



**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ALZHEİMER HASTALARINDA MÜZİĞİN UYUM**  
**GÜÇLÜĞÜNÜ AZALTMADAKİ ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MÜNEVVER KIYAK**

**DANIŞMAN**  
**DOÇ. DR. GÜLER BALCI ALPARSLAN**

**2019**



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ALZHEİMER HASTALARINDA MÜZİĞİN UYUM  
GÜÇLÜĞÜNÜ AZALTMADAKİ ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MÜNEVVER KIYAK

DANIŞMAN

DOÇ. DR. GÜLER BALCI ALPARSLAN



## Özet

Araştırmamız, Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğü azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yapılan öntest-sontest randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Bu çalışma; Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde 16 Nisan 2018 - 13 Temmuz 2018 tarihleri arasında, dahil edilme kriterlerine uygun 30 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ), Emosyonel Durum Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Pearson Ki-kare, Student's-t testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; Deney grubu YUGDÖ sontest puan ortalaması  $0.66 \pm 0.24$  iken, kontrol grubu YUGDÖ sontest puan ortalaması  $1.29 \pm 0.59$ 'dur. Deney ve kontrol grupları arasında YUGDÖ sontest puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p= 0.001$ ) vardır. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ öntest ve sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p<0.05$ ) olduğu belirlendi. Deney grubunun puan ortalamalarındaki düşüşün, kontrol grubunun puan ortalamalarına göre daha anlamlı olduğu görüldü. Deney ve kontrol grubu arasında YUGDÖ alt boyutları öntest puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark yok iken; YUGDÖ alt boyutları sontest puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.05$ ) görüldü. Deney grubunun YUGDÖ alt boyutlarının tamamında anlamlı bir fark olduğu, kontrol grubunun ise YUGDÖ alt boyutlarından Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu ile Fizyolojik Durum alt boyutunda anlamlı fark ( $p<0.05$ ) olduğu belirlendi.

Alzheimer hastalarının uyum düzeyini artırdığı belirlenen Nihavent makamı şarkıların hemşirelik girişimlerinde yer verilmesi, Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğü azaltmadaki etkisini inceleyen çalışmaların geniş örneklem gruplarında yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Alzheimer hastalığı, müzik, uyum güçlüğü, hemşirelik bakımı

## Summary

Our study is a pretest-posttest randomized controlled experimental study to determine the effect of Nihavent music on decreasing of adaptation difficulty in Alzheimer's patients. This work was done with 30 patients that meet the criteria for inclusion in Turkey Eskisehir Branch of the Alzheimer's Association and the Nursing Home Elderly Care Center between the dates April 16, 2018 - July 13, 2018. Descriptive Characteristics Data Form, The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale, Emotional Situation Evaluation Form were used as data collection tools. Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson Ki-kare, Student's-t test were used to evaluate the data.

According to the findings of the study; The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale posttest mean score of the experimental group was  $0.66 \pm 0.24$ , and The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale mean score of the control group was  $1.29 \pm 0.59$ . There was a statistically significant difference ( $p=0.001$ ) between the experimental and control groups in terms of The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale posttest scores. It was determined that there was a significant difference ( $p<0.05$ ) between The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale pretest and posttest mean scores of experimental and control groups. The mean scores of the experimental group were more significant than the mean scores of the control group. When there was no significant difference between the experimental and control groups in term of pretest mean scores of subdimensions of The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale, there was a significant difference ( $p<0.05$ ) in term of posttest mean scores of subdimensions of The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale. It was determined that there was a significant difference ( $p<0.05$ ) in all of The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale subdimensions of the experimental group and in the control group there was a significant difference in The Role And Self Realization subdimension and Physiological Status subdimension of The Assessment of Adaptation Difficulty in Elder Scale subdimensions.

Giving place to nursing initiatives to Nihavent music which is determined to increase the level of adaptation of Alzheimer's patients, studies investigating the effects of Nihavent songs on decreasing of adaptation difficulty of Alzheimer's patients are suggested in large sample groups.

**Key words:** Alzheimer's disease, music, adaptation difficulty, nursing care

## İçindekiler

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI</b> .....	i
<b>Özet</b> .....	ii
<b>Summary</b> .....	iii
<b>İçindekiler</b> .....	v
<b>Tablo Dizini</b> .....	ix
<b>Şekil Dizini</b> .....	x
<b>Simge ve Kısaltmalar Dizini</b> .....	xi
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>13</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>17</b>
<b>2. 1. Alzheimer Hastalığı</b> .....	<b>17</b>
2. 2. Alzheimer Hastalığının Tarihçesi .....	17
2. 3. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi .....	17
2. 4. Alzheimer Hastalığının Patogenezi .....	18
2. 5. Alzheimer Hastalığının Risk Faktörleri .....	18
2. 5. 1. Yaşlanma .....	18
2. 5. 2. Kadın cinsiyet .....	18
2. 5. 3. Aile öyküsü .....	19
2. 5. 4. Genetik özellikler .....	19
2. 6. Alzheimer Hastalığında Koruyucu Faktörler .....	19
2. 7. Alzheimer Hastalığının Klinik Seyir .....	20
2. 7. 1. Presemptomatik dönem .....	20
2. 7. 2. Preklinik dönem .....	21
2. 7. 3. Erken “şüpheli” dönem .....	21
2. 7. 4. Hafif dönem .....	21
2. 7. 5. Orta dönem .....	21
2. 7. 6. Ağır (şiddetli) dönem .....	21
2. 8. Alzheimer Hastalığının Tanısı .....	22
2. 8. 1. Tanı kriterleri .....	22
2. 8. 2. Öykü .....	24
2. 8. 3. Fizik ve nörolojik muayene .....	24
2. 8. 4. Nöropsikolojik değerlendirme .....	25

2. 8. 5. Laboratuvar tetkikleri .....	26
2. 8. 6. Görüntüleme yöntemleri .....	26
2. 8. 7. Biyokimyasal markerlar .....	26
2. 9. Alzheimer Hastalığında Farmakolojik Tedavi.....	26
2. 9. 1. Antikolinergik ilaçlar .....	27
2. 9. 2. Glutamat antagonistleri.....	27
2. 9. 3. Alzheimer hastalığının psikolojik semptomlarında farmakolojik tedavi .....	28
2. 10. Alzheimer Hastalığında Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	28
2. 10. 1 Anımsama terapisi .....	29
2. 10. 2 Egzersiz terapisi .....	30
2. 10. 3 Çoklu duyuşsal uyaran yöntemi.....	30
2. 10. 4 Işık terapisi .....	31
2. 10. 5 Aromaterapi.....	31
2. 10. 6 Müzik terapisi .....	31
2. 11. Alzheimer Hastalığında Hemşirelik Bakımı .....	32
2. 11. 1. Bilişsel fonksiyonların sürdürülmesi.....	33
2. 11. 2. Fiziksel güvenliğin sürdürülmesi .....	33
2. 11. 3. Fizyolojik fonksiyonların optimal düzeyde sürdürülmesi .....	33
2. 11. 4. Günlük yaşam aktivitelerinde maksimum bağımsızlığın sağlanması .....	35
2. 11. 5. Kişisel hijyenin sağlanması .....	35
2. 11. 6. Sosyal aktivitelerin sürdürülmesi .....	36
2. 11. 7. Rehabilitasyon ve eğitim .....	36
2. 11. 8. Hasta ve aile ile etkili iletişim .....	36
2. 11. 9. Alzheimer hastalığına uyum sağlama.....	37
2. 12. Alzheimer Hastalığı ve Müzik.....	38
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>44</b>
3. 1. Araştırmanın Amacı ve Şekli .....	44
3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	44
3. 3. Araştırmanın Evreni .....	44
3. 4. Araştırmanın Örnekleme.....	44



3. 4. 1. Dahil edilme kriterleri.....	45
3. 4. 2. Araştırmadan çıkarılma kriterleri.....	45
3. 5. Araştırmanın Değişkenleri.....	45
3. 5. 1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	45
3. 5. 2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri .....	46
3. 6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
3. 7. Veri Toplama Araçları.....	46
3. 7. 1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu.....	46
3. 7. 2. Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği.....	46
3. 7. 3. Müzik cd'si .....	47
3. 7. 4. Bilgisayar / ses sistemi .....	48
3. 7. 5. Emosyonel Durum Değerlendirme Formu .....	48
3. 8. Araştırmanın Uygulanması .....	48
3. 9. İstatistiksel Analiz .....	51
3. 10. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	51
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>52</b>
4. 1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	52
4. 2. Hastalık ve Bakım ile İlgili Özellikler .....	53
4. 3. Emosyonel Durum ile İlgili Özellikler .....	54
4. 4. Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları ..	54
4. 5. Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	55
4. 6. Deney Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	59
4. 7. Kontrol Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	62
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>65</b>
5. 1. Hastalık ve Bakım İle İlgili Özelliklerin Tartışılması.....	65
5. 2. Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması .....	66
5. 3. Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması .....	68
5. 4. Deney Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Tartışılması ...	70

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>72</b>
6. 1. Sonuçlar .....	72
6. 2. Öneriler.....	72
<b>KAYNAKLAR DİZİNİ.....</b>	<b>74</b>
<b>Ekler Dizini .....</b>	<b>91</b>
EK I: Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu .....	91
EK II: Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği.....	92
EK III: Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	93
EK IV: Güç Analizi .....	94
EK V: Emosyonel Durum Değerlendirme Formu .....	96
EK VI: Etik Kurul Karar Formu.....	97
EK VII: Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi İzin Belgesi.....	98
<b>Özgeçmiş.....</b>	<b>99</b>

## **Tablo Dizini**

Tablo 2.1 DMS-V Alzheimer Hastalığına Bağlı Ağır ve Hafif Nörokognitif Bozukluk İçin Tanı Kriterleri.....	23
Tablo 2.2 NINCDS-ADRA Kriterlerine Göre Olası (muhtemel) Alzheimer Hastalığı.....	24
Tablo 2.3 Nöropsikiyatrik Testler .....	25
Tablo 4.1 Sosyo-Demografik Özellikler .....	53
Tablo 4.2 Hastalık ve Bakım İle İlgili Özellikler .....	54
Tablo 4.3 Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları .....	55
Tablo 4.4 Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması .....	58
Tablo 4.5 Deney Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	60
Tablo 4.6 Kontrol Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	63

## **Şekil Dizini**

Şekil 3.1 Araştırma Akış Şeması.....	50
--------------------------------------	----

## Simge ve Kısaltmalar Dizini

<b>AH</b>	: Alzheimer Hastalığı
<b>YUGDÖ</b>	: Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>RAM</b>	: Roy Adaptasyon Modeli
<b>APP</b>	: Amiloidprekürsör protein
<b>PSEN1</b>	: Presenilin 1 geni
<b>PSEN2</b>	: Presenilin 2 geni
<b>Apo- ε4</b>	: ApolipoproteinE'nin ε4 aleli
<b>MMSE</b>	: Mini Mental Durum Değerlendirme Testi
<b>ADAS</b>	: Alzheimer Hastalığı Skalası
<b>ADAS-cog</b>	: Alzheimer Hastalığı Skalası-Kognitif Alt Skalası
<b>GDS</b>	: Global Detoriasyon Skalası
<b>CDR</b>	: Klinik Demans Derecelendirme Skalası
<b>BUN</b>	: Kan üre azotu
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografi
<b>SPECT</b>	: Tek Foton Emisyon Tomografi
<b>BOS</b>	: Beyin Omurilik Sıvısı
<b>AChEI</b>	: Asetilkolinesteraz inhibitörleri
<b>ACh</b>	: Asetilkolin
<b>NMDA</b>	: N-metil-D-aspartat
<b>CD</b>	: Compact Disc
<b>MMT</b>	: Mini Mental Test

- RAM** : Roy Adaptasyon Modeli
- TÜTEM** : Türk Tedavi Musikisi Uygulama ve Araştırma Grubu
- TÜMATA** : Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu
- MÜTEM** : Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi
- MÜZTED** : Müzik Terapi Derneği
- NINCDS- ADRDA** : Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve  
İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği
- DMS-V** : Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal  
ve Sayımsal El Kitabı

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Alzheimer Hastalığı (AH) beynin özellikle hipokampus, subkortikal ve serebral korteks bölgelerinde nöronlarda meydana gelen dejenerasyonla karakterize olarak ortaya çıkan ve kişilerde başlangıçta yakın bellekte meydana gelen bozulmalarla seyreden kronik, ilerleyici bir hastalıktır (Arıoğul, 2006, s.976).

Başlangıç evresinde hafıza kayıpları ve bilişsel fonksiyonlarda azalmalar görülürken ilerleyen evrelerde kişilik ve davranış değişiklikleri, zihinsel faaliyetleri yerine getirememesi, algılama ve yargılamada bozulmalar, konuşma bozuklukları ve kişinin motor becerilerini yerine getirememesine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklar meydana gelmektedir (Barlas & Onan, 2008; Özge vd., 2008).

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. 2017 yılı TÜİK verilerine göre ülkemizin yaşlı nüfus oranı %8,5 olarak açıklanmıştır. Yaşlı nüfus oranındaki bu artış Alzheimer hastalığının görülme sıklığı ile doğru orantılıdır. 65 yaş üzeri kişilerde hastalığın prevalansı %6-10 iken, 85 yaş üzerinde bu oran %30-47'dir. 60 yaşından sonra hastalığın prevalansı her beş senede bir, iki katına çıkmaktadır (Selekler, 2010). Alzheimer hastalığı gelişmiş ülkelerde 65 yaş üzerindeki bireylerde kalp hastalıkları, kanser ve inmeden sonra ölüme neden olan hastalıklar arasında dördüncü sıradadır (Karadakovan, 2005).

Günümüzde Alzheimer hastalığının oluşumunda altta yatan sebepleri tedavi edebilecek, hastalığın prognozunu düzelterek hastaları tekrar eski sağlığına kavuşturacak bir tedavi yöntemi henüz bulunmamaktadır (Selekler, 2010). Hastalığın tedavisinde semptomlara yönelik ilaç tedavisi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve destekleyici bakım yer almaktadır (Akyar & Akdemir, 2009). Alzheimer hastalığının ilerleyen evrelerinde, duygu durum bozuklukları, halüsinasyonlar, ajitasyonlar, depresyon ve anksiyete gibi nöropsikiyatrik davranışsal bozukluklarla sık karşılaşmaktadır. Hastalarda meydana gelen bu değişimleri tedavi etmek için medikal tedavilerin yanı sıra hastayı sakinleştirmek ve anksiyetesini azaltmak amacıyla uygun ortam

sağlama, masaj ve müzik dinletmek gibi yöntemler sıkça kullanılmaya başlanmıştır (Barlas & Onan, 2008; Lök & Bademli, 2016).

Türk Dil Kurumu'na göre müzik; Birtakım duygu ve düşünceleri belli kurallar çerçevesinde uyumlu seslerle anlatma sanatı, “musiki” olarak tanımlanmıştır. İnsanların hastalıkların tedavisinde müziği kullanmaları tıp tarihi kadar eskiye dayanmaktadır (Birkan, 2014). Müziğin, insanların fiziksel, mental ve psikolojik durumu üzerindeki terapötik etkilerinin görülmesi hastalıkların tedavisinde kullanımını yaygınlaştırmıştır (Halim, 2002; Koç, Başer, Kahveci & Özkara, 2016).

Basit harmonik hareketlerden oluşan müzik beynimizde temporal lob tarafından algılanıp, talamus, medulla, hipotalamus, orta beyin ve pons'ta uyarılar meydana getirerek vücudumuzda hem fizyolojik hem de psikolojik olarak olumlu etkiler meydana getirmektedir (Uyar & Akın Korhan, 2011). Müzik hastaların kişilerarası ilişkilerini güçlendirmelerini, duygularını daha rahat ifade etmelerini, var olan yeteneklerini ve güçlerini kullanmalarına fırsat vererek hastalıklarla baş etme mekanizmalarını kullanmalarını sağlar ve anksiyete yaşamalarına engel olur. Firmeza ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada müzik dinletisinin ardından baş boyun ağrısı olan hastalarda anksiyete oranları düşük olarak değerlendirilmiş, hastaların semptomlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu sonucuna varılmıştır (Firmeza vd., 2017). Müzik hastalarda görülen psikotik semptomları azaltmakta, bilinç uyanıklığını artırmakta, tedavi ve bakımlarda hastanın uyumunu kolaylaştırmaktadır. Ayrıca kişilerin toplum içerisinde sosyalliğini sağlayarak yaşam kalitesinin yükseltmektedir (Yaşar, 2010; Yıldırım, 2003). Müzik nabız hızını, tansiyonu, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, rahatlamayı sağlayan, dikkatini başka yöne çekerek ağrı algısında değişimlere yol açan, onkoloji hastalarında tedaviye bağlı bulantıyı azaltan fizyolojik etkilere de sahiptir (Lai & Good, 2006; McCaffrey, 2004). Balcı Alparslan ve ark. (2015) fibromiyalji hastalarında müziğin ağrı üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize klinik çalışma sonucunda, müzik dinleyen deney grubunun ağrılarında belirgin azalma olduğu belirlenmiştir (Balcı Alparslan vd., 2015). Müziğin psikolojik ve fizyolojik olarak ortaya koyduğu bu olumlu etkiler nedeniyle; müzik dinletisi tıp alanında özellikle



psikiyatri kliniklerinde, onkoloji hastalarında, anksiyeteyi artıran cerrahi operasyonlar öncesi ve sonrasında, doğumhanelerde, yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla kullanılmaktadır (Karamızrak, 2014).

Alzheimer hastalığının özellikle ikinci evresinde beynin etkilenen alanlarında artışa bağlı olarak hastalarda saldırgan davranışlar, depresyon, anksiyete gibi durumların arttığı, hastaların bakım ve tedavilerinde ciddi zorlukların yaşandığı görülmektedir (Lök & Bademli, 2016). Yaşanılan bu zorlukların üstesinden gelebilmek, hastanın tedavisi ve bakımını eksiksiz olarak almasını sağlamak amacıyla müziğin hastalar üzerindeki olumlu etkilerinden faydalanılmaktadır. Yurt dışında Alzheimer hastalarında müziğin etkisinin araştırıldığı birçok çalışma yapılmıştır. Raglio ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada, müzik dinletisi sonrası hastalarda ajitasyon, anksiyete, apati, sinirlilik, anormal motor aktivite ve uyku bozukluklarında azalmaların olduğu belirlenmiş ve müzik dinleti seansından çıkan hastaların akşam ve geceyi daha sakin geçirdiği gözlemlenmiştir (Raglio vd., 2008). Wosch ve ark. (2015) çalışmasında, müzik dinletisine katılan hastaların daha uyumlu davranışlar sergiledikleri (ilacını alma, yemek yeme, banyo yapma, giysilerini değiştirme), bakım yüklerinin azaldığı belirtilmiştir (Wosch, Werner& Gold, 2015). Han ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada, hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu, hastaların sosyal ve duygusal uyumlarının arttığı, melatonin hormonunda artış ile birlikte hastalarda gevşeme, rahatlama ve mutluluk seviyesinde artış olduğu gözlenmiştir (Han vd., 2014).

Literatür taraması sonucunda ülkemizde Alzheimer hastalarında müziğin etkisinin değerlendirildiği iki çalışmaya ulaşılmıştır. Şahin'nin (2016) "Alzheimer Tanısı Almış Yaşlı Bireylerde Müzik Terapi Kullanımının Ajitasyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi" adlı yapmış olduğu çalışmada, hasta grubuna uygulanan müziğin ajitasyon ve anksiyeteyi azaltmada olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şahin, 2016). Torun'nun (2016) orta-ileri evre Alzheimer hastalarında Klasik Batı Müziği ve Geleneksel Türk Müziği eserlerinin etkinliğini karşılaştırmalı olarak değerlendirdiği fizibilite çalışmasında "Orta-ileri evre AH ajitasyonunda enstrümental Klasik Batı veya Klasik Türk Müziği eserlerinin kullanılabileceğini düşündürmektedir." şeklinde sonuca ulaşılmıştır (Torun, 2016).

Ülkemizde ve yurt dışında Alzheimer hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda Klasik Batı Müziği kullanılmıştır. Alzheimer hastalarında Klasik Türk Müziğinin kullanımı bir çalışmada yer almış ancak çalışma sonucunda kesin bir yargıya ulaşılmamıştır (Torun, 2016). Aker ve ark. (2014) sağlıklı 15 kişi üzerinde Klasik Türk Müziği dinletilerek bir çalışma yapmış ve çalışma sonucunda Klasik Türk Müziğinin beyin dalgalarında olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır (Aker & Akar, 2014). Yapılan literatür incelemesinde hastaya dinletilecek olan müzik seçiminde kültürel özelliklerin dikkate alınması gerektiği anlaşılmıştır (Kramer, 2001). Literatürde Nihavent makamının kişi üzerinde üzüntü giderici, mutluluk veren, ferahlık sağlayan rahatlatıcı etkisi olduğunun belirtilmektedir (Birkan, 2014). Bu doğrultuda yapılan çalışmada Nihavent makamı kullanılarak Alzheimer hastalarında uyum güçlüğü azaltmadaki etkisi incelenmiştir. Bu çalışma; Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğü azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2. 1. Alzheimer Hastalığı**

Alzheimer Hastalığı (AH) beynin özellikle hipokampus, subkortikal ve serebral korteks bölgelerindeki nöronlarda meydana gelen dejenerasyonla karakterize olarak ortaya çıkan ve kişilerde başlangıçta yakın bellekte bozulmalarla seyreden kronik, ilerleyici bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Özdemir & Akdemir, 2007; Simmons-Stern, Budson & Ally, 2010).

### **2. 2. Alzheimer Hastalığının Tarihçesi**

1901 yılında Alman nörolog Dr. Alois Alzheimer, evde kendi bakımını yerine getiremeyen ve kendisine karşı yardım edilmesini kabul etmeyen, 51 yaşındaki Auguste Deter ile tanışmıştır. Dr. Alzheimer, Auguste Deter'de bellek bozukluğu oluştuğunu, okuma-yazmada güçlük çektiğini ve halisünasyonların olduğunu gözlemlemiştir. 1906 yılında hasta Auguste Deter hayatını kaybetmiştir. Dr. Alzheimer hastaya ölümünün ardından beyin biyopsisi yaptırmış, biyopsi sonucunda senil plaklar ve daha önceden tanımlanmamış nörofibriler yumaklar ile karşılaşmıştır. Alzheimer, sonuçları 1907'de "serebral korteksin özgün hastalığı" şeklinde açıklamıştır. 1910 yılında Dr. Emil Kraepelin hastalığa "Alzheimer" adını vermiştir (Selekler, 2010; Aker & Akar, 2014).

