

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TÜRK MÜSİKİSİ ANASANAT DALI
TÜRK MÜZİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DEMANS - ALZHEİMER HASTALARINDA FARKLI
MÜZİK TERAPİ UYGULAMALARININ ZİHİNSEL,
PSİKOLOJİK, ANKSİYETE VE AJİTASYON
ETKİLERİ ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI
ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Emine Elif ŞAHİN KARADENİZ**

**Danışmanı
Prof. Leyla TANSEVER**

İstanbul - 2017

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

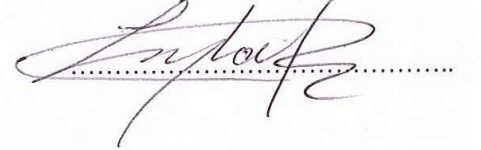
Konservatuar Anabilim/Anasanat Dalı Türk Müziği Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisi Emine Elif Sahin Karaceleniz tarafından hazırlanan
"Demans- Alzheimer Hastalarında farklı Akademiik Tempü Uygulamalarının
Etkinlik, Psikolojik Anlayış ve Gitarın Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı
Çalışma"
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi 24.07.2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

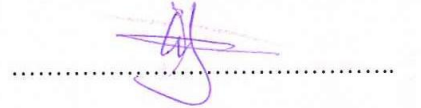
Jüri Üyesi: Prof. Leyla Pınar Tansuaz
Danışman: Halice Ünv. Konservatuar ASD/ ABD Öğr. Üyesi



Jüri Üyesi: Dr. Eri Saydam
Halice Ünv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi



Jüri Üyesi: Dr. Özcan Özbek
Marmara Ünv. Müzik ASD/ ABD Öğr. Üyesi



Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

.....

Jüri Üyesi:
.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

.....

ÖNSÖZ

Lisans eğitimi alırken müzik terapi alanı beni çok etkilemişti. Bu alanın Türkiye'deki eksikliği fark ettiğimde akademik kariyerime bunun üzerine yapmaya karar verdim. Tez aşamasına geldiğimde ilk başta Tez Danışmanım olan, bana bu alanda bütün katkılarını sağlayan ve bu çalışmanın şekil almasında ve planın nasıl olması gerektiği konusunda emek harcayarak birlikte çalıştığım Eski Tez Danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Adnan Çoban'a, okulda yaşanan değişikliklerden dolayı bana destek olmayı ve tez danışmanım olmayı kabul eden Sayın Prof. Leyla Pınar Tansever'e, Tez çalışması için Huzurevi, kaynak, Geriatri ve Alzheimer alanında benden desteğini esirgemeyen ve bütün fırsatları bana sunan Sayın Fatma Özhan hocama, tez çalışması sırasında bütün kaynaklarını, desteklerini ve Psikolog'larıyla bana yardım eden Avrasya Huzurevine, Yöneticilerine, Çalışanlarına ve Huzurevi sakinlerine teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak eğitim hayatım boyunca bana destek olan ve verdiğim her kararın arkasında durarak beni bu günlere getiren sevgili anneme, babama ve eşime sonsuz teşekkür ederim.

İstanbul, 2017

Emine Elif ŞAHİN KARADENİZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR	V
TABLO LİSTESİ	VI
ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Demans- Alzheimer	4
2.1.1. Demans	4
2.1.2. Alzheimer	4
2.1.3. Alzheimer Tanısı Nasıl Konur.....	5
2.1.4. Alzhemir Hastalarında Sık Görülen Davranışsal ve Psikolojik Problemler	6
2.1.5. Anksiyete	7
2.1.6. Ajitasyon.....	7
2.2. Müzik Terapi.....	8
2.2.1. Müziğin Tanımı	8
2.2.2. Müzik Terapi	9
2.2.3. Müzik Terapi Yöntemleri	10
2.2.3.1. Aktif Müzik Terapi	11
2.2.3.2. Pasif Müzik Terapi	12
2.2.4. Müzik Terapide Temel Yöntemler	12
2.2.4.1. Doğaçlama Müzik Terapi (Improvasition Music Therapy)	12
2.2.4.2. Reseptif Müzik Terapi (Receptive Music Therapy).....	13
2.2.4.3. Yeniden Yaratma Müzik Terapi (Re - Creative Music Therapy)	14
2.2.4.4. Besteleme Müzik Terapi (Composition Music Therapy)	15
2.2.5. Türklerde Müzik Terapi.....	15

2.2.5.1. Orta - Asya Türklerinde Müzik Terapi	15
2.2.5.2. İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi	16
2.2.5.3. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi	17
2.3. Müzik Terapinin Etkileri.....	18
2.3.1. Müzik Terapinin Alzheimerli Birey İçin Önemi	18
2.4. Müzik Terapi Süreci.....	19
2.4.1. Çalışmada Müzik Terapi Süreci	19
2.4.2. Çalışmada Bir Seans İçeriği/İşleyişi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	22
3.4. Araştırmanın Hipotezi.....	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.7. Verilerin Toplanması	23
3.7.1. Kontrol Grubu Verilerinin Toplanması	23
3.7.2. Deney Grubu Verilerinin Toplanması	24
3.8. Veri Toplama Araçları	25
3.8.1. Bilgi Formu.....	25
3.8.2. Kısa Mental Durum Muayenesi.....	26
3.8.3. Frontal Davranış Envanteri (FBI).....	26
3.8.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAI).....	27
3.8.5. Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri – CMAI.....	27
3.8.6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği – CSDD.....	27
3.8.7. Müzikler ve Enstrumanlar	28
3.9. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci	28
3.10. Verilerin Analizi	28
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	29
4. BULGULAR	30
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
6. KAYNAKÇA	54
7. EKLER	59
8. ÖZGEÇMİŞ	82

KISALTMALAR

AFA	: Alzheimer's Federation Association
AH	: Alzheimer Hastalığı
AMTA	: American Music Therapy Association
BAI	: Beck Anksiyete Ölçeği
CD	: Compact Disc
CMAI	: Cohen-Monsfield Ajitasyon Envanteri
CSDD	: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği
FBI	: Frontal Davranış Envanteri
FBID	: Frontal Davranış Envanteri - Dihinisbisyon
FBIN	: Frontal Davranış Envanteri - Negatif
FTD	: Frontal Temporal Davranış
MT	: Müzik Terapi
MTÖ	: Müzik Terapi Öncesi
MTS	: Müzik Terapi Sonrası
STMS	: Kısa Mental Durum Muayenesi
TGV	: Türk Geriatri Vakfı

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 4.1: Gruplara Göre Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu	30
Tablo 4.2: Gruplara Göre Değerlere İlişkin Dağılım Tablosu.....	31
Tablo 4.3: Puanlar Bakımından Gruplar Arasındaki Farklılığa İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları	34
Tablo 4.4: Gruplarda STMS Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonuçları	37
Tablo 4.5: Gruplarda Frontal Toplam Puanlar Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları.....	39
Tablo 4.6: Gruplarda Frontal Negatif Puanlar Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları.....	41
Tablo 4.7: Gruplarda Frontal Disinhibisyon Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları.....	43
Tablo 4.8: Gruplarda Cohen Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları	45
Tablo 4.9: Gruplarda Beck Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları	47
Tablo 4.10: Gruplarda Cornell Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları	49

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 2.1: Müzik Terapi Türleri.....	11
Şekil 2.2: Müzik Terapi’de Doğaçlama.....	13
Şekil 2.3: Müzik Terapi’de Yeniden Yaratma.....	14
Şekil 2.4: Bir Seansın Planı	20
Şekil 2.5: Araştırma Planı.....	24
Şekil 4.1: STMS - Grafik Analizi.....	38
Şekil 4.2: FBI - Grafik Analizi	40
Şekil 4.3: FBIN - Grafik Analizi	42
Şekil 4.4: FBID - Grafik Analizi	44
Şekil 4.5: CMAI - Grafik Analizi.....	46
Şekil 4 6: BAI - Grafik Analizi	48
Şekil 4.7: CSDD - Grafik Analizi.....	50

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Emine Elif ŞAHİN KARADENİZ
Anabilim Dalı : Türk Müziği Konservatuarı
Programı : Türk Müziği
Tez Danışmanı : Prof. Leyla Tansever
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi - Ocak 2017

DEMANS - ALZHEİMER HASTALARINDA FARKLI MÜZİK TERAPİ UYGULAMALARININ ZİHİNSEL, PSİKOLOJİK, ANKSİYETE VE AJİTASYON ETKİLERİ ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; Alzheimer tanısı almış bireylerle müzik terapi uygulamasının ajitasyon ve anksiyete üzerine etkilerinin araştırılmasıdır. Çalışmaya İstanbul Avrasya Huzurevi'nde kalan, sözel iletişim kurulabilen, Alzheimer tanısı alan, yaşları 65-93 (median:82; sd: 8.58) arasında değişen 30 hasta dahil edildi. Homojen olması için 15'er kişilik deney ve kontrol gruplarına ayrıldı. Deney grubundaki Alzheimerli bireylere 16 hafta boyunca haftada bir kez 45 dakikalık müzik terapi çalışması yapıldı. Çalışmanın 1, 6, 12 ve 16. haftalarda Kısa Mental Durum Muayenesi (STMS), Frontal Davranış Envanteri (FBI), Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CSDD), Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) ve Cohen-Monsfield Ajitasyon Envanteri (CMAI) testleri kullanıldı. Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Müzik terapi öncesi STMS puan ortalamaları deney grubunda 8.73, kontrol grubunda 22.2, FBI toplam puan ortalamaları deney grubunda 30.73, kontrol grubunda 24.6, CDDS puan ortalamaları deney grubunda 19.27 kontrol grubunda 11.13, BAI puan ortalamaları deney grubunda 42.53, kontrol grubunda 25.4, CMAI puan ortalamaları deney grubunda 57.4, kontrol grubunda 41.8'dir. Müzik terapi sonunda STMS puan ortalamaları deney grubunda 8.73, kontrol grubunda 21.71, FBI toplam puan ortalamaları deney grubunda 28.4, kontrol grubunda 27.79, CSDD puan ortalamaları deney grubunda 11,07, kontrol grubunda 10, BAI puan ortalamaları deney grubunda 37.93, kontrol grubunda 25,36, CMAI puan ortalamaları deney grubunda 50.47,

kontrol grubunda 41.8'dir. Deney grubunda Beck puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubunda BAI, CMAI, CSDD ve FBI puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Deney grubunda BAI, CMAI, CSDD ve FBI puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süreç ve düzey arasındaki ters orantının ortadan kaldırıldığı hastanın geçen süre kapsamında ilerleyen hastalık düzeyinin sabitlendiği gözlenmiştir. Hasta grubuna uygulanan müzik terapinin zihinsel, psikolojik, ajitasyon ve anksiyeteyi azaltmada ve dengeli hale getirmede olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alzheimer, Anksiyete, Ajitasyon, Müzik Terapi, Psikolojik



GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Emine Elif ŞAHİN KARADENİZ
Field : Turkish Music Conservatory
Program : Turkish Music
Supervisor : Prof. Leyla Tansever
Thesis Type and Date : Master Thesis - January 2017

COMPARATIVE RESEARCH ABOUT THE MENTAL, PSYCHOLOGICAL, ANXIETY AND AGITATION EFFECTS OF DIFFERENT MUSIC THERAPY APPLICATIONS ON DEMENTIA - ALZHEIMER'S PATIENTS

ABSTRACT

Alzheimer Disease is a disease caused mostly by the *interaction* between genetic and environmental factors. It is known that by sensorily stimulation, music therapy can improve the life quality, and slow down physical and mental destructions of the patients. The aim of this study is to research whether the application of music therapy could effect the alzheimer patients' agitation and anxiety. The study incorporates 30 of the patients from Istanbul Avrasya Nursing Home between 65-93 years old, who are diagnosed with the alzheimer and can communicate verbally. A control and treatment group is structured with fifteen patients for each, generating homogeneous groups. A forty-five minute long music therapy sessions are applied to the patients of the treatment group for sixteen weeks. A Short Test of Mental Status (STMS), Frontal Behavior Inventory (FBI), Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) is used at the first, sixth, twelfth and sixteenth weeks of the study. The data acquired from this study is analyzed by SPSS 20 package program. While annotating the results, 0.05 is used for the statistical significance, meaning that $p < 0.05$ indicates a meaningful difference, and $p > 0.05$ indicates that there are no meaningful differentiation. Before the music therapy, experiment and control groups' mean scores are 8.72 and 22.2 for the STMS and, 30.73 and 24.6 for FBI and, 19,27 and 11,13 for the CSDD and, 42.53 and 25.4 for the BAI and, 57.4 and 41.8 for the CMAI, respectively. After the music therapy, experiment and control groups' mean scores are 8.73 and 21.71 for the STMS and, 24.4 and 27.79 for FBI and, 11.07 and 10 for the CSDD and, 37.93 and 25.36 for the BAI and, 50.47 and 41.8 for the

CMAI, respectively. Regarding the BAI, CMAI, CSDD and FBI scores, the experiment group shows statistically meaningful difference between the uses of BAI in different weeks ($p < 0.05$) while for the control group, no statistically meaningful difference is shown ($p > 0.05$). It is concluded that the application of music therapy to alzheimer patients effects positively to lower their mental, psychological, anxiety and agitation.

Key Words: Anxiety, Alzheimer, Agitation, Music Therapy, Psychological



1. GİRİŞ

Demans, hatırlama, düşünme ve akıl yürütme becerilerin giderek artan kayıp durumudur. Yaşlı nüfusta en sık görülen demans türü Alzheimer Hastalığı'dır. Genellikle genetik ve çevresel faktörlerin sonucu olarak ortaya çıkan nörodejeneratif¹ bir hastalıktır. AH yaşa bağımlı ve geri dönüşümü olmayan bir hastalıktır. Yaşlı bireylerde demansın görülme olasılığı 65 yaşının altında iken %4, 85 yaş ve üzerinde %38 olduğu bildirilmiştir (Karaduman, 2014).

AH hastalarında genellikle anksiyete, uykusuzluk, depresif duygu durumu, halüsinasyonlar, disinhibisyon, zihinsel davranış problemleri, ajite olma, huzursuzluk, bağırma, küfretme ve ağlama gibi davranışlar görülebilir (Selekler, 2010: 51). Müzik terapi Alzheimer hastalarında doğru kullanıldığında, ruh ve stres kaynaklı ajitasyonu yönetmeye, olumlu etkileşimlere teşvik etmeye, kognitif fonksiyonu kolaylaştırmaya ve motor hareketlerini koordine etmeye yardımcı olur (Alzheimer's Foundation of America [AFA], 2016).

Müzik yapmak danışanın yeteneği, özellikle ritim çalma ve söyleme geç hastalık süresinde bozulmadan kalır. Alzheimer'lı bireyler genellikle hayal kırıklığı dışında ajite olmak, duyuşal aşırı yüklenme ve çevresel uyaranlara yetersizlik gibi durumlar için; şarkı, ritim çalmadan, fiziksel egzersiz ve diğer yapılandırılmış müzik etkileri ile davranışları ve dikkatleri yönlendirilebilmektedir.

En iyi sonuçlara ulaşabilmek için yıkıcı davranışların ortaya çıkmadan önceki saatlerde müzik terapinin kullanılını danışanların gelişimlerinin daha olumlu yönde ilerlemesine yardımcı olabilmektedir (Alzheimer's Foundation of America [AFA], 2016).

Türklerde müzikle tedavi 6000 yıl kadar eskiye gitmektedir. Müzikle tedaviyi düzenli olarak ilk kullanan toplum Türklerdir. Bu alandaki en önemli gelişmeler Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde kurulan şifahanelerde olmuştur. Dünyada

¹ Nörodejeneratif: Bozukluklar beynin belirli bölgelerindeki nöronların ilerleyici ve geri dönüşümsüz kaybı ile karakterize bir durumdur.

müzikle tedavinin gelişimi II. Dünya Savaşı zamanında askerler için kurulan hastanelerde başlamıştır (Ak, 2006: 68).

Müzik terapi klasik terapi yöntemlerinden biridir. Alzheimer hastalarında duyuşsal uyarı sağlanmasıyla, müzik terapi yaşlıların hayat kalitesini artırmada, fiziksel ve zihinsel yıkımlarının yavaşlamasına katkısı olduğu bilinmektedir (Çoban, 2005: 49). Erken evrede, dans, danışana geçmişini hatırlatmaya yardımcı olabilecek şarkılar dinletmek, enstruman kullanılmak algısal değışikliklerle bireylere fayda sağlar. Orta evrede, enstruman çalmak, şarkılarla birlikte hareket etmek, fon müziğı kullanmak ruhu geliştirmeye yardımcı olur.

Bu çalışma ile birlikte AH görülen bilişsel, ruhsal, ajitasyon, anksiyete ve fiziksel sorunları müzik terapi seanslarıyla birlikte en normal seviyeye ulaştırmayı ve hastalık sonrası yıkımları yavaşlatabilmeyi sağlamaktır.

Günümüzde yapılan araştırma ve çalışmalarda yaşlı ve Alzheimer konulu çok fazla araştırma yoktur. Özellikle bu araştırma müzik terapi alanında deneysel olarak ve Alzheimer'ı konu alan tek tez çalışması olmaktadır. Bundan dolayı çalışmanın daha ileride fayda sağlayabilmesi ve gelişebilmesi için dünyadaki bütün literatür taraması yapılmış, çalışmalar incelenmiş ve her ayrıntı dünyanın kabul ettiğı müzik terapi ilkelerine uygun olacak şekilde planlanmıştır. Yapılan literatür taramasında, Alzheimer hastalarındaki müzik terapi araştırmaları, özellikle 1986 yılında başlamış ve 1992-1994 yılları arasında en üst noktaya çıkmıştır. 1986-1998 yıllar arası arasında yapılan yoğun araştırmalar arasında müzik terapinin yararları ortaya koyulmuştur. Bu projede, Alzheimer tanısı konmuş yaşlılarda hastalığın bilişsel, ruhsal, sosyal ve fiziksel sorunların müzik terapi çalışmasıyla ortaya çıkan değışikliğın kontrol gurubuyla karşılaştırılıp faydaları gösterilmesi planlanmaktadır (Çoban, 2005: 158). Her danışanın kişisel bilgilerin yer aldığı formlarla özelliklerine ve ilgi alanlara dikkat edilmiştir.

Şarkı söylemek doğru nefes aldirmayı gerektirmektedir. Bunun sonucu olarak, şarkı söyleyen danışanın aldığı oksijen miktarı artacak ve hasta fiziksel ve ruhsal gevşemesine yardımcı olmaktadır. Dans ve hareketlerle bir müziğe eşlik etmek; el çırparak, alkışla, ayaklarla tempo tutarak müziğe katılmak, kas gücünü arttırarak yıkım sonrası sağlam kalan beyin bölgelerine uyarı göndererek merkezi bir etki sağlamaktadır (Çoban, 2005: 120).

Her ülkenin bireyi kendi kültürüne ait müzikleri daha kolay anlar, hisseder ve bağ kurar. Yaşadığımız ülke içerisindeki Yaşlı nüfusu genellikle Türk Halk veya

Türk Sanat Müziğini sevdikleri gözlemlenmiştir. Bu durum göz önüne alınarak yapılan müzik terapi seansları daha verimli olabileceği gözlemlenmiştir. Araştırma, on altı hafta boyunca müzik terapi seanslarında Alzheimer hastalarının zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon durumlarının üzerlerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Demans- Alzheimer

2.1.1. Demans

Demans, bilişsel ve entellektüel işlevlerde azalma sonucu bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olmasıdır (Koçer, 1999). Demans unutkanlığın ön planda gittiği bir çok hastalığın genel adıdır. Demans yaşlılarda sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. En sık karşılaşılan tipi Alzheimer hastalığıdır (Cankurtaran ve Arnoğul, 2002).

Demans, daha önce öğrenilmiş bilişsel ve duygusal bilgiyi etkileyerek, kişinin sosyal, zihinsel ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirilmesini engeller.

