T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi

Yüksek Lisans Tezi

Belda ÇAĞLAYAN

Çankırı 2021

Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi

Belda ÇAĞLAYAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Satı DİL

Çankırı 2021

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 188202003 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Belda ÇAĞLAYAN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi :

Tez Danışmanı:	**Doç.Dr. Satı DİL** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğretim Üyesi Seher GÖNEN ŞENTÜRK** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Öğretim Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK** **Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi**	**……** **İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım
İmza
Prof. Dr.Özcan ÖZKAN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
Tarih
Belda ÇAĞLAYAN

ÖN SÖZ

Çalışmam süresince ihtiyaç duyduğum her an yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen ve tezimin ortaya çıkmasında sağladığı katkılardan dolayı tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Satı DİL'e,

Bana psikiyatriyi sevdiren kıymetli hocalarım Dr. Pınar ÇİÇEKOĞLU ve Betül TUFANOĞLU'na,

Çalışma hayatımda tüm anlayışını ve desteklerini esirgemeyen yüksek lisans eğitimim süresince bana verdikleri destek ve motivasyondan dolayı Çankırı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları sevgili arkadaşlarım Sevgi ULUPINAR, Cem Ali YAMAN, Şemsettin ÇALIŞKAN, Halide KOÇ ve Elif GÜVENDİ'ye,

Tanıştığım andan beri yanında kendimi huzurlu hissettiğim, zor dönemlerimde bir telefon kadar uzağımda olan ve sesini duymamla bütün dünyamı güzelleştiren Derya MANCOĞLU KAYABEY'e,

Bana inanıp güvenen, desteklerinin esirgemeyen hep yanımda hissettiğim dostlarım; Nazlı YILDIZ ÖZSÖZ, Nazan ŞENBAHÇE, Selda SURAL SEVER'e,

Beraber başladığımız yüksek lisans serüveninde motivasyonumu hep dinç tutmamı sağlayan Damla ÖKSÜZ, Ceyda İnci SOYDAŞ, Serap YALÇIN ve Nilay GÖKTAŞ'a

Çalışmaya katılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni hastalarına; Desteğiyle hep yanımda olduğunu gösteren, her halimi anlayışla karşılayan, bu zorlu süreçte kızıma hem anne hem baba olan eşim Sadi ÇAĞLAYAN'a ve anne yeter artık okuma diyerek isyan eden canım kızım adaşım Belda Nur ÇAĞLAYAN'a, bana anne ve baba olan kıymetli Nazife ve Mehmet ÇAĞLAYAN'a,

Tabi ki beni büyüten canım annem Kadriye DEMİR, babam Alaattin DEMİR ve biricik kardeşlerim Ayşenur AÇAR ve Berna AKKAYA'ya;

Ve son olarak hayallerini gerçekleştirmek için 19 yaşındayken kendine söz veren o küçük kıza….

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY ..... **iii**
ETİK BEYANNAMESİ ..... **iv**
ÖN SÖZ ..... **v**
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ..... **viii**
ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **ix**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **x**
ÖZET ..... **xi**
SUMMARY ..... **xii**
1. GİRİŞ **1**
1.1 Çalışmanın Amacı 5
1.2 Problemler 5
1.3 Hipotezler 5
1.4 Sınırlılıklar 6
1.5 Sayıltılar 6
2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1 Şizofreni 7
2.1.1 Şizofreni Belirtileri ve Etiyolojisi 8
2.1.2 Şizofreni Tipleri 9
2.1.2.1 Katatonik Tip Şizofreni 10
2.1.2.2 Dezorganize (Hebefrenik) Tip Şizofreni 10
2.1.2.3 Paranoid Tip Şizofreni 10
2.1.2.4 Rezidüel Tip Şizofreni 11
2.1.2.5 Farklılaşmış Tip Şizofreni 11
2.1.3 Şizofreni Tedavisi 11
2.1.3.1 Farmokolojik Tedavi 12
2.1.3.2 EKT 13
2.1.3.3 Şizofreni Tedavisinde Non-Farmokolojik Yöntemler 14
2.1.3.3.1 Psikososyal Tedaviler 14
2.1.3.3.2 Bilişsel –Davranışçı Terapi (BDT) 14
2.1.3.3.3 Sosyal Beceri Eğitimi 15
2.1.3.3.4 Grup ve Aile Terapileri 15
2.1.3.3.5 Psikiyatrik Rehabilitasyon 16
2.2 Stres 17
2.2.1 Stres Kavramı 17
2.2.2 Stresin Belirtileri 19
2.2.3 Strese Yol Açan Faktörler 20
2.2.4 Stresle Baş Etme Yöntemleri 20
2.2.5 Şizofreni ve Stres 21
2.3 Benlik Saygısı 21
2.3.1 Şizofreni ve Benlik Saygısı 22
2.4 Motivasyon 24

2.4.1 Motivasyon Kavramı 24
2.4.2 Şizofreni ve Motivasyon 25
2.5 Müzik Terapi 26
2.5.1 Müzik Terapi ve Tanımı 26
2.5.2 Müzik Terapi Uygulaması 29
2.5.3 Türkiye'de Müzik Terapi Eğitimi 30
2.5.4 Psikoterapötik Müzik Terapi Yaklaşımları 31
2.6 Şizofreni ve Müzik Terapi 33
2.7 Müzik Terapi ve Hemşirelik 35
2.8 Şizofrenide Psikiyatri Hemşiresinin Rolü 36
3. MATERYAL VE YÖNTEM 39
3.1 Evren ve Örneklem 39
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 40
3.3 Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri 41
3.4 Veri Toplama Araçları 42
3.5 Araştırmanın Uygulanması 44
3.6 Araştırmanın Değişkenleri 47
3.7 Araştırmanın Etik Yönü 47
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi 48
4. BULGULAR 49
5. TARTIŞMA 56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 61
KAYNAKLAR 63
EKLER 78
EK 1. ANKET FORMU ……..79
EK 2. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)……...81
EK 3. BENLİK SAYGISI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-KISA FORMU…...82
EK 4. DANIŞANLAR İÇİN TERAPİ MOTİVASYONU ÖLÇEĞİ……83
EK 5. ETİK KURUL SONUÇ FORMU……84
EK 6. HASTANE İZİN BELGESİ……..85
EK 7. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU……...86
EK 8. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ(ASÖ) İZNİ……87
EK 9. BENLİK SAYGISI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-KISA FORMU İZNİ……88
EK 10. DANIŞANLAR İÇİN TERAPİ MOTİVASYONU ÖLÇEĞİ (DİTMÖ) İZNİ……89
EK 11. ÖZGEÇMİŞ 90
EK 12.RAST MAKAMI CD

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

DSM **:**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

WHO **:**World Health Organization **(**Dünya Sağlık Örgütü)

ICD **:**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması**)**

ANA **:** Amerikan Hemşireler Birliği

BDT **:** Bilişsel- Davranışçı Terapi

ASÖ **:** Algılanan Stres Ölçeği

DİTMÖ **:** Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği

BSDÖ **:** Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği

MÜTEM **:** Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi

MÜZTED **:** Müzik Terapi Derneği

TÜTEM **:** Türk Tedavi Musikisi Uygulama ve Araştırma Grubu

TÜMATA **:** Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

EKT : Elektro Konvülsif Tedavi

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1: Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri..... **49**
Çizelge 4.2: Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Öncesi, Sonrası ve İzlemdeki ASÖ, DİTMÖ, BSDÖ Puan Ortalamaları **51**
Çizelge 4.2.1: Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisi Öncesi-Sonrası, Sonrası-İzlem, Öncesi- İzlem Ölçümleri Arasındaki ASÖ, DİTMÖ ve BSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması. **52**

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: G-power analiz sonucu.....**39**

Şekil 2: Araştımanın Akış Şeması…….……..**47**

Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi

ÖZET

ÇAĞLAYAN, Belda. Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2021.

Araştırma, şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisinin hastaların benlik saygısı, motivasyon ve algıladıkları stres düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test- son test desenli kontrol grupsuz yarı deneysel çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Çankırı ili Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip ve tedavi gören şizofreni hastaları (N:441), örneklemini ise dahil edilme kriterlerini taşıyan hastalar oluşturmuştur (n:30). Araştırmada veriler; hastaların sosyodemografik özellikleri ile hastalıkla ilgili özelliklerini içeren 14 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu, müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların stres, benlik saygısı ve motivasyon düzeylerinin değerlendirilmesi için Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu, ve Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu (DİTMÖ) ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, müzik terapi öncesi, sonrası ve izlem ölçüm değerlerinin karşılaştırmalarında Friedman testi kullanılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından öntest-sontest-izlem olmak üzere üç aşamalı olarak tüm hastalarla yüz-yüze görüşme ile toplanmıştır. Müzikterapi uygulamasında Rast makamındaki eserler ilk oturumda canlı sonraki oturumlarda CD aracılığıyla dinletilmiştir. Hastalara 8 oturumluk müzik terapi, haftada iki oturum ve bir oturum 60 dk. olacak şekilde sürdürülmüştür. Son testen 1 ay sonra müzik terapinin etkinliğini ölçmek için izlem ölçümü gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda; müzik terapi uygulaması sonrasında hastaların algılanan stres seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma, motivasyon ve benlik saygısı düzeylerinde ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma saptanmıştır ($p<0.05$).Müzik terapisinin iyileştirici etkisinden ve tamamlayıcı yöntemlerden biri olmasından dolayı ilaç tedavisine destekleyici olarak uygulanması ve psikiyatri hemşirelerinin uygulamaları içinde yer alması için çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Benlik Saygısı, Motivasyon, Müzik Terapi, Stres, Şizofreni.

The Effect of Musicotherapy on Self-Esteem, Motivation and Perceived Stress Levels of Schizophrenia Patients

SUMMARY

ÇAĞLAYAN, Belda. The Effect of Music Therapy Applied to Schizophrenia Patients on Self-Esteem, Motivation and Perceived Stress Levels, (Master Thesis), Çankırı, 2021.

This quasi-experimental study aimed to determine the effects of musicotherapy on the self-esteem, motivation and perceived stress levels of schizophrenia patients. It used a pretest-posttest design with no control group. The study population included the schizophrenia patients who were receiving follow-up care and treatment at the Çankırı Community Mental Health Center (N:441). Its sample consisted of all patients who met the inclusion criteria (n:30). The data were collected using a personal information form with 14 questions about the patients' sociodemographic and health-related characteristics, the Perceived Stress Scale (PSS) to assess the patients' stress, self-esteem and motivation levels before and after musicotherapy and during the follow-up period, the Self Esteem Rating Scale-Short Form and the Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS).The data were analyzed using descriptive statistics (percentages, arithmetic means and standard deviations). The Friedman test was used to compare values measured before and after musicotherapy and during the follow-up period.

The researcher collected the data during face-to-face interviews for the pretest, posttest and follow-up. During the musicotherapy, participants listened to the musical pieces in the Rast maqam live in the first session and on CDs in the next sessions. The musicotherapy was administered in eight sessions, two 60-minutesessionsa week for four weeks. The follow-up values were measured one month after the posttest to assess the effectiveness of musicotherapy. The patients' perceived stress levels were significantly lower, and their motivation and self-esteemlevels increased significantly after the musicotherapy sessions ($p<0,05$). Further studies are needed to administer musicotherapy as an adjuvant to medication and to include it in psychiatric nursing practice because it has a curative effect and is a complementary method.

Key Words: Motivation, Music Therapy, Schızophrenıa, Self Esteem, Stress.

1. GİRİŞ

Şizofreni hastalığı çoğunlukla erken erişkinlik döneminde başlayan toplumun %1'ini etkileyen biliş, emosyon, algı ve davranışlarda bozulmalar meydana getiren klinik bir sendromdur (Ertuğrul, 2010; Kaplan ve Sadock, 2005; Sadock, Sadock ve Levin, 2013). Genelde 25'li yaşlardan önce başlayarak, kişilerarası işlevsellikle birlikte mesleki işlevselliğide bozarak yeti yitimine neden olan uzun süreli seyir gösteren bir hastalıktır (Aydın, 2005).

Şizofreni, kişiyi ilk gençlik yıllarından başlayarak üretim dışına iterek, alışılmış algılama ve yorumlama şekillerine yabancılaşmasına, toplumdan uzaklaşıp içe kapanmasına, çevresiyle sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 2007). Tüm toplumlarda ve coğrafi alanla birlikte birçok sosyal sınıfta gözlenmekte ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalara yol açarak sosyal, mesleki, ruhsal alanda bozulmalar ile karakterize ve yeti yitimine yol açabilen kronik ruhsal bir bozukluktur (Kaplan ve Sadock, 2005; Ceylan ve Çetin, 2005).

Şizofreni, dünya çapında yirmi milyonu aşkın insanı etkilemektedir (WHO, 2015). Dünya Sağlık örgütü tarafından on ülkede yapılmış bir epidemiyolojik çalışmada şizofreninin yaygınlık oranının 0.07-0.14 arasında olduğu bildirilmiştir (Özbey, 2007). 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması' nda ise nüfus genelinin % 18'inin yaşamı boyunca bir ruhsal hastalık geçirdiği bildirilmiştir (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Şimşek, 1988).

Şizofreni, kişisel ve ekonomik problemlere neden olan önemli sağlık problemlerinden biridir. Şizofreni yaygınlığının yaşam boyu %1 olduğu ve kişinin yaşam süresini %20 daha kısalttığı bildirilmektedir (Sadock, Sadock ve Levin, 2013; Belene, 2009). Şizofreni hastalığının semptomları arasında sanrılar, halüsinasyonlar, dezorganize davranış ve konuşma, bilişsel kayıplar, uygunsuz duygulanım ve psikososyal işlevsellikte bozulmalar gözlenmekte olup (Altuntaş, 2016; Ertuğrul, 2010) bunların sonucu olarak öğrenme, kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılama, bir işte çalışma, yaşam becerileri, kişilerarası ilişkiler gibi alanlarda yetersizlik ve sosyal yaşamda sorunlar ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofrenide duyuşsal kayıtsızlık belirtisi, emosyonel ve motivasyonel bozulmaların göstergesi olarak değerlendirilir. Motivasyon bozukluğu şizofrenide işlevsellikte bozulmanın ayırt edici özelliğini oluşturmaktadır. Bu nedenle şizofreni hastalarının bakımında ele alınması önemlidir (Simpson ve Balsam, 2016).

Motivasyonun bir çok tanımı olmakla birlikte genel olarak motivasyon, hedefe yönelik davranışı başlatan, bu davranışı sürdüren ve yön veren bir içsel durum olarak ifade edilmektedir. Motivasyon, hedefe ulaşmaya yönelik yapılan aktivitelerin davranışsal ve öznel yönlerini etkilemektedir (Foussias ve Remington, 2010). Motivasyonda azalma negatif belirtiler başlığı altında ele alınmaktadır (Simpson ve Balsam, 2016). Şizofreni hastalarında farklı şekillerde motivasyon sorunları yaygın bir şekilde görülmektedir. Şizofreni hastalarında motivasyon eksikliği hastanın ve tedavi ekibinin işlevsel bir sonuca varmalarını zorlaştırmaktadır (Yıldız, 2018). Ayrıca zevk ve motivasyon eksikliği hastaların sosyal ve mesleki anlamda etkili ve doyumlu ilişkiler kurmasını engelleyebilir (Lee, Jung, Park, ve Kim, 2015). Şizofreni hastalarının motivasyon düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların motivasyon düzeylerinin düşük olduğu ve motivasyon düzeylerini arttırmanın hastaların iyileşmelerinde önemli katkıları olduğu belirtilmiştir (Evensen ve diğerleri, 2012; Fervaha ve diğerleri, 2015; Fervaha ve diğerleri, 2018).

Kronik psikiyatrik bozukluğa sahip hastalarda, sosyal ilişki kurmaktan kaçınma, mevcut durumundan utanma, kendini yetersiz hissetme, olumsuz düşüncelerde artma ve kendilik değerinde düşme yani öz saygısında azalma ortaya çıkmaktadır (Taşkın, 2007). Şizofrenide görülen işitsel halüsinasyonlar, sosyal içe çekilme ve izolasyon kişide benlik saygısında azalmanın nedenleri arasında belirtilmektedir (Tatlı, Bulut ve Güveneroğlu, 2016). Benlik saygısı azalmasıyla; kişi kendini dış dünyadan soyutlamaya başlamakta, toplumdan uzaklaşma eylemi göstermekte ve tedaviye uyumsuzluğu artmaktadır (Kahng ve Mowbray, 2005). Benlik saygısı ruhsal iyi oluş halinin gösterlerinden birisidir. Başarı ve öz yeterlilik duygusu için benlik saygısı gereklidir (Bulut, 2012). Düşük benlik saygısı psikotik semptomlarda devamlılığa sebep olarak hastalığın yükünün artmasına neden olabilmektedir (Xu ve diğerleri, 2013). Benlik saygısı, bireyin kendi kendini değerlendirmesi ve benlik kavramını iç dünyasında onaylamasıyla kendinden memnun olma durumunu göstermektedir (Mann, Hosman, Schaalma ve Vires, 2004). Kök ve Demir (2018)'in çalışmasında, şizofreni hastalarında benlik saygısının azalmasıyla kendi kendilerini damgalama düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir.

Bununla birlikte literatürde, şizofrenide benlik saygısını arttırarak, halüsinasyonların şiddetinin ve sıklığının azalabileceğide öngörülmüştür (Tatlı, Bulut ve Güveneroğlu, 2016). Bu bağlamda benlik saygısını artırmaya yönelik uygulamaların psikolojik hastalıkları iyileştirdiği (Teng, Ya-Ping veYu-Chia, 2019; Xu ve diğerleri, 2013), benlik saygı düzeyini yükselttiği (Ateş, 2013; Kaya Erten, 2011; Şahan Yılmaz ve Duy, 2013), bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyinin artmasına katkı sağlayabildiği belirlenmiştir (Karaırmak ve Siviş-Çetinkaya, 2011; Öner Altıok, Ek ve Koruklu, 2010). Şizofreni hastalarında müzik terapinin benlik saygısını olumlu etkileme ve kendine olan güveni güçlendirebilme özelliği olduğu, dış çevreye karşı daha kolay uyum sağlayabilme, kişilerarası ilişkileri güçlendirme ve toplumsallaşma düzeyini arttırabildği bildirilmiştir (Ulrich, Houtmans ve Gold, 2007).

Psikiyatrik bozuklukların predispozan ve presipitan faktörleri arasında kalıtımsal yatkınlık, kişinin karakteri, stresli yaşam koşulları ve çevreden kaynaklanan stresler yer almaktadır (Çoban, 2005). Günümüzde kişiler çevresel, örgütsel ve kişisel kaynaklı olmak üzere çeşitli stresörlere maruz kalabilmektedirler. Stresle etkili biçimde baş edilememesi, zihinsel ve fiziksel fonksiyonlarda bozulma, madde kullanımı ve ruhsal çöküntü gibi bireysel sonuçlarla birlikte, verimlilikte düşme ve performans kaybı gibi birçok örgütsel sonuçları da ortaya çıkarmaktadır (Bingöl, 2013). Stres insanlar için mutsuzluk sebebi olmakla birlikte iş yaşantısında, aile yaşantısında, daha önemlisi kendi iç dünyasında huzursuzluğa, bıkkınlığa ve tükenmişliğe neden olabilmektedir (Karadavut, 2005). Herhangi bir olayın stres verici etkisini azaltmaktaki asıl amaç, kişiye gönül rahatlığı ve dinginlik sağlamaktır. Stresi azaltmada kullanılacak yöntemler arasında; gevşeme ve solunum egzersizleri, hipnoz, yoga ve meditasyon, fiziksel egzersizler ile müzik dinleme yer almaktadır. Stresi azaltmada huzur ve sakinlik sağlayan müzik çeşitlerini dinlemek etkili olabilmektedir (Tahran, 2002). Müzik terapi hastaların iç dünyalarında yaşadığı stres ve sıkıntıları ortadan kaldırarak, duygu ve düşüncelerini pozitif yönde etkileyerek, toplumsal ilişkilerini geliştirerek ve kendilerine olan benlik saygısının artmasına yardımcı olarak katkı sağlamaktadır(Gençel, 2006).

Müzik terapisi, ruhsal bozukluk tanısı almış kişilere, makamların fizyolojik ve psikolojik etkilerine göre müzikal sesleri ayarlayarak düzenli bir şekilde yapılan nonfarmakolojik bir tedavi biçimidir (Ak, 2006). Müzik terapisinde amaç; kişilerin ağrısını, stres ve kaygı düzeylerini azaltarak ve duygu durumunu değiştirerek rahatlamalarını sağlamaktır. Bu sebeple müzik terapisti; kişilerin kendilerini rahat

ifade etme yeteneklerini geliştirerek, yaşam kalitelerini artırmayı amaçlamaktadır (Evans, 2002). Ruhsal hastalıklarda müzik terapi; dikkat ve odaklanmanın arttırılması ile kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesi, kişinin kendisine olan güveninin tekrar kazandırılmasına destek olmaktadır. Ayrıca müzik terapiyle şizofrenide ortaya çıkan belirtilerde önemli düzeyde bir düzelme olduğu bildirilmiştir (Peng, Koo ve Kuo, 2010). Müzik terapisi, danışanların motivasyonunu arttırma ve kendi tedavilerinde etkin rol oynama, danışanlar için emosyonel destek sağlama alanlarında etkili olduğu gibi; ağrıyı hafifletme, belleğin ve iletişimin geliştirilmesinde, stres yönetiminde kullanılabilir (American Music Therapy Association, 2020).

Yapılan çalışmalarda; şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapinin, pozitif semptomlar üzerinde rast makamının etkili olduğu (Ertekin Pınar, 2013), negatif belirtilerde azalmayı sağladığı, sosyal içe çekilmeyi azalttığı, kişiler arası iletişim becerilerini geliştirdiği, çevresindeki uyaranlara ilgi seviyelerinin arttırdığı (Tang, Yao ve Zheng, 1994), depresyon ve enerji kaybını azalttığı (De Sousa ve De Sousa, 2010) saptanmıştır

Psikiyatri hemşireleri tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakım alanlarında şizofreni hastaları ile birebir çalışan en önemli meslek grupları arasında yer almaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre psikiyatri hemşirelerinin tanımlanan eğitici, danışman, hastanın haklarının savunuculuğu, terapötik girişimler, psikobiyolojik girişimler, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik girişimlerde bulunma, konsültasyon, araştırma ve terapi rolleri belirlenmiştir (Akt: Özbaş ve Buzlu, 2011). Bu rollere bağlı olarak hastaların stresle başetmelerine, motivasyon ve benlik saygılarını artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinde bulunmak psikiyatri hemşiresinin görev ve sorumlulukları içerisinde yer almaktadır. Özellikle psikiyatri hemşireleri, bireylerin strese neden olan faktörlerini, algıladıkları stresleri değerlendirip, stresle baş etme yöntemlerini belirleyerek müzikle tedavi gibi tamamlayıcı tedaviler kapsamında bağımsız hemşirelik girişimlerini uygulayabilmektedir. Bu araştırma kapsamında şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapinin, hastaların motivasyon ve benlik saygısı düzeylerini arttırmak ve stres düzeylerini azaltmak için uygun bir yöntem olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde ruhsal hastalıklarda müzikle terapisinin etkinliğini konu edinen çeşitli araştırmalar bildirilmiştir. Ancak şizofreni hastalarının benlik saygısı, stres düzeyi ve motivasyon düzeylerinin ilişkisini ve bunların üzerine müzik terapisinin etkisini birlikte inceleyen müdahale araştırmasının olmaması dikkat çekmiştir. Bu

bakımdan araştırma sonuçlarının ilgili literatüre ve şizofreni hastalarının bakımında, iyileştirici ve tedavi edici etkisi olan nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili veri tabanınada katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerle bu araştırmada şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisinin benlik saygısı, motivasyon ve algıladıkları stres düzeyleri üzerine etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisinin hastaların benlik saygısı, motivasyon ve algıladıkları stres düzeyleri üzerine etkisini incelemektir.

1.2 Problemler

Şizofreni hastalarının müzik terapisi öncesi, müzik terapisi sonrası ve izlem ölçümlerinde algıladıkları stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Şizofreni hastalarının müzik terapisi öncesi, müzik terapisi sonrası ve izlem ölçümlerinde motivasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Şizofreni hastalarının müzik terapisi öncesi, müzik terapisi sonrası ve izlem ölçümlerinde benlik saygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3 Hipotezler

H_{01}: Şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların algıladıkları stres düzeyini etkilemez.

H_{02}: Şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların motivasyon düzeyini etkilemez.

H_{03}: Şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların benlik saygı düzeyini etkilemez

H_1: Şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların algıladıkları stres düzeyini azaltır.

H_2: Şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların motivasyon düzeyini artırır.

H_3: Şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların benlik saygı düzeyini artırır.

1.4 Sınırlılıklar

Bu araştırma sadece Çankırı Toplum Ruh Sağlığı merkezindeki şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi olan hastaları kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki bütün şizofreni tanısı alan bireylere genellenemez. TRSM'deki şizofreni hastalarının sayısının kontrol grubu oluşturmak için yetersiz olması ve stres düzeyini etkileyen dış değişkenlerin kontrol edilememesi nedeniyle kontrol grubu almadan çalışmanın sürdürülmesi, araştırmanın kısıtlılığıdır.

1.5 Sayıltılar

-Araştırma için seçilen veri toplama yöntemlerinin amaca uygun olduğu,
-Araştırmaya katılan şizofreni hastaları çalışmada yer alan anketi ve ölçekleri samimi ve doğru olarak cevapladıkları,
-Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu,
-Araştırmada kullanılan ölçeklerden; benlik saygısı kısa ölçeğinin hastaların benlik saygısı düzeylerini yansıtacağı, algılanan stres ölçeğinin stres düzeylerini yansıtacağı, danışanlar için terapi motivasyonu ölçeğinin hastaların motivasyon düzeylerini yansıtacağı sayıtlılarından hareket edilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni

Şizofreni hastalığı sıklıkla; sanrı, varsanı, davranışlarda bozulma (tuhaf davranış), konuşma bozuklukları, gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, duygusal küntleşme ve konuşmada fakirleşme gibi temel belirtilerle kendini gösteren süreğen bir bozukluktur (Köroğlu, 2004).