### **2. 3. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi**

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. 2017 yılı TUIK verilerine göre ülkemizin yaşlı nüfus oranı %8,5 olarak açıklanmıştır. Nüfustaki bu yaşlanma oranlarındaki artış Alzheimer hastalığının görülme sıklığı ile doğru orantılı olarak yükselmektedir.

Altmışbeş yaş üzeri kişilerde hastalığın prevalansı %6-10 iken, 85 yaş üzerinde bu oran %30-47'dir. 60 yaşından sonra hastalığın prevalansı her beş senede bir, iki katına çıkmaktadır (Selekler, 2010; Selekler, 2005). Ülkemizde Alzheimer hastalığına bağlı ölen yaşlıların sayısı; 2011 yılında 6 bin 155 iken, 2015 yılında 11 bin 997'ye yükselmiştir. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2011 yılında %2,9 iken, bu oran 2015 yılında %4,3'e çıkmıştır (TUIK, 2017). Alzheimer hastalığı gelişmiş ülkelerde 65 yaş üzerindeki bireylerde kalp

hastalıkları, kanser ve inmeden sonra ölüme neden olan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır (Karadakovan, 2005).

## **2. 4. Alzheimer Hastalığının Patogenezi**

Hastalara kesin tanı konulabilmesi için nöropatolojik inceleme yapılması gerekmektedir. Makroskobik olarak incelendiğinde beyin atrofiye uğrayıp küçülmüş, sulkuslar genişlemiş, giruslar düzleşmiş yapıdadır. Parankim dokuda meydana gelen kayıplara bağlı olarak ventriküllerde genişleme görülür. Mikroskopik bulgular incelendiğinde hücreler arası alanda amiloid plakların, hücre içi alanda ise yerleşmiş şekilde nörofibriler yumakların yer aldığı görülmektedir (Engelberg, 2004; Morris, 2003; Egemen & Arslantaş, 2006). Beyin korteks, hipokampus, bazal ganglionlar, talamus ve hatta serebellum gibi geniş alanlarında amiloid plaklar oluşmaktadır (Guyton & Hall 2001). Nöron, sinaps, kolinerjik ve diğer nörotransmitter madde kayıpları ortaya çıkar. Alzheimer hastalığı için önemli bir nörotransmitter madde olan asetilkolin sentezinde bozulmaların yanı sıra serotonin, GABA, somatostatin ve norepinefrin oranları da azalır (Egemen & Arslantaş, 2006).

## **2. 5. Alzheimer Hastalığının Risk Faktörleri**

Alzheimer hastalığının oluşumunu tek bir faktöre bağlamak mümkün değildir. Yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan risk faktörlerinin birçoğu halen tartışmalıdır. Ancak genel olarak kabul edilmiş risk faktörleri yaşlanma, kadın cinsiyet, aile öyküsü ve genetik özellikler olarak belirtilmiştir (Selekler, 2007; Canbolat & Yardımcı 2016).

### ***2. 5. 1. Yaşlanma***

Yaşın ilerlemesi AH için engellenemeyen en büyük risk faktörüdür.65 yaş üstü bireylerde Alzheimer gelişimi her beş yılda iki katına çıkmaktadır (Bolluk & Tek, 2014).

### ***2. 5. 2. Kadın cinsiyet***

Yapılan çalışmalar kadınlarda Alzheimer hastalığının erkeklere oranla 1,5-3 kat daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Bunun sebebi ise kadınların

daha uzun yaşam süresine sahip olması ve eğitim düzeylerinin düşük olması ile açıklanmıştır (Öber, 2008).

### **2. 5. 3. Aile öyküsü**

Erken yaşlarda (40-50 yaş) hastalığa yakalanan bireylerde aile öyküsü ön plandadır. Ailesinde özellikle anne, baba ve kardeş gibi birinci derecede yakınlarında Alzheimer hastalığı olanlarda demans gelişme riski ortalama dört kat fazladır (Selekler, 2010). Alzheimer hastalarının çocuklarında AH görülme riski ise sağlıklı bireylerin çocuklarına göre 6 kat daha fazladır (Canbolat & Yardımcı, 2016).

### **2. 5. 4. Genetik özellikler**

Alzheimer hastalığının gelişiminde genetik faktörler çevresel faktörlerinde etkisiyle birlikte hastalık oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Erken yaşta (40-50 yaş) Alzheimer tanısı konmuş hastalarda aile öyküsü ve genlerde mutasyon söz konusudur. Erken başlangıçlı AH'na neden olan üç ayrı gen bilinmektedir. Bunlar; Amiloidprekürsör protein (APP) geni (21. kromozom), presenilin 1 geni (PSEN1) (14. kromozom) ve presenilin 2 geni (PSEN2) (1. kromozom) dir (Victor & Ropper, 2004; Tanzi, 2012). Erken başlangıçlı AH tüm hastaların %5'ini oluşturmaktadır. Geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı ile ilişkili olduğu kesin olarak kanıtlanmış tek gen ise apolipoproteinE'nin  $\epsilon 4$  alelidir (Apo-  $\epsilon 4$ ) (Tanzi, 2012).

Alzheimer hastalığının oluşumunda vasküler bozulmalara neden olan (ateroskleroz, hipertansiyon, diabet, yüksek kolesterol seviyeleri, Apo E 4 interaksyonu, sigara içmek, alkol kullanmak, serum homosistein yüksekliği) durumlarda rol almaktadır (Karaman, 2006).

## **2. 6. Alzheimer Hastalığında Koruyucu Faktörler**

Alzheimer hastalığının kesin tedavisinin bulunmaması, tedaviden daha ucuz olan korunma yöntemlerini ön plana çıkartmakta ve bu alanda çalışmaların yapılmasını gerekli kılmaktadır. Genetik olarak baktığımızda bireylerde ApoE  $\epsilon 2$  gen varlığında AH başlangıç yaşının daha ileri olduğu görülmüştür (Haag, Hofman, Koudstaal, Stricker & Breteler, 2009). Özellikle hastalığın oluşumunda

rol alan vasküler bozulmalara neden olacak durumların önlenmesi korunmada önemli yer tutmaktadır.

Hasta beslenmesinde özellikle Akdeniz diyeti üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Akdeniz diyeti sebze-meyve, kepekli tahıllar, fasulye, fındıktan zengin olup, kümes hayvanları ve süt ürünleri içermektedir (Swaminathan & Jicha 2014; Bolluk & Tek, 2014). Antioksidan gıdaların beyin nöronlarını hasardan koruduğu ve aynı zamanda oksijen ve nitrojen türleri gibi reaktif moleküllerin zararlı etkilerini azalttığı belirtilmektedir (Fata, Weber & Mohajeri, 2014). Bu nedenle Akdeniz diyeti içerisinde antioksidan gıdaların bulunması Alzheimer hastalığı açısından koruyucudur. Remington ve ark. (2009) çalışmasında vitamin ve besin destekleri verilen demanslı bireylerde hastalığın seyrinde olumlu yönde gelişmeler görülmüştür (Remington, Chan, Paskavitz & Shea 2009).

Non-steroid anti-enflamatuar ilaç kullanımı, bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olması, mental ve sosyal aktivitelerin yapılması, homosistein değerinin düşük olması, E vitamini, östrojen hormonunun Alzheimer hastalığında koruyucu olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Taner, 2010; Selekler, 2007). Karaman'ın (2006) Alzheimer hastaları ile yapmış olduğu çalışmada hastaların homosistein değerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karaman, 2006).

## **2. 7. Alzheimer Hastalığının Klinik Seyir**

Hastalık sinsi olarak başlar ve hiç belirti göstermeksizin yavaş yavaş ilerler. Bu durum hastalığın geç fark edilmesine ve hastanın öyküsü alınırken, hastalık belirtilerinin başlangıç zamanının kesin olarak bilinmesine engel olur (Canbolat & Yardımcı, 2016). Klinik olarak AH altı evrede değerlendirilir.

### **2. 7. 1. Preseptomatik dönem**

Hastada bu dönem de herhangi bir belirti ve bulgu görülmez. Günlük yaşamını normal şekilde sürdürür. Hastaya tanı da kullanılan nöropsikolojik testler uygulandığında herhangi bir bozukluğa rastlanmaz (Duru Aşiret, 2014).

### **2. 7. 2. Preklinik dönem**

Preklinik dönem (hafif kognitif etkilenme) de ise, hasta günlük yaşam aktivitelerini normal şekilde sürdürmeye devam eder. Ancak hastaya nöropsikolojik testler uygulandığında bellek başta olmak üzere diğer bilişsel fonksiyonlarda bozulma görülür (Duru Aşiret, 2014).

### **2. 7. 3. Erken “şüpheli” dönem**

Hastada kognitif bozukluk belirtileri yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlar, meydana gelen en belirgin bulgu unutkanlıktır. Hasta genellikle cüzdan, anahtar, gözlük gibi günlük yaşamda sık kullandıkları materyalleri kaybeder ya da yerini karıştırır. Hasta yeni bilgileri öğrenmekte zorluk çeker, günlük ve sosyal yaşantısında gerilemeler belirginleşmeye başlar (Ateş, 2013).

### **2. 7. 4. Hafif dönem**

Hastada unutkanlık tamamen belirgin hale gelir özellikle konuşma sırasında kelime bulmakta zorlanır. Hasta matematiksel hesaplamalarda, parasal işlemlerde ve aletli günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşar. Hasta içine kapanır ve sosyal yaşamından uzaklaşır (Arioğul, 2006, s. 976).

### **2. 7. 5. Orta dönem**

Hasta bu dönem yarı bağımlı hale gelmiştir. Günlük yaşamını devam ettirebilmek için başkasının yardımına (refakatına) ihtiyaç duyar. Bellek bozukluğu artar. Hasta zamanı bilemez ve daha önceden bildiği adresi bulamaz hale gelir. Konuşma sırasında uygun kelime seçiminde zorlanır ve iletişim sırasında kendini yeterince ifade edemez. Ajitasyon ve şüphecilik gibi ruhsal sıkıntılar görülür (Koca, Taşkapılıoğlu & Bakar, 2017; Friedlander, Norman, Mahler, Norman & Yagiela, 2006).

### **2. 7. 6. Ağır (şiddetli) dönem**

Bu dönemde hasta tam bağımlı hale gelir. Hasta öz bakımını kendisi yapamaz. Beslenme, yıkanma, giyinme tamamen başkasına bağımlı olarak yapılabilir. Sfinkter kusurları belirgin olarak ortaya çıkar ve buna bağılı olarak hastada fekal ve üriner inkontinans görülür. Hasta yakınlarını tanıyamaz hale

gelir. Konuşma birkaç kelime ile sınırlıdır, basit kelimeleri anlar, aynı kelimeleri tekrar eder (Altın, 2006).

AH'nın son evresinde hastalar yatağa bağımlı hale gelir. İmmobil olan hastada dekibüt ve buna bağlı yara enfeksiyonları görülür. Akciğer embolisi veya enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu, yutma ve çiğneme gücüne bağlı beslenme bozuklukları gibi komplikasyonların gelişmesi sonucunda hasta hayatını kaybeder (Şahin, 2009).

## **2. 8. Alzheimer Hastalığının Tanısı**

Alzheimer hastalığının tanısı klinik değerlendirme ile konulmaktadır. Her ne kadar kesin tanı için otopside ya da biyopsi ile alınan doku örneğindeki patolojik bulguların görülmesi gerekli olsa da, hastaların klinik değerlendirmeleri sonucunda doğru tanı %80-90 oranında konulabilmektedir (Özkay, Öztürk & Can, 2011).

Hastaların klinik değerlendirmelerinde; tanı kriterleri, öykü, fizik ve nörolojik muayene, nöropsikolojik değerlendirme, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme yöntemleri, biyokimyasal markerlar kullanılmaktadır.

### **2. 8. 1. Tanı kriterleri**

Hastalığın klinik tanısı için yayınlanmış olan ve yaygın biçimde kullanılan iki tanı ölçütü bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DMS-V) tanı kriterleri (Canbolat & Yardımcı, 2016), ikincisi ise Ulusal Nörolojik ve İletişim Hastalıkları Enstitüsü ve İnce-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar Derneği (NINCDS-ADRDA) tarafından geliştirilen tanı ölçütüdür (McKhann vd.,1984).



**Tablo 2.1 DMS-V Alzheimer Hastalığına Bağlı Ağır ve Hafif Nörokognitif Bozukluk İçin Tanı Kriterleri**

A. Ağır ya da hafif kognitif bozukluk için tanı kriterleri karşılanmalıdır.
B. Bir ya da birden çok kognitif alanda, gizlice ve sessizce başlayan yavaş yavaş ilerleyen bir bozulma vardır.
C. Olası ya da olabilir AH için tanı kriterleri şöyle karşılanmaktadır. C1. Ağır kognitif bozukluk için; Aşağıdakilerden 1'i varsa olası/muhtemel AH, yoksa olabilir/mümkün AH tanısı konmalıdır 1. Aile öyküsünden ya da kalıtsal ölçümlerden, neden olucu bir AH kalıtsal değişimini (genetik mutasyon)kanıtı 2. Aşağıdakilerden her üçü: a. Bellek ve öğrenme ve en az bir diğer kognitif alanda gerileme olduğunun açık kanıtı (ayrıntılı öykü yada bir dizi nöropsikolojik ölçümlere göre) b. Kognitif fonksiyonlarda uzun süreli duraksama olmadan, sürekli ilerleyen, aşamalı gerileme c. Kognitif bozukluklara neden olabilecek başka karışık etkenler olduğuna dair kanıt olmaması.( Başka nörojeneratif yada serebrovasküler hastalık ya da başka sinirsel, ruhsal ya da sistemik hastalık ya da kognitif gerilemeye katkıda bulabilecek bir durum) C2. Hafif nörokognitif bozukluk için; Aile öyküsünden ya da kalıtsal ölçümlerden, neden olucu bir AH kalıtsal değişimini (genetik mutasyon) kanıtı varsa olası/muhtemel AH tanısı konur. Bu kanıtın olmadığı durumlarda aşağıdakilerden her üçü varsa olabilir/mümkün AH tanısı konur. 1. Bellek ve öğrenmede gerileme olduğunun açık kanıtı 2. Kognitif fonksiyonlarda uzun süreli duraksama olmadan, sürekli ilerleyen, aşamalı gerileme. 3. Kognitif bozukluklara neden olabilecek başka karışık etkenler olduğuna dair kanıt olmaması. ( Başka nörojeneratif yada serebrovasküler hastalık yada başka sinirsel, ruhsal ya da sistemik hastalık ya da kognitif gerilemeye katkıda bulabilecek bir durum)
A. Bu bozukluk, serebrovasküler hastalık, başka nörojeneratif hastalık, madde ya da başka ruhsal, sinirsel ve sistemik bozukluğun etkileriyle açıklanamaz.

**Tablo 2.2 NINCDS-ADRA Kriterlerine Göre Olası (muhtemel) Alzheimer Hastalığı**

Muayene ve objektif testler ile belgelenmiş bir demans varlığı,

- Bellek başta olmak üzere iki veya daha fazla bilişsel alanda ilerleyici kayıp,
- Bilinç kaybı olmaması,
- 40–90 yaş aralığında başlaması,
- İlerleyici bellek veya bilişsel kayba yol açabilecek sistemik veya nörolojik hastalık olmaması,
- Dil (afazi), motor yeti (apraksi) ve algılamada (agnozi) ilerleyici kayıp,
- Davranış değişikliği,
- Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma,
- CT'deserebralatrofi varlığı.

### **2. 8. 2. Öykü**

Hastanın kendisinden ya da yakınlarından alınacak olan öykü, hastalık tanısında kullanılan klinik tetkik ve testler kadar önemlidir. Hasta kendisinde meydana gelen değişimlerin farkına varmayabilir. Bu nedenle hastanın öyküsünü, hastayı dışarıdan objektif bir gözle değerlendirebilecek olan hasta yakınlarından almak daha doğrudur. Hastanın öyküsünde günlük yaşamında unutkanlık yaşaması, konuşma sırasında kelime tekrarları, anlamada güçlük, sosyal yaşantısı ve iş yaşamında performans düşüklüğü, gün içerisinde kullanılan telefon, bilgisayar gibi teknolojik cihazların kullanımını karıştırma, karmaşık işleri düzenleyememe, bilinen mekanlarda kaybolma, kişiliğinde ve davranışlarındaki değişiklik durumları sorgulanmalıdır. Hastanın kullandığı ilaçlar, kronik hastalıklar, geçirdiği ameliyat ve hastalıklar, beslenme ve yaşam şekli, alkol ve sigara gibi kötü alışkanlıklar, birinci derece akrabalarında bulunan hastalıkların varlığı öykü alma sırasında sorulmalıdır (Selekler, 2010).

### **2. 8. 3. Fizik ve nörolojik muayene**

Hastanın fizik muayenesi ve nörolojik muayenesi yapılarak, AH neden olabilecek durumlar ve eşlik eden hastalıklar belirlenmeye çalışılır. Ayrıca

hastanın duyma ve görme kayıpları olup olmadığı, yürüyüş ve denge durumu, nörolojik fonksiyonları değerlendirilir (Şener & Arıoğul, 2007).

Hastanın fonksiyonel kapasitesi, günlük yaşam aktiviteleri, beslenme, boşaltım, sosyal yaşantısı ve çevresel faktörler de dikkate alınarak kapsamlı değerlendirmesi yapılmalıdır (Yavuz, 2007).

#### **2. 8. 4.Nöropsikolojik değerlendirme**

Nöropsikiyatrik testler hastaların zihinsel durumu, bilişsel kapasitesi, duygu durumunun objektif olarak değerlendirilmesi ve Alzheimer hastalığının erken dönemde tanısının konulabilmesi açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Klinikte nöropsikiyatrik testler kognitif ve nonkognitif testler olmak üzere iki şekilde kullanılmaktadır (Yavuz, 2007).

**Kognitif testler:** Hastanın yer ve zaman oryantasyonu, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, konuşma–dil becerisi, motor aktivitelerini ve algı durumunu değerlendirmektedir.

**Nonkognitif testler:** Hastanın psikolojisi ve davranışlarında meydana gelen belirti ve bulguları (depresyon, anksiyete vb.) değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Savaş & Akçiçek, 2010; Bektaş & Kalav, 2017).

**Tablo 2.3 Nöropsikiyatrik Testler**

<b>Kognitif Testler</b>	<b>Nonkognitif Testler</b>
Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE)	Geriatrik Depresyon Skalası
Saat Çizme Testi	Hamilton Depresyon Ölçeği
Alzheimer Hastalığı Skalası (ADAS)	Hamilton Anksiyete Ölçeği
Alzheimer Hastalığı Skalası-Kognitif Alt Skalası (ADAS-cog)	Demansta Depresyon için Cornell Ölçeği
Global Detoriasyon Skalası (GDS)	
Klinik Demans Derecelendirme Skalası (CDR)	

### **2. 8. 5. Laboratuvar tetkikleri**

Alzheimer hastalarında rutin olarak yapılması önerilen laboratuvar tetkikleri; tam kan sayımı, idrar, serum elektrolitleri, glikoz, BUN, kreatinin, B12 vitamin düzeyi, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleridir (Kaptan & Dedeli, 2012).

### **2. 8. 6. Görüntüleme yöntemleri**

Hastada meydana gelen belirti ve bulguları Alzheimer dışı nedenleri ayırabilmek amacıyla bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) görüntüleme, pozitron emisyon tomografi (PET) ya da tek foton emisyon tomografi (SPECT) gibi görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır (Hanağası, 2013).

### **2. 8. 7. Biyokimyasal markerlar**

Alzheimer hastalığında beyin de meydana gelen senil plaklar ve nörofibriler yumakların oluşumundan sorumlu olan protein, A $\beta$  ve tau birikimleridir. Bu nedenle AH tanısında son zamanlarda BOS'ta (beyin omurilik sıvısı) tau ve fosfo-tau düzeylerindeki artmanın ve  $\beta$ -amiloid 42 düzeylerindeki düşmelerin belirlenmesi en ileri düzeyde yapılan tetkikler arasında yer almaktadır (Keskin, Uncu, Tanburoğlu & Adapınar, 2016; Korolev, 2014).

## **2. 9. Alzheimer Hastalığında Farmakolojik Tedavi**

Günümüzde Alzheimer hastalığına neden olan durumları tedavi edebilecek ve hastaları tekrar eski sağlığına kavuşturacak bir tedavi yöntemi henüz bulunmamaktadır. Hastalığın tedavisi semptomlara yönelik olmakla birlikte, temel tedavi protokolü kognitif fonksiyonlara yönelik ve psikolojik semptomlara yönelik tedavi olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Kognitif fonksiyonlara yönelik tedavide kullanılan ilaçlar iki temel etki mekanizmasıyla çalışır. Birincisi; hastaların beyinlerinde zayıflamış olan kolinerjik nörotransmisyonu güçlendirmek, diğeri ise beyinde artmış olan glutaminerjik nörotransmisyonu zayıflatmaktır (Selekler, 2010). AH tedavisi için günümüzde halen ilaç araştırmaları devam etmekte olup geçerlilik ve güvenirliliği kanıtlanmış ve

ruhsatlı olarak kullanılan Asetilkolinesteraz inhibitörleri(AChEİ) ve Glutamat antagonistleri bulunmaktadır (Uluoğlu & Güney, 2010).

### ***2. 9. 1. Antikolinergic ilaçlar***

Beyinde bellek ile ilgili bölgelerde görev alan en temel nörotransmitter madde asetilkolin (ACh)dir. Alzheimer hastalığında bilişsel bozulmanın sebepleri arasında asetilkolin miktarındaki azalma, amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklar yer almaktadır (Yavuz Balam & Arıoğul, 2008). Bu durumu önlemek amacıyla hastaların ilaç tedavisinde asetilkolinesteraz inhibitörleri (AChEİ) verilmektedir. Kolinesteraz inhibitörleri, asetilkolininin trasinaptik yıkımını geciktirir ve etkisini uzatır (Cankurtaran & Arıoğul, 2002).

Asetilkolinesteraz inhibitörleri (AChEİ) hafif-orta evre AH tedavisinde kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan asetilkolinesteraz inhibitörleri Donepezil, Rivastigmin ve Galantamin'dir. İlaçların kullanımı sırasında doz arttırıldıkça birçok yan etki meydana getirmektedir. En sık görülen yan etkiler bulantı, kusma, diyare ve kilo kaybıdır (Bozoğlu, 2013).