2.1.2. Alzheimer

Alzheimer, demans'ın en sık görülen türüdür. Halk arasında bunama olarak da bilinmektedir. Beynin başta hafıza olmak üzere, tüm bilişsel fonksiyonların zaman içerisinde ilerleyerek kayba neden olan bir beyin hastalığıdır (Türk Geriatri Vakfı [TGV], 2016). Beynin belli bölgelerinde, bilinmeyen bir nedenle birtakım proteinler birikir. Bu da sinir hücreleri arasındaki bağlantıların ve beyin dokusunun kaybına neden olur (Alzheimer's Society, 2016).

Demans - Alzheimer belirtileri yavaş yavaş yıllar içerisinde daha da kötüleşen ilerleyici bir hastalıktır. Erken evrelerinde, hafıza kaybı hafiftir ancak ileri evre Alzheimer, bireylerin bir konuşma ve çevrelerine olan tepki yeteneğini kaybeder. Alzheimer hastalarının ortalama 8-10 yıl yaşadıkları bilinmektedir. Ancak hayatta kalma yaşı ve diğer sağlık koşullarına bağlı olarak, 4 yıldan 20 yıla kadar uzayabilir. Alzheimer hastalığının hiçbir tedavisi yoktur. Ancak yapılan ilaç ve tedavi yöntemleriyle hastalığın ilerleyişinin yavaşlamasına yardımcı olunabilmektedir.

Bu popülasyonun yaklaşık %6-8'inde Alzheimer hastalığı görülmekte, yaşlı orantılı olarak artış göstererek 85 yaşın üzerinde %30'lara kadar çıkmaktadır (Küçükgüçlü, 2003). Bu oran 60 yaşından sonra her beş sene bir iki katına çıkar (Selekler, 2010).

Hastalık hafıza kaybı, iletişim kurmada zorlanma ve günlük yaşam etkinlikleri gerçekleştirmek için ilerici yetersizlik ile karakterizedir. Sonuç olarak ölümcül bir hastalıktır (Lewis ve ark. 2014: 23).

Alzheimer hastalığında en sık erken belirti genellikle öğrenmeyi etkileyen beyin kısmında başlar; çünkü yeni öğrenilen bilgilerin hatırlanması güçleşir. Beyin aracılığıyla Alzheimer ilerledikçe bu yöneliminin bozukluğu, ruh hali ve davranış değişiklikleri de dahil olmak üzere, giderek daha şiddetli belirtilere yol açar. Olay, yer ve zaman hakkında kafa karışıklığına neden olur. Aile, arkadaşlar ve profesyonel bakıcılar hakkında asılsız şüpheler, daha ciddi hafıza kaybı ve davranış değişiklikleri, yutma güçlüğü ve yürüme, konuşma gibi problemler oluşur.

Türk Geriatri Vakfı'na (2016) göre Alzheimer hastaları belirli evrelerden geçer:

- 1. Erken Evre; hafif ve genellikle ihmal edilen evredir. Unutkanlık, yorgunluk, yeni bilgiler öğrenememe, sosyal davranış ve karar verme bozukluğu olur.*
- 2. Orta Evre; günlük yaşam aktivitelerinin sürmesini engelleyen problemler ortaya çıkar.*
- 3. İleri Evre; hastanın bakım verenlere tam bağımlı hale gelir, fiziksel bozukluklar da büyük gerileme olur.*

2.1.3. Alzheimer Tanısı Nasıl Konur

Alzheimer hastalığının kesin olarak tanısı ancak, hastanın beyin dokusunun, biyopsi ve otopsi alınarak incelenmesiyle patolojik olarak konulur. Fakat hastada patolojik tanıya gerek yoktur. Çünkü klinik olarak %90 oranında doğru tanı konabilmektedir. Olguların çoğunda yanlış tanı oranı azdır. Tanı problemi genellikle hastalığın erken evrelerinde, bulguların silik ve belirsiz olduğu başlangıç evresinde

yaşanır. Hekimin tanı koymak için kullandığı fizik, nörolojik ve nöropsikolojik² yöntemler vardır (Selekler, 2012: 62-63).

2.1.4. Alzheimer Hastalarında Sık Görülen Davranışsal ve Psikolojik Problemler

Selekler'in (2010: 51) anlatımına göre:

Alzheimer tipi demanslı bireylerde; en sık görülenler arasında anksiyete (kaygı, bunaltı), uykusuzluk, depresif duygu durumu, hezeyanlar, halüsinasyonlar, fiziksel saldırganlık, amaçsız dolaşma, huzursuzluk sayılabilirken daha az sıklıkla yanlış identifikasyon³, ajitasyon, disinhibisyon (uygunsuz davranışların ortaya çıkmasına engel olamama), bağırma, ağlama, küfretme, dürtü eksikliği, sürekli soru sorma görülebilir.

Alzheimerlı hastalar yakınlarına fazlasıyla huzursuzluk verir. Alzheimer hastalarında davranış bozuklukları genellikle dışardan fark edilebilir ve genellikle dışa dönük davranışlardır. Kişilik değişiklikleri demansın en erken belirtileri olabilmektedir (Cummings ve Victoroff, 1990: 58). Alzheimer hastalarının en az dörtte üçünde kişilik değişikliği olur. Erken dönemde görülebilen ve ilk belirti olabilen değişiklikler arasında ilgisizlik, kayıtsızlık (apati), disinhibisyon, dikkat bozukluğu, kolay ve çabuk sinirlenme sayılabilir (Selekler, 2012: 51). Hastalığın erken dönemlerinde depresyon ve anksiyete semptomları belirgindir. Sosyal ortamdaki çekilme ve girişkenlikte azalmanın depresyon belirtileri olarak yorumlanabileceğini ancak bu semptomları apati⁴ olarak değerlendirmenin daha doğru olacağını kabul etmek gerekir. Hastalığın orta döneminde sıklıkla paranoid yapıda olmak üzere hezeyanlar, huzursuzluk, bir aşağı bir yukarı gezinme ve ajitasyon belirgindir. Hastalığın ileri durumlarında hastalar sosyal olarak kabul edilemeyecek bir disinhibisyon, amaçsız, tekrarlayıcı davranışlar veya belirgin apati gösterirler (Eker ve Ertan, 2000).

² Nöropsikoloji: Beynin yapı ve fonksiyonlarının belirli psikolojik olaylarla olan ilişkisini anlamayı hedefleyen psikoloji dalıdır.

³ İdentifikasyon: Bir mikroorganizmanın cins ve tür adının belirlenmesi

⁴ Apati: Aşırı ilgisizlik, aldırma ve duygu kaybı gibi durumlardır.

2.1.5. Anksiyete

Anksiyete, kaygı, bunaltı, boğulma hissi, sıkıntılı durumları hissetmeye sebep olur. Nefes almada zorluk, boğuluyormuş hissine kapılma, kalp çarpıntısı, eller ve ayaklarda titreme ve aşırı terleme gibi fizyolojik belirtiler vardır. Ayrıca sıkıntı, heyecan, aniden kötü bir şey olacaktıymış hissi gibi psikolojik belirtileri vardır (Arkonaç, 1999: 36-37).

Bir çok psikiyatrik sorunla ve hastalıkla birlikte görülebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur. Demanslı bireylerde psikolojik ve ajitasyon ile birlikte gelmesi tedavisini daha da zorlaştırmaktadır.

Anksiyete, bunaltı, can sıkıntısı veya uygun olmayan heyecanı etkileyen bir endişe hali olarak tanımlanabilir. Bu durum hastalar için, normal fazlası sıkıntı ve kaygı olarak algılanabildiği gibi, gereksiz korkular, huzursuz edici saplantılar veya zorlamalar, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini tanıyamama gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, yüzde ani renk değişimleri, nefes almada zorluk, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, terleme, kızarma, soğukluk, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel semptomlar ile kendini gösterebilir. Belirtiler aniden veya giderek sıklaşarak başlayabilir (Sürmeli, 1997: 449-526).

Hasta durumunda değişikliği fark etmeyip davranışlarının normal olduğunu düşünebilmektedir. Bu durumu hastanın anksiyetesinin giderilmesine yardımcı olabilecek yöntemleri kabul etmemesine neden olmaktadır. Kabullenmedikleri ve normal olduğunu düşündükleri normal dışı davranışlar günlük hayatını etkileyebilecek bir hal alabilir.

2.1.6. Ajitasyon

Ajitasyonun tanımı Cohen-Mansfield ve Billing ilk olarak 1986 yılında yapmışlardır. Tanıma göre bireyin doğrudan konfüzyon⁵ ya da gereksinimlerinden kaynaklanmayan tüm uygunsuz sözel ya da motor becerilerindeki problemlere ajitasyon denmektedir (Cohen-Mansfield ve Billing, 1986). Uygunsuz davranışlar dört gruba ayrılmıştır. Bunlar sözel agresif, sözel agresif olmayan davranışlar,

⁵ Konfüzyon: Patolojik derecede zihin bulanıklığı, sersemlemeyi tanımlamaktadır.

fiziksel agresif davranışlar ve son olarak fiziksel agresif olmayan davranışlardır (Öcal, 2014) .

Ajitasyon, Alzheimerli hastalarda çok sık görülen bir durumdur. Hastanın uygunsuz davranışları sadece kendisini değil çevresini, yakınlarını ve bakıcılarını da etkileyebilmektedir. Ayrıca ajite olurken hasta kendine ve çevresindekilere zarar verebilir. Her hastada ajitasyonun görülme şekli farklı bir özelliğiyle ortaya çıkabilir.

Demanslı hastalarda Ajitasyonu sıklıkla tetikleyen durumlardan biri; hasta ya günbatımı sendromunun bir parçası olarak veyahut fiziksel bakım (banyo yaparken, üstünü giyerken vb.) sırasında. Çok sakin olan bir bayanın çevresine fiziksel saldırıda bulunarak veya kullanmadığı ağızına alınmayacak küfürler söyleyerek ajite olabilir.

Ajite hasta demek, çoğunlukla kaygısını, güven eksikliğini ve sıkıntılarını öfkeye dönüştürerek yansıtmadır. Hasta mahremiyet duygusunun zarar gördüğünü hissettiğinde ajite olmaya başlayabilir. Ajite olan hastalara ısrar etmeden, güven duygusunu vererek, inatlaşmayarak ve tartışmayarak ajitesinin artması önlenmelidir.

2.2. Müzik Terapi

2.2.1. Müziğin Tanımı

Müzik terimi eski Yunancadan gelir ve dünyanın her yerinde aynı anlamı taşır. “Musica”, eski Yunancada ‘mousike’ veya ‘mousai’ kelimelerinden türemiştir. Birçok araştırmacı bu kelimenin ‘muse-melek’ anlamına geldiğini savunur. Mitolojiye göre Zeus’un kızları sayılan dokuz peri kızına ‘Mousa’ (Müz) adı verilmiştir. Eski Yunanlar bu peri kızlarının tüm dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlemekle görevli olduklarına inanırlardı. Bu nedenle, günümüzde hemen hemen her dilde yer alan ‘müzik’ ya da ‘musiki’ kelimesinin bu ‘müz” kökünden geldiği kabul edilmektedir” (Çoban, 2005: 27).

İnsanların duygu ve düşüncelerini anlamlı veya anlamsız, sözlü veya sözsüz ifadelerini estetik bir bakış açısıyla kendini müzik yoluyla kendini ifade etme sanatıdır.

Platon’a göre (M.Ö. 428-347) müzik, “sesler aracılığı ile insan ruhuna anlamlı bir şekilde giren mükemmel bir sanattır. Hiçbir şey sanat kadar insanın içine işlemez” (Platon, 1985: 97). Ayrıca bir müzik teorisyeni olan ve 1749’da yazılan

ansiklopedinin müzik bölümünden sorumlu olup yazan J.J. Rousseau'ya göre (1712-1781) “Müzik, sesleri kulağa hoş gelecek şekilde düzenleme sanatıdır.” Kant'a göre (1724-1804) “Müzik, sesler aracılığıyla birbirini takip eden güzel duyguları ifade etmektir.” (Yiğitbaş, 1972: 6).

Din, dil irki cinsiyet gibi ayrımlar olmadan duygu ve düşüncelere direk olarak hitap eder. Müzik, sağlık ve psikoloji gibi alanlarda olmakla birlikte bir bilim dalıdır.

2.2.2. Müzik Terapi

Müzik terapi, bireylerin müzik aracılığıyla fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için bir terapötik ilişki içinde kullanılmasına yardımcı olan sağlık mesleğidir. Her danışanın güçlü ihtiyaçlarını değerlendirdikten sonra nitelikli müzik terapist tarafından, şarkı, hareketli ve müzik diletme gibi tedavi programı belirlenir. Tedavi olarak müzikal katılımı ile hastaların yeteneklerini güçlendirme ve yaşamlarının diğer alanlarına transfer etmesini sağlar (Amerikan Music Therapy Association [AMTA] 2016).

Müzik terapide tedavi planı hazırlanırken müziğin işlevine, kim için ve hangi soruna göre planlanacağı belirlenmelidir. Danışanın problem ve alt problemlerinin sistematik ve doğru bir işleyişle terapist tarafından yapılmalıdır. Müzik terapinin kullanımı sosyal, tıbbi ve psikolojik ihtiyaçları olan hastaları da tedavi etmek için kullanılmaktadır. Diğer tedavi yöntemleriyle birlikte müzik terapinin kullanımı danışanın tedaviye daha hızlı ve daha kolay olumlu yanıt vermesini sağlar.

Müzik terapi, çocuklar, ergenler, yetişkinler, yaşlılar, gelişimsel yetersizliği, davranışsal sorunları olan, Alzheimer rahatsızlığı, fiziksel yetersizliği olan, cinsel istismara maruz kalmış bireyler, işitme bozukluğu, duygusal rahatsızlığı olan, madde bağımlılığı, öğrenme yetersizliği, otistik, down sendromu, doğum sancısı çeken anne adayları ve rett sendromu olan bireyler faydalanabilmektedir (Ak, 2006: 223). Müzik terapi, kendilerini zor ifade eden hastalara yararlı olabilecek iletişim için yardımcı olur. Müzik terapi, araştırma gibi birçok alanda destek sağlar. İnsanların motivasyonunu artırarak genel fiziksel rehabilitasyon ve kolaylaştırıcı hareket, hastalar ve aileleri için duygusal destek sağlayan ve duyguların ifadesi için bir çıkış sağlayan tedavi yöntemidir (Amerikan Music Therapy Association [AMTA] 2016).

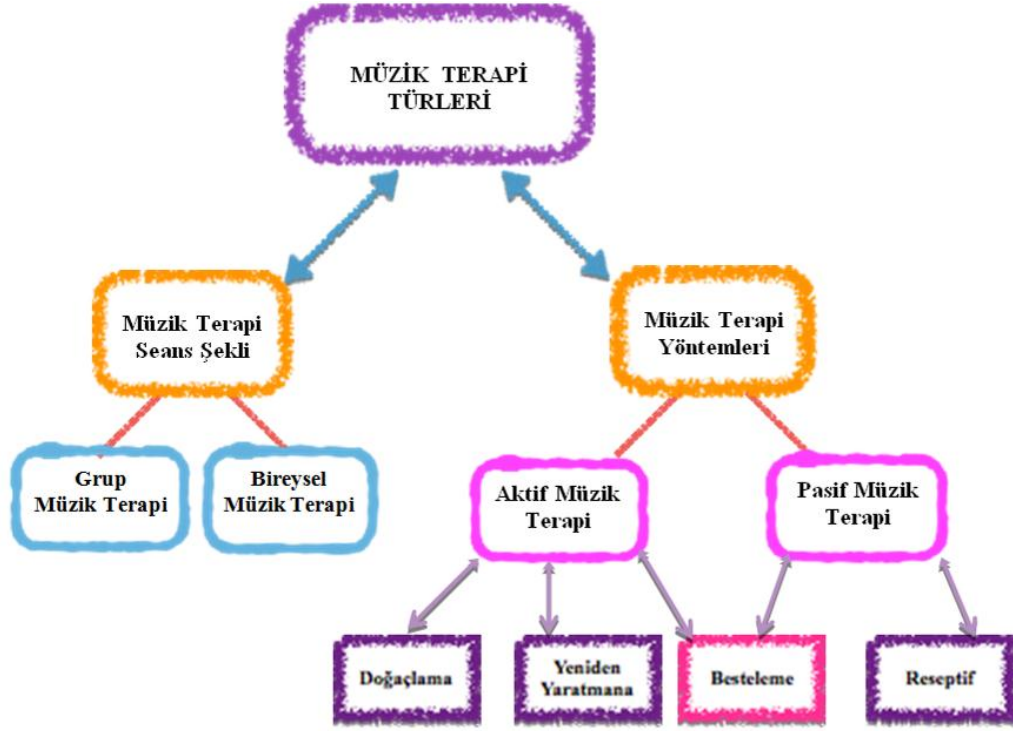
2.2.3. Müzik Terapi Yöntemleri

Müzik terapi yöntemleri deneyimlerden seçilerek dizayn edilmiştir. Her birinin içinde birden fazla varyasyon, müdahaleler hatta uygulamalar vardır. Şarkı çalışması yöntemin bir çeşididir. Dinleme başka bir çeşididir. Bu varyasyonlar bir çok açıdan benzersizdir. Danışan gelir ve bir dinleyici olarak müzik deneyimi içinde yanıt verir. Müzik terapist tarafından dört farklı yöntem giriş seviyesi ve ileri eğitimde kullanılır. Yöntem aynı olup işlem ve teknik farklıdır (Wheeler, 2015: 116). Müzikte kabul görmüş 4 farklı yöntem vardır. Bu yöntemler; doğaçlama, yeniden yaratma, besteleme ve dinlemedir (Brusia, 2016: 127). Her yöntem kendine özgü niteliklere ve çeşitliliklere sahiptir. Yöntemler, danışanların ihtiyaçlarına göre şekillenebilir.

Müzik terapi, çalışılan danışan grubuna göre bireysel müzik terapi ve grup müzik terapi olarak, ikiye ayrılabilir. Çalışmanın gerekliliklerine göre müziğin aktif veyahut pasif müzik terapi yöntemi kullanılabilir. Aktif ve pasif müzik terapi ayrı ayrı seanslarda olma zorunluluğu yoktur. Aynı seansın içerisinde kullanılabilir. Bireysel müzik terapide, danışanın ihtiyaçları kişiye özel olarak düzenlenir. Oluşturulan kişisel planla, danışan ve terapist birebir çalışma yapar. Seansın içerisinde danışanın davranış ve çalışmaya verdiği tepki terapist tarafından gözlemlenir. Müzik terapist, terapi seans planı yaparken danışanın devam etmekte veya yapmış olduğu tedavi ve diğer programlar göz önünde bulundurularak oluşturulması tedavi sürecine daha yararlı olur.

Bireysel terapi, grup çalışmalarına katılabilmek için gerekli ön koşul becerilere ve sosyal davranışlara sahip olmayan bireyler için, tek kabul edilebilir seçenektir (Çoban, 2005: 29).

Grup müzik terapisi, bireysel müzik terapiden farklı olarak benzer ihtiyaçları olan danışanlarla belli bir grup içerisinde ortak amaçlar çerçevesinde yapılan çalışmadır. Her hastayla tek tek ilgilenmek yerine grup için bireysel gözlem daha yüzeysel, grup uyumu ve bütünü daha ön planda olur. Bireysel terapiye göre daha genel ve yüzeyseldir.



Şekil 2.1: Müzik Terapi Türleri

2.2.3.1. Aktif Müzik Terapi

Aktif müzik terapi; hastaların müzik aletlerini, vücutlarını, seslerini kullanarak ve müzik deneyimlerini anlatmaya teşvik edilerek yapılan tedavi yöntemidir (Stanczyk, 2011:18). Aktif müzik terapide bireyin veya grubun müzik yapması ya da müzik yaratmasına yardımcı olarak müziğin içinde olması sağlanır. Ayrıca aktif müzik terapinin bir başka yolu da müzik ritmine uyularak yapılan dandır (Gençel, 2006).