Şizofreni çoğunlukla erken erişkinlik döneminde başlayan toplumun %1'ini etkileyen biliş, emosyon, algı ve davranışlarda bozulmalar meydana getiren klinik bir sendromdur (Ertuğrul, 2010, Kaplan ve Sadock, 2005; Sadock, Sadock ve Levin, 2013). Bireyi ilk gençlik yıllarından itibaren üretim dışına iterek alışılmış olan algılama ve yorumlama şekillerine yabancılaşarak ve toplumdan uzaklaşarak içine kapanmasına aynı zamanda çevresiyle sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır (Güleç ve Köroğlu, 2007). Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi alanla birlikte birçok sosyal sınıfta görülmekle beraber, kişilerarası ilişkilerde bozulmalar meydana getiren aynı zamanda da hastalarda sosyal, mesleki, ruhsal alanda bozulmalara neden olan, uzun seyirli ve yeti yitimine yol açabilen kronik ruhsal bir bozukluktur (Kaplan ve Sadock, 2005; Ceylan ve Çetin, 2005). Ayrıca hem bireysel, hem de ekonomik sıkıntılara neden olan, dünyada da ilk sıralarda gelen halk sağlığı problemlerinden biri olarak görülmektedir. Dünyadaki insidans prevelansına oranlarına bakıldığında ise yaklaşık olarak birbirine eşit olduğu bildirilmiştir (Boydell ve Murrey, 2003).

WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'ya göre şizofreni; delüzyonlar ve sesler işitme gibi halüsinasyonlarla karakterize psikotik semptomları içine alan ve kişinin duyusal, algı, dil, davranış, düşünce gibi alanlarında ciddi sorunlara yol açan kronik seyirli önemli bir mental bozukluktur. Birçok alanda bozulmalar meydana getirmesinden dolayı kişinin düzenli bir işte çalışamamasına ya da var olan çalışma hayatının bozulmasına neden olabilmektedir (WHO, 2015).

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında, bu oranın %1-1.4 arasında olduğu bildirilmektedir. Hastalığa yakalanma riskine bakıldığında ise yaşam

boyunca hem kadın hem de erkek için yaklaşık %1 oranlarında seyrettiği düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2005).

Ülkemizde en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olma özelliğini taşıyan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda Türkiye nüfusunun % 18'inin yaşamı boyunca bir ruhsal hastalık geçirdiği saptanmıştır (Erol, Kılıç ve Ulusoy, 1988). Fakat bu oran son yıllardaki epidemiyolojik çalışmalarda ülkemizde tanı konulabilecek seviyede ruhsal bir bozukluğun varlığının ve yaygınlık düzeyinin %20'yi aştığı vurgulanmaktadır (Küey, Üstün ve Güleç, 1987, Ayrancı ve Yenilmez, 2001).

2.1.1 Şizofreni Belirtileri ve Etiyolojisi

Şizofreni, kişilerin fiziksel görünümünü, duygu ve düşüncelerini, konuşma ve davranışlarını etkileyen ve kişilerde yeti yitimine neden olan çok yönlü bir hastalıktır. Dolayısıyla şizofreni belirtileri kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Kişi şizofreni tanısı aldıktan sonra bile belirtilerde dalgalanma ve farklılıklar görülebilmektedir (Castle, Buckley ve Gaughran, 2017).

Kişilerin fiziksel görünümünde bozulmalara, bilişsel bozukluklara, konuşma ve davranışsal bozukluklara, duygu durum ve duygulanım bozukluklarına, zeka, algılama, düşünce süreci ve içeriğinde bozukluklara neden olmaktadır. Şizofreni hastalığına özgü belirtiler, pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olarak iki büyük grupta toplanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Pozitif belirtiler; düşünce bozuklukları, davranış bozuklukları ya da bizar davranışlar, sanrılar, halüsinasyonlar, katatonik belirtiler, konuşma bozukluklarıdır. Sanrılar, algılamada bozulmalara neden olan halüsinasyün ve illüzyonlara, düşünce içeriğinde bozulmalara neden olmaktadır. Düşünce içeriğinde bozulmalar meydana gelmesi sebebiyle söyledikleri anlaşılamamakta ve konuşma bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bireyin konuşmasının içeriği, ses tonu ve hızında bozulmalar meydana geldiği için birey kendine has bir dil kullanmaktadır. Düşünce içeriğinin bozulmasına bağlı değerlendirme yetisi bozulduğu için hastanın iç görüsüde bozulmaktadır. İç görüsü bozulan hastanın tedaviye uyum süreci de bozulmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Negatif belirtiler ise; duygulanımda düzleşme veya affektin küntleşmesi; anhedoni, sosyal içe çekilme ya da sosyal izolasyon, dikkat dağınıklığı, düşüncenin fakirleşmesi, konuşmada bozukluklar veya aloji (konuşma fakirleşmesi), çekingen görünüm ve ilgisiz tutum, kişisel hijyeninde azalma, iletişim

ve ilişki kurmada güçlükler, psikomotor hareketlerin yavaşlaması, bireyin normal olarak beklenen davranışlarında azalma olmasıdır (Köroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bu belirtilerin sonucu olarak da sosyal ilişkilerde bozulma, sosyal hayattan kendini izole etme, asosyalleşme, yetersiz öz bakım, dağınık görünüm, konsantrasyon sorunu, iş hayatı veya okul hayatında sorunlar, en küçük bir sorunla bile baş edememe, normlara uymayan ve mantıkla açıklanamayan uygun olmayan bizaar (garip) davranışlar sergileme, ilgisizlik ve enerjide azalma durumları görülür (Köroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Diğer kronik psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi şizofreni hastalığının da etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Fakat birçok anatomik sebepler, nörogelişimsel farklılıklar, nörodejeneratif etmenler ve beynin elektriksel aktivitesindeki değişiklik, çeşitli biyokimyasal faktörler (genetik yatkınlık, enfeksiyon, gelişimsel yetersizlikler, gebelik ve doğumda meydana gelen komplikasyonlar) ve stresli yaşam olayları gibi faktörlerin şizofreniye neden olan etmenler arasında olduğu ileri sürülmektedir (Kaplan ve Sadock,2005).

Günümüzde psikiyatrik bozuklukların etyolojisi değerlendirilirken dört ana başlıkta toplanmaktadır. Bunlar genetik yatkınlık, genom üzerinde etkili olan virüs, toksin, yaşam stresörleri, hasta bireyin kişiliği, stresle baş etme mekanizmaları ve çeşitli hastalıklar gibi çevresel faktörlerdir (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken, 2007; Işık, 2006; Işık, Coşkunol, Evren ve Işık, 2015; Kotlicka-Antczak, Gmitrowicz, Sobow ve Rabe Joblonska, 2001).

2.1.2 Şizofreni Tipleri

Şizofreni tanısı, Uluslarası sınıflandırmalara göre çeşitli alt gruplara ayrımıştır. ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)'a göre 9 alt tip şizofreni vardır. Bunlar; Paranoid Şizofreni, Katatonik Şizofreni, Ayrışmamış Şizofreni, Hebefrenik Şizofreni, Post-Şizofrenik Depresyon, Basit Şizofreni, Rezidüel Şizofreni, Başka Şizofreni ve Şizofreni belirlenmemiş olarak belirtilmiştir (Ceylan ve Çetin, 2005).

DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'e göre şizofreni alt tipleri 5'e ayrılmıştır. Bunlar;

1.Katatonik Şizofreni

2.Dezorganize(Hebefrenik) Tip Şizofreni

3.Paranoid Tip Şizofreni

4.Rezidüel Tip Şizofreni

5.Farklılaşmış Tip Şizofreni (APA, 2013)

2.1.2.1 Katatonik Tip Şizofreni

Şizofreninin bu alt çeşidinde daha çok hareketlerde bozulma baskın olarak görülür.15 ile 25 yaş aralarında başlangıç görülür. Hastanın çoğu zaman katatoni (donakalım) pozisyonunda uzun süre hareket etmeden kalması durumudur. Kişi belirli bir pozisyonda uzun süre kalarak uyaranlara tepkisiz kalır. Yemek yeme, uyuma, konuşma ve nasihatlara uymada problemlerin olduğu (negativizm) tiptir. Katatonik eksitasyon denilen birden atak şeklinde hareketli hale gelme belirtileri görülür. Katatonik stupor olarak adlandırılan bazen hiç kıpırdamadan sanki komadaymış gibi pozisyon alarak yatma hali görülür. Bazen de balmumu esnekliği yani aldığı posturü uzun süre koruma eylemi görülebilir (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008; APA, 2013).

2.1.2.2 Dezorganize (Hebefrenik) Tip Şizofreni

Erken yaşta başlayarak, negatif ve pozitif belirtilerin diğer tiplere göre daha fazla görüldüğü çeşididir. Halüsinasyon, hezeyan, kişilik özelliklerinde yıkım, davranışlarda bozulma ya da uygunsuz davranış, kişilerarası ilişkilerde bozulmanın diğer tiplere göre daha fazla görüldüğü tiptir (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bu tipte hastalar donuk bir ifadeyle uzun süre cevap vermeden kalır (Yıldız, 2005). Kişisel hijyenlerine önem vermezler ve kişisel hijyenleri yetersizdir (Davidson, 2012).

2.1.2.3 Paranoid Tip Şizofreni

Şizofrenide en çok görülen tip paranoid şizofrenidir. Kişilerarası iletişimde güçlükler ve artarak devam eden şüphecilik ya da kuşku hali ilk belirtiler arasında yer almaktadır (Gençtan, 2015).

En belirgin özelliği düşünce içeriğinde bozulmaların olmasıdır. Genellikle ilerleyen yaşlarda ve yavaş başlangıç şeklinde seyreder. Perseküsyon ve grandiyöz sanrılar en çok görülen sanrı tipleridir. Şizofreninin alt tiplerinde tedaviye yanıt veren en iyi türüdür (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şüphecilik halinin artması, öfke kontrolünde zorlanma ve adli suçlara daha yatkın bir hale gelme durumu söz konusudur (Butcher, Mineka ve Hooley, 2011).

2.1.2.4 Rezidüel Tip Şizofreni

Aldırışsızlık, umursamazlık, somut düşünce ve düşünce fakirliği, sosyal izolasyon, affektinde küntleşme, eylemi başlatma ve girişimde azalma, apati, özbakım eksikliği gibi negatif semptomlar daha çok ön plandadır. Öne çıkan belirtiler arasında sanrılar ve halüsinasyonlar yer almaz (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Rezidüel tip şizofreni mantık dışı düşünce, garip davranışlar, hikikomori (sosyal çekilme), psikolojik körlük ile karakterizedir (Sadock ve Sadock, 2011).

2.1.2.5 Farklılaşmış Tip Şizofreni

Şizofreni tanısı için yeterli belirtiler olmasına karşın bu belirtilerin paranoid, hebefrenik, rezidüel, katatonik türlerinden herhangi birisinin tanısını koyduracak biçimde ayrıştırılamadığı şizofreni türüdür (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.3 Şizofreni Tedavisi

Şizofreni, tedavisi mümkün olan bir hastalıktır. Koruyucu ve rehabilite edici tedavi ile hastanın var olan belirtilerini kontrol altına alarak, optimum düzeyde toplumsal ve sosyal işlevselliğini artırarak yaşamını idame ettirebilmesi mümkün olmaktadır (Yıldırım, 2007).

Şizofreni, bireyin yaşamını çok yönlü etkileyen bir hastalık olduğundan tedavide amaç, var olan belirtileri azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya yönelmenin yanısıra, hastalığın sebep olduğu yıkıcı belirtileri de en aza indirgemeye çalışmaktır. Belirtileri kontrol altına alarak bireyin yaşam kalitesini artırmak ve sosyal hayata uyumunu maksimum seviyeye taşımak tedavinin asıl hedefi olmalıdır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofreni bozukluğunda belirtileri iyileştirmek, atakları azaltmak ya da önlemek, aile üyelerinin, bakım veren kişilerin ve tanı almış kişinin bireysel baş etme mekanizmalarını güçlendirmek, toplumsal kültüre uymayan davranışlarını ortadan kaldırmak, hastanın kendi hayatını idare edebilmesi için işlevselliğini artırmaya yönelik toplumsal desteği sağlamak tedavide önemli olan basamaklardır (Addington, Piskulic ve Marshall, 2010).

Hastada şiddete yönelme, kendine ya da başkasına zarar verme eylemleri, davranışlarında tuhaflığa bağlı öz bakım gereksinimlerini karşılayamama ve beslenme problemleri başlamışsa hastaya yatış önerilir. Özellikle hastalığın akut

döneminde olan kişilerin klinikte yatırılarak tedavi edilmesi daha uygundur. Bu belirtilere ek olarak katatonik davranışlar, ileri derecede regresyon, eksitasyon ve aile hayatında bozulmalar meydana gelmesi durumunda da hastaneye yatış yapılır. Tedavi süresi yaklaşık 4 ile 6 hafta arası yeterli olmaktadır. (Öztürk, 2004; Kültür, Mete ve Erol, 2007). Kişi şizofreni tanısı almışsa en kısa sürede tedaviye başlanmak gerekmektedir. Tedaviye başlamadaki gecikme tedaviden alınacak sonucu da etkileyebilmektedir. Yapılan araştırmalar; tedavi edilmeyen psikotik sürecin uzamasıyla, pozitif ve negatif semptomlarda ve işlevsellik düzeyinde bozulmaların artmasıyla hastalığın seyrinin daha da kötüleştiğini bildirmiştir (Kültür, Mete ve Erol, 2007; Üçok, 2008).

Şizofreni tedavisinde tek başına ilaç tedavisi yeterli olmamaktadır. Tedavi sürecinde yineleyen atakları önlemek, semptomları iyileştirmek, ailesinin ya da bakım veren kişilerin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek, toplum içinde normal olmayan davranışlarını ortadan kaldırmak, toplum desteğinden yoksun kılınmaması ve bireysel işlevselliğini artırmaktır. Şizofreni tedavisinde kullanılan farmokolojik olmayan tedavi yöntemleri arasında Elektro Konvülsif Tedavi ve psikososyal tedaviler yer almaktadır. Psikososyal tedaviler ise, grup terapileri, bireysel terapiler, aile terapileri, bilişsel-davranışçı terapiler, iş uğraşı terapileri, psikoeğitim ve müzik terapisidir (Yıldız, 2002).

2.1.3.1 Farmokolojik Tedavi

Şizofreni hastalığının farmakolojik tedavisinde antidepresanlar, anksiyolitikler, antipisikotikler, antikolinerjikler ve duygu durum düzenleyiciler kullanılabilmektedir (Yıldız, 2002; Yüksel, 2014).

Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar önemli ölçüde halüsinasyon, sanrı ve bizar davranışlar gibi pozitif semptomların kontrol altına alınmasını sağlamaktadır (Yüksel, 2014). Bununla birlikte bilişsel fonksiyonları ve beyin fonksiyonlarını (dikkat ve konsantrasyon, hafıza, öğrenme ve yönetim becerileri) düzeltmektedir. Hastanın mizacındaki değişiklikleri düzeltip, iyileşme sürecini ve klinik seyri iyi yönde etkilemektedir (Köroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Antipsikotikler birinci kuşak ve ikinci kuşak antipsikotikler olarak gruplandırılmaktadır. Birinci kuşak antipsikotikler arasında; tiyoridazin, klorpromazin, trifluoperazin, flufenazin, tiyotiksen, pimozid, loksapin, molindon, haloperidol vb. ilaçlar yer almaktadır. İkinci kuşak antipsikotikler arasında;

olanzapin, klozapin, ketiapin, aripiprazol, ziprasidon, sülpirid, risperidon gibi ilaçlar yer almaktadır. İkinci kuşak antipsikotikler yeni kuşak antipsikotikler olarak adlandırılmaktadır.

Farmakolojik tedavide ilaçlar hastalarda EPS (Ekstrapiramidal yan etkiler) belirtilerine neden olabilmektedir. Ağızda kuruluk, konstipasyon, görmede bulanıklık, tremor veya parkinsonizm, bellekte zayıflama, gün içerisinde sürekli uyku hali, cinsel istekte azalma, postural hipotansiyon, istemsiz kas kasılmaları (çene, dil, göz, gövde ve boyun kaslarında), akatizi yani anksiyete seviyesinin artmasına bağlı yerinde duramama ekstrapiramidal yan etkiler arasındadır. EPS (Ekstrapiramidal yan etkiler), şizofreni hastalarında ilaç tedavisine uyumu güçleştiren faktörler arasında yer almaktadır (Uslu ve Buldukoğlu, 2018). Yapılan bir araştırma şizofreni hastalarının %28.3'ünün EPS belirtilerinden dolayı doktor önerisi olmadan ilaçlarını bıraktığını bildirilmiştir (Uslu, 2017). EPS belirtilerini en aza indirmek için başlangıçta doz ayarlaması yapılmalı veya ilaç değiştirilmelidir (Stahl, 2012).

2.1.3.2 EKT

Elektro konvülsif tedavi (EKT) şizofreni hastalarında oldukça sık uygulanmaktadır. Şizofreni belirtileri arasında gözlenen katatoni, ajitasyonda artış durumlarında, tedaviye karşı dirençli durumlarda, ilaç tedavisine yanıt alınamadığında, belirtilerin hafiflemesi ve var olan belirtilerin daha hızlı düzelmesi için EKT uygulanabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu, Herken, 2007).

Şizofreninin akut başlangıcında, hastalığın kısa sürdüğü ve duygudurum semptomlarının daha belirgin olduğu hastalarda EKT'nin etkinliği ortaya konmuştur.Bizar davranışları, sanrı ve varsanı belirtileri olan akut dönemdeki hastalarda EKT'nin yararları geçici olabilmektedir (Jacobsan ve Jacobsan, 2006).

Şizofreninin ilk atak döneminde tek başına antipsikotik ilaç tedavisi kullanımına göre, EKT ve antipsikotik tedavisinin beraber kullanımının tedaviye yanıtta daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılmış olan birçok araştırmada; şizofreninin tedavisinde EKT'nin etkinliğinin, başka tedavi çeşitlerine göre tedaviye verilen yanıtta daha hızlı olduğu yönünde görüş belirtilmiştir (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken, 2007).

2.1.3.3 Şizofreni Tedavisinde Non-Farmokolojik Yöntemler

Şizofrenide tedaviler hastanelerde genelde belirtilere yönelik planlansa da günümüzde farmokolojik tedavilere ek olarak non-farmokolojik tedavi yöntemi olan psikososyal müdahaleler uygulanmaktadır (Sönmez, 2009). Şizofreniyi tedavi ederken hasta bireyin ailesini ve çevresini de kapsayacak şekilde hastaların topluma kazandırılmasına yönelik bütüncül uygulamalar önem arz etmektedir (Landolt ve diğerleri, 2012).

Şizofreni hastasının tedavi sürecinde psikofarmokolojik tedavi ile psikososyal tedaviler birlikte uygulanmalıdır. Bu ikili tedavi beraber olarak kullanıldığında tedavinin etkinliğinin daha güçlü olduğu görülmektedir (Sönmez, 2009). İlaç tedavisi ile birlikte uygulanan psikososyal terapilerin, hastaneye yatış süresini ve sayısını azalttığı, iş hayatında ve sosyal hayattaki işlevsellik düzeyini arttırdığı bildirilmiştir (Guo ve diğerleri, 2010).

Şizofreninin tedavisinde kullanılan diğer yöntemler arasında psikososyal tedaviler, bilişsel–davranışçı terapi, psikososyal beceri eğitimi, psikiyatrik rehabilitasyon, grup terapileri, aile terapisi, müzik terapisi gibi yöntemler yer almaktadır.

2.1.3.3.1 Psikososyal Tedaviler

Bireysel psikoterapiler, içgörü yönelimli psikoterapiler, destekleyici psikoterapiler, şizofrenide grup psikoterapileri psikososyal tedavi türleri içerisinde yer almaktadır (Işık, 2006).

2.1.3.3.2 Bilişsel –Davranışçı Terapi (BDT)

Çağımızda bilişsel davranışçı terapiler psikoterapiler arasında en çok kullanılan yöntemlerdendir (Türkçapar ve Sargın, 2011). Bilişsel davranışçı terapi, farmokolojik tedaviyle kombine yapılmaktadır. Kişilerarası ilişkileri yönetme, toplumsal beceri düzeyini artırma, sorun çözme teknikleri, bireysel başa çıkma stratejilerini geliştirme, savunma mekanizmalarını güçlendirme, inanç ve düşüncelerini yönetme, odak ve konsantrasyon eğitimi üzerine bilişsel davranışçı terapiler yapılmaktadır (Çam ve Engin, 2014). Bilişsel terapilerde terapistlerin odaklandığı alan hasta bireyin bilişsel çarpıtmaları ve otomatik düşünceleridir (Leahy, 2007).

Bilişsel ve davranışçı terapide kullanılan teknikler kapsamında; duygu tanıma, bilişleri saptama, sokratik sorgulama, davranış deneyleri, exposure, modelleme, gevşeme, davranış antlaşması, kendine yönerge kullanılmaktadır (Özcan ve Çelik; 2017). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri, kişinin uyumsuz olan davranışlarının uyum sağlayabileceği davranışlarla değiştirmesini ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmasını sağlamak için sertifikalı/uzman psikiyatri hemşireleri tarafından da uygulanabilmektedir (Demiralp ve Oflaz, 2007).

2.1.3.3.3 Sosyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarında hastalık belirtileri kontrol altına alınmış olsa dahi kişilerarası ilişkilerde, arkadaşlık ilişkilerinde başlatma ve sürdürmede, düzenli bir iş bulmada ve devamlılığını sağlamada, bağımsız olarak hayatlarını idame etme konusunda genelde sorun yaşamaktadırlar. Sosyal beceri eğitimleri gündelik yaşamdaki işlevsellik düzeyinin artırmak ve daha verimli hale getirmek için tasarlanmıştır. Sosyal beceri eğitimleri; iş becerileri, ilişki becerileri, kişisel bakım becerileri, ilaçları ya da belirtileri yönetme becerilerini içermektedir. Şizofreni hastasında belirtilerden kaynaklı ortaya çıkan etkiler sosyal beceri eğitimleriyle gerileyebilmektedir. Sosyal beceri eğitimleri hastanın günlük yaşamında daha etkin hale gelmesi için tasarlanmıştır. Bu eğitimler sayesinde iş bulabilme, hayatını idame edebilme ve hastalığın tekrarlaması ve hastaneye yatarak tedavilerde azalma görülmektedir (Butcher, Mineka ve Hooley, 2011; Lehman ve diğerleri, 2004).

2.1.3.3.4 Grup ve Aile Terapileri

Grup terapisi eğitimini almış kişiler tarafından yönetilen, gruptaki kişilerin birbirlerine destek olduğu ve psikolojik sorunların çözümü için danışanlara uygulanan terapi çeşididir (Yalom, 2012). Grup terapileri hastanın benlik saygısını artırmak, grupta bulunan diğer kişilerin olumlu övgüleriyle davranışlarında istendik değişimler meydana getirebilmek için geliştirilmiş bir terapi çeşididir. Ayaktan tedavi alan şizofreni hastalarında kliniklerde genelde grup tedavilerine başvurulmaktadır. Bunun nedeni ise grup terapilerinn şizofreni hastalarında özellikle bilişsel aktivitelerde, toplumsal ilişkilerde ve kişilerarası iletişiminde işlevselliklerinin artmasını sağlamasıdır. Grup terapileri kişiyi gerçeğe getirerek gerçeklik algısının gelişmesi, hastalık iç görüsü oluşması, davranışlarını kontrol etmesi hususunda stratejik yöntemlerle yaşamlarını idame etmeleri, hastalıkları ve

tedavi yöntemleri konusunda eğitim almalarını sağlamaktadır. Şizofrenin akut evresindeki hastalarda toplumsal uyarılmalara karşı duyarlılığın artmasından dolayı grup terapisi akut evre için uygun görülmemektedir (Lehman ve diğerleri, 2004; Leahy, 2007).

Aile terapilerinde ise sadece hasta değil hastanın ailesini de içine alarak iyileşme sürecine odaklanma sağlanmaktadır. Bu terapide ailenin var olan sorunlarını çözümleyerek, hastanın sorunlarının da çözümlemesinin kolaylaştırmak aynı zamanda aynı sorunların nüksetmesinin önüne geçmek hedeflenmektedir (Özburun, 2018; Yazıcı, 2001). Psikiyatrik bozukluk tanısı almış kişilerin bu tanıyı almada aile faktörü olduğu bilinmektedir. Aile terapileri hastaların iyileşme süreçlerinde ailenin büyük rolünün fark edilmesiyle meydana gelmiş bir psikoterapi çeşididir. Bu sebeplede hastalığın tekrar etmesinde ya da değişim göstermesinde ailenin etkisi çok fazladır. Psikoeğitim almış aile bireylerinin, çocuklarının hastalığın seyrinde olumlu katkıları olduğu yapılan araştırmalarda ortaya koyulmuştur (Minuchin ve Fishman, 2009). Şizofreni sadece hastayı değil hastanın ailesini de ciddi anlamda etkileyen bir bozukluktur. Şizofreni tanı almış bireyin ailesinin yaşadığı zorluklar hastayı ve hastalıkla ilgili gidişatada olumsuz etki etmektedir. Bu sebeple de aile terapileri önem arz etmektedir (Yazıcı, 2001).

Hastanın ailesini şizofreni hastalığı hakkında bilgilendirmek, ailenin etkili iletişim yöntemlerini geliştirmek, baş etme mekanizmalarını güçlendirmek ve sorun çözme maharetlerini geliştirmesine yardımcı olmak için hem hasta hem aile ile birlikte çalışılmalıdır (Minuchin ve Fishman, 2009).

2.1.3.3.5 Psikiyatrik Rehabilitasyon

Psikiyatrik rehabilitasyonda hastanın işlevsellik düzeyindeki bozulmayı onarmak tedavide ön plandadır. Psikiyatrik rehabilitasyon; belirti ya da hastalığın kontrolünden ziyade işlevselliğin arttırılmasına odaklandığından bu bağlamda tedaviden ayrılır (Sönmez, 2009). Şizofreni hastalarının birçoğu farmokolojik tedaviyle birlikte psikoterapi aldıklarında tedavinin daha etkin olduğu bildirilmiştir (Patel, Cherıan, Gohıl, ve Atkınson, 2014). Sadece ilaç tedavisi alan hastalarda yıl içindeki hastalığın nüks etme ve hastaneye yatış olasılığı %40 artmaktadır (Sönmez, 2009). İlaç tedavisiyle birlikte kombine olarak hastaya ve ailesine uygulanan destekleyici nitelikteki terapiler ve eğitim uygulanması ile hastanın iyileşme

sürecinin daha iyiye gittiği ve nüks ve tekrar yatış oranının %20 azaldığı bildirilmiştir (Akt:Sönmez, 2009; Özgenel, 2018).

Hastaya işlevsellik kazandırmaya yönelik olan bu terapilerle, hastalığın alevlenme, nüks etmesi ve tekrar hastaneye yatışlarda azalma görülebilmektedir. Yapılan destekleyici psikoterapiler ve psikoeğitimler; hasta, hastaya bakım veren kişiler ve hastalığın seyri için oldukça önem arz etmektedir (Özgenel, 2018).