### ***2. 9. 2. Glutamat antagonistleri***

Memantin bir glutamat reseptörü olan N-metil-D-aspartat (NMDA) antagonistidir. NMDA reseptörü üzerinden etki ederek hücre içine kontrolsüz kalsiyum girişini engeller (Bozoğlu, 2013). Bu sayede glutaminerjik eksitotoksisteyi önleyerek Alzheimer hastalığında semptomatik düzelme sağlayabilmektedir (Yavuz Balam & Arıoğul, 2008). Orta ve ağır evre hastalarda kullanılmaktadır. Genellikle kolinesteraz inhibitörlerini tolere edemeyen hasta gruplarında kullanılır (Uluoğlu & Güney, 2010).

Alzheimer hastalığı tedavisinde ve ortaya çıkan bulguların önlenmesinde ginkgobiloba, antiinflamatuvar ilaçlar, nootropikler, selegiline, östrojen, vitamin E, statin kullanımı için çalışmalar devam etmektedir (Behl, 2005; Birks & Grimley Evans, 2009; Özkay, Öztürk & Can, 2011).

### **2. 9. 3. Alzheimer hastalığının psikolojik semptomlarında farmakolojik tedavi**

Alzheimer hastalarında hastalığın ilerlemesiyle birlikte bilişsel fonksiyonlarda azalma ve motor fonksiyonlarda kayıplarla doğru orantılı olarak psikolojik semptomlarda da artış görülmektedir. Hastaların yaklaşık %50'sinde psikolojik semptomlar bulunur. Hastalarda ilk olarak ortaya çıkan psikolojik semptom hezeyandır. Hastalar yakınlarını tanıyamaz ve karıştırırlar, buldukları ortamın neresi olduğunu bilemez kendilerini kaybolmuş zanneder ve sürekli olarak eve gitmek istediklerini söylerler. Eşyalarının kaybolduğunu ya da çalındığını düşünürler (Arioğul, 2006, s. 976). Hastalar da genel huzursuzluk durumu, amaçsız dolaşma, tekrarlayan hareketler ve sözler, vurma, itme gibi şiddet içeren fiziksel davranışlar, sürekli konuşma ve dikkat çekmeye çalışma, uygunsuz sözler söyleme ve soyunma gibi uygunsuz davranışlar gösterirler (Şentürk & Küçükçüçlü, 2015; Cankurtaran, 2013). Görsel halisünasyonlar özellikle geceleri daha sıktır. Depresyon belirti ve bulguları, uyku sorunları sıklıkla gözlenir (Keskin vd., 2016). Depresyon ve duygulanım bozukluklarının tedavisinde çoğunlukla antidepresan ilaç kullanımı tercih edilirken, davranış problemlerinin tedavisinde nöroleptikler ve benzodiazepinler sıkça kullanılmaktadır. Psikolojik semptomların tedavisinde genellikle; anksiyolitik, antidepresan, antipsikotik ve sedatif/hipnotik ilaçlardan yararlanılmaktadır (Agit, 2013). Ancak bu ilaçlar yaşlıda serebrovasküler yan etkilere, düşmeye, kırık ve ölüm riskinde artışa neden olmaktadır. Bu nedenle hastalarda ortaya çıkan psikolojik semptomların tedavisinde öncelikle non-farmakolojik yöntemlere yer verilmeli eğer çok gerekli olursa ilaç tedavisine düşük dozlarda başlanmalıdır (Çalamak, 2017).

### **2. 10. Alzheimer Hastalığında Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri**

Alzheimer hastalığında klinik evreler ilerledikçe beynin etkilenen alanlarında artışa bağlı olarak hastalarda saldırgan davranışlar, depresyon, anksiyete gibi durumların arttığı, hastaların bakım ve tedavilerinde ciddi zorlukların yaşandığı görülmektedir (Lök & Bademli, 2016). Alzheimer

hastalarına bakım verenler ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda, hastalarda görülen unutkanlık, iletişim problemleri ve davranışlarda meydana gelen bozulmaların, hastaya verilen günlük bakımı zorlaştırdığını ortaya koymuştur (Fialho vd., 2009; Soner & Aykut, 2017). Yaşanılan bu zorlukların üstesinden gelebilmek, hastanın tedavisi ve bakımını eksiksiz olarak almasını sağlamak amacıyla hem sağlık çalışanları hem de hasta yakınları tıbbi tedavinin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemlere yönelmişlerdir (Aşiret & Kapucu, 2015). Nonfarmakolojik yöntemler ilaç tedavisine göre daha az maliyetli hem de yan etkisi olmayan bir uygulamadır (Şentürk & Küçükçüçlü, 2015). Altın ve ark. (2016) yaptığı çalışmada; Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri sıklığı %61,6 olarak bulmuştur (Altın & Avcı, 2016).

AH için en sık kullanılan ve önerilen non-farmakolojik yöntemler; anımsama terapisi (aile üyelerinin video kasetlerinin izletilmesi, eski fotoğrafların gösterilmesi) , egzersiz terapisi (yürüyüş ve hafif egzersizler), çoklu duyuşsal uyaran yöntemi, ışık terapisi, aromaterapi ve müzik terapisi yöntemleridir (Yavuz Balam & Arıoğul, 2008; Eker, 2008; Duru Aşiret, 2014).

### ***2.10.1 Anımsama terapisi***

Anımsama terapisi kişilerin çeşitli hatırlatıcılardan (resim, video, müzik, obje) faydalanılarak geçmişteki deneyimleri, anılarını hatırlatması ve bunları paylaşması olarak tanımlanmıştır (Şahin, 2016). Anımsama terapisinin yaşlılarda görülen depresyon ve yalnızlık hissini azalttığı, yaşam doyumunu, mutluluk düzeyini, benlik düzeyini, psikolojik iyilik halini ve yaşam kalitesini arttırdığı yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (Lk & Buldukoğlu, 2014). Literatür incelendiğinde anımsama terapisi ile ilgili çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Kwon ve ark. (2013) demanslı yaşlılarda anımsama terapisinin etkilerini incelemişler, bulgular doğrultusunda; yaşlıların bilişsel fonksiyonlarının sürdürülmesinde, depresyonun azalmasında ve yaşam kalitesinin yükselmesinde anımsama terapisinin olumlu yönde etki ettiğini belirtmişlerdir (Kwon, Cho & Lee, 2013). Van Bogaert ve ark. (2013) Alzheimer hastalarına yaptığı anımsama terapisi sonucunda; hastaların bilişsel

düzeylerinde olumlu yönde artış görülmüştür (Van Bogaert, Van Grinsven, Tolson, Wouters, Engelborghs, Van der Mussele, 2013). Aşiret ve ark. (2015) yapmış olduğu anımsama terapisi sonucunda deney grubundaki hastalarda bilişsel düzeyde artış ve depresyon düzeyinde azalma görülmüştür. Ayrıca anımsama terapisi hastaların iletişim düzeyinde ve sosyal ilişkileri üzerinde olumlu etki meydana getirirken, günlük yaşam aktiviteleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (Aşiret & Kapucu, 2015). Serrani Azcurra'nın (2012) yaptığı çalışmada da Aşiret ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmaya benzer şekilde, anımsama terapisinin hastaların günlük yaşam aktivitelerinde olumlu etki oluşturmadığını belirlemiştir (Serrani Azcurra, 2012).

### ***2.10.2 Egzersiz terapisi***

Hastaların bireysel ve fizyolojik özellikleri göz önüne alınarak planlanmış düzenli yapılan egzersiz programlarının (yürüme, yüzme, aerobik) hastalarda ortaya çıkabilecek obezite, hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıkları önlemektedir (Keleş & Özalevli, 2018). Alzheimer hastalığının tüm evrelerinde de hastalığa bağlı belirtilerin azaltılmasında ve hastaların zihinsel fonksiyonlarının artmasında rol almaktadır (Lök & Lök, 2015). Alzheimer hastalarında egzersizin etkilerini belirlemek üzere yapılan çalışmalarda hastalara 6 hafta boyunca, haftada 4 gün ve günde 30 dakikalık egzersiz programı uygulanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda hastaların bilişsel fonksiyonlarında gelişme kaydedilmiş, motor fonksiyonlarında düzelme görülmüştür (Venturelli, Scarsini & Schena, 2011; Winchester vd., 2013; Suttanon vd., 2013).

### ***2.10.3 Çoklu duyuşsal uyaran yöntemi***

Kişilere müzik, resim, boyama, kişi-yer-zaman oryantasyonu, zihinsel aktiviteyi arttırıcı oyunlar gibi birden fazla duyuşsal uyaran verilerek yapılan uygulamalardır. Özdemir ve ark. (2007) çalışmasında 27 hafif Alzheimer hastasına çoklu duyuşsal uyaran yöntemi kullanılarak hastalardaki kognitif durum değerlendirmesi yapılmıştır. Sonuç olarak müdahale sonrasında hastaların MMT (Mini Mental Test) skorunda olumlu yönde değişim olduğu saptanmıştır (Özdemir & Akdemir, 2007).



#### ***2.10.4 Işık terapisi***

Demanslı hastalarda ortaya çıkan uyku-uyanıklık döngüsünde meydana gelen bozulmalar da etkili olan bir yöntemdir ( Özdemir, Yılmaz, Selvi & Boysan, 2017). Balcı Alparslan ve ark. (2017) Alzheimer hastalarının uyku ve günlük yaşam aktivitelerinde ışık terapisinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada; ışık terapisinin hastaların uykularını ve günlük yaşam aktivitelerini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir (Balcı Alparslan, Özkaraman, Özbabalık & Çolak, 2017).

#### ***2.10.5 Aromaterapi***

Esansiyel yağların etkisinden faydalanılarak uygulanan bir yöntemdir. Düzenli aralıklarla hastalara esansiyel yağların koklatılması (kıyafetlerine sürülerek, masaj yapılarak) yöntemi ile uygulanır. Alzheimer hastalarında genellikle rahatlatıcı özelliği ve bilişsel fonksiyonlar da artışa neden olduğu bilinen melisa ve lavanta yağı kullanılmaktadır (Şentürk & Küçükçüçlü, 2015). Snow ve ark. (2004) çalışmasında 10 hafta boyunca demanslı hastalara lavanta yağı, kekik yağı ve üzüm çekirdeği yağı koklatılmış ve hastaların ajitasyon davranışlarında azalma görülmüştür (Snow, Hovanec & Brant, 2004). Ploeg ve ark. (2010) ve Lin ve ark. (2007) çalışmalarında da demanslı hastalarda lavanta yağı kullanmış ve hastalardaki ajitasyonun azaldığı belirtilmiştir (Ploeg, Eppingstall & Conner 2010; Lin, Chan & Lam 2007).

#### ***2.10.6 Müzik terapisi***

Müzik terapisinde; müziğin ve müzik eşliğinde yapılan aktivitelerin etkisinden faydalanılarak bireylerde fizyolojik, psikolojik, mental ve sosyal problemlerin çözülmesi amaçlanmaktadır. Özellikle Alzheimer hastalarının nörolojik sistemi üzerine etki ederek, hastaların psikolojik semptomlarında azalmalara neden olmaktadır. Ayrıca hastaların tansiyon, solunum gibi fizyolojik fonksiyonlarını olumlu yönde etkilemektedir. Müzik terapi, Alzheimer hastaları için en sık kullanılan nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden biridir (Lök & Bademli, 2016).

## 2.11. Alzheimer Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Alzheimer hastalığı süreç ilerledikçe hastanın bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarının gerilediği, hastada ortaya çıkan semptomlar sebebiyle bakıma ihtiyaç duyulduğu, yaşam kalitesinin giderek azaldığı kronik bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastada meydana gelen bu değişimin yanı sıra bakımını üstlenen bireylerinde yaşam kalitesinin azaldığı hem de bakım yükünün getirdiği psikolojik sorunların ortaya çıktığı yapılan çalışmalarda görülmektedir (Koca, Taşkapılıoğlu & Bakar, 2017). Örneğin, Akyar ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %64 ünün ailede günlük yaşadığı, günlük yaşayanların %40,6' sının aileden destek almakta sorun yaşadıkları, %34,4 ünün psikolojik, %18,8'inin mali, %6,2'sinin aile içi ilişkilerde sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Akyar & Akdemir, 2009).

Alzheimer hastalarına bakım veren kişiler öncelikle hasta yakınlarıdır. Gerek duyulması halinde uzman kişilerden yardım alınarak bakımın devamlılığı ve etkinliği sağlanmaya çalışılmaktadır. Altın ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %37,9'unun hastanın gelini, %33,9'unun çocuğu, %10,7'sinin eşi, %10,2'sinin kardeşi, %7,3'ünün ise hastanın bakıcı ve damadı olduğu belirtilmektedir (Altın & Avcı, 2016). Alzheimer tanısı ile hastane, huzurevi ya da bakım evinde kalan hastaların disiplinler arası boyutta bakıma ihtiyaçları vardır. Hastalarda görülen bilişsel gerileme, motor fonksiyonlarda azalma, yaşam kalitesinde düşme ve davranış bozuklukları ile mücadele etmede profesyonel bir bakıma ihtiyaç duyulmaktadır. Hastada var olan ve ortaya çıkabilecek problemlerin belirlenmesi, hastaya bireysel, bütüncül ve profesyonel bakım ve tedavi planının hazırlanması, yaşam kalitesinin geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmalar hemşirelik bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008; Gök Uğur, Orak, Ağaçdiken & Yüksel, 2017).

Hasta için bireysel olarak planlanmış hemşirelik girişimlerinin amacı; hastanın bilişsel işlevini sürdürmesine yardım etmek, fiziksel güvenliğini sağlamak, psikolojik semptomları azaltmak, etkin iletişim sağlamak, bağımsızlığını ve öz bakım gereksinimlerini desteklemek, sosyal çevre ile

etkileşimini artırmak, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak, uyku ve aktivite dengesini sağlamak, aileye destek olmak, hasta ve ailenin ihtiyaç duyduğu konularda gereken eğitimi vermektir (Dilek, Ünal & Ünsar, 2017; Gök Uğur vd., 2017).

Alzheimer hastalığında bakım gereksinimleri aşağıda yer alan başlıklar altında incelenebilmektedir:

### ***2. 11. 1. Bilişsel fonksiyonların sürdürülmesi***

Hastalarda nöron dejenerasyonuna bağlı olarak bilişsel fonksiyonlarda kayıplar meydana gelmektedir. Hasta için zihinsel faaliyetler planlayarak bellek gücü artırmak gerekmektedir. Hastaya gün içerisinde zaman hatırlatmaları, satranç-tavla oynama, eski anıları hatırlatma, fotoğraf albümlerine bakma gibi faaliyetler ile zihnin canlı tutulması gerekmektedir (Dilek, Ünal & Ünsar, 2017).

### ***2. 11. 2. Fiziksel güvenliğin sürdürülmesi***

Hastalar ses, gürültü gibi uyaranlara ve fiziksel çevrede meydana gelen değişimlere karşı son derece duyarlıdırlar. Bu nedenle kendilerine bakan kişilere ve bakım gördükleri ortamdaki değişimlere karşı olumsuz tepkiler gösterirler. Çevre düzenlemesi yapılırken değişimler dikkat çekmeyecek şekilde azar azar yapılmalıdır. Hastada görülen psikolojik problemler ve motor fonksiyonlardaki kayıplar sebebiyle çevrede kendisine zarar verebilecek durumlar ( ıslak zemin, elektrik kablosu gibi) ortadan kaldırılmalıdır. Kaybolmaları önlemek için gerekli güvenlik tedbirleri alınmalıdır (Yalçın, Şahin, Yalçın & Dikici, 2007; Kaptan & Dedeli, 2012).

### ***2. 11. 3. Fizyolojik fonksiyonların optimal düzeyde sürdürülmesi***

Hastaların günlük yaşamını devam ettirebilmesi için beslenme, boşaltım, uyku, aktivite gibi fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Hastada ortaya çıkan unutkanlık, psikolojik belirtiler ve motor hareketlerde gerilemeler bu fizyolojik ihtiyaçların karşılanmasını zorlaştırmaktadır (Altan Sarıkaya, Sukut & Ayhan, 2017).

Hasta beslenmesine dikkat edilmesi gereken en önemli nokta unutkanlıklara bağlı beden gereksinimden fazla ya da az beslenmedir. Bu

nedenle diyetisyen ile iş birliği yapılarak hastanın ihtiyacına uygun yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır. Yemek saatleri düzenli olmalı, aşırı yeme isteği olan hastaların dikkati başka yöne çekilerek bu istek azaltılmaya çalışılmalıdır. Hasta beslenme sırasında kendi kendine yemek yemesi için cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir. Besin seçiminde hastanın tercihleri göz önünde bulundurulmalı, besin sunumu ise iştah açacak şekilde olmalıdır. Ayrıca diyetinde Akdeniz tipi beslenmeye yer verilerek hastalık belirtilerin azalması ve hastalığın ilerlemesi önlenabilir (Bıyıklı & Şanlıer, 2014; Akyar, 2011).

İleri evre Alzheimer hastalarında idrar ve gaita inkontinansı sık ortaya çıkan problemlerdendir. Bu nedenle hastalarda inkontinansı önlemek için tuvalet alışkanlığı kazandırmak son derece önemlidir. Hastanın idrarının gelmesini beklemeden başlangıçta 2-4 saat aralıklarla tuvalete götürmek gerekir, ilerleyen dönemlerde bu süre kısaltılarak inkontinans önlenabilir (Yalçın vd., 2007). Hasta ile etkili iletişim kurarak, mahremiyetine özen göstererek, hastayı idrar yapması için teşvik etmek gerekir. Akşam saatlerinden sonra alınan sıvı miktarı azaltılarak gece idrar kaçırması engellenebilir. İdrar çıkışını artıran kafeinli, asitli ve baharatlı gıdalar diyetten çıkartılmalıdır (Özcan & Kapucu, 2014).

Alzheimer hastalarının %25-35'inde belirgin uyku problemleri görülür. Bunlar uykuya dalmada zorluk, uyku kalitesinde azalma, sık sık uyanma, gündüz uyuklama, gece halüsinasyon görme gibi problemlerdir. Hastanın rahat bir uyku uyuyabilmesi için öncelikle hastanın ve odanın hazırlanması gerekir. Oda içerisinde rahat bir ortam sağlanmalıdır. Hastanın kendini güvende hissetmesi oldukça önemlidir. Bunun için gece lambası kullanılabilir. Kapı ve pencerelerin güvenliğinden emin olunmalıdır. Hastaya rahat edebileceği kıyafetler giydirilmelidir. Hastanın uykusunu kaçırarak gıda ve uyaranlardan uzak durulmalıdır. Ilık duş alma gibi rahatlatıcı uygulamalar yapılabilir. Gündüz uyuklamaları mümkün oldukça azaltılmalıdır. Uyku için günlük program yapılmalı ve rutin oluşturulmalıdır (Altan Sarıkaya, Sukut & Ayhan, 2017).

Gün içerisinde hastaya uygun düzenli yapılan fiziksel aktiviteler, hastada oluşan ajitasyonun azaltılmasında ve kaliteli uykunun sağlanmasında oldukça önemlidir. Yürümek, müzik eşliğinde dans etmek, yüzmek, bahçe işleri, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketleri hastaların bireysel ve fiziksel özelliklerine göre tercih edilebilecek fiziksel aktivitelerdir (Lök & Lök, 2015).

#### ***2. 11. 4. Günlük yaşam aktivitelerinde maksimum bağımsızlığın sağlanması***

Alzheimer hastaları, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan bilişsel ve fonksiyonel bozukluklar nedeniyle kendisine bakan kişilere yarı/tam bağımlı olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmektedirler. Çuhadar ve ark. (2006) huzurevinde bilişsel bozukluğu olan yaşlılar ile yapmış olduğu çalışmada; telefon kullanma, yemek hazırlama, ev işleri yapabilme, alışverişi yapabilme, ilaçlarını tanıma ve kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerinde bozulmaların bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda daha çok görüldüğü sonucuna varmıştır (Çuhadar, Sertbaş & Tutkun, 2006). Akça ve ark.(2014) yapmış olduğu diğer bir çalışmada hem enstrumental hem de temel günlük yaşam aktivitelerinin, bilişsel işlevlerinde bozulma olan bireylerde daha kötü olduğunu saptamışlardır (Akça, Saraçlı, Emre, Atasoy, Güdül, Barut, Şenormancı, Büyükuysal, Atik & Atasoy, 2014). Hastanın bakımında günlük yaşamını devam ettirmede kolaylık sağlayacak yöntemlerin belirlenmesi, hastanın bağımsızlığını maksimum seviyede tutarak günlük yaşamında destek verilmesi oldukça önemlidir. Karmaşık aktiviteler basit parçalara bölünebilir, gün içerisinde küçük hatırlatmalar yapılabilir. Kıyafet seçiminde basit, lastikli, kolay giyilebilen giysiler seçilebilir (Akyar, 2011).

#### ***2. 11. 5. Kişisel hijyenin sağlanması***

Hastalığın ilerlemesiyle birlikte kişi öz bakım gereksinimlerini yerine getirmekte zorlanır. Öz bakım gereksinimleri içerisinde ağız bakımı, vücut banyosu, genital bölge temizliği, saç bakımı, tırnak kesimi yer almaktadır. Hastalar özellikle banyo sırasında çıplak kalmaktan rahatsız olup ajite davranışlar gösterirler. Bu nedenle kişisel hijyen sağlanırken hasta ile etkin

iletişimde olmak, bakım uygulamaları sırasında yavaş ve sakin hareket etmek ve mahremiyete özen göstermek son derece önemlidir (Yalçın vd., 2007; Şendir & Acaroğlu, 2002).

### ***2. 11. 6. Sosyal aktivitelerin sürdürülmesi***

Hastada görülen unutkanlık, yeti kayıpları, kişilik değişiklikleri, konuşmada, anlamada ve davranışlarda meydana gelen bozulmalar kişinin sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkiler. Hasta ile iletişimin artırılması, sosyalleşmesi için destek olunması ve sosyal imkanların sağlanması önemlidir. Hastanın sevdiği kişiler ile görüşürülmesi, gezi, ziyaret, sinema ve tiyatro gibi sosyal aktiviteler planlanarak hastanın sosyal yaşantısının devamlılığı sağlanabilir (Kaptan & Dedeli, 2012). Küçükgüçlü ve ark. (2017) Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimlerini konu alan çalışmasında; hastaya bakım vermekle yükümlü olan bireylerde aile üyeleri ve sosyal çevre ile olan ilişkilerinin bozulduğunu bu nedenle de kendilerini daha çok çaresiz ve yalnız hissettiklerini ifade etmektedirler. Bu durumda hasta yakınlarına eğitim vermek ve ihtiyaç duyulan durumlarda destek sağlanması gerekmektedir (Küçükgüçlü, Şentürk & Söylemez, 2017).

