıldığı gözlenmiştir. Personel tarafından daha keyifli, mutlu ve sosyal olduğu belirtilmiştir.

İncelenen çalışmalardan ve bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Alzheimer hastalığına sahip bireylere uygulanan Müzik Terapi'nin, hastaların hastalığa ve çevreye uyumunu olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmaktadır. Bireylerin Müzik Terapi etkisiyle kendilerini iyi hissetmeleri, anksiyete ve depresyonlarının azalmasına bağlı olarak hastalığa ve çevreye uyum düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Çalışmamızda Müzik Terapi uygulanan deney grubundaki bireylerin uygulama sonrası "Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi", "Karşılıklı Bağlanma", "Fizyolojik Durum" ve "Benlik Tarzı" dört alt boyutu ve ölçeğin toplamından kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek puan aldığının son test sonucu ortaya konması, uygulanan Müzik Terapi'nin Alzheimer hastalığına sahip bireylerin uyum düzeyini artırmada etkili olduğunu kanıtlamakta; bu araştırmanın hipotezi olan Hipotez H_1: "Müzik Terapi uygulanan Alzheimer Hastalığı'na sahip olan bireylerin uyum düzeyi, kontrol grubundan daha iyidir." ifadesinin kabul edilebileceğini doğrulamaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan Alzheimer Hastalığı'na sahip bireylere uygulanan Müzik Terapi'nin, bireylerin bilişsel işlevleri ve uyum düzeyleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Müzik Terapi uygulanan bireylerin bilişsel işlevleri, kontrol grubundan daha yüksektir.
- Müzik Terapi uygulanan yaşlı bireylerin uyum düzeyi, kontrol grubundaki bireylere göre daha iyidir.
- Müzik Terapi'nin Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği "Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi" alt boyutu puan ortalamalarına ileri düzeyde etkisi olduğu bulunmuştur.
- Müzik Terapi'nin Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği "Karşılıklı Bağlanma" alt boyutu puan ortalamalarına çok önemli etkisi olmuştur.
- Müzik Terapi'nin Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği "Fizyolojik Durum" alt boyutu puan ortalamalarına önemli etkisi olmuştur.
- Müzik Terapi'nin Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği "Benlik Tarzı" alt boyutu puan ortalamalarına çok önemli etkisi olduğu bulunmuştur.
- Müzik Terapi'nin Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği "Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi" alt boyutu puan ortalamalarına ileri düzeyde etkisi bulunmuştur.

5.2. Öneriler

Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar doğrultusunda yapılan öneriler, uygulayıcı ve araştırıcılara yönelik olmak üzere iki başlıkta verilmiştir.

Uygulayıcılara yönelik öneriler:

Alzheimer hastalığına sahip bireylerle çalışan hemşirelerin;

- Müzik Terapi hakkında bilgilenmeleri,
- Müzik Terapi'yi, grup terapi ve psikoeğitim alanlarında uygulayıcı eğitimleri aldıktan sonra uygulamaları,
- Müzik Terapi'yi huzurevlerindeki rutin programlara eklemeleri,
- Müzik Terapi'yi belirli aralıklarla tekrar uygulamaları önerilir.

Araştırıcılara yönelik öneriler:

Alzheimer hastalığına sahip bireylerle Müzik Terapi çalışacak hemşire araştırmacılar tarafından;

- Müzik Terapi'nin geliştirdiği bilişsel işlevler ve uyum düzeyinin yaşlılar tarafından ne kadar süre korunabildiğine yönelik çalışmaların yapılması,
- Müzik Terapi'nin bilişsel işlevler ve uyum düzeyi dışındaki değişkenler üzerine etkilerinin incelendiği çalışmaların yapılması,
- Sahadaki diğer Alzheimer hastalığına sahip bireylere de uygulanması,
- Müzik Terapi programının farklı oturumlar da eklenerek uygulama süresinin uzatılması önerilir.

6. KAYNAKLAR

Akyar İ, 2011. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 79-88.

Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures, 2018. Alzheimer's&Dementia, 14, 367-429. Erişim tarihi 08 Ekim 2018. Erişim adresi, http://www.alz.org/facts/ .

Aşiret GD, Kapucu S, 2015. Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: anımsama terapisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 60-8.

Aydemir Ç, Kısa C, 2001. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde demans. Klinik Psikiyatri, 4, 203-11.

Barlas GÜ, Onan N, 2008. Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11, 4, 105-11.

Bendlin BB, Carlsson CM, Gleason CE, Johnson SC, Sodhi A, Gallagher CL, Puglielli L, Engelman CD, Ries ML, Xu G, Wharton W, Asthana S, 2010. Midlife predictors of alzheimer's disease. Maturitas, 65, 131-37.

Birol L, 2011. Hemşirelik süreci. 10th ed. İzmir, Duman Ofset Matbaacılık, s. 261-386.

Boşnak M, Kurt AH, Yaman S, 2017. Beynimizin müzik fizyolojisi. KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 12, 1, 35-44.

Canbolat E, Yardımcı H, 2016. Alzheimer hastalığı ve koruyucu besin öğeleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6, 2, 139-45.

Can H, Karakaş S, 2005. Bilişsel süreçlerde Alzheimer tipi demansa bağlı değişiklikler. Klinik Psikiyatri, 8, 37-47.

Carpenito - Moyet LJ, 2012. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev: Erdemir F. 1.st ed, Nobel Kitabevi, 13, s. 54-113.

Cohen J, 1988. Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2nd ed., Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, p. 19-27.

Chancellor B, Duncan A, Chatterjee A, 2014. Art therapy for alzheimer's disease and other dementias. Journal of Alzheimer's Disease, 39, 1-11.

Doody R, Stevens J, Beck C, 2001. Practice parameter: management of dementia (an evidence base dreview). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, 8, 56, 1154-66.

Douglas S, James I, Ballard C, 2004. Non-pharmacological interventions in dementia. Advances in Psychiatric Treatment, 10, 171-79.

Eker E, 2008. Alzheimer hastalığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 85-110.

Fang R, Ye S, Huangfu J, Calimag DP, 2017. Music therapy is a potential intervention for cognition of alzheimer's disease: a mini-review. Translational Neurodegeneration, 6, 1-8.

Fawcett J, 2005a. Using the Roy adaptation model to guide nursing research. Nursing Science Quarterly, 18, 4, 320-23.

Fawcett J, 2005b. Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2nd Ed. Philedelphia: F.A. Devis Company.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, 1975. "Mini mental state" apractical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal Psychiatric Research, 12, 3, 189-198.

Fortinash KM, Patricia A, 2007. Psychiatric nursing; nursing care plans; nursing care; patient care planning; psychiatric nursing methods, p. 86-9.

Gazes, Y., Soldan, A., Stern Y. 2012. Alzheimer's disease. Elsevier Inc. p. 108-15.

Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen AL, Cano MM, Lecourt E, Touchon J, 2009. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with

Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. Dementv Geriatr Cogn Disord, 28, 36-46.

Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, Gurol E, Kvaloy JT, Harmancı H, 2008. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. Am J Alzheimer Dis Other Demen, 23, 67-76.

Horatio:Avrupa Psikiyatri Hemşireleri, 2011. Turku beyannamesi. Erişim tarihi: 27 Haziran 2020. Erişim adresi, www.horatio-web info@horatio-web.eu.

Işık AT, 2009. Hafif kognitif (bilişsel) bozukluk ve demans tipleri. In: Geriatri pratiğinde demans sendromu geriatrik sendromlar dizisi 4. Eds: Işık AT, Tanrıdağ O, 1st ed. İstanbul, TRB Basım Yayın, s. 90-122.

İrkeç C, 1999. Demans [electronic version] . Demans Dizisi, 1, 12-8.

Karadakovan A, 2014. Yaşlı sağlığı ve bakımı. 1st ed. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, p. 328-44.