2.2 Stres

2.2.1 Stres Kavramı

Stres kavramı Fransızca olarak 'estreel', Latince olarak ise estrictial kelimelerinden türemiştir. Bu kelimelerin anlamı ise zorlanma, baskı ve gerilme olarak ifade edilmektedir.17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi kelimelerle aynı anlamda ifade edilmiştir (Akman, 2004; Çam Yıldırım, 2014; Eryılmaz, 2009; Saracel, Taşseven ve Ay, 2015). Literatürde stres kavramını ilk tanımlayan kişinin fizikçi Robert Hook olduğu bildirilmektedir. Akman'ın aktardığına göre Hook (17.yy.) stresi; elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişki olarak tanımlamıştır (Akman, 2004).

Gündelik yaşantımızda çok sık deneyimlediğimiz stres yeni bir kavram olmamakla birlikte eski zamanlardan bu yana insanların hayatında hep var olmuştur. Önceki dönemlerde yaşamak için verilen uğraşların sonucunda yaşanılan stres ile çağımızda deneyimlediğimiz strese verdiğimiz reaksiyonlar arasında fark olmamakla birlikte strese sebep olan nedenlerin değişim gösterdiği bilinmektedir (Akman, 2004). Bireyin yaşadığı olayı anlamlandırma şekli ve stres verici olarak değerlendirip değerlendirmediği kişinin bilişsel yapısına bağlıdır. Bilişsel olarak yapılan anlamlandırma işlevinde, yaşadığı toplumdaki kültürel değerler, fiziki özellikleri, özsaygısı, karakter yapısı ve sosyal destek kaynakları etkili olmakatdır (Akman, 2004, Türkçapar, 2018).

Hans Selye stres ile bilimsel olarak çalışan ilk kişidir. Hans Selye'den sonra birçok bilim adamı uzun yıllarca stresin tanımını yapmıştır. Eryılmaz'ın aktardığına göre Selye stresi, "organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepki" olarak ifade etmiştir. Stres; fiziksel olarak kendimize zarar verme düşüncelerini, hayal kırıklıklarını ve yorgun olma gibi zihni meşgul eden durumları anımsatır. Bu tanım ile de stresin yalnızca bedenimize zarar verdiği belirtilmiştir (Eryılmaz, 2009). Selye'nin genel olarak kabul gören tanımına göre stres; memnuniyet verici olup

olmadığı gözetilmeksizin, her türlü isteme bedenin uyum sağlamak için gösterdiği tepkidir. İnsanların vücudunun genelde memnuniyet ve keyif verici olaylar ile zararı olan olaylar arasındaki farklılığı ayıramama özelliği vardır. Zevk alma durumunda da zarar görme durumunda da vücudun gösterdiği işlevler birbirinden farksızdır. Tam da bu sebepten ötürü kişinin keyif aldığı durumlarda ve olumsuz durumlarda vücudun strese verdiği tepki birbirinin aynısıdır (Çolak, 2017). Stresin literatürde birçok tanımı bulunmaktadır. Bunlar incelenecek olursa;

Cüceloğlu (1992) ise stresi; "bireyin fiziksel ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırların ötesinde harcadığı çaba" olarak tanımlamıştır.

Schultz ve Schultz (1994) ise stresi; "çevredeki tehdit edici olaylara, aşırı ve genellikle hoş olmayan uyarıcılara karşı gösterilen fiziksel ve psikolojik tepkiler" olarak tanımlamaktadır.

Baltaş ve Baltaş (1998) stresi; "organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durum" olarak ifade etmektedir.

Cannon'a göre stres, "organizmanın, kendi yaşamını ve çevreye uyumunu (dengeyi yani homeostasisi) tehdit eden bir unsura gösterdiği ve varoluşsal değeri olan bir "savaş ya da kaç" tepkisidir (Akt: Şahin, 1998).

Bakan'a (2011) göre ise stres, "gerek kişi ile çevresi arasındaki etkileşimden gerekse endişe, korku, öfke, hayal kırıklığı gibi duygusal faktörlerden kaynaklanan ve genellikle kişinin fizyolojik ve psikolojik sağlık yapısını etkileyen duygusal gerilim ve gerginliktir."

Bütün bu tanımlamalar stresin hem psikolojik hem de fizyolojik yönünü ortaya koymaktadır. Stresin birçok tanımı ve anlamı olmasındaki en büyük sebep ise stresi tanımlayan kişilerin farklı alanlarda çalışıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Mühendis, psikolojik danışman, işletme uzmanları, hekim, dilbilimi uzmanlarının her biri kendi alanına özgü ifadelerle ve anlamlarla stresi açıklamışlardır. Psikologlar stresi davranışlarda meydana gelen değişimler olarak açıklarken mühendisler yük olma durumu olarak açıklamışlardır. Dilbilim uzmanlarına göre ise stres hecelerde yapılan vurgu iken, doktorlar için stres kişinin verdiği psikolojik savunma mekanizmasıdır (Fontana, 1989). Stresin bu kadar çeşitli tanımı olması kişilerin yaşam şartlarından, bulundukları ortamdan ve strese neden olan uyarıcıların farklılığı ve çeşitliliğinden de kaynaklanmaktadır (Durmaz, 2018).

2.2.2 Stresin Belirtileri

Stres belirtilerine karşı birçok düşünce görüş, duygu ve davranıştan söz edilmektedir. Belirtiler her bireyde farklıdır. Her basamakta stres belirtileri gitgide daha kötü bir hal almaktadır. Bazı belirtiler azalma eğilimi gösterip veya ortadan kalkarken kaybolan belirtilerin yerini yeni belirtiler almaktadır (Pehlivan, 2002). Kişilerin stresle baş etme stratejileri ve bakış açısı kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Bedel ve Küçükköse, 2014).

Stres belirtileri üç ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar; fizyolojik stres, psikolojik stres, davranışsal stres belirtileridir.

Stresin Fizyolojik Belirtileri

Zarar verici etmenler canlı varlığı meydana getiren organların belli sistemleri ve çalışma şekillerinde değişikliğe sebep olur. Ortaya çıkan bu değişikliklerin çeşitli safhalarıda farklı semptomların ve şikâyetlerin meydana gelmesinde etkili olur. Kan basıncının artması ya da düşmesi, nabızda yükselme, kalp ritminde artma, baş ve bel ağrıları, mide de yara, alerjik reaksiyonlar, bulantı gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Erdoğan, Ünsar ve Süt, 2009)

Stresin Psikolojik Belirtileri

Mevcut olan stresin sebep olduğu birçok çeşit psikolojik semptomlar görülmektedir. Bu semptomlar; gergin hissetme, sürekli kaygı ve endişelilik, gereksiz telaşlanma, depresif hal ve hemen ağlama, öfkelenme, saldırgan tutum, düşmanlık hissi, emosyonel tükenmişlik hissetme, geçimsiz tutum ve iş birliği yapamama olarak sıralanabilir (Bedel ve Küçükköse, 2014; Erdoğan, Ünsar ve Süt, 2009)

Stresin Davranışsal Belirtileri

Stres belirtilerinin kişinin üzerindeki etkisi davranışsal olarak da gözükmektedir. Kişi stresden uzaklaşmak için görülebilen davranışsal reaksiyonlar göstermektedir ve davranışlardaki etkisi doğrudan ve açık şekildedir. Stres ile baş etme mekanizmalarını devreye soktuğu yöntemlerin negatif sonuç oluşturduğu hatta stresi daha da arttırdığı görülmektedir. Yaygın olarak başvurulan yöntemler; alkol ve tütün tüketimi, kafeinli içecekler ve çay tüketimi, madde kullanımı, iştahda artma ya

da azalma, kendine zarar verme eylemleri, saldırgan tavır, kendi kendini aldatmaya çalışma davranışları ve içe kapanıklıktır (Erdoğan , Ünsar ve Süt, 2009).

2.2.3 Strese Yol Açan Faktörler

Strese sebep olan faktörlerin bir çok çeşidi vardır ve bu faktörleri sınırlamak çok da mümkün değildir. Strese yol açan faktörler ancak genel başlıklarda toplanacak olursa kişisel, çevresel ve örgütsel olarak sınıflandırılabilir. Fakat bu faktörlerin hepsi de birbiri ile bağlantılıdır. Çünkü her faktör bir diğer faktörü etkilemekte ve tamamlamaktadır (Çam Yıldırım, 2014).

Bugün ki yaşantımızda deneyimlediğimiz stresin sebepleri; toplumsal, iktisadi, teknoloji ve siyasal alanlarda ki değişimlere alışmaya çalışmak ve başarı odaklı bir toplumsal görüşün yerleşmesi nedeniyle hayatımızda oluşan zorluklar sayılabilmektedir. Doğal olarak stresin sınırsız sayıda etmeni olabilir ve bireysel farklılıklar göstermeside mümkündür (Akman, 2004).

Stres; kişi ile strese yol açan etmenlerin birbirini etkilemesiyle ortaya çıktığı için strese neden olan faktörlerin kişinin sosyal alanından ve sosyal ilişkilerinden meydana geldiği varsayılmaktadır (Keskin, 1997). Strese yol açan faktörler üç başlık altında toplanabilir. Bunlar; kişinin kendisini içsel algılamasıyla oluşan stres, kişinin iş ortamından kaynaklanan stres, kişinin yaşamını sürdürdüğü sosyal çevresinden kaynaklanan streslerdir (Eren, 2007).

2.2.4 Stresle Baş Etme Yöntemleri

Stresle baş etme kişinin bireysel, sosyal ve çalışma hayatında arzu ettiği ve idealleştirdiği biçimde yaşayabilmesini sağlayan unsurları kapsamaktadır. Bir diğer deyişle" stres yönetimi" olarak adlandırılan bu süreç pozitif veya negatif bütün gayret gösterme eylemlerinden oluşmaktadır (Özbay, 2007). Stresi azaltmaktaki asıl amaç kişiye gönül rahatlığı ve dinginlik sağlamaktır (Tahran, 2002).

Stresle baş edebilme; kişinin var olan duruma adaptasyon sağlayabilme ve bu duruma yönelik çareler üretme, aynı zamanda bu durumu denetim altında tutabilme yeteneği ve bunu sürdürebilmesiyle orantılıdır. Karşılaşın herhangi bir durum(stresör) kişinin var olan dengesinin ve uyumunun bozulmasına neden olabilir. Ancak kişi en kısa sürede önceki denge ve uyumuna sahip olmayı ve tekrar feraha ermeyi isteyecektir. Bu denge ve uyuma kavuşmak için de stresle baş etme durumu devreye girmektedir (Özbay, 2007).

Stresle baş etmek için kişinin kendisinin uygulayabileceği baş etme yöntemleri gevşeme ve solunum egzersizleri, hipnoz, yoga ve meditasyon, fizyolojik aktivitelerini kontrol edebilme ve değiştirebilme vb. olarak sıralanabilir**.** Fizyolojik egzersizlerin bireyin bedensel olarak sağlıklı hissetmesine, rahatlama, psikolojik olarak gevşemesine ve duygusal olarak boşalmasına katkıları olduğu bildirilmektedir. Stresi azaltmada kullanılacak bir diğer yöntemde stresi azaltan müzik çeşitlerini dinlemektir. Gergin hisseden kişi bir başka kişiye içsel huzursuzluğuna sebep olan durumu anlatarak da gevşeme yaşayabilmektedir. Fakat dinleyen kişinin ilgili davranması, iyi bir dinleyici ve güvenilir olması önemlidir. Strese maruz kalan kişi kendini yalnız bırakılmış hissedebilmektedir. Yanında birilerinin olduğunu ve destek alabileceğini bilmek ister. Sosyal ve duygusal desteğin varlığa da kişinin kendisini güvende hissetmesini sağlar (Tahran, 2002).

2.2.5 Şizofreni ve Stres

Ruhsal bozukluğu olan kişiler anlama, idrak etme, sorgulama, inceleme, eleştirme ve araştırma yeteneklerinde sorun yaşadıklarından problem çözmede sıkıntılar yaşayabilmektedirler (Sadock ve Sadock, 2004). Bir stresörle karşılaştığında bununla etkili biçimde baş edemeyen kişiler çabuk öfkelenmekte dolayısıyla kontrol mekanizmalarını devreye sokamamaktadırlar. Bunun sonucunda da toplumsal ve aile fonksiyonelliği, iletişimsel becerileri azalma eğilimi göstermekte ve stresli olaylarla, hastalığın belirtileriyle başedemeyerek düzenli ilaç kullanımı ve kontrol günleri gibi önemli durumlara gerekli hassasiyeti göstermemektedirler (Akpınar, 2008). Stres yaşadıklarında çabuk etkilenen ve hassasiyet gösteren şizofreni hastalarına uygulanan tedavide ulaşılmak istenen hedeflerden bazıları da kaygı ve çaresizlik duygularını azaltmak, hastanın stresle baş etme mekanizmalarını etkin kullanmasını ve geliştirmesini sağlamak aynı zamanda strese karşı daha iyi tolerasyon göstermeleriyle birlikte özgüven duygusunu artırmayı sağlamaktır. Bunun içinde hasta bireyin özsaygı düzeyini artıran veya stres ile baş etmede kullanabileceği sosyal etkinliklerin tespit edilmesi gerekir (Yıldırım ve Ekinci, 2000; Kültür, Mete ve Erol, 2007).

2.3 Benlik Saygısı

Benlik, kişinin kendisini yargılama, gözetleme, değerlendirme ve davranışlarını düzenleyerek bunları yönetebilmeyi sağlayan bir yetidir. Bireyin

kişilik özelliklerine yönelik kanaati ve kendileri hakkındaki görüşüdür. Ayrıca kişinin kendiyle alakalı inanç ve tutumunu içermekle birlikte, kendinin ne olduğu konusunda fikrini aynı zamanda ne olması ve ne olmak istediği hakkındaki fikrinide kapsamaktadır (Öz, 2004).

Benlik saygısı, kişinin ne olmak istediğiyle ne olduğu arasındaki ayrımla ilgili hislerini de göstermektedir. Aynı zamanda insanın bir fert olarak değerleri hakkındaki ulaştığı kanaatidir. Kendisinin benliğinden hoşnut olması, beğenerek onaylamasıdır (Yavuzer, 2001). Kişinin sevildiğini, saygı duyulduğunu bilmesi ve ortaya çıkardığı işlerde değerlilik hissinin yaşatılması benlik saygısına olan doyumda artışa sebep olmaktadır (Karaaslan, 1993).

Rosenberg, beş tip psikolojik seçicilikten bahseder. Bunlar benlik saygısının gelişmesini sağlayan faktörlerdir. Bu faktörleri 'değer biçiminde seçicilik, yorumlamada seçicilik, standartlarda seçicilik, kişilerarası seçicilik ve durumsal seçicilik' olarak açıklamıştır. Kişi kendi niteliklerini keşif ederek ve öteki insanlarında tepkisiyle kendisine yönelik açıklamalarda bulunmaktadır. Kişinin kendisini pozitif sıfatlara sahip bir kişi olarak görmesi benlik saygısının yüksek olduğunu, negatif sıfatlara sahip bir kişi olarak görmesi ise benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir (Rosenberg, 1979).

2.3.1 Şizofreni ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin kendi kendini değerlendirmesi sonucunda vardığı benlik kavramını iç dünyasında onaylamasıyla kişinin kendinden memnuniyet derecesini göstermektedir (Mann, Hosman, Schaalma ve Vires, 2004). Benlik saygısı düzeyi; bireyin eğitim ve çalışma hayatındaki başarısına, stresle baş etmedeki rolüne, çevresiyle olan ilişkilerine, hareketlilik ve eğlenebilme düzeylerine etki eder. Benlik saygısı yüksek olan ve aynı düzeyde tutabilen sağlıklı bireylerin hissettikleri canlılık ve enerji seviyelerinin yüksek olduğu söylenebilir. Bu bireylerin kişilik özellikleri ise kendine güvenen yapıdadır (Duclos, 2016; Üstündağ, Demir, Zengin ve Gül, 2007; Uyanık Balat ve Akman, 2004).

Benlik saygısı psikolojik olarak iyi oluş halinin göstergesi olmakla birlikte düşük benlik saygısı psikotik semptomlarda devamlılığa sebep olarak hastalığın yükünün artmasına neden olabilmektedir (Xu ve diğerleri, 2013; Bulut, 2012). Benlik saygısı; kişinin değer algısı, kendi kendini benimseyişi, kendisine olan saygısı ve kendine olan güvenme hissi, kişinin ruhsal yönden iyi olduğunu gösteren esas

belirteçlerdendir. Ayrıca kendini yeterli hissetme ve başarıya ulaşmak için olması gereken bir olgudur (Bulut, 2012).

Kronik psikiyatrik bozukluk tanısı konulan hastalarda, sosyal ilişki kurmaktan kaçınma, mevcut durumundan utanma, kendini yetersiz hissetme duyguları, olumsuz düşüncelerde artma, kendilik değerinde düşme yani öz saygısında azalma ortaya çıkmaktadır (Taşkın, 2007). Hasta da benlik saygısı azalmasıyla; kendini dış dünyadan soyutlamaya başlamakta, toplumdan uzaklaşma eylemi ve tedaviye uyumsuzluğu artış göstermektedir (Kahng ve Mowbray, 2005). Benlik saygısını artırmaya yönelik uygulamaların psikolojik hastalıklarda iyileştirici etkisi olduğu bildirilmiştir (Teng, Ya-Ping ve Yu-Chia, 2019; Xu ve diğerleri, 2013). Psikolojik yardım ve danışmanlık hizmetleri kapsamında benlik saygısını artırmayı amaçlayan programlarda bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyinin artmasına katkı sağlanabildiği belirtilmiştir (Karaırmak ve Siviş-Çetinkaya, 2011; Öner Altıok, Ek ve Koruklu, 2010). Şizofrenide görülen işitsel halüsinasyonlar, sosyal içe çekilme ve izolasyonun kişide benlik saygısında azalmaya yol açabileceği bildirilmiştir (Tatlı, Bulut ve Güveneroğlu, 2016). Kök ve Demir (2018) tarafından yürütülen bir çalışmada, şizofreni hastalarında benlik saygısının azalmasıyla kendi kendilerini damgalama düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir. Şizofrenide benlik saygısını artırarak, halüsinasyonların şiddetinin ve sıklığının azalabileceği de öngörülmüştür (Tatlı, Bulut ve Güveneroğlu, 2016).

Kronik ruhsal hastalıklar içinde şizofreni en fazla damgalamaya maruz kalan hastalık grubudur. Damgalanma hissi ise hastaların benlik saygılarının düşmesine, kendilerine duydukları güvenin azalmasına yol açmaktadır (Lysaker, Yanos ve Outcalt, 2010). Şizofreni hastalarının toplumsal damgalamayla çok sık karşılaşmaları, hastanede kalma süresinde uzama, sürekli ilaç kullanma, bir başkasının bakımına muhtaç olma toplumsal ilişkilerini bozmaktadır (Borras, Boucherie ve Mohr, 2009). Kök (2014)'ün 362 şizofreni ve bipolar bozukluğu tanısı ile takip edilen hastalarla yaptığı çalışmada benlik saygısı azaldıkça, kişilerin kendi kendine damgalama düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Kişinin egosundaki zayıflık ve savunma sisteminin etkin olmaması benlik saygısını düşürmektedir. Sosyal ilişkilerin etkin olmaması, kendi yaşamını kendi başına sürdürmede zorluk, gereksinimlerini karşılayamama, çalıştığı işi kaybetme ya da çalışma hayatında devamlılığı sürdürememe, ümitsizliğe ve benlik değerinin bozulmasına sebep olmaktadır. Sürekli bir işte çalışamayan, çalıştığı işi kaybeden ya

da çalışma hayatında devamlılığı sürdüremeyen kişilerin benlik saygısında düşüş olduğu gözlenmektedir. Çalışan hastaların ise üretken hale gelmesi işlevselliklerinin artmasına, hissettikleri stigmanın azalmasına, sosyal ilişkilerinin artmasına ve kişinin kendini daha yararlı hissetmesine neden olarak benlik saygılarının artmasını sağlamaktadır (Markowitz, 2001; Blankertz, 2001). Van Os ve diğerleri (2000) tarafından yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğine başvuru yapan 7000'den fazla psikiyatri hastası 3 yıl süresince takip edilmiş ve benlik saygı düzeyi düşük hastaların daha çok psikotik belirti gösterdiği belirlenmiştir. Gureje, Harvey ve Herrman (2004)'ın psikotik hastalarla yaptığı çalışmada, benlik saygı düzeyi düşük hastaların, benlik saygı düzeyi yüksek olan hastalara oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Benlik saygısındaki düşüşün depresyon oluşumunda yatkınlığa neden olduğu ve yaşam kalitesinin düşmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle benlik saygısını yükseltmeye yönelik terapötik uygulamaların tedavide etkili olabileceği vurgulanmaktadır (Bulut, 2012).

2.4 Motivasyon

2.4.1 Motivasyon Kavramı

Motivasyon kavramı İngilizce motive (hareket), Latince movore kelimelerinden türetilerek motivation (harekete geçiren) kelimesi oluşmuştur. Motivasyon, bir insanı belirli bir amaç için hareket etmeyi ve sürdürmeyi sağlayan güç olarak açıklanmıştır. Türkçede ise motive teriminden türetilerek güdüleme anlamında kullanılmıştır (İrge, 2016).

Motivasyon, kişinin yaptığı bir işi severek ve isteyerek yapmasını sağlayan bir kuvvet ya da enerji olarak da tanımlanmaktadır (İner, 2010).

Webster sözlüğü; motivasyonu 'bireyin davranışlarını sürdüren içindeki bazı şeyler' olarak tanımlamıştır (https://www.merriam-webster.com/dictionary/motivation). Motivasyon, hedefe yönelik davranışı başlatan, bu davranışı sürdüren ve yön veren bir içsel durum şeklinde ifade edilmektedir. Motivasyon, hedefe ulaşmaya yönelik yapılan aktivitelerin davranışsal ve öznel yönlerini etkilemektedir (Foussias ve Remington, 2010).

Motivasyon ile ilgili yapılan tanımlamaları özetlemek gerekirse; kişinin yapacağı eylemin yönünü, sırasını ve imkanlarını düzene sokan içsel ya da dışsal bir kuvvetin etkisinin sonucunda, hareket oluşmasıyla ilgilidir (Söylemez Bayram, 2010; İner, 2010).

Motivasyon insanların yaşamında önemli bir faktördür. Motivasyonun pozitif yönde artış göstermesi çalışma hayatında, sürdürdüğü yaşamdan haz alıp mutlu olmasına neden olurken, motivasyonun negatif artışı yani düşüklüğü mutsuzluk seviyesinin ve olumsuz duyguların artmasına neden olmaktadır. Motivasyon hayatın bütünü etkilemektedir. Motivasyon kendi içinde ikiye ayrılır ve her birinin etki mekanizması farklıdır. Motivasyon türlerinin içsel ve dışsal motivasyon olarak tanımlamaları yapılmaktadır (Kırmızıarslan, 2019).

İçsel motivasyon, kişinin doğal olarak karşılaması gereken ihityaçlarını gidermek için içinden gelen duygularla motivasyonunu sağlayan bir güç olarak tanımlanmaktadır (Akt:Vatansever Bayraktar, 2015). Bu gücün en önemli kaynağı da insanın yapma isteği duyduğu işlere verdiği önem, arzu ve başarma isteğidir. İçsel motivasyonu harekete geçiren duygular bağımsızlık isteği, kendini kabul ettirme arzusu ve başarıyı elde etme amacıdır (Erdem, 2012).

Dışsal motivasyon, kişinin gerçekleştirdiği ya da gerçekleştireceği işlerde daha verimli olmak için dışarıdan uygulanan bütün etkileri kapsamaktadır. Yapacağı işi daha iyi yapabilmek dışarıdan gelen motivasyon faktörleri ile ilgilidir. Maddi değeri olan ödül, takdir etmek, teşekkürname, alana göre kupa ya da madalya ile ödüllendirmek dışsal motivasyonlara örnek olarak gösterilebilir (Erdem, 2012; Vatansever Bayraktar, 2015).

2.4.2 Şizofreni ve Motivasyon

Bleuler şizofreniyi; emosyonel ve motivasyonel bozulmaları yansıtan, birinci göstergeninde duyuşsal kayıtsızlık olduğu şeklinde açıklamıştır. Ayrıca şizofreni hastaların da motivasyon düzeyi düşük olan kişileri, ihmalci ve üşengeç kişiler olarak tanımlamaktadır (Bleuler, 1950; Luther, Firmin, Lysaker, Minor ve Salyers, 2018; Simpson ve Balsam, 2016). Şizofrenide negatif belirtiler arasında zevk ve motivasyon düşüklüğü en belirgin özelliklerdendir. Bu belirtilerde hastaların sosyal davranışlarının ve çalışma hayatının verimsiz olmasına sebep olmaktadır. Son yıllarda giderek artış gösteren kanıtlar, hayattan zevk alamama duygusu ile motivasyonun bağlantılı olduğunu bildirmektedir. Anhedoni ve motivasyon eksikliğinin belirtilerinin her ikiside ödül mekanizmasının eksik işlev görmesinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Bu eksikliklerde birçok sosyal yönleri etkileyebilmektedir (Barch, Yodkovik, Sypher-Locke ve Hanewinkel, 2008). Şizofrenide ortaya çıkan bu tabloda hastaların işlevsellik düzeylerinin ve yaşam

kalitelerinin düşmesine neden olan en önemli faktörlerdir (Fervaha, Foussias, Agid ve Remington, 2014; Foussias, Mann, Zakzanis, Van Reekum, Agid ve Remington, 2011).

Şizofreni hastalarında motivasyon düşüklüğü birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (Luther, Firmin, Lysaker, Minor ve Salyers, 2018, Bleuler, 1950). Görülen zevk ve motivasyon eksikliği de hastaların sosyal ve mesleki anlamda etkili ve doyumlu ilişkiler kurmasını engelleyebilmektedir (Lee, Jung, Park, ve Kim, 2015). Şizofreni hastalarında ortaya çıkan motivasyon bozukluğuna ilgi son senelerde artış göstermektedir. Bu ilginin sebebi ise motivasyon bozukluğunun şizofrenide ayırt edici özellik olan işlevsellikte bozulmalara sebep olmasıyla açıklanabilir (Simpson ve Balsam, 2016).

Dışsal motivasyon, somut olarak elde edebileceği ödül için bir şeyler gerçekleştirmek, içsel motivasyon ise kendisi için veya doğal olarak kendini tatmin etmek için bir şeyler yapmaya denir (Barch, Yodkovik, Sypher-Locke ve Hanewinkel, 2008). Şizofreni hastalarında içsel ve dışsal motivasyonun her ikisi de motivasyon düzeylerine katkı sağlamaktadır. Dışsal motivasyonun erişilmesi içsel motivasyona oranla daha kolay olduğundan şizofreni hastalarının motivasyonuna yönelik yapılan çalışmalarda genelde dışsal motivasyonu odak almıştır. Ancak şizofrenide tedavinin etkinliği ve başarı oranının yüksekliğinde içsel motivasyonun etkinliğine de vurgu yapılmıştır (Lee, Jung, Park ve Kim, 2015).

2.5 Müzik Terapi

2.5.1 Müzik Terapi ve Tanımı

Duygu ve düşünceleri en iyi ifade etmeyi sağlayan sanat türü müziktir. Müzik, insanlık tarihi boyunca kişiler arasındaki birlik ve beraberliği sağlamaya yardımcı olma özelliğiyle insanların ruhsal sağlığını olumlu yönde etkileyerek var olan psikolojik sorunların ortadan kaldırılmasında etkili bir araçtır (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012; Güner, 2007).

Müzik; ritm ve seslerle kişilerin duygularını ve düşüncelerini ifade eden ve sesleri belli bir uyum ve ahenk içinde yansıtan bir sanattır. Müzik, sadece eğlenmek için bir araç olmayıp kişilerin bedensel, ruhsal, emosyonel ve bilişsel dünyasını da yansıtmasına olanak sağlamasıyla ve insanlar üzerindeki etkisiyle de bilimsel araştırmalarda yer almıştır (Gençel, 2006). Müziğin insanı birçok yönden etkileme

özelliği tedavide kullanılmasının sebepleri arasındadır (Tağtekin Sezer, Sezer ve Toprak, 2015).

Amerikan Müzik Terapisi Derneği (2021), müzik terapisini, 'kişilerin motivasyonunu arttırma ve kendi tedavilerinde etkin rol oynama, danışanlar için duygusal destek sağlama gibi birçok alanda etkili olduğu gibi; ağrıyı hafifletme, belleğin ve iletişimin geliştirilmesinde, stres yönetiminde kullanılabilir bir sağlık hizmetidir' biçiminde tanımlamıştır (http://www.musictherapy.org/).

Müzik terapi, uzun yıllardır tarihin her döneminde kullanılmış ve günümüzde de kullanımı sürdürülen bir tedavi ve terapi yöntemidir. Müzik; iletişim problemleri ve psikolojik sorunların tedavisi amacıyla da kullanılmıştır (Kök ve Bademli, 2016). Müzik terapisinin maliyeti düşük olup yan etkisi olmayan ve kişinin fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, emosyonel ve manevi anlamda iyileşmesinde aktif rolü vardır (Parlar Kılıç, Karadağ, Oyucu, Kale, Zengin ve Özdemir, 2015).

İbn-i Sina müziğin tıp dünyasındaki etkisini Kitabü-ş Şifa adlı eserinde şu şekilde kaleme almıştır "Tedavinin en etkili ve en iyi yollarından biri hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, hoşa gider hale getirmek ona en iyi musikiyi dinletmek ve onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir" (İbn Sina, 2017)

Türk Müziği makamlarının ruha olan etkileri Farabi (930)'ye göre şöyle sınıflandırılmıştır:

1. Rast makamı: İnsana sefa(neşe-huzur) verir.
2. Rehavi makamı: İnsana beka(sonsuzluk fikri) verir.
3. Kuçek makamı: İnsana hüzün ve elem verir.
4. Büzürk makamı: İnsana havf(korku) verir.
5. Isfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
6. Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Uşşak makamı: İnsana gülme hissi verir.
8. Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.
9. Saba makamı:İnsana cesaret, kuvvet verir.
10. Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.
11. Hüseyni makamı: İnsana sükunet, rahatlık verir.
12. Hicaz makamı:İnsana tevazu(alçakgönüllülük) verir

(https://tumata.com/muzik-terapi/turk-muzigi-makamlari-ve-etkileri/)

Yiğitbaş (1972) ve Somakçı (2003)'nın aktardığına göre; Farabi (930) Türk müziği makamlarının zamana göre psikolojik etkilerini de şu şekilde göstermiştir:

1. Rast makamı: güneş iki mızrak boyu etkili
2. Rehavi makamı: yalancı sabah vaktinde etkili
3. Büzürk makamı: yatsıdan sonra etkili
4. Isfahan makamı: gün batarken etkili
5. Neva makamı: akşam vakti etkili
6. Uşşak makamı: öğle vakti etkili
7. Zirgüle makamı: öğleye doğru etkili
8. Buselik makamı: kuşluk vaktinde etkili
9. Hüseyni makamı: sabahleyin etkili
10. Hicaz makamı: ikindi vakti etkili
11. Irak makamı: akşam üstü etkili
12. Zirefkend makamı: uyku zamanı etkilidir.

Rast makamının, dört esas makamlar arasında yer aldığı, tedavi etme özelliği olduğu ve yararlı olduğu bildirilmektedir. Vücudumuzdaki kemiklere ve kaslara, başa, beyne ve gözlere etki oranı yüksektir. Kişiye rahatlık vermekle birlikte sefa hali, neşe ve iç huzuru sağlama etkisi olduğu, ruhsal hastalıklarda kullanılmasının yararlı olduğu, inme hastalığında, nabız atımı düşük seyredenlerde yükselmesinde faydalı olduğu, uyku bozukluğu olan kişilerde uykuya düşkünlüğü azaltarak aşırı uyumayı engellediği, otizmin tedavisinde de etkili olduğu belirtilmektedir (https://tumata.com/muzik-terapi/turk-muzigi-makamlari-ve-etkileri/).

Gelişmiş ülkelerde müzik terapi sağlık alanında kullanımıyla önemli bir yere sahiptir (Ciğerci, Kurt ve Çelebi, 2016). Ülkemizde sıklıkla psikiyatri, yoğun bakım, kadın doğum, cerrahi müdahaleler, pediatri ve onkoloji gibi birçok alanda hastalara özellikle ağrının hafifletilmesi ve endişe ve kaygının azaltılmasında tedavi yöntemi olarak müzik terapisine başvurulmaktadır (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalara uygulanan müzik terapisinin hastaların kaygı düzeylerini azalttığı belirtilmiştir (Carol, 2012). Başka bir çalışmada kanser tanısı almış kişlere uygulanan müzik tarepinin ise hastalarda gevşeme hissini artırdığı ve tükenmişlik hissini azalttığı bildirilmiştir (Chuang, Han ve Young, 2010). Hemodiyaliz ünitesinde tedavi alan hastalara uygulanan müzik terapinin aksiyete seviyelerini ve algıladıkları stresörleri azalttığı sonucuna varılmıştır (Cantekin, 2012).

Müzik terapi süreci terapist ile danışan arasında müziğe dayanan ve danışanın sağlığını tedavi etmeye yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Müzik terapisti danışana uygun olan müziği seçerek uygulamak değil, danışanın müzik ile tecrübesini şekillendirmek görevini esas almalıdır (Bruscia, 2016).

Müzik terapi deneysel bir terapi çeşididir dolayısıyla terapinin araç, yöntem ve sonucu tamamen deneyime dayanmaktadır. Müzik terapinin endikasyonları; endişe ve kaygıyı azaltma, stres yönetimini daha iyi başarı sağlama, hastanın tedaviye katılımını ve uyumunu artırma, depresyon, ağrının non-farmokolojik tedavisi, otizmli hasta, hastanede yatış süresinin azaltılması, kanser hastalarında ağrının azaltılması, ameliyat sonrası dönem, tıbbi ortamlarda bireysel gevşeme eğitimi, alzheimer, müzisyenler de kaygı tedavisinde, pediatrik hastalarda kaygı yönetiminde, nörolojik kaynaklı beyin hastalıklarında ve psikiyatri hastalarında kullanılmaktadır (https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-75209/muzikterapi-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html; https://indigodergisi.com/2016/11/muzik-terapi-nedir-saglik-etkileri/; https://uskudar.edu.tr/mutem/tr/hakkinda).

2.5.2 Müzik Terapi Uygulaması

Müzik terapi uygulanışına göre farklı yöntemler izlenmektedir. Müzik terapi alan danışanların tedaviye katılımlarına göre bireysel müzik terapi, grup müzik terapisi olarak iki gruba ayrılır. Müziğin danışanlara nasıl kullanıldığı açısından da iki yöntem belirlenmiştir. Bunlar ise;1.Aktif (üretici), 2.Pasif (alıcı) müzik terapi olarak ikiye ayrılır (https://indigodergisi.com/2016/11/muzik-terapi-nedir-saglik-etkileri/).

Aktif Müzik Terapi

Hastaların müzik aletlerini, bedenlerini, seslerini kullanarak ve müzik deneyimleriyle kendilerini, sorunlarını anlatmaya teşvik edilerek yapılan bir terapi türüdür (Stanczyk, 2011). Kişinin veya grubun müzik yapması ya da müzik yaratmasına yardımcı olarak müziğin içinde yer almasına olanak sağlanmaktadır (Gençel, 2006).

Pasif Müzik Terapi

Geleneksel Türk müzik terapisinde en çok kullanılan yöntemdir. Pasif müzik terapide, kişi daha çok dinleyici pozisyonunda ve terapistin yönlendirmesiyle terapist tarafından canlı veya kayıttan müzik dinletilerek uygulanmaktadır. Dinletilen müziğin kişiye özel ve ulaşılmak istenen hedeflere yönelik seçilmesi, kişinin

tedavisini doğru amaçlara ulaşmasını sağlamaktadır. Bu müzik terapi türünde kişiye, seans süresince rahatlatıcı müzikler dinletilmektedir. Pasif müzik terapi uygulanırken kişilerden, dinletilen müziğe konsantre olmaları ve kendilerini müziğin akışına bırakmaları istenmektedir (Wigram ve Groke, 2007).

Müzik terapi türleriyle ilgili başka bir gruplama çeşidi daha yer almaktadır. Bu gruplama çeşidinin temelinde ise ' deneyimleme' yer almaktadır. Müzik terapinin içerisinde yer alan müzikal deneyimleri (müzikal oyunlar, enstrüman çalışma, dinlemek, şarkı söyleme, anımsamak, koro, beden perküsyonu vb.) göz önünde bulundurursak müzik terapi uygulamasında 4 ana yöntemden söz edilebilir. Bunlar;

1-Doğaçlamaya dayalı deneyimler

2-Uygulamaya dayalı deneyimler,

3-Yaratıma dayalı deneyimler,

4-Dinlemeye dayalı deneyimler (Bruscia, 2016; Wheeler, 2015).

2.5.3 Türkiye'de Müzik Terapi Eğitimi

Türkiye'de müzik terapi alanında eğitim imkanı sağlayan özel iki merkez vardır. Bunlar TÜTEM ve TÜMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu) olup bu merkezlerdeki terapiler Türk müziği ile yapılmaktadır. 2013 yılında ise Üsküdar üniversitesinin bünyesinde MÜTEM (Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi) açılmıştır. Araştırmacı bir grup tarafından 2014 yılında kurulan MÜZTED (Müzik Terapi Derneği) Ankara'da faaliyet göstermeye başlamıştır. MÜZTED, müzikle birlikte birçok sanatında, bireysel ve grup terapilerde terapötik amaçla kullanılmasını sağlamış, müzik terapinin Türkiye'de tanıtılması ve geliştirilmesine ve de topluma fayda sağlaması açısından birçok çalışmalar yapmıştır. Terapötik amaçlı yapılan müzik terapi çalışmaları ile Türkiye'de sanat, iletişim, eğitim, sosyal hizmet ve sağlık alanlarındaki yaygınlığını ve kullanımını artırmak, bu alanlarda hizmet sunanların standartlarını yükseltmek, müzik terapi alanında çalışmalara yapmak isteyen kurum ya da kuruluşlara destek olmak amacıyla kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığına bağlı geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları daire başkanlığı kurulmuştur. Müzikterapi Sertifikalı Eğitim Programı sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş ve yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı müzik terapi sertifikalı programını başlatarak uluslararası müzik terapi sertifika programları açmış ve müzik terapinin önemi vurgulanmıştır. Müzik terapistlerinin

hastanede göreve başlaması ve müzik terapinin lisans programları açılmasına dair kararlar alınmış ve uygulanmaya konmuştur (https://shgm.saglik.gov.tr/).

2.5.4 Psikoterapötik Müzik Terapi Yaklaşımları

Müzik terapi içerisinde bir çok teknik, metot, model ve ekol barındırmaktadır**.** Maranto (1993) tarafından hazırlanan antolojiye bakıldığında yalnızca Amerika Birleşik Devletlerinin sahip olduğu ekollerde 100'den fazla tekniği içeren 14 farklı modeli tanımlamıştır. 1999 yılında Washington'da yapılan üçüncü müzik terapi kongresinde yönlendirilmiş imgelem ve müzik (guided imagery and music), analitik müzik terapi (analytical music therapy), yaratıcı müzik terapi (creative music therapy), benenzon müzik terapi, davranışsal müzik terapi (behavioural music therapy) modelleri tarih, terapi teorisi, klinik uygulamalar, araştırma ve eğitim başlıkları altında tanıtılarak açıklanmıştır (Akt:MacDonald, Kreutz ve Mitchell, 2012).

Bonny Yönlendirilmiş İmgelem ve Müzik Metodu

Reseptif müzik terapi birçok yöntem ve modeli içermektedir. Bu yöntemin en ünlü modeli Bonny yönlendirilmiş müzik ve imgelem metodudur. 1970'li yıllarında başında kemancı ve aynı zamanda da müzik terapisti unvanına sahip olan Helen Lindquist Bonny bu metotu geliştirmiştir (MacDonald, Kreutz ve Mitchell, 2012). Bonny tarafından yapılan çalışmada, bir grup araştırmacıların geliştirdiği halüsinojenik ilaç psikoterapi yöntemine benzeyen terapötik deneyimi ilaç kullanmayarak yaşatmayı amaçlamıştır. Bu metot ile müzik ilaç yerine kullanılarak hastanın sürekli gösterdiği davranışlardan vazgeçmesi, içsel deneyimi derin bir şekilde yaşaması, zamandan uzaklaşma deneyimlerini yaşaması amaçlanmıştır. Çalışma sonucuna bakıldığında hastalar ilaç kullanılmadan müziğin etkisiyle içsel deneyimi yaşayarak farkında olmadığı duygularını deneyimleme fırsatı bulmuşlardır (Wigram, Saperston ve West, 2009). Beş bölümü içeren bu metot da bölümler başlangıç, giriş, müzik yolculuğu, geri dönüş-tasarım ve sözlü sohbetten oluşmaktadır. Başlangıç bölümünde terapist ve danışan arasında ön görüşme yapılır. Giriş de ise danışan sırt üstü uzanarak gözlerini kapatır. Giriş bölümünde amaç danışanın egosunu bir kenara bırakarak bilincinin derinliklerine inmesini sağlamaktır Müzik yolculuğu bölümünde danışana dinletilen müziğin etkilerini anlatması sağlanır. Danışan anlatırken terapist kendisi için notlar alır ve aldığı notların her bir

örneğini seans bitiminde danışana da verir. Buraya kadar ki olan bölüm de seans 30 ile 50 dakika arasında sürmektedir. Müzik sona erdikten sonra danışanın gözlerini açması istenerek dış dünyayla bağlantısı tekrar sağlanır. Müzik yolculuğu bölümünde deneyimlediklerini kilden heykel yapma, mandala resmetmek ya da şiir yazarak tasvir etmesi istenir. Son bölümde ise danışanın tasvir ettiği deneyimleri hakkında konuşarak gündelik hayatında deneyimledikleri ile ne şekilde bağlantı kuracağını öğretir. Bu şekilde terapist danışanın bilinçaltında yatan olumsuz durum ve olayların meydana çıkararak en aza indirilmesine yardımcı olur (MacDonald, Kreutz ve Mitchell, 2012).

Analitik Müzik Terapi

1970'li yılların ilk başlarında Mary Priestley tarafından geliştirilen Analitik Müzik Terapi müzikal simgelerin kullanımıyla, terapist ve hasta arasında gelişen sözsüz doğaçlamaları terapötik diyalog ile izlemeyi içeren psikoterapötik metottur. Bu metotda danışan ile terapist şarkı söyleyerek ya da danışanın çalmak istediği bir enstrüman ile müzikal diyalog kurulur. Terapist, danışanı kendi kendini iyileştirme gücünü keşfetmeye ve sözlü iletişimle zihnindeki kaynaklara odaklanmalarını sağlamalıdır (MacDonald, Kreutz ve Mitchell, 2012).

Benenzon Müzik Terapi

1966 yılında öncesinde Güney Amerika'da sonrasında Buenos Aires, Argentina ve Güney Avrupa'da yer alan diğer ülkerde Roland Benenson ilk müzik terapi eğitimi programının kurucusu olmuştur. Roland Benenson psikiyatrist, besteci ve müzisyendir. Klinik vakaları etkin bir şekilde müzikle tedavi etme özelliği olan Benenzon müzik terapi modelinin temelinde psikoanalitik yaklaşım yer alır. Üç aşamadan oluşan bu metot; hazırlanma ve arınma, algılama ve gözlemleme, sesli diyalog bölümlerini içerir. Bu metotda davranışsal ve zihinsel düşüncelerin derinlerine inilerek ilerleme sağlanmaktadır (MacDonald, Kreutz ve Mitchell, 2012; Yılma, 2014).

Davranışsal Müzik Terapi

Davranışsal müzik terapi; danışanın olumsuz davranışları saptanıp çözümledikten sonra müziğin etkisiyle olumsuz davranışları ortadan kaldırmak yerine istendik davranışlar geliştirerek bu davranışları arttırmak amacıyla yapılan müzik terapi metotdur. Danışanın istendik davranışları ödül sistemi ile desteklenerek

devamlılığının sağlanması asıl hedeftir. Bu metotta birçok çeşit enstrüman ile doğaçlama yapılarak müzikal yaklaşımları da içeren (şarkı söylemek, dinleme, müzikal oyunlar vs.) yöntemler kullanılmaktadır (Aydın, 2013; Yılma, 2014).

Nordoff ve Robbins Yaratıcı Müzik Terapi

Paul Nordoff ve Clive Robbins (1959-1976)'in tarafından uzun seneler süren çalışmaları neticesinde meydana çıkmış Nordoff-Robbins yaklaşımı olarak da adı geçen Yaratıcı Müzik Terapi metodudur (Akt:Forinash, 2007). Çalışmalar İngiltere'de başladıktan sonra Avrupa'ya, Avrupa'dan sonra başka birçok ülkeye ve sonrasında da Amerika'da yayılmaya başlamıştır. 1958'li yıllarda Paul Nordoff'un müziğin engelli çocukların üzerindeki etkisini fark etmesiyle müziğin terapi yöntemi olarak kullanılabileceğine dair çalışmalar başlatmıştır. Bir süre sonra içlerinde Clive Robbins'ın da yer aldığı arkadaş grubuyla çalışmalar yapmıştır. Pensilvania Üniversitesi Otistik Çocuklar Gündüz Bakım Ünitesinde yaptıkları çalışmaların neticesinde engelli çocuklara özel müzik terapi üzerine oyun, kitap, enstrümantal etkinlikler ve şarkılar basmışlardır. Nordoff öldükten sonra müzik terapi çalışmalarına Clive Robbins ve eşi Carol Robbins'ın devam etmişlerdir. New York'ta 1988 yılında Nordoff – Robbins Müzik Terapisi Kurumu kurulmuştur. 1996 yılında Carol Robbins'in ölümü ve 2011 yılında da Clive Robbins'in ölümünden sonra çalışmaları onlar tarafından yetiştirilen kişiler devam ettirmiştir (Akt:Alaner ve Küçükdürüm, 2016; Aydın, 2013).

2.6 Şizofreni ve Müzik Terapi

İnsanlık tarihi kadar eski ve zengin olan müzik terapi uygulamalarının 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren yaygın bir şekilde kullanımına başlanmış son yıllarda ise daha çok dikkat çeken yöntemler arasında yer almaya başlamıştır (Evans, 2002; Chlan, 2002). Bu sebeple tedavi amaçlı kullanımına yönelik uygulamalara olan ilgi artış göstermektedir (Biley, 2000). Müzik terapi; her yaştaki yaşlılar, erişkinler, pediatri vb. gibi hastalara uygulanabilmektedir (Building, 2001; Lou, 2001). Ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmak için tedavilerde, yoğun bakım üniteleri, kadın doğum, psikiyatri, pediatri ve kemoterapi ünitelerinde, koroner yoğun bakımlarda, yaşam kalitesini artırmak amaçlı, cerrahi müdahalelerde, ruhsal anlamda iyileşme sağlamak amacıyla birçok yerde müzikle tedavi yöntemi kullanılmaktadır (Biley, 2000;

Scouarnec ve diğerleri, 2001; Cooke, Chaboyer ve Hiratos, 2005; Gallagher, Lagman, Walsh, Davis ve Legrand, 2005).

1950'li yıllardan günümüze kadar müzik terapi uygulamaları kronik psikiyatrik bozukluklarda etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Türk bilginlerinden Farabi, Razi, İbn-i Sina ve Gevrekzâde Hasan Efendi müzik terapi alanında bir çok önemli çalışmalar yapmışlardır (Çoban, 2005). Psikotik bozukluk tanısı almış akut dönemdeki hastalara müzik terapisi belirgin düzeyde etki etmezken şizofreni hastalarında terapötik etki sağlamaktadır (Somakçı, 2003; Ak, 2006). Son zamanlarda müzik terapi özellikle şizofreni hastalarında etkin olarak kullanılan bir yöntem haline gelerek farmakolojik tedavinin yanı sıra destekleyici tedavi olan psikoterapi yöntemleri ve müzikle tedavide uygulanmaktadır (Backer, 2003). Ruhsal hastalıklarda müzik terapi; kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesi, kişinin kendisine olan güveninin tekrar kazandırılması, fiziksel antremanlar, dikkat ve odaklanmanın arttırılması amacıyla yapılmaktadır. Müzikle terapinin; kişinin ruhsal, fizyolojik ve duygu durumu üzerine etkileri vardır (Gençel, 2006). Ayrıca müzik terapiyle şizofrenide ortaya çıkan belirtilerde düzelme olduğu bildirilmiştir (Peng, Koo ve Kuo, 2010).

Ruhsal bozukluk tanılı hastaların tedavisinde müziğin olumlu etkilerini ortaya koyan araştırmalar literatürde bulunmaktadır. Müzik terapisinin kişinin eş güdümünün geliştirilmesinde, çift taraflı hareketliliğin geliştirilmesinde ve işlevsel becerilerinin geliştirilmesinde etkisinin olduğu yapılan araştırmalarla saptanmıştır (Paul and Ramsey, 2000). Müzik terapisinin, konfüze hastalarda ajitasyonu azalttığı, ruhsal olarak iyilik hali sağladığı ve iletişim becerilerini artırdığı belirlenmiştir (Wilkins ve Moore, 2004). Lou (2001) tarafından yapılan bir çalışmada, demanslı hastalara uygulanan müzik tedavi ile hastaların ajitasyon düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir. Foley ve Lipe (2004) alzeimer hastalarına uygulanan müzik terapisinin hastaların yaşam kalitelerini artırdığını ve daha iyi hissettiklerini belirlemiştir.

Amerikan Müzik Terapi Derneği tarafından yürütülen bir çalışmada; müzik terapisinin negatif belirtilerde azalmayı sağladığı, sosyal içe çekilmeyi azalttığı, kişilerarası iletişim becerilerini geliştirdiği, çevresindeki uyaranlara ilgi seviyelerinin arttırdığı sonucuna varılmıştır (Tang, Yao ve Zheng, 1994). Başka bir çalışmada müzik terapinin yaşamdan zevk alma, affektinde küntleşme, konuşma bozukluğu gibi negatif belirtilerde düzelme, konuşmada artış, azalmış sosyal izolasyon ve dıştan

gelen uyaranlara artan ilgi gibi sosyal belirtilerde görülür düzeyde iyileşme sağladığını bildirmişlerdir (Birkan, 2014).

Silverman'a (2003) göre, müzik terapisi psikoz tanılı hastaların belirtilerinin azalmasında etkili olmuştur. Yine Silverman (2006)'nın bir başka çalışmasında, eğlence terapisi ile müzik terapisinin psikiyatri hastalarının rehabilitasyonuna olan etkisi araştırılmıştır. İki hafta süren bir uygulama ile hastaları 5 gruba ayırarak haftada 1 defa müzik terapisi ve eğlence terapisine katılmaları istenmiştir. Bu araştırmanın sonucunda ise hastalar müzik terapisinin eğlence terapisinden daha etkili olduğunu ve rahatlık hissi verdiğini bildirmişlerdir.

De Sousa ve De Sousa (2010)'nın yaptığı bir çalışmada ise; şizofreni tanısı konmuş hastalarda hastalık belirtileri üzerinde müzik terapinin etkisi araştırılmıştır. Çalışmada, 18- 60 yaş arasındaki şizofreni hastalarına 1 ay süresince günlük 30 dakika Hint Klasik Müziği dinletisi yapılarak etkisi incelenmiş müzik terapi uygulanan hastalarda 1 ayın sonunda gelindiğinde depresyon ve enerji kaybının azaldığı, etkin olma özelliklerinde ilerleme olduğu görülmüştür (De Sousa ve De Sousa, 2010).

Ertekin Pınar (2013) şizofreni hastaları için müzik terapide rast makamının pozitif semptomlar üzerinde etkili olduğunu bildirmiştir. Şizofreni hastalarında müzik terapinin benlik saygısı üzerindeki etkisi olumlu etkileyebilme ve kendine güvenini güçlendirebilme özelliği bulunmaktadır. Dış çevreye karşı daha kolay uyum sağlayabilme, kişilerarası ilişkileri güçlendirme ve toplumsallaşma düzeyini artırabildiği vurgulanmaktadır (Ulrich, Houtmans ve Gold, 2007). Literatürde bazı uygulamaların kişinin öz saygı düzeyini yükseltmede etkili olabildiği gösterilmiştir (Ateş, 2013; Doğru ve Peker, 2004; Kaya Erten, 2011; Kaya ve Saçkes, 2004; Şahan Yılmaz ve Duy, 2013).

2.7 Müzik Terapi ve Hemşirelik

Yüzyıllardır insanlar psikolojik ve fizyolojik sorunları ortadan kaldırmak için birçok tedavi yöntemine başvurmuşlardır. Bu yöntemlerden biri de müzik terapisidir (Somakçı, 2003). Tıp biliminde birçok alanda müzikle tedavi kullanılmaktadır. Ruhun psikolojik olarak verdiği tepkiyi ifade etmeyi sağlayan en iyi sanat dalının müzik olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle de insanın ruhsal davranışlarını inceleyen psikiyatriyle müzik arasında önemli bir bağlantı oluşmaktadır (Ançel, 2006). Müzik

terapisinin stres, ağrı ve kaygıyı azaltmada ve rahatlama sağlamada etkili olduğu belirtilmektedir. (Kemper ve Danhauer, 2005).

Florence Nightingale 1800'li yıllarda müzikle tedavi edilmenin önemine ve hasta kişilerin tedavisindeki etkinliğine vurgu yaparak, müzik terapiyi ağrıyı ve anksiyeteye azaltmaya yardımcı olan hastaların rahatlamasını sağlayan hemşirelik girişimi olarak açıklamıştır (Karamızrak, 2014; Tağtekin Sezer, Sezer ve Toprak, 2015). Psikiyatri hemşireliği özelinde bakıldığında ise ruh sağlığı hizmetinde, piskoterapi, BDT (bilişsel davranışçı terapi) ve psikofarmokolojik uygulamaların yanı sıra psikiyatri hemşiresi stresle başetme ve gevşeme etkinliklerinde müziği etkin olarak kullanabilmektedir (Kamışlı ve Daştan, 2008).

2.8 Şizofrenide Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ya göre psikiyatri hemşireliği; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir (Özbaş ve Buzlu, 2011; Varcarolis, 2009).

Psikiyatri hemşirelerinin ANA tarafından tanımlanan; danışmanlık, eğitim, hasta hakları savunuculuğu, terapötik girişimler, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler, psikobiyolojik girişimler, konsültasyon, terapi ve araştırma rolleri bulunmaktadır. Ülkemizde de 2011 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliği ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları maddelere eklenerek tanımlanmıştır. Hemşirelik yönetmeliğine göre (2011), psikiyatri hemşiresinin eğitim ve danışmanlık görevi başlığı altında yapabileceği görevler arasında; grup terapisi görüşmelerine katılma, hastayı ve aileyi destekleme, damgalama (stigma) ile mücadele, kişilerarası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği arttırma, problem çözme becerileri kazandırma, sosyal beceri eğitimi gibi konularda psikoeğitim programlarını planlama ve uygulama vardır (https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm).

Şizofreni hastalarının toplumda aktif olabilmeleri için genelde bir profosyenelin iletişim, problem çözme, karar verme, kendini yönetme ve akran ilişkileri gibi sosyal ilişkileri başlatmaya ve sürdürmeye yönelik beceri eğitimlerine gereksininm duyarlar. Psikiyatri hemşirelerinin ruhsal sorunlu hastaların toplumsal becerilerini geliştirmede önemli bir görevleri vardır. Hemşireler; hastaların sosyalleşme, kişilerarası iletişimi başlatma ve sürdürebilmeleri için gruplar

oluşturarak işlevsellik düzeylerini artırma konusunda sorumlulukları vardır (Yadav, 2015). Hastalara uygulanan farmokolojik tedavinin takibine ek olarak psikososyal tedavileri ile toplumsal görevlerini yerine getirme ve toplumsal işlevselliklerini artırmaya yönelik programlar yapmalıdır. Uygulanan bu psikososyal terapiler hastaların yaşam kalitesinin artırılmasına da katkı sağlamalıdır. Ruh sağlığı hemşireleri, psikiyatri hastalarının iş hayatına atılmalarının ve meslek edinmelerinin öneminin farkında olarak mesleki iyileştirme programları düzenleyerek kişinin üretken hale gelmesini sağlayarak sosyal görevlerini gerçekleştirmelerine, sosyal ilişkiler kurmalarına ve devamlılığın sağlanmasına katkıda bulunabilirler (Yılmaz, 2016).

Psikiyatri hemşireleri hastaları psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönüyle birlikte değerlendirerek hastaya özgü bakımı planlayıp, uygulayıp, sonuçlarını değerlendirebilmelidir (Çam ve Engin, 2014). Psikiyatrik bozukluk tanısı alan her hastada olduğu gibi şizofreni tanısı almış hastalarla da en uzun zaman geçiren profosyonel kişi psikiyatri hemşiresidir (Çam ve Engin, 2014; Aylaz ve Yıldız, 2018). Bu nedenle psikiyatri hemşiresi hastaların rehabilite edilmesi, hastanenin fiziki koşullarının organizasyonu ve en iyi hizmet kalitesini sağlamak gibi uygulamalarda etkin bir biçimde görev almaktadırlar (Çam ve Engin, 2014). Psikiyatri hemşiresi hastaların farkındalığını artırmaya yönelik uygulamalarda bulunmak için hastayı gözlemler, hasta ve ailesini kapsayan görüşmeler düzenleyerek kişinin ihitiyaçlarını ve benliğini yani kendine yönelik kazandığı bakış açısını gözlemleyerek bakımı yönetir (Kerman ve Bahar, 2019).

2011 yılında yayınlanan Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre hizmet sunmaya başlayan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), şizofreni hastalarına uygulanan psikososyal desteklerle hastaları topluma yeniden kazandırmayı hedeflemektedir (https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-54443/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.html). TRSM'ler de hizmet sunan sağlık profosyonelleri olan hemşireler ise eğitici, danışmanlık, koruyucu ve rehabilite edici rollerini kullanarak hastalara bireysel terapiler, aile terapileri, grup terapileri, iş uğraşı terapileri ve psikososyal eğitim programları uygulayarak işlevsellik düzeylerini arttırmaya katkı sağlamaktadırlar (Yılmaz, 2016).

Psikiyatri hemşirelerinin hasta bireylerin tedavi sürecine katılmasını sağlamak için terapi ve bireysel görüşme tekniklerini öğrenmesi ve uygulamalı yapabilmesi beklenmektedir (Coşkun ve Şahin Altun, 2018; Lawrence, Fulbrook, Somerset ve

Schulz, 2017). Bu doğrultuda ruh sağlığı hemşireleri güncel ve kanıt temelli terapi tekniklerini takip ederek uygulama alanında kullanmalıdır (Yıldız, 2017; Yıldız, 2018).Stresi ele almada psikiyatri hemşirelerinin hastaya sağladığı emosyonel destek hastanın savunma mekanizmasını güçlendirerek, anksiyete düzeyinin azalmasını ve öz saygısının artmasını sağlayan önemli bir araçtır (Dearing, 2004).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

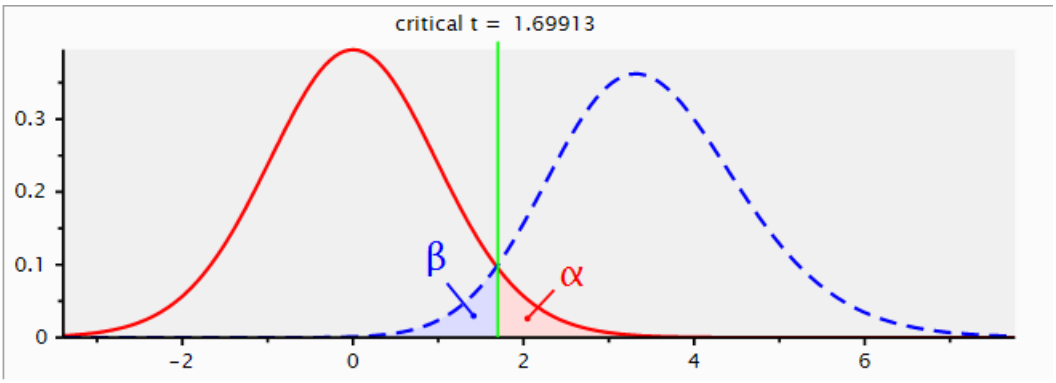
Araştırma, şizofreni hastalarında müzik terapisinin benlik saygısı, motivasyon ve algıladıkları stres düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test- son test desenli kontrol grupsuz yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.1 Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Çankırı ili Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip ve tedavi gören şizofreni hastaları oluşturmaktadır (N:441).

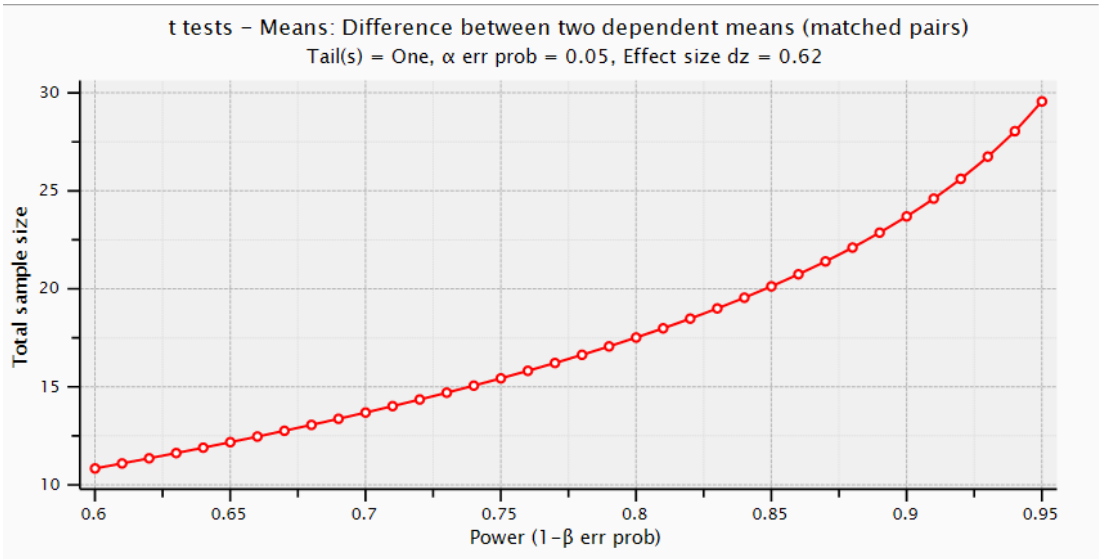
Çalışmanın örneklemini ise aynı kurumda tedavi gören şizofreni hastaları içerisinden dahil edilme kriterlerine uyan, müzik terapi programına katılmaya gönüllü ve ölçme araçlarını tam ve eksiksiz doldurup araştırmanın üç aşamasınıda tamamlamış hastalar oluşturmuştur (n:30). Örneklem hesabında izlenen yol olarak hesaplama formulünde PASS (Power Analysis and Sample Size) istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma deseni ve kullanılan ölçekler açısından benzer olan çalışmalar incelenerek (Altan,2011; Çelik ve ark, 2016; Kök ve Demir, 2018; Fındıkoğlu,2015; Özgenel, 2018) bu çalışmadaki sonuçlar üzerinden toplamda yığınımızda 441 kişinin bulunduğu ve G-power güç analize göre 30 kişinin örneklem içerisine seçildiğinde testimizin gücünün %95 olacağından dolayı çalışmamız rasgele seçilmiş 32 hasta ile başlanmış fakat iki hasta araştırmanın her basamağını tamamlamadığından 30 hasta ile yapılmıştır.

Şekil 1: G power analiz sonucu



t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis:	A priori: Compute required sample size		
Input:	Tail(s)	=	One
	Effect size dz	=	0.62
	α err prob	=	0.05
	Power (1-β err prob)	=	0.95
Output:	Noncentrality parameter δ	=	3.3958799
	Critical t	=	1.6991270
	Df	=	29
	Total sample size	=	30



3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Çankırı il merkezine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Çankırı Devlet Hastanesi 1946 yılında hizmet vermeye başlamış olup 2014 yılından itibaren yeni yerleşkesi olan Kıkevler mevkiindeki hastane binasına geçilmiş ve 250 yatak kapasitesi ile burada hizmet vermeye devam etmektedir. Çankırı Devlet Hastanesi bağlı olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ise Aksu yerleşkesindeki hastanenin ek binasında hizmet vermektedir. Çankırı TRSM 2016 yılında hizmet vermeye başlamıştır. 2016 yılından 2021 yılına kadar olan süreçte giderek hasta sayısı artmış ve 1 ocak 2021 tarihi itibariyle merkeze kayıtlı 441 şizofreni tanılı hasta, 254 bipolar tanılı hasta bulunmaktadır. TRSM de verilen hizmetler; aile desteği, ilaç tedavisi, fiziksel sağlık hizmetleri, psikososyal

müdahaleler ve psikolojik terapiler,sosyal beceri eğitimleri, iş- uğraşı terapileri, bireysel terapiler, grup terapileri, rehabilitasyon, psikoeğitimler, gezici ekip (ev, iş, okul ziyaretleri) faaliyetlerinden oluşmaktadır. Çankırı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde pandemi öncesi tam zamanlı 1 Psikiyatri Uzmanı (TRSM Sorumlu Hekimi), 1 Sosyal Hizmet Uzmanı, 2 Hemşire, 2 Ebe, 2 Sağlık Memuru, 1 iş-uğraşı teknikeri, 1 tıbbi sekreter ve 2 yardımcı personel ve 1 yarı zamanlı (haftada 1 gün) psikolog bulunmaktayken pandemi sonrası 1 Psikiyatri Uzmanı, 1 hemşire, 1 ebe, 1 iş-uğraşı teknikeri, 1 tıbbi sekreter ve 2 yardımcı personel ile hizmet vermeye devam etmektedir. Yine Pandemi öncesi Halk Eğitim merkezlerinden 3 usta öğretici iş-uğraşı terapisi uygulaması kapsamında görevlendirilmişken pandemi sonrası Halk Eğitim Merkezlerinden usta öğretici görevlendirmelerine ara verilmiştir.

3.3 Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriteleri

- 18-70 yaş arasında olan,
- Hastalık iç görüsü olan**,**
- Eğitim düzeyi en az ilkokul olan,
- Şizofreni tanısı aldığı süre 3 yıldan fazla olan,
- Aktif epizod döneminde olmayan,
- Müzik dinlemeye engel işitme problemi olmayan,
- Soruları bağımsız olarak cevaplayabilen,
- Müzik terapi sürecinde kullandığı ilaçlarda ve dozunda değişiklik yapılmayan,
- Organik mental bir bozukluğu olmayan,
- Nörolojik sorunu bulunmayan, iletişim kurma sorunu olmayan,
- Çankırı TRSM de takip ve tedavisi devam eden hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri:

- 18 yaş altı ve 70 yaş üstü,
- Hastalık iç görüsü olmayan,
- Eğitim düzeyi en az ilkokul altında olan,
- Şizofreni tanısı aldığı süre 3 yıldan az olan,
- Aktif epizod döneminde olan,

- Müzik dinlemeye engel işitme problemi olan,
- Soruları bağımsız olarak cevaplayamayan,
- Müzik terapi sürecinde kullandığı ilaçlarda ve dozunda değişiklik yapılan,
- Organik mental bir bozukluğu olan,
- Nörolojik sorunu olan,
- İletişim kurma sorunu olan,
- Çankırı TRSM de takip ve tedavisi devam etmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ), Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu (BSDÖ), Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu (DİTMÖ) ölçekleri kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Bireyin tanıtıcı bilgilerinin bulunduğu 14 maddeden oluşan bu form, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, stresi azaltmaya yönelik uygulamalarını ve müzik hakkındaki düşüncelerini içermektedir. Bu form, şizofreni hastalarının stres düzeyini etkileyen etmenler ve müzikle tedavinin etkilerinin değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür incelenerek (Fındıkoğlu,2015; Özgenel, 2018; Ertekin Pınar, 2013) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (EK 1).

Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ)

Cohen ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eskin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. Bireyin hayatındaki olayları ne derece stres olarak algıladığını ölçmek için her biri 0 ile 4 arasında puanlanan toplam 14 maddeden oluşan ASÖ tasarlanmıştır. Ölçeğin alt boyutları Yetersiz/Öz yeterlik Algısı ve Stres/Rahatsızlık algısıdır. Her madde "Hiçbir zaman (0)" ila "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Olumlu ifade içeren 7 madde tersten puanlanmaktadır. Ters puanlanan maddeler sırasıyla 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13'dür. Puan yüksekliği bireyin stres algısının fazla olduğunu göstermektedir (EK 2). Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.84, test-tekrar-test güvenirlik katsayısında ise 0.87 olarak hesaplanmıştır (Eskin, Harlak, Demirkıran, Dereboy, 2013). Ölçekten en az 0 puan en yüksek 40 puan alınabilir. Puan yüksekliği algılanan stres düzeyinin yüksek olduğunu

göstermektedir. Bizim yaptığımız çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır.

Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-(BSDÖ)Kısa Formu

Ölçek, Tukuş (2010) tarafından, benlik saygısını ölçen ölçekler (Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve The Index of Self Esteem Scale) The Self Esteem Rating Scale-Short Formu(SERS-SF) kullanarak geliştirmiştir. Self Esteem Rating Scale (SERS) kısa formunda 10 olumlu, 10'u ise olumsuz madde olarak 20 maddeden oluşmuştur. Özellikle şizofreni hastalarıyla ilgili araştırmalarda kullanılabilecek, tedavi de önemli bir unsur olan benlik saygısını ölçebilecek, uygulanması kısa süren, anlaşılması kolay ve kısa sürede doldurulabilen, geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış bir ölçektir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı olumlu maddeler için 0,91, olumsuz maddeler için 0,87 olarak hesaplanmıştır. Olumlu maddeler 1.faktörde toplanmıştır. Olumsuz maddeler ise 2. ve 3. faktörde belirtilmiştir. Birinci faktör; Başkaları ile birliktelik, beceriklilik, doyum faktörünü ifade etmektedir. Olumlu boyut maddeleri ise 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. maddelerden oluşmuştur. İkinci faktör; başkaları ile kıyaslama ve başarısızlık faktörünü ifade etmektedir. Olumsuz boyut maddeleri 1. 2. 3. 9. 10. maddelerinden oluşmuştur. Üçüncü faktör; kendinden hoşnut olmama faktörüdür. Olumsuz boyut 4. 5. 6. 7. 8. maddelerinden oluşmuştur (EK 3). Bizim yaptığımız çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı olumlu maddeler için 0,86, olumsuz maddeler için 0,85 olarak hesaplanmıştır.

Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ)

Pelletier ve ark. (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal formu 24 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Özer, Altınok, Yöntem ve Bayoğlu (2017) tarafından yapılmıştır. Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği psikiyatri bölümünde çalışanların hizmet sundukları danışanlara, psikolojik destek ihtiyaçlarına süreklilik göstermesine yönelik motivasyon düzeylerini değerlendirmede kullanılabilecek bir ölçektir. Beş faktörlü yapı; Motivasyonsuzluk alt boyutu; '1., 7., 11. ve 12.' maddelerdir. Özdeşleşmiş Düzenleme alt boyutu; '5., 6., 13. ve 18. 'maddelerdir. Bütünleşmiş Düzenleme alt boyutu; '15., 16., 19. ve 20.' maddelerdir. İçe Yansıtılmış Düzenleme alt boyutu; '4., 8., 9. ve 17.' maddelerdir. İçsel Motivasyon alt boyutu; '2., 3., 10. ve 14.' maddelerdir. Üç faktörlü yapı; Motivasyonsuzluk alt boyutu; '1., 7., 11. ve 12.' maddelerdir. İçsel Motivasyon alt boyutu; '2., 3., 10. ve 14.' maddelerdir. Dışsal

Motivasyon alt boyutu; ‘5., 6., 13., 18., 15., 16., 19., 20., 4., 8., 9. ve 17.’ Maddelerdir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır (EK 4). Ölçeğin geneline yönelik cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak hesaplanmıştır (Özer, Altınok, Yöntem, Bayoğlu, 2017). Bizim yaptığımız çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,81 olarak hesaplanmıştır.

Araştırma İçin Müzik Terapisi Araçlarının Belirlenmesi

Araştırmada kullanılacak müzik ve makam için literatür taranmış, Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma (TÜMATA) grubu ile iletişime geçilmiştir (Giray, 2008; Somakçı, 2003; Lafçı, 2009, Yiğitbaş, 1972; Ertekin Pınar, 2013). TÜMATA grubunun önerileri ve literatürün ışığında ruhsal sorunu olan hastalarda müzikle tedavide kullanılan neşe, huzur, sefa ve rahatlık hissettiren Türk müziği makamlarından “ rast makamının” kullanılmasına karar verilmiştir. Daha sonra enstrümantal (sözsüz müzik) tarzda TÜMATA ve TRT Müzik Rast makamları bilgisayar ve ses sistemi yardımıyla CD oluşturulmuştur (EK 12).

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulama süreci Ağustos ve Ekim 2020 ayları arasında planlanmış fakat pandemi dolayısıyla kliniğin kapanması, hastaların uzaktan takibi nedeniyle, araştırma 02 Kasım ve 31 Aralık 2020 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı 120 saatlik online müzik terapi eğitimi almıştır. Daha sonra çalışmanın planlaması yapılmıştır.

İlk aşamada araştırmacı tarafından belirlenmiş olan dahil edilme kriterlerine uyan hastalarla iletişime geçilmiş bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda hastalarla eğitimin günü ve saati için zaman belirlenmiştir. Araştırma Şekil 2’deki gibi yürütülmüştür.

Pandemi nedeniyle 15’er kişilik iki grup oluşturulmuş, haftanın iki günü birer saatlik oturum planlanmıştır. Haftaiçi her salı ve perşembe günü 10.00-11.00 ve 14.00-15.00 saatleri arasında uygulamanın yapılmasına karar verilmiştir.

1.oturum:

İlk oturumda (03.11.2020) grup uygulama ilkelerine karar verilmiştir.

Grup Uygulama İlkeleri;

-Hastalardan istenilen davranışlar oluşturulmuş ve müzik terapi sırasında ve sonrasında;

-Birbirlerine saygı göstermeleri, müzik terapi saatlerine zamanında gelmeleri ve aktif katılmaları,

-Müzik terapi seansı bitmeden grup terapi salonunu terk etmemeleri,

-Müzik terapi sırasında sessiz olmaları,

-Müzik terapi sırasında araştırmacı tarafından verilen yönlendirmelere uymaları, Terapi sırasında rahat bir pozisyonda isteyenlerin gözlerinin açık, isteyenlerin kapalı şekilde oturmaları ve uygulama sonrasında geri bildirimlere katılmaları istenmiştir (Yalom, 1998).

Hastalarla pandemi sürecine uygun sosyal mesafe kurallarına uyarak ön testler (ASÖ, DİTMÖ, BSDÖ) yüzyüze görüşme ile uygulanmıştır.1.gruba 11:00-12:00 saat aralığında, 2.grubada 14.00-15.00 saat aralığında, rahat bir pozisyonda oturur bir biçimde isteyenlerin gözlerinin açık, isteyenlerin kapatarak 1 saat boyunca sessiz bir ortamda rast makamı müzikleri kemanla canlı performans ile dinletilmiştir. Müzik terapisinin ilk oturumunda canlı performans sergileyen müzisyen; TRT Gençlik Korosunda görev almış ve müzik öğretmenliği mezunudur.

Araştırmanın her oturumunun sonunda grup etkinliğini değerlendirmek amacıyla aşağıdaki sorular üzerinden tartışma gerçekleştirilmiştir.

Müzik terapisi size nasıl hissettirdi?

Müziğin terapisinin sizde meydana getirdiği etkileri söylermisiniz?

2.oturumdan 7. Oturuma kadar:

05.11.2020, 10.11.2020,12.11.2020, 17.11.2020, 19.11.2020, 24.11.2020 tarihli oturumlarda grup uygulama ilkelerine uyarak 1 saat boyunca sessiz bir ortamda belirlenmiş olan ‘rast makamındaki‘ CD ile müzik terapisi uygulaması yürütülmüştür.

8.oturum: 26.11.2020 tarihli oturumda 1 saat boyunca rast makamındaki müzik terapisi uygulanmıştır. Bu oturumun bitiminde hastalarla 1. oturumda doldurulan ölçeklerin (ASÖ, DİTMÖ, BSDÖ) son test uygulaması gerçekleştirilmiştir.

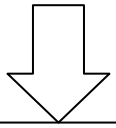
9.oturum: Son testten 1 ay sonra 30.12.2020 tarihinde izlem ölçümleri yapılmış ve 1. ve 8. oturumlarda doldurulan ölçekler (ASÖ, DİTMÖ, BSDÖ) tekrar doldurulmuştur.

Araştırma süresince bir hastada ilaç değişikliğine gidildiğinden ve bir hastada düzenli olarak müzik terapi seanslarına katılmadığından toplamda iki hasta

araştırmanın her basamağını tamamlamadığından örneklem dışı bırakılmış ve örneklem 30 hastayla tamamlanmıştır.

-02.11.2020 tarihinde müdahale grubunu oluşturan hastalarla bilgilendirme toplantısının yapılması

-Hastalarla eğitimin günü ve saati için zaman belirlenmesi (Pandemi nedeniyle 15'er kişilik iki grup oluşturulması, haftanın iki günü birer saatlik oturum planlanması)



1.oturum

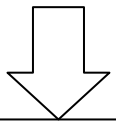
-03.11.2020 tarihinde müzik terapisi eğitiminden beklentiler ve çalışmanın amaçlarının anlatılması

-Hastalarla pandemi sürecine uygun sosyal mesafe kurallarına uyarak ön testlerin (ASÖ, DİTMÖ, BSDÖ) birebir görüşme ile 32 hastaya uygulanması

-1.gruba 11:00-12:00 saat aralığında pasif müzikoterapi makamlarından olan rast makamı müzikleri kemanla canlı performans ile dinletilmesi

-2.gruba ise 14:00-15:00 saat aralığında rast makamı müzikleri kemanla canlı performans ile dinletilmesi

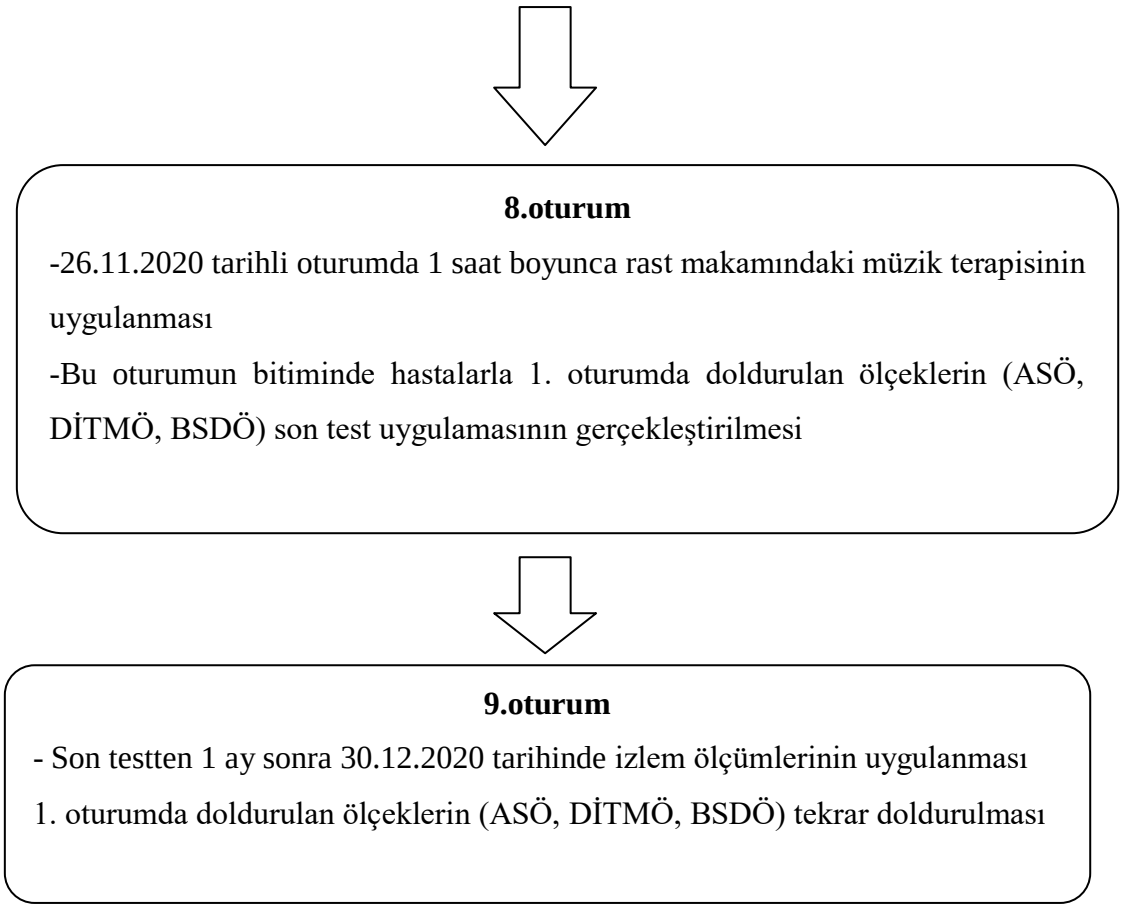
-Oturumun sonunda hastalarla duygu ve düşünceleri, müzik terapinin etkileri konuşularak hastalardan sözlü olarak geri bildirim alınması



2.oturumdan 7. oturuma kadar

- 05.11.2020, 10.11.2020,12.11.2020, 17.11.2020,19.11.2020,24.11.2020 tarihli oturumlarda hastalardan rahat bir pozisyonda oturur bir biçimde 1 saat boyunca sessiz bir ortamda belirlenmiş olan 'rast makamındaki' müzik terapisinin uygulanması.

-Oturumların bitiminde hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için olanak sağlanması ve sözel olarak geri bildirim alınması



Şekil 2. Araştımanın Akış Şeması

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni müzik terapidir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise algılanan stres düzeyi, benlik saygısı ve motivasyon düzeyidir.

3.7 Araştırmanın Etik Yönü

Çankırı Karatekin Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.6.2020 22:10:03 karar tarihli ve 228 karar no'lu etik kurul raporu alınmıştır (Ek-5). Etik kurul alındıktan sonra çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmanın yapılacağı Çankırı Devlet Hastanesinden 64943697-799 sayılı uygulama izni alınmıştır (Ek-6). Uygulamaya başlamadan önce çalışmanın amacı ve kapsamı konusunda hastalara bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan ilk eğitim oturumunda yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada veriler Statistical Package for Social Sience (SPSS) 23.0 istatistik programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama standart sapma değerleri kullanılmıştır. Müzik terapisi öncesi, sonrası ve izlemlerdeki süreçlerinin ölçüm değerlerinin karşılaştırılması için Friedman testi kullanılmıştır. Karşılaştırma alfa değeri 0,01 olarak ele alınmış ve $p<0,01$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1: Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken		Sayı	%
Yaş	Yaş Ortalaması	40,23±3,12	
	18-28	5	16,70
	29-39	8	26,70
	40-50	13	43,30
	51-61	3	10,00
	62 ve üstü	1	3,30
Cinsiyet	Erkek	19	63,30
	Kadın	11	36,70
Medeni Durumu	Bekâr	17	56,70
	Evli	13	43,30
Eğitim Durumu	İlkokul	4	13,30
	Ortaokul	6	20,00
	Lise	16	53,30
	Üniversite	4	13,30
Gelir Durumu	Orta	22	73,30
	Düşük	6	20,00
	Yüksek	2	6,70
Sosyal Güvencesi	Var	30	100,00
	Yok	0	0,00
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyor	18	60,00
	Kullanmıyor	11	36,70
	Bırakmış	1	3,30
Alkol Kullanma Durumu	Kullanmıyor	22	73,30
	Bırakmış	6	20,00
	Kullanıyor	2	6,70
Müzik Dinlemeyi Sevme Durumu	Evet	30	100,00
	Hayır	0	0,00
Strese Girdiğinde Müzik Dinlemeyi Tercih Etme Durumu	Evet	21	70,00
	Hayır	9	30,00
Tercih Edilen Müzik Türü	Türk halk müziği	10	33,30
	Türk sanat müziği	7	23,30
	Pop	6	20,00
	Klasik türk müziği	3	10,00
	Arabesk	1	3,30
	Her tarz müzik	1	3,30
	Rock	1	3,30
	Yabancı müzikler	1	3,30

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Müzik Yayını Tercih Etme Durumu	Evet	30	100,00
	Hayır	0	0,00
Stresli Durumda Yapılan Aktiviteler	Müzik dinlemek	29	35,0
	Fiziksel aktivitede bulunmak	21	25,0
	TV seyretmek	16	19,0
	Sohbet etmek	10	12,0
	Sıcak duş almak	5	6,0
	Kitap okumak	2	2,0

Çizelge 4.1 incelendiğinde; araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 40,23±3,12'dir. Hastaların %63,33'ü erkek, %36,67'si kadın, %53,33'ü bekâr olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyinde %53,33'ü lise mezunu, %73,33'ünün orta düzeyde gelirli ve hastalarının tamamının sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanma alışkanlığına bakıldığında %60(n=18)'ının sigara kullandığı, %6,67(n=2)'sinin alkol kullandığı saptanmıştır. Hastaların tamamının müzik dinlemeyi sevdikleri, %70'inin strese girdiklerinde müzik dinlemeyi (n=21) tercih ettiği, %33,33'ünün ise Türk halk müziği dinlemeyi tercih ettiği belirlenmiştir. Hastaların tamamı TRSM'de müzik yayını yapılmasını istediklerini ifade etmişlerdir.

Hastaların stresle baş etmede kullandıkları yöntemler incelendiğinde; %35'i müzik dinlemeyi, %25 fiziksel aktivitede bulunmayı, %19 televizyon seyretmeyi, %12 sohbet etme, %6 duş almayı ve %2 kitap okuma yöntemlerini kullandıklarını belirtmiştir.

Çizelge 4.2: Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Öncesi, Sonrası ve İzlemdeki ASÖ, DİTMÖ ve BSDÖ Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	ALT BOYUTLAR	Müzik Terapisi Öncesi	Müzik Terapisi Sonrası	İzlem	İstatistik (Friedman)
		($\bar{X}$ ± S.S)	($\bar{X}$ ± S.S)	($\bar{X}$ ± S.S)	
ASÖ	**1.Yetersiz Öz yeterlik Algısı**	18,4±4,10	5,67±4,17	12,3±5,34	* $\chi 2$=53,23
	2.Stres/Rahatsızlık Algısı	13,53±4,3	4,93±3,21	10,77±4,8	* $\chi 2$=58,87
	ASÖ TOPLAM	31,93±8,4	10,6±7,3	23,07+10,1	* $\chi 2$=55,47
DİTMÖ	**1.Motivasyonsuzluk**	11,9±3,21	7,33±2,13	7,46±4,30	* $\chi 2$=50,87
	2.İçsel Motivasyon	18,8±6,9	22,03±3,46	21,0±4,33	* $\chi 2$=50,44
	3.Dışsal Motivasyon	54,0±5,36	63,63±3,14	65,3±3,35	* $\chi 2$=58,18
BSDÖ	**1.Başkaları ile birliktelik, beceriklilik, doyum faktörü**	42,83±6,22	53,27±5,13	45,27±5,30	* $\chi 2$=53,07
	2.Başkaları ile kıyaslama ve başarısızlık faktörü	14,07±5,46	8,2±2,7	11,07±2,3	* $\chi 2$=54,99
	3.Kendinden hoşnut olmama faktörü	19,13±7,35	12,47±4,3	15,17±3,13	* $\chi 2$=53,07

*p<0,01

Çizelge 4.2.1: Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisi Öncesi-Sonrası, Sonrası-İzlem, Öncesi- İzlem Ölçümleri Arasındaki ASÖ, DİTMÖ ve BSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	ALT BOYUTLAR	Müzik Terapisi Öncesi ve Sonrası	Müzik Terapisi Sonrası ve izlem	Müzik Terapisi Öncesi ve izlem
		Z	Z	Z
ASÖ	**1.Yetersiz Öz yeterlik Algısı**	-4,785**	-4,709**	-4,034**
	2.Stres/Rahatsızlık Algısı	-4,642**	-4,266**	-2,343*
	ASÖ TOPLAM	-4,843**	-4,564**	-3,468**
DİTMÖ	**1.Motivasyonsuzluk**	-4,490**	-0,218	-4,237**
	2.İçsel Motivasyon	-4,512**	-2,339*	-3,342**
	3.Dışsal Motivasyon	-4,707**	-2,317*	-4,625**
BSDÖ	**1.Başkaları ile birliktelik, beceriklilik, doyum faktörü**	-4,793**	-2,590*	-4,691**
	2.Başkaları ile kıyaslama ve başarısızlık faktörü	-4,691**	-4,810**	-3,694**
	3.Kendinden hoşnut olmama faktörü	-4,630**	-4,676**	-3,794**

**p<0,001 *p<0,05

Çizelge 4.2'de şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisinin öncesi, sonrası ve izlemdeki ASÖ, DİTMÖ ve BSDÖ puan ortalamaları sunulmuştur. Buna göre; ASÖ puan ortalaması incelendiğinde; 1. alt boyutu olan *Yetersiz/Öz yeterlik Algısının* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 18,4±4,10, müzik terapisi sonrası 5,67±4,17 ve izlemde ise 12,3±5,34 olduğu belirlenmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların *Yetersiz/Öz Yeterlik Algısı* puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=53,23$, $p<0,01$). ASÖ 2. alt boyutu olan *Stres/Rahatsızlık Algısının* puan ortalaması müzik terapisi öncesi 13,53±4,3, müzik terapisi sonrası 4,93±3,21 ve izlemde 10,77±4,8 olduğu belirlenmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların *Stres/Rahatsızlık Algısı* puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=58,87$, $p<0,01$). ASÖ toplam puan ortalaması müzik terapisi öncesi 31,93±8,4, müzik terapisi sonrası 10,6±7,3 ve izlemde ise 23,07+10,1 olduğu belirlenmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların ASÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Müzik terapi öncesinde, sonrası ve izlemdeki DİTMÖ puan ortalamalarına bakıldığında; 1. alt boyut olan *Motivasyonsuzluk* puan ortalaması müzik terapisi öncesi 11,9±3,21, müzik terapisi sonrası 7,33±2,13 ve izlemde ise 7,46±4,30 olduğu belirlenmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların *Motivasyonsuzluk* puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=50,87$, $p<0,01$). DİTMÖ 2.alt boyut olan *İçsel Motivasyon* puan ortalaması müzik terapisi öncesi 18,8±6,9, müzik terapisi sonrası 22,03±3,46 ve izlemde ise 21,0±4,33 olduğu tespit edilmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların *İçsel Motivasyon* puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=50,44$, $p<0,01$). DİTMÖ 3.alt boyut olan *Dışsal Motivasyon* puan ortalaması müzik terapisi öncesi 54±5,36, müzik terapisi sonrası 63,63±3,14 ve izlemde ise 65,3±3,35 olduğu belirlenmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların *Dışsal Motivasyon* puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=58,18$, $p<0,01$).

Müzik terapi öncesinde, sonrası ve izlemdeki BSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 1.alt boyutu olan *Başkaları İle Birliktelik, Beceriklilik, Doyum Faktörü* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 42,83±6,22, müzik terapisi sonrası 53,27±5,13 ve izlemde ise 45,27±5,30 olduğu belirlenmiştir. Müzik terapi öncesi,

sonrası ve izlemde hastaların *Başkaları ile Birliktelik, Beceriklilik, Doyum Faktörü* alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=53,07$, $p<0,01$). BSDÖ 2.alt boyut olan *Başkaları ile Kıyaslama ve Başarısızlık Faktörü* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 14,07±5,46, müzik terapisi sonrası 8,2±2,7 ve izlemde ise 11,07±2,3 olduğu belirlenmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların *Başkaları ile Kıyaslama ve Başarısızlık Faktörü* alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=54,99$, $p<0,01$). BSDÖ 3.alt boyut olan *Kendinden Hoşnut Olmama Faktörü* alt boyut puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 19,13±7,35, müzik terapisi sonrası 12,47±4,3 ve izlemde ise 15,17±3,13 olduğu tespit edilmiştir. Müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde hastaların *Kendinden Hoşnut Olmama Faktörü* alt boyut puan ortalamasının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi 2=53,07$, $p<0,01$).

Çizelge 4.2'de ki analizin bir üst aşaması olarak alt boyutlar ile müzik terapisi öncesi, sonrası ve izlem ölçümleri arasında ikili karşılaştırmalar (Wilcoxon test) yapılmış ve çizelge 4.2.1.'de sunulmuştur. Buna göre; hastaların ASÖ 1. alt boyutu olan *Yetersiz/Öz Yeterlik Algısı* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,785), sonrası-izlem (Z:4,709) ve öncesi–izlem (Z:4,034) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). ASÖ 2. alt boyutu olan *Stres/Rahatsızlık Algısı* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,642, $p<0,001$), sonrası-izlem (Z:4,266, $p<0,001$) ve öncesi–izlem (Z:2,343, $p<0,05$) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DİTMÖ 1. alt boyutu olan *Motivasyonsuzluk* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,490) ve öncesi–izlem (Z:4,237) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). DİTMÖ 2.alt boyut olan *İçsel Motivasyon* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,512, $p<0,001$), sonrası-izlem (Z:2,339, $p<0,05$) ve öncesi–izlem (Z:3,342, $p<0,001$) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DİTMÖ 3.alt boyut olan *Dışsal Motivasyon* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,707, $p<0,001$), sonrası-izlem (Z:2,317, $p<0,05$) ve öncesi–izlem (Z:4,625, $p<0,001$) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. BSDÖ 1.alt boyutu olan *Başkaları İle Birliktelik, Beceriklilik, Doyum Faktörü* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,793, $p<0,001$), sonrası-izlem (Z:2,590, $p<0,05$) ve öncesi–izlem (Z:4,691, $p<0,001$) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur. BSDÖ 2.alt boyut olan *Başkaları ile Kıyaslama ve Başarısızlık Faktörü* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,691), sonrası-izlem (Z:4,810) ve öncesi–izlem (Z:3,694) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). BSDÖ 3.alt boyut olan *Kendinden Hoşnut Olmama Faktörü* alt boyut puan ortalamasının müzik terapisi öncesi-sonrası (Z:4,630), sonrası-izlem (Z:4,676) ve öncesi–izlem (Z:3,794) ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Araştırmanın nicel bulgularına ek olarak her oturum sonunda hastalardan sözel olarak müzik terapisinin etkisine yönelik geri bildirim alınmıştır. Bu geri bildirimler arasında hastaların müzik terapisinin kendilerinde "*rahatlama ve ferahlama hissinin yanısıra içsel huzuru sağladığı ve stresten uzaklaştıklarını*" içeren vb. ifadeler yer almaktadır.

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisinin benlik saygısı, motivasyon ve algıladıkları stres düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatürle birlikte aşağıda tartışılmıştır.

Sosyo-demografik özellikler ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

Araştırmada hastaların %63,33(n=19)'ü erkek, %36,67(n=11)'si kadın olduğu belirlenmiştir. Literatür incelediğinde; şizofreni hastalarının %69.1'nin erkek (Uykur, 2013), şizofreni hastalarının çoğunluğunun erkek (Dikeç, 2014) olduğu; diğer çalışmalarda ise %70'inin kadın (Tel ve Terakye, 2000), %51.9'unun kadın (Harmancı, 2013) ve %54.8'inin kadın (Tel, Doğan, Özkan ve Çoban, 2010) olduğu tespit edilmiştir. Şizofreninin her iki cinsiyette görülme oranı aynı olmakla birlikte yaşam boyu yaygınlığı %1'dir (Belene, 2009). Şizofreninin ortaya çıkmasında cinsiyetin etkisini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında 50'ye yakın çalışma incelenmiş ve şizofreniye yakalanma riskinin her iki cinsiyette de aynı oranda olduğu bildirilmiştir. Fakat erkeklerde hastalığın erken başlangıç göstermesi ve prognozunun kötü seyretmesinden dolayı daha kolay tanı konulduğu, kadınlarda ise hastalığın daha hafif belirtiler göstermesinden ve tedaviye başvurma oranının daha az olmasından dolayı erkekelerde şizofreni görülme sıklığının daha yüksek oranlarda olduğu vurgusu yapılmıştır (Aleman, Kahn ve Selten, 2003). Bizim araştırmamızda da erkek oranının %63,33(n=19) olması literatür ile uyumludur.

Araştırmada şizofreni hastalarının genel yaş ortalamasının 40,23±3,12 olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının yaş ortalaması incelendiğinde; 34,0±9.2 yaş ortalaması (Deniz, İlnem ve Yener, 1998), 58.40±09.35 yaş ortalaması (Fındıkoğlu, 2015), TRSM'den hizmet alan hastaların yaş ortalamasının 44.42±12.58 (Tufanoğlu, Çağlayan ve Dil, 2019) olduğu, %73'ünün 20- 29 yaşları arasında (Tel ve Terakye, 2000), %42.3'ünün 20-30 yaş grubu arasında (Harmancı, 2013) oldukları saptanmıştır. Şizofreninin erken yaşta başlangıç gösteren bir hastalık olması ve araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeyinin %53,33(n=16)'ünün lise ve %73,33(n=22)'ünün orta düzeyde gelirli olmasından dolayı yaş ortalamasının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmada şizofreni hastalarının %53,33(n=16)'ünün lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının eğitim durumuna bakıldığında; hastaların %36.5 'inin lise mezunu olduğu (Harmancı, 2013), başka bir

çalışmada ise %61.6'sının ilköğretim mezunu olduğu (Tel, Doğan, Özkan ve Çoban, 2010), müzik terapisinin ruhsal durum üzerine etkisinin incelendiği çalışmada ise 45.5'inin lise mezunu olduğu (Fındıkoğlu, 2015) bildirilmiştir. Şizofreninin erken yaşta başlangıç göstermesi, erken erişkinlik döneminde meydana çıkması ve hastalık belirtilerinin ortaya çıkardığı yeti yitimlerinden dolayı hastaların eğitim hayatlarını sürdürmekte zorlandığı belirtilmiştir (Dikeç, 2014; Harmancı, 2013; Tel, Doğan, Özkan ve Çoban, 2010).

Araştırmada şizofreni hastalarının %53,33(n=16)'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının medeni durumlarına bakıldığında 72.7'sinin bekar (Fındıkoğlu, 2015), %56.7'sinin bekar (Tel ve Terakye, 2000), % 53'ü bekar (Deniz, İlnem ve Yener, 1998), %51.9'unun bekar (Harmancı, 2013) olduğu saptanmıştır. Şizofreni gibi kronik ruhsal bozukluklarda hastalığın erken yaşta başlangıç ve erken erişkinlik döneminde meydana çıkması, hastane yatışlarının fazla olması nedeniyle evlilik ve aile kurma olasılıklarının azaldığı bildirilmiştir (Möller, 1977). Bizim çalışmamızın sonucu da literatür ile uyumludur (Tel ve Terakye, 2000; Harmancı, 2013; Möller, 1977).

Şizofreni hastalarında uygulanan müzik terapisinin öncesinde, sonrasında ve izlemindeki ASÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

. ASÖ puan ortalaması incelendiğinde; 1. alt boyut *Yetersiz/Öz yeterlik Algısı alt boyutu* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 18,4±4,10, müzik terapisi sonrası 5,67±4,17 ve izlemde ise 12,3±5,34 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). ASÖ 2. alt boyutu olan *Stres/Rahatsızlık Algısı Algısının* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 13,53±4,3, müzik terapisi sonrası 4,93±3,21 ve izlemde 10,77±4,8 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bu bulgular müzik terapisinin *Yetersiz Öz/Yeterlik Algısı* ve *Stres/Rahatsızlık Algısı* üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir**.** ASÖ toplam puan ortalaması müzik terapisi öncesi 31,93±8,4, müzik terapisi sonrası 10,6±7,3 ve izlemde ise 23,07+10,1 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).Bu sonuçlar; müzik terapisinin algılanan stres düzeyi üzerinde olumlu yönde ve önemli bir etki yaptığını göstermiştir. İzlem ölçümlerindeki puan artışları ise müzik terapisinin etkinliğinin devam edebilmesi için uygulamanın sürdürülmesi gerektiğini düşündürmüştür. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_{01} hipotezi reddelmiş, H_1

hipotezi kabul edilmiştir. Yani '*şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların algıladıkları stres düzeyini etkilemez'* hipotezi rededilmiş ve '*şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların algıladıkları stres düzeyini azaltır'* hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde; müzik terapisinin psikiyatri hastalarının stres ve kaygı düzeylerinin azalttığı (Arlı, 2015), üniversite öğrencilerinde müzik terapisinin kaygı ve stres düzeyini azalttığı (Göktepe Kaya, 2018), müzik terapisinin hemodiyaliz hastalarının stres ve anksiyete düzeylerini azalttığı (Kim, Lee ve Sok, 2006; Cantekin, 2012; Pothoulak, Macdonald ve Flowers, 2008; Lin, Lu, Chen ve Chang, 2011) bildirilmiştir. Ayrıca başka bir çalışmada müzik terapisinin anksiyetenin fizyolojik sonuçları üzerine de olumlu etki yaptığı ve anksiyete algısınıda azalttığı belirtilmiştir (Evans, 2002). Cassileth, Vickers ve Magill (2003); Amerikada transplantasyon hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada müzikle tedavi sonrası depresyon derecelerinde %37 oranında azalma görüldüğü belirtilmiştir. Araştırma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalarında uygulanan müzik terapisinin öncesinde, sonrasında ve izlemindeki DİTMÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

DİTMÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 1. alt boyut olan *Motivasyonsuzluk* puan ortalaması müzik terapisi öncesi 11,9±3,21, müzik terapisi sonrası 7,33±2,13 ve izlemde ise 7,46±4,30 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). DİTMÖ 2.alt boyut olan *İçsel Motivasyon* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 18,8±6,9, müzik terapisi sonrası 22,03±3,46 ve izlemde ise 21,0±4,33 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). DİTMÖ 3.alt boyut olan *Dışsal Motivasyon* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 54±5,36, müzik terapisi sonrası 63,63±3,14 ve izlemde ise 65,3±3,35 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bu sonuçlar; müzik terapisinin şizofreni hastalarının motivasyon düzeyi üzerinde olumlu yönde ve önemli bir etki yaptığını göstermiştir. İzlem ölçümlerindeki puan artışları ise müzik terapisinin etkinliğinin devam edebilmesi için uygulamanın sürdürülmesi gerektiğini düşündürmüştür. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_{02} hipotezi reddelmiş, H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Yani '*şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların motivasyon düzeylerini etkilemez*' hipotezi rededilmiş ve '*şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların motivasyon düzeylerini artırır'*

hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde doğrudan şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisinin motivasyon üzerine etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır**.** Ancak şizofrenide motivasyonun doğasını inceleyen bir çalışmada şizofreni hastalarında dışsal ve içsel kaynaklı unsurların motivasyona katkısı olacağı bildirilmiştir(Yıldız, 2018). Ayrıca literatürde şizofreni ve motivasyon düzeylerini inceleyen çalışmalarda yer almaktadır (Yıldız, 2019; Fervaha ve diğerleri, 2014; Fervaha ve diğerleri, 2018).

Şizofreni hastalarında uygulanan müzik terapisinin öncesinde, sonrasında ve izlemindeki BSDÖ puan ortalamaları ile ilgili tartışmalar aşağıda sunulmuştur.

BSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 1.alt boyut *Başkaları İle Birliktelik, Beceriklilik, Doyum Faktörü* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 42,83±6,22, müzik terapisi sonrası 53,27±5,13 ve izlemde ise 45,27±5,30 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). BSDÖ 2.alt boyut *Başkaları ile Kıyaslama ve Başarısızlık Faktörü* puan ortalamasının müzik terapisi öncesi 14,07±5,46, müzik terapisi sonrası 8,2±2,7 ve izlemde ise 11,07±2,3 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). BSDÖ 3.alt boyut *Kendinden Hoşnut Olmama Faktörü* puan ortalaması müzik terapisi öncesi 19,13±7,35, müzik terapisi sonrası 12,47±4,3 ve izlemde ise 15,17±3,13 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bu sonuçlar; müzik terapisinin benlik saygısı düzeyi üzerinde olumlu yönde ve önemli bir etki yaptığını göstermiştir. İzlem ölçümlerindeki puan artışları ise müzik terapisinin etkinliğinin devam edebilmesi için uygulamanın sürdürülmesi gerektiğini düşündürmüştür. Araştırmamızın hipotezleri açısından bakıldığında H_{03} hipotezi reddelmiş, H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Yani '*şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların benlik saygı düzeyini etkilemez'* hipotezi rededilmiş, '*şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapisi hastaların benlik saygı düzeyini artırır*' hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde müziğin kişinin kendisini tanımasında, dolayısıyla benlik saygısına etkisinin olduğu bildirilmiştir (Eskioğlu, 2003; Çuhadar, 2006). Müzik terapisinin benlik saygısı üzerinde etkisine yönelik yapılan deneysel bir çalışmada deney grubunun benlik saygısı düzeylerinin müzik terapisi sonrasında artış gösterdiği bildirilmiştir(Yücesan, 2016). Literatürde doğrudan müzik terapisinin benlik saygısı üzerine etkisini gösteren başka çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak şizofreni ve benlik saygısı düzeylerinin inceleyen çalışmalar

yer almaktadır (Vergi, 2020; Bulut, 2012; Kök ve Demir, 2018; Tatlı, Bulut ve Güveneroğlu, 2016).

Müzik terapisi öncesi, sonrası ve izlemde ASÖ, DİTMÖ, BSDÖ puan ortalamalarındaki değişimler genel olarak değerlendirildiğinde müzik terapisi uygulanmasından sonra her bir ölçek ve alt boyut puan ortalamalarında istendik yönde olumlu gelişmeler görüldüğü, izlemde ise bu etkinin devam ettiği saptanmıştır. Literatürde müzik terapisi ile ilgili yapılan çalışmalarda; hastaların rutin tedavisine ek müzik terapisi eklenmiş ve şizofreni hastalarının müzik terapisi uygulamasının sonucunda rutin tedaviye oranla daha olumlu sonuçlar elde edildiği (Talwar ve diğerleri, 2006), müzik terapi uygulamasının şizofreni hastalarında psikolojik olarak iyileşme sağladığı (Kavak, Ünal ve Yılmaz, 2015), müzik terapisinin şizofreni hastalarının negatif ve pozitif belirtilerini azalttığı (Fındıkoğlu, 2015; Tang, Yao ve Zheng, 1994), sosyal olarak aktifleşme seviyelerinin artış gösterdiği, kişilerarası iletişim seviyelerini yükselttiği (Tang, Yao ve Zheng, 1994), şizofreni hastalarına uygulanan müzik terapi sonrası hastaların genel durumlarının iyiye gittiği ve müzik terapisinin etkili olduğu (Gold ve diğerleri, 2005), müzik terapisinin kognitif ve ruhsal olarak pozitif yönde etkisi olduğu (Gold ve diğerleri, 2013), müzik terapisinde kullanılan rast makamının şizofreni hastalarında pozitif belirtilere olumlu etki ettiği (Ertekin Pınar, 2013) bildirilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda müzik terapisinin iyileştirici etkisi olduğu bizim sonuçlarımızında literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Müziğin insanın ruhuna neşe, huzur, ferahlık, cesaret, kuvvet, sükunet ve rahatlık hisleri vermesi ve şizofreni hastlarının da müzik terapisi boyunca bu duyguları hissetiklerinden dolayı stres düzeylerinin azaldığı, motivasyon düzeylerinin ve benlik saygısı düzeylerinin yükseldiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, şizofreni hastalarında müzik terapisinin benlik saygısı, motivasyon ve algıladıkları stres düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test- son test desenli kontrol grupsuz yarı deneysel desende gerçekleştirilmiş olup Çankırı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni tanılı hastaların katılımı ile sağlanmıştır. Araştırmaya toplam 30 hasta katılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların genel yaş ortalaması 40,23±3,12'dir

Araştırmaya katılan hastaların %63,33(n=19)'ü erkek, %36,67(n=11)'si kadın, %53,33(n=16)'ünün lise mezunu, %53,33(n=16)'ünün bekar olduğu saptanmıştır.

Şizofreni hastalarının müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde ASÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Şizofreni hastalarının müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde DİTMÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

Şizofreni hastalarının müzik terapi öncesi, sonrası ve izlemde BSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

•Bu araştırmada pandemi nedeniyle müzik terapisinin sadece ilk oturumunda enstrümanlarla canlı performans gerçekleştirilmiştir. İleri çalışmalarda müzik terapisinin tüm oturumlarında enstrümanlarla canlı performans ile uygulanacak araştırmalar planlanması,

•Müzik terapisinin, eğitimini ya da sertifikasını almış psikolog, psikiyatri uzmanı, hemşire ve müzisyen gibi diğer meslek grupları ile işbirliği halinde uygulanması,

•Klinikte yatan ve TRSM'de ayaktan tedavi alan hastalarda karşılaştırmalı araştırmalar planlanması,

•Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Psikiyatri servisleri gibi psikiyatriye bağlı birimlerde çalışan hemşirelere müzik terapisi ile ilgili sertifikalı eğitimler planlanması ve hastalara müzik terapisi uygulanabilecek uygun ortam ve donanım sağlanması (Müzik çalar, ses sistemi vs.),

•Müzik terapisinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ve psikiyatri kliniklerinde rutin terapiler kapsamında düzenli olarak uygulanması ve tedaviye entegre edilmesi,

•Müzik terapisinin etkinliğinin değerlendirilebileceği diğer psikiyatrik tanılı hastalarla da karşılaştırmalı çalışmalar planlanması,

•Şizofreni hastalarından oluşan daha büyük örneklem gruplarında, randomize kontrollü çalışmalar ile müzik terapisinin etkinliğini araştıran çalışmalar planlanması,

•Müzik terapi uygulamasının sağladığı iyi olma halini sürdürebilmek için hastaların günlük yaşantılarında da müzik terapi uygulaması için desteklenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Addington, J., Piskulic, D., ve Marshall,C. (2010). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science,* 19, 260-263.

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

Akman, S. (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 40-55.

Akpınar, Ş.(2008). *Şizofrenik hastalara uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi. Sivas.

Alaner, A. B., ve Küçükdürüm, E. (2016). New York Üniversitesi Nordoff – Robbins Müzik Terapi Merkezi.Kütahya: VII. Hisarlı Ahmet Sempozyumu Tam Metin Kitabı.

Aleman, A., Kahn, R,S., ve Selten, J,P. (2003).Sex differences in the risk of schizoprenia: Evidence from meta-analysis. *Archives General Psychiatry,* 60, 71-565.
Altan, N.(2011). *Huzurevinde kalan yaşlılarda pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Altuntaş, Ö.(2016). *Annesinde şizofreni hastalığı bulunan kişilerin zihin kuramı işlevleri açısından kardeşinde şizofreni bulunanlar ile karşılaştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Tıp Fakültesi. İstanbul.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5). (Çev. Köroğlu E).(2013).Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Beşinci Baskı.

Ançel, Ö.*(2006).*Müzikle tedavi. *Kastamonu Education Journal,* 14(2).

Arlı, K.(2015). *Stres ve anksiyete için alternatif ve tamamlayıcı bir model olarak müzik terapi* (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji. İstanbul.

Ateş, B. (2013). Benlik saygısını geliştirme programının ilköğretim 8. sınıf öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerine etkisi. *Akademik Bakış Dergisi,* 38, 1-13.

Aydın, E.(2013). Müzik terapi: İşleyiş ve yaklaşımlar. İstanbul, Sanat Psikoterapileri Derneği. Erişim Adresi:http://www.sanatpsikoterapileridernegi.org/uploads/6/4/5/5/6455557/aydin_esma_muzik_terapi_isleyis_ve_ yaklasimlar.pdf (Erişim Tarihi: 30.11.2020).

Aydın, H.(2005). Synopsis of Psychiatry. İstanbul: Güneş Kitabevi.

Aylaz, R., ve Yıldız, E.(2018). The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care,* 54(2),230-41.

Ayrancı, Ü., ve Yenilmez, Ç.(2001). Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,2, 87-98.

Bakan, İ.(2011).Yöneticiler İçin Başarı Stratejileri. İstanbul: Beta Basım Yayım.

Baltaş, A., ve Baltaş, Z. (1998). Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul:Remzi Kitabevi.

Barch, D.M., Yodkovik, N., Sypher-Locke, H., ve Hanewinkel, M. (2008). Intrinsic motivation in schizophrenia: Relationships to cognitive function, depression, anxiety, and personality. *Journal of Abnormal Psychology.* 117(4),776.

Bedel, A., ve Küçükköse, İ. (2014). Lise öğrencilerinde kişiler arası sorun çözme ve stresin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi,* 15(3), 15-28.

Belene, E.(2009). *Şizofrenide anksiyete belirtilerinin, pozitif, negatif ve depresif belirtiler, intihar düşüncesi, içgörü ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi* (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Biley, S. (2000). Music Therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 120- 127.

Bingöl, G.(2013).*Stres ve stres yönetimi yaklaşımları Kırklareli Devlet Hastanesi hemşireleri örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Birkan, Z.I. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi,* 2 (1), 37-50.

Blankertz, L.(2001). cognitive components of self esteem for individuals with severe mental illness. *Am Journal Orthopsychiatr*, 71(4), 457-65.

Bleuler, E.(1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias. Uluslararası Üniversiteler Basını.

Borras, L., Boucherie, M., ve Mohr, S.(2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *Eur psychiatr,* 24(5), 307-316.

Boydell, J., ve Murrey, R.M. (2003). Urbanization, Migration and risk of schizophrenia. In: Murray, R.M., Jones, P.B., Susser, E., Van, O.J., ve Cannon, M.(2003). The Epidemiology of Schizophrenia. Cambridge University Pres. https://doi.org/10.1017/CBO9780511544118.

Bruscia, E. K (2016). Müzik Terapiyi Tanımlamak. (Çev. Burçin Uçaner Çifdalöz ve diğerleri) İstanbul: Nobel Yaşam Yayınları.

Building, M.G. (2001). Music as an ıntervention ın hospitals. *Best Practice,* 5(4),1-6.

Bulut, A. (2012). *Şizofreni hastalarında işitsel varsanıların ile inanışların benlik saygısı ile ilişkisi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi, İstanbul.

Butcher, J., Mineka, S., ve Hooley, J.(2011). Anormal Psikoloji. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Cantekin, I.(2012). *Müzik terapisinin hemodiyaliz hastalarının algıladıkları stresörler ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi* (Doktora Tezi).Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.

Carol, L. S.(2012). *Effects of music therapy vs. Music medicine on physiological and psychological parameters of ıntensive care patients: A randomized controlled trial* (Doktora tezi) Temple Üniversitesi. Philadelphia.

Cassileth, B.,R., Vickers, A.,J, Magill, L,A. (2003). "Music Therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: A randomized controlled trial." *American Cancer Society,* 98(12), 2723-2729.

Castle, D.J., Buckley, P.F., ve Gaughran, F.P.(2017). Physical health and schizophrenia. 2. Ed. *Oxford University Press,* 121-126.

Ceylan, M., ve Çetin, M.(2005). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık.

Chlan, L. (2002). Integrating nonpharmacological, adjunctive ınterventions ınto critical care practice: A means to humanize care?. *American Journal of Critical Care,* 11, 1416.

Chuang, C.Y., Han, W.R., Li, P.C., ve Young, S.T. (2010). "Effects of music therapy on subjective sensations and heart rate variability in treated cancer survivors: A pilot study". *Complementary Therapies in Medicine,* 18(5), 224-226.

Ciğerci, Y. , Kurt, H .,ve Çelebi, Ş . (2016). Tamamlayıcı bakım ve alternatif tedavi yöntemi olan müzik terapiye ilişkin sağlık profesyonellerinin görüşleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi*, 2 (4), 13-26 . doı: 10.5578/amrj.27800.

Cooke, M., Chaboyer, W., ve Hiratos, M.A. (2005). Music and ıts effect on anxiety in short waiting periods: a critical appraisal. *Journal of Clinical Nursing,*14,145-155. doı: 10.1111 / j.1365-2702.2004.01033.x.

Coşkun, E., ve Şahin Altun, Ö.(2018). The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Archives of Psychiatric Nursing,* 32(1),98-102.

Cüceloğlu D. (1992). İnsan Davranışı.İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çam, O., ve Engin E.(Ed.)(2014).Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.İstanbul: Medikal Yayıncılık.

Çam Yıldırım, S. (2014). Ruh sağlığı ve Hastalıklarının Temel Bir Kavramı: Stres. İçinde O.Çam, E. Engin (Yay. Haz.) Ruh Sağılığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.(S.147-154).İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Çelik, M.,Sarıkaya, Y., Acar, M., Kalenderoğlu, A., Doğan, S., Kaskalan, E., ve Karataş, M.(2016).Obstrüktif uyku apne sendromu olan hastalarda sürekli pozitif havayolu basıncı tedavisinin depresyon, kaygı ve algılanan stres düzeylerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi,*27.

Çoban, A.D.,(2005) .Müzikterapi. İstanbul. Timaş Yayınları.

Çolak, M. (2017). Başarı odaklı kurumlardaki örgütsel stresin örgütsel yaratıcılık üzerine etkileri. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi,* 6(2), 799-812.

Çuhadar, C.H.(2006). Müziksel Zeka. Pamukkale Üniversitesi Ulusal Müzik Eğitimi Sempozyumu. Denizli,Türkiye.

Davidson, M.R.(2012). A Nurse's Guide to Women's Mental Health. Springer Publishing Company.

De Sousa, A., ve De Sousa, J. (2010).Music therapy ın chronic schızophrenıa. *Journal of Pakistan Psychiatric Society,*7(3),17.

Dearing, K.S .(2004) .Getting it together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archieves of Psychiatric Nursing,*13(5), 155-163.doı: 10.1016/j.apnu.2004.07.002.

Demiralp, M.,ve Oflaz, F.(2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anatolian Journal of Psychiatry,* 8,132-139.

Deniz, H., İlnem, C., ve Yener, F. (1998). Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi, 11(3), 5-15.*

Dikeç, G. (2014). *Kronik şizofreni hastalarında tedaviye uyum programının etkinliği* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Doğru, N., ve Peker, R. (2004). Özsaygı geliştirme programının lise dokuzuncu sınıf öğrencilerinin özsaygı düzeylerine etkisi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 17(2), 315-328.

Duclos, G. (2016). Benlik Saygısı, Yaşam İçin Bir Pasaport. (Çev. Kunal,O.). Yapı Kredi Yayınları.

Durmaz, A.(2018). *Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin stres faktörlerinin belirlenmesine ve stres yönetimlerine ilişkin bir araştırma* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Erdem, A. R. (Ed. Kıran, H.). (2012). Sınıfta Güdüleme, Etkili Sınıf Yönetimi, Ankara: Anı Yayıncılık.

Erdoğan, T., Ünsar, S., Süt, N. (2009). Stresin çalışanlar üzerine etkileri: Bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 14(2), 447-461.

Eren, E. (2007). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi.İstanbul: Beta Yayınları.

Erol, N., Kılıç, C.,ve Ulusoy, M., Keçeci, M., ve Şimşek, Z. (1998).Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara: Eksen Tanıtım Ltd.Şti.

Ertekin Pınar, Ş.(2013). *Rast makamında dinletilen müziğin şizofrenik hastalarda işitsel halüsinasyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Kayseri.

Ertuğrul, A.(2010).Şizofreninin Nörobiyolojisi. N. Yüksel (Yay. Haz.). Temel Psikofarmakoloji (s.354-363). Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.

Eryılmaz, A. (2009). Ergenlik döneminde stres ve başa çıkma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 6(2), 20-37.

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., ve Dereboy, Ç.(2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal,* 51(3), 132-140.

Eskioğlu, I. (2003).Müzik eğitiminin çocuk gelişimi üzerindeki etkileri. Cumhuriyetimizin 80.yılında Müzik Sempozyumu.Bildiriler Kitabı.Malatya,Türkiye.

Evans, D. (2002). The Effectiveness of Music as an Intervention for Hospital Patients:A Systematic Review. *Journal Advanced Nursing,*37(1), 8-18. doı: 10.1046 / j.1365-2648.2002.02052.x

Evensen, J., Røssberg, J. I., Barder, H., Haahr, U., Hegelstad, W. t. V., Joa, I., . . . McGlashan, T. (2012). Apathy in first episode psychosis patients: A Ten year longitudinal follow-up study. *Schizophrenia Research,* 136(1), 19-24. doi:https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.12.019.

Fervaha, G., Duncan, M., Foussias, G., Agid, O., Faulkner, G. E., ve Remington, G. (2015). Effortbased decision making as an objective paradigm for the assessment of motivational deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research,* 168(1), 483-490. doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.023.

Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., ve Remington, G. (2014). Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 130(4), 290-9.

Fervaha, G., Takeuchi, H., Foussias, G., Hahn, M. K., Agid, O., ve Remington, G. (2018). Achievement motivation in early schizophrenia: relationship with symptoms, cognition and functional outcome. *Early Intervention in Psychiatry,* 12(6), 1038-1044. doi:doi:10.1111/eip.12405.

Fındıkoğlu, S. (2015). *Şizofrenik hastalarda müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkileri* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Foley, J., ve Lipe, A. (2004). Music therapy model demonstration program for adult day healthcare. *The Gerontologist,* 44(1), 244.

Fontana, D.(1989). Managing Stres. London: Biddles Ltd.

Foussias, G., Mann, S., Zakzanis, K.K., Van Reekum, R., Agid, O., ve Remington, G.(2011). Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The impact of baseline motivational deficits. *Schizophrenia Research,* 132 (1),24-7.

Foussias, G.,ve Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: Avolition and occam's razor. *Schizophrenia Bulletin, 36*(2), 359-369. doi:10.1093/schbul/sbn094.

Frederiksen, B. V. (Ed.Wigram,T. ve Backer, J.) . (2003). Analysis of Musical Improvisations to Understand and Work with elements of Resistance in a Client with Anorexia Nervosa" .Aalborg University, Clinical Application of Music Therapy in Psychiatry; page:211-232.

Gallagher, L.M., Lagman, R., Walsh, D., Davis, M., ve Legrand, S.B. (2005). The clinical effects of music therapy in palliative care.*Supportive Care in Cancer,14(8),859-66*. doı: 10.1007/s00520-005-0013-6.

Gençel. Ö.(2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14, 697−706.

Gençtan, E. (2015). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Metis Yayıncılık.

Giray, H. S. (2008). *Çağlar boyu müzikle tedavi ve uygulandığı hastalıklar* (Yüksek Lisans Tezi.).Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kocaeli.

Gold, C., Heldal, T.O., Dahle, T., ve Wigram T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses, Available on site, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004025.pub2/abstract.

Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., ... & Rolvsjord, R. (2013). "Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319-331.

Göktepe Kaya, A.(2018). *Üniversite öğrencilerinde dinî içerikli müzikterapinin kaygı, duygu durumu ve algılanan stres üzerindeki etkisi* (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., ve ark.(2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry,* 67,895-904.

Gureje, O., Harvey, J., ve Herrman, H. (2004).selfesteem in patients who have recovered from psychosis: Profile and relationship to quality of life. *aust nz j psychiatry,* 38,334-338.

Güleç, C.,ve Köroğlu, E.(Ed.).(2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Güner, S.S. (2007). Müziğin tedavideki yeri ve şekli. *Karadeniz Araştırmaları,* 12,99-112.

Harmancı, P. (2013). *Şizofreni hastasına bakım verenlerin yüklerinin ruhsal sağlık durumlarına etkisinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi).Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

https://shgm.saglik.gov.tr/

https://tumata.com/muzik-terapi/turk-muzigi-makamlari-ve-etkileri/ Erişim tarihi: 02.01.2021.

https://www.musictherapy.org/ American music therapy association Erişim tarihi: 02.10.2020.

https://www.merriam-webster.com/dictionary/motivation Erişim tarihi: 02.11.2020.

https://tumata.com/muzik-terapi/turk-muzigi-makamlari-ve-etkileri/.Erişim Tarihi: 02.02.2021.

https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-75209/muzikterapi-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html. Erişim Tarihi: 02.02.2021.

https://indigodergisi.com/2016/11/muzik-terapi-nedir-saglik-etkileri/. Erişim Tarihi: 02.02.2021.

https://uskudar.edu.tr/mutem/tr/hakkinda. Erişim Tarihi: 02.02.2021.

https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm.

https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-54443/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.html.

İbn Sina (2017). Kitabü-ş Şifa Musiki.Litera Yayınları.

İrge, N. T. (2016). The role of leader-member ınteractıon regardıng the effect of trust ın manager on motıvatıon of the staff: An applıed example wıth dıfferent analysıs technıques 1. *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 54.

Işık, E.(2006). Güncel Şizofreni.Ankara: Format Matbaacılık.

Işık, E., Coşkunol, H., Evren, C., ve Işık, U.(2015). Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı. İstanbul:Sigma Yayınevi.

Işık, İ. (2001). *Öz-yeterlilik inancı: Yönetici rolleri açısından Bir İnceleme* (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

İmseytoğlu, D.,ve Yıldız, S.(2012). Yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde müzik terapi. *İstanbul Üniversitesi Florence.Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 20(2), 160-165.

İner, S. (2010). *İlköğretim okullarında görev yapan sınıf öğretmenlerinin motivasyonlarını etkileyen faktörler(Kırıkkale İli Örneği)* (Yüksek Lisans Tezi). Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kırıkkale.

Jacobsan, J.L.,ve Jacobsan, A.M. (2006). Psikiyatri Sırları. İstanbul: Nobel Kitapevleri.

Kahng, S.K.,ve Mowbray, C.T.(2005). Psychological traits and behavioral coping of psychiatric consumers: Themediating role of self-esteem. *Health & Social Work,* 30,87-97.

Kamışlı, S., ve Daştan, L.(2008). Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 12(1),45-52.

Kaplan, H. I.,ve Sadock, B. J. (2005). Klinik Psikiyatri El Kitabı. İstanbul: Güneş Kitabevi.

Kaplan, H.I., ve Sadock B.J. (Ed.. Abay, E.). (2004). Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi.

Karaaslan, A. (1993). Benlik saygısı: Genel bir gözden geçirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9, 71-4.

Karadavut, Y.(2005). *İlköğretim okulu öğretmenlerinin örgütsel stres kaynakları, stres belirtileri ve stresle başa çıkma yolları* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Karaırmak, Ö., ve Siviş-Çetinkaya, R. (2011). Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: duyguların aracı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,* 4(35), 30-43.

Karamızrak, N.(2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi.*Koşuyolu Heart Journal*, 17(1),54-57.

Kavak, F., Ünal, S., ve Yılmaz, E.(2015). Şizofreni hastalarında gevşeme egzersizi ve müzik terapinin psikolojik belirtiler ve depresyon düzeyine etkisi. Integr Tıp Dergisi, 3(2), 116-117.

Kaya Erten, Z. (2011). *Kayseri'ye Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden göçle gelen ergenlerde benlik saygısını yükseltme programının etkililiğinin araştırılması* (Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri.

Kaya, A., ve Saçkes, M. (2004). Benlik saygısı geliştirme programının ilköğretim 8. sınıf öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,* 3(21), 49-56.

Kemper, K.J., ve Danhauer, S.C. (2005). Music as therapy. *Southern Medical Association*, 3, 282-288.

Kerman, K.T., ve Bahar, Z.(2019). Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 5, 78-83.

Keskin, G. (1997). Örgütsel stres ve Erzurum'da kamu çalışanları üzerinde bir uygulama. *Verimlilik Dergisi,* (2), 144.

Kırmızıarslan, M.(2019). *Hemşirelerde çalışma ortamı ve motivasyon üzerine etkisi: hitit üniversitesi erol olçok eğitim ve araştırma hastanesi'nde bir uygulama* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Kim, K.B., Lee, M.H., ve Sok, S.R. (2006).The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis. *Taehan Kanho Hakhoe Chi,* 36, 321-329.

Kotlicka-Antczak, M., Gmitrowicz, A., Sobow, T.M., ve Rabe Joblonska, J. (2001).Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *Journal Psychiatry Res*. 35, 249-57.

Kök, H.(2014). *Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Kök, H.,ve Demir, S.(2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Çukurova Medical Journal* 43(1),99-106.

Kök, N., ve Bademli, K.(2016). Alzheimer hastalarında müzik terapinin etkinliği: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 266-274.

Köroğlu, E. (2004). Şizofreni. Pikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Küey, L., Üstün, B.T., ve Güleç. C.(1987). Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim,*44,16-30.

Kültür, S., Mete, L. ve Erol, A. (2007). Şizofreni. E. Köroğlu. ve C. Güleç (Yay. Haz.). Psikiyatri Temel Kitabı. (s.184-205).Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Lafçı, D. (2009). *Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi.). Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana.

Landolt, K., Rössler, W., Burns, T.p. , Ajdacic-Gross, V., Galderisi, S., Libiger, J., Naber, D., Derks, E.M., Kahn, R.S., ve Fleischhacker, W.W.,(2012). Unmet needs in patients with first-episode schizophrenia: A longitudinal perspective. *Psychol Med Journal*, 42(7), 1461-13. doı: 10.1017/S0033291711002406.

Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S., ve Schulz, P.(2017). Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A Systematic review and meta- analysis. *Journal Psychiatr Ment. Health Nursing,* 24(9-10), 699-718.

Leahy, R.L., (2007).Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. İstanbul: Litera Yayıncılık.

Lee, J. S.,Jung, S., Park, I. H., ve Kim, J.-J. (2015). Neural basis of anhedonia and amotivation in patients with schizophrenia: The role of reward system. *Current Neuropharmacology,13*(6), 750-759.

Lehman, A.F., Lieberman, J.A., Dixon, L.B., McGlashan, H.T., Miller, A.L., Perkins, D.O., ve Kreyenbuhl, J.(2004). Practice guideline fort he Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition.

Lin, Y.J., Lu, K.C., Chen, C.M., ve Chang, C.C. (2011). The effects of music as therapy on the overall well-being of elderly patients on maintenance hemodialysis. *Biology Reshearch Nursing,* published online, 27.

Lou, M.F. (2001). The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: The state of the science. *Scand Journal Caring Sciences,* 15, 165173.

Luther, L., Firmin, R.L., Lysaker, P.H., Minor, K.S., ve Salyers, M.P.(2018). A meta-analytic review of self-reported, clinician-rated, and performance-based motivation measures in schizophrenia: Are we measuring the same "stuff"?. *Clinical Psychology Review,* 61(1), 24-37.

Lysaker, P.H., Yanos, P.T., ve Outcalt, J.(2010). Association of stigma, self-esteem and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophr Relat Psychoses,* 4(1), 41-48.

Macdonald, R., Kreutz, G., ve Mitchell, L. (2012). Music, Health, and Wellbeing, New York: Oxford University Press.

Malchiodi, C.A.(2007). Expressive Therapies. M. Forinash (Yay. Haz.). Music Therapy (s.53). New York:The Guilford Press.

Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, P.S.,ve Vires, K.N. (2004).Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research,* 19(3), 57-72.

Maranto, C.D. (1993). Music Therapy: International Perspectives. Pipersville, PA: Jeffrey.

Markowitz, F.E.(2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal Health Social Behavioural,* 42(1), 64-69.

Möller, E.(1977). Evidence for polygenic inheritance in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand,* 55(3), 202-7.

Minuchin, S., ve Fishman, H.C.(2009). Family Therapy Techniques. Harvard University Press.

Öner Altıok, H., Ek, N., ve Koruklu, N. (2010). Üniversite öğrencilerinin benlik saygı düzeyi ile ilişkili bazı değişkenlerin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,* 1(1).

Öz, F.(2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar.Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.

Özbaş, D., ve Buzlu, S.(2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *İstanbul Üniversitesi Florence.Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 187-193.

Özbay, E.(2007). *İstanbul ilinde askeri hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin stres kaynakları ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Özbey, Ü. (2007). *Türk Popülasyonunda Şizofreni ve Akciğer Kanserli Hastalar Arasında P53 Gen Polimordizm Farklılıklarının Araştırılması* (Doktora Tezi). Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Elazığ.

Özburun, N. (2018). Derleme: Genel sistem teorisinden etkilenen aile terapisi modellerinin karşılaştırılması. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi,* 1(2), 172-188.

Özer, Ö., Altınok, A.,Yöntem, M.K., ve Bayoğlu, F. (2017). Danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.

Özcan, Ö., ve Çelik, G. G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2).

Özgenel, P.E.(2018). *Şizofreni hastalarında müzik terapinin depresyon, işlevsellik, genel psikopatoloji klinik parametreleri üzerine etkileri* (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Öztürk M.O., ve Uluşahin A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.

Öztürk, O.(2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Parlar Kılıç, S., Karadağ, G., Oyucu, S., Kale, Ö., Zengin, S., ve Özdemir, E.(2015). Effect of music on pain, anxiety and patient satisfaction in patients who present to the emergency department in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science,* 12: 44-53.

Patel, K.R., Cherıan, J., Gohıl, K.ve Atkınson, D. (2014).Schizophrenia: Overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics,* 39(9), 638–645.

Paul, S., ve Ramsey, D. (2000). Music therapy in physical medicine and rehabilitation. *Australia Occupational Therapy Journal,* 47,111 -118.

Pehlivan, İ.(2002).İş Yaşamında Stres. Ankara: Pegem Yayınları.

Peng, S.M., Koo, M., ve Kuo, J.C.(2010). Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. *Arch Psychiatr Nursing,* 24, 429–434.

Pothoulak, M., Macdonald, R.A., Flowers, P., Stamataki, E., Filiopoulos, V., Stamatiadis, D., Stathakis, C.P.(2008). An investigation of the effects of music on anxiety and pain perception in patients undergoing haemodialysis treatment. *Journal of Health Psychology,* 13, 912 -920.

Rosenberg, M. (1979).Conceiving the Self. Basic Books. New York.

Rowshan, A. (2008). Stres Yönetimi (4. Baskı). (Çev. Cüceloğlu, Ş.). İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Sadock, B. J., Sadock, V.A.,ve Levin, Z.(2013).Psikiyatri Çalışma ve Kendini Sınama Rehberi. (Çev. Ed. A.Bozkurt). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Sadock, B.J., ve Sadock, V.A. (2011). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams ve Wilkins.

Sadock, B.J., ve Sadock, V.A.(2004). Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 2. baskı. Philalephia: Lippincott Williams ve Wilkins.134-154.

Saracel, N., Taşseven, Ö.,ve Ay, N. (2015). Örgütsel stresin iş motivasyonu üzerine etkisi: banka çalışanları üzerine bir uygulama. *Social Sciences Research Journal,* 4(4), 12-34.

Schultz, D., ve Schultz, S.E.(1994). Psyclology and Work Today: An Introduction To Industrial and Organizational Psyclology. New Jersey: Macmillann Publishing.

Scouarnec, R.P., Poirier, R.M., Owens, J.E., Gauthier, J.,Taylor A.G., ve Rodeheaver, P.F. (2001). Use of Binaural Beat Tapes for Treatment of Anxiety: A Pilot Study of Tape Preference and Outcomes. *Alternative Therapies in Health and Medicine,* 7(1), 58-63.

Silverman, M.J. (2003). "Music therapy and clients who are chemically dependent: A review of literature and pliot study". *The Arts in Psychotherapy* 30, 273-281.

Silverman, M.J. (2006). Psychiatric patients' perception of music therapy and other psychoeducational programming. *Journal of Music Therapy,* 43(2), 111-122.

Simpson, E. H.,ve Balsam, P. D. (2016). The behavioral neuroscience of motivation: an overview of concepts, measures, and translational applications. *National Library of Medicine*.doı: 10.1007/7854_2015_402.

Somakçı, P. (2003). Türklerde müzikle tedavi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 131–140.

Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, C.E., ve Herken, H. (2007).Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Sönmez, S. (2009). *Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sağlık, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması* (Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi. İstanbul.

Söylemez Bayram, G. (2010). *İbni Sina hastanesinde çalışan hemşirelerin stres ve motivasyon durumları* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Stahl, S.M.(2012). Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi Nörobilimsel ve Pratik Uygulamalar. İstanbul Tıp Kitabevleri.

Stanczyk, M. M., (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 1(6), 170–172.

Summakoğlu, D., ve Ertuğrul,B.(2018). Lectio scientific. *Journal of Health and Natural Sciences,* 1(2), 43- 61.

Şahan Yılmaz, B., ve Duy, B. (2013). Psiko-eğitim uygulamasının kız öğrencilerin benlik saygısı ve akılcı olmayan inançları üzerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,* 4(39), 68-81.

Şahin, N.H. (1998). Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Tel, H., ve Terakye, G. (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 1(3), 133-142.

Tağtekin Sezer, B., Sezer, Ö., Toprak, D.(2015). Müzikoterapi hakkında ne biliyoruz. *Konuralp Tıp Dergisi.* 7(3), 167-171.

Tahran, N. (2002). Adrenalin Stresi Mutluluğa Dönüştürmek. İstanbul: Timaş Yayınları.

Talwar , N., Crawford, M.J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., ve Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 9,189-405. doi10.1192/bjp.bp.105.015073.

Tang, W., Yao, X., ve Zheng, Z.(1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry,* 165 (24), 38–44.

Taşkın, E.O. (2007).İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanma Algısı. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık.

Tatlı, M., Bulut, A., ve Güveneroğlu, N.Ü. (2016). Şizofreni hastalarında işitsel varsanı ile ilgili inanışların hastalığa etkilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 17(4), 285-291.

Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., ve Çoban, S.(2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 1(1), 7-12.

Teng, C.Y., Ya-Ping, Y., ve Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, 0098-1389.

Tufanoğlu, B., Çağlayan, B. ve Dil, S. (2019). TRSM'den hizmet alan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile tanı grupları arasındaki ilişki: Çankırı İli Örneği. Poster Bildiri.

Tukuş, L. (2010). *The self esteem rating scale- short form (Benlik saygısı değerlendirme ölçeği kısa formu) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Kocaeli.

Türkçapar, H.(2018). Bilişsel Davranışçı Terapi-Temel İlkeler ve Uygulama. İstanbul: Epsilon Yayınevi.

Türkçapar, H., ve Sargın, A.E. (2011). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1(1), 7-14.*

Ulrich, G., Houtmans, T.,ve Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatr Scand*, 116, 362–370.

Uslu, E. (2017). *Telefonla problem çözme müdahalesinin şizofreni tanılı bireylerin ilaç tedavisine uyumuna etkisi* (Doktora Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya.

Uslu, E., ve Buldukoğlu, K.(2018). Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi,* 7(1), 61-72.

Uyanık Balat, G., ve Akman, B.(2004). Farklı sosyoekonomik düzeydeki lise öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *FÜ Sosyal Bilimler Dergisi.* 14,175-84.

Uykur, B.(2013). *Şizofreni hastalarında ihtiyaç analizi* (Uzmanlık Tezi). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Manisa.

Üçok, A (2008). Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi,* 11 (1), 3-8.

Üstündağ, H., Demir, N., Zengin, N., ve Gül, A. (2007).Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Journal Med Sci*. 27,522-7.

Van os, J., Hanssen, M.,Bijl, R.V., ve Ravelli, A.(2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population?. *Schizophrenia Research,45(1-2), 11-20.*

Vatansever Bayraktar, H.(2015).Sınıf yönetiminde öğrenci motivasyonu ve motivasyonu etkileyen etmenler. *Journal of Electronic Turkish Studies*,10(3). doi.org/10.7827/TurkishStudies.7788.

Wheeler, B. L. (Ed.). (2015). In Music therapy handbook. New York: Guilford Yayınları. 196-205.

Wigram, T., Saperston, B., ve West, R. (Eds.) (2009) .The Art and Science of Music Therapy: A Handbook. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Wigram, T. ve Grocke, D. (2007). Receptive methods in music therapy. UK ve USA:Jessica Kingsley Publishers.

Wilkins, M., ve Moore, M. (2004). Music ıntervention ın the ıntensive care unit: A complementary therapy to ımprove patient outcomes. *Evidence-Based Nursing Journal*, 7, 103-104.

World Health Organization. (2015). WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva, World Health Organization, WHO press,118-78.

Xu, Z. Y., Zu, S., Xiang, Y. T., Wang, N., Guo, Z. H., Kilbourne, A. M., Brabban, a., Kingdon, D., ve Li, Z.J. (2013). Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression inpatients with schizophrenia: A preliminary survey. *Psychiatry Research,* 209, 340-345.

Varcarolis, E.M., ve Halter, M.J. (2009). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to EvidenceBased Care. Saunders Elseiver, China.

Vergi, İ. (2020). *Şizofreni Hastalarında Benlik Saygısı Obezite ve İlaç Uyumunun Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Sivas.

Yadav, B.L.(2015). Impact of group social skills training by psychiatric nurses on social skills of chronic schizophrenic patients, *Research Gate*. doı: 10.13140/RG.2.1.1315.7280.

Yalom, I.D.(1998).Kısa Süreli Grup Terapileri İlkeler ve Teknikler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Yalom, I.D.(2012). Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği (Çev. A. Tangör ve Ö. Karaçam). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.

Yavuzer, H. (2001). Eğitim ve gelişim özellikleriyle okul çağı çocuğu. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yazıcı, A. (2001). Şizofrenide Psikososyal Tedaviler II: Şizofrenik Hastalarda Ruhsal Eğitim Grupları. İstanbul: PAREM yayınevi.

Yıldırım, A., ve Ekinci, M. (2000). Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 195-205.

Yıldız, E. (2017).Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nursing Ethics.* doı: 10.1177/0969733017734412.

Yıldız, E.(2018). Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidencebased studies. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32(4), 650-659.

Yıldız, E.(2018). Şizofrenide Motivasyonun Genel Doğası. 1. Uluslararası Battalgazi Multi Disipliner Çalışmalar Kongresi. Tam Metin Kitabı Cilt III.

Yıldız, E.(2019*). Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi* (Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Malatya.

Yıldız, M. (2002). Şizofreninin ruhsal toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 13(1), 41-47.

Yıldız, M.(2005). Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. İstanbul: Okuyan Us Yayın.

Yılma, G.(2014). Zihinsel engelli çocuklarda müzik terapi yöntemlerinde kullanılan müzik aletleri üzerine bir inceleme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi,* 7(33), 890-900.

Yılmaz, E.(2016*). Şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi* (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi. Erzurum.

Yiğitbaş, S.(1972). Musiki ile Tedavi. İstanbul: Yelken Matbaa.

Yücesan, E.(2016). *Müzik terapi, şiir terapi ve yaratıcı drama uygulamalarının üniversite öğrencilerinin benlik saygısı düzeyleri üzerine etkisi* (Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Yüksel, N.(Ed.) (2014). Ruhsal Hastalıklar. N. Yüksel (Yay. Haz.). Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar (s.360-362). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.

EKLER

EK 1 : Anket Formu

EK 2 : Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ)

EK 3 : Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu

EK 4 : Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ)

EK 5 : Etik Kurul Sonuç Formu

EK 6 : Hastane İzin Belgesi

EK 7 : Aydınlatılmış Onam Formu

EK 8 : Algılanan Stres Ölçeği(ASÖ) İzni

EK 9 : Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu İzni

EK 10 : Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ) İzni

EK 11: Özgeçmiş

EK 12: Rast Makamı Müzik CD'si

EK 1. ANKET FORMU

1.Yaş:

2. Cinsiyet:

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz:

a) Bekar b) Evli c) Dul/Boşanmış

4. Eğitim Durumunuz

a) Okur-yazar olmayan b) Okur yazar c) İlkokul

d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

5. Gelir Durumunuz:

a) Düşük b) Orta c) Yüksek

6. Sosyal Güvenceniz:

a) Var b) Yok

7. Sigara Alışkanlığı:

a) Kullanıyorum b) Kullanmıyorum c) Bıraktım

8. Alkol Alışkanlığı:

a) Kullanıyorum b) Kullanmıyorum c) Bıraktım

9. Stresli olduğunuz durumlarda yaptığınız ve stresi azaltmanızı sağlayan herhangi bir uygulamanız var mı? (Cevap hayır ise lütfen 11. soruya geçin)

a) Evet b) Hayır

10. Uygulamalarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Sıcak duş alırım

b) Kalkıp dolaşırım

c) Tv seyrederim

d) Müzik dinlerim

e) Kitap okurum

f) Sohbet ederim

g) Diğer .....

11. Müzik dinlemekten hoşlanır mısınız?

a) Evet b) Hayır

12. Strese girdiğiniz zamanlarda önce müzik dinler misiniz?

a) Evet b) Hayır

13. Ne tür müzik dinlemek sizi rahatlatır?

a) Türk Halk Müziği

b) Türk Sanat Müziği

c) Klasik Türk Müziği

d) Pop

e) Diğer (.....)

14. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde müzik yayını yapılmasını ister misiniz?

a) Evet b) Hayır

EK 2. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

Algılanan Stres Ölçeği					
Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir.	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1.Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK 3. BENLİK SAYGISI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-KISA FORMU

Aşağıdaki cümleler kendiniz hakkında hissettiklerinizi ölçmek için düzenlenmiştir.

Olumlu Boyutlar

1)Diğer insanlarla birlikteyken onların benimle olmaktan hoşnut olduklarını hissederim.

5) Arkadaşlarım bana çok değer verir.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

10) İstediğim zaman yeni ilişkiler başlatabileceğime dair güvenim tamdır.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

Olumsuz Boyutlar

1) Başka biri olmayı isterdim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

5) Başkalarının benden çok daha iyi şeyler yaptığını hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

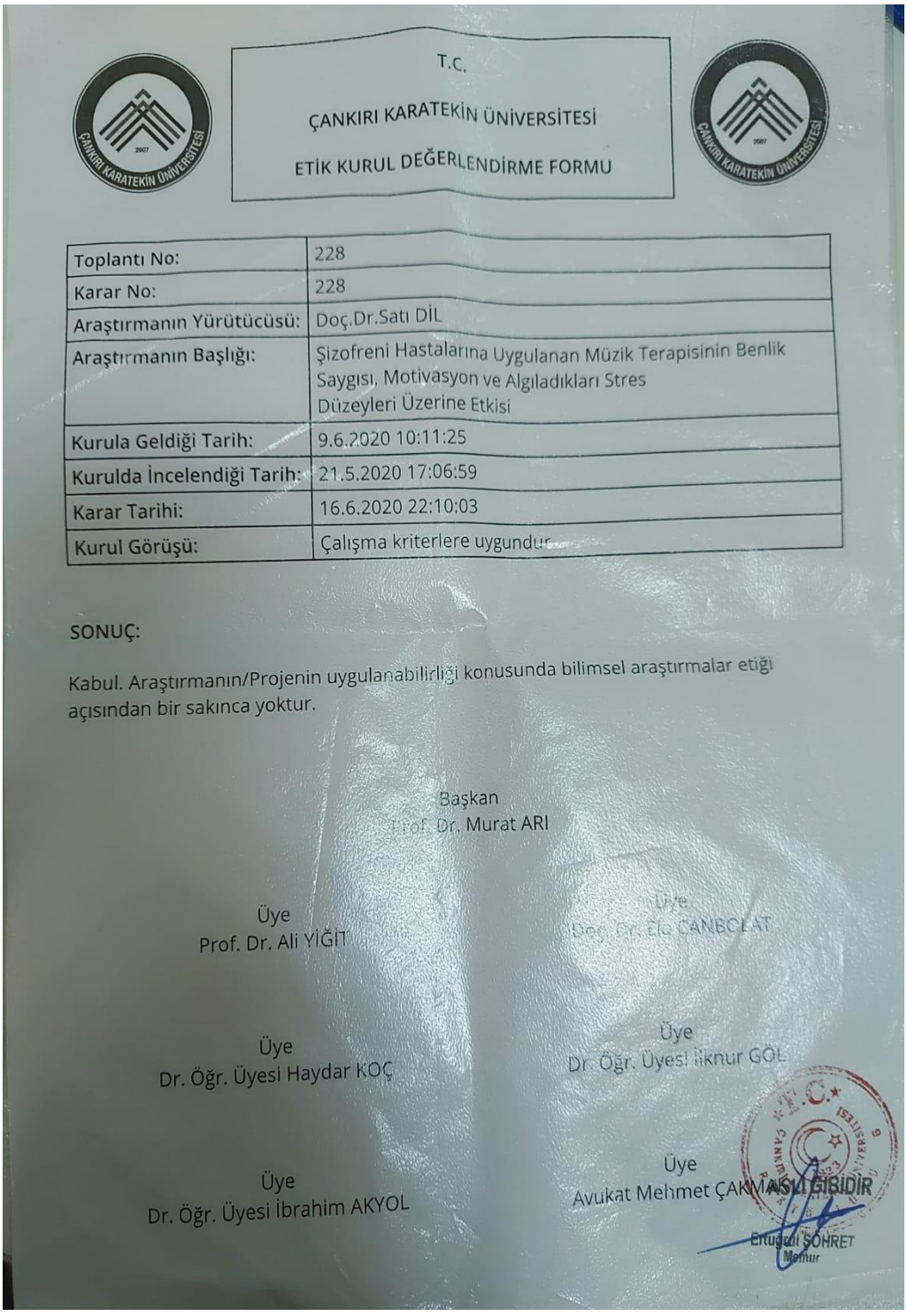
10) Başkalarına kıyasla daha fazla itilip kakıldığımı hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

EK 4. DANIŞANLAR İÇİN TERAPİ MOTİVASYONU ÖLÇEĞİ (DİTMÖ)

	Aşağıdaki ölçekte 1 Kesinlikle katılmıyorum – 7 Kesinlikle katılıyorum ifadesini göstermektedir. Cümlelerin size uygunluğunu bu aralıkta değerlendiriniz.							
1	Açıkçası psikolojik danışma/terapi sürecinden ne alabileceğimi anlamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
5	Şu anki durumumda değişiklik yapmak istiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
10	Hakkımda daha önce bilmediğim şeyleri öğrenmek hoşuma gidiyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
15	Psikolojik danışma/terapi sayesinde hayatımın farklı yönlerini keşfetmeye devam edebileceğimi gördüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
20	Psikolojik danışma /terapi sürecinin hayatımda değişik yapmamı sağlama şeklini önemli buluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

EK 5. ETİK KURUL SONUÇ FORMU



T.C.

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ

ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	228
Karar No:	228
Araştırmanın Yürütücüsü:	Doç.Dr.Satı DİL
Araştırmanın Başlığı:	Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi
Kurula Geldiği Tarih:	9.6.2020 10:11:25
Kurulda İncelendiği Tarih:	21.5.2020 17:06:59
Karar Tarihi:	16.6.2020 22:10:03
Kurul Görüşü:	Çalışma kriterlere uygundur

SONUÇ:

Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Murat ARI

Üye
Prof. Dr. Ali YİĞİT

Üye
Doç. Dr. Ela CANBOLAT

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Haydar KOÇ

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İknur GÖL

Üye
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim AKYOL

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAKLI

ASLI GİBİDİR
Ertuğrul SÖHRET
Memur

EK 6. HASTANE İZİN BELGESİ



T.C.
ÇANKIRI VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :64943697-799
Konu :Bilimsel Araştırma İzni (Belda ÇAĞLAYAN)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Kurumumuza bağlı Çankırı Devlet Hastanesi'nin 13.08.2020 tarih ve E.132 sayılı yazı ve eklerine istinaden, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi ve aynı zamanda Çankırı Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde görevli Hemşire Belda ÇAĞLAYAN' ın **" Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi "** konulu araştırmayı, araştırma tarihleri arasında Çankırı Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde bulunan 18-70 yaş arası danışanlardan bellek sorunu ve ağır işitme sorunu, nörolojik ve organik mental bozukluğu olmayan, soruları bağımsız olarak yanıtlayabilen ve müzik dinletilen süreç içerisinde daha önce kullanılan ilaçların dozunda değişiklik yapılmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara yönelik gönüllülük esasına dayalı olarak kişisel bilgilerin gizliliğine riayet edilerek **07.09.2020-07.12.2020** tarihleri arasında yapabilmesi hususunu;

Tensip ve takdirlerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Oğuzhan AYKURT
Başkan

O L U R
.../.../2020
e-imzalıdır.
Dr. Hüseyin SARIKAYA
İl Sağlık Müdürü

EK 7. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sizi Belda ÇAĞLAYAN tarafından yürütülen "Şizofreni Hastalarına Uygulanan Müzik Terapisinin Benlik Saygısı, Motivasyon ve Algıladıkları Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi" konulu araştırmaya davet ediyoruz.

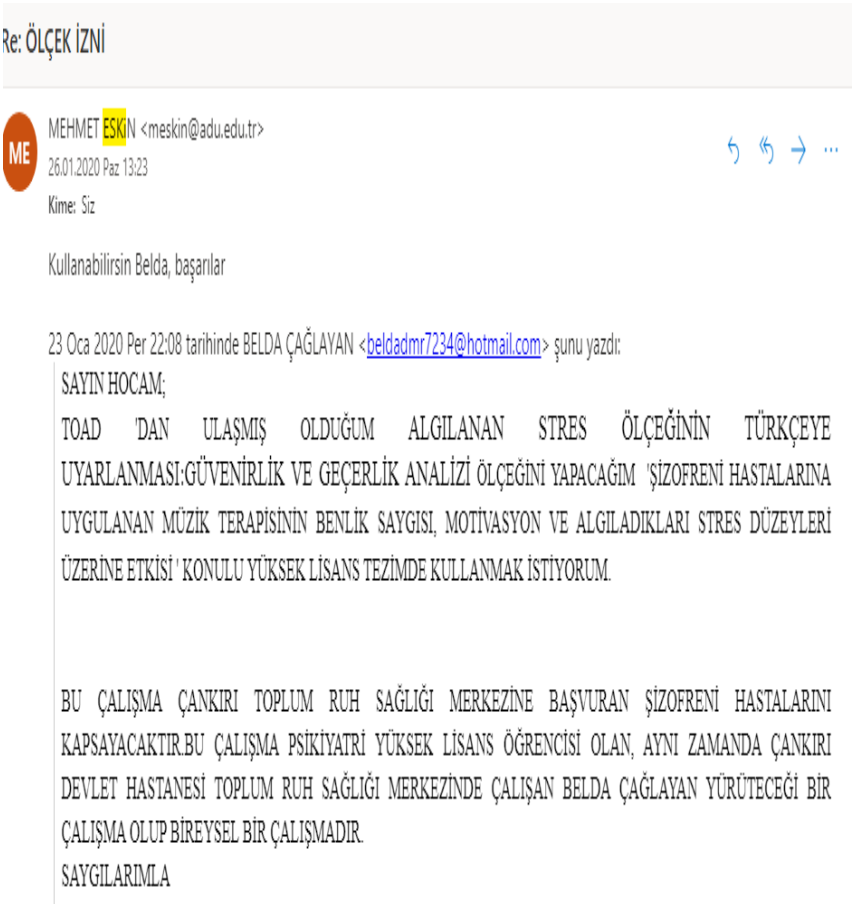
Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Çalışmaya katıldıktan sonra istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Bu çalışmadan elde edilen kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve sadece araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum

Adı Soyadı:
İmzası:

EK 8. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ) İZNİ



Re: ÖLÇEK İZNİ

ME

MEHMET ESKİN <meskin@adu.edu.tr>
26.01.2020 Paz 13:23
Kime: Siz

Kullanabilirsin Belda, başarılar

23 Oca 2020 Per 22:08 tarihinde BELDA ÇAĞLAYAN <beldadmr7234@hotmail.com> şunu yazdı:

SAYIN HOCAM;

TOAD 'DAN ULAŞMIŞ OLDUĞUM ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI:GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ANALİZİ ÖLÇEĞİNİ YAPACAĞIM 'ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN MÜZİK TERAPİSİNİN BENLİK SAYGISI, MOTİVASYON VE ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ ' KONULU YÜKSEK LİSANS TEZİMDE KULLANMAK İSTİYORUM.

BU ÇALIŞMA ÇANKIRI TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN ŞİZOFRENİ HASTALARINI KAPSAYACAKTIR.BU ÇALIŞMA PSİKİYATRİ YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ OLAN, AYNI ZAMANDA ÇANKIRI DEVLET HASTANESİ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE ÇALIŞAN BELDA ÇAĞLAYAN YÜRÜTECEĞİ BİR ÇALIŞMA OLUP BİREYSEL BİR ÇALIŞMADIR.

SAYGILARIMLA

EK 9. BENLİK SAYGISI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-KISA FORMU İZNİ



Re: ÖLÇEK İZNİ

LT

levent tukuş <leventtukus@gmail.com>
6.02.2020 Per 15:48
Kime: Siz

Ölçeği kullanabilirsiniz,çok saygılar

BELDA ÇAĞLAYAN <beldadmr7234@hotmail.com>, 6 Şub 2020 Per, 15:45 tarihinde şunu yazdı:

SAYIN HOCAM;

GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ SİZİN TARAFINIZDAN YAPILAN TOAD DAN ULAŞMIŞ OLDUĞUM BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE UYARLAMASI:GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASINDA Kİ ÖLÇEĞİ YAPACAĞIM 'ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN MÜZİK TERAPİSİNİN BENLİK SAYGISI, MOTİVASYON VE ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ ' KONULU YÜKSEK LİSANS TEZİMDE KULLANMAK İSTİYORUM. (ÖLÇEĞİN İÇİNDEKİ PUANLAMA VE TOPLAM PUANDA YÜKSEK VE DÜŞÜK İFADELERİN NE ANLAM İFADE ETTİĞİ VARSA PUAN ARALIĞI İLE İLGİLİ DE BİLGİ VERİRSENİZ ÇOK SEVİNİRİM . DEĞERLENDİRMEYLE İLGİLİ BİLGİLENDİRİRSENİZ ÇOK MEMNUN OLURUM.)

EK 10. DANIŞANLAR İÇİN TERAPİ MOTİVASYONU ÖLÇEĞİ (DİTMÖ) İZNİ

Ölçek kullanım izni

2 ek (31 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Belda Hanım Merhabalar;
Ekte ölçeği bulabilirsiniz. Ölçek makalesini iyice okumanızı öneririm araştırmanızın hipotezlerine göre üç ya da beş faktörlü yapıda kullanabilirsiniz. Tez danışmanınızın görüşü en önemli olan ancak ben üç faktörlü yapıyı kullanmanızın analizleriniz içinde kolaylaştırıcı olacağını düşünüyorum . Çalışmanız tamamlandığında lütfen bize de gönderin. Bu konuda yapılmış çalışma Türkiye'de bulunmamakta. Bu yüzden okumak isteriz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.

Ölçeğimizi tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim .

Tüm yazarlar adına Ömer ÖZER

Öğr. Gör. Ömer Özer
Uzman Psikolojik Danışman
Anadolu Üniversitesi
Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi
Yunus Emre Kampüsü
Tepebaşı / Eskişehir
0222 335 05 80 - 1226

Counselor M.A.
Anadolu University
Counseling and Guidance Center
Tepebasi / Eskisehir / Türkiye

EK 11. ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı :Belda ÇAĞLAYAN

Doğum yeri ve tarihi :15.08.1988/Karabük

İletişim adresi ve telefonu : Abdulhalik Renda mah.Zafer cad. Ufuk sok.Kütük apt. Kat:3 Daire:8 Çankırı/Merkez

Öğrenim Durumu :Yüksek Lisans

Lisans : 2011, Ankara Üniversitesi, Çankırı Sağlık Yüksekokulu,Hemşirelik

Yüksek lisans : 2019, Karabük Üniversitesi,Sosyal Bilimler Alanı Anabilim Dalı,Sağlık Kurumları Yöneticiliği

Mesleki Deneyimi

Özel Bayındır Hastanesi 2011

Özel Akay Hastanesi 2012

Çankırı Devlet Hastanesi 2013 (Halen çalışıyor)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar
Psikiyatri Hemşireleri Derneği

Yayınları:

Çağlayan, B., ve Dil, S. (2019). TRSM'de İzlenen Şizofreni Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile Bireysel Memnuniyet Durumlarını Etkileyen Faktörler: Çankırı Örneği. Uluslararası Toplum ve Şizofreni Kongresi. Poster Bildiri.

Tufanoğlu, B., Çağlayan, B. ve Dil, S. (2019). TRSM'den Hizmet Alan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki: Çankırı İli Örneği. Poster Bildiri

Çağlayan, B., ve Tufanoğlu, B. (2019). Çankırı TRSM'ye Başvuran ve Trsm'de Takipli Olan Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanisi Almiş Hastalarin Yakinlarinin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Psikiyatrik Tanılarını Belirlemek. 6. Uluslarası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Poster Bildiri