

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**STRES VE ANKSİYETE İÇİN ALTERNATİF VE TAMAMLAYICI
BİR MODEL OLARAK
MÜZİK TERAPİ**

**Kübra ARLI
Öğrenci No:124121019**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

DANIŞMAN.: Prof. Dr. Sevda ASQAROVA

İstanbul – 2015

Bilimsel Etik Sayfası

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum "Stres ve Anksiyete için Alternatif ve Tamamlayıcı Bir Model Olarak Müzik Terapi" adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

13.02.2015

Kübra Arlı





REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK.34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 24

16 Şubat 15

Pr. Dr. Sevda Asgarova
(Kübra ARLI)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Şubat 2015 tarihinde, 02 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Stres ve Anksiyete için Alternatif ve Tamamlayıcı Modeller olarak Müzik Terapi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cümhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Tez Kabul Formu



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 126121019
Öğrenci Adı Soyadı	: KÜBRA ADLI
Anabilim Dalı	: UYGUNLAMA PSİKOLOJİSİZLİ
Tez Danışmanı	: PROF. DR. ZEVA A. ADAROVA
Tezin Başlığı	: STRES VE ANKSİYETE İÇİN ALTERNATİF VE TAMAMLANICI BİR MODEL OLARAK MÜZİK TERAPİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 18.02.2015	Saati	: 14:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki karar,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişt.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki karar,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Hürşid Erkmən	
Danışman Üye	Prof. Dr. Zevda Adarova	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Nadire Gülçin Yıldız	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form VL-13) gerekir.)

Tarih : 18/02/2015

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Önsöz/Teşekkür

Araştırmanın planlanmasında, yürütülmesinde, bilgilerini ve desteğini esirgemeyen Danışmanım, Üsküdar Üniversitesi (MÜTEM) Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü, Değerli Hocam Prof. Dr. Sevda ASQAROVA'ya;

Terapi Seanslarının yapılmasında yardımcı olan, enstrümanlarıyla eşlik eden, NP İstanbul Hastanesi Ergoterapi Bölümü Müzisyen-Sanatçıları Mert NAR ve Serkan ERÖZ'e;

Katkılarıyla beni her zaman destekleyen Yard. Doç. Dr. Adnan ÇOBAN'a;

Sevgili Arkadaşım Gülin DEVELLİOĞLU ve Kardeşim Onur ARLI'ya;

Manevi destekleri ile daima yanımda olan sevgili Ailem Filiz ARLI ve Halil Arlı'ya

Teşekkür ederim...

Kübra ARLI
İstanbul, 2015

(ARLI, Kübra, Yüksek Lisans, İstanbul, 2014)

Stres ve Anksiyete için Alternatif ve Tamamlayıcı Bir Model Olarak Müzik Terapi

Özet:

Ülkemizde ve dünyada gittikçe artan sayıda birey ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Toplumsal hayat karmaşıklaştıkça karşılaşılan ruhsal sorunlar da farklılaşmaktadır ve bunlara karşı uzmanların da yeni yaklaşımlara ihtiyaç duydukları görülmektedir. Bu bazen yeni bir ilaç, bazen yeni bir meşguliyet terapisi ya da yeni bir yaklaşım olabilmektedir. Müzik terapi de hem çok eski ve denenmiş, hem de henüz potansiyeli tam olarak kullanılmamış bir model olarak karşımıza çıkmaktadır.

Üsküdar Üniversitesi Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi - MÜTEM bünyesinde yapılmış olan bu çalışma ile psikiyatri hastalarının stres ve kaygı düzeylerinin azaltılmasında alternatif ve tamamlayıcı bir model olarak müzik terapinin etkililiği araştırılmıştır.

Psikiyatri hastalarının durumluk ve sürekli kaygı puanlarının (düzeylerinin) müzik terapisi sonrası ilk düzeylerinden daha düşük olduğu bulunmuştur. İki farklı hastaneden seçilen 101 psikiyatri hastası ile yapılan bu çalışma sonucunda uygulanan müzik terapinin, hastaların kaygı düzeylerinde hastalar lehine anlamlı bir değişikliğe neden olduğu anlaşılmıştır. Hastaların cinsiyet ve konulan tanı özelliklerine göre müzik terapisi sonrası anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak genç hastaların (18 yaşından küçüklerin) müzik terapisi sonrası kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Stres, Kaygı, Müzik Terapi.

(ARLI, Kübra, Graduate Program, Istanbul, 2014)

Music Therapy for Stress and Anxiety as an Alternative and Complementary Model

Summary:

The world and our country both are experiencing an increasing number of individuals with mental health problems. As social life becomes more and more complex, psychological problems encountered by experts becomes also complex and they need new approaches to handle the new problems. This is sometimes a new drug, sometimes a new occupational therapy or it may be a new approach. Music therapy both very old and tried but not yet used fully, gives us a new hope as a complimentary model.

With this study, which conducted within the Üsküdar University Application and Research Center for Music Therapy – MUTEM, effectiveness of music therapy was investigated as an alternative and complementary models for reducing stress and anxiety levels of psychiatric patients.

101 psychiatric patients were selected for this study from two different psychiatric hospitals in Istanbul. After the music therapy, which was designed by the researcher, it was found that psychiatric patients' initial anxiety levels significantly decreased. In other words, psychiatric patients' state and trait anxiety scores (levels) were found to be lower than the initial levels after music therapy.

Keywords: Stress, Anxiety, Music Therapy.

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Etik Sayfası.....	ii
Tez Kabul Formu	iv
Önsöz/Teşekkür	v
Özet:.....	vi
Summary:	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR ve SEMBOLLER LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
1.4. Sayıtlılar.....	5
1.5. Sınırlılıklar	6
1.6. Tanımlar.....	6
2. KURAMSAL TEMELLER.....	15
2.1. Müzik ile Tedavi	15
3. YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Modeli	33
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	34
3.3. Veri Toplama Araçları.....	34
3.4. Verilerin Analizi	35
4. BULGULAR.....	37
4.1. Kaygı Envanterine İlişkin Bulgular	37
5. SONUÇ.....	42
5.1. Sonuç ve Öneriler.....	42
KAYNAKÇA	45
EKLER	54
Ek-1 Kaygı Envanteri Ölçeklerine ait madde bazında betimsel istatistikler	54
Ek-2 Anket.....	55

STAI FORM TX – I.....	55
Şu anda sakınım.....	55
STAI FORM TX – 2.....	56
ÖZGEÇMİŞ.....	58



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Örnekleme grubunun demografik özelliklerine ilişkin frekans (f) ve yüzde (%) dağılımları (N=101)	34
Tablo 2 Hastaların, Durumluk ve Sürekli Kaygı düzeylerine ilişkin betimsel istatistikler (N=101)	37
Tablo 3 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası farklılaşma gösterip göstermediğine dair ilişkili gruplar t-testi (N=101)	38
Tablo 4 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası cinsiyet değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair bağımsız gruplar t-testi (N=101)	39
Tablo 5 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası yaş değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=101)	40
Tablo 6 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası konulan tanı değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=101)	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Hastaların kaygı düzeylerinin müzik terapisi öncesi ve sonrası ölçülmesine ilişkin deney deseni.....	33
--	----



KISALTMALAR ve SEMBOLLER LİSTESİ

DMS	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SPSS	: The Statistical Packet for the Social Sciences
STAI	: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
%	: Yüzde
sd	: Birden fazla grup olması durumunda serbestlik derecesi
f	: Bir değerin, olayın tekrar eden gözleminin dağılımı
N	: Örneklemdaki toplam denek/anket yanıtlayanlar sayısı
p	: Hata yapma olasılığı
ss	: Standart sapma
t	: t-testi sonucu elde edilen değer
\bar{X}	: Bir veri dağılımının aritmetik ortalaması



1. GİRİŞ

Çevresel stresler, biyokimyasal sorunlar, kişilik yapısı, stresli yaşam olayları ve genetik yatkınlık sonucu psikiyatrik bozukluklar meydana gelmektedir. Psikiyatrik bulgular, aşırı içe kapanıklıktan saldırganlığa, aşırı neşeden mutsuzluğa kadar çok geniş bir yelpazededir. Bu nedenle, müziğin klinik kullanımdaki esnekliği sayesinde değişken psikiyatrik durumlarda kullanmak için tedaviyi güçlendirici bir uygulama haline gelmektedir (Çoban, 2005). Müzik, düşünceleri ve hisleri ortaya çıkararak kişinin kendisinin farkına varmasını ve ifade etmesini sağlayan bir dildir. Müzik, tarih boyunca insanlara ilham kaynağı olmuş, dini inancın ve sosyal bilincin ifade edilmesinde rol oynamıştır. Müzik, doğumdan ölüme kadar hayatın her alanında var olan bir sanattır. Müziğin her yaştan, her kültürden insan tarafından sevilebildiği gerçeğini göz önünde bulundurarak esnek bir tedavi aracı olduğunu söyleyebiliriz (Çoban, 2005).

Tarih boyunca müzikle tedavi tıbbın birçok alanında olduğu gibi özellikle psikiyatrik hastalıklarda önemli bir yere sahip olmuştur. Psikiyatrik hastalıklar hem psikolojik, hem biyolojik hem de sosyal hastalıklar olarak değerlendirilmeli ve ancak bu sistemlerin uyumlu ve dengeli olması halinde etkili tedavinin olabileceğini göz önünde bulundurmalıyız (Çoban, 2005). 20. yüzyılın sonlarında ilaç tedavisinde büyük gelişmeler olmuş ve bunun yanında psikoterapilerde de gelişmeler yaşanmıştır. İlaç tedavisine ilaveten psikoterapilerin uygulanması psikiyatrik hastalıklardaki başarı oranını arttırmıştır. Bu perspektiften yola çıkılarak özellikle ABD ve Avrupa'da hastalıkların sosyal boyutları da göz önünde bulundurularak sosyal terapiler ve meşguliyet terapileri de kendilerine yer edinmişlerdir (Çoban, 2005). Günümüzde bu ülkelerde psikolog, psikiyatr, sosyal hizmet uzmanları ve meşguliyet terapistleri gibi uzmanlar birlikte çalışmakta ve tedavi sonlanıncaya kadar hastaya destek olmaktadır (Çoban, 2005).

Müzikle tedaviyi ilk olarak uygulayan nörolog Phillipe Pinel'dir. Bicetre hastanesinde moral tedavisine müziğin kullanımını ilave etmek istemiş ve sonra 19. yy'da bazı hekimler tarafından tıpta müzikle tedavinin kullanılması söz konusu olmuştur (Yiğitbaş, 1972; Grebene, 1978; Ak). Amerika'da ilk defa müziğin insan ruhu üzerine etkisi 1920 senesinde New York eyaletinin hapisanelerinde araştırılmış ve uyarıcı, yatıştırıcı etkileri olduğu ortaya konmuştur (Yiğitbaş, 1972; Grebene, 1978;

Ak). Michigan Devlet Hastanesinde Altshuler isimli doktorun müzikle tedaviyi programına almasının ardından araştırmalar yapılmaya başlanmış ve şizofreni, zekâ geriliği, depresyon, madde ve alkol bağımlılığı hastalıklarında müzikle tedavi kullanılmaya başlanmıştır.

Müzikle tedavi gerçekleştiren uzmanların sayısının 1960'lı yıllarda az olması ve bu konudaki eğitim müfredatının oldukça zayıf olması, müzikle tedavi tanımını da oldukça sınırlanmasına sebebiyet vermiştir. 1980'li yıllarda müzik terapisiyle ilgilenen uzmanların sayısındaki artış müzik terapisinin tanımının da genişletilmesine zemin hazırlamıştır. Bu dönemde yayınlanan bir kaynakta müzik terapisi şu şekilde tanımlanmıştır:

“Zihin ve fizik sağlığının kazanılması, sürdürülmesi ve düzeltilmesi için tedavi edici hedeflere ulaşmada kullanılır. Müzik terapi, müzikle tedavi uzmanları tarafından yönlendirilen tedavi edici bir ortamda, davranışlarda arzu edilen değişikliklerin elde edilmesi için müziğin sistemli bir şekilde kullanılmasıdır. Bu değişiklikler, kişinin kendisini ve kendisiyle ilgili dünyayı anlamasını sağlar, böylelikle kişi kendisi ile toplum arasında bir denge oluşturmayı başarır. Tedavi edici ekibin bir üyesi olarak müzik terapisti, özgül müzik aktivitelerinin planlanmasından önce, genel tedavi hedeflerinin yansımalarına ve kişisel problemlerin analizine katılır. Periyodik değerlendirmeler, uygulanan işlemlerin etkinliğinin saptanmasına yardımcı olur” (Çoban, 2005).

Amerikan Müzik Terapi Birliği tarafından yapılan tanımlamada müzik terapisi, bireylerin psikolojik, fizyolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziğin ve müzikal aktivitelerin kullanıldığı bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır (Yiğitbaş, 1972; Grebene, 1978; Ak; Çoban, 2005). II. Dünya Savaşında yaralı olan askerlerin tedavi edildiği hastanelerde müzik kullanılmaya başlanmasının ardından müzikle tedavinin farkına varılmış ve 1960'lı yıllarda bu alandaki uzmanların sayısının arttırılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır (Çoban, 2005). Bu alandaki araştırmalar hız kazanmış, birlikler, dernekler, okullar, enstitüler kurulmuştur. Bugün 5000'in üzerinde müzikle tedavi uzmanı bulunmakta ve bu yöntem birçok hastanelerde, kliniklerde, bağımlılık merkezlerinde, okullarda ve benzeri yerlerde kullanılmaktadır (Çoban, 2005). Günümüzde ABD ve Avrupa'da birçok okul ve üniversitelerde müzikle tedavi uzmanları yetiştirilmektedir.

Lou (2001) tarafından yapılan çalışmada, demanslı hastaların ajitasyonlarının seçtikleri müziğin dinletilerek azaltıldığı bulunmuştur. Lai ve Good (2004) tarafından yapılan çalışmada dakikada 60-80 ritim olan, sözsüz, klasik müzik özelliklerine sahip müzik terapisi üç hafta boyunca her gün hastaların uyku saatinde uygulanmıştır. Amacı, uykusuzluk sorunu yaşayan yaşlı hastalarda müzik terapisinin hastaların uyku kalitesine, uyku süresine ve uykuya dalma güçlüğüne olan etkisini incelemek olan bu çalışmada, müzik terapisinin yaşlı hastaların uykuya dalma sürelerini kısalttığı, uyku kalitelerini arttırdığı ve uyku sürelerini uzattığı bulunmuştur.

Müzik semantik hafızayı harekete geçirme becerisine sahiptir. Böylelikle müzik, hayalleri ortaya çıkarmaya ve çatışmaları ortadan kaldırarak düşünceleri yeniden düzenlemeye yardımcı olmaktadır (çoban, 2005). Yapılan birçok araştırma müziğin duygu-durum üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Bu bulgular uzmanları müzikle tedaviye teşvik etmektedir. ABD’de 2003 yılında transplantasyon hastaları üzerinde yapılan çalışmada, müzikle tedavi sonrasında depresyon derecesini ölçen testlerde %37 oranında azalma ortaya konmuştur (Cassileth et al., 2003). Depresyonda beynin sağ frontal bölgesinde artışa sıklıkla rastlanmaktadır. Florida’da 1999 yılında ergenlerle yapılan bir çalışmada, müzikle tedavinin beynin sağ frontal bölgesindeki aktivasyon artışını azalttığı ve bunu takiben depresyondaki hastalarda düzelme gözlemlendiği ortaya konmuştur (Jones and Field, 1999).

Müzik terapisinin konfüze olmuş hastalarda ajitasyonu azalttığı, ruh halini iyileştirdiği ve iletişim yeteneklerini geliştirdiği de araştırmalarda saptanmıştır (Wilkins and Moore, 2004). Sausser ve Waller (2005) tarafından yapılan çalışmada öğrencilere müzik terapisi uygulanarak şarkı söyleme, dinleme ve enstrüman çalma uygulamaları yapılmıştır. Çalışmanın neticesinde, emosyonel ve davranışsal sorunları olan bu öğrencilere müzik terapisinin psikolojik, biyolojik ve bilişsel açıdan olumlu etkisinin olduğu görülmüştür.

1.1. Problem

Bu araştırmanın temel konusu “Stres ve Anksiyete için Alternatif ve Tamamlayıcı Bir Model Olarak Müzik Terapi” olarak belirlenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, müzik terapinin psikiyatri hastalarının stres ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisini incelemektir.

Psikiyatri hastalarının tedavi edilmesinde müziğin pozitif etkilerinin olduğunu belirten birçok araştırma literatürde yer almaktadır. Müzik terapisinin koordinasyonun gelişmesinde, bilateral hareketliliğin gelişmesinde ve fonksiyonel yeteneklerin gelişmesinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Paul and Ramsey, 2000). Buna ek olarak, müzik terapisinin konfüze olmuş hastalarda ajitasyonu azalttığı, ruh halini iyileştirdiği ve iletişim yeteneklerini geliştirdiği de araştırmalarda saptanmıştır (Wilkins and Moore, 2004).

Tarhan'a göre, bebekler üzerinde yapılan bir araştırmalarda insan beyninde müziği takdir yeteneği olduğu ispatlanmıştır. Müzik beyinde, öfke, keder, neşe, mutluluk, nefret, gibi alanları tetiklemektedir. PET tekniği ile yapılan beyin haritalama çalışmaları melodi, armoni, vurgu, ritim ve sesin beyin sağ hemisferinde, ses ve frekans değişimleri ile birlikte müzikle ilgili düşünce kalıplarının beyin sol yarımküresinde kaydedildiğini göstermektedir (Çoban, 2005). Ruh sağlığı ile müzik arasında bu denli bir ilişki varken bu alanda yapılan araştırmaların sayısı oldukça azdır ve bu da dikkati çekmektedir.