Lindsay J, Anderson L, 2004. Dementia/ alzheimer's disease. BMC Women's Health, 4, 20, 1-9.

Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, 2014. Old age task force of the World federation of biological psychiatry. Systematic rewiew of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symtoms of dementia. Am J Psychiatry, 12, 4, 567-73.

Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J., Lyketsos CG, 2005. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. American Psychiatric Association, 162, 1996-2021, doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.1996

Lök N, Bademli K, 2016. Alzheimer hastalarında müzik terapinin etkinliği: sistematik derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 8, 3, 266-74.

Maviş İ, Özbabalık D, 2006. Yaşlılıkta nörolojik temelli iletişim sorunları ve dil ve konuşma terapisi. Sosyal Bilimler Dergisi, 1, 1-17.

Natalwala A, Potluri R, Uppal H, 2008. Reason for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007. Dement Geriatr Cogn Disord, 26, 499-505.

Öztürk GB, Karan MA, 2010. Alzheimer hastalığının patofizyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi. 3, 2, 36-45.

Öztürk MO, Uluşahin A, 2008. Organik ruhsal bozukluklar (deliryum, bunama ve başka bilişsel bozukluklar). In: Ruh sağlığı ve bozuklukları II. Eds: Öztürk MO, Uluşahin A, 11th ed. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 642-86.

Parker D, Mills S, Abbey J, 2008. Effectiviness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. International journal of evidence based health care, 6, 137-72.

Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D, Trabucchi M, 2008. Efficacy of music therapy in thetreatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord, 22, 158-62.

Roy CS, 2004. A Validity And Reliability Study Of The Coping And Adaptation Processing Scale. Nursing Science Querterly, 24, 4, 312-20.

Roy C, 2011a. Research based on the Roy adaptation model last 25 years. Nursing Science Quarterly, 24, 4, 312-20.

Roy C, 2011b. Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. Nursing Science Quarterly, 24, 4, 345-51.

Samson S, Clement S, Narme P, Schiaratura L, Ehrle N, 2015. Efficacy of musicalinterventions in dementia: methodological requirements of nonpharmacological trials. Ann. N.Y. Acad. Sci., ISSN 0077-8923, 249-55.

Selekler K, 2010. Alois alzheimer ve Alzheimer hastalığı. Turkish Journal of Geriatrics, 3, 9-14.

Söylemez BA, Küçükgüçlü Ö, 2017. Kognitif ve psikolojik sorunlar ve hemşirelik bakımı. In: Yaşlılık ve yaşlı sağlığı. Eds: Bilgili N, Kitiş Y, 1st ed. Ankara, Vize Basın Yayın, p. 344-67.

Spector A, Orrell M and Woods B, 2010. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry, 25, 1253–8.

Spector A, Gardner C & Orrell M, 2011. The impact of cognitive stimulation therapy groups on people with dementia: views from participants, their carers and group facilitators. Ageing & Mental Health, 15, 945-49.

Tang Q, Zhou Y, Yang S, Thomas WKS, Smith GD, Yang Z, Yuan L, Chung JW, 2018. Effect of music intervention on apathy in nursing home residents with dementia. Geriatric Nursing, 39, 471-76.

Thies W, Bleiler L, 2012. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's and Dementia, 8, 131-68.

Tunç T, 2012. Demansın nörobiyolojisi. In: Biyolojik psikiyatri. Eds: Işık E, Taner YI, Işık U, 1st ed. İstanbul, Has Matbaacılık, p. 229-39.

Yazıcı G, Şahin H, 2012. Alzheimer hastalığı. Klinik Gelişim Dergisi, 2, 3, 48-53.

Yüksel N, 2014. Nörobilişsel bozukluklar. In: Ruhsal hastalıklar. Ed: Yüksel N, 4th ed. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 487-528.