### ***2. 11. 7. Rehabilitasyon ve eğitim***

Hastanın sahip olduğu becerilerinin desteklenerek aktif yaşamına devam etmesi, motor fonksiyonlarda meydana gelen gerilemeleri azaltmak için fizyoterapi hizmeti alması, hastanın günlük yaşamını kolaylaştıracak yardımcı cihaz kullanılması, konuşmada görülen gerileme için konuşma terapisine yönlendirilmesi, idrar/fekalinkontinansı önlemek ve azaltmak için mesane/barsak eğitiminin verilmesi, hastalık ve tedavi süreci hakkında eğitim verilmesi, psikolojik destek sağlanması, hasta ve ailesi için uygulanacak rehabilitasyon hizmetleri arasındadır (Egemen & Arslantaş, 2006; Akyar, 2011).

### ***2. 11. 8. Hasta ve aile ile etkili iletişim***

Hastalığın kabullenilmesi, tedavi ve bakım sürecine uyum sağlanması, psikolojik semptomlara bağlı sosyal izolasyonun önlenmesi, hasta ve yakınlarının ajitasyon ve anksiyete düzeyinin azalması, yaşam kalitesinin artırılmasını

sağlamak için hasta ve aile bireyleri ile etkili iletişim kurulmalıdır (Barlas & Onan, 2008). Alzheimer hastalarında iletişimde dikkat edilecek noktalar şunlardır:

- Hasta konuşma için cesaretlendirilmelidir.
- Hastaya ismi ile hitap edilmeli, iletişimde göz teması kurulmalıdır.
- Konuşma dili sade ve açık, ses tonu yumuşak olmalıdır.
- Konuşmada basit cümleler seçilmelidir.
- Sorular kısa cevaplı olacak şekilde sorulmalıdır.
- Hastanın sorulara vereceği cevap için süre tanınmalı, iletişimde aceleci olunmamalıdır.
- İletişim sırasında sözel olmayan (dokunma, mimik, jest) hareketlerden faydalanılarak iletişimin etkinliği artırılmalıdır (Dilek, Ünal & Ünsar, 2017; Gök Uğur vd., 2017; Albayrak & Aşık, 2014).

Ailenin hasta ve hastalığa yönelik kaygılarıyla başa çıkma yöntemlerine yönlendirmek, hastalığa uyum sağlayarak hastaya nasıl davranması gerektiğini anlatmak ve yaşam kalitesini yükseltmek, eğitim, rehberlik ve destek hizmeti sunmak için etkin iletişim kurulmalıdır (Eğilli & Sunal, 2017).

### ***2. 11. 9. Alzheimer hastalığına uyum sağlama***

Uyum kişilerin çevresinde meydana gelen değişimler karşısında göstermiş olduğu tepkiler olarak tanımlanabilir. Uyum değişimlere alışmadaki dinamik süreçtir. Bu uyum süreci, hastanın ve bakımını sağlayan bireylerin karşılaştıkları değişimler karşısında etkin baş etme yöntemlerini kullanmayı gerektirir (Yalçın, 2016). Hemşirelik alanında insan uyumunu konu alan ve en sık kullanılan Roy Adaptasyon Modeli (RAM)'dir. Sister Callista Roy tarafından 1968 yılında da uygulamaya geçirilen bu model insanın adaptasyonu (uyum) üzerinde odaklanmıştır. Modelde uyum dört ana başlık altında (fizyolojik gereksinimler, benlik kavramı alanı, rol fonksiyonu alanı, karşılıklı bağlılık alanı) incelenmiştir (Şişman & Kutlu, 2016).

Alzheimer hastalığı sürecinde dikkat, algı, bellek, motor ve bilişsel fonksiyonlarda ortaya çıkan gerilemenin bir sonucu olarak hastada;

- Beslenme, boşaltım, uyku, aktivite gibi fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmesi, bakım ve desteğe ihtiyaç duyması (Altan Sarıkaya, Sukut & Ayhan, 2017),
- Bakan kişilere yarı/tam bağımlı olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek zorunda olması (Çuhadar, Sertbaş & Tutkun, 2006),
- Uykuya dalmada zorluk, uyku kalitesinde azalma, sık sık uyanma, gündüz uyuklama, gece halüsinasyon görme gibi problemler yaşaması (Altan Sarıkaya, Sukut & Ayhan, 2017),
- Özbakım gereksinimlerini yerine getirmekte zorlanması ya da yapamaması (Yalçın vd., 2007),
- Konuşmada, anlamada ve davranışlarda meydana gelen bozulmalarla birlikte sosyal yaşantısını sürdürememesi (Kaptan & Dedeli, 2012), gibi olumsuz durumlar görülmektedir. Bu olumsuzluklar hastanın çevresi ve kendisiyle olan uyumunu olumsuz yönde etkiler.

Hasta için bireysel olarak planlanmış hemşirelik girişimlerinin amacı; hastanın bilişsel işlevini sürdürmesine yardım etmek, fiziksel güvenliğini sağlamak, psikolojik semptomları azaltmak, etkin iletişim sağlamak, bağımsızlığını ve öz bakım gereksinimlerini desteklemek, sosyal çevre ile etkileşimini artırmak, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak, uyku ve aktivite dengesini sağlamak, aileye destek olmak, hasta ve ailenin ihtiyaç duyduğu konularda gereken eğitimi vermektir (Dilek, Ünal & Ünsar, 2017; Gök Uğur vd., 2017). Bu amaçları gerçekleştirebilmek için hemşire, hastanın uyum düzeyini belirlemeli ve buna yönelik olarak hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (Şişman & Kutlu, 2016).

## **2. 12. Alzheimer Hastalığı ve Müzik**

Türk Dil Kurumu'na göre müzik 'Birtakım duygu ve düşünceleri belli kurallar çerçevesinde uyumlu seslerle anlatma sanatı, musiki' olarak tanımlanmıştır. Hastalıkların tedavisinde müziğin kullanımı iki bin beş yüz yıl öncesine kadar dayanmaktadır (Birkan, 2014). İnsanlarda fiziksel, mental ve psikolojik durum üzerindeki terapötik etkilerinin görülmesi hastalıkların



tedavisinde müziğin kullanımını yaygınlaştırmıştır (Halim, 2002; Koç, Başer, Kahveci & Özkara, 2016).

Basit harmonik hareketlerden oluşan müzik beynimizde temporal lob tarafından algılanıp, talamus, medulla, hipotalamus, orta beyin ve pons'ta uyarılar meydana getirilerek vücudumuzda hem fizyolojik hem de psikolojik etkiler meydana getirmektedir (Uyar & Akın Korhan, 2011; Kılıç, Şentürk & Görüş, 2015). Müzik ilk olarak limbik sistem ve corpus callosum'daki hemisferik alana etki ederek duygusal yanıtlar oluşturmaktadır (Kramer, 2001). Müziğin beyin üzerine bilişsel, duygusal ve motor etkisinin olduğu yapılan araştırmalar ile desteklenmektedir (Thaut, 2005; Jenkins, 2001).

Müziğin; ses perdesi, ses şiddeti, ses rengi, ses aralığı ve ritim süresi olmak üzere beş elementi bulunmaktadır. Hastalara dinletilecek olan müzik seçiminde müziğin bu özellikleri dikkate alınmaktadır (Kramer, 2001). Hastalara dinletilecek olan müzik türü oldukça önemlidir. Dinletilecek olan müzik yavaş ve akıcı özellikte olmalı, telli çalgılar ve hafif vurmali çalgılar tercih edilmeli, sözsüz olmalıdır. Hastayı dinleme sırasında rahatsız edecek yüksek ses düzeyinden kaçınılmalıdır. Literatürde 60-80 dB ses düzeyi önerilmektedir. Relaksasyon sağlamak için dinleme süresi en az 30dk olmalıdır (Nilsson, 2008). Yapılan çalışmalarda uzmanlar tarafından belirlenen Klasik Batı müziği, Klasik Türk müziği ya da hastaların istekleri doğrultusunda seçilen şarkılar hastalara dinletilmiştir (Lou, 2001; Toker, 2014). Ayrıca müzik seçiminde hastaların kendi kültürel özellikleri de dikkate alınmalıdır (Gençel, 2006). Sezer'in (2011) bireylerin gündelik yaşamda dinlemeyi tercih ettikleri müziğin öfkelerine ve psikolojik durumları üzerine etkisinin olup olmadığını saptamak amacıyla 288 birey ile yapmış olduğu çalışmada; kişilere rahatlatıcı özelliği olan ney müziği, sanat müziği, klasik müzik gibi müziklerin dinletilmesinin faydalı olacağı sonucuna varılmıştır (Sezer, 2011).

Müzik hastalarda görülen psikotik semptomları azaltır, bilinç uyanıklığını artırır, tedavi ve bakımlarda hastanın uyumunu kolaylaştırır, kişilerin toplum içerisinde sosyalliğini sağlayarak yaşam kalitesinin yükselmesini sağlar (Yaşar, 2010; Yıldırım, 2003). Müzik nabız hızını, tansiyonu, vücut ısısını ve solunum

hızını düşüren, rahatlamayı sağlayan, dikkatini başka yöne çekerek ağrı algısında değişimlere yol açan fizyolojik etkilere de sahiptir (Lai & Good, 2006; McCaffrey, 2004). Balcı Alparıslan ve ark.(2015) fibromiyalji hastalarında müziğin ağrı üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize klinik çalışma sonucunda, müzik dinleyen deney grubunun ağrılarında belirgin azalma olduğu belirlenmiştir (Balcı Alparıslan vd., 2015). Müziğin psikolojik ve fizyolojik olarak ortaya koyduğu bu olumlu etkiler nedeniyle; müzik, Alzheimer hastalarının özellikle psikolojik semptomların tedavisinde önemli bir yere sahiptir (Karamızrak, 2014). Ayrıca Alzheimer hastalarında afaziye ve hafıza kaybına rağmen, eski şarkıları hatırlama ve söyleme durumu oldukça iyidir (Vink, 2013). Bu durum AH da müzik ile ilgili çalışmaların yapılmasında kolaylık sağlamıştır.

Yurt dışında AH müziğin etkisinin belirlendiği birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmalarda müziğin hastalar üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde; AH görülen davranış bozuklukları günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi zorlaştırdığı gibi hastalara bakım veren kişilerin bakım yükünün de artmasına neden olmaktadır. Wosch ve ark. (2015) yaptığı çalışmada; müzik dinletisine katılan hastaların ilaç alma, yemek yeme, banyo yapma, giysilerini değiştirme gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede uyumlu oldukları ve hastaların bakım yüklerinin azaldığını belirtmiştir (Wosch, Werner & Gold, 2015).

Alzheimer hastalığında depresyon ve anksiyete semptomları hastaların %30 ile %50'sinde belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (Özge vd., 2008). Bu durum hastaların günlük yaşamı, bakım ve tedavilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Müziğin bağımsızlık hissini artırması ve kendine güven duymasını sağlaması, kişilerde görülen depresyon ve anksiyete oranını azaltmaktadır (Yener, 2011; Salamon, Bernstein, Kim, Kim & Stefano, 2003). Svansdottir ve ark. (2006) tarafından çalışmada, deney grubunda müzik terapi sonunda saldırganlık ve anksiyete düzeylerinde azalma olmuş, bireylerin kendilerini iyi hissettikleri ve kısa süreli bellekteki bilgileri korumada ve uzun süreli belleğe aktarmada başarılı oldukları bulunmuştur (Svansdottir & Snaedal, 2006). Han ve ark. (2014) tarafından 50 Alzheimer hastası ile yapılan yarı deneysel çalışmada,

müzik sonrası hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu, hastalarda gevşeme, rahatlama ve mutluluk seviyesinde artış olduğu gözlenmiştir. Ayrıca bilişsel işlevlerinde iyileşme görülmüştür (Han vd., 2014). Firmeza ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ise; müzik dinletisinin ardından, baş boyun ağrısı olan hastalarda anksiyete oranları düşük olarak değerlendirilmiş, hastaların semptomlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu sonucuna varılmıştır (Firmeza vd., 2017).

Orta evre hastalarda gece-gündüz oryantasyon bozukluğu, uyku ritminde bozukluklar, gündüz uyuklamaları, gece sık sık uyanmalar ve anormal motor davranışlar ön plana çıkmaktadır. Bu durum hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir (Arioğul, 2006, s. 976). Raglio ve ark. (2008) tarafından 59 Alzheimer hastası ile yapılan deneysel çalışmada, müzik dinletisi sonrası hastalarda ajitasyon, anksiyete, apati, sinirlilik, anormal motor aktivite ve uyku bozukluklarında azalmaların olduğu belirlenmiş ve müzik dinleti seansından çıkan hastaların geceyi daha sakin geçirdiği gözlemlenmiştir (Raglio vd., 2008). Hastalarda meydana gelen psikolojik semptomlar tedavi ve bakım sürecinin aksaklıklara neden olmasının yanı sıra hastaların yaşam kalitesini de son derece olumsuz yönde etkilemektedir. Foley ve ark. (2004) tarafından Alzheimer tanısı almış hastalara yapılan müzik terapi sonucunda; hastalar yaşam kalitelerinin arttığını, kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir (Foley & Lipe, 2004).

Ülkemizde müzikle tedavi konusunda akademik eğitim veren herhangi bir kurum bulunmamaktadır. Ancak özel iki merkez olan TÜTEM ve TÛMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu) 'da Türk Müziği ile tedavi çalışmaları yapılmaktadır (Uçaner & Öztürk, 2009). Üsküdar Üniversitesi'ne bağlı olarak Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi (MÛTEM) 2013 yılında kurulmuştur. 2014 yılında ise Ankara'da Müzik-Terapi Derneği (MÛZTED) kurulmuştur (Jelen & Uçaner, 2015).

Sağlık alanında hastalar üzerinde müziğin etkinliğinin araştırıldığı pek çok çalışma bulunmaktadır. Genel olarak bakıldığında yapılmış olan bu çalışmalar hemşirelik bölümü tez çalışmalıdır. Hemşirelik alanında nonfarmakolojik

yöntemler arasında yer alan müzik tedavisi hasta –hemşire arasındaki iletişimi artırması ve hasta bakımında kolaylık sağlaması açısından estetik yaklaşımlı bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir (Çifdalöz, 2016). Hemşirelik, hastaların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için temel gereksinimlerinin karşılanmasında gerekli desteği sağlayan bir meslektir (Kurt & Enç, 2013). Hemşirelerin hastanın yaşam kalitesinin yükselmesi, bakım ve tedavinin etkin olabilmesi için bütüncül yaklaşım sergilemesi gerekir, bu çerçevede nonfarmakolojik uygulamalar hemşirelik felsefesi ile paralellik göstermektedir (Akkuş Topçu, 2009). Müziğin hemşirelik girişimleri arasında yer almasının nedeni etkisinin olmaması, hasta konforunu sağlaması ve uygulamanın kolay olmasıdır (Şirin Gök & Balcı Akpınar 2015). Ciğerci ve ark (2016) çalışmasında; sağlık profesyonelleri olan doktor ve hemşirelerin müzik ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmada sağlık profesyonellerinin % 68.0'inin (hemşire %41.5, doktor %92.9) müzik terapi uygulamasını bildiği belirlenmiştir (Ciğerci, Kurt & Çelebi, 2016). Dündar (2011)'in yapmış olduğu çalışmada hemşire ve doktorların %73.3'ünün, Tağtekin (2015)'nin çalışmasında da %72.5' inin müzik terapiyi duyduğu belirtilmiştir (Dündar, 2011; Sezer, 2015).

Literatür taraması sonucunda ülkemizde Alzheimer hastalarında müziğin etkisinin değerlendirildiği iki çalışmaya ulaşılmıştır. Şahin'nin (2016) “Alzheimer Tanısı Almış Yaşlı Bireylerde Müzik Terapi Kullanımının Ajitasyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi” adlı yapmış olduğu çalışmada; hasta grubuna uygulanan müziğin ajitasyon ve anksiyeteyi azaltmada olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şahin, 2016). Torun'nun (2016) orta-ileri evre Alzheimer hastalarında Klasik Batı Müziği ve Geleneksel Türk Müziği eserlerinin etkinliğini karşılaştırmalı olarak değerlendirdiği fizibilite çalışmasında “Orta-ileri evre AH ajitasyonunda enstrümental Klasik Batı veya Klasik Türk Müziği eserlerinin kullanılabilceğini düşündürmektedir.” şeklinde sonuca ulaşılmıştır (Torun, 2016).

Ülkemizde ve yurt dışında Alzheimer hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda Klasik Batı Müziği kullanılmıştır. Alzheimer hastalarında Klasik Türk Müziğinin kullanımı bir çalışmada yer almış ancak çalışma sonucunda kesin bir yargıya ulaşılmamıştır (Torun, 2016). Aker ve ark. (2014) sağlıklı 15 kişi üzerinde Klasik Türk Müziği dinletilerek bir çalışma yapmış ve çalışma

sonucunda Klasik Türk Müziğinin beyin dalgalarında olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır (Aker & Akar, 2014). Hastaya dinletilecek olan müzik seçiminde kültürel özelliklerin dikkate alınması gerekmektedir (Kramer, 2001). Literatürde Nihavent makamının kişi üzerinde üzüntü giderici, mutluluk veren, ferahlık sağlayan rahatlatıcı etkisi olduğunun belirtilmektedir (Birkan, 2014). Bu doğrultuda yapılan çalışmada Nihavent makamı kullanılarak Alzheimer hastalarında uyuma olan etkisi incelenmiştir. Bu çalışma; Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğü azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3. 1. Araştırmanın Amacı ve Şekli**

Araştırma, Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğüne azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yapılan öntest-sontest randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

#### **Araştırmanın Hipotezleri**

- $H_0$  : Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğüne azaltmada etkisi yoktur.
- $H_1$  : Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğüne azaltmada etkisi vardır.

#### **3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu çalışma; Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde yapılmıştır. Bakım merkezinde orta ve ileri evre olan 40 Alzheimer hastası bulunmaktadır. Hastalar bakım evinde gündüzlü/yatılı olarak kalmaktadırlar.

Bakım evinin binası iki katlı ve bahçelidir. Bina içerisinde 41 adet yatak, 15 adet yatak odası ve tuvaleti, 5 adet banyo, 2 adet oturma salonu bulunmaktadır. Bakım evinde 12 hasta bakım personeli, 2 hemşire, 2 uzman doktor hastalara hizmet vermektedir.

Araştırmanın verileri 16 Nisan 2018 - 13 Temmuz 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nde kalan orta ve ileri evre 40 Alzheimer hastası oluşturmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalar oluşturmuştur. Çalışmamızda deney ile kontrol grubu hasta sayısının eşit oranda

alınması planlanmıştır. Önsel güç analizi ile örnek hacmin hesaplanmasında EK IV' te belirtilen öntest–sontest ortalama farkları ve ortak varyans değeri kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme için 0,05 alpha değerinde ve %98 güç düzeyinde yapılan güç analizi sonucunda ulaşılması gereken minimum kişi sayısı 7 olarak belirlenmiştir. Çalışma 15 deney ve 15 kontrol toplam 30 hasta ile yapılmıştır. Çalışmamız bulguları ile yeniden yapılan güç analizinde 30 hasta ile 0,9668 güce ulaşılmıştır.

#### ***3.4.1. Dahil edilme kriterleri***

- 18 yaş üzeri olan,
- Dinç gruba giren (günlük yaşamında beslenme, boşaltım ve yürüme gibi günlük faaliyetlerini kendi başına gerçekleştirebilen dinç yaşlı, (Çolak & Özer 2015)).
- Bilinci açık, iletişim kurulabilen, hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınacak hastalar belirlenmeden önce kurum hemşiresi ve bakım personeli ile görüşülmüştür.

#### ***3.4.2. Araştırmadan çıkarılma kriterleri***

- Uygulama süresince hastalık tanısında, ilaçlarında ve ilaç dozlarında değişiklik
- Uygulama süresince bilinç durumunda değişiklik
- Uygulama sırasında hastalarda emosyonel durumda gerileme (ağlama, üzüntü) görülmesi durumunda çalışmada yer alan bireyler çalışmadan çıkarılmıştır (EK V).

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### ***3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri***

Deney ve kontrol grubundaki hastaların Yaşlılarda Uyum Güçlüğüne Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamaları ve Yaşlılarda Uyum Güçlüğüne Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının (Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi, Karşılıklı Bağlanma, Fizyolojik Durum, Benlik Tarzı) puan ortalamaları bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

### **3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise deney ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyeti, kronik hastalık varlığı, yaşı ve tanı yılıdır.

### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmanın yürütüldüğü Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi ildeki sınırlı sayıdaki merkezlerden biri olmasından dolayı, burada farklı çalışma ve uygulamalar yapılabilmektedir; araştırma sonucunun etkilenmemesi için bakım evi yönetim ve personellerine uygulama süresince örneklem grubunun çalışmamız boyunca rutin uygulamalar dışında hiçbir uygulamaya dahil olmaması gerektiği vurgulanmıştır.

Yaşlılarda uyum gücünü değerlendirme ölçeğinin bazı sorularının cevaplarının teyit edilmesi için, kurumda çalışan hemşire ve bakım personelinden yardım alınmıştır.

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan verileri toplamak amacı ile Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Yaşlılarda Uyum Gücünü Değerlendirme Ölçeği, müzik cd'si, bilgisayar/ses sistemi, Emosyonel Durum Değerlendirme Formu, Bilgilendirilmiş Onam Formu kullanılmıştır.

#### **3.7.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu**

Araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu (Özge vd., 2008, Şişman& Kutlu, 2016), hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum), kronik hastalık varlığı, tanı süresi ve kurumdan aldığı destek süresini belirten toplam 10 sorudan oluşmaktadır (EK I).

#### **3.7.2. Yaşlılarda Uyum Gücünü Değerlendirme Ölçeği**

Bu ölçek yaşlı bireylerin uyumunu belirlemek amacıyla 2016 yılında Şişman ve Kutlu tarafından geliştirilip, geçerlik ve güvenilirliği belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0.93'tür. 24 maddelik sorulardan oluşan likert tipi ölçektir (EK II). Ölçekte yaşlı birey "rol ve kendini gerçekleştirme biçimi, karşılıklı



bağlanma, fizyolojik durum ve benlik tarzı “ olmak üzere dört boyutta ele alınmıştır. Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi; bireyin bulunduğu toplum içerisinde sahip olduğu pozisyona bağlı olarak, toplumun kendisinden beklediği davranışları göstermesi durumudur. Karşılıklı Bağlanma; bireyin kişiler ile ilişkilerini kapsayan, yaşamındaki doğum, sevgi ve değer görme durumlarını ele alan boyuttur. Fizyolojik Durum; bireyin çevresel faktörlere karşı bedensel olarak verdiği cevapları (oksijen, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, korunma) içerir. Benlik Tarzı ise; bireyin kendisine karşı göstermiş olduğu saygı ve değerli hissetme durumudur (Kacaroglu & Gülseven, 2014)

Her alt boyutun ölçekteki madde numaraları şu şekilde sıralanmaktadır:

Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu toplam 9 madde (1, 5, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 24)

Karşılıklı Bağlanma alt boyutu toplam 7 madde (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23)

Fizyolojik Durum alt boyutu toplam 4 madde (2, 4, 10, 11)

Benlik Tarzı alt boyutu toplam 4 madde (3, 6, 7,8)'dir.