Tüm bunlardan yola çıkarak bu araştırmada, müzikle tedavinin psikiyatri hastaları üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki hipotez sınanmıştır.

H₀= Müzik terapinin psikiyatri hastalarının stres ve anksiyete düzeyleri üzerinde etkisi yoktur.

H₁= Müzik terapinin psikiyatri hastalarının stres ve anksiyete düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Son zamanlarda beynin ön bölgesinde yer alan frontal bölgedeki elektriksel aktivitelerin duygusal yaşantılar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Beynin sol ön bölgesindeki aktivite olumlu duygusal yaşantılarla, beynin sağ ön bölgesindeki aktiviteler ise olumsuz duygusal yaşantılarla ilişkili bulunmuştur. Tsang ve arkadaşlarının Kanada’da yaptıkları bir çalışma da bu düşünceyi destekler niteliktedir. Yapılan bu çalışmada hastalara çeşitli müzikler dinletilerek beyinlerinin ön bölgelerinden birtakım kayıtlar elde edilerek, mutluluk yönündeki tempo ve makam değişikliklerinin beynin sol ön kısmındaki alfa aktivasyonunu azalttığı, hüznün yönündeki değişikliklerin ise beynin sağ ön kısmındaki alfa aktivasyonunu azalttığı gözlemlenmiştir. Buna ek olarak hüznün yönündeki değişikliklerin beynin sol ön bölgesindeki aktivasyonu azaltarak alfa aktivasyonunu arttırdığı, mutluluk yönündeki değişikliklerin ise beynin sağ ön bölümündeki alfa aktivasyonunu azalttığı tespit edilmiştir (Thayer and Faith; Çoban, 2005). Kişinin içinde yer alan agresyon ve öfke müzikal etkinlikler sayesinde müziğe kanalize edilerek kişinin kendisine yönelmesi engellenebilir. Tony Black isimli bir müzisyenin, ölme isteğini çok yoğun yaşadığı bir dönemde “Wonderful Life” isimli şarkıyı besteleyerek hayata döndüğü ve depresyondan kurtulduğu söylenmektedir (Çoban, 2005). İntihar düşüncesiyle başa çıkmada, üretime teşvik eden etkinliklerin başarılı olabileceği bu çeşit araştırmalar ve deneyimler neticesinde düşünülmektedir. Örneğin şarkı söylemek deşarj edici bir etki yaratarak bu tür düşüncelerden uzaklaşılmasında etkili olmaktadır. Bir şarkı bestelemek veya bir müzik aleti ile doğaçlama yapmak kişinin olumsuz duygularını ifade etmesini sağlamaktadır. Ayrıca, müzikle doğaçlama hareket etmek agresyonun giderilmesine katkı sağlamaktadır.

Müzik terapisi, ucuz, basit ve güvenilir bir araçtır ve yan etkisi bulunmamaktadır (Almerud and Peterson, 2003). Müzikle tedavinin psikiyatri alanındaki etkisi yapılan araştırmalarla ortaya konmasına rağmen yapılan araştırmaların azlığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçlarının, psikiyatri hastalarının tedavisinde ilaç ve psikoterapiye ek olarak yan etkisi olmayan ve iyileştirici etkisi olan terapi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Sayıtlılar

1. Araştırmaya katılan bireyler (psikiyatri hastaları), anketi ve ankette yer alan ölçeklerle kişisel özelliklere ilişkin soruları samimiyetle ve doğru olarak cevaplamışlardır.
2. Araştırmanın örnekleme, evreni temsil etmektedir.
3. Araştırmanın ölçme araçları ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilirlerdir.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma, 2013-2014 yılında Üsküdar Üniversitesi Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi (MÜTEM) bünyesinde planlanmış olup NP İstanbul Hastanesinde yatılı olarak tedavi gören hastalar ile Avrasya Şizofreni Derneği'nde Müzik Terapisi uygulanan şizofreni hastaları üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları bu bakımdan;

1. Bu araştırma, amaçlarda belirtilen hipotez ile sınırlıdır.
2. Araştırma, örneklem grubuyla sınırlıdır.
3. Zaman olarak 2014 yılı ile sınırlıdır.
4. Araştırmanın sonuçları, araştırmaya katılanların verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

1.6.1. Müziğin Tanımı

Yunan asıllı “müzik” kelimesi tüm dünyada aynı anlama gelmektedir. Mitolojiye göre; eski Yunanlılarda görevleri dünyanın ahengini ve güzelliklerini düzenlemek olan dokuz peri kızı olduğuna inanılırdı. Yunanlıların en büyük tanrısı olarak bilinen Zeus'un kızları oldukları ifade edilen bu peri kızları mousa (müz) olarak adlandırılırdı. Günümüzde neredeyse tüm dillerde karşımıza çıkan müzik veya musiki kelimelerinin müz kelimesinden türediği kabul edilmektedir (Babacan, 1999). Latince “musica” kelimesinden gelen musiki Türkiye’de yaygın bir ifade olarak karşımıza çıkmaktadır.

Birçok araştırmacı Eski Yunanca'da "mousike" veya "mousa" dan alınan Musica'nın "melek-muse" anlamını taşıdığını savunurlar.

İnsan yaşamının her anında, her döneminde var olan müzik, hayatın bir parçasıdır (Roberts and Chaboyer, 2004). İnsan müzikle, ağlamak, şarkı söylemek, gülmek, dans etmek gibi birçok olgu ve duyguyu bir arada yaşayabilir (McCaffrey, 2000; Christian, 2006). Müzik, kültür, çevre, anlam ve amaç bakımından farklılıklar göstererek kullanılabilir. Ortak olan bir nokta ise müziğin yüzyıllardır duyguların ifadesi ile ilişkilendirilmesidir (Lefevre, 2004; Darrow, 2006). Elliott ve Wright'a göre müzik kompleks bir olgudur. Çam'a göre müzik, bir başkasına tam olarak anlatılamayacak kadar "bireysel ve öznel", tüm dünyayı ve insanları kapsayacak kadar "evrensel ve genel", insanlık tarihi kadar "eski". "her an yeni" olan bir sanattır. Bu sanatla ilgili bilimler müzikoloji (müzik bilimi) olarak adlandırılır. Salomon, Bernstein, Kim ve Babacan'a göre müzik, fiziksel tanımlı birtakım seslerin ritmik bir çerçevede oluşturulmasıdır. Bir başka tanım ile müzik, 20.yüzyılın ortalarında gelişmiş bir terapötik girişim olarak tanımlanmaktadır (Building, 2001). Sausser ve Waller müziğin, non-invasive girişim olduğunu, kişinin benlik saygısını, sosyalizasyonunu, kendini ifade ediş becerisini ve motor becerilerin koordinasyonunu arttırdığını belirtmiştir.

1.6.2. Müzik Terapi

Tarih boyunca müzik farklı kültürlerde doğum, evlilik, ölüm gibi yaşamın pek çok alanında yer almıştır. Bunun yanı sıra tıp ile de ilişkilendirilmiştir. Müziğin insan üzerindeki çok yönlü etkisi neticesinde müzik, tedavide kullanılır hale gelmiştir (Gallagher vd., 2005). Tarih boyunca müzikle tedavi tıbbın birçok alanında olduğu gibi özellikle psikiyatrik hastalıklarda önemli bir yere sahip olmuştur. Psikiyatrik hastalıklar hem psikolojik, hem biyolojik hem de sosyal hastalıklar olarak değerlendirilmeli ve ancak bu sistemlerin uyumlu ve dengeli olması halinde etkili tedavinin olabileceğini göz önünde bulundurmalıyız (Çoban, 2005). 20. yüzyılın sonlarında ilaç tedavisinde büyük gelişmeler olmuş ve bunun yanında psikoterapilerde de gelişmeler yaşanmıştır. İlaç tedavisine ilaveten psikoterapilerin uygulanması psikiyatrik hastalıklardaki başarı oranını arttırmıştır. Bu perspektiften yola çıkılarak özellikle ABD ve Avrupa'da hastalıkların sosyal boyutları da göz önünde bulundurularak sosyal terapiler ve

meşguliyet terapileri de kendilerine yer edinmişlerdir (Çoban, 2005). Günümüzde bu ülkelerde psikolog, psikiyatr, sosyal hizmet uzmanları ve meşguliyet terapistleri gibi uzmanlar birlikte çalışmakta ve tedavi sonlanıncaya kadar hastaya destek olmaktadır (Çoban, 2005).

Bu kapsayıcı tedavi anlayışı son 50-60 yıl içinde geçerli olmaya başlamış ve psikiyatri dünyasında yeni arayışlara vesile olmuştur. Müzikle tedavi kapsayıcı yaklaşımların en ideali olarak kabul görmüştür (Çoban, 2005). II. Dünya Savaşında yaralı olan askerlerin tedavi edildiği hastanelerde müzik kullanılmaya başlanmasının ardından müzikle tedavinin farkına varılmış ve 1960'lı yıllarda bu alandaki uzmanların sayısının arttırılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır (Çoban, 2005). Bu alandaki araştırmalar hız kazanmış, birlikler, dernekler, okullar, enstitüler kurulmuştur. Bugün 5000'in üzerinde müzikle tedavi uzmanı bulunmakta ve bu yöntem birçok hastanelerde, kliniklerde, bağımlılık merkezlerinde, okullarda ve benzeri yerlerde kullanılmaktadır (Çoban, 2005). Günümüzde ABD ve Avrupa'da birçok okul ve üniversitelerde müzikle tedavi uzmanları yetiştirilmektedir.

Bilim dünyasında müzikle tedavinin tanımı konusundaki tartışmalar uzun yıllar devam etmiştir. Bazı çevreler müzikle tedaviyi sadece bir rehabilitasyon olarak tanımlarken bazıları alternatif bir tedavi yöntemi olarak görmüştür. Muma'ya (1978) göre müzik terapi, bir hastalık yada yetersizliğin tedavisi süresince kişilerin psikolojik, fizyolojik ve duygusal olarak birleşmelerine yardımcı olmada müziğin kişiler üzerine etkisi veya kullanımınıdır (Çam, 2003). Schulbert (1981)'e göre ise müzik terapisi, duygular, davranışlar ve fizyolojik değişiklikler meydana getirmekte kullanılan farklı müziklerin kullanımı ile ilgili bir davranış biçimidir. Bruscia (1998) ise müzik terapinin çeşitlerini tanımlamış, didaktik, iyileştirici, medikal, psikoterapötik, ekolojik ve rahatlatıcı olarak ifade etmiştir (Daykin vd., 2006). Amerikan Müzik Terapi Birliği 1980 yılında müzikle tedaviyi "Zihin ve fizik sağlığının kazanılması, sürdürülmesi ve düzeltilmesi için tedavi edici hedeflere ulaştırmada kullanılan, müzikle tedavi uzmanlarınca yönlendirilen tedavi edici bir ortamda, davranışlarda arzu edilen değişikliklerin elde edilmesi için müziğin sistemli bir şekilde kullanılması" olarak tanımlamıştır (Çoban, 2005). Bu değişiklikleri, kişinin kendisini ve kendisi ile ilgili dünyayı anlamasını sağlayarak kişi ile toplum arasında bir denge oluşturmayı başarması olarak ifade etmiştir (Çoban, 2005). Buna ek olarak, tedavi edici ekibin bir üyesi olarak

müzikle tedavi uzmanının da görevini “özgöl müzik aktivitelerinin planlanması ve uygulanmasından önce, genel tedavi hedeflerinin yansımaya ve kişisel problemlerin analizine katılmak ve periyodik değerlendirmeler gerçekleştirmek, uygulanan işlemlerin etkinliğinin saptanmasına yardımcı olmak” olarak tanımlamıştır (Çoban, 2005). Müzikle tedavi'nin bir başka tanımı ise, eğitimsel, psikolojik, fizyolojik ve fonksiyonel olarak çeşitli konularda uygulanarak bir hastalığın ya da yetersizliğin psikolojik ve fizyolojik etkilerinin tedavisine yardımcı olabilmek amacı ile kullanılan sağlık branşı olarak literatürde yer almaktadır (Chlan, 2002; Esch vd., 2004; Chang and Chen, 2005; Sausser and Waller, 2005). Müzikle tedavinin alternatif bir tedavi yöntemi olmadığı, geleneksel tıba uygun bilimsel bir tedavi yöntemi olduğu, 1997 yılında yapılan “ihtiyaç duyan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan bir uzmanlık dalıdır” tanımlaması ile tescil edilmiştir (Çoban, 2005).

1.6.3. Psikiyatrik Hastalıklar

1.6.3.1. Depresyon

Dünyada en çok görülen rahatsızlıklardan birisi olan depresyon, ortalama olarak her 100 erkekten 15'inde, her 100 kadından 20'sinde görülmektedir. Depresyonun en önemli belirtilerinden bir tane ilgi kaybı ve isteksizliktir. Kişi daha önceden yapmaktan hoşlandığı şeylerden bile keyif alamaz hale gelir. Kişi kendisini, geleceği ve dünyayı olumsuz olarak algılamaya başlar ve bu durum hayattan kopmayla sonuçlanabilir (Kaplan and Sadock). Depresyon kısaca kişinin kendisini üzüntülü, çökkün hissettiği, konuşmalarda yavaşlama gözlemlendiği, değersizlik düşünceleri barındırdığı, durgunluk, alınganlık ve güven kaybı yaşadığı, iş yapamama gibi şikâyetler barındıran bir psikiyatrik durumdur. Depresyondaki kişinin hareketlerinde ve düşüncesinde yavaşlama dikkat azalması ve konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, yorgunluk ve kaslarda gerginlik de sık görülen belirtileridir (Kaplan and Sadock). Uykusuzluk da depresif kişilerde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Halk arasında mutluluk kimyasalları olarak bilinen noradrenalin ve serotonin maddelerinin eksikliğinde, tiroid fonksiyonu bozulmuş olanlarda, vücuttaki kortizol seviyesinin arttığı hastalıklarda, vitamin eksikliklerinde (B12, B1, folik asit), kanser ve enfeksiyon hastalarında, kalp ve tansiyon ilaçlarının

kullanımında, kadınlık ve erkeklik hormonlarının azaldığı durumlarda depresyon görölme olasılığı artmaktadır (Kaplan and Sadock; Çoban, 2005). Ayrıca emeklilik, aile içi sorunlar, onur kırıcı davranışlara maruz kalma, aşırı sorumluluk duygusu, narsisizm, titizlik ve güvensizlik gibi durumlar da depresyona yatkınlığı arttıran psikososyal durumlardır (Çoban, 2005). Depresyonun tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi ve müzik terapisi kullanılmaktadır.

1.6.3.2. Şizofreni

Şizofreni, beyinde bulunan birtakım biyokimyasal maderdin bozulması sonucunda duygu, düşünce ve davranışların bozulduğu, kişinin kendi iç dünyasında yaşayıp dış dünyaya yabancılaştığı ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalar olduğu ruhsal bir bozukluktur (Kaplan and Sadock). Ortalama olarak yaygınlığı yüzde birdir. Şizofreni hastalarında davranış bozuklukları, düşünce bozuklukları ve duygu bozuklukları görölmektedir. Gerçeği değerlendirme yetisindeki bozulmalardan dolayı kişide kendine kötülük yapılacağına inanma, takip edildiğini düşünme, önemli bir devlet adamı ya da dini lider olduğuna inanma gibi yanlış inanışlar yani sanrılar görölebilmektedir. Şizofreni hastalarının çoğunda künt duygulanım olarak adlandırılan donuk, mat bir ifade vardır. Ayrıca uygun duygulanım konusunda da bozukluk yaşayabilmektedirler. Örneğin, ağlanacak yerde gülme ya da gülünecek yerde ağlamak gibi. Şizofreni hastalarında uygunsuz davranışlar görölebilmektedir. Yabancılaşma, korku ve dolayısı ile saldırganlık görölebilmektedir. Bunun yanında, sürekli sallanma, aynı hareketi yapma ya da karşıt hareketi yapma, donakalma, hareketsizlik gibi davranış sorunları da görölebilmektedir (Çoban, 2005). Kişilerin şizofreni tanısı almaları için bu tür şikâyetlerin en az 6 ay sürmesi ve kişinin akademik, sosyal ve mesleki ilişkilerini olumsuz etkilemesi gerekmektedir (Koroğlu, 1994). Şizofreni tedavisinde ilaçla tedavinin yanında destekleyici psikoterapiler ve müzikle tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Günümüzde müzikle tedavi şizofreni hastalarında kullanılan özel bir tedavi yöntemi konumuna gelmiştir (Backer, 2003).

1.6.4. Kaygı Bozuklukları

Bunaltı, sıkıntı ve anksiyete normal sınırlarda olduğu zaman motive eden ve performansı arttıran bir durumdur. Ancak aşırı sıkıntı bunaltı ve daralma duygusu içerdiği durumlar bozukluk olarak tanımlanabilir (Çoban, 2005).

1.6.4.1. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu, beklenmedik zamanlarda meydana gelen ve tekrarlayan atakların olduğu bir kaygı bozukluğudur. Terleme, çarpıntı, titreme, nefes alamama hissi, boğulma hissi, göğüste sıkışma veya ağrı, baş dönmesi, mide bulantısı, dengesizlik gibi bedensel duyuların aşırı, olağandışı yoğunlukta hissedilerek delirme, kontrolü kaybetme veya ölüm korkusunun eşlik ettiği bir durumdur. Atakların şiddeti ve sıklığı değişiklik gösterebilmektedir. Hastalar korkularından dolayı kalabalık yerlere girememe, evde yalnız kalamama gibi sorunlar yaşayabilir. Bu durum kişilerin sosyal ve mesleki işlevselliklerini oldukça etkiler duruma gelebilir. Panik bozukluğu tedavi edilemediği zaman alkol ve madde kullanımına veya depresyona neden olabilir. Panik bozukluğunun tedavisinde ilaçla tedavi, psikoterapi ve neurobiofeedback tedavileri kullanılmaktadır (Çoban, 2005).