7. EKLER

EK-A 1: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Girişim Grubu İçin)

Ben, (katılımcı adı) ……..., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Büşra KAYAASLAN tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmada uygulanacak girişimin olası riskleri ve faydaları açıklandı. Uygulamanın, haftanın iki günü, ortalama 45'er dakikalık oturumlardan oluşacak şekilde beş hafta süreceği ve toplamda 10 oturumda tamamlanacağı tarafıma anlatıldı. Oturumlarda aynı tanıya sahip diğer hastalarla birlikte olacağım söylendi. Çalışmada uygulanacak girişimlere ait tüm açıklamaları anladım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

……..

İmzası:

…….

Adresi:

…….
……
….....

Telefon No:

……..……

Tarih (gün/ay/yıl): …../..…/..…..

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Büşra KAYAASLAN

EK- A 2: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Kontrol Grubu İçin)

Ben, (katılımcı adı) ……..., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Büşra KAYAASLAN tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

……..

İmzası:

…….

Adresi:

…….

…….

Telefon No:

……..……

Tarih (gün/ay/yıl): …../..…/..……..

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Büşra KAYAASLAN

Form No:

EK- B: TANITICI BİLGİLER FORMU

Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız? ……
2. Cinsiyetiniz?
   1. Kadın ( ) 2. Erkek ( )
3. Medeni Durumu
   1. Bekar, Hiç evlenmemiş ( )
   2. Evli ( )
   3. Eşi ölmüş ( )
   4. Boşanmış / Ayrı yaşıyor ( )
4. Öğrenim Düzeyi
   1. Okur yazar değil ( )
   2. İlkokul ( )
   3. Ortaokul ( )
   4. Lise ( )
   5. Yüksek öğrenim ve üstü ( )
5. Sosyal Güvence Durumu
   1. Yok ( ) 2. Var ( ) (Belirtiniz) …….
6. Kendinize Ait Düzenli Geliriniz Var Mı?
   1. Hayır ( ) 2. Evet ( ) (Belirtiniz) ……
7. Kurumda oda arkadaşı var mı?
   1. Yalnız ( )
   2. Bir ( )
   3. İki ( )
   4. Üç ( )

Hastalık Özellikleri

8. Alzheimer Hastalığı'nın hangi evresinde? (Araştırmacı değerlendirecektir)
   1. İlk evre ( ) 2. Orta evre ( )

EK-C 1: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (EĞİTİMLİLER)

Ek 1: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad: **Tarih:** **Yaş:**
Eğitim (yıl): **Meslek:** **Aktif El:**
T. Puan:

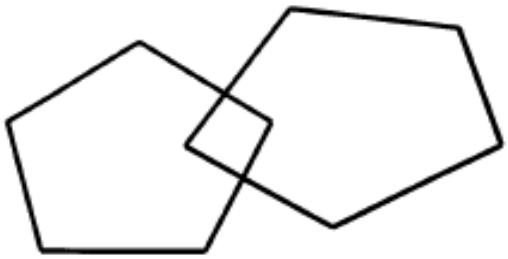
YÖNELİM (Toplam puan 10)
Hangi yıl içindeyiz..... ( )
Hangi mevsimdeyiz ..... ( )
Hangi aydayız ..... ( )
Bu gün ayın kaçı ..... ( )
Hangi gündeyiz ..... ( )

Hangi ülkede yaşıyoruz ..... ( )
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ..... ( )
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ..... ( )
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ..... ( )
Şu an bu binada kaçıncı kattasınız ..... ( )

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ..... ( )
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ..... ( )

HATIRLAMA (Toplam puan 3)
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ( )

LİSAN (Toplam puan 9)
a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)
..... ( )
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar
edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ( )
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi
yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere
bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ( )
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ( )
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ( )
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ..... ( )



EK-C 2: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (EĞİTİMSİZLER)

EK -4 Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT_E)

İsim/Soyadı :.....Aktif kullanılan el :.....
Yaş :.....Tarih :.....
Eğitim (yıl) :.....Toplam Puan :.....