Çalışmada ölçeğin doldurulması hususunda grubun Alzheimer hastası olması nedeniyle kurumda çalışan hemşire ve sağlık personelinin yardım alınmıştır. Ölçekte her bir maddeye verilecek cevaplar “hiç” cevabı 0 puan, “biraz” cevabı 1 puan, “oldukça” cevabı 2 puan ve “çok” cevabı 3 puan olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlamasında maddelerden alınan puanlar toplanıp soru sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek ortalama puan en düşük 0, en yüksek 3” tür. Bireyin ölçekten aldığı puan azaldıkça uyum düzeyi artmaktadır (Şişman & Kutlu, 2016).

### ***3.7.3. Müzik cd'si***

Nihavent makamında Türk Müziği Koleksiyon Cd'sinde yer alan Bir İhtimal Daha Var, Unutturamaz Seni Hiçbir Şey, Kimseye Etmem Şikayet, Şarkılar Seni Söyler, Doymadım Sana, Bir Demet Yasemen, Gözemi Geldik, Yine Bu Yılda Sensiz, Ud Taksimi, Gel Güzelim Çamlıcaya, Biz Çamlıcanın Üç Gülüyz, Kalamış, Yıldızların Altında, Nerelerde Kaldın, Bekledim de Gelmedin,

Hatırla Ey Peri, Yemeni Bağlamış adlı enstrumetal şarkılar (sözsüz) deney grubuna dinletilmiştir.

#### ***3.7.4. Bilgisayar / ses sistemi***

Nihavent makamı cd'si hastalara Exper marka dizüstü bilgisayar ve ses sistemi kullanılarak 50dk süre ile dinletilmiştir. Literatürde hastayı dinleme sırasında rahatsız edecek yüksek ses seviyesinden kaçınılması gerektiği, ses seviyesinin 60-80 dB olması gerektiği önerilmektedir (Nilsson, 2008). Bu nedenle çalışmamızda ses seviyesi, hastaları rahatsız etmeyecek düzeyde tutulmuştur.

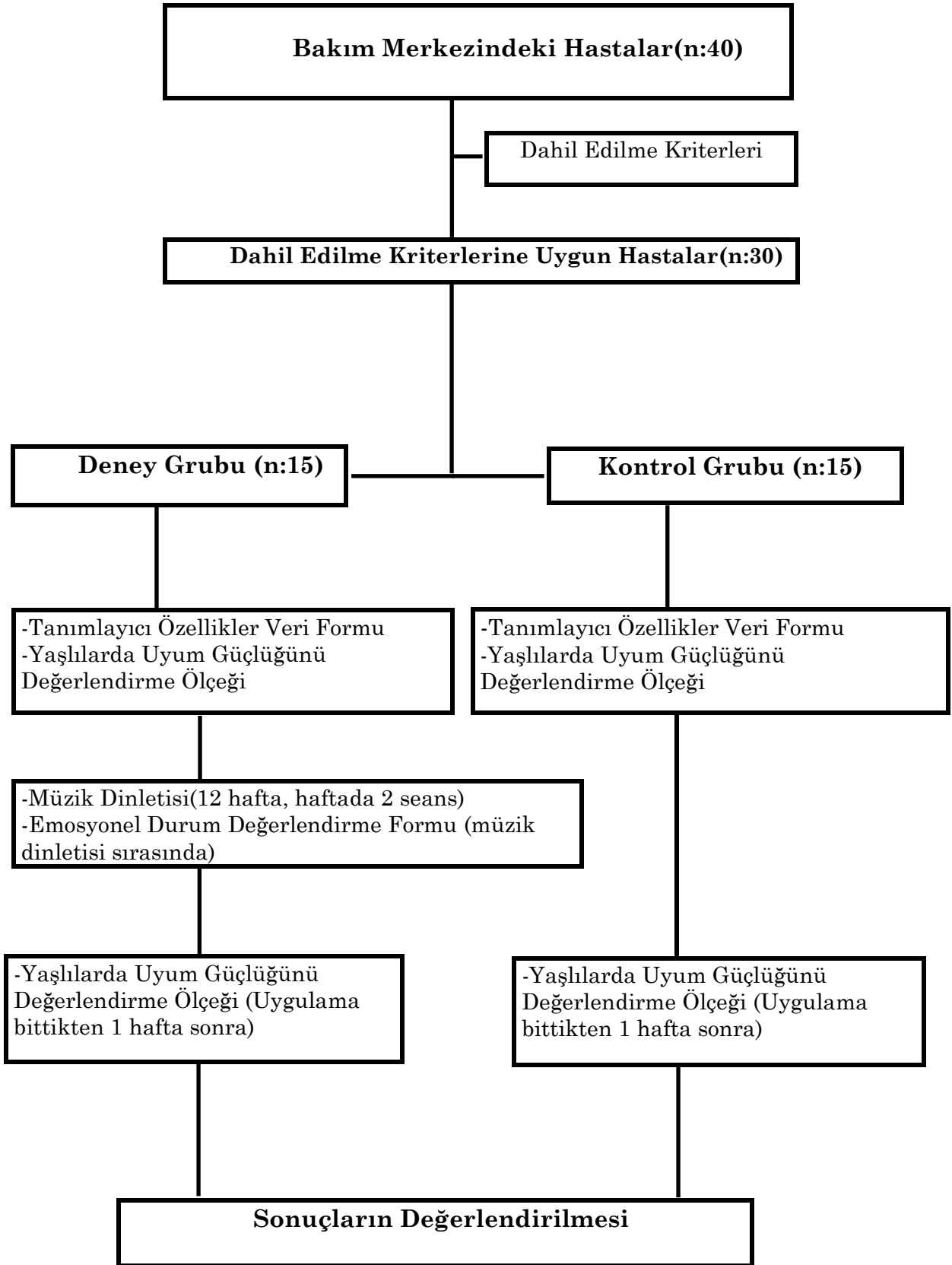
#### ***3.7.5. Emosyonel Durum Değerlendirme Formu***

Şarkıların söz içeriğinin güçlü olması hastalarda ajitasyon, ağlama, manik reaksiyon vb. davranış değişikliklerine neden olabileceğinden sözsüz dinletilmiştir. Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak “Emosyonel Durum Değerlendirme Formu” (EK V) oluşturulmuştur (Şendir & Acaroğlu 2002, syf 55; Eker, 2008). Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form ile hastalarda dinleti sırasında görülebilecek olası yan etki ve olumsuzlukların önlenmesi amaçlanmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma öncesi dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalar kurum hemşiresi tarafından belirlenmiştir. Hasta listesi oluşturulmuştur. Yapılan listeden hastalar rastgele olarak seçilerek deney ve kontrol grupları araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Araştırmacı uygulama öncesi araştırma gurubuyla tanışmış ve araştırmanın amaç ve yöntemi hakkında bilgi vermiştir. Araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek her iki gruba “Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu” ve “Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği” uygulanmıştır. Ölçeklerin doldurulması hususunda grubun Alzheimer hastası olması nedeniyle kurumda çalışan hemşire ve sağlık personelinden yardım alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen 30 hasta, 15 hasta deney grubunda, 15 hasta kontrol grubunda olacak şekilde rastgele seçilmiştir. Deney grubundaki hastalara müzik dinletisi hakkında bilgi verilmiştir. Dinleti haftada pazartesi ve çarşamba günleri düzenli olmak üzere, 2 seans olarak her seans yaklaşık 50

dakika olacak şekilde toplam 12 hafta sürmüştür (Wosch, T., Werner, J., & Gold, C. (2015). Müzik dinleti saati hastaların ara öğün, öğlen yemeği, genel vücut bakımı gibi gereksinimlerini karşılanması gereken saatlerin dışında kalan ve kurumun günlük işleyişini bozmayacak şekilde saat 10:00-11:00 arasında yapılmıştır. Çalışma, kurumda yer alan hasta sayısına uygun, yeterli sayıda oturulacak yer olan, iyi aydınlatılmış ve hastaları rahatsız edecek gürültüden uzaklaştırılmış bir oturma salonunda yapılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara oturma salonunda herhangi bir müdahale yapılmazken, deney grubundaki hastalar müzik dinletisi için kurumdaki diğer oturma salonuna alınmıştır. Bu şekilde kontrol grubundaki hastaların, deney grubuna dinletilen müziği duymaları engellenmiştir. Dinleti sırasında hastalarda emosyonel durum değişiklikleri gözlemlenmiş ve herhangi bir olumsuz durumla karşılaşılmamıştır. Müzik dinletisinin son seansından (12. hafta sonundan) bir hafta sonra her iki gruba “Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği” tekrar uygulanmıştır. (Şişman & Kutlu, 2016). Çalışma 16 Nisan 2018 - 13 Temmuz 2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmanın uygulama basamakları aşağıda yer alan Araştırma Akış Şeması (Şekil 3.1)' nda belirtilmiştir.



Şekil 3.1 Araştırma Akış Şeması

### **3.9.İstatistiksel Analiz**

Sürekli veriler Ortalama  $\pm$  Standart Sapma olarak, kategorik veriler ise yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilks testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için bağımsız örnek t testi analizi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Farklı ölçüm zamanlarındaki değerlerin karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olduğu durumda Wilcoxon testi, grup sayısı üç ve üzerinde olduğu durumlarda ise Friedman's testi kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 programından (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp) yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0.05$  değeri kriter kabul edilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan "12 Nisan 2018" karar tarihli, 11 karar sayılı etik onay alınmıştır (EK VI). Çalışmanın yapıldığı Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi Özel Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'nden "17 Ocak 2018 "karar tarihli "2018/05 "karar sayılı çalışma izni alınmıştır (EK VII). Çalışmada kullanılan Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği" nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan F. Nevin Şişman'dan ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için izin alınmıştır. Ayrıca; Hasta Bilgilendirme Formu Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun bilgilendirilmiş onam formunda olması gereken asgari bilgilerine göre hazırlanmıştır (EK III) ve çalışmada yer alacak kişilerin Alzheimer tanısı olması sebebiyle hasta yakınlarından izin alınmıştır.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 4.1'de çalışmanın örneklem grubunu oluşturan 30 hastaya ait sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %53.8'i kadındır. Eğitim durumuna bakıldığında %73.3'ü ilköğretim, %20.0'ı ortaöğretim mezunudur. Hastaların %93.3'ü bekar, %86.7'si çocuk sahibidir ve yaş ortalaması 81.67±6.78 yıldır. Çalışma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların %73.3'ü kadındır. Eğitim durumuna bakıldığında %46.7'si ilköğretim, %33.3'ü ortaöğretim mezunudur. Hastaların %86.7'si bekar, tamamı çocuk sahibidir ve yaş ortalaması 78.73±12.23 yıldır.

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hastaların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, yaş gibi sosyo-demografik özellikler açısından aralarında anlamlı bir fark olmadığı ve her iki grubun demografik özelliklerinin benzer olduğu belirlendi ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.1 Sosyo-Demografik Özellikler

		Çalışma Grubun (%)		P
		Deney (n=15)	Kontrol (n=15)	
Cinsiyet	Kadın	8 (%53.8)	11 (%73.3)	0.449*
	Erkek	7 (%46.7)	4 (%26.7)	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	1 (%6.7)	2 (%13.3)	0.436***
	İlköğretim	11 (%73.3)	7 (%46.7)	
	Ortaöğretim	3 (%20.0)	5 (%33.3)	
	Yükseköğretim	0 (%0.0)	1 (%6.7)	
Medeni Durum	Evli	1 (%6.7)	2 (%13.3)	1.000**
	Bekar	14 (%93.3)	13 (%86.7)	
Çocuk Varlığı	Evet	13 (%86.7)	15(100.0)	0.483**
	Hayır	2 (%13.3)	0 (%0.0)	
		<b>Ortalama ± Standart Sapma</b>	<b>Min-Max</b>	<b>p</b>
Yaş (yıl)	Deney	81.67±6.78	67-93	0.423****
	Kontrol	78.73±12.23	55-96	

\* Pearson Ki-Kare

\*\* Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare

\*\*\* Yate's Ki-Kare

\*\*\*\* Bağımsız Örneklerde t testi

## 4.2. Hastalık ve Bakım ile İlgili Özellikler

Tablo 4.2'de çalışmanın örneklem grubunu oluşturan 30 hastaya ait hastalık ve bakım evinde alınan destek süresine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %80.0'ında Alzheimer hastalığı dışında kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %73.3'ünün tanı almış oldukları süre 3-9 yıl, bakım evinden destek aldıkları süre ise  $28.73 \pm 23.40$  ay olarak bulundu.

Çalışma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların %60.0'ında Alzheimer hastalığı dışında kronik hastalık bulunmaktadır. Hastaların %86.7'sinin tanı almış oldukları süre 10-17 yıl, bakım evinden destek aldıkları süre ise  $28.00 \pm 14.10$  ay olarak bulundu.

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hastaların kronik hastalık varlığı ve bakım evinden destek aldıkları süre özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ) ve her iki grubun

özelliklerinin benzer olduğu belirlendi. Hastalık tanısı almış oldukları süre açısından ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark ( $p=0.03$ ) olduğu tespit edildi.

**Tablo 4.2 Hastalık ve Bakım İle İlgili Özellikler**

		Çalışma Grubu		p
		n (%)		
		Deney n=15	Kontrol n=15	
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	<b>Evet</b>	12 (%80.0)	9 (%60.0)	0.427*
	<b>Hayır</b>	3 (%20.0)	6 (%40.0)	
<b>Tanı (Yıl)</b>	<b>3-9</b>	11 (%73.3)	2 (%13.3)	<b>0.003*</b>
	<b>10-17</b>	4 (%26.7)	13 (%86.7)	
		Ortalama ± Standart Sapma		p
<b>Destek Süresi (Ay)</b>		28.73 ± 23.40	28.00 ± 14.10	0.870**
<b>Tanı (Yıl)</b>		7.73 ± 3.36	12.27 ± 2.81	<b>0.001**</b>

\* Yate's Ki-Kare

\*\* Bağımsız Örneklerde t testi

### 4.3. Emosyonel Durum ile İlgili Özellikler

Çalışmamızda müzik dinleme sırasında hastalarda emosyonel durumu izlemek üzere hazırlanmış olduğumuz Emosyonel Durum Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalar müzik dinledikleri süre boyunca (12 seans) dikkatle izlenmiş, hastaların tamamında herhangi bir emosyonel durum bozukluğuna (ajitasyon, saldırganlık, öfori, irritabilite, anormal motor davranışlar, ağlama) rastlanmamıştır. Bu nedenle analiz yapılmamıştır.

### 4.4. Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları

Deney ve kontrol gruplarının Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.3'de gösterildi. Buna göre; deney grubu Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği (YUGDÖ) öntest puan



ortalaması  $1.43 \pm 0.44$  iken, kontrol grubu YUGDÖ öntest puan ortalaması  $1.51 \pm 0.58$ 'dir. Deney ve kontrol grupları arasında YUGDÖ öntest puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p=0.838$ ) yoktur. Deney grubu YUGDÖ sontest puan ortalaması  $0.66 \pm 0.24$  iken, kontrol grubu YUGDÖ sontest puan ortalaması  $1.29 \pm 0.59$ 'dur. Deney ve kontrol grupları arasında YUGDÖ sontest puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p=0.001$ ) vardır.

Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ öntest ve YUGDÖ sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p<0.05$ ) olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grupları YUGDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunun puan ortalamalarındaki düşüşün, kontrol grubunun puan ortalamalarına göre daha anlamlı olduğu görüldü.

**Tablo 4.3 Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları**

		Ortalama $\pm$ Standart Sapma Medyan (Q1 - Q3)		p*(izlemler arası)	
		Ön Test	Son Test		
Çalışma Grubu	<b>Deney (n=15)</b>	$1.43 \pm 0.44$ 1.29 (1.17 - 1.63)	$0.66 \pm 0.24$ 0.67 (0.58 - 0.71)	<b>0.001</b>	
	<b>Kontrol (n=15)</b>	$1.51 \pm 0.58$ 1.50 (1.04 - 2.13)	$1.29 \pm 0.59$ 1.25 (0.88 - 1.83)		
	<b>p*(gruplar arası)</b>		<b>0.838</b>	<b>0.001</b>	

\* İki Yönlü Varyans Analizi (Tek Faktör Tekrarlı)

#### 4.5. Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ alt boyutları öntest sontest ortalama puanları Tablo 4.4'te gösterildi. Buna göre;

**Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi:** Deney grubunun YUGDÖ Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.97 \pm 0.41$ , sontest puan ortalaması  $1.24 \pm 0.37$ 'dir. Kontrol grubunun ise YUGDÖ Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu öntest puan ortalaması  $2.04 \pm 0.48$ ,

sontest puan ortalaması  $1.83 \pm 0.52$ 'dir. Hem deney hem de kontrol grubunun öntest ve sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p < 0.05$ ) bulunmaktadır.

Deney grubunun YUGDÖ Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.97 \pm 0.41$ , kontrol grubunun ise;  $2.04 \pm 0.48$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu öntest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.806$ ) yoktur. Deney grubunun YUGDÖ Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu sontest puan ortalaması  $1.24 \pm 0.37$ 'dir, kontrol grubunun ise;  $1.83 \pm 0.52$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi alt boyutu sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.004$ ) bulunmaktadır.

**Karşılıklı Bağlanma:** Deney grubunun YUGDÖ Karşılıklı Bağlanma alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.32 \pm 0.64$ , sontest puan ortalaması ise  $0.29 \pm 0.30$ 'dur. Deney grubunda öntest ve sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p= 0.001$ ) saptanmıştır. Kontrol grubunda ise YUGDÖ Karşılıklı Bağlanma alt boyutu öntest puan ortalaması  $0.98 \pm 0.78$ , sontest puan ortalaması ise  $0.83 \pm 0.62$ 'dir. Kontrol grubu öntest ve sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.243$ ) saptanmamıştır.

Deney grubunun YUGDÖ Karşılıklı Bağlanma alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.32 \pm 0.64$ , kontrol grubunun ise;  $0.98 \pm 0.78$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Karşılıklı Bağlanma alt boyutu öntest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.187$ ) yoktur. Deney grubunun YUGDÖ Karşılıklı Bağlanma alt boyutu sontest puan ortalaması  $0.29 \pm 0.30$ 'dır, kontrol grubunun ise;  $0.83 \pm 0.62$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Karşılıklı Bağlanma alt boyutu sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.013$ ) bulunmaktadır.

**Fizyolojik Durum:** Deney grubunun YUGDÖ Fizyolojik Durum alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.03 \pm 0.51$ , sontest puan ortalaması ise  $0.48 \pm 0.44$ 'tür. Kontrol grubunda ise YUGDÖ Fizyolojik Durum alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.55 \pm 0.83$  iken, sontest puan ortalaması  $1.07 \pm 0.89$ 'dur. Hem deney

hem de kontrol grubunun öntest ve sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p<0.05$ ) bulunmaktadır.

Deney grubunun YUGDÖ Fizyolojik Durum alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.03 \pm 0.51$ , kontrol grubunun ise;  $1.55 \pm 0.83$ 'tür. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Fizyolojik Durum alt boyutu öntest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.061$ ) yoktur. Deney grubunun YUGDÖ Fizyolojik Durum alt boyutu sontest puan ortalaması  $0.48 \pm 0.44$ 'tür, kontrol grubunun ise;  $1.07 \pm 0.89$ 'dur. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Fizyolojik Durum alt boyutu sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.045$ ) bulunmaktadır.

**Benlik Tarzı:** Deney grubu YUGDÖ Benlik Tarzı alt boyutu öntest puan ortalaması  $0.80 \pm 0.58$ , sontest puan ortalaması ise  $0.17 \pm 0.22$ 'dir. Deney grubunun öntest ve sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.001$ ) bulunmaktadır. Kontrol grubunda ise YUGDÖ Benlik Tarzı alt boyutu öntest puan ortalaması  $1.22 \pm 0.68$  iken, sontest puan ortalaması  $1.10 \pm 1.08$ 'dir. Kontrol grubunun öntest ve sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.357$ ) bulunmamaktadır.

Deney grubunun YUGDÖ Benlik Tarzı alt boyutu öntest puan ortalaması  $0.80 \pm 0.58$ , kontrol grubunun ise;  $1.22 \pm 0.68$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Benlik Tarzı alt boyutu öntest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.081$ ) yoktur. Deney grubunun YUGDÖ Benlik Tarzı alt boyutu sontest puan ortalaması  $0.17 \pm 0.22$ 'dir, kontrol grubunun ise;  $1.10 \pm 1.08$ 'dir. Deney ve kontrol grubunun YUGDÖ Benlik Tarzı alt boyutu sontest puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ( $p=0.003$ ) bulunmaktadır.

Deney ve kontrol grubu arasında YUGDÖ alt boyutları öntest puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark yok iken; YUGDÖ alt boyutları sontest puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ).