1.6.4.2. Yaygın Kaygı Bozukluğu

Yaygın kaygı bozukluğunda, huzursuzluk, çabuk yorulma, konsantrasyon güçlüğü, gerginlik, endişe ve bunaltı beklentisi içeren, sosyal ve mesleki işlevselliği olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Kişiye yaygın kaygı bozukluğu teşhisi konulabilmesi için yukarıda belirtilen durumları en az 6 ay süreyle hemen her gün barındırması gerekmektedir. Bu kişilerde sıradan iş yükümlülükleri ve basit işler bile yoğun kaygı uyandırabilir. Her insan bu tür durumlarda kaygı yaşayabilmektedir ancak yaygın kaygı bozukluğunu ayıran durum, kişinin yaşadığı endişe, risk ihtimali ve sonuçları ile orantılı değildir (Çoban, 2005).

1.6.4.3. Fobiler

Fobi, gerçek korku yaratmayacak bir aktiviteye, objeye veya duruma karşı aşırı korku duyma ve kaçınma davranışdır. Fobik kişiler belli bir aktivite, obje veya durum

karşısında aşırı kaygı ve korku yaşarlar. Kendileri bu durumun mantık dışı olduğunu bilseler de engelleyemezler. Yaşadıkları korkular ve kaçınma davranışı, fobik kişilerin günlük işlevselliklerini bozmaktadır. Toplum içinde %10 oranında fobik kişiler bulunmaktadır. (Çoban, 2005).

Fobiler özgül fobiler ve agorafobi olarak ikiye ayrılır. Hayvanlar, yükseklik, böcekler, asansör gibi belli bir obje veya duruma karşı yaşanan korkular özgül fobilerdir. Yalnız başına sokağa çıkamamak, kapalı yerlerde duramamak, kalabalık yerlerde duramamak, uçak, araba, otobüs gibi araçlara binememek gibi kişinin kolayca kaçamayacağı ortamlara girdiğinde yaşadığı yoğun kaygı durumları da agorafobi grubunda yer almaktadır.

1.6.4.4. Sosyal Fobi

Özellikle yabancı kişiler olmak üzere başka kişi veya kişilerin yer aldığı ortamlarda yoğun kaygı, utanma hissi, huzursuzluk yaşama durumudur. Sosyal fobikler bu tür ortamlarda küçük düşme endişesi, herkesin kendilerini eleştirdiği, kendilerine baktığı düşüncesi, konuşamama-tutulma endişesi, titreme, yüz kızarması gibi belirtiler göstermektedir (Burkovik, 2004). Sosyal fobi yaşayan kişiler genellikle aile üyeleri arasında rahat olurlar ancak en büyük tasayı topluluk önünde konuşmakta yaşarlar (Çoban, 2005). İlaç tedavisi ve psikoterapilerle sosyal fobi tedavi edilebilmektedir. Özellikle bilişsel davranışçı terapilerin etkisi oldukça yüksektir.

1.6.4.5. Takıntı Hastalığı

Takıntılar, kişide yoğun bir sıkıntı oluşturan, kişinin aklına istemsiz olarak gelen rahatsız edici düşüncelerdir. Kişi, duyduğu yoğun sıkıntıdan kurtulmak için mantıksız olduğunu bildiği ancak istemsiz olarak gerçekleştirdiği birtakım hareketleri tekrarlamaya başlar. Bu tekrarlanan hareketlere “kompülsiyon” denir. Mesela kişinin kirlilik düşüncesi ile sürekli ellerini yıkaması kompülsiyona örnek teşkil edebilir (Tan, 2004). Takıntılar, Temizlik takıntıları, kuşku takıntıları, simetri veya eksiksiz olma takıntıları, dini veya metafizik takıntılar olarak kategorize edilmektedir.

1.6.4.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma, ruhun ve bedeninin bütünlüğünü tehdit eden olaylara maruz kalma durumudur (Çoban, 2005). Bu tür durumlarda uykusuzluk, kabus görme, sosyal çekilme, halsizlik, unutkanlık, sinirlilik, irkilme, aşırı duyarlılık, hayattan zevk almama, travmatik olayın sanki yeniden yaşanmış gibi hissedilerek tekrar tekrar hatırlanması belirtileriyle karşılaşılmaktadır (Çoban, 2005). İlaç tedavisi ve travmatik olaya yönelik psikoterapiler tedavi teknikleri arasında yer almaktadır.

1.6.5. Yeme Bozuklukları

1.6.5.1. Anoreksiya Nervoza

Kişinin, aşırı derecede şişmanlamaktan korkması, en düşük beden ağırlığına ulaşmayı reddetmesi ve beden ölçülerine-boyutlarına karşın belirgin bir algı bozukluğu yaşaması durumudur (Wigram and Backer, 2003). Bedenlerine karşı bozulan algılarının sonucu olarak bu hastalar ileri boyutta zayıf olmalarına karşın bedenlerinin bazı bölümlerini şişman olarak algırlarlar (Çoban, 2005). Ruhsal bozukluklar içerisinde ölümlerle sonuçlanabilen ender hastalıklardandır çünkü hastanın yemek yemeyi reddetmesi ile gelişen kilo kaybı yaşamı tehdit edici boyuta ulaşabilir (Wigram and Backer, 2003).

1.6.5.2. Bulimia Nervoza

Adeta patlayıncaya kadar yemek yeme, aşırı ölçüde yemek yeme nöbetlerinin olduğu bir hastalıktır. Kişi kilo almamak için kendi isteği ile idrar söktürücü, dışkılamayı arttırıcı veya kusturucu ilaçları kullanır. Bu rahatsızlıkta iki tip karşımıza çıkmaktadır. Birincisinde kişi idrar söktürücü ve dışkılamayı arttırıcı ilaçlar kullanarak aldığı besinleri düzenli biçimde çıkarır. İkincisinde ise kişide anormal derecede spor yapma ve aktivite ile kalorileri yakma, yemek yememe görülmektedir. Tıkabasa yemek yeme süreçlerinde daha çok karbonhidrat içerikli pasta, tatlı gibi kalorili besinlere yönelme gözlemlenmektedir. Ayrıca kişiler bu davranışlarını gizleme, görünmeyen yerlerde yeme eğilimindedirler (Çoban, 2003). Bu kişilerde en tipik durum atıştırma ataklarıdır. Buna ek olarak öfke, yalnızlık, gerilim ve depresif duygulanım

dönemlerinde atıştırma atakları tetiklenebilir. İlerleyen dönemlerde kişilerde depresif durumlar ve alkol-madde kullanımı görülebilmektedir (Çoban, 2003).

1.6.6. Kişilik Bozuklukları

1.6.6.1. Madde Bağımlıları

Mutlu olmak için bir nesneye düşkün olma haline bağımlılık denir. Bu nesnenin uyuşturucu madde olması durumunda madde bağımlılığı olarak adlandırılmaktadır (Çoban, 2005). Başlangıçta rahatlama, keyif alma için kullanılan madde vücudun alışmasından dolayı zamanla alışkanlık haline alarak kişiyi madde almadan uyuyamama, mutlu olamama ve çalışamama durumuna getirmektedir. Bu hastalara ilaç tedavisi, psikoterapi ve müzikle terapi uygulanmaktadır. Madde bağımlılarında maddeyi bırakma arzusu olmasına rağmen bu konuda yeteri kadar güvenleri olmadığı için bırakamayacaklarını ve bırakırlarsa mutlu olamayacaklarını düşünme eğilimi vardır. Bu noktada müzik etkinliklerinden çok fayda görmektedirler (Çoban, 2005).

2. KURAMSAL TEMELLER

2.1. Müzik ile Tedavi

Bu bölümde, ilk önce dünya ve Türklerde müzik ile psikiyatrik hastaların tedavisinin tarihsel gelişimine değinilecek, daha sonra ise müzik terapisinin beyin üzerindeki etkisi ve günümüzde psikiyatri hastalarının tedavisinde müzik terapisinin kullanımından bahsedilecektir.

2.1.1. Dünyada Müzik ile Tedavinin Tarihsel Gelişimi

İnsanlar yüzyıllardır hastalıkların iyileşmesi için çeşitli yöntemler kullanmışlar ve yeni çareler aramışlardır. Müzikle terapi de bunlardan bir tanesi olup en eski tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır (Altınölçek, 2006). Müzikle terapinin çeşitli kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla dört bin yıldan beri kullanıldığı bilinmektedir (Esch vd., 2004). Tarihin ilk dönemlerindeki kabilelerde, kabilenin dini ve manevi hayatına yön verdiği ve çok saygın bir yere sahip olan kişiler olduğu anlatılmaktadır. Bu kişilere “şaman” adı verilirdi (Çoban, 2005). Şamanlar topluluklara yön vermek için müzik ve ritim ve dansın etkisini kullanarak insanları cezbe getirir adeta hipnotize ederlerdi (Ak; Horden). Şamanların ilk ruh hekimi tipini sembolize etmesinin kökeni, hastalıkların tedavisinde söylenen şarkılar, çalınan müzik ve ritimle kötü ruhları kovdukları inancıdır (Ak). M.Ö. III. yy’a kadar hastalıkların tedavisinde sihirbaz hekimlerin uygun gördüğü ritim, müzik ve dansla kötü ruhların uzaklaştırılmaya çalışıldığı belirtilmektedir. O zamanki müzikle tedavinin temelini, ikna ve etki edici sözlerden oluşan şarkılar ve monoton ritimler eşliğinde kötü ruhun hareketlerine göre yavaş, hızlı yumuşak veya sert melodiler oluşturmaktaydı (Ak; Çoban, 2005). Günümüzde hala ilk çağlardaki kabileleri andıran gelenekleri sürdüren topluluklar mevcuttur. Örneğin, Zambiya’da hastanın heyecan düzeyi arttırılarak sinir sistemi üzerinde değişiklik yapılmaya çalışılması için davul ritmi ve dans kullanılmaktadır (Ak). Eski Yunan’da bir avuntu ve ilaç olarak dertlerden ve hastalıklardan kurtulmak için *paignon* denilen müzikal parçaların etkili olduğuna

inanılırdı (Gouk ; Horden). Çabuk öfkelenen hastaların ve umutsuzluğa düşen bireylerin tedavisinde belirli melodilerden yararlanma olanağı M.Ö. 585-500 yılları arasında yaşayan Yunan filozofu ve matematikçisi Pythagoras tarafından araştırılmıştır (Çam, 2003). Hatta müzikle tedavi etme fikrinin ilk kez Pythagoras tarafından ortaya çıktığı da söylenmektedir (Gouk; Horden; Çoban, 2005). Müzikle tedavi uygulamalarına İbrani kaynaklarında da rastlamaktayız. Örneğin, hükümdar Saul’un histeriden meydana gelmiş öfke ve sinirlilik halinin Davut peygamberin rebap nağmeleriyle sona erdiğinden bahsedilmektedir (Ak; Horden). 2400 yıl önce Hipokrat’ın da hastaları ilahiler söyleyerek tapınağa götürdüğüne dair rivayetler mevcuttur. M.Ö.400 yıllarında müziğin ritim ve ahenkle ruhun derinliklerine etki ettiği ve kişilere hoşgörü ve rahatlık verdiği Sokrates’in öğrencisi Platon tarafından belirtilmişti. (Çam, 2003; Akın, 2007; Ak; Horden). Müziğin ruha etki ettiği Platon’un öğrencisi ve Büyük İskender’in hocası Aristoteles tarafında da ifade edilmiştir (Ak; Horden).

Eski Roma’da müziğin ruhsal hastalıkları iyi ettiği ve ruhu yatıştırdığı Celcus ve Areteus tarafından belirtilmiştir. Ayrıca, M.Ö. 250-184 yılları arasında yaşayan ve Romalı bir şair olan Titus Maccius Platus’un “Charmides” isimli şarkısının yaralara iyi geldiğini ifade etmiştir (Babacan, 1999; Akın, 2007). Eski Roma’da müzik oldukça ön planda tutulmuştur. Konuşamama, sara, histeri nevrozu, böcek sokmaları, mikrobik hastalıklar, ağrılar ve kanamalar için müziğin kullanıldığı birtakım kaynaklarda belirtilmiştir (Horden; Ak). Romalı ünlü bir hekim olan Asclepiades’in, Bergama’da bulunan Aesculape Mabedi’nde ruh hastalarını müzikle tedavi ettiği belirtilmektedir. Histeri hastalarının çoğunun flüt gibi aletlerle tedavi edildiği tarihi kayıtlarda belirtilmektedir. Ayrıca, Aesculape’nin sağır hastaların tedavisinde trompet kullandığı da yazılmaktadır (Horden; Ak). Müziğin insanlar üzerine etkisine dikkat çeken bir başka isim de büyük Çin filozofu Konfüçyüs’tür. Konfüçyüs, “müzik yapıldığı zaman kişilerarası ilişkiler düzelir, gözler parlar, kulaklar keskin olur, kanın hareketi ve dolanımı sakinleşir” ifadesi ile müzik terapi hakkındaki düşüncesini ifade etmiştir (Bal, 2001). Tıbbın çok geliştiğini bildiğimiz Eski Mısır Medeniyeti’nde Kahire’de bulunan bir hastanede ameliyattan önce hastalara müzik dinletilir ve hastaların bundan güç kazandığı anlatılırdı (Ak; Kaygısız, 1999). Ortaçağ Avrupası’nda ise müzikle terapi örneklerine az rastlanmaktadır. Ancak bu devirde dikkati çeken bulgulardan bir tanesi Avrupa’da yayılmış olan Tarantizm hastalığıdır. Napoli bölgesinde bulunan ve tehlikeli

olmayan tarantula isimli bir örümceğin Napoli halkına özgü bir melankoli tablosu yarattığı belirtilmektedir (Lüdtke; Çoban, 2005). İlk kez Nikola Perotti isimli bir hekim tarafından tanımlanan bu hastalık genellikle melankoliye düşürüyor ve sarhoşluğun etkisiyle sızmış gibi hastalarda akıl ve mukayese güçlerinin kaybolmasına neden oluyordu. Bu hastaların birçoğunda müzik dinlemek yönünde müthiş bir istek olduğunu belirten Perotti, hastaların hoşlarına giden bir melodiyi duyar duymaz fırlayarak ayağa kalktıklarını, neşeli naralar atarak güçsüz düşene kadar dans ettiklerini belirtmiştir. 17. yüzyılda yaşayan Baglivi isimli hekim bu hastaları araştırarak, müzik olmadığı zaman ölüncüye kadar korku ve dehşet içinde yaşadıklarını ifade etmiştir. (Lüdtke; Çoban, 2005). Uzun yıllar bu hastalık hakkında araştırmalar yapılarak hastaların özellikleri tespit edilmiştir. Bu duruma özgü çeşitli müzikler hazırlandıktan sonra hastalar tedavi edilebilmiştir (Gentilcore; Çoban, 2005). Müzikle terapinin yüzyıllar önce kullanılmaya başlandığına dikkat çeken bir başka bulgu ise İspanya Kralı 5. Philip'in ve Bavaria Kralı II. Ludwig'in müziği zihinsel hastalıkların tedavisinde kullanmalarıdır (Scouarnec vd., 2001). 18. yüzyılda Paragiter ve 1830 yılında Dogiel tarafından başlatılan müziğin terapötik alanlarda kullanımını müziğin kan dolaşımına ve kan basıncına etki ederek fizyolojik bulguları etkilediği düşüncesi takip etmiştir. Chomat tarafından yaşam ve sağlığa müziğin etkisi, iyileştirmede müziğin kullanılması 1846 yılında yazılmıştır.

Hipocrates'in zamanında tıbbi bir girişim olarak tanımlanan müzik, 16. yüzyılda Pythagoras tarafından matematiksel bir teoreme dayandırılmıştır (Akın, 2007). Müzik terapisinin önemi ve hastalar üzerine etkilerine 1800'lü yılların başlarında dikkat çeken Florence Nightingale uygun müzik kullanımının hastaların tedavisi üzerindeki gücünü kabul ederek müzik terapiyi iyileşme sürecinin bir parçası olarak tanımlamıştır (Chlan, 2002; Chlan, 2003; Chang and Chen, 2005). Müziğin beden ve ruha sakinlik veren etkisini inceleyen İngiltere'deki insanlığa hizmet cemiyeti (La Gilda De Saint Cecile) ayrıca "müzik yardımı" postası oluşturup, müziğin telefon yoluyla büyük hastanelerin belirli bölümlerine ulaştırılmasını tasarlamış. Yapılan çalışma neticesinde müziğin etkisi altındaki bu hastaların ateşlerinin düştüğü ve ağrılarının azaldığı gözlemlenmiştir (Ak, 1997). İngiliz filozof ve devlet adamı Francis Bacon'un eseri olan ve ölümünden sonra yayınlanan *Sylvia Sylvarum*'da ruhunu canlandıran ve besleyen şeyin hergün müzik dinleme olduğunu belirtmiş ve "Müzik ruhun gıdasıdır" ifadesini kullanmıştır (Çoban,

2005). Buna ek olarak, İngiliz yazar Henry Peacham da müziğin melankoliye ve sıkıntıya iyi geldiğini belirtir (Çoban, 2005). Wagner'ın *Tannhouser Operası*'ndan "Akşam Yıldızı" isimli parçayı dinledikten sonra intihardan vazgeçtiği, sembolizmin öncülerinden Charles Baudelaire tarafından bir mektupta yazılmıştır (Çoban, 2005). Fransız hekim Quarin, müziğin sara hastaları üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Marquet müziği, melankoliyi iyi etmek için gerekli olan yöntemler arasında belirtmiştir (Çoban, 2005). Bourdelot isimli hekim akıl hastaları için, Laurent hastalık hastalığı için, müzikle tedaviyi uyguladığını belirtmiştir (Çoban, 2005). Bunalımların tedavisinde en etkili yöntemlerden birisinin müzikle tedavi olduğu Esquirol tarafından söylenmiştir (Çoban, 2005).

Müziğin 20. yüzyılın ilk yarısında hastane ortamında kullanılmaya başlanmasının ardından çoğunlukla anestezi ve analjezi ile birlikte hastanelerde müzikle terapi uygulamaları olmuştur. 20. yüzyılın ortalarında müziğin etkilerinin nörolojik temelleri hakkında teoriler geliştirilmeye başlanmış ve müziğin fizyoloji üzerine etkileri hakkında uygulamalı araştırmalar yapılmıştır (Cunningham, 1997; Ruud, 1997; Pratt, 2004).

20. yüzyılda müzik terapisi I. ve II. Dünya savaşı sonrasında kullanılmaya başlanmıştır. Müzik terapisinin ardın hastaların verdiği belirgin fiziksel ve duygusal tepkilerin ardından müzisyenlerin eğitilmelerine ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaç doğrultusunda 1944 yılında Michigan Eyalet Üniversitesi'nde Dünyadaki ilk müzik terapi programı kurulmuştur (Akın, 2007). Profesyonel olarak müzik terapi 1950 yıllarında gelişmeye başlamıştır (Metzger, 2004; Akın, 2007). Avrupa ülkelerinde genel olarak araştırma, klinik uygulamalar, eğitim ve öğretim alanlarında müzik terapisinin kullanılması amacıyla, 1989 yılında İspanya, İtalya ve Birleşik Krallık tarafından Müzik Terapi Birliği (EMTC) kurulmuştur (Akın, 2007). Günümüzde müzik terapi ile ilgili çalışmalarına devam eden bu birliğe ilerleyen yıllarda Avusturya, Danimarka, İsveç, Almanya, Fransa, Norveç, İngiltere ve Polonya gibi birçok ülke katılmıştır (Sekeles, 2005).

2.1.2. Türklerde Müzikle Tedavinin Tarihsel Gelişimi

Tarih boyunca yapılan araştırmalar Türklerin yaşamlarının her alanında müziği çok çeşitli amaçlarla kullandıklarını ortaya koymaktadır. Özellikle yapılan etnomüzikolojik araştırmalar Orta Asya'dan günümüze dek Türklerin insan ilişkileri ve müzikte zengin bir mirasa sahip olduklarını ortaya koymaktadır (Akın, 2007). Türklerin müzikle tedaviyi kullanmalarının çok eskilere dayandığı hatta Türklerin müzikle tedaviyi ilk kez kullanan uluslardan bir tanesi olduğu bilinmektedir. Farabi, İbni Sina, Razi, Zekeriya, Ebubekir gibi ünlü hekimlerin aynı zamanda ünlü birer müzikolog ve müzisyen olmaları (Varol, 1998), müzikle terapi uygulamalarının Türk-İslam hekimlerinin öncülüğünde gerçekteşmesine olanak sağlamıştır. Örneğin İbni Sina "tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, çevresini sevimli ve hoşa gider hale getirmek, en iyi musikiyi dinletmek ve sevdiği insanlarla bir araya getirmektir" ifadesiyle musikinin tıptaki yerini belirtmiştir (Bal, 2001; Akın, 2007). Ebu Bekir Razi de, meşguliyet tedavileri ile melankolik hastaların tedavi edilmeleri gerektiğinden bahsetmektedir (Ak; Çoban, 2005). Razi, Farabi, İbni Sina gibi türk bilginleri psikolojik nedenlerle başlayan bedensel rahatsızlıklarda (psikosomatik hastalıklar) ilaç, meşguliyet ve müzik terapisinin kullanılmasının ilk adımını atmışlardır. Selçuklu ve Osmanlı bilginleri de bu uygulamaları geliştirerek 18. yüzyıla kadar başarıyla uygulamışlardır (Çoban, 2005). Türklerde Osmanlı Devleti zamanında ilk ciddi müzikle tedavi çalışmaları görölmektedir. Buna ek olarak, Orta Asya Türklerinde "Baksı" adı verilen şaman müzisyenler tarafından müzikle tedavi gerçekteşirilmiiştir (Ak, 1997; Akın, 2007). şamanların günümüze kadar ulaşmış Orta Asya temsilcilerine *Baksa* denirdi. Günümüzde *Baksı* olarak adlandırılan bu âşıklar kopuz, kemençe, kıyak gibi aletler kullanarak kötü ruhları kovma törenleri gerçekteşiriyorlardı (Çoban, 2005; Ak).

Dicle (1984), Özen (2002) ve Ünver'e (1989) göre, M.S. 834-932 yılları arasında yaşayan Türk Bilginlerinden Ebu Bekir Razi, melankoliklerin uğraş tedavilerine yönelik yazdığı bir eserinde melankoliyi tanımlayarak tedavisine yönelik şu görüşleri aktarmıştır;

"Melankolik hasta balık tutma ve avlanma gibi eğlenceli işlerden biri ile uğraşmalıdır. Mümkünse çeşitli oyunlarla alıştırılmalı, huyunu, ahlakını, davranışlarını beğendiği ve sevdiği kimse ile buluşup görüşmeli, dostluk kurmalıdır. Müzik öğrenmeli,

öğretmeli, özellikle güzel sesle okunan şarkıları dinlemelidir. Melankolik hastaya ancak bu şekilde sıkıntıdan, dertlerden kurtularak iyileşme olanağı sağlanabilir” (Akın, 2007).

İbni Sina'nın müzikle tedavi ile ilgili “ Tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri, hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıklarla daha iyi mücadele etmesi için cesaret vermek, hastanın çevresini sevimli ve hoş gider hale getirerek, ona en iyi musikiyi dinletmek, onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir” görüşü Ünver (1989) tarafından da belirtilmiştir.

Anadolu'da bir Türk Devleti olarak kurulan Osmanlılar Türk tıp tarihinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Dünya'da müzikle tedavinin uygulandığı ilk akıl hastanesi 1308-1309 yılları arasında Osmanlılar tarafından yapılmıştır. Osmanlı Türklerinin Avrupa'daki uygulamalardan çok önce Şam, Kahire ve Bursa'da kurulan hastanelerde akıl hastalarını ilaç tedavisinin yanında meşguliyet ve müzikle tedavi ettikleri belirtilmiştir (Ak; Çoban, 2005). 1154 yılında Şam'da Selçuklu Türk Atabeyi Nureddin Zengi tarafından kurulan hastanede akıl hastalarının müzikle tedavi edildiği kaynaklarda yer almaktadır. 17. yüzyılda bile müzikle tedavinin bu hastanede devam ettiğini Evliya Çelebi'nin notlarından anlayabilmekteyiz (Ak; Çoban, 2005).

Dinçel (1989), Özkan (2002) ve Ünver'e (1980) göre, Evliya Çelebi seyahatnamesinde Edirne Darüşşifası'nda hastalara ne çeşit müzik tedavinin iyi geleceği hakkında da önemli araştırmalar yapıldığını, belirli sonuçlara ve tedavi metotlarına varıldığını yazmıştır (Çam, 2003; Akın, 2007). Eski Türklerde müzik ve dansın tedavi amacı ile kullanılması önemli bir yere sahipti ve sosyal hayatta da mistik bir yere sahipti (Akın; 2007). İslam medeniyetinde, özellikle tasavvuf ile uğraşan sufiler müziğin, insanın ruhi rahatsızlıklardan kurtulmasına ve olgunlaşmasına katkı sağladığını belirtmişlerdir. (Çetinkaya, 1995; Ak; Çoban, 2005).

Kanuni Sultan Süleyman döneminde saray hekimliği görevinde bulunan Musa bin Hamun, çocuk hastalıklarının ve diş hastalıklarının tedavisinde müzikten faydalandığını belirtmiştir. Buna ek olarak o dönemde hükümdar çocuklarının huylarını düzeltmek ve sakinleştirmek için müziğin kullanıldığı da kaynaklarda yer almaktadır (Çoban, 2005). I. Abdülhamit ve III. Selim zamanında hekimbaşılık yapmış olan Gevrekzade Hasan Efendi, çocuk psikiyatrisi bakımından önemli bir eser olan *Neticetü'l Fikriye ve Tedbir-i Veladetü'l Bikriyye*'nin bölümlerinden bir tanesinde musiki

makamlarının hangi çocuk hastalıklarına nasıl etki ettiğinden bahsetmiştir (Çoban, 2005).

15. yüzyılda yapılan Topkapı Sarayı'nda bulunan Enderun hastanesinde yetenekli çocukların müzikle tedavi edildiğini 1675 yılında Baron Tavernier Paris'te yayınlanan kitabında yazmıştır (Grebene, 1978; Çoban, 2005). Türk hekimlerinin müzikle tedaviye ve musikiye oldukça değer verdiğini görebilmekteyiz. Orta Asya Türklerinden itibaren başlayan müzikle tedavi geleneği Selçuklu ve Osmanlı şifahanelerinde devam etmiştir. Örneğin Nureddin hastanesinde akıl hastaları için ayrı bir yer oluşturularak hastalara ilaçla tedavinin yanında müzikle tedavi de uygulanmıştır (Grebene, 1978; Ak). Yüzyıllar boyunca çok önemli hekimler yetiştiren Amasya Darüşşifası'nın en büyük önemi, su sesi ve müzik ile akıl hastalarını iyileştiren ilk yer olmasıdır. Burada ses titreşimlerinin beyin dokularına etki ettiği düşünülerek ruh hastalıklarına yönelik müzikle tedavi uygulanmıştır (Grebene, 1978; Ak; Çoban, 2005). UNESCO tarafından "Dünya Kültür Mirası" kapsamında koruma çalışmaları yapılan Divriği Ulu Camii ve Darüşşifası da Anadolu topraklarında müzikle tedavinin kullanıldığı yerler arasında yer almaktadır (Çoban, 2005). Edirne II. Bayezid Darüşşifası'nın akustığı Mimar Hayreddin tarafından özellikle müzikle tedavi yapılacağı düşüncesi ile tasarlanmıştır (Çoban, 2005). Bu tarihten çok daha önce, başta akıl hastaları için olmak üzere II. Bayezid tarafından musiki heyeti kurulmuştur. Bu heyet tarafından hastalara fasıl verilerek tedavileri gerçekleştirilmiştir (Grebene, 1978; Ak; Çoban, 2005).

2.1.3. Müzik Terapisinin Beyin Üzerine Etkisi

Müziğin beyin fonksiyonlarını nasıl düzenlediğini ortaya koymak için beyin ve müzik arasındaki ilişki araştırılır ve bu çalışmalar müziğin nörobiyolojik etkilerinin araştırılmasına olanak sağlar. Müziğin beynin motor fonksiyonlarına etkisinin olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Müziğin bilişsel, sensorimotor ve duyuşsal beyin fonksiyonlarına etkisinin olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Thaut, 2005). Müzik sayesinde beyin dalgaları yavaşlatılıp hızlandırılabilir. Ayrıca kas gerilimi ve hareketlerinin koordine edilmesine yardımcı olarak anksiyolitik etkiye neden olmaktadır (Tamer, 2000; Bally vd., 2003).

Müzik kulaklardan geçerek vücuda girer ve beyin sapına sinir liflerinden geçerek ulaşır. Müziğin ilk önce değerlendirilmesi ve analizi beyin sapında yapılır ve Talamus tarafından müziğin durumuna karar verilir. Müzik bilgilerinin değerlendirilmesi için Talamus'un işlevi önemlidir. Birinci korteks bölgeleri sayesinde işitme gerçekleşir ve temporal lob da analiz işlevini yürütür. Daha sonra bilgiler Talamus tarafından alınır ve beynin ilgili alanlarına gönderilir. Bu sayede beynin sol lobu (sol hemisfer) uygun analizleri yaparken, beynin sağ lobu(sağ hemisfer) müziğin ilerlemesi üzerinde çalışma yapar (Esch vd., 2004).

PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) görüntüleri kullanılarak uzaysal temporal işlev haritası çizilmiş ve bu sayede beynin hangi bölgesinin hangi bilişsel işlev ile ilgili olduğu ortaya konmuştur. Bu araştırmaya göre, müziğin anlamlandırılarak ayrılması, beynin prefrontal, temporal ve precuneus bölgelerinin aktive olmasıyla gerçekleşmektedir (Jenkins, 2001). PET ve Fonksiyonel Magnetik Rezonans Tarama gibi tekniklerle yapılan çalışmalar dinlenen müziğin beyinde geniş bir biçimde yayıldığını ve lokalize olduğunu göstermektedir (Jenkins, 2001).

Tarih boyunca müzikle terapi hakkında çok çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. En yalın haliyle basit harmonik hareket olarak tanımlanan müzikle terapinin fizyolojik ve psikolojik etkileri oldukça fazladır. İşitsel uyarı dış kulakta hava moleküllerinin sıkıştırılması ile ilerleyerek timpanik membrana ulaşır. Bu sayede müzik psikobiyojik etkiler yaratır. Merkezde nörotransmitterlere baskı artar ve ruh halinde değişim yaşanır, kan basıncı düşer ve Medulla'daki sinirlere etkiyle anksiyetede azalma sağlanır (Salomon vd., 2003).

2.1.4. Psikiyatri Hastalarında Müzik Terapisinin Kullanılması

Müzikle terapi uygulamaları zengin bir tarihe sahip olsa da 20. yüzyılın ortalarından sonra yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Evans, 2002). Son zamanlarda müzikle terapi dikkat çeken yöntemlerden biri haline gelmiştir (Chlan, 2002). Bu nedenle terapötik olarak kullanılmasına olan ilgi artmaktadır (Biley, 2000). Ergenler, yaşlılar, yetişkinler, bebekler, çocuklar gibi her yaş gurubundaki hastalara müzikle terapi uygulanabilmektedir (Bracefield, 2000; Building, 2001; Lou, 2001; Lim, 2006). Hastanelerde yoğun bakım, kadın doğum, psikiyatri, pediatri ünitelerinde,

kemoterapi tedavisi, ağrı ve anksiyete tedavilerinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, koroner bakımda, cerrahi operasyonlarda, vücut direncinin artırılması, manevi iyileşme ve onkoloji gibi birçok alanda müzikle tedavi kullanılmaktadır (Biley, 2000; Browning, 2000; Scouarnec, 2001; Tjellesen, 2001; Brunges and Avigne, 2003; Cooke vd., 2005; Gallagher vd., 2005).

Klinisyenler tarafından müzikle tedavinin anksiyete üzerine etkisi sıklıkla çalışılan konulardan olmuştur ve günümüzde de çalışılmaya devam edilmektedir (Smolen, vd., 2002; Almerud and Peterson, 2003; Salamon vd., 2003). Evans (2002) 29 araştırmayı inceleyerek yaptığı çalışmada, müzikle terapinin anksiyetenin fizyolojik etkilerini ve anksiyete algısını azaltmada ve tedavinin yan etkilerini azaltmada kullanıldığını belirtmiştir (Akın, 2007). Brunges ve Avigne (2003) tarafından yapılan bir başka araştırmada hastalara cerrahi işlem öncesi ve sırasında müzik terapi uygulanarak anksiyete düzeylerine bakılmıştır. Anksiyete seviyeleri nabız hızı, kan basıncı ve idrarda bulunan epinefrin değeri göz önünde bulundurularak ölçülmüştür. Bu çalışmanın bulgularına göre, müzikle terapi sayesinde hastaların kan basıncı, nabız hızı ve epinefrin değerleri azalmıştır. Bu sayede de hastaların anksiyete seviyelerinde azalma olduğu tespit edilmiştir.

Müziğin kanser hastaların ağrısını azalttığı Beck (1991) tarafından yapılan araştırmada ortaya konmuştur (Biley, 2000). 2001 yılında Uluslararası İngiltere Bristol Kanser Yardım Merkezi'nde Burns ve arkadaşları müzik terapinin terapötik etkileri ile ilgili bir pilot çalışma yapmışlardır. Bir müzik terapisi grubunda aktif olarak müzik yapmanın yarattığı etki ile rahat konumda müzik dinlemenin terapötik etkisini karşılaştırmışlar ve müzik terapisinin olumlu duygular ve kanser hastalarının immün sistemlerine etkisini araştırmışlardır. Çalışma doğrultusunda müzik terapisinin kanser hastalarının immün sistemleri ve olumlu duygular üzerine etkisinin olduğu bulgusuna ulaşılmaktadır (Çam, 2003; Akın, 2007). Literatürde yer alan birçok araştırma müzik terapisinin kanser hastalarının ağrı seviyelerini azalttığını desteklemektedir (Akın, 2007). Clark ve arkadaşları (2006) tarafından hastaların emosyonel distres (depresyon, anksiyete, ağrı, yorgunluk) bulgularına müzik terapisinin etkisini konu alan araştırmada hastalara 45 dakika boyunca kendi seçtikleri müzik türü dinlettirilmiştir. Çalışmanın sonunda küratif radyasyon tedavisi gören bu hastaların anksiyete seviyelerinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Clark vd., 2006).

Psikiyatri hastalarının tedavi edilmesinde müziğin pozitif etkilerinin olduğunu belirten birçok araştırma literatürde yer almaktadır. Müzik terapisinin koordinasyonun gelişmesinde, bilateral hareketliliğin gelişmesinde ve fonksiyonel yeteneklerin gelişmesinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Paul and Ramsey, 2000). Buna ek olarak, müzik terapisinin konfüze olmuş hastalarda ajitasyonu azalttığı, ruh halini iyileştirdiği ve iletişim yeteneklerini geliştirdiği de araştırmalarda saptanmıştır (Wilkins and Moore, 2004). Sausser ve Waller (2005) tarafından yapılan çalışmada öğrencilere müzik terapisi uygulanarak şarkı söyleme, dinleme ve enstrüman çalma uygulamaları yapılmıştır. Çalışmanın neticesinde, emosyonel ve davranışsal sorunları olan bu öğrencilere müzik terapisinin psikolojik, biyolojik ve bilişsel açıdan olumlu etkisinin olduğu görülmüştür.

Müzik terapisinin Multiple Skleroz tanısı almış hastalarda yorgunluk, anksiyete, depresyon, bilişsel fonksiyon, yaşam kalitesi, hastalığı ve tedaviyi kabullenme sürecine etkisi Schmid ve Aldridge (2004) tarafından yapılan bir araştırmayla incelenmiştir. Çalışmada uygulama grubuna 226 seans şarkı söyleme, enstrüman çalma, dans etme, müzik dinlemeyi kapsayan müzik terapisi uygulanmış, kontrol grubuna ise standart tedavi uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda müzik terapisinin Multiple Skleroz hastalarının anksiyete ve depresyon puanlarını azalttığı, hastalığın etkilerini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur.

Silverman'a (2003) göre, müzik terapisi psikoz tanısı almış hastaların semptomlarının azaltılmasında başarılı olmuştur (Akın, 2007). Buna ek olarak Silverman (2006) tarafından yapılan bir başka çalışmada, eğlence terapisi ile müzik terapisinin psikiyatri hastalarının rehabilitasyonuna olan etkisi araştırılmıştır. Hastaların 5 sınıfa ayrılarak haftada en az bir kere müzik terapisi ve eğlence terapisine katılımları sağlanmış ve bu uygulama en az iki hafta sürmüştür. Bu çalışmanın sonunda hastalar müzik terapisini eğlence terapisine oranla daha etkin bulduklarını ifade ederek kendilerini daha rahat hissettiklerini belirtmişlerdir.

Lou (2001) tarafından yapılan çalışmada, demanslı hastaların ajitasyonlarının seçtikleri müziğin dinletilerek azaltıldığı bulunmuştur. Lai ve Good (2004) tarafından yapılan çalışmada dakikada 60-80 ritim olan, sözsüz, klasik müzik özelliklerine sahip müzik terapisi üç hafta boyunca her gün hastaların uyku saatinde uygulanmıştır. Amacı, uykusuzluk sorunu yaşayan yaşlı hastalarda müzik terapisinin hastaların uyku

kalitesine, uyku süresine ve uykuya dalma güçlüğüne olan etkisini incelemek olan bu çalışmada, müzik terapisinin yaşlı hastaların uykuya dalma sürelerini kısalttığı, uyku kalitelerini arttırdığı ve uyku sürelerini uzattığı bulunmuştur.

Vücudumuzda bulunan birtakım hormonların ve nörotransmitter olarak adlandırdığımız kimyasalların duygu durumumuzla doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Bunlardan bir tanesi de Endorfindir. Kronik osteoartrit tanısı konan yaşlı hastalar ile yapılan çalışmada 14 gün 20 dakika süreyle müzik terapisi uygulanmış ve hastaların ağrı düzeylerinin ve fizyolojik değerlerinin azaldığı, endorfin salınımlarının olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Anonymous, 2004; Akın, 2007). Foley ve Lipe (2004)'e göre, Alzheimer tanısı almış hastalara uygulanan müzik terapisi sonucunda, hastaların yaşam kaliteleri artmış ve kendilerini daha iyi hissetmişlerdir.

Müziğin tedavi edici faydası birçok araştırmacı tarafından yapısal özelliklerine bağlanmıştır. Özellikle ritmin kişinin kendilik organizasyonuna, farkındalığına ve kendilik algısına yardımcı olduğu belirtilmektedir (Çoban, 2005). Müzikteki iki yapısal özellik mutluluk ve hüznle ilgilidir. Bunlardan biri makam, diğeri tempo-ritimdir. Tempo birim zaman içerisindeki vuruş sayısını temsil ederken makam, belirli bir dizeye sahip olan sistemli sesi temsil eder. Temponun ve makamın değişmesi ile farklı duyguların uyandırılması sağlanmaktadır. Örneğin, hızlı tempolar mutluluk duygusunu, yavaş tempolar hüzn duygusunu uyandırmaktadır. Buna ek olarak, majör makamlar mutluluk duygusunu uyandırırken minör makamlar hüzn duygusunu uyandırmaktadır (Gfeller and Davis; Çoban, 2005). Tempo ve makam değişikliklerinin yaş gruplarında duygusal etkileri, Della Bella ve arkadaşları tarafından Kanada'da araştırılmıştır. Yapılan araştırmanın sonunda, hüzn ve mutluluk duygularının 5 yaşındaki çocuklar tarafından ayırt edildiği ve bu çocukların tempoya daha fazla eğilim gösterdiği bulunmuştur. Hem tempo hem makam bilgisinin 6-8 yaş arası çocuklar tarafından kullanılabilirdiği de bulgular arasındadır. Sonuç olarak 5 yaşındaki çocukların tempoya makamdan daha duyarlı oldukları gözlemlenmiştir (Bela vd. ; Çoban, 2005).

Son zamanlarda beynin ön bölgesinde yer alan frontal bölgedeki elektriksel aktivitelerin duygusal yaşantılar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Beynin sol ön bölgesindeki aktivite olumlu duygusal yaşantılarla, beynin sağ ön bölgesindeki aktiviteler ise olumsuz duygusal yaşantılarla ilişkili bulunmuştur. Tsang ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları bir çalışma da düşünceyi destekler niteliktedir.

Yapılan bu çalışmada hastalara çeşitli müzikler dinletilerek beyinlerinin ön bölgelerinden birtakım kayıtlar elde edilerek, mutluluk yönündeki tempo ve makam değişikliklerinin beyin sol ön kısmındaki alfa aktivasyonunu azalttığı, hüznün yönündeki değişikliklerin ise beyin sağ ön kısmındaki alfa aktivasyonunu azalttığı gözlemlenmiştir. Buna ek olarak hüznün yönündeki değişikliklerin beyin sol ön bölgesindeki aktivasyonu azaltarak alfa aktivasyonunu arttırdığı, mutluluk yönündeki değişikliklerin ise beyin sağ ön bölümündeki alfa aktivasyonunu azalttığı tespit edilmiştir (Thayer and Meredith; Çoban, 2005).

Hiperaktif çocukların zihinsel sorunlarını çözmede en iyi tedavi edici yöntemlerden biri olarak müzikle terapi gösterilmiştir (Rickson and Warkins, 2003). 20 hiperaktif çocuk ve 20 normal çocuk üzerinde sessizliğin, müziğin ve konuşmanın aritmetik problemlerini çözme yeteneğine etkisini araştıran bir çalışmada, normal çocuklarda bu üç durumda da aynı problemi çözme kapasitesi gözlemlenmiştir. Hiperaktif çocuklarda ise müzikal uyarı sonrasındaki aritmetik problem çözme kapasitesinin, sessizlik ve konuşma sonrasındakinden daha iyi olduğu gözlemlenmiştir (Courtney vd., 1996; Çoban, 2005). Dikkatin odaklaştırılmasında ve sürdürülmesinde müzik önemli bir katkıya sahiptir. Beynin frontal (ön) bölgesi ile pariyetal (yan) bölgesindeki kan akımının artması ile davranış problemleri arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Yani kan akımı arttıkça davranış problemlerinde azalma, kan akımı azaldıkça davranış problemlerinde artma meydana gelmektedir. Özellikle sağ frontal bölgedeki kan akımının daha etkili olduğu gözlemlenmiştir (Çoban, 2005). Bu bilgiler doğrultusunda hiperaktif çocuklarda, biri sağ frontal bölgedeki sinir gelişimiyle, diğeri ise hareket planlaması ve anlama-kavrama-problem çözmeyle ilgili iki işlevsel bozukluk saptanmıştır. Bu doğrultuda müziğin zihinsel süreçlerdeki etkinliğini gözlemleyebilmek için beyin değişik alanlarındaki çalışma durumunu ortaya koyan fonksiyonel MRI ile kişilerin beyin fonksiyonları incelenmiştir. Müzik dinleyerek istirahat etme ile hiçbir şey dinlemeden istirahat etme kıyaslanmış ve müzik dinleyerek istirahat edenlerin beyin kabuğunun ön ve yan bölgelerinde kanlanmanın ve oksijenlenmenin arttığı tespit edilmiştir. Bunun sonucunda da dikkat, işlek bellek, hedefe yönelme, anlamlandırma gibi bilişsel fonksiyonlarda artış görülmüştür (Çoban, 2005). Buna ek olarak, dikkati arttıran etkenler arasında müziğin iç sıkıntısını azaltması, gevşetme ve eğlendirme etkisine sahip olması da yer almaktadır (Çoban, 2005).

Hiperaktif çocukların dikkat problemlerinin yanı sıra yaşadıkları ikinci önemli sorun ise yıkıcı davranışlarıdır. Bu davranışlar, çocukların seilmeyen, istenmeyen kişiler haline gelerek sosyal becerilerinin gelişmesini, iletişim becerilerini ve işbirliği konusundaki başarılarını engeller. Sonuç olarak yalnız ve mutsuz bireylere dönüşmelerine sebebiyet verir. Müzik terapisi, öncelikle çocukların kendilerinin farkında olmalarını sağlarken kendilerini iyi ifade edebilmelerine ve bu sayede kendilerine olan güvenlerinin artmasına imkan sağlar (Çoban, 2005).

Öğrenme bozukluklarında sıklıkla rastladığımız saldırganlık ve kendini yaralama gibi davranış problemlerinde müzikle tedavinin etkili olduğu bilinmektedir. Müzik çocuğun iletişim yeteneğinin gelişmesine ve kendisini iyi hissetmesine yardımcı olmaktadır (Savarimuthu and Bunnell, 2002; Çoban, 2005). Buna ek olarak müzik, çocuğun kendisini ifade etmesinde aracı rolü oynar. Öğrenme bozukluğu olan 5 çocuğun 30 seanslık müzik terapisi neticesinde duygu ve düşüncelerini ifade etme becerilerinin, sosyal ilişkilere girme seviyelerinin arttığı gözlemlenmiştir (Toulon vd., 1994). Kızgınlık gibi sosyal uyumu bozan duygular müzik terapisi ile azalarak öğrenme bozukluğu olan çocuklarda beraber çalışma duygusunu güçlendirmektedir (Çoban, 2007). Öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklarda eksiklik duygusu oluşmakta ve bu durum da özgüvenlerinin azalmasına neden olmaktadır. Müzikle tedavi bu çocukların kendi insiyatiflerini kullanmalarına olanak sağlamakta ve özgüvenlerinin artmasına katkı sağlamaktadır (Nicholls). Otistik çocuklarla yapılan müzikle tedavi çalışmalarında çocukların sosyal davranışları ve ilişkilerinde düzelmeler gözlemlenmiştir. Ayrıca hareket uyumlarının ve beden algılarının da artması önemli sonuçlar arasındadır. Tüm bunlara ek olarak, dil becerilerinin ve davranışlarının müzikle tedavi sonrasında düzeldiği gözlemlenmiştir (Çoban, 2005).

Müzik terapisi ergenlerde de yüz güldüren sonuçlar vermektedir. Agresif tavırların uygun müzikle azaltılabildiği bilinmektedir. Sosyal ve duygusal alanlarda, öğrenmede güçlük yaşayan hırçın ve agresif ergenlerin çocukluk yıllarında hiperaktivite gibi davranış sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu tür 15 ergen ve kontrol grubu arasında kıyaslama yapılarak müzikle tedaviye verdikleri tepkiler araştırılmıştır. Sonuç olarak tedavi edici bir etki edilememiş ancak müzikle tedavi sayesinde yaşlılarıyla daha uygun bir biçimde etkileşime girdikleri, otonomi kazandıkları gözlemlenmiştir (Rickson and Watkins, 2003). Müziğin insan bedenine ve beynine olumlu etkilerini ortaya koyan

bir başka çalışma ise Tayvan'da uyku problemi olan ilkokul öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. 43 kız ve 43 erkek öğrenciden oluşan örneklem grubunda müziğin uyku süresini ve uyku etkinliğini düzelttiği tespit edilmiştir (Tan, 2004). Amerika'da ortaokul öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada da müzikle tedavi uygulamasında hızlı tempodaki müzikler çalışılırken hakkını arama davranışında artış tespit edilmiştir (Mills, 1996).

Müzik semantik hafızayı harekete geçirme becerisine sahiptir. Böylelikle müzik, hayalleri ortaya çıkarmaya ve çatışmaları ortadan kaldırarak düşünceleri yeniden düzenlemeye yardımcı olmaktadır (Çoban, 2005). Yapılan birçok araştırma müziğin duygudurum üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Bu bulgular uzmanları müzikle tedaviye teşvik etmektedir. ABD'de 2003 yılında transplantasyon hastaları üzerinde yapılan çalışmada, müzikle tedavi sonrasında depresyon derecesini ölçen testlerde %37 oranında azalma ortaya konmuştur (Cassileth vd., 2003). Depresyonda beynin sağ frontal bölgesinde artışa sıklıkla rastlanmaktadır. Florida'da 1999 yılında ergenlerle yapılan bir çalışmada, müzikle tedavinin beynin sağ frontal bölgesindeki aktivasyon artışını azalttığı ve bunu takiben depresyondaki hastalarda düzelme gözlemlendiği ortaya konmuştur (Johnes and Field, 1999). Nörolojik sorunları olan depresyon hastalarıyla yapılan bir başka çalışma ise müziğin olumsuz duyguları ortadan kaldırdığını belirtmiştir (Magee vd., 2002). 10 kanser hastası ile yapılan çalışmada müzik icra etme ve müziğe katılım seanslarından oluşan müzikle tedavi uygulanmış ve hastaların duygu-durumlarında olumlu değişiklikler saptanmıştır (Waldon, 2001). Literatürde yer alan bir başka bulgu da doğal, melodik, majör ve minör dizilerde neşelilik, mutluluk, ses hızı, hantallık ve inen-çıkan tempo değişiklikleri arasındaki farklar gözlenerek elde edilmiştir. Bu çalışmaya göre, yükselen tempolar alçalan tempolardan daha mutlu daha neşeli ve daha canlı bir his oluşmasına neden olmuştur (Collier vd., 2001). Bu çalışma gibi daha bir çoğu müzikle tedavinin depresyon hastaları üzerindeki etkinliğini ortaya koymakta ve depresyon tedavilerinin başarı oranını arttırmada müzik terapisinin kullanılmasını adeta zorunlu hale getirmektedir (Çoban, 2005). Müziğin hareket yeteneğini arttıran birçok bileşeni vardır. Ritim ve melodi depresyondaki kişinin hayat enerjisini harekete geçirerek kişinin motive olmasını sağlayabilmektedir. Kişi şarkı söyleme esnasında gülme, eğlenme duygularını yarattığı etki sayesinde ister istemez canlanma yaşamaktadır. Bu durum uzun süre başka

duygulanım yaşamamış bu hastaların mimik kaslarını harekete geçirerek fiziksel bir etkilenim elde edilmesine olanak sağlar. Beynin aldığı uyarıya uygun tepkiler verme eğilimi göz önünde bulundurulursa, gülme kaslarının harekete geçmesi beyinde mutluluk algısına yol açarak ilgili süreçleri harekete geçirebilmektedir (Çoban, 2005).

Hayattan zevk alamama, haz ve tat alma duygusunda azalma depresyonda görülen en temel belirtiler arasında yer almaktadır. Yapılan bir araştırmada, sol beynin ön bölgesinin hazza ulaşma ile ilişkili olduğu, sağ beynin ön bölgesinin ise elemenden kaçma ile ilişkili olduğunu düşündürülen bulgulara rastlanmıştır (Dawson vd., 1992). Sağ beyin ön bölgesinin acı veren durumlarda stresi azaltmaya yönelik olarak aktivasyon artışı gözlemlenmiştir. Diğer taraftan sol beyin ön bölgesinde haz veren olaylar karşısında aktivasyon artışı gözlenmiştir (Ankan, 1998). Gerçekleştirilen bir başka araştırmada, sol beyin ön bölgesinde majör ve hareketli ritimler sayesinde aktivasyon artışı olduğu, dolayısıyla mutlu olma ve hazza yönelme duygusunun meydana geldiği gözlenmiştir (Bela vd.). Hızlı ritimlerin sol beyin aktivasyonunu arttırdığı ayrıca kişide coşku duygusu uyandırdığı tespit edilmiştir (Bela vd.). Kişide oluşan ajitasyon ve sinirlilik duyguları için de müziğin etkili olduğu bilinmektedir. Aşırı tepkiler ve davranışlar normal çalışan bir beyin tarafından kontrol edilebilir. Ancak, özellikle depresyonda meydana gelen beynin ön bölgesindeki aktivasyon bozuklukları, davranış kontrolünde güçlük yaşanmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, teskin edici müziklerin davranış kontrolünün sağlanmasına yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır (Thayer and Faith). Literatürde yer alan bir başka önemli bulgu ise müziğin özellikle stres esnasında artış gösteren kortizol seviyesini düşürdüğüdür (Khalifa vd., 2003).

Metronom gibi işitsel uyaran tarzındaki ritimlerin verilmesi beyinde ritimle ilgili merkezlerin uyarılmasına olanak sağlamaktadır (Gillis vd., 1958). Hareketli ritimler, şizofreni hastalarında da yavaş çalışan sol ön beyin aktivasyonunu arttırmaktadır (Yamaseu vd., 2004). Şizofreni hastalarının tipik bulgularından birisi de künt duygulanım yani donuk yüz ifadeleridir. Bu nedenle müzik yüz ifadelerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilmektedir (Çoban, 2005). Bunaltısı artmış şizofreni hastalarında müzikle tedavinin etkililiğine yönelik bir çalışma yapılmış ve müziğin hastalarda kas gerginliğini giderdiği ve kaygıyı azalttığı ortaya konmuştur (Tang vd., 1994). Gruplar halinde yapılan müzikle tedavinin içe kapanma davranışı üzerinde olumlu etkiye sahip olabileceği düşünülmektedir. 1994 yılında Çin'de 76 şizofreni

hastası ile müzik dinleme ve birlikte popüler şarkılar söylemeyi içeren bir çalışma gerçekleştirilmiş ve bir ayın sonunda hastalarda içe kapanıklıkta azalma, dış uyaranlara tepki verme ve gruptaki diğer hastalarla etkileşime girmede artma tespit edilmiştir (Reker, 1991; Çoban, 2005). Çoban (2003) şizofreni hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hastaların müzikle tedavi sürecinde duruşlarının düzeldiği, göz temaslarının arttığı, yüz ifadelerinin canlandığı, motivasyonlarının, duygulanımlarının, sözel cevaplarının ve sohbete katılımlarının arttığını, kendi başlarına iş yapabilme becerilerinin arttığını belirtmiştir. Ayrıca müzik şizofreni hastaları için yabancılaşmış dış dünyayı tanınır hale getirmede etkili bir araç olarak kullanılabilir (Çoban, 2005). Şizofreni hastalarına müzik terapisinin etkilerini araştıran bir başka çalışma da 2000 yılında yapılmış ve hastalarda aşırı uyarılmışlığa bağlı olarak ortaya çıkan dikkat zayıflığı ve zihinsel beceriler üzerinde müziğin olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur (Glicksohn and Cohen, 2000; Çoban, 2005). Amerika’da gerçekleştirilen “geribildirim-müzik” çalışmasında, uygun müziğin solunum kontrolünde ve gevşemede başarıyı arttırdığı ortaya konmuştur (Fried, 1990). Olumsuz duygu uyandıran müziğin derin deri ısını arttırdığı, yüzeysel deri ısını azalttığı psikoloji öğrencileri tarafından yapılan bir araştırmada bulunmuştur (Mcfarland, 1985). Yapılan birçok klinik çalışma, müzik terapisi uygulamalarının kalp hızı ve kan basıncını kontrol etmede, gevşemede, solunum ritmi ve sayısını normale getirmede, deri ısını ve direncini düzenlemede etkili olduğunu gözler önüne sermiştir (Tan, 2004). Panik atak ve bunaltı atakları esnasında müzik, hayal kurma, dikkatin yönünü değiştirme gibi tekniklerin uygulanmasını kolaylaştırmakta ve bu sayede panik atağın süresini kısaltmaktadır (Çoban, 2005). Müziğin stres hormonlarını azalttığı, kan basıncını, solunum sayısını ve ritmini normale döndürebildiği yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır (Khalfa vd., 2003; Kneehole and Curio, 2004). Müzikle terapi esnasında çalınan müziğin ritminin, melodisinin, makamının ve enstrümanların farklı sonuçlar ortaya koyabildiği literatürde yer alan bulgulardan anlaşılabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, ney sazının viyolonsel sazına oranla daha fazla rahatlama ve zihinsel performansı olumlu etkileme gücüne sahip olduğu tespit edilmiştir (Arıkan vd., 1999).

Klasik müzik, tekno müzik ve kişilik özellikleri arasında bir karşılaştırma yapılarak sağlıklı 16 ergen üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre, tekno müziğin norepinefrin isimli mutluluk hormonunda artışa neden olduğu, klasik

müziğin ise duygusal durumun düzelmesine etki ettiği ancak hormon seviyesine etki etmediği ortaya konmuştur. Buna ek olarak dışadönüklük ve nörotiklik ile rock müzikten hoşlanma arasında bir ilişkiye rastlanamamıştır (Robinson et al., 1996).

Müzik terapisi bağımlılarda da etkin olarak kullanılmakta ve etkili sonuçlar ortaya koymaktadır. 1983 yılında yapılan bir çalışma, müzik terapisinin bağımlılıkla yüzleşme, içe çekilme, tahammül etme ve yetersizlik korkusunda azalmaya, uyumlulukta artmaya katkı sağladığını ortaya koymuştur (Silverman, 2003). Heany (1992) tarafından yapılan bir araştırma, madde bağımlılarının müzik ve sanat terapisi yaklaşımlarının diğer tedavi yöntemlerine oranla daha zevkli ve etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu tedavi yöntemlerine devamlılığın motivasyonu arttırmada rol oynadığını ortaya koymuştur (Ludwig, 1990). Yapılan bir başka çalışma ise müzik terapisi ve sanat terapisi gibi aktivitelerin alkol içme davranışı üzerinde etkili olduğu ve %30 oranında alkol tüketimini azalttığını belirtmiştir (Ludwig, 1990). Madde bağımlılığında madde kullanımı için yapılan hastane tedavisi ve rehabilitasyonun ardından kişinin bir daha madde kullanımını engellemek için günlük hayata başarılı ve sakin bir biçimde geçişine olanak tanınmasında müzik terapisinin katkısı bulunmaktadır (Çoban, 2005). 1970 yılında yapılan bir çalışmada, özellikle dini müzik, aşk türküleri, romantik şarkılar gibi tanınan ve kişinin kültürüne yakın müziklerin dinletilmesinin LSD tedavisinde oldukça etkili olduğu bulunmuştur (Silverman, 2003). Müzik, madde bağımlılarında sözel olmayan iletişimi ve paylaşım duygusunu arttırmaktadır (Silverman, 2003). Alkolizm tedavi merkezinde yapılan bir çalışmada bir müzik aleti eşliğinde şarkı söylemenin tedavideki etkinliği incelenerek, içe kapanmış alkoliklerde grup etkinliğine katılımın arttığı gözlemlenmiştir (Silverman, 2003; Çoban, 2005). Jones (1998), müzikle tedavinin duygusal ve varoluşsal açıdan kendini ifade etme, iletişim ve kendine güven üzerindeki etkilerini incelemiş ve kişilerin müzikle tedavi seansları sayesinde bir maddeye ihtiyaç duymaksızın duygularıyla başa çıkma yollarını öğrendiklerini gözlemlemiştir (Çoban, 2005). Jones (1998) tarafından yapılan bir başka çalışma ise, müzikle tedavinin bağımlıların %75 inde iyileşme için uygun bir tedavi aracı olduğunu ortaya koymuştur. Bu hastalarda sevinç, mutluluk ve zevk alma duyguları artış gösterirken, üzüntü, suçluluk, güvensizlik duygularında azalma gözlemlenmiştir (Çoban, 2005). Madde bağımlılığı tedavisinde karşılaşılan en büyük güçlüklerden bir tanesi de hastaların çalışmayı bırakma durumunda kalmaları olabilir.

Ward'a (1996) göre, madde kullanımı olanlarda müzikle tedavi çalışmayı bırakma davranışını azaltmaktadır. Madde bağımlısı suçlular üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %97'sinin müzikle tedavi görürken işlerine devam ettikleri bulunmuştur. Kendilerine güvenin oldukça azaldığı madde bağımlılarında, müzikle terapi ile kendilik kavramlarının düzeldiği belirtilmektedir (oban, 2005).



3. YÖNTEM

Bu bölümünde yapılan araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ile verilerin analizi ve yorumlanması hakkında bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, müzik terapinin psikiyatri hastalarının stres ve anksiyete düzeyleri üzerinde etkisinin olup olmadığının belirlenmesine yönelik, deneysel yöntemlerden “Tek Grup Ön Test – Son Test Modeli” kullanılmıştır.

Bu modelde hem deney öncesi (ön test) hem de deney sonrası (son test) ölçmeleri yapılmaktadır (Karasar, 2004; s.96). Modelde $O_{12} > O_{11}$ (son test puanlarının, ön test puanlarından daha büyük) olması durumunda başarının X'ten (bağımsız değişken) kaynaklandığı kabul edilir (Büyüköztürk vd., 2008). Bu araştırmada, bağımsız değişken olarak müzik terapi kullanılmıştır. Başlangıçta genel duygu-durum kontrolleri yapıldıktan sonra müzik eşliğinde koordinasyon egzersizleri, ritim egzersizleri, nefes egzersizleri, ses egzersizleri, reflex egzersizleri ve kas egzersizleri gerçekleştirilmiştir. Ardından kişinin duygu durumuna göre eser seçimi aşamasına geçilmiştir. Çalışmanın sonunda sözlü feedback alınarak kişiyi terapi sonrası da yapabilecekleri konusunda gerekli yönlendirme çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışma deseninin simgesel sunumu aşağıdaki gibidir.

Grup	Ön test	İşlem	Son test
G	O_1	X	O_2

G, işlem yapılan grubu, O_1 deney grubundan alınan ilk ölçümü, X deneysel işlemi (müzik terapi) ve O_2 ise deney grubundan alınan son ölçümü ifade etmektedir.

Şekil 1 Hastaların kaygı düzeylerinin müzik terapisi öncesi ve sonrası ölçülmesine ilişkin deney deseni

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul İlinde tedavi gören psikiyatri hastaları, araştırmanın örneklemini ise NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesinde yatan hasta birimlerinde müzik terapisine gönüllü katılan 61 hasta ile Avrasya Şizofreni Derneğinde müzik terapisine katılan 40 şizofreni hastası oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1 Örneklem grubunun demografik özelliklerine ilişkin frekans (f) ve yüzde (%) dağılımları (N=101)

Değişken	Grup	f	%
Cinsiyet	Kadın	37	36,6
	Erkek	64	63,4
Yaş	<18	9	8,9
	18-40	69	68,3
	>41	23	22,8
Tanı	Şizofreni-psikoz	52	51,5
	Bağımlılık	18	17,8
	Diğer	31	30,7

Araştırmaya katılanların %36,6'sı kadın ve kalan %63,4'ü erkektir. Örneklem grubunda yer alanların %8,9'u 18 yaşının altında, %68,3'ü 18-40 yaşlarında ve %22,8'i 41 ve üstü yaş grubunda yer almaktadır. Psikiyatri hastalarının %51,5'ine şizofreni-psikoz, %17,8'ine bağımlılık ve kalan %30,7'sine diğer bir tanı konmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, iki bölümden oluşan bir anket ile toplanmıştır. Anketin birinci bölümünde çalışmaya katılan hastaların kişisel bilgileri sorulmuştur. İkinci bölümde ise hastaların stres ve anksiyete düzeylerini ölçmek üzere 20+20 maddelik Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastaların kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanan kişisel bilgi formu toplam üç sorudan oluşmaktadır. Bu formda, araştırmaya katılanların demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş ve konulan tanı sorulmaktadır.

3.3.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'ni geliştirilen envanter ile durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı incelenmesi amaçlanmıştır. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, Öner ve Le Compte tarafından 1974-1977 yılları arasında Türkçeye uyarlanmıştır.

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, iki alt ölçekten meydana gelmekte olup, her bir ölçekte 20 adet ifade bulunmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, 1 (Hiç), 2 (Biraz), 3 (Çok) ve 4 (Tamamıyla) olmak üzere 4 puanlı bir Likert ölçeğinden oluşmaktadır. Bu ölçekte bulunan maddelerde ifade edilen duygu veya davranışların, kişi tarafından şiddetinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeği ise 1 (Hemen hiçbir zaman), 2 (Bazen), 3 (Çok zaman) ve 4 (Hemen her zaman) olmak üzere 4 puanlı bir Likert ölçeğidir. Bu ölçekteki maddelerde ifade edilen duygu ve davranışların, kişinin hayatındaki sıklık derecesi araştırılmaktadır.

Öner ve Le Compte tarafından Türkçeye uyarlanan envanterinin, Durumluk Kaygı Ölçeği'nin güvenilirlik katsayılarının (Alpha) .94 ile .96 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise .83 ile .87 arasında olduğu bulunmuştur (1998, s.11).

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan hastalardan anket (Kişisel Bilgi Formu ve Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri) yoluyla elde edilen verilerin tümü 'SPSS 17.0 for Windows' paket programı ile analize tabi tutulmuştur. Araştırmanın amacına uygun olarak, toplanan verilerle şu analizler yapılmıştır:

1. Örneklemi oluşturan hastaların demografik özelliklerini özetlemek açısından; cinsiyet, yaş ve konulan tanı değişkenlerinin frekans (*N*) ve yüzdeleri (%) hesaplanmıştır (Tablo 1).

2. Araştırmaya katılan hastaların mzık terapisi öncesi ve sonrası (n ve son test) durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla, aritmetik ortalama puanları (\bar{X}) ve standart sapma (ss) değerleri hesaplanmıştır.
3. Hastaların mzık terapisi öncesi ve sonrası (n ve son test) kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla *ilişkili gruplar t-testi* yapılmıştır.
4. Hastaların cinsiyet, yaş ve konulan tanıya bağlı olarak mzık terapisi öncesi ve sonrası (n ve son test) kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı normallik dağılımına uygun olarak, Kruskal-Wallis, *Mann-Whitney U* ve Wilcoxon testleri ile incelenmiştir.

Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık değeri, .05'ten küçük ($p < .05$) bulunduğunda bağımsız değişkelerin grupları (kategorileri) arasındaki farklılıklar "anlamlı" olarak kabul edilmiş ve sonuçlar buna göre değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümde, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ile elde edilen verilerle ele alınan amaçlar doğrultusunda yapılan istatistikî analizler yer almaktadır. Bulgular bölümün ilk alt bölümünde araştırmaya katılan hastaların ölçeklerden, ön ve son testte aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistikler incelenmiş daha sonra ise ön ve son testte aldıkları puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığı araştırılmıştır (hipotezin sınanması). Son olarak ise hastaların kaygı ölçekleri puanlarının demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır.

4.1. Kaygı Envanterine İlişkin Bulgular

4.1.1. Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 2 Hastaların, Durumluk ve Sürekli Kaygı düzeylerine ilişkin betimsel istatistikler (N=101)

Kaygı Durumu	Test	N	En Düşük	En Yüksek	Ortalama Puan (X)	Standart S. (ss)
Durumluk Kaygı	Ön Test	101	20	62	39,96	9,47
	Son Test	101	20	53	31,03	7,87
Sürekli Kaygı	Ön Test	101	21	63	41,55	9,86
	Son Test	101	20	66	39,97	10,07

Süreksiz Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 20'şer soruluk iki alt ölçekten meydana gelmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği, 1 (Hiç), 2 (Biraz), 3 (Çok) ve 4 (Tamamıyla) katılma olmak üzere 4 puanlı bir Likert ölçeğidir. Sürekli Kaygı ölçeği ise yine 4 puanlı bir Likert ölçeği olup, seçenekleri 1 (Hemen hiçbir zaman), 2 (Bazen), 3 (Çok Zaman) ve 4 (Hemen her zaman) şeklinde düzenlenmiştir.

Öner ve Le Compte uygulamalar için hazırladıkları el kitabında “Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişebilir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Uygulamalarda

saptanan ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir” demektir (Öner ve Le Compte: 1998).

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının ölçeklerden, ön ve son testlerde aldıkları ortalama puan ve standart sapma değerleri yukarıda, Tablo 2’de özetlenmiştir.

Hastaların durumluk kaygı ölçeğinden hem ön hem de son testte aldıkları ortalama puanların Öner ve Le Compte tarafından uygulamalarda bulunan sınırların içinde olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Ön test}}=39,96\pm 9,47$; $\bar{X}_{\text{Son test}}=31,03\pm 7,87$). Bu nedenle araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin normlara uygun olduğu söylenebilir. Benzer biçimde, hastaların sürekli kaygı ölçeği için bulunan ön ve son test ortalama puanlarının da Öner ve Le Compte’un uygulamalarda buldukları sınır ortalama puanlarına yakın olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Ön test}}=41,55\pm 9,86$; $\bar{X}_{\text{Son test}}=39,97\pm 10,07$). Hastaların sürekli kaygıya ait ön test puanları normların biraz üstünde çıkmıştır. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden hastaların aldıkları puanların genel olarak norm üst sınırlarında olduğu söylenebilir. Hastaların ölçek maddelerine ilişkin hesaplanan ortalama puan ve standart sapma değerleri ekler bölümünde verilmiştir.

Aşağıda hastaların durumluk ve Sürekli kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir.

4.1.2. Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinde Farklılaşmalara İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların müzik terapisi öncesi ve sonrası kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığı, ilişkili gruplar t-testi ile araştırılmış ve sonuçları aşağıda, Tablo 3’te özetlenmiştir.

Tablo 3 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası farklılaşma gösterip göstermediğine dair ilişkili gruplar t-testi (N=101)

Ölçek	Test	Betimsel İstatistikler			t-test		
		N	\bar{X}	ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı	Ön Test	101	39,96	9,47	13,09	100	0,000**
	Son Test	101	31,03	7,87			
Sürekli Kaygı	Ön Test	101	41,55	9,86	3,52	148	0,001*
	Son Test	101	39,97	10,07			

*Fark $p < .05$ ve **fark $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3’den görüleceği üzere, hastaların durumluk kaygıya ilişkin ön test ve son test puanları (kaygı düzeyleri) anlamlı bir şekilde farklıdır [$t_{(100)}=13,09$ ve $p<.001$]. Hastaların müzik terapisi sonrası durumluk kaygı düzeylerine ilişkin ortalama puanları incelendiğinde; müzik terapisi sonrası hastaların durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı bir şekilde düştüğü/azaldığı görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Ön test}}=39,96$; $\bar{X}_{\text{Son test}}=31,03$).

Yukarıdakine benzer şekilde, hastaların ön test ve son test sürekli kaygı düzeyleri de anlamlı bir şekilde farklıdır [$t_{(100)}=3,52$ ve $p<.05$]. Hastaların müzik terapisi sonrası sürekli kaygı düzeylerine ilişkin ortalama puanları incelendiğinde; müzik terapisi sonrası hastaların sürekli kaygı düzeylerinin de anlamlı bir şekilde düştüğü/azaldığı görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Ön test}}=41,55$; $\bar{X}_{\text{Son test}}=39,97$).

Özetle, psikiyatri hastalarının müzik terapisi sonrası hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı bir şekilde azaldığı/düştüğü görülmektedir. Genel anlamda hastaların durumluk kaygı düzeylerindeki düşüşün daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların müzik terapisi sonrası kaygı düzeylerinde cinsiyet, yaş ve konulan tanıya bağlı olarak anlamlı farklılaşmalar olup olmadığı aşağıda incelenmiştir.

Tablo 4 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası cinsiyet değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair bağımsız gruplar t-testi (N=101)

Kaygı Ölçeği	Cinsiyet	Betimsel İstatistikler			t-testi		
		n	\bar{X}	ss	t	sd	p
Durumluk Kaygı Ölçeği (ön-test)	Kadın	37	40,41	8,312	0,357	99	0,722
	Erkek	64	39,70	10,14			
Durumluk Kaygı Ölçeği (son-test)	Kadın	37	30,86	6,84	-0,159	99	0,874
	Erkek	64	31,13	8,452			
Sürekli Kaygı Ölçeği (ön-test)	Kadın	37	41,86	11,388	0,239	99	0,811
	Erkek	64	41,38	8,956			
Sürekli Kaygı Ölçeği (Son-test)	Kadın	37	40,54	11,137	0,431	99	0,667
	Erkek	64	39,64	9,469			

*Fark $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Çalışmaya katılan hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası cinsiyet değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediği bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiştir. Tablo 4’ten görüleceği üzere, kadın ve erkek hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında ne müzik terapisi öncesi ne de sonrasında

anlamli bir fark vardir (p>.05). Kadın ve erkek hastaların müzik terapisi öncesi ve sonrasında meydana gelen durumluk ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayıp, kaygı düzeyleri puanları birbirine oldukça yakındır.

Tablo 5 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası yaş değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=101)

Ölçek	Yaş	n	Sıra Ort.	Kruskal-Wallis test			Mann-Whitney anlamlı fark testi
				X ²	sd	p	
Durumluk Kaygı Ölçeği (ön-test)	<18	9	33,00	3,92	2	0,141	-
	18-40	69	52,01				
	>41	23	55,00				
Durumluk Kaygı Ölçeği (son-test)	<18	9	25,89	7,50	2	0,024*	<18 ile 18-40 arası <18 ile >40 arası
	18-40	69	54,25				
	>41	23	51,07				
Sürekli Kaygı Ölçeği (ön-test)	<18	9	26,67	6,83	2	0,033*	<18 ile 18-40 arası <18 ile >40 arası
	18-40	69	53,43				
	>41	23	53,22				
Sürekli Kaygı Ölçeği (son-test)	<18	9	30,33	4,93	2	0,085	-
	18-40	69	52,90				
	>41	23	53,39				

*Fark p<.05 düzeyinde anlamlıdır.

Araştırmaya katılan hastaların, kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği non-parametrik (normallik varsayımı sağlanmadığından) Kruskal-Wallis testi ile incelenmiş ve yaş değişkeninin durumluk kaygı son test (X²=7,50 ve p<.05) ile sürekli kaygı ön test (X²=6,83 ve p<.05) puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Kruskal-Wallis testi sonrası hangi yaş grupları arasında kaygı düzeyinin farklı olduğunu araştırmaya yönelik yapılan ikili Mann-Whitney testinin sonucuna göre (Tablo 5 son sütun);

- Yaşı 18 ve daha düşük olan hastaların müzik terapisi sonrası durumluk kaygı düzeyleri, yaşı 18-40 ve yaşı 40'tan daha büyük olanlardan daha düşüktür (Sıra Ortalaması <18=25,89; Sıra Ortalaması 18-40=54,25 ve Sıra Ortalaması >40=51,07).
- Benzer şekilde, yaşı 18 ve daha düşük olan hastaların müzik terapisi öncesi sürekli kaygı düzeyleri, yaşı 18-40 ve yaşı 40'tan daha büyük olanlardan daha

düşüktür (Sıra Ortalaması $<_{18}=26,67$; Sıra Ortalaması $_{18-40}=53,43$ ve Sıra Ortalaması $>_{40}=53,22$).

Tablo 6 Hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası konulan tanı değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=101)

Ölçek	Tanı	n	Sıra Ort.	Kruskal-Wallis test		
				X ²	sd	p
Durumluk Kaygı Ölçeği (ön-test)	Şizofreni-psikoz	52	54,11	1,58	2	0,454
	Bağımlılık	18	51,06			
	Diğer	31	45,76			
Durumluk Kaygı Ölçeği (son-test)	Şizofreni-psikoz	52	54,66	2,07	2	0,355
	Bağımlılık	18	43,69			
	Diğer	31	49,10			
Sürekli Kaygı Ölçeği (ön-test)	Şizofreni-psikoz	52	51,64	0,91	2	0,636
	Bağımlılık	18	45,25			
	Diğer	31	53,26			
Sürekli Kaygı Ölçeği (son-test)	Şizofreni-psikoz	52	54,23	1,81	2	0,404
	Bağımlılık	18	43,67			
	Diğer	31	49,84			

*Fark $p<0,05$ düzeyinde anlamlıdır.

Araştırmaya katılan hastaların, kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası konulan tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği non-parametrik (normallik varsayımı sağlanmadığından) Kruskal-Wallis testi ile incelenmiş ve tanı değişkeninin hastaların durumluk ve sürekli kaygı ön ve son test puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olmadığı bulunmuştur ($p.>0,05$) (Tablo 6).

5. SONUÇ

5.1. Sonuç ve Öneriler

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında sonuçlara yer verilmiş, daha sonra bu sonuçlar ile literatür ışığında son olarak bazı önerilerde bulunulmuştur.

1. Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının kaygı ölçeklerinden, durumluk kaygı ölçeğinden müzik terapisi öncesi yapılan ön ve son testlerde aldıkları ortalama puanlar Öner ve Le Compte tarafından uygulamalarda bulunan sınırların içinde oldukları bulunmuştur. Ancak bu puanlar Öner ve Le Compte'un uygulamalarda buldukları sınır ortalama puanlarının üst sınırlarındadır. Bunun en önemli nedeninin araştırmaya katılan kişilerin özelliklerinden (psikiyatri hastaları olmalarından) kaynaklandığı düşünülebilir. Yine de, araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin normlara uygun olduğu söylenebilir. Benzer biçimde, hastaların sürekli kaygı ölçeği için bulunan ön ve son test ortalama puanlarının da Öner ve Le Compte'un uygulamalarda buldukları sınır ortalama puanlarına yakın (yine üst sınıra) olduğu bulunmuştur. Bu da yine araştırmaya katılan kişilerin psikiyatri hastalarından meydana gelmesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir.
2. Araştırmanın asıl hedefi olan hipotez, “ H_1 = Müzik terapinin psikiyatri hastalarının stres ve anksiyete düzeyleri üzerinde etkisi vardır.” sınanması sonucunda psikiyatri hastalarının hem durumluk kaygıya ilişkin ön test ve son test puanları (kaygı düzeyleri) arasında sürekli kaygı ön ve son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Psikiyatri hastalarının müzik terapisi sonrası hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı bir şekilde azaldığı/düştüğü bulunduğundan H_1 hipotezinin doğru olduğu kabul edilmiştir. Bu da literatürde bulunan müzik terapi çalışmaları ile uyumlu bir

sonuçtur. Psikiyatri hastalarının özellikle durumluk kaygı düzeylerindeki düşüş oldukça yüksek olmuştur. Bunun nedeni kaygı testlerinin terapi sonrası hemen yapılmasından kaynaklanmaktadır. Sürekli kaygı düzeyinde de anlamlı bir düşüş olmakla birlikte bunun daha sonra tekrar ölçülmesi yararlı olabilir.

3. Araştırmaya katılan hastaların kaygı düzeylerinin, çeşitli demografik özelliklerine bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- **Cinsiyet Değişkenine İlişkin Sonuçlar:** Araştırmaya katılan hastaların kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası cinsiyet değişkenine göre farklılaşma gösterip göstermediği bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiş (Tablo 4) ve hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında müzik terapisi öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$). Kadın ve erkek hastaların müzik terapisi öncesi ve sonrasında meydana gelen durumluk ve kaygı düzeyleri puanları birbirine oldukça yakındır.

Yaş Değişkenine İlişkin Sonuçlar: Araştırmaya katılan hastaların, kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve yaş değişkeninin durumluk kaygı son test ile sürekli kaygı ön test puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Yaşı 18 ve daha düşük olan hastaların müzik terapisi sonrası durumluk kaygı düzeyleri ile müzik terapi öncesi sürekli kaygı düzeyleri, yaşı 18-40 ve yaşı 40'tan daha büyük olanlardan daha düşüktür.

- **Tanı Değişkenine İlişkin Sonuçlar:** Araştırmaya katılan hastaların, kaygı düzeyleri puanlarının müzik terapisi öncesi ve sonrası konulan tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p.>05$) (Tablo 6).

Yukarıdaki sonuçlar ışığında, araştırmanın hipotezinin doğrulanması da dikkate alınarak bazı önerilerin yapılabileceği düşünülmektedir. Öncelikle müzik terapinin, tehlikesiz ve yan etkisi olmayan, psikiyatri hastalarında ilaç dışında başka yardımcı modellerde kullanmak isteyen uzmanlar için cesaretlendirici bir sonucu olduğu yapılan

çalışmada anlaşılmıştır. Ancak, yapılan çalışmanın örnekleminin sınırlı olması nedeniyle daha büyük bir örneklem gruplarıyla yeni çalışmalar yapılarak sonuçların karşılaştırılması yararlı olacaktır. Bundan başka farklı tanılar konulmuş psikiyatri hastalarıyla da yeni çalışmalar yapılmasında ve bu hastaların tanıları dolayısıyla müzik terapiye verdikleri yanıtların karşılaştırılmasında fayda olacağı düşünülmektedir. Bundan başka, müziğin kültürel yanının da düşünülerek, farklı müzik türlerinde özellikle de hastaların demografik özellikleri düşünülerek farklı deneysel düzenler kurulması ve sonuçlarının karşılaştırılması, müzik terapinin etkililiğini tespit etmekte yararlı olabilir.



KAYNAKÇA

A Note on the Early Middle Ages; “Music as Medicine, The History of Music Therapy since Antiquity”, Edited by Peregrine Horden, page: 103-119.

Abikoff H, Courtney ME, Szeibel PJ, Koplewicz HS. J Learn Disabil (1996). The Effects A Auditory Stimulation on The Arithmetic Performance of children with ADHD and Nondisable Children. May; 29(3): 238-46. Division of Child and Adolescent Psychiatry, Schneider Children’s Hospital, New Hyde Park, NY 11042, USA.

Ak, A.Ş. (1997). Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları, Öz Eğitim Basım-Yayım Dağıtım Ltd. Şti., Konya.

Ak, A.Ş. “Müzikle Tedavi Tarihi” Doktora Tezi.

Akın, E. (2007). Mekanik Ventilator Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyetenin Fizyolojik Belirtilerine Etkisi.

Almerud, S., Peterson, K. (2003). Music Therapy A Complementary Treatment For Mechanically Ventilated Intensive Care Patients, Intensive and Critical Care Nursing, 19(1): 21-30.

Altınöğçek, H. (2006). Eski Yunan Medeniyetinde ve Bergama Asklepion’unda Müzikle Tedavi Uygulaması, [http://www.beethovenlives .net/eskimedeniyetindeveberg.htm](http://www.beethovenlives.net/eskimedeniyetindeveberg.htm), (Erişim tarihi: 23.02.2006).

Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı” Dördüncü Basılı (DSM-IV) (1994). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994 çeviren Köroğlu Ertuğrul, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Arıkan, M.K. (1998). “Psikiyatrik Elektrofizyoloji, Depresyon”; sf: 61-67.

Arıkan MK, Devrim M, Oran O, İnan S, Elhik M, Demiralp T. (1999). “Music Effects on event-Related Potentials of Humans on the Basis of Cultural Environment”. Neurosci Lett, 268(1): 21-4.

Anonymous. (2004). Music Therapy Reduces Pain, Australian Nursing Journal, 11(7): 37.

Asqarova S.M. (1998). Terapiya Muzıkoy, RMAPN, Moskova.

Askerova S.M. (2000). Müzik Pedagojisi ve Yaratıcılık Psikolojisi, AÜ, Eskişehir.

Askerova S.M. (2009). Deti... Muzıka... Voobrajenie... Bakü.

Babacan, S.S. (1999). “Sezeryan Sonrası Ağrı Kontrolünde İlaç Dışı Farklı İki Yöntemin (Masaj/Dokunma ve Müzik/Gevşeme) Etkilerinin Karşılaştırılarak İncelenmesi”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Programı, İzmir.

Bal, V. (2003). Şok Dalgaları ile Taş Kırma İşleminde Ağrı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Müziğin Etkisi, T.C Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
Bally, K., Campbell, D., Chesnick, K., Tranmer, J.E. Effect of Patient-Controlled Music Therapy During Coronary Angiograph on Procedural Pain and Distress Syndrome, *Critical Care Nurse*, 23: 50-57.

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

Bracefield, H., Kirk-Smith, M., Slevin, E. (2000). Music Therapy in Northern Ireland, *Journal of Learning Disabilities*, 4(1): 63-76.

Browning, C.A. (2000). Using Music During Childbirth, *Birth*, 27(4): 272-283.

Brunges, M., Avigne, G. (2003). Music Therapy for Reducing Surgical Anxiety, *AORN Journal*, 78(5): 816-818.

Building, M.G. (2001). Music As An Intervention In Hospitals, *Best Practice*, 5(4):1-6.

Burkovik, Y.,(2004). “Sosyal Fobi”, Timaş Yayınları.

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Cassileth B.R, Vickers A.J, Magill LA. (2003). “Music Therapy for Mood Disturbance during Hospitalization for Autologous Stem Cell Transplantation: A Randomized Controlled Trial.” *Cancer*. 2003 Dec 15; 98(12): 2723-9. Integrative Medicine Service, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York 10021, USA.

Chang, S.C., Chen, C.H. (2005). Effects of Music Therapy on Women’s Physiologic Measures, Anxiety, and Satisfaction During Cesarean Delivery, *Research in Nursing&Health*, 28:453-461.

Chlan, L. (2002). Integrating Nonpharmacological, Adjunctive Interventions Into Critical Care Practice: A Means To Humanize Care?, *American Journal of Critical Care*, 11: 1416.

Chlan, L.L. (2003). Description of Anxiety Levels by Individual Differences and Clinical Factors in Patients receiving Mechanical Ventilatory Support, *Heart&Lung*, 32(4):275-282.

Christian, M.A. (2006). The Positive Power of Music, *Jet*, 109 (14): 32-35.

Clark, M., Isaacks-Downton, G., Wells, N. et al. (2006). Use of Preferred Music to Reduce Emotional Distress and Symptom Activity During Radiation Therapy, *Journal of Music Therapy*, 43 (3): 247-255.

Collier WG, Hubbard TL (2006). "Musical Scales and Evaluations of Happiness and Awkwardness: Effect of Pitch, Direction and Scale Mode" .. *Am J Psychol*. 2001 Autumn; 114(3): 355-75. Department of Psychology, University of Texas at Tyler, Tyler, TX 75799, USA. wcollier@mail.uttyl.edu

Cooke, M., Chaboyer, W., Hiratos, M.A. (2005). Music and Its Effect on Anxiety in Short Waiting Periods: A Critical Appraisal, 14:145-155.

Cunningham, M.F. (1997); Introducing a Music Program in the Perioperative Area, *AORN Journal*, 66(4): 674-681.

Çam, S. (2003). Kanser Hastalarına Dinletilen Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Çetinkaya, Y. (1995). "İhvan-ı Safa da Müzik Düşüncesi", İnsan Yayınları.

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

Darrow, A. A. (2006). The Role of Music in Deaf Culture: Deaf Students' Perception of Emotion in Music, *Journal of Music Therapy*, 43(1): 1-15.

Dawson G; Klinger LG; Psnagiotides H; Hill D; Spieker S; Child Dev. "Frontal Lobe Activity and Affective Behavior of Infants of Mothers with Depressive Symptoms" ; 63: 3, 725-37, 1992.

Daykin, N., Bunt L., McClean S. (2006). Music and Healing in Cancer Care: A Survey of Supportive Care Providers, *The Arts in Psychotherapy*, 10:1016.

Elliott, R., Wright, L. (1999). Verbal Communication: What Do Critical Care Nurses Say To Their Unconscious or Sedated Patients?, *Journal of Advanced Nursing*, 29(6): 1412-1424.

Esch, T., Guarna, M., Bianchi, E. et al. (2004). Commonalities in the Central Nervous System's Involvement with Complementary Medical Therapies: Limbic Morphinerpic Processes, *Med Sci Monit*, 10(6): 6-17.

"Eski Türklerde Müzik İle Tedavi", http://www.tumata.com/muzikle_tedavi.html, (Erişim tarihi:23.02.2006).

Evans, D. (2002). The Effectiveness of Music as an Intervention for Hospital Patients:: A Systematic Review, 37(1): 8-18.

Frederiksen, B. V. (2003). "Analysis of Musical Improvisations to Understand and Work with elements of Resistance in a Client with Anorexia Nervosa" , Britta Vinkler Frederiksen, Aalborg University, Clinical Application of Music Therapy in Psychiatry; Edited by Tony Wigram and Jos De Backer, 2003, page:211-232.

Foley, J., Lipe, A. (2004). Music Therapy Model Demonstration Program For Adult Day Healthcare, The Gerontologist, 44(1): 244.

"Frequently Asked Questions Aboutt Music Therapy", [http : //www. musictherapy.org](http://www.musictherapy.org), (Erişim tarihi: 20.02.2006).

Fried R. (1990). "Integrating Music in Breathing Training and Relaxation: I. Background, Rationale, and Relevant Elements, Biofeedback Self Regul". 1990 Jun; 15(2): 161-9. Institute for Rational Emotive Therapy, New York.

Gallagher, L.M., Lagman, R., Walsh, D. Et all. (2005). The Clinical Effects of Music Therapy in Palliative Medicine,Support Care Cancer.

Gentilcore, D., Ritualized Illnes and Music Therapy: Vşews of Tarantism in the Kingdom of Naples, "Music as Medicine, The History of Music Therapy since Antiquity" , Edited By Peregrine Horden, page: 255-272.

Gfeller K. E., "Music: A Human Phenomenon and Therapeutic Tool" , An Introduction to Music Therapy Theory and Practice, Second Edition, William B. Davis, page: 25-56.

Gillis, A., Lascelles, CF., Crone, N. (1966). "A Comparison of Rhythmic and Non-Rhythmic Music in Chronic Schizophrenia" . Am J Psychiatry. 1958 Jun; 114(12): 1111-2. PMID: 13533651 (PubMed - OLDMEDLINE for Pre 1966).

Glicksohn J, Cohen Y. (2000). "Can Music Alleviate Cognitive Dysfunction in Schizophrenia?" Psychopathology. Jan-Feb; 33(1):43-7. Department of Criminology, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel. chanita@bgumail.bgu.ac.il.

Gouk P., Music, Melancholy, and Medical Spirits in Early Modern Thought, "Music and Medicine, The History of Music Therapy since Antiquity" , Edited by Peregrine Horden, page: 173-194.

Grebene, B. (1978). "Müzikle Tedavi" , Güven Kitapevi Yayınları, Ankara.

"Heart Rhythms Helped with Music Therapy", <http://www.meridianhealth.com/rmc.cfm>, (Erişim Tarihi: 06.01.2006).

"Hemşirelikte Kişilerarası İlişkileri Etkileyen Temel Kavramlar" <http://www.aof.edu.tr/kitap/EHSM/208/unite>, (Erişim tarihi: 14.03.2006).

Jenkins, J.J. (2001). The Mozart Effect, Journal of the Royal Society of Medicine, 94:170-172.

Jewish and Muslim Traditions of Music Therapy; “Music as Medicine, The History of Music Therapy since Antiquity” , Edited by Peregrine Horden, page: 69-83.

Jones NA, Field T. (1999). “Massage and Music Therapies Attenuate Frontal EEG Asymmetry in Depressed Adolescents” . *Adolescence*. Fall; 34(135): 529-34. Florida Atlantic University. Jupiter 33458, USA.

Julian F. Thayer and Meredith L. Faith, National, “A Dynamic Model of Musically Induced Emotions, Psychological and Self- Report Evidence” , Institute on Aging, National Institute of Health, Baltimore, Maryland 21224, USA.

Kaplan and Sadock, “Comprehensive Textbook of Psychiatry”, Seventh Edition.

Karasar, N. (2004). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

Kaygısız, M. (1999). “Müzik Tarihi” , *Başlangıcından Günümüze Müziğin Evrimi; Kaynak Yayınları*, sayfa: 55-16.

Khalfa S, Bella SD, Roy M, Peretz I, Lupien SJ. (2003). “Effects of Relaxing Music on Salivary Cortisol Level After Psychological Stress”. *Ann N Y Acad Sci*. Nov; 999:374-6. INSERM EMI-U 9926, Universite de la Mediterranee, Faculte de Medecine Timone, 13385 Marseille cedex 05, France. skhalfa@skhalfa.com

Kneehole G, Curio G, *Neuroreport*, (2004) ” Does familiarity facilitate the Cortical Processing of Music Sounds? *Nov 15;15(16): 2471-2475*. Neurophysics Group, Department of Neurology and Clinical Neurophysiology, Campus Benjamin Franklin, Charite- University Medicine Berlin, Hindenburgdamm 30, 12300 Berlin; Department of Neurosurgery, Friedrich- Wilhekm-Universitat, Sigmund-Freud-Strasse 25, 53105 Bonn, Germany.

Lai, H.L., Good, M. (2006). Music Improves Sleep Quality in Older Adults, *Journal Of Advanced Nursing*, 53(1): 134-146.

Lefevre, M. (2004). Playing with Sound: The Therapeutic Use of Music in Direct Work with Children, *Child and Family Social Work*, 9: 333-345.

Lim, P.H., Locsin, R. (2006). Music As Nursing intervention for Pain in Five Asian Countries, *International Council of Nurses*, 53: 189-196.

Lou, M.F. (2001). The Use of Music to Decrease Agitated Behaviour of The demented Elderly: The State of The Science, *Scand J Caring Sci*, 15: 165173.

Ludwig AM., *Br. J. Addict.*(1990) “Alcohol Input and Creative Output” . Jul; 85(7): 95363. Department of Psychiatry, University of Kentucky Medical Center, Lexington 40536.

Lüdtke, K., Tarantism in Contemporary Italy: The Tarantula's Dance Reviewed and Revived, "Music as Medicine, The History of Music Therapy since Antiquity" , Edited By Peregrine Horden, page: 293-312.

Magee WL, Davidson JW. (2002). "The Effect of Music Therapy on Mood States in Neurological Patients: A Pilot Study" . J Music Ther. Spring; 39(1): 20-9. Music Therapy Department, Royal Hospital for Neuro-disability, West Hill, London, UK.

McFarland RA. (1985). Relationship of Skin Temperature Changes to the Emotions Accompanying music. Biofeedback Self Regul. Sep; 10(3):225-67.

McCaffrey, R.G., Good, M. (2000). The Lived Experience of Listening to Music While Recovering From Surgery, Journal of Holistic Nursing, 18:4, 378-390.

"Mekanik Ventilasyonun Tarihsel Gelişimi", http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/mekanik_ventilasyon, (Erişim tarihi:10.03.2006).

Metzger, L. (2004). Assessment of Use of Music by Patints Participating in Cardiac Rehabilitation, Journal of Music Therapy, 41(1): 55.69.

Mills, BD. (1996). "Effects of Music on Assertive Behavior during Exercise by Middle-School Age Students". Percept Mot Skills. Oct; 83(2): 423-6. United States Sports Academy, Daphne, Alabama 36526, USA. academy@ussa-sport.ussa.

"Music as Medicine", <http://www.prevention.com>, (Erişim Tarihi: 18.01.2006).

Music Therapy in Antiquity, Martin West; "Music as Medicine, The History of Music Therapy since Antiquity" , Edited by Peregrine Horden, page: 51-68.

Öner, N. Ve Le Compte, A. (1998). *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı* (2. baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Paul, S., Ramsey, D. (2000). Music Therapy in Physical Medicine and Rehabilitation, Australia Occupational Therapy Journal, 47:111 -118.

Pratt, R.R. (2004); Art, Dance and Music Therapy, Phys Med Rehabil Clin N AM, 15(4): 827-41.

Reker T. (19919. Psychiate Prax., (Music Therapy Evaluated By Schizophrenic Patients) (Article in German) Nov; 18(6): 216-21. Klinik for Psychiatrie, Universitat Munster.

Rickson DJ, Warkins WG. (2003). Music Ther. Music Therapy to Promote Prosocial Behaviors İn Aggressive Adolescent Boys — A Pilot Study. Winter; 40(4): 283-301. Halswell Residential College, Christ Church, New Zealand. ricksons@xtra.co.nz

Roberts, B., Chaboyer, W. (2004). Patients' Dreams and Unreal Experiences Following Intensive Care Unit Admission, British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care, 9(4):173-180.

Robinson TO, Weaver JB, Zillmann D. (1996). "Exploring the Relation between Personality and the Appreciation of Rock Music" Psychol Rep. Feb; 78(1): 259-69. University of Kentucky, USA.

Ruud, E. (1997). Music and Quality of Life, Nordic Journal of Music Therapy, 6(2): 86.

Salamon, E., Bernstein, S.B., Kim, S.A. et al. (2003). The Effects of Auditory Perception and Musical Preference on Anxiety in Naive Human Subjects, Med Sci Monit, 9(9): 396-399.

Sausser, S., Waller, R.J. (2005). A Models for Music Therapy with Students with Emotional and Behavioral Disorders, The Arts in Psychotherapy,

Savarimuthu D., Bunnell T. (2002). "The Effects of Music on Clients with Learning Disabilities: A Literature Review" . Complement The Nurse (NURSERY) Midwifery, 2002 Aug; 8(3): 160-5. School of Nursing, Faculty of Health, University of Hull, UK. savdarren@hotmail.com

Schmid, W., Aldridge, D. (2004). Active Music Therapy in the Teratment of Multiple Sclerosis Patients: A Matched Control Study, Journal of Music Therapy, 41(3): 225-240.

Scouarnec, R-P., Poirier, R-M., Owens, J. et al. (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.

S. Dalla Bela, I. Peretz, L. Rousseau, N. Gosselin, J. Ayotte, and A. Lavoie. "Development of the Happy-Sad Distinction in Music Appreciation; Does Tempo Emerge Earlier Than Mode?", Department of Psychology, University of Montreal, Quebec, Canada.

Sekeles C. (2005). Report from the European Music Therapy Confederation (EMTC), The Arts in Psychotherapy, 32: 225-229.

Shamanism, Music, and Soul Train, "Music as Medicine, The History of Music Therapy since Antiquity" , Edited by Peregrine Horden, page: 353-374

Silverman MJ. (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, m 43(2): 111-122.

Tamer, T. (2000). Müziğin İnsan Yaşamı Üzerine Etkileri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Sanat Eseri Çalışma Raporu, Ankara.

Tan, O. (2004) “Takıntılar, Vaka Örnekleri ve Tedavi Yöntemleri” ,Timaş Yayınları.

Tan I.P. (2004) “The Effects of Background Music on Quality of Sleep in Elementary School Children” , J Music Ther. Summer; 41(2): 128-50.

Tang W, Yan X, Zheng Z. (1994). “Rehabilitative Effect of MusicTherapy for Residual Schizophrenia. A One-Month Randomized Controlled Trial in Shanghai” . Br J Psychiatry Suppl, Aug; (24): 38-44. Rehabilitation Department, Shanghai City Mental Health Centre, PRC.

Thaut, M.H. (2005). The Future of Music in Therapy and Medicine, Ann.N.Y.Acad.Sci, 1060: 303-308.

Tjellesen, D.G., Yurkovich, E.E., Gragert, M. (2001). Use of Music Therapy and Other ITNIs in Acute Care, Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 39(10):26-37.

Tony W. and Jos De B. (2003). “Music Therapy as Holding and Re-Organizing Work with Schizophrenic and Psychotic Patients”, Inge Nygaard Pedersen, Clinical Application of Music Therapy in Psychiatry, page: 24-44.

Toulon PG, Coleman SY. J. (1994).“Music Therapy a Description of Process: Engagement and Avoidance in Five People with Learning Disabilities” . Intellect Disable Res. Aug. 38(Pt 4): 433-44. Department of Music & Art Therapies, Prudoe Hospital, Northumberland, England.

Tuulia Nicholls, “Could I Play a Different Role?” Group Music Therapy with Severely Learning Disabled Adolescents, Music Therapy and Group Work Sound Company Edited by Alison Davies and Eleanor Richards, page: 231-244.

Varol, H.Ş. (1998). Sedatif Müziğin Preoperatif Kaygı Düzeyine, İntraoperatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisinin İncelenmesi, E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi), İzmir.

Waldon EG. (2001). “The Effect of Music Therapy on Mood States and Cohesiveness in Adult Oncology Patients” . J Music Ther. Fall; 38(3): 212-38. University of the Pacific.

Watson, T., Vickers, L., “A Music and Art Therapy Group for People with Learning Disabilities”. Music Therapy and Group Work Sound Company Edited by Alison Davies and Eleanor Richards, page: 231-244.

“What is Music Therapy?”, <http://www.wcmusic.org/MusicTherapy.htm>. (Erişim Tarihi: 20.02.2006).

Wilkins, M., Moore, M. (2004). Music Intervention In The Intensive Care Unit: A Complementary Therapy To Improve Patient Outcomes, *Evidence-Based Nursing*, 7:103-104.

Yamasue H, Iwanami A, Hirayasu Y, Yamada H, Abe O, Kuroki N, Fukuda R, Tsujii K, Aoki S, Ohtomo K, Kato N, Kasai K. (2004). "Localized Volume Reduction in Prefrontal, Temporolimbic, and Paralimbic Regions in Schizophrenia: An MRI Parcellation Study". *Psychiatry Res. Sep 15; 131(3): 195-207*. Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo, Tokyo 113-8655, Japan.

Yiğitbaşı, S.M. (1972). "Musiki ile Tedavi" Yelken Matbaası.



EKLER

Ek-1 Kaygı Envanteri Ölçeklerine ait madde bazında betimsel istatistikler

		Hastaların Kaygı Envanteri Ölçeklerine ilişkin betimsel istatistikler (N=101)			
Ölçek	Maddeler	Ön Test		Son Test	
		\bar{X}	ss	\bar{X}	ss
DURUMLUK KAYGI	1. Şu anda sakinim	2,74	0,82	3,45	0,67
	2. Kendimi emniyette hissediyorum	3,20	0,83	3,32	0,80
	3. Su anda sınırlarım gergin	1,52	0,73	1,15	0,54
	4. Pişmanlık duygusu içindeyim	1,62	0,88	1,41	0,85
	5. Şu anda huzur içindeyim	2,32	0,95	3,01	0,96
	6. Şu anda hiç keyfim yok	1,83	0,84	1,24	0,47
	7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1,55	0,87	1,51	0,84
	8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	2,52	0,90	3,16	0,92
	9. Şu anda kaygılıyım	1,80	0,93	1,31	0,54
	10. Kendimi rahat hissediyorum	2,57	0,96	3,24	0,74
	11. Kendime güvenim var	2,92	0,86	3,08	0,92
	12. Şu anda asabım bozuk	1,56	0,77	1,21	0,52
	13. Çok sinirliyim	1,37	0,75	1,15	0,50
	14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	1,54	0,84	1,21	0,57
	15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	2,36	0,82	3,17	0,79
	16. Şu anda halimden memnunum	2,50	0,92	3,03	0,73
	17. Şu anda endişeliyim	1,55	0,67	1,25	0,46
	18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1,33	0,67	1,40	0,83
	19. Şu anda sevinçliyim	2,22	0,87	2,96	0,79
	20. Şu anda keyfim yerinde.	2,39	0,87	3,39	0,63
SÜREKLİ KAYGI	21. Genellikle keyfim yerindedir	2,54	0,76	2,78	0,88
	22. Genellikle çabuk yorulurum	2,12	0,90	2,06	0,81
	23. Genellikle kolay ağlarım	1,96	0,86	2,03	0,89
	24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	2,38	1,07	2,47	1,06
	25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	1,87	0,74	1,74	0,69
	26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	2,59	0,84	3,23	0,79
	27. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	2,82	0,88	2,74	0,93
	28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1,92	0,83	1,76	0,90
	29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1,99	0,74	1,88	0,82
	30. Genellikle mutluyum	2,49	0,91	2,84	0,88
	31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1,93	0,80	1,95	0,82
	32. Genellikle kendime güvenim yoktur	1,62	0,77	1,58	0,65
	33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim	2,89	0,76	3,05	0,77
	34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	2,03	0,79	2,18	0,88
	35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	1,88	0,74	1,91	0,76
	36. Genellikle hayatımdan memnunum	2,76	0,92	2,93	0,80
	37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1,95	0,81	1,86	0,87
	38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1,98	0,99	2,09	0,99
	39. Aklı başında ve kararlı bir insanım	3,19	0,76	3,04	0,69
	40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	2,21	0,94	2,07	0,92

Ek-2 Anket

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLANMASI

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise

(1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerden örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla.

Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

PUANLARIN YORUMLANMASI

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Konya, 1986 doğumlu.

Eğitim Durumu:

Yüksek Lisans : 2012-2014 (tez aşamasında); Üsküdar Üniversitesi, Uygulamalı Psikoloji (tezli)
Yüksek Lisans : 2011-2012; Ufuk Üniversitesi, İnsan Kaynakları Yönetimi (3.70)
Üniversite : 2004-2009; Atılım Üniversitesi, Psikoloji (3.17)
Lise : 2001-2004; Selçuklu Anadolu Lisesi.

Yabancı Dil(ler):

İngilizce (iyi derecede).

İş Deneyimi:

Kurum: HTA Nöropsikiyatri Merkezi (01.05.2013- devam ediyor).
Görev : Uzman Psikolog & Ölçme Değerlendirme Uzmanı
Kurum: Madalyon Psikiyatri Merkezi (01.10.2011-01.08.2012)
Görev : Merkez Müdürü & Psikolog
Kurum: Jale Tezer Koleji (20.04.2011-30.09.2011)
Görev : Psikolog
Kurum: Etkin Performans Merkezi (01.04.2010-01.01.2011)
Görev : Psikolog

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

İş hayatında kadın ve kadın & erkeğe karşı olan tutumlar (makale)