ORYANTASYON (Toplam puan 10)
Hangi yıl içindeyiz.....( )
Hangi mevsimdeyiz.....( )
Hangi aydayız.....( )
Hangı gündeyiz.....( )
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı.....( )
Hangi ülkede yaşıyoruz.....( )
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız.....( )
Şu an bulunduğunuz semt neresidir.....( )
Şu an bulunduğunuz bina neresidir.....( )
Şu an bu binada kaçıncı kattasınız.....( )
(Her bir madde için 1 puan verilir)

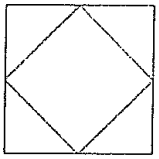
KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.
(masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir.).....( )

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir ondan Önce ne gelir? Devam edin. (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün İçin 1 puan verilir.....( )

HATIRLAMA (Toplam puan 3)
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(masa, bayrak, elbise) Her doğru isim için 1 puan verilir).....( )

LİSAN (Toplam puan 9)
a)Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam puan 2).....( )
b)Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir).....( )
c)Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3).....( )
d)Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir.)...( )
e)Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir) .....( )

f)Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dak. Süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir) .....( )



Referans: Turan Ertan, Engin Eker, Can Güngen, Funda Engin, Resmiye Yaşar, Gülhatun Kılıç, Sevda Özel. The Standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population. 2th International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders. August 28-30 1999. Kirazlıyayla, Bursa TURKEY

EK-D: YAŞLILARDA UYUM GÜÇLÜĞÜNÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YUDGÖ)

	Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
1. Fiziksel olarak günlük aktivitelerinizi (yürümek, yemek yemek, ilaç içmek, giyinmek, kişisel bakım, uyumak, tuvalet, vb) yapmakta zorlanıyor musunuz?				
2. Konuşmakta zorlanıyor musunuz?				
3. Kendinizi ifade etmekte zorlanıyor musunuz?				
4. Başkalarının söylediklerini anlamakta zorlanıyor musunuz?				
5. İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplara bağlı olarak günlük yaşamınızda sorun yaşıyor musunuz?				
6. Kendinizi yaşam karşısında güçsüz hissediyor musunuz?				
7. Kendinizi üzgün hissediyor musunuz?				
8. Kendinizi sıkıntılı hissediyor musunuz?				
9. Kendinizi fiziksel olarak güçsüz hissediyor musunuz?				
10. Kendi yaşamınızla ilgili kararlar vermekte zorlanıyor musunuz?				
11. Bir gün yaşamın sona ereceği düşüncesine bağlı olarak günlük faaliyetlerinizi yapmakta sorun yaşıyor musunuz?				
12. Spor ve egzersiz yapmakta zorlanıyor musunuz?				
13. Hobilerinizi (el işi, gazete, kitap okumak, vb) gerçekleştirmekte zorlanıyor musunuz?				
14. Alışveriş yapmakta zorlanıyor musunuz?				
15. Kadın/erkek rolünü yerine getirmekte zorlanıyor musunuz?				
16. Anne/baba rolünü yerine getirmekte zorlanıyor musunuz?				
17. İnsanlar ile sosyal ilişki kurmakta (arkadaşlık, dostluk) zorlanıyor musunuz?				
18. İnsanlar sizinle sosyal ilişki kurmakta (arkadaşlık, dostluk) zorlanıyor mu?				
19. İnsanlarla olan sorunlarınızı çözmekte zorlanıyor musunuz?				
20. İnsanlar sizinle olan sorunlarını çözmekte zorlanıyor mu?				
21. İnsanları sevmekte sorun yaşıyor musunuz?				
22. İnsanlar sizi sevmekte sorun yaşıyor mu?				
23. İnsanlar tarafından saygı görme konusunda sorun yaşıyor musunuz?				
24. Duyularınızdaki bozulmalara bağlı olarak insanlarla ilişki kurmakta zorlanıyor musunuz?				