Aktif tedavideki müzikle beraber kullanılan ritmik hareketlerin amacı bedeni, ruhsal ve fiziksel yönden geliştirmek ve korumaktır. Hastalara uygulanan ritim çalışmaları ile kas katılığı, eklem rahatsızlığı, denge bozukluğu, isteklendirme eksikliği gibi rahatsızlıklarda olumlu sonuçlar ortaya konmaktadır (Gençel, 2006).

Danışan duygu ve düşüncelerini seans süresi içerisinde aktif bir şekilde kullanır. İhtiyaçları doğrultusunda terapist tarafından yönlendirilen danışanlar, fiziksel problem gibi durumlarda aktif müzik terapi hastaların iyileşmesine katkı sağlar. Fizik tedavi veya buna benzer çalışmalarla eş zamanlı terapi iyileşme sürecini hızlandırabilir.

2.2.3.2. Pasif Müzik Terapi

Pasif müzik terapi, geleneksel Türk müzik terapide en çok kullanılan yöntemdir. Pasif müzik terapi, danışan daha çok dinleyici pozisyonunda ve terapistin yönlendirmesiyle yapılır. Terapist tarafından canlı veya kayıttan müzik dinletilerek yapılır. Dinletilen müzik kişiye özel hedefler doğrultusunda seçilmesi, danışanın tedavisini doğru amaçlara ulaştırır.

Bu teknikte hasta, bir seans boyunca geniş ve rahatlatıcı müzikler dinletilir. Terapiye katılan kişilerden, dinletilen müziğe tamamen konsantre olmaları ve kendilerini müziğin akışına bırakmaları istenir (Groke ve Wigram, 2007: 45-48). Amaç zihnin, düşünce ve sıkıntı gibi etkenlerden uzaklaştırmak, bireyleri rahatlatma ve güven kazanmalarına yardımcı olmaktır (Kabul, 2012).

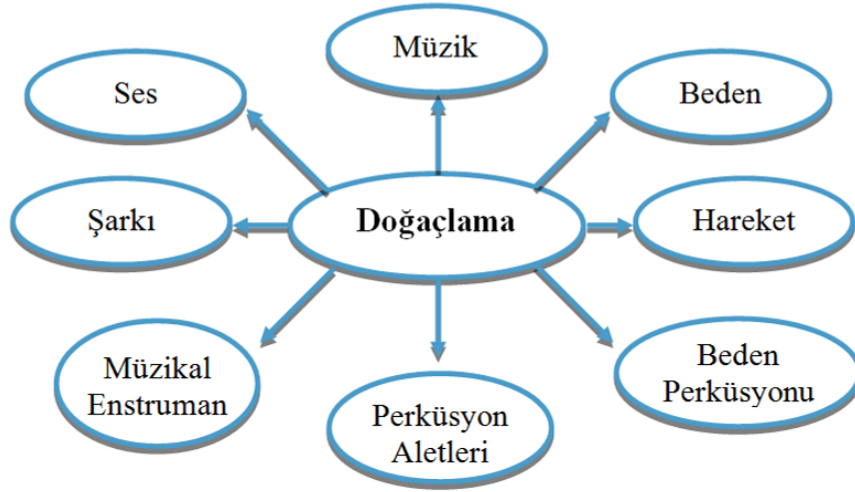
Pasif müzik terapinin birbirinden farklı yöntemi ve amacı vardır. Bu amaçlar doğrultusunda seanslar gerçekleştirilmelidir.

2.2.4. Müzik Terapide Temel Yöntemler

2.2.4.1. Doğaçlama Müzik Terapi (Improvisation Music Therapy)

Müzik terapi yöntemi olarak doğaçlama, bir doğaçlama performansı ile aynı özelliklere sahiptir. Ancak neden ve ne için müzik yaratmak ve çalmak arasında belirgin farklar vardır. Doğaçlama müzik terapisi, hastanın seslerini, vücutlarını, enstrümanları veya farklı objeleri kullanarak spontane bir şekilde müzik yapar. Hasta terapötik amaçlara bağlı olarak terapist ile, diğer hastalarla veya tek başına doğaçlama yapabilir. Hasta serbestçe doğaçlama müzik yapabilir veya müzik terapist tarafından özel müzikal talimatlara göre yapabilir.

Hazırlıksız müzik yaratılması fiziksel hareketleri düzenlemekte, yeni fikirleri bulmakta, estetik deneyime sahip olmakta, başkalarıyla iletişime girmekte ve duyguları geliştirmekte hastalara yardımcı olur (Wheeler, 2015: 117). Bu model müziğin bilinçaltını ortaya çıkarmasına yol açar. Müzikal kurallar olmaksızın doğaçlama olarak yapılan müziğin kişinin karakter ve benliğinin ifadesi olacağı kabul edilmiştir. Organize olmamış sesler kullanılarak oluşturulan müzikal tınılar terapist ve danışana özgürlük alanı açar (Wagner, 2002: 131-132).



Özgür Doğaçlama —————> Yapısal Doğaçlama

Şekil 2.2: Müzik Terapi’de Doğaçlama

Doğaçlama yaparken hasta tarafından talep edilmedikçe terapist, müzikal kurallar, kısıtlamalar, yön veya yönergeleri uygulamaz.

2.2.4.2. Reseptif Müzik Terapi (Receptive Music Therapy)

Reseptif müzik tecrübeleri, hastanın şu eylemlerini tanımlar:

Reseptif müzik tecrübeleri danışanın dinlediği herhangi bir tarz müziğe - ki bu bir canlı performans olabilir, bir ticari kayıt olabilir, terapistin veya hastanın icra ettiği herhangi bir tarzda (rock, jazz, klasik, dini, modern, popüler vb.) bir müzik olabilir - binaen ortaya koyduğu tepkiler olarak ifade edilebilir. Bu dinleme müziğin fiziksel, ruhsal, entelektüel, estetik veya ruhsal yönlerine odaklı olabilir. Hastaya dinletilen müzik, terapinin ihtiyaçlarına yönelik tasarlanmıştır (Bruscia, 1998:121).

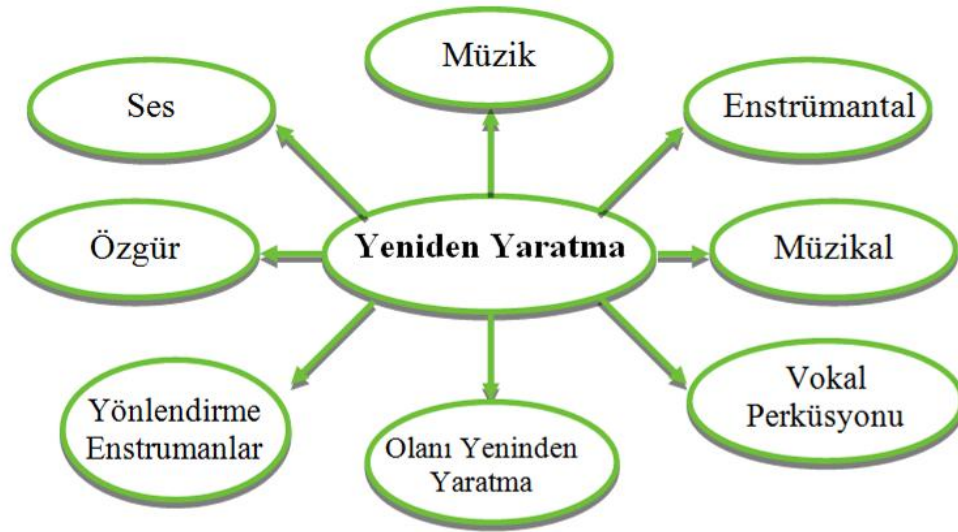
Reseptif metodunda danışan, müziği dinler ve deneyime pasif, sözel veya diğer yöntemlerle tepki verir. Müziği dinleyip algılayabilecek seviyede dikkat kabiliyetleri ve alıcılıkları olan danışanlar, dinleme deneyimleri için ilk sıradaki adaylardır (Brusia, 2014: 135). Bedensel dinleme, ağrı kontrolü, gevşeme, bilinçdışı dinleme, uyarıcı dinleme, ritme uyumlu dinleme, algısal dinleme, hareketli dinleme, hatırlama, geriye gitme, müzikle tetiklenen anımsama, iletişim, imgelemesel dinleme gibi farklı varyasyonları vardır (Brusia, 2014: 135).

2.2.4.3. Yeniden Yaratma Müzik Terapi (Re - Creative Music Therapy)

Daha önceden bestelenmiş müziği öğrenir, söyler, çalar, icra eder veya bir model olarak sunulan her türlü müziği yeniden yaratır. Ayrıca, danışanın özel olarak tanımlanan rol ve davranışları sergilediği müzik aktiviteleri ve oyunları da bu metodun kullanımları arasındadır. Yeniden yaratma bir müzikal ürünün herhangi bir parçasını veya tümünü yorumlamayı, yeniden üretimini, gerçekleştirmeyi veya yorumlamayı dinleyiciyle veya dinleyici olmadan yapmayı içinde barındıran geniş bir terimdir (Brusia, 2014: 132).

Belirli beceri ve davranışları geliştirmek için düzene ihtiyaç duyan danışanlar için yeniden yaratma deneyimi için öncelikli adaylardır. Yeniden yaratma, danışanların zorluklara rağmen kendi duygularını yaşamalarına yardım eder (Brusia, 2014: 132).

Yeniden yaratmada, enstrümantal, vokal, müzikal, oyun veya etkinliklerle yapılabilir. Yeniden yaratma kullanılırken danışan tamamen özgür olabilirken bazı durumlarda terapistin komutlarına göre hareket eder.



Şekil 2.3: Müzik Terapi’de Yeniden Yaratma

2.2.4.4. Besteleme Müzik Terapi (Composition Music Therapy)

Besteleme yöntemi danışan tarafında katılımı farklı bir türü içerdiğinden reseptif (alıcı) yöntemlerinden farklıdır. Sürece dahil olan bir danışan ister tek tek veya grubun bir parçası olarak, fikirler, fanteziler, lirik bir yapı olarak vb. kişisel görüşleri içinde deneyim oluştururlar. Danışanın yeteneklerini düzenlemek, problem çözmek, sorumluluk almak ve iletişim besteleme süreçleri ve ürünleri ile hedeflenebilir (Bruscia, 2014: 133). Terapötik temalar ele alınmasıyla ortaya çıkar. Örneğin terapist, armonik bir eşlik yaparken danışan, melodiyi basit bir çubuk enstrüman üzerinden üretebilir ya da terapist, danışanın birlikte icra edeceği melodiyi veya armoniyi bestelerken danışan, şarkı sözü yaratabilir (Bruscia, 2016: 133).

Bu yöntemin varyasyonları enstrümantal besteleme, müzik düzenleme ve şarkı yazımı kullanılır. Çünkü popüler şarkı kültürü her yerde ve her yaşta bulunur; radyoda, televizyonda ve internette hastalar erişilebilir. Bireysel ve grup halinde, hastalar sıfırdan bir şarkı yazabilir veya var olan bir şarkıya yeniden söz ve / veya buna göre müzikal elementleri değiştirerek hazır bir şarkı yapısını, dönüştürebilir. Terapistin rolü besteleme sürecinde teknik yardım sağlamaktır. Terapist bir grup tanıyarak ve onların ortak amaca ve yaratıcı süreç içinde ortaya çıkabilecek farklılıkları uzlaştırarak üyelerine yardım, kolaylaştırıcı ve arabulucu olarak hizmet vermektedir (Wheeler, 2015: 118).

2.2.5. Türklerde Müzik Terapi

2.2.5.1. Orta - Asya Türklerinde Müzik Terapi

Türklerde müzik, Türk tarihi kadar eskiye gitmektedir. Bazı tarihçi ve müzikologlar en az 6000 yıldan beri devam eden bir Türk Müziği tarihinden bahsetmektedirler. Müzik, sadece zevk, neşe, eğlence, aşk ve hüznün değildir. Devlet, millet birliğini oluşturan; savaşta orduya yürüyüş ve hareketini düzenleyen de ses ve ritimdir. Şamanlar ayin, fal, sihir ve tedavide davul kullanıyorlardı. Baksa çok eski şamanların bugüne kadar gelen örneklerdendir. İlkel topluluk üzerine şaman korku ve saygı uyandırıyorlardı. İslam dininin etkisiyle birlikte Baksa “baksı” adını almıştır (Ak, 2006: 97). Saz ve kopuz gibi müzik aletleri aynı zamanda tedavi, sakinleştirme, güç verme ve toplulukta birlik duygusunu arttırmaya yardımcı olan enstrümanlardır (Çoban, 2005: 41).

Asya kökeninde Türk Müziğine bakıldığında, en eski beş sesli (Pentatonik) sistem olduğu görülmektedir. Hala Asya Türk bölgelerinde koray, sızgı, dombra, dutar gibi enstrümanlarla beş sesli sistem kullanılmaktadır (Ak, 2006: 106).

2.2.5.2. İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi

İslam tarihinde, özellikle tasavvuf mensupları (sufiler) müzikle uğraşmış, kullanmış ve savunmuşlardır. Müzikle tedavi hakkında sufiler, müziğin insan üzerindeki etkilerden ve gerekliliğinden bahsetmişlerdir. (Ak, 2006:127).

Pythagore, Aristo, Zekeriya er-Razi (954-932), Farabi (870-970) ve İbn-i Sina (980-1037) gibi filozofların hekim ve müzikolog oldukları görülmektedir. Selçuklu ve Osmanlı hastanelerinde bu geleneğin devam ettiği görülmektedir (Ak, 2006:128). Selçuklu ve Osmanlı döneminde müzik terapinin izleri görülmektedir. Dünyaca ünlü Türk bilgini Ebru Nasr Farabi (870-950), müziğin insan bedenine ve ruhuna etkisini incelemiştir. Farabının en büyük özelliklerinden biri kanun enstrümanını icat etmiş olmasıdır (Çoban, 2005: 43). Farabi, Musikiu-1 - Kebir adlı eserinde musikinin ve astronomi ile olan ilişkisini açıklamaya çalışmıştır (Ak, 2006: 132-135).

Farabi'ye göre makamların ruha olan etkisi şöyle sınıflandırılmıştır.

- Rast makamı: İnsana sefa (neşe-huzur) verir.
- Rehavi makamı: İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir.
- Kuçek makamı: İnsana hüzün ve elem verir.
- Büzürk makamı: İnsana havf (korku) verir.
- Isfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
- Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
- Uşşak makamı: İnsana gülme hissi verir.
- Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.
- Saba makamı: İnsana cesaret, kuvvet verir.
- Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.
- Hüseyni makamı: İnsana sükunet, rahatlık verir.
- Hicaz makamı: İnsana tevazu (alçakgönüllülük) verir.

Farabi makamların psikolojik etkilerini de bir cetvel haline getirmiştir:

- Rehavi makamı: Subh-i kazip (yalancı sabah) etkili
- Hüseyni makamı: Subh-i sadık (sabahleyin) etkili
- Rast makamı: Güneş iki mızrak boyu yükselince etkili

- Buselik makamı: Vakt-1 duha (kuşlukta) etkili
- Zirgüle makamı: Nısf-ı nehar (öğleyin) etkili
- Uşşak makamı: Vakt-1 zuhur (öğleyin) etkili
- Hicaz makamı: Beyne's-salaveteyn (ikindi) etkili
- Irak makamı: Vakt-1 asır (akşam üstü) etkili
- Isfahan makamı: Vakt-1 gurub (gün batarken) etkili
- Neva makamı: Akşam vakti etkili
- Büzürk makamı: Vakt-1 işa (yatsıdan sonra) etkili
- Zirefked makamı: Vakt-1 nevm (uyku zamanı) etkili

Büyük islam bilgin ve filozoflarından İbn-i Sina (980-1037), musikinin tıpta oynadığı rolü şöyle tanımlamaktadır: *"...tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri, hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele için cesaret vermek, ona en iyi musikiyi dinletmek, onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir..."*

İbn-i Sina, Farabi'nin eserlerinden çok yaralandığını ve hatta musikiyi de ondan öğrenerek Tıp mesleğinde uygulamaya koyduğunu söylemektedir. Arapça yazdığı Kitab'ül necat ve Kitab'ül Şifa'daki oniki fasıl tamamen musikiye ayrılmış olduğundan, bu kısım Baron Rodolph Dearlangar tarafından Fransızca olarak 'La musique Arap' adıyla yayınlanmıştır (Ak, 2006: 132-135).

2.2.5.3. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi

Türklerde ilk önemli müzik tedavi Selçuklu ve Osmanlı Devleti zamanında görülmektedir. Selçuklu döneminde; 1154 yılında Nureddin Hastanesi, 1206 yılında Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi, 1228-1229 yılında Divriği Ulu Camii Darüşşifası, 1308 yılında Amasya Darüşşifası, 1470 yılında Fatih Darüşşifası, 1488 yılında Edirne II. Beyazıd Darüşşifası ve 1557 yılında Süleymaniye Tıp Medresesi müzikle tedavi olarak kullanıldığı yerlerdir. Osmanlı döneminde bu hastanelerde müzikle tedavi devam etmiştir (Erer ve Atıcı, 2010: 29-32).

Orta Asya'da Anadolu öncesinde "baksı" adı verilen şamanlar tarafından yapılmaktadır. Osmanlı Türklerinin Şam, Kahire ve Bursa'da kurdukları hastanelerde, akıl hastalarını ilaç, meşguliyet ve müzikle tedavi ediyorlardı. Şam da 1154 yılında Türk Atabegi Nureddin Zengi tarafından tesis edilen hastanede, akıl hastalarının müzikle tedavi edildiğinden bahsedilir. 17. yüzyılda bile, bu hastanede

müzikle tedavinin devam ettiğini Evliya Çelebi'nin notlarında yazmaktadır (Çoban, 2005: 47).

Gerek Selçuklu gerekse Memluklu ve Osmanlı devirlerindeki hastanelerde de akıl hastalarının müzikle, ilaçla tıbbi olarak tedavisi de bu eski klasik İslam psikiyatrisinin esaslarına dayanır (Ak, 2006: 123-142).

2.3. Müzik Terapinin Etkileri

Müzik terapi; kalp hızını, kan basıncını, vücut sıcaklığını, uykusuzluğu, hastaların yaşam kalitesini düzenleyen önemli bir terapotik bir yöntemdir (Lafçı 2009). Bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu olumlu yönde arttırmasına, insanların sosyal ilişkileri geliştirmesine, güven duygusuna, anksiyete-stresi azaltılmasına, bireyin daha mutlu ve daha uyumlu olmasına ve rahatlamayı öğretmesine yardımcı olması açısından önem taşımaktadır (Bilgiç, 2015). Duygusal ve davranışsal rahatsızlığının giderilmesinde, rahatlama ve gevşemenin arttırılmasında, tedaviyle ilgili sorunların azaltılmasında, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Li ve ark. 2011; Bilgiç, 2015: 13-15). Müzik, otonom sinir sistemini etkileyerek, ağrının kontrol edilmesinde önemli rol oynayan endorfinlerin salgılanmasını arttırır. Böylece ağrının daha az algılanmasını sağlar ve analjezik ilaçlara duyulan gereksinimini azaltabilir (Kabul, 2012; Araç, 2012; Bilgiç, 2015: 14).

2.3.1. Müzik Terapinin Alzheimerli Birey İçin Önemi

Müzik terapi Alzheimer hastalarında doğru kullanıldığında, ruh ve stres kaynaklı ajitasyonu yönetmeye, olumlu etkileşimlere teşvik etmeye, kognitif fonksiyonu kolaylaştırmaya ve motor hareketlerini koordine etmeye yardımcı olur (Alzheimer's Foundation of America [AFA], 2016).

İşitsel ritmik ipuçları doğrudan beynin motor merkezi tarafından etkilenecek yanıtlanır. Müzik yapmak hastanın yeteneği, özellikle ritim çalma ve söyleme geç hastalık süresinde bozulmadan kalır. Çünkü, bu faaliyetlerde başarı için bilişsel işleyişi gerekli değildir.

Alzheimerli bireyler genellikle hayal kırıklığı dışında ajite olmak, duygusal aşırı yüklenme ve çevresel uyaranlara yetersizlik gibi durumlar için; şarkı, ritim çalmadan, fiziksel egzersiz ve diğer yapılandırılmış müzik etkileri ile davranışları ve

dikkatleri yönlendirilebilir. Hastaların davranışlarının en ideal seviyedeiken yapılan çalışma olumlu hedeflere daha kolay ulaşılmasını sağlar.

En iyi sonuçlar için dikkatli bir şekilde yıkıcı davranışları ortaya çıkmadan önceki saatlerde müzik terapi kullanımı, hastaların gelişimlerini gözlemlemeye yardımcı olmaktadır (Alzheimer's Foundation of America [AFA], 2016).

Erken evrede, dans, kişinin geçmişini hatırlatacak şarkılar dinletmek, enstruman kullandırmak algısal değişikliklerle bireylere fayda sağlar. Orta evrede, enstruman çalmak, şarkılarla birlikte hareket etmek, fon müziği kullanmak ruhu geliştirmeye yardımcı olur. İleri evrede, rahatlık hissini sağlamak için yatıştırıcı müzik kullanılabilir. Davul veya diğer ritim aletleriyle faaliyetler, hastanın geçmişinde önemli olan şarkıları dinletmek, duygu kontrolü sağlamaya yardımcı olabilmektedir (Alzheimer's Foundation of America [AFA], 2016).

2.4. Müzik Terapi Süreci

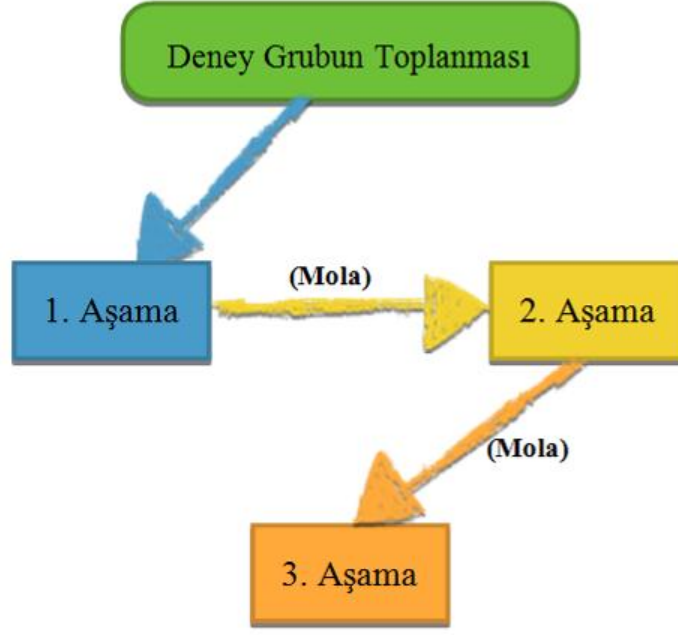
2.4.1. Çalışmada Müzik Terapi Süreci

Terapi Seansları 16 hafta olacak şekilde hafta bir gün 45 dakika olarak planlanıp uygulandı. Her bir seans 3 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar sırasıyla;

1. Aşama: 20 dakika doğaçlama yöntemi kullanılarak ritim, grup uyumu, dikkat ve şarkı besteleme

2. Aşama: Toplamda 20 dakika boyunca; 10 dakika basit şarkılardan oluşan şarkı söyleme, doğru nefes kullanımı ve ajitasyon kontrolü sağlama, 10 dakika dans ve beden hareketlerini kullanarak fiziksel destek ve motivasyonu arttırmak

3. Aşama: 5 dakika rahatlama ve dinlenme amacıyla pasif müzik terapi uygulaması



Şekil 2.4: Bir Seansın Planı

2.4.2. Çalışmada Bir Seans İçeriği/İşleyişi

İlk aşama, davullarla çok fazla güç kullanmadan kaba motor becerilerini kuvvetlendirmek için doğaçlama ritim çalışmaları yapıldı. Yapılan davul çalışmasıyla birlikte dikkat ev algı seviyelerini üst düzeyde tutmaya destek olması amaçlandı. Ritim çalışmasının üzerine doğaçlama sözlerden oluşana hatırlamalarına ve akılla tutmalarına destek olacak şarkılar söylendi. Söylenen şarkılar ve ritim çalışmaları 16 haftaya bölünerek aşama aşama zorlaştırılarak, kalın motor becerilerinden ince motor becerisine, Kısa süreli hatırlamadan uzun süreli hatırlamaya yardımcı olacak şekilde yapıldı. Başlangıçta, danışanların çoğu araçlarını kullanmak için isteksizdi ancak, sonradan diğer danışanların katılımlarını gördükçe katılmayan bütün hastalar katılmaya başladı.

İkinci aşama, bir müziğe eşlik ederek; el çırparak, alkışla, ayaklarla tempo tutarak, kas gücünü arttırarak, yıkım sonrası sağlam kalan beyin bölgelerine uyarı göndererek merkezi bir etki sağlanmaya çalışıldı. Hastaların sevebileceği parçalar göz önüne alarak Türk Sanat Müziğinden telaffuzları zorlamadan daha kolay söyleyebileceği parçalar seçildi. Parçalar Bilgisayar ortamından verilerek sözleri duyularak söylenmeleri sağlandı. Konuşma becerilerinin ve ajitasyon kontrolü için şarkı söyleme çalışmasına ağırlık verildi. Öğretilen şarkılar haftalara bölünerek araştırmacının gitarla eşlik etmeye başlaması ve ardından sadece gitar kullanarak

hastalara sadece söylenmesi sağlandı. Şarkı söylemek doğru nefes aldırmağı gerektirdiği için nefes kontrolüne yardımcı oldu. Bazen danışanların mőzikle uyum içinde hareket ve dans etmelerine engel olmadan özgőrce hareket etmelerine izin verildi.

Őüçüncü aşama, son aşamada yapılan çalışmaların etkisini atmak ve dinlenmeyi sağlamak amaçlı pasif mőzik terapi yapıldı. Bilgisayar ortamından pasif terapiye uygun olan Şarkı dinletildi ve uzman ile birlikte nefes çalışması yapılarak çalışma sonlandırıldı. Alzheimer tanısı almış bireylerde, özellikle ajite ve anksiyetesi yüksek olmasından dolayı son çalışma çok zor bir Şekilde yapıldı.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, huzurevinde yaşayan demans - alzheimer tanısı almış yaşlılarla farklı müzik terapi uygulamaların zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon etkilerini belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Maltepe ve Kartal ilçelerinde bulunan Avrasya Huzurevinde 18 Nisan - 8 Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul, Kartal ve Maltepe ilçelerindeki Avrasya Huzurevi'nde kalan Alzheimerlı yaşlı birey oluşturdu. Örneklemi ise bu evren içerisinde araştırma kriterlerine uyan toplamda 30 başlangıç ve orta seviyedeki Alzheimerlı bireyler oluşturdu.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Sözel iletişim kurabilme,
Demans - Alzheimer tanısı almış olmak,
Demans - Alzheimer hastalık derecesi başlangıç veya orta seviyede olması,

3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Çalışmanın yapıldığı süre içerisinde çalışmaya alınma kriterlerine uygunluk durumu bozulan ve çalışmadan ayrılmak isteyen Alzheimerlı hastalar çalışmadan çıkarılacaktı ancak, böyle bir vaka olmadığından çalışma örnekleme alınan tüm hastalarla tamamlandı.

3.4. Araştırmanın Hipotezi

H0: Huzurevinde kalan Alzheimer tanısı almış hastalarla 16 hafta boyunca haftada bir defa 45 dakika yapılan farklı mzık terapi alışmaları CMAI, FBI, STMS, BAI ve CSDD leklerinden alacağı puanı çoğaltır.

H1: Huzurevinde kalan Alzheimer tanısı almış hastalarla 16 hafta boyunca haftada bir defa 45 dakika yapılan farklı mzık terapi alışmaları CMAI, FBI, STMS, BAI ve CSDD leklerinden alacağı puanı azaltır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Huzurevinde kalan Alzheimer tanısı almış yaşlılar araştırmanın bağımlı değişkeni, mzık terapi ise araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Avrasya Huzurevinde rneklem kriterlerine uygun Alzheimerlı yaşlı birey sayısının az olması ve araştırmanın yapıldığı ilde çalışmayı kabul eden tek bir huzurevinde gerçekleştirilmesi araştırmanın kısıtlılığıdır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatr taranarak oluşturulan yaşlı bireylerin demografik özellikleri, mzık ile olan ilgileri ve huzurevindeki hayatlarına ilişkin bilgi edinmeye yönelik ‘‘Bilgi Formu’’, psikolojik durumlarına ilişkin veri elde etmek için ‘‘Cornel Demansta Depresyon leği (CSDD)’’, ‘‘Beck Anksiyete leği (BAI), Frontal Davranışsal Envanteri (FBI), Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri (CMAI), mzık CD’si, CD alar ve mzık enstrmanları kullanıldı.

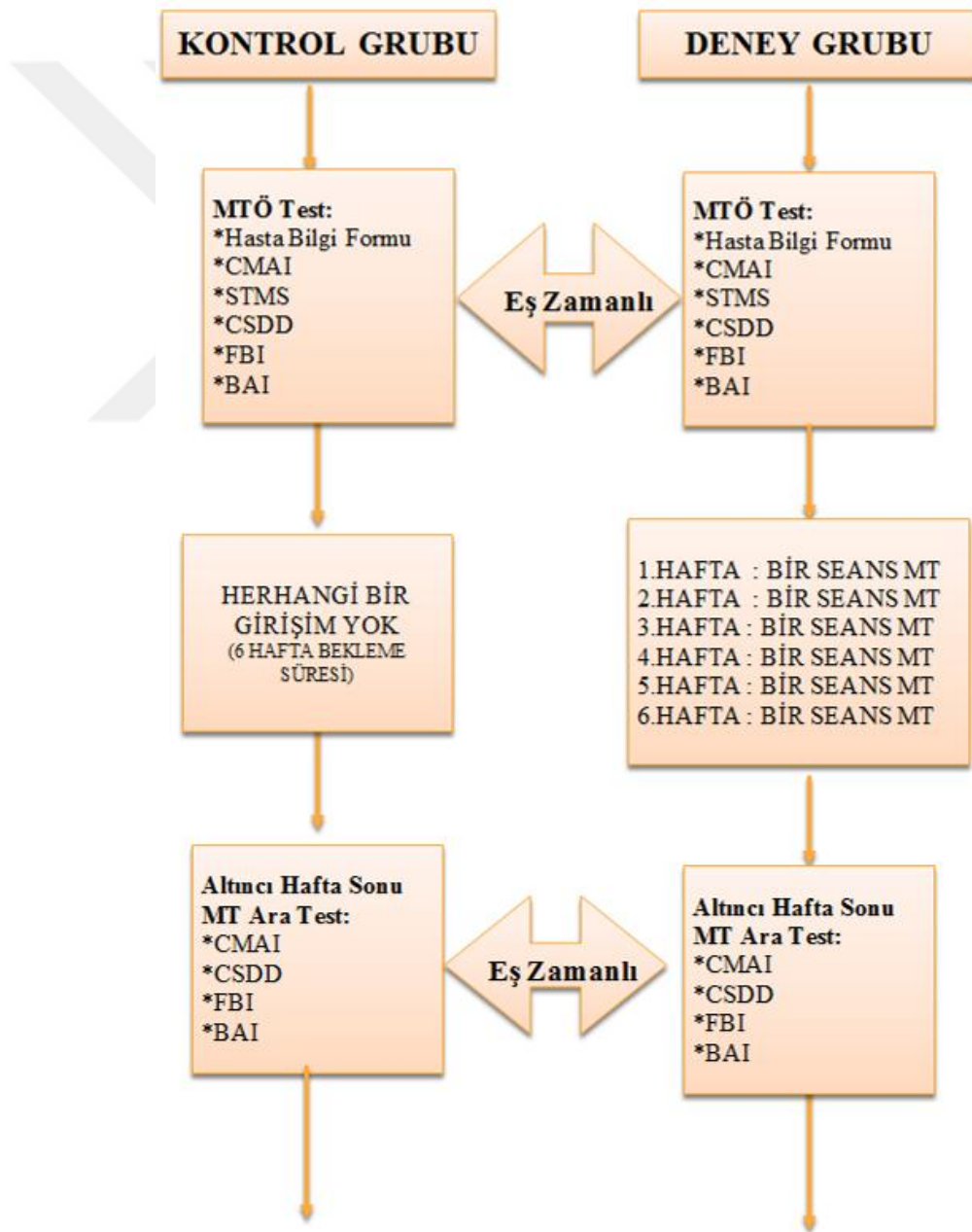
3.7.1. Kontrol Grubu Verilerinin Toplanması

Araştırma kriterlerine uyan Kontrol grubu danışanlara, ilk grşmede ön test uygulanmıştır. Kontrol grubu ön test verilerinin toplanmasından 6, 12 ve 16. haftalarda testler tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır. Veri toplama sırasında hastalardan birinin ölmesi sebebiyle bir hastadan son test verileri toplanamamıştır. Çalışmanın son 4. test döneminde ölmesi olmasından dolayı yerine

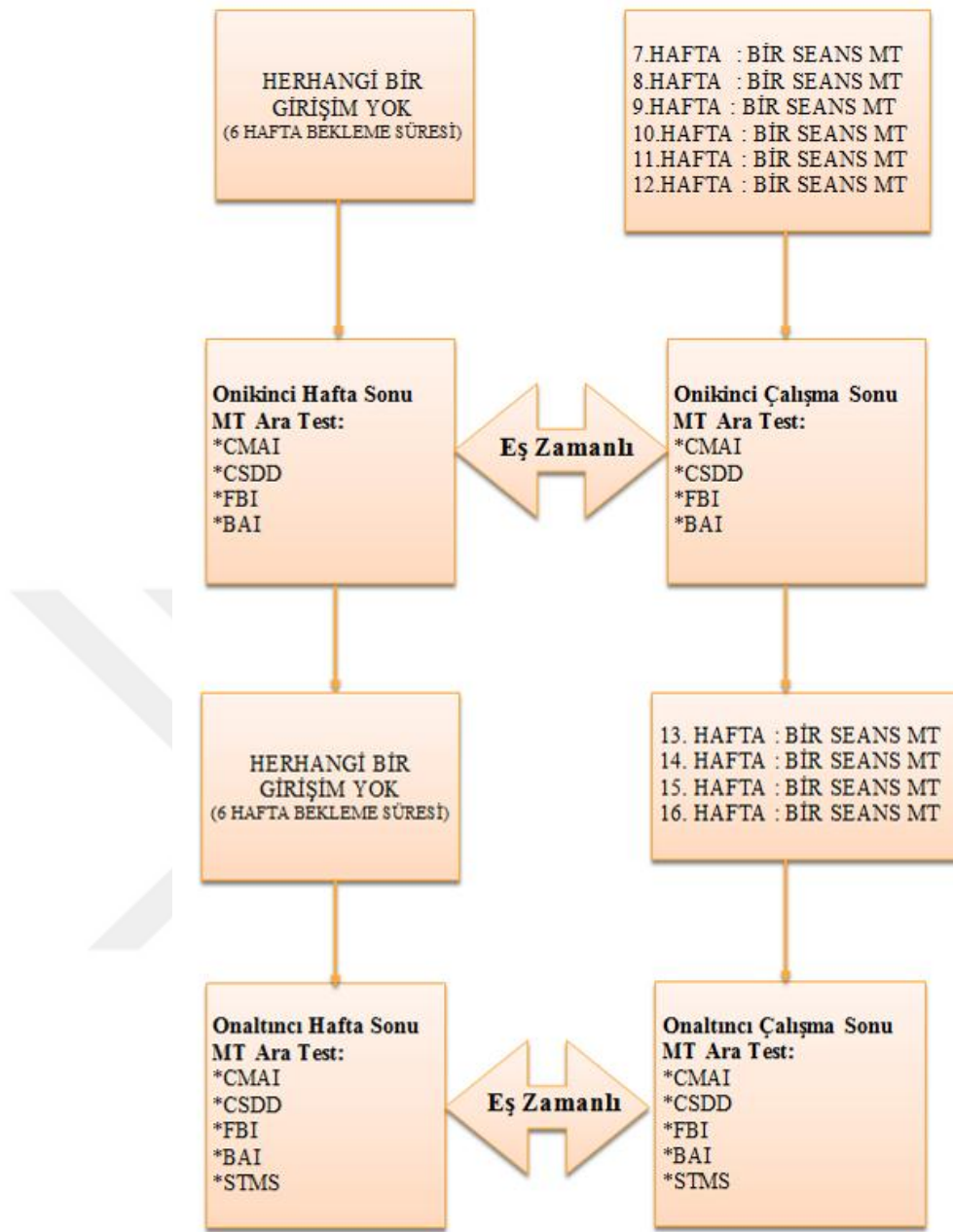
yeni hasta koyulamamıştır. Bu durumdan dolayı kontrol grubu 14 hasta ile tamamlanmıştır.

3.7.2. Deney Grubu Verilerinin Toplanması

Araştırma kriterlerine uyan Deney grubu danışanlara, ilk görüşmede ön test uygulanmıştır. Deney grubu ön test verilerinin toplanmasından 6, 12 ve 16. haftalarda testler tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır. Deney grubundan çalışmaya 15 hasta dahil edilmiştir. Dahil edilen danışanlar ile çalışma tamamlanmıştır.



Şekil 2.5: Araştırma Planı



Şekil 2.5 (Devam): Araştırma Planı

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur. Sorular: Alzheimerli bireylerin demografik özellikleri, müzik ile olan ilgileri ve huzurevindeki yaşamlarına ilişkindir. Kullanılan bilgiler çalışmanın planlanmasına yön vermesi için hazırlanmıştır.

3.8.2. Kısa Mental Durum Muayenesi

Yaşlılık ve demans alanının önemli Türk araştırmacısı Dr. Emre Kökmen'in Mayo Klinik'te kısa ve kullanışlı kognitif tarama aracı olarak geliştirilmiştir. Bellek ve dikkat dışında, soyutlama, hesaplama gibi kognitif alanlara da yer verilmektedir. Bir en kötü olmak üzere toplamda 38 puandır. Erken Alzheimer hastalığının teşhisinde avantajlı olabilir. Dezavantaj olarak ise dil maddelerine yer verilmemiş olmasıdır (Gürvit ve Baran, 2007). Çalışma içerisinde hastalarının MTÖ ve MTS kognitif durumlarının ölçülerek Alzheimer derecesini takip etmek amacıyla kullanılmıştır.

3.8.3. Frontal Davranış Envanteri (FBI)

Fronto - temporal demans kognitif olarak bir yürütücü işlev bozukluğu çekirdekli bir nöropsikolojik profil sergilerken kişilik değişikliği ve diğer davranışsal bozukluklar tablonun asli ve sıklıkla ağırlıklı parçasıdır. Bu demansa özgü değişiklikleri nicel olarak belirleyip başta Alzheimer tipi demans olmak üzere diğer demans sendromlarının güvenle ayırabilen bir ölçek FTD tanı duyarlılığını da arttırabilirdi. FTD araştırmalarının önde gelen isimlerinden Andrew Kertesz ve arkadaşları, bu alandaki boşluğu doldurmak üzere Frontal Davranışsal Envanter adını verdiği ölçeği geliştirdiler. Kertesz'in ekibi ilk çalışmalarını izleyen bir çalışmada, diskriminan analizle FBI'ın FTD'li hastaları, diğer demans gruplarının varlığında %92.7 kesinlikte doğru sınıflandırdığını buldular (Gürvit ve Baran, 2007).

Ölçek toplam 24 maddede toplanan sorulardan oluşur. Birinci sayfasında bulunan 10 soruya verilen cevaplar motivasyon kaybıyla ilintilidir ve toplamları "negatif davranış skoru"nu oluşturur. İkinci sayfada bulunan 14 soru ise disinhibisyon ve uygunsuz davranışlarla ilişkilidir ve toplamları "disinhibisyon" skorunu belirler. Her iki alt skorun toplamı ise FBI skoru olarak puanlanır. Her bir cevap, 0=yok ila hafif, orta ve ağıra karşılık gelecek şekilde 1, 2 veya 3 olarak derecelendirilir. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Akça-Kalem Ş, Hanağası H, Kertesz A ve Gürvit H. tarafından gerçekleştirilmiştir (Gürvit ve Baran, 2007).

3.8.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAI)

Bu çalışmada, BAE de anksiyete ve depresyon gruplarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. BAE, Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlanması Ulusoy ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Tunay, Soygut, 2009: 68-74).

3.8.5. Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri – CMAI

Demanslı - Alzheimerli hastalarda ajite olma durumu çok yüksektir. Bu envanter demanslı hastalarda ajitasyon davranışını ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Özellikle bakımevleri ortamında gözlem ve tedavinin gelişimini gözlemlemeye yardımcı bir ölçektir. Hasta yakınlarından, bakıcılarından, hemşirelerinden veya psikoloğunun ajite davranışla ilgili 29 soruyu cevaplamaları ve 7 puanlık bir şiddet üzerinden derecelendirmeleri istenmektedir. (0= hiç bir zamandan, 7= her saat defalarcaya kadar). Özellikle dil bozukluğu olan demanslı hastalarda faydalı bulunmaktadır.

Türkçe uyarlaması E. Tuğba ÖZEL KIZIL, Gülbahar BAFİTU Seyda ERDOĞAN, Direnç SAKARYA, Nazlı DURMAZ tarafından gerçekleştirilmiştir. Geçerlilik - güvenilirlik çalışması Özal ve Demircioğlu tarafından gerçekleştirilmiştir (Gürvit ve Baran, 2007).

Bu araştırmada hastaların ajitasyon durumunu hangi seviyede olduğunu ve seyircinin hangi yönde ilerlediğini takip etmek amacıyla seçilmiştir.

3.8.6. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği – CSDD

Her insanda görülebilen depresyon, demans - Alzheimerli bireylerde bu durum daha da fazla artmaktadır. Demansta karşılaşılan depresyonu ölçmek için kullanılan ölçektir. Hastaların müzik terapi öncesi, çalışma süresince ve müzik terapi sonrasında psikolojik durumlarını gözlemlenmiştir.

Alexopoulos ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilen, demanslı bireyler ve bakıcılarıyla yapılan ayrı ayrı görüşmeler sonucunda uzman tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçek Amuk ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Kılınç, Torun 2011;39-47).

3.8.7. Müzikler ve Enstrumanlar

Çalışmada bilgisayardan telaffuzlarına yardımcı olabilecek Türk Sanat ve Pop Müziklerinden oluşan eserler seçilmiştir. Ayrıca müzik terapi tekniklerinde özel olarak yazılmış şarkılar kullanılmıştır. Şarkılara eşlik olarak araştırmacı tarafından “Gitar” ve “Ukulele” kullanılmıştır. Danışanların kullanması için özel olarak yapılmış “davul”, “tef”, “def”, “ritim çubukları”, “marakas”, ve “kastanyet” kullanılmıştır.

3.9. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Demans - Alzheimer hastalığı olan, bilgilendirilmiş onay formu alınan 30 katılımcı yapılmıştır. Alzheimerlı hastaların homojen olmasına dikkat edilerek 15'er kişilik deney ve kontrol gruplarına ayrıldı. Deney grubundaki Alzheimerlı yaşlı bireylere 16 hafta boyunca haftada 1 gün 45 dakikalık müzik terapi çalışması yapıldı. Çalışmanın 1 ve 16. haftalarda Kısa Mental Durum Muayenesi (STMS) ve 1, 6, 12 ve 16. haftalarda Beck Anksiyete Ölçeği, Cohen - Monsfield Ajitasyon Envanteri (CMAI), Cornell Demansta Depresyon Ölçeği ve Frontal Davranış Envanteri (FBI) uygulanmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler, SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken, birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken; anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken, değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Mann Whitney U Testinden yararlanılmıştır.

Birim sayılarının 20 den fazla olması nedeniyle Mann Whitney U Testi için standartlaştırılmış z değerleri verilmiştir.

İki bağımlı değişken arasındaki farklılık incelenirken, değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Wilcoxon Testi kullanılmıştır.

İkiden çok bağımlı değişkenlerin analizlerinde normal dağılımdan gelmemeleri nedeniyle Friedman's Two-Way ANOVA kullanılmış; anlamlı farklılıkların çıkması durumunda Çoklu Karşılaştırma Testlerinden yararlanılarak birbiriyle farklılık gösteren değişkenler tespit edilmiştir.

Sonuçlar yorumlanırken, anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlanmadan önce, araştırmanın yapılacağı huzurevinden yazılı izin ve TC Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır.

Araştırmanın kapsamını, hastaların haklarını ve gizliliğini koruması için araştırmaya başlamadan önce hastalara veya yakınlarına, araştırmanın yapılma amacını açıklayan "Bilgilendirilmiş Onay Formu" verilmiştir. Bu formun sonucunda çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen hastalara imzalatılarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılara yapılan testler uzman psikologlar tarafından yapılmıştır. İki şubede de birbirinden bağımsız toplam 2 psikolog yapmıştır. Testleri kendileri tarafından yapıldığını beyan eden imzalı yazı alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Gruplara Göre Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu

		Grup					
		Deney		Kontrol		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	11	73,33	7	46,67	18	60
	Erkek	4	26,67	8	53,33	12	40
	Toplam	15	100	15	100	30	100
Meslek	Bankacı	0	0	1	6,67	1	3,33
	Ev hanımı	8	53,33	6	40	14	46,67
	Gazeteci	1	6,67	0	0	1	3,33
	Hemşire	1	6,67	0	0	1	3,33
	Memur	1	6,67	4	26,67	5	16,67
	Modelist	1	6,67	0	0	1	3,33
	Oto tamirci	1	6,67	1	6,67	2	6,67
	Öğretmen	1	6,67	2	13,33	3	10
	Şoför	0	0	1	6,67	1	3,33
	Taksici	1	6,67	0	0	1	3,33
	Toplam	15	100	15	100	30	100
Eğitim	Okur yazar	1	6,67	0	0	1	3,33
	İlkokul	7	46,67	3	20	10	33,33
	Ortaokul	2	13,33	5	33,33	7	23,33
	Lise	2	13,33	4	26,67	6	20
	Üniversite	3	20	3	20	6	20
	Toplam	15	100	15	100	30	100

Tablo 1 incelendiğinde deney grubundaki yaşlı bireylerin %73,33'nün kadın, %53,33'nün ev hanımı, %46,67'sinin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki yaşlı bireylerin ise %53,33'nün erkek, %33,33'sinin ortaokul mezunu, %40'nın ev hanımı olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubu toplam olarak

bakıldığında %60'nın kadın, %46,67'nin ev hanımı ve %33,33'nün ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2: Gruplara Göre Değerlere İlişkin Dağılım Tablosu

		Grup					
		n	Mean	Median	Min	Max	ss
Yaş	Deney	15	81,93	84	65	91	6,42
	Kontrol	15	76,07	74	65	93	9,64
	Toplam	30	79	82	65	93	8,58
Stms Puanı 1.hafta	Deney	15	8,73	2	1	33	11,45
	Kontrol	15	22,2	22	2	36	8,99
	Toplam	30	15,47	16	1	36	12,22
Stms Puanı 16.hafta	Deney	15	8,73	2	1	33	11,45
	Kontrol	14	21,71	23	2	32	8,26
	Toplam	29	15	16	1	33	11,87
Frontal Toplam Puan 1.hafta	Deney	15	30,73	29	13	48	11,71
	Kontrol	15	24,6	26	14	37	7,07
	Toplam	30	27,67	28	13	48	10
Frontal Toplam Puan 6.hafta	Deney	15	30,07	29	13	46	11,31
	Kontrol	15	24,6	26	14	37	7,07
	Toplam	30	27,33	28	13	46	9,68
Frontal Toplam Puan 12.hafta	Deney	15	28,6	27	13	43	10,52
	Kontrol	15	25,07	26	14	37	6,72
	Toplam	30	26,83	26,5	13	43	8,86
Frontal Toplam Puan 16.hafta	Deney	15	28,4	27	13	41	8,88
	Kontrol	14	27,14	27	21	37	4,8
	Toplam	29	27,79	27	13	41	7,11
Frontal Negatif Puan 1.hafta	Deney	15	15,6	17	0	27	8,81
	Kontrol	15	9,27	8	4	17	4,15
	Toplam	30	12,43	11	0	27	7,49
Frontal Negatif Puan 6.hafta	Deney	15	15,33	17	0	27	8,7
	Kontrol	15	9,27	8	4	17	4,15
	Toplam	30	12,3	10,5	0	27	7,37

Tablo 4.2'nin devam

		Grup					
		n	Mean	Median	Min	Max	ss
Frontal Negatif Puan 12.hafta	Deney	15	14,13	16	0	25	7,93
	Kontrol	15	9,73	9	4	17	3,94
	Toplam	30	11,93	10,5	0	25	6,54
Frontal Negatif Puan 16.hafta	Deney	15	13,87	16	0	24	7,52
	Kontrol	14	11	10,5	4	17	3,72
	Toplam	29	12,48	12	0	24	6,07
Frontal Disinhibisyon Puanı 1.hafta	Deney	15	15,13	14	6	28	6,32
	Kontrol	15	15,33	14	9	24	5,02
	Toplam	30	15,23	14	6	28	5,61
Frontal Disinhibisyon Puanı 6.hafta	Deney	15	14,73	13	6	26	5,84
	Kontrol	15	15,33	14	9	24	5,02
	Toplam	30	15,03	13,5	6	26	5,36
Frontal Disinhibisyon Puanı 12.hafta	Deney	15	14,47	13	6	25	5,55
	Kontrol	15	15,33	14	9	24	5,02
	Toplam	30	14,9	13,5	6	25	5,22
Frontal Disinhibisyon Puanı 16.hafta	Deney	15	13,93	13	6	23	5,13
	Kontrol	14	16,14	15,5	10	24	4,55
	Toplam	29	15	14	6	24	4,91
Cohen Puanı 1.hafta	Deney	15	57,4	55	29	113	23,22
	Kontrol	15	41,8	40	29	59	9,47
	Toplam	30	49,6	43	29	113	19,14
Cohen Puanı 6.hafta	Deney	15	55,2	52	29	110	21,92
	Kontrol	15	41,8	40	29	59	9,47
	Toplam	30	48,5	43	29	110	17,94
Cohen Puanı 12.hafta	Deney	15	53,07	51	29	107	20,85
	Kontrol	15	41,8	40	29	59	9,47
	Toplam	30	47,43	43	29	107	16,91
Cohen Puanı 16.hafta	Deney	15	50,47	49	29	99	18,31
	Kontrol	14	42,14	40,5	29	59	9,73
	Toplam	29	46,45	43	29	99	15,15

Tablo 4.2'nin devam

		Grup					
		n	Mean	Median	Min	Max	ss
Beck Puanı 1.hafta	Deney	15	42,53	39	28	63	10,68
	Kontrol	15	25,4	26	4	41	8,81
	Toplam	30	33,97	32,5	4	63	12,98
Beck Puanı 6.hafta	Deney	15	41,47	38	28	62	10,42
	Kontrol	15	25,4	26	4	41	8,81
	Toplam	30	33,43	32	4	62	12,51
Beck Puanı 12.hafta	Deney	15	39	36	27	59	10,12
	Kontrol	15	25,4	26	4	41	8,81
	Toplam	30	32,2	30	4	59	11,61
Beck Puanı 16.hafta	Deney	15	37,93	36	27	57	9,18
	Kontrol	14	25,36	26	13	41	7,28
	Toplam	29	31,86	30	13	57	10,38
Cornel 1.hafta	Deney	15	19,27	19	0	39	11,52
	Kontrol	15	11,13	10	3	19	5,24
	Toplam	30	15,2	13,5	0	39	9,72
Cornel 6.hafta	Deney	15	16,33	19	0	35	9,98
	Kontrol	15	11,07	10	3	19	5,16
	Toplam	30	13,7	13	0	35	8,25
Cornel 12.hafta	Deney	15	14,8	17	0	32	9,24
	Kontrol	15	11,07	10	3	19	5,16
	Toplam	30	12,93	12,5	0	32	7,6
Cornel 16.hafta	Deney	15	11,07	8	0	30	8,92
	Kontrol	15	10	10	0	19	5,69
	Toplam	30	10,53	9	0	30	7,38

Tablo 4.3: Puanlar Bakımından Gruplar Arasındaki Farklılığa İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları

		Grup						Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Stms Puanı 1.hafta	Deney	15	8,73	2	1	33	11,45	10,73	-2,988	0,003
	Kontrol	15	22,2	22	2	36	8,99	20,27		
	Toplam	30	15,47	16	1	36	12,22			
Stms Puanı 16.hafta	Deney	15	8,73	2	1	33	11,45	10,63	-2,881	0,004
	Kontrol	14	21,71	23	2	32	8,26	19,68		
	Toplam	29	15	16	1	33	11,87			
Frontal Toplam Puan 1.hafta	Deney	15	30,73	29	13	48	11,71	17,87	-1,478	0,139
	Kontrol	15	24,6	26	14	37	7,07	13,13		
	Toplam	30	27,67	28	13	48	10			
Frontal Toplam Puan 6.hafta	Deney	15	30,07	29	13	46	11,31	17,73	-1,395	0,163
	Kontrol	15	24,6	26	14	37	7,07	13,27		
	Toplam	30	27,33	28	13	46	9,68			
Frontal Toplam Puan 12.hafta	Deney	15	28,6	27	13	43	10,52	16,67	-0,728	0,467
	Kontrol	15	25,07	26	14	37	6,72	14,33		
	Toplam	30	26,83	26,5	13	43	8,86			
Frontal Toplam Puan 16.hafta	Deney	15	28,4	27	13	41	8,88	15,57	-0,372	0,71
	Kontrol	14	27,14	27	21	37	4,8	14,39		
	Toplam	29	27,79	27	13	41	7,11			
Frontal Negatif Puan 1.hafta	Deney	15	15,6	17	0	27	8,81	18,67	-1,975	0,048
	Kontrol	15	9,27	8	4	17	4,15	12,33		
	Toplam	30	12,43	11	0	27	7,49			
Frontal Negatif Puan 6.hafta	Deney	15	15,33	17	0	27	8,7	18,57	-1,913	0,056
	Kontrol	15	9,27	8	4	17	4,15	12,43		
	Toplam	30	12,3	10,5	0	27	7,37			
Frontal Negatif Puan 12.hafta	Deney	15	14,13	16	0	25	7,93	18,17	-1,662	0,096
	Kontrol	15	9,73	9	4	17	3,94	12,83		
	Toplam	30	11,93	10,5	0	25	6,54			
Frontal Negatif Puan 16.hafta	Deney	15	13,87	16	0	24	7,52	17,07	-1,357	0,175
	Kontrol	14	11	10,5	4	17	3,72	12,79		
	Toplam	29	12,48	12	0	24	6,07			

Tablo 4.3'ün devamı

		Grup						Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Frontal Disinhibisyon Puanı 1.hafta	Deney	15	15,13	14	6	28	6,32	15,23	-0,166	0,868
	Kontrol	15	15,33	14	9	24	5,02	15,77		
	Toplam	30	15,23	14	6	28	5,61			
Frontal Disinhibisyon Puanı 6.hafta	Deney	15	14,73	13	6	26	5,84	15,07	-0,27	0,787
	Kontrol	15	15,33	14	9	24	5,02	15,93		
	Toplam	30	15,03	13,5	6	26	5,36			
Frontal Disinhibisyon Puanı 12.hafta	Deney	15	14,47	13	6	25	5,55	14,97	-0,333	0,739
	Kontrol	15	15,33	14	9	24	5,02	16,03		
	Toplam	30	14,9	13,5	6	25	5,22			
Frontal Disinhibisyon Puanı 16.hafta	Deney	15	13,93	13	6	23	5,13	13,37	-1,073	0,283
	Kontrol	14	16,14	15,5	10	24	4,55	16,75		
	Toplam	29	15	14	6	24	4,91			
Cohen Puanı 1.hafta	Deney	15	57,4	55	29	113	23,22	18,63	-1,956	0,051
	Kontrol	15	41,8	40	29	59	9,47	12,37		
	Toplam	30	49,6	43	29	113	19,14			
Cohen Puanı 6.hafta	Deney	15	55,2	52	29	110	21,92	18,43	-1,831	0,067
	Kontrol	15	41,8	40	29	59	9,47	12,57		
	Toplam	30	48,5	43	29	110	17,94			
Cohen Puanı 12.hafta	Deney	15	53,07	51	29	107	20,85	18,13	-1,644	0,1
	Kontrol	15	41,8	40	29	59	9,47	12,87		
	Toplam	30	47,43	43	29	107	16,91			
Cohen Puanı 16.hafta	Deney	15	50,47	49	29	99	18,31	17,27	-1,49	0,136
	Kontrol	14	42,14	40,5	29	59	9,73	12,57		
	Toplam	29	46,45	43	29	99	15,15			
Beck Puanı 1.hafta	Deney	15	42,53	39	28	63	10,68	21,7	-3,861	0,001
	Kontrol	15	25,4	26	4	41	8,81	9,3		
	Toplam	30	33,97	32,5	4	63	12,98			
Beck Puanı 6.hafta	Deney	15	41,47	38	28	62	10,42	21,67	-3,842	0,001
	Kontrol	15	25,4	26	4	41	8,81	9,33		
	Toplam	30	33,43	32	4	62	12,51			

Tablo 4.3'ün devamı

		Grup						Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Beck Puanı 12.hafta	Deney	15	39	36	27	59	10,12	21,1	-3,488	0,001
	Kontrol	15	25,4	26	4	41	8,81	9,9		
	Toplam	30	32,2	30	4	59	11,61			
Beck Puanı 16.hafta	Deney	15	37,93	36	27	57	9,18	20,53	-3,629	0,001
	Kontrol	14	25,36	26	13	41	7,28	9,07		
	Toplam	29	31,86	30	13	57	10,38			
Cornel 1.hafta	Deney	15	19,27	19	0	39	11,52	19,03	-2,204	0,027
	Kontrol	15	11,13	10	3	19	5,24	11,97		
	Toplam	30	15,2	13,5	0	39	9,72			
Cornel 6.hafta	Deney	15	16,33	19	0	35	9,98	18,13	-1,643	0,1
	Kontrol	15	11,07	10	3	19	5,16	12,87		
	Toplam	30	13,7	13	0	35	8,25			
Cornel 12.hafta	Deney	15	14,8	17	0	32	9,24	17,6	-1,309	0,191
	Kontrol	15	11,07	10	3	19	5,16	13,4		
	Toplam	30	12,93	12,5	0	32	7,6			
Cornel 16.hafta	Deney	15	11,07	8	0	30	8,92	15,4	-0,062	0,95
	Kontrol	15	10	10	0	19	5,69	15,6		
	Toplam	30	10,53	9	0	30	7,38			

Stms 1. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunun Stms 1. hafta puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Stms 16. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunun Stms 16. hafta puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Frontal Negatif 1. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunun Frontal Negatif 1. hafta puanı deney grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Beck 1. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunun Beck 1. hafta puanı deney grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Beck 6. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunun Beck 6. hafta puanı deney grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Beck 12. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunun Beck 12. hafta puanı deney grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Beck 16. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunun Beck 16. hafta puanı deney grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Cornel 1. hafta puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunun Cornel 1. hafta puanı deney grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

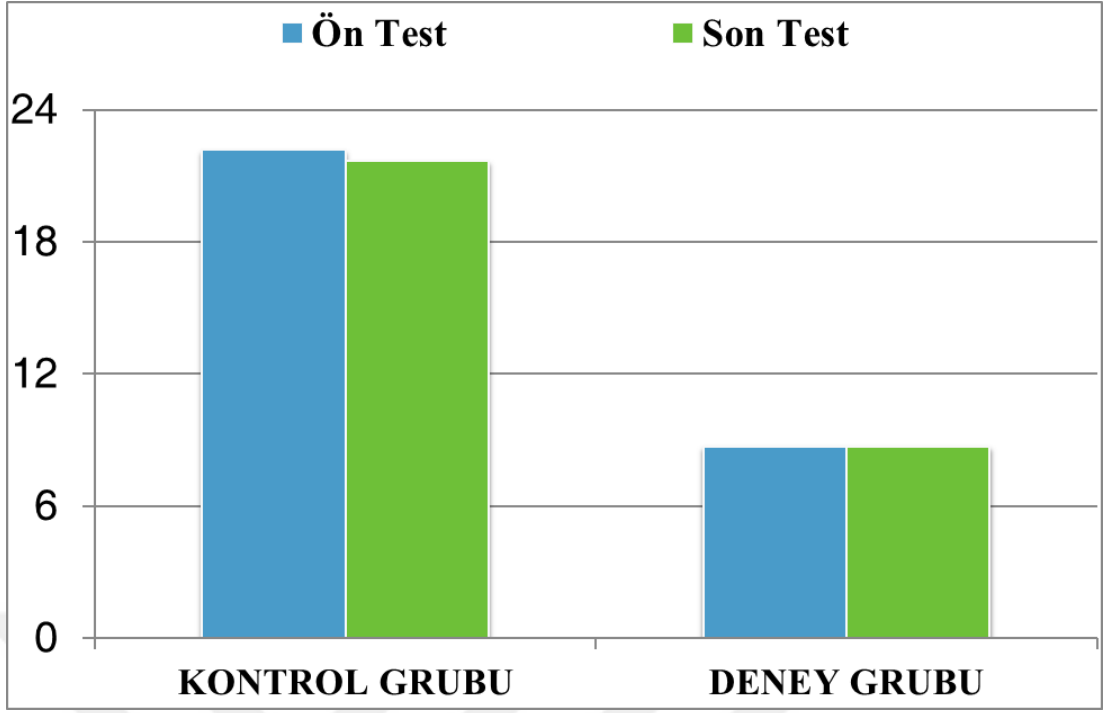
Diğer puanlar bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 4.4: Gruplarda STMS Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonuçları

									Wilcoxon Testi		
			n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Grup	Deney	Stms Puanı 1.hafta	15	8,73	2	1	33	11,45	0	0	1
		Stms Puanı 16.hafta	15	8,73	2	1	33	11,45	0		
	Kontrol	Stms Puanı 1.hafta	15	22,2	22	2	36	8,99	2,5	-1,826	0,068
		Stms Puanı 16.hafta	14	21,71	23	2	32	8,26	0		

Deney grubunda STMS puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Kontrol grubunda STMS puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



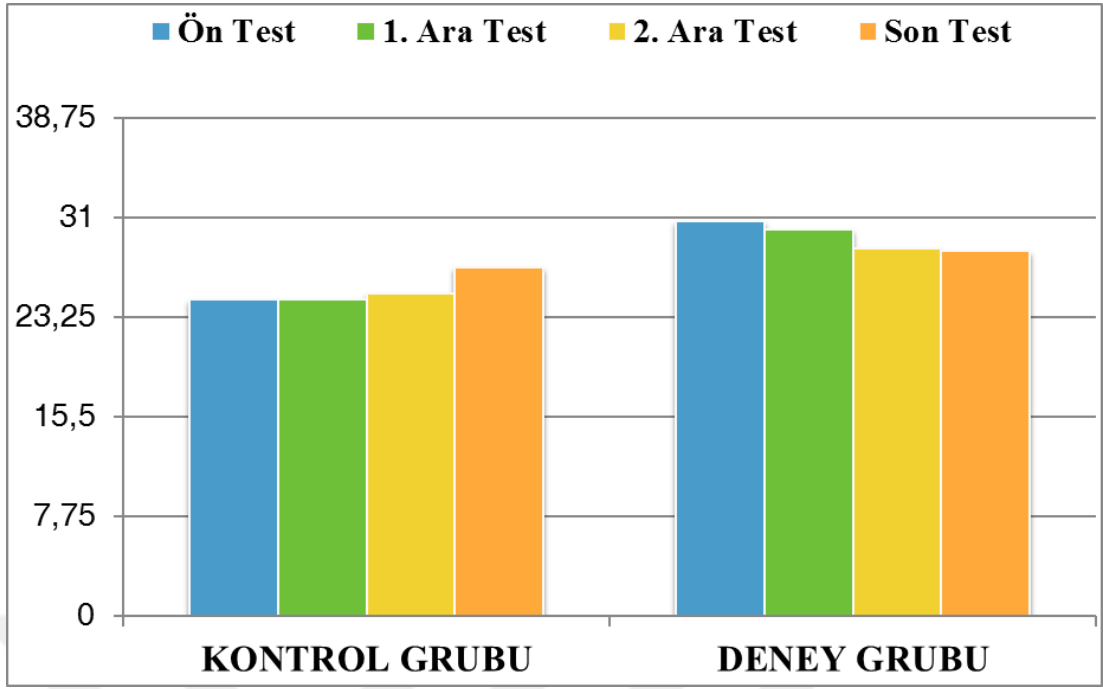
Şekil 4.1: STMS - Grafik Analizi

Tablo 4.5: Gruplarda Frontal Toplam Puanlar Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları

								Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma	
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Mean Rank	Chi Square	p		
Grup	Deney	Frontal Toplam Puan 1.hafta	15	30,73	29	13	48	11,71	3,47	22,24	0,001	4-1 3-1
		Frontal Toplam Puan 6.hafta	15	30,07	29	13	46	11,31	2,87			
		Frontal Toplam Puan 12.hafta	15	28,6	27	13	43	10,52	1,97			
		Frontal Toplam Puan 16.hafta	15	28,4	27	13	41	8,88	1,7			
	Kontrol	Frontal Toplam Puan 1.hafta	15	24,6	26	14	37	7,07	2,21	14,4	0,002	1-4 2-4
		Frontal Toplam Puan 6.hafta	15	24,6	26	14	37	7,07	2,21			
		Frontal Toplam Puan 12.hafta	15	25,07	26	14	37	6,72	2,5			
		Frontal Toplam Puan 16.hafta	14	27,14	27	21	37	4,8	3,07			

Deney grubunda Frontal toplam puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunda 12. ve 16. haftanın Frontal toplam puanı 1. hafta Frontal toplam puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunda Frontal toplam puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda 1. ve 6. haftanın Frontal toplam puanı 16. hafta Frontal toplam puanına göre anlamlı derecede düşüktür.



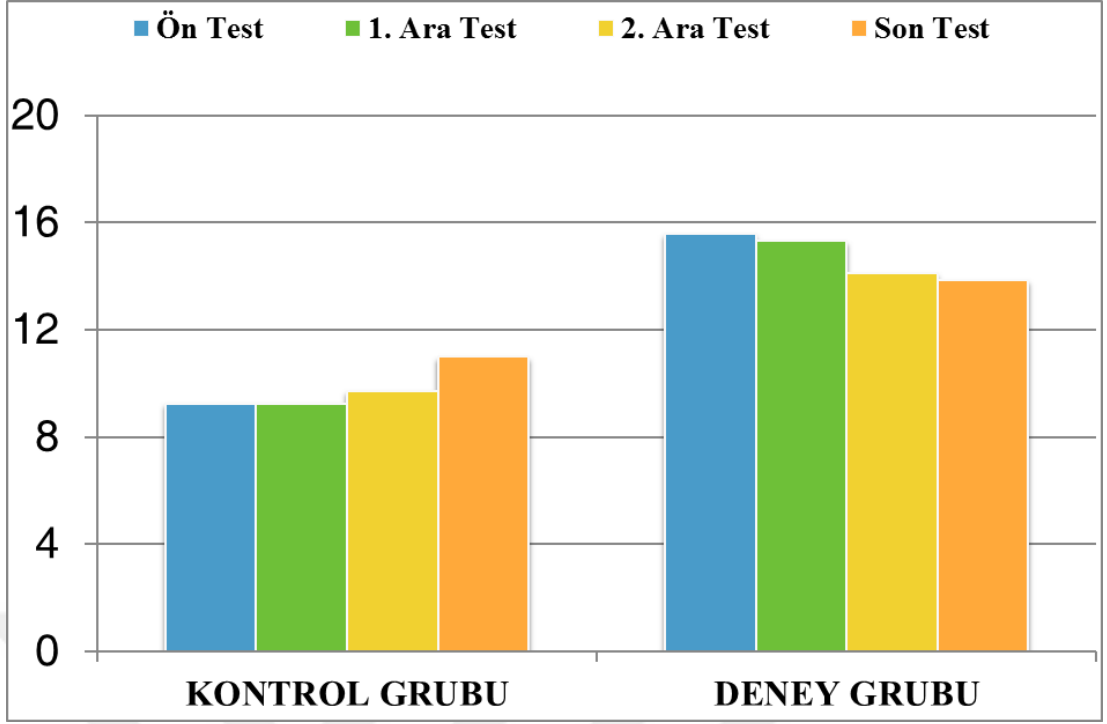
Şekil 4.2: FBI - Grafik Analizi

Tablo 4.6: Gruplarda Frontal Negatif Puanlar Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları

								Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma	
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Mean Rank	Chi Square	p		
Grup	Deney	Frontal Negatif Puan 1.hafta	15	15,6	17	0	27	8,81	3,23	21,685	0,001	4-1 3-1
		Frontal Negatif Puan 6.hafta	15	15,33	17	0	27	8,7	2,97			
		Frontal Negatif Puan 12.hafta	15	14,13	16	0	25	7,93	1,93			
		Frontal Negatif Puan 16.hafta	15	13,87	16	0	24	7,52	1,87			
	Kontrol	Frontal Negatif Puan 1.hafta	15	9,27	8	4	17	4,15	2,21	14,4	0,002	1-4 2-4
		Frontal Negatif Puan 6.hafta	15	9,27	8	4	17	4,15	2,21			
		Frontal Negatif Puan 12.hafta	15	9,73	9	4	17	3,94	2,5			
		Frontal Negatif Puan 16.hafta	14	11	10,5	4	17	3,72	3,07			

Deney grubunda Frontal negatif puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunda 12. ve 16. haftanın Frontal negatif puanı 1. hafta Frontal negatif puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunda Frontal negatif puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda 1. ve 6. haftanın Frontal negatif puanı 16. hafta Frontal negatif puanına göre anlamlı derecede düşüktür.



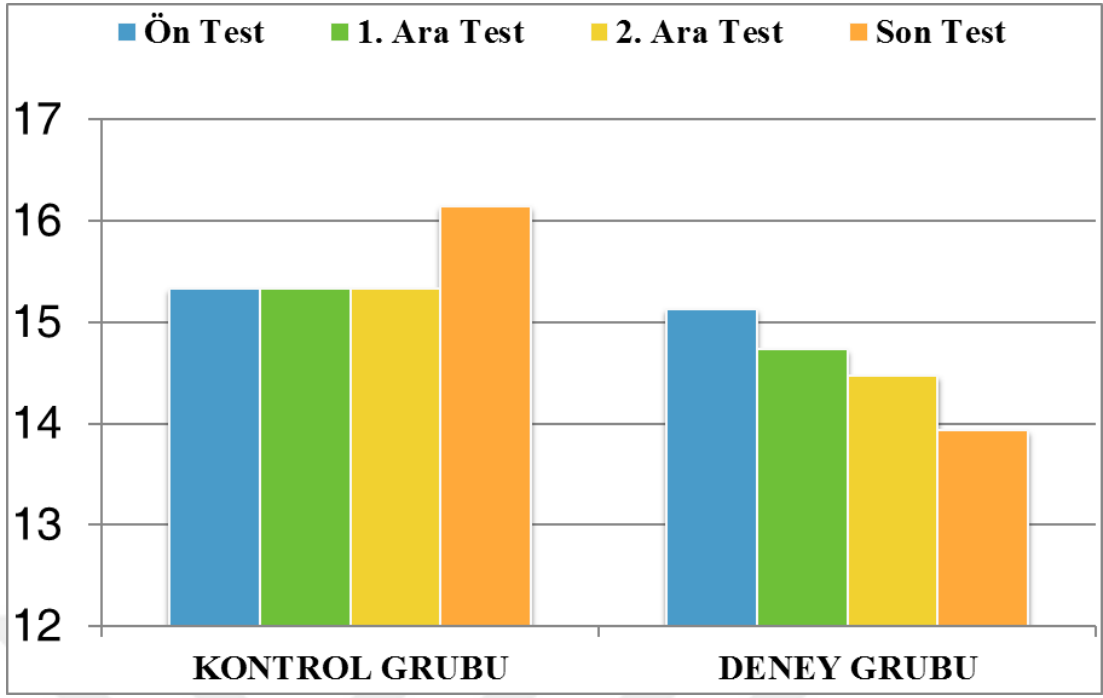
Şekil 4.3: FBIN - Grafik Analizi

Tablo 4.7: Gruplarda Frontal Disinhibisyon Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları

								Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma	
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Mean Rank	Chi Square	p		
Grup	Deney	Frontal Disinhibisyon Puanı 1.hafta	15	15,13	14	6	28	6,32	3,17	21,845	0,001	4-1
		Frontal Disinhibisyon Puanı 6.hafta	15	14,73	13	6	26	5,84	2,73			
		Frontal Disinhibisyon Puanı 12.hafta	15	14,47	13	6	25	5,55	2,4			
		Frontal Disinhibisyon Puanı 16.hafta	15	13,93	13	6	23	5,13	1,7			
	Kontrol	Frontal Disinhibisyon Puanı 1.hafta	15	15,33	14	9	24	5,02	2,43	6	0,112	-
		Frontal Disinhibisyon Puanı 6.hafta	15	15,33	14	9	24	5,02	2,43			
		Frontal Disinhibisyon Puanı 12.hafta	15	15,33	14	9	24	5,02	2,43			
		Frontal Disinhibisyon Puanı 16.hafta	14	16,14	15,5	10	24	4,55	2,71			

Deney grubunda Frontal Disinhibisyon puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunda 16. haftanın Frontal Disinhibisyon puanı 1. hafta Frontal Disinhibisyon puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunda Frontal Disinhibisyon puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



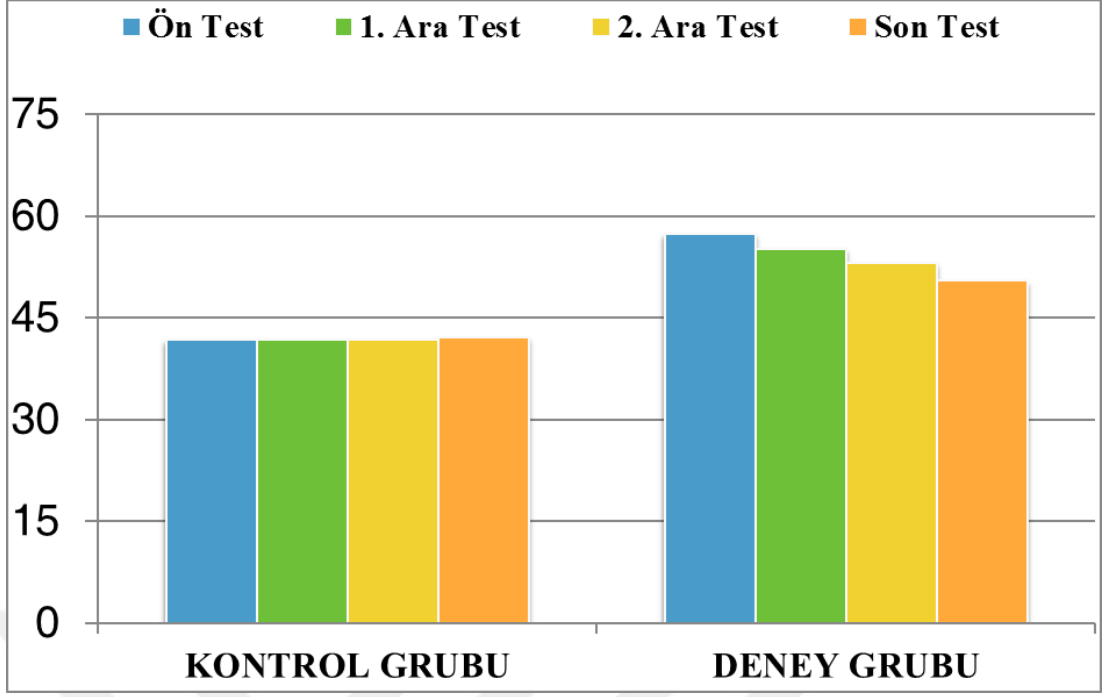
Şekil 4.4: FBID - Grafik Analizi

Tablo 4.8: Gruplarda Cohen Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları

								Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma	
			n	Mean	Median	Min	Max	ss	Mean Rank	Chi Square		p
Grup	Deney	Cohen Puanı 1.hafta	15	57,4	55	29	113	23,22	3,53	32,732	0,001	4-2 4-1 3-1
		Cohen Puanı 6.hafta	15	55,2	52	29	110	21,92	3			
		Cohen Puanı 12.hafta	15	53,07	51	29	107	20,85	2,07			
		Cohen Puanı 16.hafta	15	50,47	49	29	99	18,31	1,4			
	Kontrol	Cohen Puanı 1.hafta	15	41,8	40	29	59	9,47	2,5	-	-	-
		Cohen Puanı 6.hafta	15	41,8	40	29	59	9,47	2,5			
		Cohen Puanı 12.hafta	15	41,8	40	29	59	9,47	2,5			
		Cohen Puanı 16.hafta	14	42,14	40,5	29	59	9,73	2,5			

Deney grubunda Cohen puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunda 16. haftanın Cohen puanı 1. ve 6. hafta Cohen puanına göre; 12. hafta Cohen puanı ise 1. hafta Cohen puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunda Cohen puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



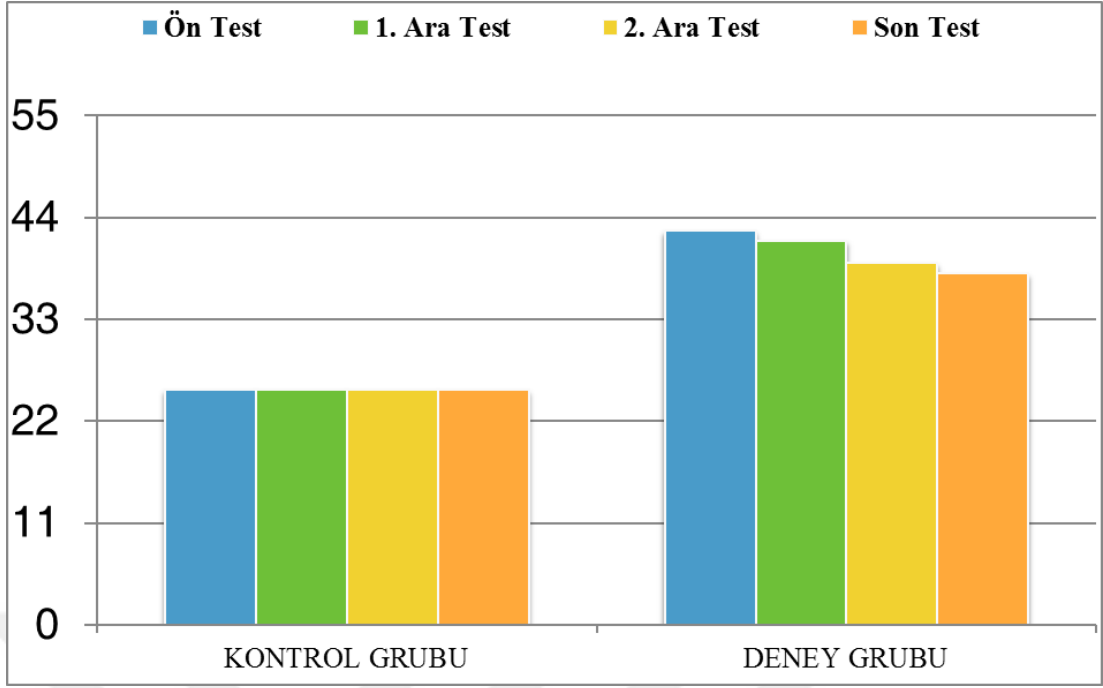
Şekil 4.5: CMAI - Grafik Analizi

Tablo 4.9: Gruplarda Beck Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları

									Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Mean Rank	Chi Square	p		
Grup	Deney	Beck Puanı 1.hafta	15	42,53	39	28	63	10,68	3,83	42,696	0,001	4-2 4-1 3-2 3-1
		Beck Puanı 6.hafta	15	41,47	38	28	62	10,42	3,17			
		Beck Puanı 12.hafta	15	39	36	27	59	10,12	1,77			
		Beck Puanı 16.hafta	15	37,93	36	27	57	9,18	1,23			
	Kontrol	Beck Puanı 1.hafta	15	25,4	26	4	41	8,81	2,46	3	0,392	-
		Beck Puanı 6.hafta	15	25,4	26	4	41	8,81	2,46			
		Beck Puanı 12.hafta	15	25,4	26	4	41	8,81	2,46			
		Beck Puanı 16.hafta	14	25,36	26	13	41	7,28	2,61			

Deney grubunda Beck puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunda 12. ve 16. haftanın Beck puanı 1. ve 6. hafta Beck puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunda Beck puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



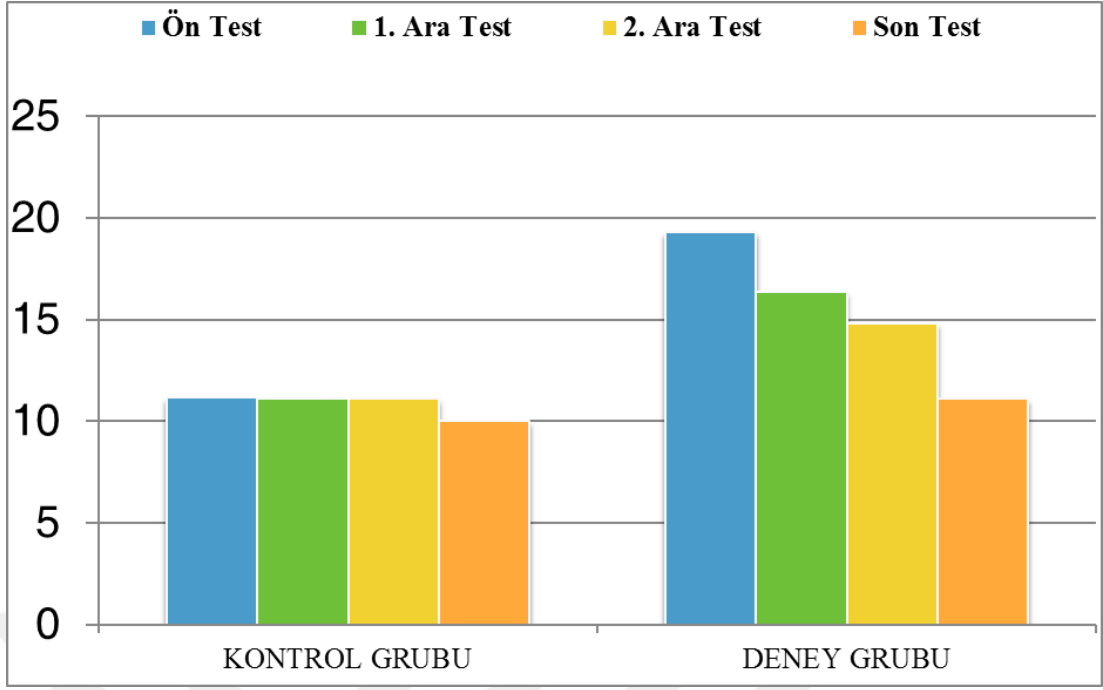
Şekil 4 6: BAI - Grafik Analizi

Tablo 4.10: Gruplarda Cornell Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Friedman's Two Way ANOVA Testi Sonuçları

								Friedman's Two Way ANOVA			Çoklu Karşılaştırma	
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Mean Rank	Chi Square	P		
Grup	Deney	Cornel 1.hafta	15	19,27	19	0	39	11,52	3,67	32,901	0,001	4-2 4-1 3-1
		Cornel 6.hafta	15	16,33	19	0	35	9,98	2,9			
		Cornel 12.hafta	15	14,8	17	0	32	9,24	2,03			
		Cornel 16.hafta	15	11,07	8	0	30	8,92	1,4			
	Kontrol	Cornel 1.hafta	15	11,13	10	3	19	5,24	2,6	3	0,392	-
		Cornel 6.hafta	15	11,07	10	3	19	5,16	2,5			
		Cornel 12.hafta	15	11,07	10	3	19	5,16	2,5			
		Cornel 16.hafta	15	10	10	0	19	5,69	2,4			

Deney grubunda Cornell puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Deney grubunda 16. haftanın Cornell puanı 1. ve 6. hafta Cornell puanına göre; 12. hafta Cornell puanı ise 1. hafta Cornell puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunda Cornell puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



Şekil 4.7: CSDD - Grafik Analizi

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma Alzheimer hastalarında müzik terapinin zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon durumları üzerine etkilerini belirlemek amacı ile deneysel olarak yapılmış olup İstanbul Yakacık ve Maltepe Şubesi Avrasya Huzurevinde Alzheimer tanılı yaşlı bireylerin katılımı ile sağlanmıştır. Araştırmaya toplam 30 hasta alınmıştır. Bu araştırmanın sonucunda aşağıdaki veriler elde edilmiştir:

- Deneysel grupta Frontal toplam puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda Frontal toplam puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$).
- Deneysel grupta Frontal negatif puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda Frontal negatif puanlar bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$).
- Deneysel grupta Frontal Disinhibisyon puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda Frontal Disinhibisyon puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).
- Deneysel grupta STMS puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Kontrol grubunda STMS puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).
- Deneysel grupta Cohen puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda Cohen puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).
- Deneysel grupta Beck puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda

- Beck puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bu sonuçlar neticesinde;

Araştırmada, Alzheimerli bireylerin 3. aşamada reseptif müzik terapiye katılımlarının sağlanması güç olduğu gözlemlenmiştir. İlk seanslarda reseptif müzik terapi çalışmasında kontrol ve dikkati sağlanması mümkün olmamasına rağmen, haftalar ilerledikçe daha uyumlu olunmaya başlandığı gözlemlenmiştir. Özellikle ajitasyon ve anksiyetesi yüksek olan Alzheimerli bireyler reseptif müzik terapiye ters tepki verebilmektedir.

Alzheimerli bireylerin grup çalışmalarına katılımları ilk seansa başlarken isteksiz oldukları, seanslar ilerledikçe isteyerek ve severek katıldıkları gözlemlenmiştir.

Huzurevinde yaşayan sakinlerin psikolojik olarak kendilerini yalnız hissetmelerinden kaynaklanan ilişkiler arası yabancılaşma, müzik terapi çalışmalarıyla birlikte birbirleri arasında iletişimlerin daha kolay ve daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir.

Ajitasyon seviyesi yüksek olan bireylerin şarkı söyleme çalışmaları ajitasyonu daha düşük seviyede tutmasına yardımcı olmuştur. Gün içerisinde ve seansın başlangıcında ajite olarak bağırarak bir danışanın şarkı çalışmalarıyla birlikte daha az ajite olduğu, seanslar ilerledikçe gün içinde daha sakin olduğu gözlemlenmiştir.

Öneriler;

- Müzik terapinin zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon etkilerinin daha iyi gözlemlenebilmesine ve kontrol altına alınmasına yardımcı olması,
- Müzik terapinin, alanında ilgili yeterliliğe sahip bir ekip tarafından uygulanması,
- Müzik terapi seansında yapıldığı gibi, seanslarda canlı enstrüman kullanılması,
- Alzheimer tanısı almış yaşlılarda Müzik terapinin yer alması ve aktif olarak kullanılması,
- Bu çalışmanın daha uzun dönemli seanslarla Alzheimer tanısı almış yaşlıların, hastalığının ilerlemesini yavaşlatmaya ve problemleri davranışların daha minimum seviyede tutmasına yardımcı olabilmesi,

- Çalışmanın veriminin daha üst düzeyde olması için gündüz vakti müzik terapi seansı yapılmasına özen gösterilmesi önerilebilir.



6. KAYNAKÇA

Ak, S. (2006). *Müzikle Tedavi*. Ankara: Özener Yayıncılık.

Akça-Kalem, Ş., Hanağası, H., Kertesz, A., Gürvit, H. (2005). Validation study of the Turkish translation of the Frontal Behavioral Inventory (FBI). *21st International Conference of Alzheimer's Disease International*, Sept. 28-Oct. 1, Istanbul, Turkey. Abstract Book P48, 58-59.

Almaas, B. (2008). Music Therapy Education in Norway and its Development During the Last 30 Years. *XII Congreso Mundial de Musicoterapia 2008, Librería Akadia Editorial*, 22-26 July Argentina, 98-100

Araç, B. (2012). *Müzik Terapinin Cerrahi Yoğun Bakım Hastalarının Yaşam Bulgularına Etkisi*. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Arkonuç, O. (1999). *Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 36–37.

Babacan, A. ve Alcali, D. (2008). *Ağrı Hastalarında Müzikoterapinin Etkinliği*. Gazi Üniversitesi, Yayınlanmamış Makale, Ankara.

Babacan, Ş. (1998). *Türkiye’de Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Müziğin Rolünün Müzik Eğitimi Açısından İncelenmesi ve Yorumlanması*. Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Bilgiç, Ş. (2015). *Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bruscia, K. E. (1998) *Defining Music Therapy*. (second edition). Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. (third edition). Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. E. (2016). *Müzik Terapiyi Tanımlamak*. Uçaner (Ed.), Gurkan (Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Ceyhun, B. (1999). *Demansın Psikolojik Değerlendirmesi*. Demans Dizisi; 3:90-103

Cohen-Mansfield, J. (1986). Agitated behaviors in the elderly, II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc*, 34, 722-727.

Cummings J, Victoroff. J (1990). Non-cognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer Disease. *Nueuropsychiatry. Neuropsychology and Behavioral Neurology*. 1990: 3: 140–58.

Çoban, A. (2005). *Avrupa ve Türk İslam Medeniyetlerinde Müzikle Tedavi*. İstanbul: Timaş Yayınları.

David, L. (2008). The State of Music Therapy in the Western Region of the United States. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved April 13, 109.

David, L. (2008). The State of Music Therapy in the Western Region of the United States. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved April 13, 109.

Doğan, B. (2006). *Avrupada Müzikle Tedavi*. İstanbul: Ezgi Yayıncılık.

Eker, E. ve Ertan, T. (2000). Behavioral and psychopathology of symptoms of dementia in Eastern and Southeastern Europe and the Middle East. *International Psychogeriatrics*.12, (Suppl) 409–15.

Eren, B, (2013). *The Science and Education at the Beginning of the 21th Century in Turkey*. St. Kliment Ohridski University Press, Sofia, 1049-1058

Erer, S. ve Atıcı, E. (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 36 (1): 29-32.

Eşel, E. (2003). Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik. *Psikofarmakoloji Bülteni*, 13:78–87.

Felicity, B. ve Carolyn, J. (2006). “The Effect of Music Therapy Services on Classroom Behaviours of Newly Arrived Refugee Students in Australia-A Pilot Study. *Emotional & Behavioural Difficulties*. v11 n4 p249-260 Dec 2006.

Ferrari, K. ve Sanchez, V. (2003). Music Therapy in Argentina. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved April 13, pp.109.

Gençel, Ö. (2006). Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2 (14): 697-706.

Grocke, D. ve Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers. UK and USA.

Gürvit, İ. H. ve Baran, B. (2007). *Demanslar ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler Nöropsikiyatri Arşivi*. 2007; 44: 58-65

Kabul, S. (2012). Acil Servislerde Yapılan Girişimsel İşlemler Sırasında Dinletilen Müziğin Stres Hormonları, Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. T.C.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep.

Kemper, K., Hamilton, C., Mclean, T., Lovato, A. (2008). Impact of Music on Pediatric Oncology Outpatients. *Wake Forest University School of Medicine*, Winston-Salem, North Carolina, Pediatric Research: Volume 64 (1) July 2008, 105-109.

Kılınç, S. ve Torun F. (2011). Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri Dirim. *Tıp Gazetesi*. 2011, yıl: 86 sayı: 1 (39-47).

Koçer, B. (1999). *Demans Epidemiyolojisi*. Demans Dizisi; 1:41-44.

Küçükgüçlü, Ö., (2003). Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Demans Dergisi*. 3, 86-92.

Küçükgüçlü, Ö., Akpınar, B. ve Buckwalter, K. C. (2011). *Demansı Olan Bireylerde Davranışsal Problemleri Azaltmada Kanıtı Dayalı Bir model: Azalmış Stres Eşiği Modeli*. Deuhyo Ed. 2011, 4 (1), 41-47

Lafçı, D. (2009). *Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Lagzdina, V. (2008). One of The Newest Professions in Latvia. *XII Congreso Mundial de Musicoterapia 2008*, Librería Akadia Editorial, 22-26 July Argentina, 356-358

Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M. ve Bucher, L. (2014). *Medical-surgical nursing clinical companion: Assessment and management of clinical problems* (9th edition). Saint Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Maristela, S. (2003). Music Therapy in Brazil. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved April 13, s,109.

Memory, L. (2010). *Alzheimer's Disease and Dementia Foreword by Jeffrey L. Cummings*. Second Edition.

Michelle, H. (2006). Music Therapy in the United States. *Voices: A World Forum for Music Therapy*.

Oyaoğlu, N., Ucan, O., Pehlivan, S., Büyükhatipoğlu, H., Savaş, C. ve Gulsen, M. (2006), "Listening to Turkish Classical Music Decreases Patients' Anxiety, Pain, Dissatisfaction and the Dose of Sedative and Analgesic Drugs During Colonoscopy: A Prospective Randomized Controlled Trial. *World Journal of Gastroenterology*. Chine.

Özçevik, A. (2007). *Müzikle Tedavi ve Öğrenciler Üzerindeki Terapik Etkileri*. İstanbul Teknik Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

- Özal, Demircioğlu, M. (2014). *Alzheimer Hastalarında Cohen-Mansfield Ajitasyon envanterinin (Cohen-Mansfield Agitation Inventory-cmai) Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği*. İstanbul Üniversitesi.
- Öztürk, L., Erseven, H. ve Atik, MF. (2009). *Makamdan Şifaya*. 1. Baskı, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları
- Platon, (1985). *Devlet*. Çeviren: S. Eyüoğlu, M.A.Cimcoz, Remzi Kitabevi, İstanbul, s.92
- Rider, M. (1985). The effects of music, imagery and relaxation on adrenal corticosteroids and the reentrainment of circadian rhythms. *Journal of Music Therapy*. 22:1: 46-58,
- Selekler, K. (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı. *Geriatric Dergisi*. 9-14.
- Selekler, K. (2012). *Alzheimer Orta Yaşta Başlar*. (1.Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları
- Short, A. E. (2003). Holistic Aspects of Rehabilitation Post -Cardiac Surgery in the Bony Method of Guided İmagery and Music. *University of Technology*, Phd Thesis, Sydney.
- Stanczyk, M. M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*. 1 (6), 170–172.
- Strobel, W. ve Huppmann, G. (1997). *Musiktherapie; Grundlagen, Formen, Möglichkeiten*, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Sürmeli, A. (1997). *Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış*. In: Güleç C, Köroğlu E., editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği, 449–526.
- Tunay, Ş. ve Soygüt, G, (2009). Türk Üniversite Öğrencileri Üzerinde Endişe Şiddet Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (1): 68-74.
- Uçan, A. (2000). *Türk Müzik Kültürü*. Ankara: Masaüstü Yayıncılık
- Vasconcelo, M. (2008). The MusicAR Project: Hip Hop Culture With Institutionalized Adolescents, *XII Congreso Mundial de Musicoterapia 2008*, Librería Akadia Editorial, 22-26 July Argentina, 395-399
- Wheeler, B. L. (Ed.). (2015). *Music Therapy handbook*, New York.
- Wheeler, B.L. (1995). *Music Therapy Research: Quantitative and qualitative perspectives*. (Ed.) Barcelona Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. ve Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*, USA.

İnternet:

Elektronik Makale ve Yayınlar

Cankurtaran, M., Arıoğul, S. (2002). Demans ve Alzheimer Hastalığı, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Üniversitesi, *İç Hastalıkları Dergisi*. Erişim Tarihi: 2002, http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2002-03/html/2002-9-3-128-136.htm

Sabbatella, P. (2016). *Improvisation in Music Therapy*, Erişim Tarihi: 4 Nisan 2016. http://www.escom.org/proceedings/ESCOM2005_Proceedings_Performance_Matters/html/pdf/PatriciaSabbatella.pdf

Yazarsız Alıntılar

Alzheimer's Assosiaton, (2015). Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2016 http://www.alz.org/alzheimers_disease_what_is_alzheimers.asp

Alzheimer's Society, (2016). Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2016, https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=100

Alzheimer's Foundation of America [AFA], (2016). Erişim Tarihi: 19 Nisan 2016. <https://www.alzfdn.org/EducationandCare/musictherapy.html>

Amerikan Music Therapy Association [AMTA], (2016). Erişim Tarihi: 20 Mart 2016, <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>

The Music Therapy Center Of California [TMCCA], 2005. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2016. http://www.themusictherapycenter.com/sites/default/files/images/factsheets/mtcca_alzheimers.pdf

Türk Geriatri Vakfı.[TGV], (2016). Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2016, http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=alzheimers

7. EKLER

Ek 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Alzheimer Hastalığı olan hastaların müzik terapi ile birlikte zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon gelişimlerini değerlendirmek için planlanan bu araştırmaya katılması için bilgilendirme formudur. “Demans - Alzheimer Hastalarında Farklı Müzik Terapi Uygulamalarının Zihinsel, Psikolojik, Anksiyete ve Ajitasyon Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı Çalışma” konulu tez çalışmasıdır. Alzheimer Hastalığı olan hastaların birçok işlevsel gerileme olduğu bilinmektedir. Alzheimer Hastalığı 65 yaş ve üzeri yaşlı grupta sık görülen bir hastalıktır. Önceki çalışmalarda hastalıktan etkilenen Alzheimer olan hastalarla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Ancak müzik terapi ile zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon gelişimlerini gözlemleyen çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada Alzheimer Hastalığı’nda müzik terapi ile yapılan aktif ve pasif çalışmalarla gelişimlerinin gözlemlenmesi ve araştırılması hedeflenmektedir. Bu çalışmaya toplam 30 hasta dahil edilecektir. Eğer kabul ederseniz siz de bu çalışmaya dahil edileceksiniz. Çalışma öncesi bir psikolog tarafından klinik değerlendirme amacıyla klinik ve bilişsel testler yapılacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama açısından kararı verebilmeniz için riskleriniz ve kazançlarınız hakkında yeterli bilgi sahibi olmanız gereklidir. Bu bilgilendirme formu size bu amaçla bilgi vermek üzere hazırlanmıştır. Bu çalışmanın hiçbir safhasında kan alınması/enjeksiyon yapılması gibi girişimsel işlemler uygulanmayacaktır. Ayrıca bu çalışma size ya da kuruma herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Bu çalışma sırasında uygulanacak testler ve müzik terapi yönteminin herhangi bir ruhsal ya da bedensel rahatsızlığa yol açma riski bulunmamaktadır. Bu çalışmanın ruhsal/bedensel sağlığını tehlikeye atacak hiçbir özelliği bulunmamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları Alzheimer Hastalığı’nın zihinsel,

psikolojik, anksiyete ve ajitasyon gelişimi konusunda yardımcı olabilir. Bunun size doğrudan bir faydası olmasa bile, uzun vadede katkıda bulunacağını ümit ediyoruz. Bu çalışmada hakkınızda sağlanan tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırmacıların bilgisine sunulacaktır. Bu çalışmadan herhangi bir okuyucular tarafından sizleri tanınmasına yol açacak hiçbir kişisel bilgi bulunmayacaktır. Eğer kabul ederseniz çalışma süresince herhangi bir zamanda çalışmadan çıkma isteğiniz olumlu karşılanacaktır. Çalışmaya katılmamayı ya da çalışmadan çıkmayı seçmeniz halinde bakım eviniz ile olan ilişkileriniz bu durumdan hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Ayrıca kendi rızanız olsun ya da olmasın tıbbi ya da ruhsal durumunuz ile ilgili psikoloğumuzun gözlemleri sonucunda araştırmadan çıkarılabiliyorsunuz.



Ek 1'in devamı

KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

Sayın Emine Elif Şahin tarafından Avrasya Huzurevi Alzheimer Bakım Ünitesinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.....,
.....'ten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Ek 1'in devamı

İZİN ONAYI:

Ben bu bilgilendirilmiş onam formunu okudum. Formun içeriğinde açıklanan çalışmanın özelliklerini tamamen anladım. Bu çalışmanın temel prensipleri ve olası zararları tarafıma ayrıntılı olarak açıklandı ve sorularım yanıtlandı. Kendi özgür irademle, hiç bir baskı ve zorlama olmadan "Demans - Alzheimer Hastalarında Farklı Müzik Terapi Uygulamalarının Zihinsel, Psikolojik, Anksiyete ve Ajitasyon Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı Çalışma" adlı çalışmaya yakınımın/kendimin katılmasını kabul ettiğimi ve bu formun bir kopyasının bana verildiğini aşağıdaki imzama beyan ederim.

İmza:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı ve imzası:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı ve imzası:

Ek 2: Bilgi Formu

--

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

No	:	
Adı	:	
Bakım Evi	:	
Tarihi	:	

Düzenlenen Deneğin Görüşme Formu

Adı Soyadı	
Cinsiyeti	
Doğum Tarihi	//
Doğum Yeri	
Öğrenim Durumu	
Medeni Durum	Evli: () Bekar: () Dul: ()
Alzheimer Derece	
Fiziksel Engel Durumu	Var: () Yok: ()
Kronik Hastalığı	Var: () Yok: ()
Uyku Sorunu	Var: () Yok: ()
Bakım Evinde Kaldığı Süre	1 Yıl ve Altı () 2-4 Yıl () 5 Yıl ve Üstü ()
Bakım Evine Gelme Nedeni	
Ziyaretçi Gelip/Gelmeme	
Bakım Evindeki Etkinliklere Katılım	
Sevdiği Müzik Türü	
Sevdiği Şarkılar	
Özel Notlar	

Ek 3: Kısa Mental Durum Muayenesi - STMS

İsim _____

Tarih _____

Cinsiyet _____ Dikkat _____ Eğitim _____ Muayene eden _____

Oryantasyon

	Puan
İsim	
Adres	
Bulunulan mekan (bina)	
Şehir	
Semt	
Tarih	
Ay	
Yıl	

Dikkat

Sayı Menzili (en uzun doğru menzilden puan verin)

2-9-6-8-3	
5-7-1-9-4-6	
2-1-5-9-3-6-2	

Anlık hatırlama

Dört ilişiksiz kelime (1'den fazla denemede 1, 2 veya 3 çıkarın)

Ardımdan tekrarlayın: "Elma, Kemal bey, Bağış, Tünel" (Dördünü de öğrenmek için gereken deneme sayısı: _____)	
--	--

Hesaplama

5 x 13 =	
65 - 7 =	
58 / 2 =	
29 + 11 =	

Soyutlama

Benzerlikler

Portakal ile muz	
Köpek ile at	
Masa ile sandalye	

Yapılandırma

11:20'yi gösteren bir saat çizin	
Geometrik şekli kopyalayın	

Enformasyon

Cumhurbaşkanı	
İlk cumhurbaşkanı	
Ada nedir, tanımlayın	
Bir yılda kaç hafta vardır?	

Hatırlama

Elma	
Bağış	
Kemal bey	
Tunel	

Toplam Puan

Ek 4: Frontal Davranış Envanteri - FBI

FRONTAL DAVRANIŞ ENVANTERİ

İsim _____ Tarih _____

Cinsiyet _____ El tercihi _____ Eğitim _____ Mueyene eden _____

Toplam Puan: _____

Hasta yakınına davranış ve kişilikte bir değişiklik olup olmadığını aradığınızı izah edin. Bu soruları hasta yakınına hastanın olmadığı bir ortamda sorun. Gerekliğinde sorularınızı ayrıntılandırın. Her sorunun sonunda davranışsal değişikliğin boyutlarını sorun ve şöyle puanlayın: 0 = yok; 1 = hafif, seyrek; 2 = orta derecede; 3 = ağır, çoğu zaman.

1. Apati: Günlük aktivitelerine ve arkadaşlarına olan ilgisini kayıp mı etti, yoksa başkalarıyla görüşme ya da bir şeyler yapmayla ilgileniyor mu? _____
2. Aspontanite: Bir şeyler yapmaya kendiliğinden başlıyor mu, yoksa istenmesi mi gerekiyor? _____
3. Aldırışsızlık, Emosyonel Küntlük: Neşe ve üzüntü vesilelerine eskisi gibi tepki veriyor mu, yoksa duygusal tepki verme yeteneğini kaybetti mi? _____
4. Esnek Olamama: Gerekliğinde düşüncesini değiştirebiliyor mu, yoksa son zamanlarda inatçı ve katı mı görünüyor? _____
5. Kişisel İhmal: Kişisel bakım, temizlik ve görünüşüne, hijyenine eskisi gibi özeniyor mu, yoksa yıkanmayı veya çamaşırını değiştirmeyi ihmal mi ediyor? _____
6. Dezorganizasyon: Karmaşık bir işi planlayıp organize edebiliyor mu, yoksa dikkati kolaylıkla mı çelinebiliyor, sebatsızlık gösteriyor ve başladığı bir işi bitirmeden mi bırakıyor? _____
7. Dikkatsizlik: Olup bitenlere dikkat edebiliyor mu, yoksa bir yerden sonra kaçırıyor veya hiç mi izleyemiyor? _____

8. İçgörü Kaybı: Her hangi bir sorunun veya değişikliğin farkına varıyor mu, yoksa farkında değilmiş gibi görünüyor veya söylendiğinde bunları inkar mı ediyor? _____
9. Logopeni: Eskisi gibi konuşkan mı, yoksa konuşması belirgin düzeyde azaldı mı? _____
10. Verbal Apraksi: Berrak bir şekilde mi konuşuyor, yoksa konuşma sırasında hatalar yapıyor mu? Konuşmasında peltekleşme veya tereddüt var mı? _____

Negatif Davranış Skoru

1. Perseverasyonlar, Obsesyonlar: Hareketlerini veya sözlerini tekrarlıyor yani bunlarda perseverasyonlar gösteriyor mu? Obsesif, takıntılı rutinler veya davranışlar sergiliyor mu, yoksa zaten daima eskiden beri katı adetleri olan ı bir kişi miydi? _____
2. İrritabilite: Huysuz, kolay öfkelenir bir kişi mi oldu, yoksa stres veya engellenmeye karşı eskisi gibi aynı tepkiyi mi veriyor? _____
3. Aşırı Şakacılık: Aşırı düzeyde veya incitici şekilde veya yanlış zamanlarda mı şaka yapıyor, yoksa zaten şakacı ya da şaka anlayışı tuhaf bir kişi miydi? _____
4. Muhakeme Kusuru: Karar alırken veya bir durumu değerlendirirken, örneğin araba kullanırken, muhakemesi iyi mi, yoksa sorumsuz, ihmalkar veya muhakeme bozukluğu sergiler şekilde mi davranıyor? _____
5. İstifleme: Aşırı biçimde eşya istifleyen ve parasını sakınan biri mi oldu, yoksa biriktirme alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik yok mu? _____
6. Uygunsuzluk: Sosyal kurallara uyuyor mu, yoksa kabul edilebilir olmayan şeyler söylüyor veya yapıyor mu? Kaba ya da çocuksu davranıyor mu? _____
7. Dürtüsellik: Sonuçlarını düşünmeden, ani, dürtüsel şeyler söylüyor ya da yapıyor mu, yoksa önceden düşünüp mü davranıyor? _____
8. Huzursuzluk: Huzursuzluk gösteriyor veya amaçsızca dolanıyor mu, yoksa faaliyet düzeyi normal mi? _____
9. Saldırganlık: Saldırganlık gösteriyor mu, kimseye bağırıyor veya kimseyi fiziksel olarak hırpaladı mı, yoksa bu açıdan bir değişiklik yok mu? _____
10. Hiperoralite: Gözünün önündeki her şeyi aşırı bir şekilde yiyip içiyor, yeni beslenme alışkanlıkları geliştiriyor, hatta ağzına yenilmeyecek nesnelere tıktığı oluyor mu, yoksa her zaman obur biri miydi? _____

11. Hiperseksüalite: Cinsel davranışı alışılmadık veya aşırı bir hale mi geldi (bunun içinde konuşma tarzı veya ortalıkta soyunma olabilir), yoksa bu açıdan bir değişiklik yok mu? _____
12. Kullanma Davranışı: Gözünün önündeki, ulaşabileceği nesnelere dokunmak, bunları hissetmek, tutmak ihtiyacı içindeymiş ve istemiş gibi mi davranıyor, yoksa ellerine hakim olabiliyor mu? _____
13. Enkontinans: Altını ıslattığı veya kirlettiği oluyor mu, yoksa sadece idrar yolu enfeksiyonu, çocuk doğurma veya prostat ile açıklanabilecek sorunları mı var? _____
14. Yabancı El: Ellerinden her hangi birini kullanmakla ilgili bir problemi var mı? Bir eli diğer eliyle yapmakta olduğu işe karışıyor mu (artrit, travma, felç gibi durumları ekarte ederek)? _____

Disinhibisyon Skoru

Ek 5: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Adı Soyadı:..... Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme				

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek 6: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği - CSDD

CORNELL DEMANSTA DEPRESYON ÖLÇEĞİ - CSDD

İsim _____ Tarih _____

Cinsiyet _____ Hasta Yakını _____ Muayene eden _____

(Hasta yakını görüşmesi ile)

Değerlendirme, görüşmeden bir hafta öncesine kadarki süre içinde oluşan belirti ve bulgular göz önüne alınarak yapılmalıdır. Belirtilerin fiziksel hastalıktan kaynaklandığı durumlarda puan verilmez.

Toplam Puan

(a= değerlendirilemiyor, 0=yok, 1= hafif ya da dönem dönem, 2= ağır)

A. Duygudurum ile İlişkili Bulgular

1. Anksiyete: anksiyöz, huzursuz yüz ifadesi, ruminasyonlar, kaygılanma	0	1	2	3
2. Keder: kederli yüz ifadesi, kederli ses tonu, kolay ağlıyor olmak	0	1	2	3
3. Zevk alınacak olaylara karşı tepkisizlik	0	1	2	3
4. İritabilite: çabuk parlamaya, kolay öfkelenme	0	1	2	3

B. Davranışsal Bozukluk

5. Ajitasyon: huzursuzluk	0	1	2	3
6. Retardasyon: hareketler, konuşma ve tepkilerde yavaşlık	0	1	2	3
7. Çok sayıda fiziksel yakınma (yalnızca gastrointestinal belirtilerse "yok" olarak puanlayın)	0	1	2	3
8. Her zamanki ilgilerin kaybı: ilgili olduğu aktivitelerle daha az uğraşma (sadece, değişiklik son bir ay içinde oluştuysa puanlayın)	0	1	2	3

C. Fiziksel Bulgular

9. İştahsızlık: her zamankinden daha az yemek yemek	0	1	2	3
10. Kilo kaybı: (bir ay içinde 3kg'dan fazla kayıp söz konusuysa "ağır" olarak puanlayın)	0	1	2	3
11. Enerji kaybı: kolaylıkla bitkin düşmek, aktiviteleri sürdürmemek (sadece, değişiklik son bir ay içinde oluştuysa puanlayın)	0	1	2	3

D. Döngüsel İşlevler

12. Diurnal duygudurum dalgalanmaları	0	1	2	3
13. Uykuya dalma güçlüğü: bu kişi için alışıldan daha geç	0	1	2	3
14. Uyku sırasında çok sayıda uyanma	0	1	2	3
15. Sabah çok erken uyanma: bu kişi için alışıldan daha erken	0	1	2	3

E. Düşünce Bozukluğu

16. İntihar: hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünme, intihar düşünceleri ya da girişimi	0	1	2	3
17. Benlik değerinde azalma: kendini suçlama, kendini değersiz bulma, başarısızlık duyguları	0	1	2	3
18. Kötümserlik	0	1	2	3
19. Duygudurum ile uyumlu hezeyanlar: yoksulluk, hastalık ya da kayıp hezeyanları	0	1	2	3

Ek 7: Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri - CMAI

Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri - CMAI

İsim _____ Tarih _____

Mueyene eden _____ Cinsiyet _____ Eğitim _____ El tercihi _____

Derecelendirme ölçeği: (son 2 haftada)

1= Hiç bir zaman / 2= < 1/hafta / 3= 1-2/hafta / 4= Haftada çok sayıda / 5= 1-2 gün 6=

Günde çok sayıda / 7= Saatte çok sayıda

Adımlama, amaçsız dolaşma	
Uygunsuz giyinme veya soyunma	
Tükürme (yemekler sırasında dahil)	
Küfretme veya sözel saldırganlık	
Sürekli nedensiz yere dikkat veya yardım talebi	
Sürekli aynı cümle veya soruyu tekrarlama	
Vurma (kendisine de dahil)	
Tekme atma	
İnsanları alakoyma	
İtme	
Nesneleri fırlatma	
Tuhaf gürültüler çıkarma (acayip biçimde gülme veya ağlama)	
Çığlık atma	
Isırma	

Tırmalama	
Kaçmaya çalışma (odanın veya binanın dışına)	
Bilerek düşme	
Sızlanma	
Negativizm	
Uygunsuz şeyleri yeme veya içme	
Kendisi veya bir başkasının canını yakma	
Nesneleri uygunsuz olarak kullanma	
Nesneleri saklama	
Nesneleri istifleme	
Nesneleri yırtma veya eşyayı kırma	
Tekrarlayıcı manyerizmler	
Sözel cinsel girişimlerde bulunma	
Fiziksel cinsel girişimlerde bulunma	
Genel huzursuzluk/yerinde duramama	
Toplam Puan	

Ek 8: Şarkılar - Senden Başka

Senden Başka

Söz-Müzik: Oktay Yurda Tapan
Nota Düzenleme: Caner Korkmaz



Am Am Am Am Dm Dm Am Am
Benden sorsan ummanlardır derdim hani gözlerin varya
Am Am DmDm Am E Am Am
Bülbülleri susturup dinlerdim tatlı sözlerin varya
Am Am Am Am Dm Dm Am Am
Katmer katmer gül açar gönlümde hani gülüşün varya
Am Am DmDm AmE Am Am
Daha mutlu olamam ömrümde beni öpüşün varya

N Am Am Am Am
Senden başka senden başka gözüm görmez hiç kimseyi
A E E E E
Senden başka senden başka duyamam ben hiç kimseyi
K Am Am Am Am
Senden başka senden başka sevemem ben hiç kimseyi
R E E E E Am Am
Senden başka senden başka olamam senden başkasıyla

Am Am Am Am DmDm Am Am
Dizlerim titrer sen görününce hani gelişin varya
Am Am DmDm Am E Am Am
Aklımdan çıkmaz bütün ömrümce çapkın gülüşün varya
Am Am Am Am Dm Dm Am Am
Bir ilkbahar yağmuruydu sanki ardından güneş doğmaya
Am Am DmDm Am E Am Am
Yaktı bir ateş gibi inanki kor dudakların varya

Ek 9: Şarkılar - Hatırla Sevgili

Hatırla ey peri o mes'ud geceyi

Niravend şarkısı
Usulü : Semai

Muâllis Sabañattin Ezgi



Ek 10: Şarkılar - Beyoğlunda Gezersin

-Mâhur İstanbul Türküsü-
BEYOĞLUNDA GEZERSİN GÖZLERİNİ SÜZERSİN

Sofyan

ARANAÇME...

Bey oğ lun da ge zer sin Göz le ri ni
Ma vi göz lük ta kar sın Çok can la rı

sü zer sin (---SAZ---) Bey oğ lun da ge zer sin
ya kar sın Ma vi göz lük ta kar sın

göz le ri ni sü zer sin Sev di ce ğim
çok can la rı ya kar sın Sev di ce ğim

yav ru ca ğım ni çin ni çin be ni ü zer sin
yav ru ca ğım ni çin ni çin ben den ka çar sın

Sev di ce ğim yav ru ca ğım ni çin ni çin be n
Sev di ce ğim yav ru ca ğım ni çin ni çin ben den

ü zer sin Ah ah
ka çar sın

Fı kır fı kır fı kır da ma gel ba na gel D.C.
Şı kır şı kır şı kır da ma gel ba na gel

Beyoğlunda gezersin	Mavi gözlük takarsın	Sütlüceye geçersin
Gözlerini süzersin	Çok canları yakarsın	Sütlü kahve içersin
Sevdiceğim yavrucağım	Sevdiceğim yavrucağım	Sevdiceğim yavrucağım
Niçin beni üzersin	Niçin benden kaçarsın	Niçin beni üzersin

Ek 11: Şarkılar - Yıldızların Altında

Yıldızların Altında

Söz: Ömer Bedrettin Uşaklı
Beste: Kaptanzade Ali Rıza Bey

The musical score is written in 4/4 time and consists of seven staves. Each staff begins with a guitar chord diagram. The lyrics are written below the notes. The chords used are Am, Dm, C, E, E7, and G.

5
9
13
17
19
22

Be nım gön lüm sar hoş tur yıl dız la rın al tın da
Ma vi nur dan bir ır mak göl ge de bir sa lın cak

Se viş mek ah ne hoş tur yıl dız la rın al tın da
Bir de i ki miz kal sak yıl dız la rın al tın da

Yan mam gön lüm yan sa da
e cel be ni al sa da Göz le rım ka pan
sa da yıl dız la rın al tın da

Ek 11: Kurum Onayı



20.04.2016

Haliç Üniversitesi Türk Müziği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Emine Elif Şahin Karadeniz'in Prof. Leyla Tansever danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı 'Demans- Alzheimer Hatalarında Farklı Müzik Terapi Uygulamalarının Zihinsel, Psikolojik, Anksiyete ve Ajitasyon Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı Çalışma' konulu araştırmasının çalışmalarını huzurevi sakinlerimize uygulamasında bir sakınca yoktur.

Psk. Canberk Cansev

AVRASYA HUZUREVİ
Kerem ÖZALP ve CİTACI
Genel SSK, Top. Y. Mahallesi TANIRIP
Yakacak V.D. 663 030 8531

Psk. İdris Matyar

AVRASYA HUZUREVİ
Kerem ÖZALP ve CİTACI
Çay Mahallesi Yeşilbunur Sokak No: 3
Kartal / İSTANBUL
Yakacak Vergi Dairesi : 663 030 8531

Ek 12: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 85
KONU: Etik Kurul İzni

14.04.2016

Sayın; Emine Elif ŞAHİN

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Prof. Dr. Leyla Pınar TANSEVER'in danışmanlığında planladığınız "Demans-Alzheimer Hastalarında Farklı Müzik Terapi Uygulamalarının Zihinsel, Psikolojik, Anksiyete ve Ajitasyon Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı Çalışma" isimli araştırmanız kurulumuzun 14.04.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

S. Kayalı

Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Emine Elif Şahin Karadeniz

İletişim Bilgileri

Adres : Kadıköy/İstanbul

Mail : e.elifsahin@gmail.com

Doğum Tarihi : 24.07.1991

Öğrenim Durumu : Yüksek lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Müzik Öğretmenliği	Marmara Üniversitesi	2013
Yüksek Lisans	Türk Müziği Konservatuar	Haliç Üniversitesi	

Yayınlar

Uluslar arası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler.

“Alzheimer Tanısı Almış Yaşlı Bireylerde Müzik Terapi Kullanımının Ajitasyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi” 7. Uluslararası Hisarlı Ahmet Sempozyumu- Kütahya-Turkey, 28-30 Mayıs 2016.