Tablo 4.4 Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları		Ortalama ± Standart Sapma Medyan (Q1 - Q3)		p* (izlemler arası)
		Ön Test	Son Test	
Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi	Deney (n=15)	1.97 ± 0.41 1.89 (1.78 - 2.33)	1.24 ± 0.37 1.33 (1.11 - 1.44)	<b>0.001</b>
	Kontrol (n=15)	2.04 ± 0.48 2.00 (1.67 - 2.44)	1.83 ± 0.52 1.89 (1.33 - 2.11)	<b>0.042</b>
	p* (gruplar arası)	0.806	<b>0.004</b>	
Karşılıklı Bağlanma	Deney (n=15)	1.32 ± 0.64 1.14 (0.86 - 1.86)	0.29 ± 0.30 0.14 (0.00 - 0.57)	<b>0.001</b>
	Kontrol (n=15)	0.98 ± 0.78 0.86 (0.00 - 1.71)	0.83 ± 0.62 0.57 (0.29 - 1.57)	0.243
	p* (gruplar arası)	0.187	<b>0.013</b>	
Fizyolojik Durum	Deney (n=15)	1.03 ± 0.51 1.00 (0.50 - 1.00)	0.48 ± 0.44 0.25 (0.25 - 0.75)	<b>0.001</b>
	Kontrol (n=15)	1.55 ± 0.83 1.50 (1.00 - 2.50)	1.07 ± 0.89 0.75 (0.50 - 2.00)	<b>0.003</b>
	p* (gruplar arası)	0.061	<b>0.045</b>	
Benlik Tarzı	Deney (n=15)	0.80 ± 0.58 0.75 (0.25 - 1.25)	0.17 ± 0.22 0.00 (0.00 - 0.25)	<b>0.001</b>
	Kontrol (n=15)	1.22 ± 0.68 1.00 (0.75 - 2.00)	1.10 ± 1.08 0.50 (0.25 - 2.25)	0.357
	p* (gruplar arası)	0.081	<b>0.003</b>	

\* İki Yönlü Varyans Analizi (Tek Faktör Tekrarlı)

#### **4.6. Deney Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları**

Tablo 4.5’de deney grubunun cinsiyet, yaş, kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.5’de; deney grubunda kronik hastalığı olmayan, yaşı  $\leq 74$  olan hastalar ile Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ), cinsiyet, kronik hastalığı varlığı, yaşı 75 ve üzeri olan hastalar ile Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Deney grubunda kronik hastalığı olmayan, yaşı  $\leq 74$  olan hastalar ile Karşılıklı Bağlanma arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ), cinsiyet, yaşı 75 ve üzeri, kronik hastalığı varlığı ile Karşılıklı Bağlanma arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Deney grubunda kronik hastalığı olmayan, yaşı  $\leq 74$  ve  $\geq 85$  hastalar ile Fizyolojik Durum arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ), cinsiyet, kronik hastalığı varlığı, yaşı 75-84 olan hastalar ile Fizyolojik Durum arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Deney grubunda kronik hastalığı olmayan, yaşı  $\leq 74$  olan hastalar ile Benlik Tarzı arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ), cinsiyet, kronik hastalığı varlığı, yaşı 75-84,  $\geq 85$  olan hastalar ile Benlik Tarzı arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Tablo 4.5 Deney Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları		Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi			Karşılıklı Bağlanma		
		Ortalama ± Standart Sapma		p*(izlemler arası)	Ortalama ± Standart Sapma		p*( izlemler arası)
		Medyan (Q1 - Q3)			Medyan (Q1 - Q3)		
		Öntest	Sontest	Öntest	Sontest		
Cinsiyet	Kadın	1.93 ± 0.50	1.15 ± 0.45	<b>0.012</b>	1.50 ± 0.70	0.14 ± 0.20	<b>0.018</b>
		1.83 (1.78 - 2.36)	1.28 (1.11 - 1.42)		1.86 (0.82 - 1.96)	0.07 (0.00 - 0.25)	
	Erkek	2.02 ± 0.31	1.35 ± 0.24	<b>0.017</b>	1.12 ± 0.54	0.45 ± 0.31	<b>0.027</b>
<b>p*(gruplar arası)</b>		2.00 (1.78 - 2.33)	1.33 (1.11 - 1.44)		0.86 (0.86 - 1.14)	0.57 (0.14 - 0.71)	
		0.779	0.536		0.397	0.054	
Yaş	≤74(a)	1.83 ± 1.17	0.83 ± 1.02	0.070	1.35 ± 0.90	0.28 ± 0.40	0.205
		1.83 (1.00 - 1.83)	0.83 (0.11 - 0.83)		1.35 (0.71 - 1.35)	0.28 (0.00 - 0.28)	
	75-84(b)	2.13 ± 0.25	1.36 ± 0.22	<b>0.001</b>	1.28 ± 0.75	0.23 ± 0.24	<b>0.007</b>
		2.11 (1.91 - 2.41)	1.38 (1.13 - 1.44)		1.00 (0.75 - 2.17)	0.21 (0.00 - 0.50)	
		1.75 ± 0.12	1.22 ± 0.11	<b>0.001</b>	1.37 ± 0.45	0.37 ± 0.38	<b>0.044</b>
		1.77 (1.66 - 1.83)	1.22 (1.11 - 1.33)		1.14 (1.00 - 1.85)	0.14 (0.07 - 0.78)	
<b>p* (gruplar arası)</b>		0.349	0.077		0.898	0.831	
		0.813	0.203		0.981	0.748	
		0.116	0.494		0.831	0.448	
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	1.97 ± 0.46	1.22 ± 0.40	<b>0.002</b>	1.40 ± 0.61	0.32 ± 0.32	<b>0.003</b>
		1.89 (1.78 - 2.42)	1.28 (1.11 - 1.42)		1.14 (0.86 - 1.96)	0.21 (0.00 - 0.57)	
	Hayır	1.96 ± 0.17	1.33 ± 0.19	0.102	1.00 ± 0.80	0.14 ± 0.14	0.180
<b>p*(gruplar arası)</b>		2.00 (1.78 - 2.00)	1.44 (1.11 - 1.44)		0.86 (0.29 - 0.86)	0.14 (0.00 - 0.14)	
		1.000	0.633		0.365	0.536	

\* İki Yönlü Varyans Analizi (Tek Faktör Tekrarlı)

Tablo 4.5 Deney Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (Devamı)

Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları	Fizyolojik Durum				Benlik Tarzı		
	Ortalama ± Standart Sapma		p*(izlemler arası)	Ortalama ± Standart Sapma		p*(izlemler arası)	
	Medyan (Q1 - Q3)			Medyan (Q1 - Q3)			
	Öntest	Sontest	Öntest	Sontest			
Cinsiyet	Kadın	1.13 ± 0.58 1.00 (0.63 - 1.75)	0.47 ± 0.51 0.25 (0.25 - 0.81)	0.017	1.00 ± 0.67 0.75 (0.75 - 1.44)	0.25 ± 0.27 0.25 (0.00 - 0.44)	0.016
	Erkek	0.93 ± 0.43 1.00 (0.50 - 1.00)	0.50 ± 0.38 0.25 (0.25 - 0.75)	0.016	0.57 ± 0.37 0.50 (0.25 - 0.75)	0.07 ± 0.12 0.00 (0.00 - 0.25)	0.017
	p*(gruplar arası)	0.536	0.613		0.152	0.189	
Yaş	<=74(a)	1.25 ± 1.06 1.25 (0.50 - 1.25)	0.75 ± 1.06 0.75 (0.00 - 0.75)	0.844	0.62 ± 0.88 0.62 (0.00 - 0.62)	0.25 ± 0.35 0.25 (0.00 - 0.25)	0.500
	75-84(b)	1.12 ± 0.50 1.00 (0.81 - 1.56)	0.46 ± 0.36 0.25 (0.25 - 0.68)	0.006	0.96 ± 0.67 0.75 (0.37 - 1.43)	0.15 ± 0.26 0.00 (0.00 - 0.25)	0.009
	>=85(c)	0.80 ± 0.27 1.00 (0.50 - 1.00)	0.40 ± 0.33 0.25 (0.25 - 0.62)	0.056	0.60 ± 0.22 0.75 (0.37 - 0.75)	0.15 ± 0.13 0.25 (0.00 - 0.25)	0.001
p*(gruplar arası)	a-b	0.764	0.451		0.474	0.630	
	a-c	0.316	0.378		0.960	0.628	
	b-c	0.289	0.796		0.294	0.964	
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	1.04 ± 0.57 1.00 (0.50 - 1.56)	0.52 ± 0.48 0.25 (0.25 - 0.94)	0.003	0.75 ± 0.61 0.75 (0.25 - 1.13)	0.15 ± 0.17 0.13 (0.00 - 0.25)	0.003
	Hayır	1.00 ± 0.00 0.00 (0.00 - 0.00)	0.33 ± 0.14 0.25 (0.25 - 0.25)	0.102	1.00 ± 0.43 0.75 (0.75 - 0.75)	0.25 ± 0.43 0.00 (0.00 - 0.00)	0.083
	p*(gruplar arası)	0.737	0.945		0.365	1.000	

\* İki Yönlü Varyans Analizi (Tek Faktör Tekrarlı)

#### **4.7. Kontrol Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları**

Tablo 4.6'da kontrol grubunun cinsiyet, yaş, kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.6'da; kontrol grubunda cinsiyet, kronik hastalık varlığı, yaş ile Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ), kronik hastalığı olmayanlar ile Karşılıklı Bağlanma arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Kontrol grubunda cinsiyeti erkek, yaşı 75 ve üzeri olan hastalar ile Fizyolojik Durum arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ), cinsiyeti kadın olan, kronik hastalık varlığı, yaşı  $\leq 74$  olan hastalar ile Fizyolojik Durum arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Kontrol grubunda cinsiyet, kronik hastalığı olmayan, yaşı  $\leq 84$  olan hastalar ile Benlik Tarzı arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ), kronik hastalığı olan, yaşı  $\geq 85$  olan hastalar ile Benlik Tarzı arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).



Tablo 4.6 Kontrol Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları		Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi			Karşılıklı Bağlanma		
		Ortalama ± Standart Sapma		p*(izlemler arası)	Ortalama ± Standart Sapma		p*(izlemler arası)
		Medyan (Q1 - Q3)			Medyan (Q1 - Q3)		
		Öntest	Sontest	Öntest	Sontest		
Cinsiyet	Kadın	2.12 ± 0.45	1.92 ± 0.48	0.125	1.05 ± 0.76	0.82 ± 0.63	0.170
		2.00 (1.67 - 2.44)	1.89 (1.67 - 2.11)		0.86 (0.57 - 1.71)	0.57 (0.29 - 1.71)	
	Erkek	1.83 ± 0.56	1.58 ± 0.62	0.109	0.79 ± 0.94	0.86 ± 0.71	0.655
p*(gruplar arası)		1.94 (1.25 - 2.31)	1.56 (1.03 - 2.17)		0.64 (0.00 - 1.71)	0.93 (0.14 - 1.50)	
		0.412	0.489		0.571	0.949	
Yaş	<=74(a)	2.11 ± 0.65	1.83 ± 0.65	0.109	1.16 ± 0.93	0.73 ± 0.51	0.181
		2.16 (1.52 - 2.72)	2.00 (1.08 - 2.33)		1.50 (0.00 - 1.92)	0.71 (0.42 - 1.03)	
	75-84(b)	1.92 ± 0.46	1.92 ± 0.75	1.000	0.90 ± 1.01	1.28 ± 0.74	0.625
		1.77 (1.55 - 1.77)	1.66 (1.33 - 1.66)		0.71 (0.00 - 0.71)	1.71 (0.42 - 1.71)	
	>=85(c)	2.03 ± 0.31	1.77 ± 0.31	0.152	0.83 ± 0.60	0.69 ± 0.66	0.363
2.11 (1.66 - 2.27)	1.83 (1.55 - 2.02)	0.71 (0.42 - 1.39)	0.42 (0.21 - 1.39)				
p*(gruplar arası)		0.616	0.819		0.663	0.237	
a-b		0.805	0.867		0.500	0.897	
a-c		0.763	0.715		0.905	0.201	
b-c							
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	1.90 ± 0.48	1.73 ± 0.49	0.149	0.81 ± 0.78	0.86 ± 0.58	0.916
		1.78 (1.67 - 2.33)	1.67 (1.28 - 2.06)		0.71 (0.00 - 1.50)	0.57 (0.36 - 1.50)	
	Hayır	2.26 ± 0.41	1.98 ± 0.58	0.140	1.24 ± 0.79	0.79 ± 0.74	0.041
p*(gruplar arası)		2.28 (1.92 - 2.56)	2.00 (1.67 - 2.36)		1.50 (0.43 - 1.89)	0.71 (0.00 - 1.61)	
		0.181	0.272		0.388	0.776	

\* İki Yönlü Varyans Analizi (Tek Faktör Tekrarlı)

Tablo 4.6 Kontrol Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (Devamı)

Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları	Fizyolojik Durum				Benlik Tarzı		
	Ortalama ± Standart Sapma				Ortalama ± Standart Sapma		
	Medyan (Q1 – Q3)		p*(izlemler arası)		Medyan (Q1 – Q3)		p*(izlemler arası)
	Öntest	Sontest			Öntest	Sontest	
Cinsiyet	Kadın	1.55 ± 0.84	1.16 ± 0.92	<b>0.020</b>	1.30 ± 0.73	1.09 ± 1.07	0.147
		1.25 (1.00 - 2.50)	0.75 (0.50 - 2.00)		1.00 (0.75 - 2.00)	0.50 (0.25 - 2.25)	
p*(gruplar arası)	Erkek	1.56 ± 0.92	0.81 ± 0.85	0.066	1.00 ± 0.54	1.13 ± 1.27	0.715
		1.50 (0.75 - 2.44)	0.63 (0.13 - 1.69)		1.13 (0.44 - 1.44)	0.88 (0.06 - 2.44)	
		0.851	0.571		0.661	0.851	
Yaş	≤74	2.04 ± 0.91	1.58 ± 1.05	<b>0.012</b>	1.50 ± 0.75	1.87 ± 1.08	0.178
		2.37 (1.25 - 2.75)	1.75 (0.56 - 2.56)		1.75 (0.81 - 2.06)	2.00 (1.12 - 2.81)	
p*(gruplar arası)	75-84	1.33 ± 1.12	1.00 ± 0.90	0.184	1.16 ± 1.01	1.08 ± 1.23	0.742
		1.25 (0.25 - 1.25)	0.75 (0.25 - 0.75)		1.00 (0.25 - 1.00)	0.50 (0.25 - 0.50)	
	≥85	1.16 ± 0.30	0.58 ± 0.40	0.052	0.95 ± 0.36	0.33 ± 0.25	<b>0.001</b>
		1.12 (0.93 - 1.50)	0.50 (0.37 - 0.87)		0.87 (0.68 - 1.31)	0.25 (0.18 - 0.56)	
	a-b	0.220	0.333		0.503	0.226	
	a-c	0.074	0.056		0.195	0.010	
	b-c	0.766	0.486		0.674	0.250	
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	1.33 ± 0.66	0.81 ± 0.81	<b>0.027</b>	1.06 ± 0.58	0.78 ± 0.94	<b>0.022</b>
		1.25 (1.00 - 1.50)	0.50 (0.38 - 1.00)		1.00 (0.63 - 1.38)	0.50 (0.25 - 1.13)	
p*(gruplar arası)	Hayır	1.88 ± 1.01	1.46 ± 0.93	<b>0.039</b>	1.46 ± 0.80	1.58 ± 1.18	0.914
		2.25 (0.69 - 2.75)	1.75 (0.56 - 2.13)		1.75 (0.63 - 2.06)	2.00 (0.19 - 2.56)	
		0.388	0.181		0.388	0.388	

\* İki Yönlü Varyans Analizi (Tek Faktör Tekrarlı)

## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Hastalık ve Bakım İle İlgili Özelliklerin Tartışılması

Çalışmamızda yer alan deney ve kontrol gruplarındaki hastaların kronik hastalık varlığı ve bakım evinden aldıkları destek süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiş olup deney ve kontrol grupları arasında homojenite sağlanmıştır.

Günümüzde sağlık bakım ve tedavi hizmetlerindeki gelişmeler ortalama yaşam süresinde artışa neden olmuştur. Yaşlı nüfus oranındaki artışa paralel olarak yaşlılarda görülen kronik hastalıkların prevalansı artmıştır. Yaşlı bireylerin %80'inden fazlasında en az bir kronik hastalık bulunurken, %50'sinde ise iki kronik hastalık bulunmaktadır (Karadakovan, 2005; Tekin & Kara, 2016). Çalışmamızda yer alan 21 hastanın Alzheimer dışında kronik hastalığının bulunması bu durum ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Alzheimer hastaları ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar incelenmiştir. Buna göre Ateş'in (2013) 44 deney ve 51 kontrol grubu Alzheimer hastalarında yaptığı çalışmada; hasta grubunun %68'inde ve kontrol grubunun %51'inde iskemik kalp hastalığı ya da konjestif kalp yetmezliği bulunduğu belirlenmiştir (Ateş, 2013). Duru Aşiret'in (2014) Alzheimer hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışma kapsamına alınan (31 hasta deney, 31 hasta kontrol) deney grubundaki hastaların %74,2'sinde, kontrol grubunda ise %77,4'ünde 1-4 arasında ek kronik hastalık olduğu belirlenmiştir (Duru Aşiret, 2014). Tiftikçioğlu ve ark.(2012) çalışmasında 111 Alzheimer hastasının damarsal risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışma doğrultusunda çalışmada yer alan hastaların %54,1'inde hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (Tiftikçioğlu, Tuncay, Korucuk & Zorlu, 2012). Çalışmamızda yer alan deney ve kontrol gruplarındaki hastaların kronik hastalığa sahip olma durumları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grupları arasında Alzheimer hastalığı tanısı almış oldukları süre bakımından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Alzheimer hastalığı başlangıç evresinde basit unutkanlıklar görülürken orta dönemde unutkanlıklar tamamen belirgin hale gelmeye başlar ve bireyler günlük

yaşamlarını sürdürmek de yetersiz kalmaktadırlar (Ateş, 2013; Arıoğul, 2006). Hastalığın son evresinde ise hasta yatağa bağımlı hale gelmekte, öz bakım gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Hastada idrar ve fekal inkontinans gelişmektedir (Altın, 2006). Çalışmamızda dahil edilme kriterleri arasında dinç hasta grubunun yer almış olması ile hastaların tanı süresi ne olursa olsun klinik evre bulguları açısından benzer olması sağlanmıştır.

## **5.2. Yaşlılarda Uyum Güçlüğüne Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Çalışmamızın sonucunda hem deney ve kontrol grubunun uyum güçlüğünde azalma olduğu görülmüştür. Tablo 4.3 incelendiğinde; deney grubunun puan ortalamalarındaki düşüşün kontrol grubunun puan ortalamasına göre daha anlamlı olduğu görüldü. Her iki grubun uyum güçlüğünde azalma olması, hastaların uygulamamız dışında herhangi bir girişime alındığı ya da uyum güçlüğünde azalmayı etkileyen bir faktörün geliştiğini düşündürmektedir. Deney grubundaki uyum güçlüğündeki azalmanın, kontrol grubundaki uyum güçlüğündeki azalmadan çok daha fazla olması ise; deney grubuna dinletilen müziğin, hastaların uyum güçlüğüne azaltmada olumlu yönde etki ettiğini göstermektedir. Bu durum literatürde yer alan çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Alzheimer hastalığında hastalık süreci ilerledikçe bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarda gerilemeler görülmekte, hastanın bağımsızlık düzeyi azalmaktadır. Hastalık nedeniyle birey günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememekte, davranışlarda meydana gelen bozulmalar sebebiyle uyum güçlüğü artmakta ve bakımında zorluklar yaşanmaktadır (Koca, Taşkapılıoğlu & Baker, 2017; Akyar & Akdemir, 2009). Alzheimer hastalarında bakımı güçleştiren nedenlerin başında psikolojik problemler gelmektedir. En sık görülen psikolojik problemler ve davranışlar ise saldırganlık, kaygı düzeyinde artıştır. Hastalara uygulanan müzik seanslarının ardından, görülen bu problemlerin önemli düzeyde azaldığı belirlenmiş ve müziğin hastalar üzerinde olumlu etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelemeleri doğrultusunda Alzheimer

hastalığında müziğin etkilerinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde;

Svansdottir ve ark. (2006) Alzheimer hastalığı olan 38 hastayı deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayırmış ve deney grubuna müzik terapisi uygulamıştır. 6 haftanın sonunda deney grubundaki hastalarda aktivite bozukluklarında, saldırganlık ve kaygı durumlarında önemli bir azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Svansdottir & Snaedal, 2006). Raglio ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada; kontrol grubuna standart bakım verilmiş, deney grubuna standart bakıma ek olarak müzik dinletilmiştir. Çalışmanın sonucunda deney grubundaki hastalarda ajitasyon ve apati gibi davranış sorunlarında iyileşme görülmüştür (Raglio vd., 2008). Sung ve ark. (2010) demanslı 29 katılımcıdan oluşan deneysel grubunda, 6 hafta boyunca bireylerin tercihlerine uygun olarak seçilen şarkılar dinletmiştir. Çalışma sonucunda kontrol grubunda bulunan 29 hastaya oranla, deney grubunda kaygı puanların da önemli bir azalma görülmüştür (Sung, Chang & Lee, 2010). Zare ve ark. (2010) Alzheimer hastalığı olan 16 hasta deney ve 10 hasta kontrol grubu oluşturmuştur. Deney grubuna hastaların tercih ettiği müzikler dinletilmiştir. Çalışmanın sonucunda deney grubundaki hastalardaki ajitasyon düzeyinde, kontrol grubuna göre önemli bir azalma göstermiştir (Zare, Ebrahimi & Birashk, 2010). Ziv ve ark. (2007) 28 Alzheimer hastasına müzik dinletmiş ve müziğin davranışlar üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çalışma sonucu müzik varlığında hastaların sosyal davranışlarında iyileşme olduğunu göstermiştir (Ziv, Granot, Hai, Dassa & Haimov). Han ve ark. (2014) çalışmasında 25 deney, 25 kontrol grubu toplamda 50 demans hastası bulunmaktadır. Kontrol grubuna olağan bakım verilirken, deney grubundaki hastalara müzik dinletilmiştir. 8 haftanın sonunda deney grubunda hem davranışlarda, hem de depresif bozukluklarda anlamlı derecede iyileşme görülmüştür (Han vd., 2014). Irish ve ark. (2006) çalışmasında deney grubu Alzheimer hastası olan 10 birey, kontrol grubu ise 10 sağlıklı yaşlı bireyden oluşmaktadır. Çalışma sonucunda deney grubundaki hastalarda kaygı düzeyinde belirgin bir düşüş yaşanmıştır (Irish vd., 2006).

### **5.3. Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların değerlendirilmesinde kullanılmış olan Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği hastaları dört alt boyutta incelememize olanak sağlamıştır. Çalışma sonucunda deney grubundaki hastaların YUGDÖ alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir düşüş yaşanmıştır. Bu durum müziğin deney grubundaki hastaların uyum güçlüğünü azaltmada olumlu etki oluşturduğunu göstermektedir. Kontrol grubunda ise YUGDÖ alt boyutlarından Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi ve Fizyolojik Durum alt boyutlarında anlamlı bir düşüş ortaya çıkmıştır. Bu durum Alzheimer tanısı almış hastalarda evrelere göre psikolojik ve fizyolojik durumda zaman zaman dalgalanmalar görülebilmesine bağlanmaktadır (Eker, 2008). Ayrıca deney ve kontrol grubundaki hastaların çalışma sürecinde kontrolümüz dışında herhangi bir uygulamaya maruz kalmış olabileceğini de düşündürmektedir.