EK-E: MÜZİK TERAPİ OTURUMLARI

Oturumlar	MÜZİK TERAPİ İÇERİĞİ	Etki Alanı
1. HAFTA	**1. Oturum** **** Sesler-Resimler (Doğa Sesleri)*** - Bu oturum farklı doğa olaylarının seslerini fotoğraflarıyla eşleştirmeyi içermektedir. - Grup yöneticisi tarafından, katılımcılara sesleri dinletilen farklı doğa olaylarına ait fotoğrafların tahmin etmesine fırsat verildikten sonra faaliyet sonlandırılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır. **2. Oturum** **** Ses-Ritm Uyumu*** - Bu oturumda her bir katılımcıya vurmalı bir eşya (kaşık, çatal, tarak vb.) verilerek, katılımcılara kendi dönemlerine ait aşikar oldukları ve sözleri olmayan müzik dinletilir, ardından katılımcıların müziğin ritmine elindeki eşya ile eşlik etmesi istenir. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır.	- Bilişsel İşlevler - Uyum Düzeyi
2. HAFTA	**3. Oturum** **** Şarkı Sözleri Tamamlama*** - Bu oturumda grup yöneticisi tarafından belirlenen katılımcıların kendi dönemlerine ait aşikar oldukları müzikler dinletilir ve sözleri yarıda kesilerek, katılımcıların sırayla eksik şarkı sözlerini tamamlamaları istenir. Şarkı sözleri aynı zamanda grup yöneticisi tarafından tahtaya yazılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır.	- Bilişsel İşlevler - Uyum Düzeyi

	4. Oturum ***Sanatçı-Şarkı Eşleştirme*** - Bu oturumda grup yöneticisi tarafından önceden hazırlanan içerisinde katılımcıların dönemine ait aşikar oldukları sanatçının fotoğrafı ve onlara ait en çok bilinen şarkı ismi kağıda yazılarak koyulur. - Katılımcılara sırasıyla zarflar dağıtılır. - Her bir katılımcıdan zarflarını açmaları ve şarkıcıya ait ismi yazılı şarkıları hatırlamaları istenir. - Sırasıyla katılımcılardan bu şarkıların hatırladıkları kadarını söylemesi istenir. - Katılımcıya bir süre verildikten sonra müzik çalardan şarkının nakarat kısmı dinletilir. - Her bir katılımcıya fırsat verdikten sonra aktivite sonlandırılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır.	
3. HAFTA	**5. Oturum** ***Bir Kelime-Bir Müzik*** - Bu oturumda grup yöneticisi tarafından önceden belirlenen bazı kolay olumlu kelimeler (Ör: yağmur, güneş, sevgi, hayal, mutluluk gibi) beyaz tahtaya yazılır. - Katılımcılardan bir kelime seçmesi istenir ve bu kelime ile ilgili bir şarkı söylemesi istenir. - Her bir katılımcı şarkı söyledikten sonra aktivite sonlandırılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır. **6. Oturum** ***Sesler-Resimler (Enstrüman Sesleri)*** - Bu oturum farklı türde enstrüman aletlerinin seslerini fotoğraflarıyla eşleştirmeyi içermektedir. - Katılımcılara sesleri dinletilecek enstrümana (davul, flüt, darbuka gibi) ait fotoğraflar masa üzerine dağıtılır. - Katılımcılara sırayla farklı enstrüman sesleri	- Bilişsel İşlevler - Uyum Düzeyi

	dinletilir. - Sırayla her bir katılımcıya farklı bir ses dinlettirilir. - Katılımcılar dinledikleri sesin hangi enstrümana ait olduğunu bulmaya çalışırlar. Bu işlem her bir katılımcının iki farklı sesi tahmin etmesine fırsat verildikten sonra sonlandırılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır.	
4. HAFTA	**7. Oturum** **** Ses-Ritm Uyumu*** - Bu oturumda her bir katılımcıya vurmalı bir eşya (kaşık, çatal, tarak vb.) verilir. - Katılımcılara kendi dönemlerine ait aşikar oldukları ve sözleri olmayan müzik dinletilir, ardından katılımcıların müziğin ritmine elindeki eşya ile eşlik etmesi istenir. - Grup yöneticisi tarafından katılımcıların kendi dönemine ait üç farklı şarkı tahtanın bir köşesine yazılır. - Katılımcıların ortak kararı ile bir şarkıya karar verilir ve müzik çalardan çalınır. Katılımcıların şarkının sözlerine ve ritmine eşlik etmesi istenir. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır. **8. Oturum** **** Şarkı Sözleri Tamamlama*** - Bu oturumda grup yöneticisi tarafından belirlenen katılımcıların kendi dönemlerine ait aşikar oldukları müzikler dinletilir ve sözleri yarıda kesilir. - Katılımcıların sırayla eksik şarkı sözlerini tamamlamaları istenir. - Şarkı sözleri aynı zamanda grup yöneticisi tarafından tahtaya yazılır. - Tüm katılımcılar yapınca aktivite sonlandırılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır.	- Bilişsel İşlevler - Uyum Düzeyi

5. HAFTA	**9. Oturum** ***Şarkıcı-Şarkı Eşleştirme*** - Bu oturumda grup yöneticisi tarafından önceden hazırlanan içerisinde katılımcıların dönemine ait aşikar oldukları sanatçının fotoğrafı ve onlara ait en çok bilinen şarkı ismi kağıda yazılarak koyulur. - Katılımcılara sırasıyla zarflar dağıtılır. - Her bir katılımcıdan zarflarını açmaları ve şarkıcıya ait ismi yazılı şarkıları hatırlamaları istenir. - Sırasıyla katılımcılardan bu şarkıların hatırladıkları kadarını söylemesi istenir. - Katılımcıya bir süre verildikten sonra müzik çalardan şarkının nakarat kısmı dinletilir. - Her bir katılımcıya fırsat verdikten sonra aktivite sonlandırılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır. **10. Oturum** ***Bir Kelime-Bir Müzik*** - Bu oturumda grup yöneticisi tarafından önceden belirlenen bazı kolay olumlu kelimeler (Ör: yağmur, güneş, sevgi, hayal, mutluluk gibi) beyaz tahtaya yazılır. - Katılımcılardan bir kelime seçmesi istenir ve bu kelime ile ilgili bir şarkı söylemesi istenir. - Her bir katılımcı şarkı söyledikten sonra aktivite sonlandırılır. - Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve gruptakilerin birbiri ile vedalaşmasının ardından oturum sonlandırılır.	- Bilişsel İşlevler - Uyum Düzeyi

EK-F : ETİK KURUL İZNİ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Sayı:104

Tarih: 06/02/2018

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı tarihi:	06.02.2019
Toplantı no:	05
Proje no:	104
Karar no:	2019/104

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Neslihan LÖK "Alzheimer Hastaların Uygulanan Müzik Terapi'nin Bilişsel İşlevler ve Uyum Düzeyi Üzerine Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Handan ERTAŞ(Başkan)

Doç. Dr. Didem ÜNAY DERİN (Üye)

Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Üye)

Doç. Dr. Nur FEYZAL KESEN (Üye)

Prof. Dr. Emel FİLİZ (Üye)
KATILMADI

Dr. Öğr. Üyesi Gülperi DEMİR (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Emine ERGİN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Lök (Üye)
KATILMADI

Dr. Öğr. Üyesi Bihter AKIN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇANKAYA (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Özden KUŞCU (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Sinan AKÇAY (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Cengiz ÇELİK (Üye)

EK-G: KURUM İZNİ

: 02/04/2019-14142

T.C.
AİLE,ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01[605.01]-E.872033
Konu : Büşra KAYAASLAN

DAĞITIM YERLERİNE

Konya Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünün 15.03.2019 tarihli ve E.696899 sayılı yazısı ile Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Büşra KAYAASLAN'ın Tez Projesi kapsamında "Alzheimer Hastalarına Uygulanan Müzik Terapi'nin Bilişsel İşlevler ve Uyum Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmasını Konya Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı Dr. İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde uygulayabilme talebi iletilmiş olup, ilgili talep Bakan Yardımcılığı Makamının 01/04/2019 tarihli ve E.765947 sayılı Oluru ile uygun görülmüştür.