Literatüre bakıldığında; çalışmada kullanılan ölçeğin bazı alt boyutlarının puan ortalamalarının, hem deney hem de kontrol grubunda olumlu yönde etkilendiği görülen benzer bir çalışmaya rastlanmıştır. Raglio ve ark. (2008) tarafından Alzheimer hastalarında, psikiyatrik belirtiler üzerine müziğin etkinliğini değerlendirildiği çalışmada; ajitasyon ve apati sadece deney grubunda, depresyon, anksiyete ve sinirlilik gibi davranış problemlerinin ise her iki grupta da iyileşme gösterdiği belirlenmiştir (Raglio vd., 2008).

Çalışmamızda deney grubunun Karşılıklı Bağlanma alt boyutu puan ortalamasında, kontrol grubuna göre anlamlı bir farklılık vardır. Hastaların birbirleri ile olumlu iletişime geçme, arkadaşlık kurabilme, toplumda karşılaştıkları sorunları çözebilme durumları Karşılıklı Bağlanma alt boyutunda ele alınmıştır. Alzheimer hastalarında uyumunu arttıracak temel özelliklerin başında hasta ile etkin bir iletişimin sağlanması yer almaktadır. Bu bağlamda hasta ile iletişimi engelleyecek etkenlerin ortadan kaldırılması son derece önemlidir. Özellikle de hastanın kaygı ve endişelerini giderilmesi, güven ortamının sağlanması gerekmektedir (Eğilli & Sunal 2017).

Çalışmamızın hastaların kendini güvende hissettiği ve kurum içerisinde tanıdıkları ortamda yapılmış olması, hastaların müzik dinletisi sırasında diğer arkadaşları ile olumlu iletişim ortamı kurulmasını sağlamıştır. Ayrıca dinletilen müziğin hastalar üzerinde kaygı giderici ve sakinleştirici etkisinin olması, hastaların çevresi ile olumlu iletişime geçmelerini sağlamıştır. Deney grubundaki hastaların Karşılıklı Bağlanma alt boyutunda anlamlı farklılığın ortaya çıkması bu durum ile açıklanabilir.

Çalışmamızda deney grubundaki hastaların YUGDÖ Benlik Tarzı alt boyutu puan ortalamasında anlamlı düzeyde iyileşme görülmüştür. Benlik kavramı, bireyin kendisinde var olan bütün özellikleri göz önünde bulundurarak kendini değerlendirme biçimidir. Bireyin bu kavrama yüklediği olumlu ya da olumsuz duygular onun benlik saygısını ortaya koymaktadır. Benlik saygısı bireyin kendine karşı göstermiş olduğu saygı ve kendini değerli hissetme durumu olarak da tanımlanmaktadır. Benlik saygısı yüksek olan bireyler, buldukları toplum içerisinde kabullenildiklerini, önemsendiklerini, topluma faydalı olduklarını ve kendilerini yeterli hissetmektedirler. Benlik saygısı düşük olan bireyler ise kendini değersiz ve yetersiz olarak görebilmektedirler (Parlar & Yazıcı, 2017).

Yılmaz ve ark. huzur evinde yaşayan 60 yaş üstü, 33 yaşlı bireyde, depresyon ve benlik saygısı ilişkisini incelediği çalışmada; huzurevinde kalan yaşlıların %75'inde depresyon belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir. Yaşlılarda depresyon düzeyi yükseldikçe, benlik saygısının düzeyinin düştüğü sonucuna ulaşmıştır (Yılmaz, 2018). Deney grubunun Benlik Tarzı alt boyutundaki anlamlı düşüşün, müziğin depresyon gibi psikolojik belirtiler üzerindeki göstermiş olduğu olumlu etkilerden kaynaklandığı sylenebilir. Harputlu ve ark. (2017) kolostomi ve ileostomili bireylerde benlik saygısının değerlendirildiği çalışmada, hastaların benlik saygısını etkileyen faktör ise eğitim durumu olarak belirlenmiştir (Harputlu vd., 2017). Gökler ve ark. (2011) huzurevinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin benlik algısının değerlendirilmesi amacıyla, 76 huzurevi sakini ile yaptığı çalışmada, benlik algısının eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (Gökler & Aydın, 2011). Çalışmamıza alınan deney ve kontrol gruplarının eğitim düzeyleri arasında

istatistiksel açıdan anlamlı fark olmaması nedeniyle, deney grubunda Benlik Tarzı alt boyutunda anlamlı düşüşün görülmesi, dinletilen müziğin hastalar üzerinde olumlu etki ettiğini ile yorumlanabilir.

#### **5.4. Deney Grubunun Bazı Değişkenlere Göre Yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Çalışmamızda deney grubunda yer alan hem kadın hem de erkek hastaların, YUGDÖ alt boyutlarının puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum hastalara dinletilen müziğin her iki cinsiyette de uyum güçlüğünü azaltmada olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu çalışma sonuçları cinsiyetin, müziğin etkinliğini değiştiren bir faktör olmadığını düşündürmektedir.

Literatür taramalarında, çalışmamız sonucuna benzerlik gösteren sonuçlar ile karşılaşılmıştır. Bu çalışmalara göre; Akın'ın (2007) mekanik ventilatör desteği alan hastalarda müziğin etkinliğin değerlendirdiği çalışmasında, cinsiyet ile fizyolojik parametre değerlerinin değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Akın, 2007). Knight ve ark. (2001) çalışmasında, rahatlatıcı müziğin katılımcıların strese karşı subjektif ve fizyolojik tepkisi üzerindeki etkisi araştırmıştır. Çalışmaya Lisans öğrencileri (43 kadın, 44 erkek) katılmış, araştırma sonucunda müziğin yaratmış olduğu etkinin cinsiyetten bağımsız olduğu belirlenmiştir (Knight & Rickard, 2001). Eliakim ve ark. (2007) 24 voleybol oyuncusu (12 erkek ve 12 kadın) ile yapmış oldukları çalışma sonucunda cinsiyetin, müziğin en yüksek anaerobik güç üzerindeki etkisini değiştirmedeği sonucuna varmışlardır. (Eliakim, Meckel, Nemet & Eliakim, 2007).

Literatür taramaları sonucunda, cinsiyetin ve yaşın Alzheimer hastalarında müziğin etkisini değiştiren bir faktör olduğunu belirleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda deney grubunda bulunan hastaların yaş ortalaması 81.67 yıldır. Alzheimer hastaları ile yapılan çalışmalarda yaş ortalaması açısından



çalışmamız benzerlik göstermektedir. Ueda ve ark. (2013) “Demansın Davranışsal ve Psikolojik Semptomlarının Müzik Terapisinin Etkileri: Sistematik Bir Derleme ve Meta Analiz” adlı çalışmasında Alzheimer hastalarında müziğin etkilerinin değerlendirildiği 20 çalışmaya yer verilmiştir. Bu çalışmalarda yer alan hastaların yaş ortalamalarına bakıldığında 75-90 yaş arasında olduğu görülmüştür (Ueda, Suzukamo, Sato & Izumi, 2013).

Çalışmamızda deney grubunda bulunan hastaların kronik hastalığa sahip olma oranı ise yüksek bulunmuştur. Bu durum yaşlılık ile birlikte kronik hastalıkların artmasına bağlanmaktadır. Yaşlılıkta en sık karşılaşılan kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıklarıdır (Ünsal, Demir, Özkan & Arslan, 2011). Çalışmamızda da literatürde olduğu gibi deney grubundaki hastalarda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon ve diyabettir.

Yaşlılarda kronik hastalıkların görülmesi günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkilemekte yaşam kalitelerini azalmasına ve bakım yüklerinin artmasına neden olmaktadır (Güler, Güler, Kocataş & Akgül, 2009). Günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirilmeyen yaşlılar, kendilerini yetersiz hissetmekte ve buna bağlı olarak bireylerde psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı olarak kişilerde en sık ortaya çıkan sağlık sorunu depresyondur. Manav ve ark.(2018) huzurevinde kalan 118 yaşlı birey ile yaptıkları çalışmada, huzurevinde kalanların yarısında depresyon olduğunu belirlemişlerdir (Manav, Yeşilot, Demirci & Öztunç, 2018).

Çalışmamızda kronik hastalığa sahip olan deney grubundaki hastaların YUGDÖ alt puan ortalamalarındaki bu istatistiksel anlamlılık kronik hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik belirtilerin müziğin etkisi ile azalmış olabileceğini düşündürmektedir. İlhan ve ark. (2006) huzurevinde yaşayan 191 yaşlı ile yaptığı araştırmada, yaşlılarda depresif belirtilerin görülmesinde, kronik hastalık varlığı risk faktörü olarak belirlenmiştir (İlhan vd., 2006). İlhan ve ark. (2016) huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 150 yaşlı birey ile gerçekleştirdikleri çalışmada kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini daha

yüksek olduğu saptanmıştır (İlhan, Arpacı, Havaoğlu, Kalyoncuoğlu & Sarı, 2016).

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1. Sonuçlar**

Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğüne azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmamızda Nihavent makamının Alzheimer hastalarının uyum güçlüğüne azaltmada olumlu etki oluşturduğu ve hastaların uyum güçlüğüne azalttığı belirlenmiştir.

Deney grubunun YUGDÖ alt boyutlarının (Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi, Karşılıklı Bağlanma, Fizyolojik Durum, Benlik Tarzı) tamamında uyum güçlüğüne azaldığı, kontrol grubunda ise; YUGDÖ alt boyutlarından Rol ve Kendini Gerçekleştirme Biçimi ve Fizyolojik Durum'da uyum güçlüğüne azaldığı belirlenmiştir.

### **6.2. Öneriler**

Çalışma sonucuna göre;

1. Hemşirelik girişimleri planlanmadan önce hastaların uyum düzeylerinin belirlenmesi
2. Hastanın uyum güçlüğüne azalttığı belirlenen Nihavent makamı şarkıların, hazırlanacak hemşirelik bakım planındaki girişimlerde yer verilmesi
3. Sağlık personeli ve bakım ekiplerine Nihavent makamının hastalar üzerindeki olumlu etkisinin hizmet içi eğitimlerde açıklanması
4. Kurumların hastalar için düzenlenen müzik dinleti girişimlerinde sağlık çalışanlarına destek olması
5. Alzheimer hastalarında Nihavent makamının uyum güçlüğüne azaltmadaki etkisini inceleyen çalışmaların daha büyük örneklem grubunda yapılması

6. Alzheimer hastalarının son evresinde, hastalar dinç grupda olsada ölçeğin kullanılmaması
7. Alzheimer hastalarında sözlü ve sözsüz müzik dinletisi yapılarak etkilerinin karşılaştırılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR DİZİNİ

- Agit, A. (2013). Demanslı hastalarda ağrı değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara
- Akça, A. S. D., Saraçlı, Ö., Emre, U., Atasoy, N., GÜDÜL, S., Barut, B. Ö., ... & Atasoy, H. T. (2014). Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Nöro-Psikiyatri Arşivi*, 51(3), 267-274.
- Aker, N. S., & Akar, S. A. (2014, Eylül). Türk müziği makamlarının etkilerinin eeg dalga formları ile incelenmesi, Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi, Kapadokya.
- Akkuş Topçu S. (2009). Hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(2), 5-9.
- Akın, E., (2007). Mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik belirtilerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Akyar, İ., & Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 032-049.
- Akyar, İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 79-88.
- Albayrak, S., & Aşık, E. (2014). *Hasta ve yaşlı psikolojisi* 1.baskı. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Altan Sarıkaya, N., Sukut, Ö., & Ayhan, H. (2017). Alzheimer hastalarında görülen davranışsal sorunları yönetme. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, (3), 33-38.
- Altın, A., & Avcı, İ. A. (2016). Evde alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6).

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Altın, M. (2006). Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Arıoğul, S. (Ed.) (2006). *Geriatri ve gerontoloji, alzheimer hastalığı*, (1.baskı, s.976). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri
- Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 170-182.
- Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2015). Alzheimer hastalarının bilişsel ve davranışsal sorunları üzerine etkili bir yöntem: Anımsama Terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 60-68.
- Ateş, M. P. (2013). Alzheimer hastalığında apolipoprotein e genotipinin incelenmesi ve vasküler risk faktörleriyle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Azcurra, D. J. L. S. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with alzheimer's disease. a randomized controlled trial. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 34(4), 422-433.
- Balcı Alparslan, G., Babadağ, B., Özkaraman, A., Yıldız, P., Musmul, A., & Korkmaz, C. (2016). Effects of music on pain in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 35(5), 1317-1321.
- Balcı Alparslan, G., Özkaraman, A., Özbabalık, D., & Çolak, E., (2017). The Effects Of The Light Therapy On Activities Of Daily Living And Sleep İn Patients With Alzheimer's Disease: A University Project. 19th International Conference On Geriatrics And Gerontology.
- Barlas, G. Ü., & Onan, N. (2008). Alzheimer hastası ve aileleri ile iletişim. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(4), 105-111.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Behl, C. (2005). Oxidative stress in Alzheimer's disease: Implications for prevention and therapy. In *Alzheimer's Disease*(pp. 65-78). Springer, Boston, MA.
- Bektaş, H., & Kalav, S. (2017). Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 11, 201-231. doi: 10.17371/UHD.2017.3.7
- Bıyıklı, A. E., & Şanlier, N. (2014). Alzheimer hastalığı ve beslenme. *Genel Tıp Dergisi*, 24(Ek 2), 62-65.
- Birkan, Z. I. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 37-49.
- Birks, J., & Grimley Evans, J. (2009). Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (1), CD003120. doi:10.1002/14651858.CD003120.pub3
- Bolluk, S., & Tek, N. A. (2014). Alzheimer'dan korunmada Akdeniz diyeti. *Akad Geriatri Dergisi*, 6, 55-61.
- Bozoğlu, E. (2013). Alzheimer'de Kullanılan İlaçların Yan Etkileri ve Dikkat Edilmesi Gerekenler, Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu, 6. Akademik Geriatri Kongresi Bildiri Kitapçığı , Mayıs 2013, s.58-65. İzmir.
- Canbolat, E., & Yardımcı, H. (2016). Alzheimer hastalığı ve koruyucu besin öğeleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 139-145.
- Cankurtaran, M., & Arıoğul, S. (2002). Alzheimer hastalığı ve demans tedavisinde yenilikler. *Türkiye Tıp Dergisi*, 9(3), 128-136.
- Cankurtaran, Ş. E. (2013, Mayıs). Demans İlaçları Davranış Bozukluklarında Ne Kadar İşe Yarıyor? Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu, 6. Akademik Geriatri Kongresi, s 66-67. İzmir.
- Ciğerci, Y., Kurt, H., & Çelebi, Ş. (2016). Tamamlayıcı bakım ve alternatif tedavi yöntemi olan müzik terapiye ilişkin sağlık profesyonellerinin görüşleri. *Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi*. (4):13-26. doi: 10.5578/amrj.27800

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Çalamak, S.E. (2017, Mart). Demansta davranışsal ve psikolojik semptomların yönetimi, *Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni*, 4(3), 1-9.
- Çifdalöz, U. B. (2016). Türkiye’de yapılan müzik terapi konulu lisansüstü tezlerde müzik terapi algısı. VII. Uluslararası Hisarlı Ahmet Sempozyumunda sunuldu. 28-30 Mayıs 2016, s 440-446. Kütahya.
- Çuhadar, D., Sertbaş, G., & Tutkun, H. (2006). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(4), 232-239.
- Dilek, F., Ünal, A., & Ünsar, S. (2017). İleri evre demans hastasında hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *HSP 2017* 4(2), 125-131.
- Duru Aşiret, G. (2014). Anımsama terapisinin alzheimer hastalarının bilişsel durumu, depresyon ve günlük yaşam faaliyetlerine etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Dündar, S. A. (2011). Pediatri kliniğindeki hemşire ve doktorların, müziğin klinikte kullanımı hakkındaki düşünceleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3), 11-15.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367.
- Egemen, N., & Arslantaş, A. (2006). *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*. Albayrak, A.S. (Ed.), Alzheimer hastalığı (s. 2-11). Ankara: Alter Yayıncılık.
- Eğilli, C. S., & Sunal, N. (2017). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(2), 83-91.
- Eker, E. (2008, Mart). Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar, alzheimer hastalığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum, s 85-110. İstanbul.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Eliakim, M., Meckel, Y., Nemet, D., & Eliakim, A. (2007). Seçkin ergen voleybol oyuncularında müziğin ısınma sırasındaki ardışık anaerobik performansa etkisi. *Uluslararası Spor Hekimliği Dergisi*, 28(04), 321-325.
- Engelberg, H. (2004). Pathogenic factors in vascular dementia and alzheimer's disease: Multiple actions of heparin that probably are beneficial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18(3-4), 278-298.
- Fata, G. L., Weber, P., & Mohajeri, M. H. (2014). Effects of vitamin e on cognitive performance during ageing and in alzheimer's disease. *Nutrients*, 6(12), 5453-5472.
- Fialho, P. P. A., Koenig, A. M., Santos, E. L. D., Guimarães, H. C., Beato, R. G., Carvalho, V. A., ... & Caramelli, P. (2009). Dementia caregiver burden in a brazilian sample: association to neuropsychiatric symptoms. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(2), 132-135.
- Firmeza, M. A., Rodrigues, A. B., Melo, G. A. A., Aguiar, M. I. F. D., Cunha, G. H. D., Oliveira, P. P. D., & Grangeiro, A. S. D. M. (2017). Control of anxiety through music in a head and neckoutpatient clinic: A randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Foley, J., & Lipe, A. (2004). Music therapy model demonstration program for adult day healthcare, *The Gerontologist*, 44(1), 244.
- Friedlander, A. H., Norman, D. C., Mahler, M. E., Norman, K. M., & Yagiela, J. A. (2006). Alzheimer's disease: Psychopathology, medical management and dental implications. *The Journal of the American Dental Association*, 137(9), 1240-1251.
- Gençel, Ö. (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2), 697-706.
- Gök Uğur, H., Orak, O. S., Ağaçdiken, S., & Yüksel, Ş. (2017). Evde bakımda alzheimer hastasının Imogene King'in kavramsal sistem modeline göre incelenmesi: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 48-53.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Gökler, I., & Aydın, G. (2011). Huzurevinde yaşayan yaşlıların benlik algılarının yordanmasında sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal desteğin rolü. *Aile ve Toplum Dergisi*, 12, 2011.
- Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., & Akgül, N. (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Medical Journal*, 31(4), 367-373.
- Guyton, C. A., & Hall, E. J. (2001). *Tıbbi Fizyoloji*, Beynin Etkinlik Durumları - Uyku; Beyin Dalgaları; Epilepsi; Psikozlar, Çavuşoğlu, H. (Ed.) s 695-696. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Haag, M. D., Hofman, A., Koudstaal, P. J., Stricker, B. H., & Breteler, M. M. (2009). Statins are associated with a reduced risk of alzheimer disease regardless of lipophilicity. The Rotterdam Study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80(1), 13-17.
- Halim, S. (2002). Music as a complementary therapy in medical treatment. *Medical Journal of Indonesia*, 11(4), 250.
- Hanağası, H. (2013, Mayıs). Alzheimer dışı demansların ayırıcı tanısında nelere dikkat edelim? Yaşlı ruh sağlığı çalışma grubu, 6. Akademik Geriatri Kongresi, s 54-56. İzmir.
- Han, H. J., Son, S. J., Ha, J., Lee, J. H., Kim, S., & Lee, S. Y. (2014). The effect of group musical therapy on depression and activities on daily living in patients with cognitive decline. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 13(4), 107-111.
- Harputlu, D., Terzi, C., Eşrefgil, G., Uz, S., Sökmen, S., & Füzün, M. (2007). Kolostomi ve ileostomili bireylerde benlik saygısı. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 17(4), 178-185.
- Irish, M., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., & Coen, R. F. (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild alzheimer's disease. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 22(1), 108-120.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- İlhan, M. N., Maral, I., Kitapçı, M., Aslan, S., Çakır, N., & Bumin, M. A.. (2006). Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler *Klinik Psikiyatri*, 9, 177-84.
- İlhan, N., Arpacı, S., Havaoğlu, D., Kalyoncuoğlu, H., & Sarı, P. (2016). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Clin Exp Health Sci*, 6(2), 56-65.
- Jelen, B., & Uçaner, B. (2015). Müzik terapi uygulamaları ve bazı ülkelerdeki eğitimi. *Folklor/Edebiyat*, 21(81), 1-35.
- Jenkins, J. S. (2001). The Mozart effect. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 94(4), 170-172.
- Kacaroğlu Vicdan, A., & Gülseven Karabacak, B. (2014). Hemşirelik modellerinden: roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 255-259.
- Kaptan, G. & Dedeli, Ö. (2012). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. basım. (s. 446-449). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Karadakovan, A. (2005). Yaşlılarda sağlık sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2), 169-179.
- Karaman, Y. (2006). Alzheimer hastalığı, vasküler demans ve hafif kognitif etkilenmede plazma homosistein, vitamin B12 ve folat seviyeleri. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 23(3), 8.
- Karamızrak, N. (2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi*, 17(1), 54-57.
- Keleş, E., & Özalevli, S. (2018). Alzheimer hastalığı ve tedavi yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 39.
- Keskin, A. O., Uncu, G., Tanburoğlu, A., & Adapınar, D. Ö. (2016). Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. *Osmangazi Journal of Medicine*, 38, 75-82.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, M., Giray, H., Bilgiç, N., Uçku, R., & Tunca, Z. (2006). Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*, 16(1), 21-6.
- Kılıç, Z., Şentürk, A. & Görüş, S. (2015). Kronik hastalıklara sahip bireylerde uyku problemleri arasında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı. *Spatula DD-Tamamlayıcı Tıp ve İlaç Geliştirme Alanında Hakemli Dergisi*, 5(2), 69-77.
- Knight, W. E., & Rickard, N. S. (2001). Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure, and heart rate in healthy males and females. *Journal Of Music Therapy*, 38(4), 254-272.
- Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., & Bakar, M. (2017). Alzheimer hastalığı'nda evrelere göre hastaya bakım veren kişi (ler) nin yükü. *Nöro-Psikyatri Arşivi*, 54(1), 82.
- Koç, E. M., Başer, A. D., Kahveci, R., & Özkara, A. (2016). Ruhun ve bedenin gıdası: Geçmişten günümüze müzik ve tıp. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(1), 51-55.
- Korolev, I. O. (2014). Alzheimer's Disease: A clinical and basic science review. *Medical Student Research Journal*, 4, 24-33.
- Kramer, M. K. (2001). A Trio To Treasure: The Elderly, The Nurse and Music. *Geriatric Nursing*, 22(4), 191-197.
- Kurt, S., & Enç, N. (2013). Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 1-8.
- Küçükğüçlü, Ö., Şentürk, S. G., & Söylemez, B. A. (2017). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 68-78.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kwon M, Cho B., & Lee J. (2013). Reminiscence therapy for dementia – meta analysis. *Healthcare and Nursing Science*, 40, 10-15.
- Lai CKY, Chi I., & Kayser-Jones J.(2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 33-49.
- Lai, H. L., & Good, M. (2006). Music improves sleep quality in older adults. *Journal Of Advanced Nursing*, 53(1), 134-144.
- Lin, P. W. K., Chan, W. C., Ng, B. F. L., & Lam, L. C. W. (2007). Efficacy of aromatherapy (lavandula angustifolia) as an intervention for agitated behaviours in chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *International Journal Of Geriatric Psychiatry: A Journal Of The Psychiatry Of Late Life And Allied Sciences*, 22(5), 405-410.
- Lou, M. F. (2001). The Use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: The state of the science. *Scandinavian Journal of Caring -Sciences*, 15(2), 165-173.
- Lök, N., & Bademli, K. (2016). Alzheimer hastalarında müzik terapinin etkinliği: sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 266-274.
- Lök, N., & Buldukoğlu, K. (2014). Demansta bilişsel aktiviteyi artırıcı psikososyal uygulamalar. *Current Approaches İn Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3).
- Lök, S., & Lök, N. (2015). Demansta fiziksel aktivite ve egzersiz. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 289-294.
- Manav, A. İ., Yeşilot, S. B., Demirci, P. Y., Öztunç, G. (2018). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 9(3): 153-160
- McCaffrey, R. (2004). Music therapy reduces pain. *Australian Nursing Journal*, 11(7), 37.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of alzheimer's disease report of the mncds-adrda work group\* under the auspices of department of health and human services task force on alzheimer's disease. *Neurology*, 34(7), 939-944.
- Morris, M. S. (2003). Homocysteine and alzheimer's disease. *Lancet Neurology*, 2(7), 425-428.
- Nilsson, U. (2008). The anxiety and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *AORN Journal*, 87(4), 780-807.
- Öber, A. (2008). Alzheimer hastalığında moleküllerin rolü. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, (1), 23-31.
- Özcan, M., & Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatric hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.
- Özdemir, L., & Akdemir, N. (2007). Hafif Alzheimer hastalarına uygulanan çoklu duyuşal uyarın yönteminin kognitif durum üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(2), 001-011.
- Özdemir, P. G., Yılmaz, E., Selvi, Y., & Boysan, M. (2017). Psikiyatride parlak ışık tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry*, 9(2), 177-188.
- Özge, A., Yalın, Ö. O., Kaleağası, H., Bayram, S., & Kudiaki, Ç.(2008). Demanslı hastalarda kognitif bozulma ve nöropsikiyatrik etkilenmenin günlük yaşam işlevleri üzerine etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 14-8.
- Özkay, Ü. D., Öztürk, Y., & Can, Ö. (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: alzheimer hastalığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 35-42.
- Parlar, H., & Yazici, S. G. (2017). Evli ve bekar yetişkinlerin genel öz-yeterlik ve benlik saygılarının incelenmesi. *Istanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(31), 207.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., ... & Steffens, D. C. (2007). Prevalence of dementia in the united states: The aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132.
- Ploeg, E. S., Eppingstall, B., O'Connor, D. W. (2010). The study protocol of a blinded randomized-controlled cross- over trial of lavender oil as a treatment of behavioral symptoms in dementia. *BMC Geriatrics*, 10, 49.
- Poolos, P. N. (2003). *Nörolojide Ayırıcı Tanı El Kitabı*. Akbostancı, C., Ulkatan, S. (Çev. Ed.), (s.226). Ankara: Güneş.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D., & Trabucchi, M. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(2), 158-162.
- Remington, R., Chan, A., Paskavitz, J., & Shea, T. B. (2009). Efficacy of a vitamin/nutriceutical formulation for moderate-stage to later-stage alzheimer's disease: A placebo-controlled pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(1), 27-33.
- Salamon, E., Bernstein, S. R., Kim, S. A., Kim, M., & Stefano, G. B. (2003). The effects of auditory perception and musical preference on anxiety in naive human subjects. *Medical Science Monitor*, 9(9),396-399.
- Savaş, S., & Akçiçek, F. (2010). Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 19-30.
- Selekler, K. (Çev. Ed.). (2005). *Neurology in Clinical Practice*, Karakoç, E. (Ed.), *Demanslar*, (s 471). İstanbul: Güneş Kitabevi.
- Selekler, K. (2007). Alzheimer hastalığında koruyucu faktörler var mı? *Eğitim, mental aktiviteler, fiziksel egzersizler, sosyal ilişkiler ve alkol. Türk Geriatri Dergisi*, 10(3), 156-168.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Selekler, K. (2007). Alzheimer hastalığında koruyucu faktörler var mı? antioksidanlar, non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar, östrojen ve statin. *Türk Geriatri Dergisi*, 10(2), 88-99.
- Selekler, K. (2010). Alois alzheimer ve alzheimer hastalığı. *Türk Geriatri Dergisi*, 13, 9-14.
- Sezer, B. T. (2015). Müzikoterapi hakkında ne biliyoruz? *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(3), 167-171.
- Sezer, F. (2011). Öfke ve psikolojik belirtiler üzerine müziğin etkisi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 1472-1493.
- Simmons-Stern, N. R., Budson, A. E., & Ally, B. A. (2010). Music as a memory enhancer in patients with alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 48(10), 3164-3167.
- Snow, L. A., Hovanec, L., & Brandt, J. (2004). A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 10(3), 431-437.
- Soner, S., & Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 373-385.
- Sung, H.C., Chang, A.M., Lee, W.L., 2010. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* (7-8), 1056–1064.
- Suttanon, P., Hill, K. D., Said, C. M., Williams, S. B., Byrne, K. N., Logiudice, D., ... & Dodd, K. J. (2013). Feasibility, safety and preliminary evidence of the effectiveness of a home-based exercise programme for older people with alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(5), 427-438.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Svansdottir, H. B., & Snædal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 613-621.
- Swaminathan, A., & Jicha, G. A. (2014). Nutrition and prevention of alzheimer's dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, 282.
- Şahin H. A. (2009). Alzheimer hastalığını klinik belirtileri ve seyri. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Özel Dergisi*, 2(1), 31-35.
- Şahin, E. E. (2016). Alzheimer tanısı almış yaşlı bireylerde müzik terapi kullanımının ajitasyon ve anksiyete üzerine etkisi. VII. Uluslararası Hisarlı Ahmet Sempozyumu, 28-30 Mayıs 2016, s 160. Kütahya.
- Şendir, M., & Acaroğlu, R. (2002). Farklı alanlarda bakım verdiğiniz hastalarınızın alzheimer'ı da varsa?. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 5(6), 54-56.
- Şener, D., Arıoğlu, S. (2007). Yaşlı hastada demans değerlendirmesi ve önemi. erişim tarihi: 12.01.2018  
[http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2007-01/html/2007-14-1-027-032.htm](http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2007-01/html/2007-14-1-027-032.htm)
- Şentürk, S. G., & Küçükçüçlü, Ö. (2015). Aromaterapi uygulamasının demanslı bireylerde görülen davranışsal değişiklikler üzerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3), 190-194.
- Şirin Gök M, & Balcı Akpınar R. (2015). Yoğun bakım hastalarında müziğin ve doğa temelli seslerin kullanımı. 6.Uluslararası Sanat Terapileri Kongresi, Kongre Kitabı, Sözel Bildiri, Erzurum.
- Şişman, F. N., & Kutlu, Y. (2016). Yaşlılarda uyum güçlüğüne değerlendirme ölçeği'nin (YUGDÖ) geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(1), 25-33.
- Taner, N. E. (2010). Genetics of Alzheimer's Disease: Lessons learned in two decades. *Turkish Journal Of Neurology/Türk Nöroloji Dergisi*, 16(1).



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tanzi, R. E. (2012). The genetics of alzheimer disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(10).
- Tekin, Ç. S., & Kara, F., (2016). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219-229.
- Thaut, M. H. (2005). The future of music in therapy and medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060(1), 303-308.
- Tiftikcioğlu, B. İ., Tuncay, N., Korucuk, M., & Zorlu, Y. (2012). Alzheimer demansında damarsal risk faktörleri değerlendirmesi: klinik deneyimimiz. *İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 22(1), 53-58.
- Toker, E. (2014). Müzikoterapinin preeklampsili gebelerde doğum öncesi anksiyete ve doğum sonrası anne-bebek iletişimi ve memnuniyetine etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- TUIK Haber Bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar, 2017 file:///C:/Users/PC-6/Downloads/İstatistiklerle\_Yaşlılar\_15.03.2018%20(1).pdf erişim tarihi:05.03.2019 Sayı: 27595 15 Mart 2018
- Torun, Ş. (2016). Orta-ileri evre alzheimer ajitasyonunda müzik terapi: Bir fizibilite çalışması. VII. Uluslararası Hisarlı Ahmet Sempozyumu, 28-30 Mayıs 2016, s 337. Kütahya.
- Tümata, Türk müziği makamları ve insana etkileri, <https://tumata.com/muzik-terapi/turk-muzigi-makamlari-ve-etkileri/> , erişim tarihi:14.01.2018
- Türk Dil Kurumu [http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5928802e8556c8.93642795](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5928802e8556c8.93642795), erişim tarihi:26.05.2017
- Uçaner, B., & Öztürk, B. (2009). Türkiye’ de ve dünyada müzikle tedavi uygulamaları, 1. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Kongresi, 1-3 Mayıs, Çanakkale.
- Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M., & Izumi, S. I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(2), 628-641.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Uluoğlu, C., & Güney, H. Z. (2010). Demanslı yaşı hastalar üzerinde yapılan ilaç araştırmaları. *Türk Geriatri Dergisi*, 3, 61-69.
- Uyar, M., & Akın Korhan, E. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*, 23(4), 139-146.
- Ünsal, A., Demir, G., Özkan, A. Ç., & Arslan, G. G. (2011). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. *Meandros Medical And Dental Journal*, 12(3), 5-10.
- Van Bogaert, P., Van Grinsven, R., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S., & Van der Mussele, S. (2013). Effects of SolCos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer disease: A pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 528-e9-e13.
- Venturelli, M., Scarsini, R., & Schena, F. (2011). Six-month walking program changes cognitive and adl performance in patients with alzheimer. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 26(5), 381-388.
- Vatanoğlu Lutz, E. E., & Ataman, A. D. (2012). Medicine in stamps alois alzheimer: The father of alzheimer disease. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 29(4), 895-899.
- Victor, M., & Ropper, H. A. (2004). Nöroloji El Kitabı, Sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları, Dörtcan, N., (Çev.Ed.),(s. 359-361), 7.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Vink, A. C. (2013). Music therapy for dementia: the effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia Groningen: p:15-16  
<https://www.rug.nl/research/portal/files/14427178/volledigedissertatie.pdf>

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Winchester, J., Dick, M. B., Gillen, D., Reed, B., Miller, B., Tinklenberg, J., ... & Cotman, C. W. (2013). Walking stabilizes cognitive functioning in alzheimer's disease (ad) across one year. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 56(1), 96-103.
- Wosch, T., Werner, J., & Gold, C. (2015). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents. *Aging Mental Health*, 21(2), 147-155
- Yalçın, B. M., Şahin, E. M., Yalçın, E., & Dikici, F. M. (2007). Alzheimer hastası ile yaşamak. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(4), 167-173.
- Yalçın, S. (2016). *Psikoloji*, (s.175-177), Ankara: Songür Eğitim Hizmetleri.
- Yaşar, E. (2010). *Genel anestezi altındaki hastalarda müziğin intraoperatif ve postoperatif etkileri*, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.
- Yavuz, B. (2007). Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14, 5-17.
- Yavuz Balam, B., & Arıoğul, S. (2008). Yaşlıda demans, risk faktörleri ve tedavisi. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(1), 14-23.
- Yener, Y. A. (2011). Müziğin çocuklar ve yaşlılar için önemi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(29), 119-124.
- Yıldırım, Ç. S. (2003). Kanser hastalarına dinletilen müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaz, Ö. Ü. E. (2018). Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon ve benlik saygısı ilişkisi. *Kalem Eğitim Ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 553-578.
- Zare M, Ebrahimi AA, Birashk B.( 2010). The effects of music therapy on reducing agi- tation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*;25:1309-10.

## **KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)**

Ziv N, Granot A, Hai S, Dassa A, Haimov I.( 2007). The effect of background stimu- lative music on behavior in Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy* ;44:329–43.

## Ekler Dizini

### EK I: Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu

1)Yaşınız:

2)Cinsiyetiniz: a)Kadın b) Erkek

3)Eğitim Durumunuz:

- a) Okur-Yazar değil
- b) İlköğretim
- c) Ortaöğretim
- d) Yükseköğretim

4) Medeni Durumunuz: a)Evli b)Bekar

5) Mesleğiniz:

- a) Memur
- b) İşçi
- c) Ev Hanımı
- d) Diğer, Yazınız.....

6)Çocuğunuz var mı?

- a) Evet (Sayısı:.....)
- b) Hayır

7) Alzheimer dışında kronik hastalığınız mevcut mu?

- a) Evet
- b) Hayır ( 9.soruya geçiniz)

8)Hangi hastalığınız mevcuttur?

- a) Kalp Yetmezliği
- b) Koah
- c) Hipertansiyon
- d) Diyabet
- e) Diğer(Belirtiniz:.....)

9) Alzheimer hastalığı tanısını ne zaman aldınız ?

.....

10)Ne kadar zamandır bakım desteği alıyorsunuz?

.....

## EK II: Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği

	Maddeler	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
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 III: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Alzheimer hastalığı tanısı koyulan kişilerde davranış değişiklikleri, zihinsel faaliyetleri yerine getirememe, algılama ve yargılamada bozulmalar, konuşma bozuklukları ve kişinin motor becerilerini yerine getirememe gibi sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Hastalarda meydana gelen bu olumsuz durumlar kişinin beslenmede, giyinmede, ilaç tedavisini devam ettirmede, bakım veren kişi ve arkadaşları arasındaki iletişimde uyumsuzluğa neden olmaktadır. Günümüzde bu problemleri oradan kaldıracak henüz tıbbi bir tedavi bulunmamaktadır. Ancak yurt dışında yapılan çalışmalar müziğin hastalarda meydana gelen bu uyum problemlerini azalttığı, hastaları rahatlattığı ve hem günlük aktivitelere hem de ilaç tedavilerine daha uyumlu yaklaştığını göstermektedir. Bu nedenle bu araştırma alzheimer hastalarında müziğin uyuma etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada yer alacak toplam 30 hasta iki gruba ayrılacaktır. Birinci grup müzik dinletisi grubu (15 hasta), ikinci grup ise kontrol grubu(15 hasta) olacaktır. Hangi grupta yer alacağınız rastgele belirlenecektir. Müzik dinletisi sadece birinci gruba yapılacak, kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır. Müzik dinletisi haftada 2 gün, günde 50 dk şeklinde nihavent makamında seçilen şarkıların hastalara uygun bir salonda dinletilmesinden oluşmaktadır. Müzik dinletisi toplam 12 hafta sürecektir. Bu süre zarfında size hekiminiz tarafından planlanan tedavi dışında hiçbir ilaç tedavisi ve zarar verecek bir uygulama yapılmayacaktır. Araştırmaya katılımınız isteğe bağlı olup, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılımınızla, alzheimer hastalarında müziğin uyuma etkisi belirlenmeye çalışılacak olup araştırmanın sonuçları sizinle paylaşılacaktır. Formda bulunan isminiz ve bilgileriniz bizde saklı kalacak, başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Çalışmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Konu: Alzheimer Hastalarında Müziğin Uyuma Etkisi

Ben .....araştırmacı tarafından yapılacak müzik dinletisine katılmayı , hastalığımla ilgili yanıtlamamı istedikleri bilgileri içeren Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, ve Yaşlılarda Uyum Güçlüğüne Değerlendirme Ölçeği'ni hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın cevaplamayı kendi rızamla kabul ediyorum.

Bu çalışmanın niteliği bana Münevver Kıyak tarafından ayrıntılı olarak anlatıldı. Anket sonuçları adım kullanılmamak şartıyla ulusal ve uluslararası organizasyonlarda kullanılmasına, sunulmasına, bilimsel dergilerde yayımlanmasına, izleyiciler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin erişimlerine izin veriyorum.

Tarih:

Hasta yakını

Tanık

Araştırmacı

Adı-Soyadı-İmza:

Adı-Soyadı-İmza:

Adı-Soyadı-İmza

## EK IV: Güç Analizi

### Paired Means Power Analysis

#### Numeric Results for Paired T-Test

Null Hypothesis: Mean of Paired Differences = 0, Alternative Hypothesis: Mean of Paired Differences  $\neq$  0  
Unknown standard deviation.

Power	N	Alpha	Beta	Mean of Paired Differences	S	Effect Size
0,97558	7	0,05000	0,02442	0,7	0,4	1,805
0,93701	6	0,05000	0,06299	0,7	0,4	1,805
0,93701	6	0,05000	0,06299	0,7	0,4	1,805
0,84919	5	0,05000	0,15081	0,7	0,4	1,805

#### References

Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. 1997. Sample Size Tables for Clinical Studies, 2nd Edition. Blackwell Science. Malden, MA.  
Zar, Jerrold H. 1984. Biostatistical Analysis (Second Edition). Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

#### Report Definitions

Power is the probability of rejecting a false null hypothesis.

N is the number of pairs drawn from the population.

Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis.

Beta is the probability of accepting a false null hypothesis.

Mean of Paired Differences is the mean difference at which the power and sample size are determined.

S is the standard deviation of the paired differences for the population. It is assumed to be unknown.

Effect Size,  $|\text{Mean of Paired Differences}|/\text{Sigma}$ , is the relative magnitude of the effect under the alternative.

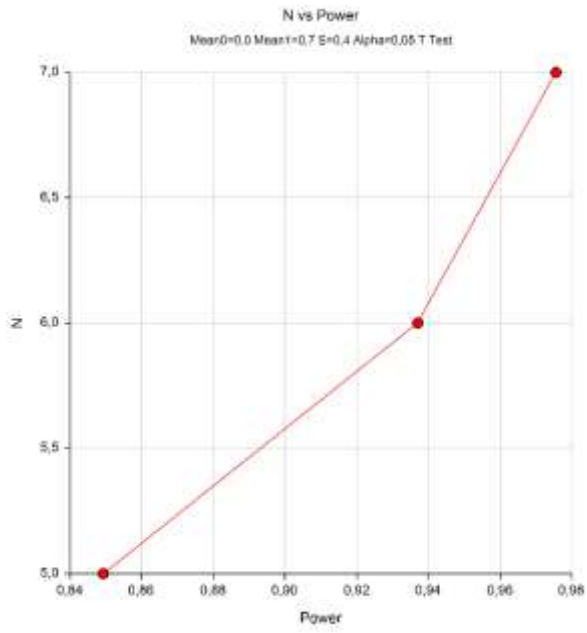
#### Summary Statements

A sample size of 7 achieves 98% power to detect a mean of paired differences of 0,7 with an estimated standard deviation of differences of 0,4 and with a significance level (alpha) of 0,05000 using a two-sided paired t-test.



## Paired Means Power Analysis

### Chart Section



## EK V : Emosyonel Durum Değerlendirme Formu

Hafta	1.Hafta		2.Hafta		3.Hafta		4.Hafta		5.Hafta		6.Hafta		7.Hafta		8.Hafta		9.Hafta		10.Hafta		11.Hafta		12.Hafta	
Seans	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Ajitasyon																								
Saldırganlık																								
Öfori																								
İrritabilite																								
Anormal Motor Davranışlar																								
Ağlama																								

## EK VI: Etik Kurul Karar Formu

<b>ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ</b> <b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI</b> <b>KARAR FORMU</b>
<b>Karar Tarihi:</b> 12 Nisan 2018 <b>Karar Sayısı:</b> 11
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doç.Dr.Güler BALCI ALPARSLAN (Yüksek Lisans Tez Danıőmanı) koordinatörlüğünde yürütölen “ <i>Alzheimer Hastalarında Müziğin Uyuma Etkisi</i> ” baőlıklı çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Çalıőmanızda baőarılar dileriz.

## EK VII: Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi

### Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi İzin Belgesi

Eskişehir  
Alzheimer Derneği  
Özel Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi

Sayı :2018/05  
Konu :Araştırma İzni Hk.

17/01/2018

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi: 14.06.2017 tarih ve 300 sayılı yazınız.

522320160017 numaralı öğrenciniz Münevver Kıyak'ın "Alzheimer Hastalarında Müziğin Uyuma Etkisi" adlı tez çalışmasını araştırma kriterlerine uygun hasta ve hasta yakınları ile uygulamasında bir sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Hasibe Merve BAŞDA  
Sorumlu Müdür

## **Özgeçmiş**

### **Bireysel Bilgiler**

Adı-Soyadı : Münevver KIYAK

Doğum tarihi ve yeri : 10.06.1984/Mahmudiye

Uyruğu : T.C.

İletişim adresleri : ESOGÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu-Çifteler  
Yerleşkesi, Çifteler / Eskişehir

e-mail:mkiyak@ogu.edu.tr

### **Eğitim Durumu**

1998-2002 : Çifteler Sami Ariel Anadolu Lisesi

2002-2006 : Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

2012-2013 : Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme  
Yüksek Lisans (Tezsiz)

2016-2019 : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Hemşirelik Yüksek Lisans

İngilizce Okuma-Yazma-Konuşma: Orta Düzeyde

### **Mesleki Deneyim**

2006-2013 : Hemşire, Kalp Damar Cerrahi Servisi, Eskişehir Osmangazi  
Üniversitesi Tıp Fakültesi

2013-2014 : Hemşire, Acil Servis, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp  
Fakültesi

2013-Halen : Öğretim Elemanı, Yaşlı Bakımı Programı, Eskişehir Osmangazi  
Üniversitesi ,Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu.

### **Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar**

#### **Yayımlar**

#### **Bilimsel Etkinlikler**

## **Kurslar ve Eğitim Programları**

- İlk Yardım Eğitimci Kursu, ESOGÜ İlk Yardım Eğitimci Eğitim Merkezi, 2016.
- Geriatrik Bakım Eğitimi, ESOGÜ Sürekli Eğitim Merkezi, 2018.
- Eğitim Becerileri Kursu, ESOGÜ Tıp Fakültesi, 2019.
- Probleme Dayalı Öğrenme Kursu, ESOGÜ Tıp Fakültesi, 2019.