Talebin uygun görüldüğüne dair Bakan Yardımcılığı Makam Oluru ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz, gereğini rica ederim.

Salih BOZKURT
Bakan a.
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkan V.

Ek : Bakan Yardımcılığı Makamının 01/04/2019 tarihli ve E.765947 sayılı Oluru.

Dağıtım:

Gereği:
KONYA VALİLİĞİNE
(Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)
Selçuk Üniversitesi Rektörlüğüne
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

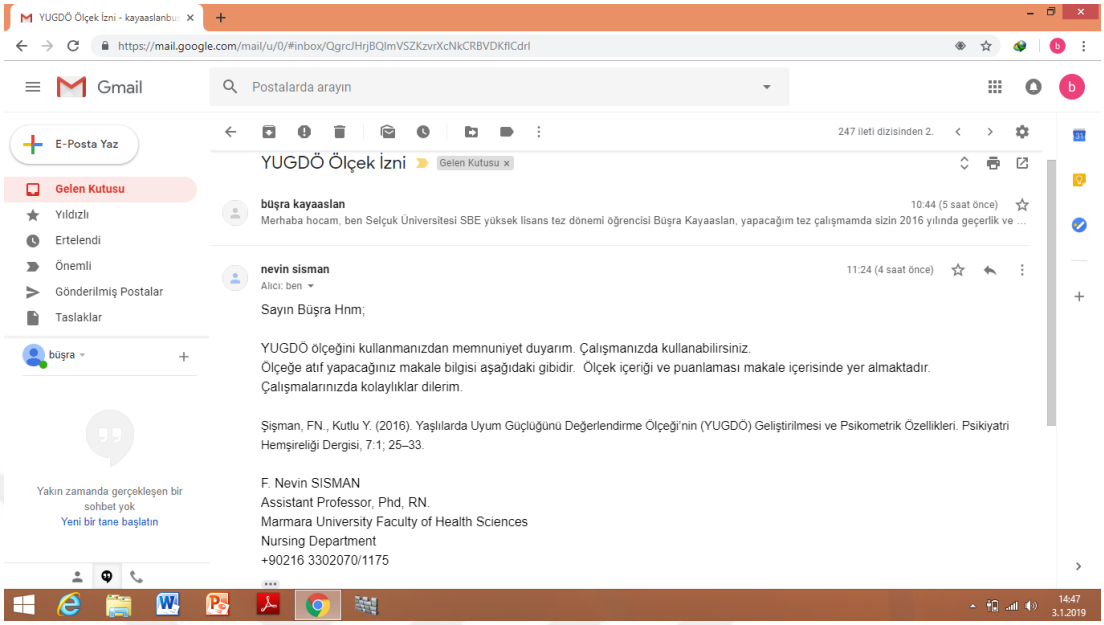
Bilgi:
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde güvenli elektronik imzalı aslı ile aynıdır.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27
Posta Kodu: 06510 Çankaya/ Ankara
(312)705 57 00
(312)705 57 57
Bilgi için:Cemalettin ULUFER
Sosyal Çalışmacı

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak doğrulaması http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BELMK5R3P adresinden yapılabilir.

EK-H: YAŞLILARDA UYUM GÜÇLÜĞÜNÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



8. ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Toroslar/MERSİN'de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin'de tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden 2014 yılında mezun oldu. Mezun olduktan sonra bir süre Acıbadem Adana Hastanesi'nde cerrahi servisinde hemşire olarak çalıştı. 2015 Ocak ayından, 2016 Eylül ayına kadar İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde düzey 3 solunumsal yoğun bakım ünitesinde çalıştı. 2016 Ekim ayından itibaren Konya ili Çumra Devlet Hastanesi'nde çalışmaya başladı. Halen Çumra Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktadır.