

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ TANISI ALAN HASTALARIN VE BAKIM
VERENLERİNİN TRANSAKSİYONEL ANALİZ EGO
DURUMLARI İLE YAŞAM POZİSYONLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Öğrencinin

Adı SOYADI

Gülnur BİLGİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ TANISI ALAN HASTALARIN VE BAKIM
VERENLERİNİN TRANSAKSİYONEL ANALİZ EGO
DURUMLARI İLE YAŞAM POZİSYONLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Gölnur BİLGİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında y¼ksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. .../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Sibel ASİ KARAKAş
Atat¼rk Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri üyeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Gölnur BİLGİ

İmza

Saliha HALLAÇ

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her aşamada yanımda olan, destek veren, beni motive eden, öğreten, bilgi ve tecrübesiyle bana farklı bakış açısı katan, bana ışık olan, duruşuyla ve hayata bakış açısıyla bana her zaman örnek olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca katkılarını esirgemeyen bilgisiyle katkı veren başta program koordinatörü Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU ve diğer tüm hocalarıma,

Tezimin istatistik aşamasında destek olan Sayın Doç. Dr. Kemal Hakan GÜLKESEN'e ve Ömer KAPLAN'a

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde samimi ve açık bir şekilde deneyimlerini paylaşarak desteğini hep hissettiğim Arş. Gör. Yeliz KARAÇAR'a,

Tez sürecinde iş birliği içinde olduğum Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri ekibindeki psikolog, doktor ve hemşire meslektaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden, değerli vakitlerini bana ayıran tüm şizofreni tanısı alan hastalar ve primer bakım verenlerine,

Tüm hayatım boyunca üzerimden desteklerini esirgemeyen, her daim yanımda olan, yol gösteren, tezimin ortaya çıkış aşamasında benimle her zorluğu birlikte göğüsleyen, beni bu günlere getiren, hiç bir emeğini üzerimden esirgemeyen, azimlerine ve hayat mücadelelerine hayran olduğum, haklarını asla ödeyemeyeceğim, seçtiğim her yolda her daim yanımda olan, en değerli varlığım canım babam Ahmet BİLGİ, annem Zahide BİLGİ ve kardeşim Mahmut BİLGİ' ye teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Şizofreni tanısı alan hastaların ve bakım verenlerinin ego durumları ve yaşam pozisyonları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ilişkisel tiptedir. Araştırmanın örneklemini Şubat 2021-Mart 2022 tarihleri arasında, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliğine başvuran 90 şizofreni tanısı alan hasta ve 90 primer bakım vereni oluşturmuştur. Veriler Hastalar İçin Kişisel Bilgi Formu, Bakım Verenler İçin Kişisel Bilgi Formu, Ego Durumları Ölçeği ve Yaşam Pozisyonları Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler SPSS 26 ile değerlendirilmiş, ortalama, t testi, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların, koruyucu anne baba ego durumu ve ben iyiyim yaşam pozisyonu; bakım verenlerin, yetişkin ego durumu puanı ve ben iyiyim yaşam pozisyonu puanı en yüksek değere sahiptir. Hastaların eleştirel anne baba ego durumları ile ben iyiyim yaşam pozisyonları arasında; bakım verenlerin yaşam pozisyonu ölçeği puanı ile duygulu çocuk yaşam pozisyonu puanı arasında; hastaların yetişkin ego durumu puanı ile bakım verenlerin eleştirel anne baba ego durumu puanı arasında negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastalar ve bakım verenlerin yaşam pozisyonları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Sonuç: Hastaların, koruyucu anne baba ego durumu ve ben iyiyim yaşam pozisyonu; bakım verenlerin, yetişkin ego durumu ve ben iyiyim yaşam pozisyonu baskındır. Bakım verenlerin eleştirel anne baba egosu baskın olduğunda hastaların yetişkin ego durumu zayıflamaktadır. Hastalar ve bakım verenler arasında yaşam pozisyonları açısından herhangi bir anlamlı ilişki yoktur. Bu sonuçlara göre psikiyatri hemşirelerinin hastaların ve bakım verenlerin ego durumu, yaşam pozisyonları ve aralarındaki ilişkiyi tanıma ve geliştirmeye yönelik bu araştırmanın verilerini kullanmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ego durumu, psikiyatri hemşireliği, şizofreni, transaksiyonel analiz, yaşam pozisyonu,

ABSTRACT

Purpose: Investigating the relationship between transactional analysis ego states and the life positions of patients that were diagnosed with schizophrenia and their caregivers.

Method: The study has descriptive relational type. The study was conducted between February 2021 and March 2022 on 90 patients that were diagnosed with schizophrenia at psychiatry polyclinic of Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital and their 90 primary caregivers. Data was collected using Personal Information Form for Patients, Personal Information Form for Caregivers, Ego States Scale, and Life Positions Scale. Data was assessed using SPSS 26 and analyzed with mean, t test, one-way analysis of variance, and Pearson correlation analysis.

Findings: The nurturing parent state and I am OK life position of patients; adult ego state score and I am OK life position score of caregivers have the highest value. There is a negative relationship between the critical parent ego state and I am OK life positions of patients; scores on the life position scale and the adapted child life position scores of caregivers; adult ego state scores of patients and critical parent ego state scores of caregivers ($p<0.05$). There is no significant relationship between life positions of patients and caregivers ($p>0.05$).

Result: Protective ego states and I am OK life positions of patients; adult ego states and I am OK life positions of caregivers are dominant. When critical parent ego of caregivers is dominant, adult ego states of patients weaken. There is no significant relationship between patients and caregivers in terms of their life positions. According to these results, psychiatry nurses are recommended to use data of this study on recognizing and improving ego states, life positions of patients and caregivers and the relationship between them.

Keywords: ego state, psychiatry nursing, schizophrenia, transactional analysis, life position

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şizofreni.....	3
2.1.1. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma.....	3
2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. Şizofreninin Etyolojisi	4
2.1.4. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış	10
2.1.5. Şizofrenide Tedavi.....	10
2.2. Şizofrenide Bakım Veren Kavramı	11
2.3. Transaksiyonel Analiz Kuramı Ego Durumları	13
2.3.1. Yapısal Analize Göre Ego Durumları.....	15
2.3.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları.....	17
2.3.3. Ego Durumlarını Tanılama.....	21
2.3.4. Ego Durumlarının Yapısal Özellikleri.....	25
2.3.5. Sabitlik Hipotezi ve Egogram	28
2.4. Transaksiyonlar	30

2.4.1. Tamamlayıcı Transaksiyonlar	30
2.4.2. Kapalı Transaksiyonlar	31
2.4.3. Gizli (Çapraz) Transaksiyonlar	32
2.4.4. Temas İletileri.....	34
2.5. Yaşam Pozisyonları	34
2.5.1. Ben OKEY'im- Sen OKEY'sin.....	35
2.5.2. Ben OKEY'im- Sen OKEY Değilsin	35
2.5.3. Ben OKEY Değilim- Sen OKEY'sin	36
2.5.4. Ben OKEY Değilim- Sen OKEY Değilsin	36
2.5.5. Zamanı Yapılandırma	37
2.6. Şizofreni, Ego Durumları, Yaşam Pozisyonları ve Psikiyatri Hemşireliği.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Tipi	43
3.2. Araştırmanın Soruları	43
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	43
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	44
3.4.1. Hastalar İçin Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri.....	44
3.4.2. Hastalar İçin Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	44
3.4.3. Bakım Verenler İçin Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri.....	45
3.4.4. Bakım Verenler İçin Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	45
3.4.5. Araştırmanın Gücü.....	45
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	45
3.4.6. Hastalar İçin Bağımlı Değişkenler.....	45
3.4.7. Hastalar İçin Bağımsız Değişkenler	45

3.4.8. Bakım Verenler İçin Bağımlı Değişkenler.....	45
3.4.9. Bakım Verenler İçin Bağımsız Değişkenler.....	46
3.5. Verilerin Toplanması.....	49
3.5.1. Hastalar İçin Kişisel Bilgi Formu.....	49
3.5.2. Bakım Verenler İçin Kişisel Bilgi Formu.....	49
3.5.3. Ego Durumları Ölçeği.....	50
3.5.4. Yaşam Pozisyonları Ölçeği.....	51
3.6. Ön Uygulama.....	52
3.7. Verilerin Analiz ve Değerlendirilmesi.....	52
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	53
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	53
4. BULGULAR.....	54
4.1. Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Ego Durumları, Yaşam Pozisyonları, Ego Durumları Ve Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişki.....	54
4.2. Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Primer Bakım Verenlerinin Ego Durumları, Yaşam Pozisyonları, Ego Durumları Ve Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişki.....	56
4.3. Şizofreni Tanısı Alan Hastalar İle Primer Bakım Verenlerinin Ego Durumları Ve Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişki.....	58
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	69
KAYNAKLAR.....	71
EKLER.....	80
EK 1. HASTALAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU	

EK 2. BAKIM VERENLER İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU	
EK 3. EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ	
EK 4. YAŞAM POZİSYONLARI ÖLÇEĞİ	
EK 5. HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	
EK 6. BAKIM VERENLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	
EK 7. EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI	
EK 8. YAŞAM POZİSYONLARI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI	
EK 9. ETİK KURUL KARARI	
EK 10. KURUM İZİN YAZISI	
ÖZGEÇMİŞ	93

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa No
Tablo 3.1.	Hastalara ilişkin kişisel bilgilerin dağılımı	46
Tablo 3.2.	Bakım verene ilişkin kişisel bilgilerin dağılımı	48
Tablo 4.1.	Hastaların ego durumları ve yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanları	54
Tablo 4.2.	Hastaların ego durumları ölçeği ile yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki	55
Tablo 4.3.	Bakım verenlerin ego durumları ve yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları	56
Tablo 4.4.	Bakım verenlerin ego durumları ölçeği ile yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki	57
Tablo 4.5.	Hastaların ego durumları ölçeği alt boyut puanları ile bakım verenlerin ego durumları ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki	58
Tablo 4.6.	Hastaların yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları ile bakım verenlerin yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki	59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa No
Şekil 2.1.	Ego durumları yapısal diagram 16
Şekil 2.2.	Fonksiyonel analize göre ego durumları sembolizasyonu 19
Şekil 2.3.	Kişiliğin işlevsel analizi bakımından ego durumları 20
Şekil 2.4.	Ego durumlarını tanılama için davranışsal ipuçları 24
Şekil 2.5.	Ego durumlarında bulaşma 27
Şekil 2.6.	Ego durumlarında dışlama 28
Şekil 2.7.	Çan eğrisi biçimli egogram 29
Şekil 2.8.	Birinci düzey tamamlayıcı transaksyon 31
Şekil 2.9.	Birinci düzey kapalı transaksyon 31
Şekil 2.10.	Gizli (çapraz) transaksyonlar 32
Şekil 2.11.	Gizli (çapraz) transaksyonlar 33
Şekil 2.12.	Gizli (çapraz) transaksyonlar 33
Şekil 2.13.	Zamanı yapılandırma piramidi 37

SİMGELER ve KISALTMALAR

BVİKBF:	Bakım Verenler İçin Kişisel Bilgi Formu
Ç:	Çocuk
DÇ:	Doğal Çocuk
DSM-V:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -V
E:	Ebeveyn
EAB:	Eleştirel Anne Baba
EDO:	Ego Durumları Ölçeği
EE:	Eleştirel Anne Baba
HKBF:	Hastalar İçin Kişisel Bilgi Formu
ICD:	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
KAb:	Koruyucu/Besleyici Anne Baba
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
TA:	Transaksiyonel Analiz
UÇ:	Uygulu Çocuk
Y:	Yetişkin
YPO:	Yaşam Pozisyonları Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kronik ruhsal hastalıklar içerisinde önemli bir yer tutan şizofreni, beynin en ciddi işlevlerinden biri olan davranış, duygu ve düşünce alanında bozulma olması nedeniyle, bireyin genel olarak yaşamını, kişisel bakım aktivitelerini ve sorumluklarını yerine getirme becerisini, insanlarla ilişkisini ve sosyalizasyonunu ciddi anlamda etkileyen bir bozukluktur (Yavuz, 2008; Saunders'den Akt. Bademli ve Duman, 2013; Uluşahin ve Öztürk, 2014). Herhangi bir zaman aralığında şizofreni tanısı almış olan bireylerin toplumdaki nokta yaygınlığı %0.21-0.7 arasındadır. Yaşam boyu yaygınlığı %0.4 bulunmuştur (Yıldırım ve Özçelik, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Özellikle çoklu etiyolojik faktörler olmakla birlikte şizofrenide hastanın aile gibi yakın ilişki kurduğu çevresi tarafından olumsuz duygularla ya da düşüncelerle kurulan iletişimin bireyin bilgi işleme süreçlerini ve hastanın benliğini olumsuz etkileyerek hastalığa neden olduğu (aşırı duygu dışı vurumu varsayımı) öne sürülmektedir (Uluşahin ve Öztürk, 2014). Bu durumun aile ve yakın çevre içindeki etkileşimlerin niteliğinde ve işlevsellikte çoğu kez belirleyici bir rol oynadığı düşünülmektedir (Yüksel, 2007). Şizofreni tanısı almış olan hastalarda bakım verenleri ile olan etkileşimlerinde aşırı duygu dışavurumuna ve duygusal/eleştirel olarak müdahaleye maruz kaldıklarında stres düzeylerinin (Cutting, Aekre ve Docherty, 2006) ve prognozun kötüye gitmesinin (Hooley, 2007) daha yüksek olduğunu belirtilmektedir. Yanısıra hastalara yönelik yapılan suçlayıcı ve kontrol edici davranışların bakım verenlerde aşırı duygu dışavurumunu yordadığı bulunmuştur (Dominguez- Martinez ve ark., 2017). Bu anlamda hastaların özellikle yakın çevresi, ailesi ve primer bakım vereni ile ilişkileri, etkileşimleri ve yaşantıları bu gereksinimi karşılamada daha anlamlı ve önemli hale gelmektedir. Kişilerarası ilişkilerde ve hastanın benliğinde ortaya çıkan bu zorlanmalar içe çekilmeyi artırabilir, etkileşim süreci içerisinde meydana gelen sözel ve sözel olmayan uyaranları algılama ve yorumlamada bozulmaya neden olarak hastanın etkileşiminde kullanacağı ego durumlarını belirleyici olabilir. Ergene (2019)'nin çalışmasında bipolar bozukluk tanısı alan hastaların aileleri ile olan etkileşimlerinde sırasıyla çok koruyucu ebeveyn, doğal

çocuk, uygulu çocuk, yetişkin ve en az eleştirel ebeveyn ego durumunun kullanıldığı saptanmıştır.

Kişinin benliğinin bir yansıması şeklinde ortaya çıkan ego durumları bireyin çevresi ile ilişkileri sonucunda belirli bir zaman diliminde oluşan davranış, düşünce ve duygularla bağlantılıdır (Berne, 1996; Ergene, 2019). Berne, şizofreninin temel belirleyicisinin ebeveyn tutumu olduğunu belirtmektedir ve ebeveyn dışlamasının şiddetinin arttıkça daha fazla şizofreni semptomunun ortaya çıkacağını belirtmiştir (Berne, 1996; Malleque, 2021). Bireylerin aile ortamında tanıştıkları ebeveyn ego durumları, çocuk ego durumlarını anlamalarına yardımcı olurken aynı zamanda ortaya varoluşsal sorunlara, kafa karışıklıklarına ya da öznel yabancılaşmaya neden olmaktadır. Böylece bireyin kendi benliğini görmezden gelmesiyle şizofreni oluşmaktadır (Berne, 1996; Malleque, 2021). Ego durumlarıyla birlikte temel olarak psikolojik durumu anlatan yaşam pozisyonları, bireyin başkasına ve kendisine yönelik görüşlerinin yanında bireyin seçimlerini, kararlarını, eylemlerini gerekçelendirmek amacıyla kullandığı başkaları ve kendisiyle ilgili geliştirdiği anlayıştır. İnsan, çevresi ile kurduğu ilişkileri sonucunda çevresini ve kendini algılama biçimine yönelik varoluşsal anlamda yaşam pozisyonu oluşturmaktadır (Gürel, 2011; Karababa, 2016; Demircioğlu ve ark., 2019).

Doğası gereği psikiyatri hemşireliği özü, felsefesi, kuramları ve kavramları açısından kişilerarası ilişkiler, iletişim ve etkileşim üzerine temellenmiş olup hümanistik, varoluşçu ve holistik yaklaşımı benimsemektedir (Bayrak, 2010; Townsend, 2016). Şizofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenler için psikiyatrik bakımı ve tedaviyi şekillendirmede iletişim, etkileşim, ilişki örüntülerini ve gereksinimlerini açıklamada araç olarak kullanılabilecek ego durumlarını, yaşam pozisyonlarını ve aralarındaki ilişkiyi belirlemenin önemli olduğu düşünülmektedir. Yanı sıra kurulacak olan bu ilişki ve etkileşim sayesinde doğrudan ya da dolaylı olarak hastaların işlevsellikleri, iletişim becerileri, tedaviye uyumları, yaşam becerileri gibi psikososyal uyumlarının ve başa çıkmalarının gelişmesi daha olası olabilir. Bu doğrultuda bu araştırmanın amacı, şizofreni tanısı alan hastaların ve bakım verenlerinin transaksyonel analiz ego durumları, yaşam pozisyonları ile yaşam pozisyonları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, erken yaşam dönemlerinde başlayan, seyri kişiden kişiye göre farklılık gösterebilen, normal işlevlerde çarpıklık ve taşkınlık, düşünce ve algı bozuklukları gibi pozitif belirtiler, bu işlevlerin düşüşü ile yeti yitimi gibi negatif belirtiler ile kendini gösteren, işlevsellik, özdenetim, kişilerarası ilişkiler gibi alanlarda bozukluklara sebep olan ciddi bir rahatsızlıktır (Öztürk ve Uluşahin 2020).

2.1.1. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma

Şizofrenide tanı ve sınıflandırmada Amerikan Psikiyatri Birliği The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) tanı ölçütleri kullanılmaktadır ve ‘Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’ başlığı içerisinde yer almakta olup, tanı ölçütleri sıralanmıştır. Hezeyan, halüsinasyon, dezorganize konuşma, dezorganize davranış ya da katatonik davranış, negatif belirtiler (duygusal küntlük, düşünce içeriğinin fakirleşmesi, istem kaybı), bozukluğun başlamasından itibaren öz bakım yetersizliği, kişilerarası ilişkilerde bozulma gibi belirtiler en az altı ay boyunca sürmeli ve bu belirtilerden en az biri ya da bir kaç bulunmalıdır (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017).

2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni, hem bireylerin hayatında erken yaşlarda başlaması hem de yaygınlığı nedeniyle oldukça önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1990 yılında yaptığı Global Hastalık Yüğü çalışmasında 15-44 yaşlarındaki bireylerde yeti yitimine en fazla neden olan hastalıklar içinde bulunmaktadır. Bu çalışma 2010 yılında tekrarlanmış ve şizofreni, yeti yitimine sebep olan diğer ruhsal hastalıklar içinde yeti yitimi ağırlığı olarak ilk sırada yer almaktadır. Şizofreninin insidansı için yapılan araştırma sonucu 0.11 ile 0.70/1000/yıl arasındadır.

Eskiden erkek ve kadın için şizofreninin yaygınlık ve sıklık anlamında anlamlı bir fark olmadığı düşünülürken, son zamanlarda erkeklerde daha yaygın olduğu, farklı çalışmalarda erkek/kadın olarak oranın 0.9 ile 2.4 şeklinde olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte kadınlarda hastalığın başlangıç yaşı daha geç ve prognozu daha iyidir. Şizofreni

tanısı almış olan bireylerin genel yaşam süreleri toplumdaki diğer bireylere göre %20 daha kısadır (Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

2.1.3. Şizofreninin Etyolojisi

Şizofreni, net şekilde tanımlanamayan patogenezi ile birlikte etyolojisi de net şekilde aydınlatılamamıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda etyolojisinde biyolojik, genetik, nörogelişimsel, psikososyal pek çok faktörün etkin olduğunu ortaya çıkarmıştır (Karakuş ve ark., 2017). Blueyer'in ve Kraepelin'in şizofreni ile ilgili tanımlamalarından beri beyin hastalığı şeklinde; hastalık belirtilerinin hastadan hastaya değişiklikler göstermesi, şizofreninin sadece bir hastalık olması yerine bir sendrom şeklinde değerlendirilmesine sebep olmuştur. Şizofreninin etyolojisine yönelik çok değişik faktörlerden söz edilmektedir (Kocal ve ark, 2017).

1. Kalıtım

Kalıtım araştırmaları, farklı soruları cevaplandıran farklı alanlarda yapılmaktadır. Bir bozukluğun aile çalışmaları yapılarak ailesel geçiş gösterip göstermediğine bakılır. Ailesel geçişin çevresel etkenlerden mi yoksa genetik etkenlerden mi olduğunu evlat edinme ve ikiz çalışmaları göstermektedir. Eğer genetik etkenler rol oynuyorsa, ilişkilendirme (association) ve bağlantı (linkage) çalışmaları yapılarak genlerin yerleşimleri belirlenmektedir (Öztürk, 2020).

Akrabalık ilişkisi hastalığa sebep olan bazı genlerin ve beyin morfolojisindeki bazı farklılıkların kalıtımına sebep olmaktadır (Ulaş, Taşlıca ve Alptekin, 2008). Ebeveynlerin ikisinin de hasta olması halinde çocuklarda görülme olasılığı %35-46, ebeveynlerden birinin şizofreni hastası olması durumunda ise çocuklarda görülme olasılığı %12.5-13.8 şeklinde belirtilmiştir. Anne ile baba sağlam, kardeşlerden biri hasta ise, diğer kardeşlerde hastalığın görülme olasılığı %6.7-8.2 dir. Hastaların yakın akrabalar arasında hastalanma oranı normal nüfusa göre 7-10 kat daha fazladır. Bütün bu bilgiler sonucunda şizofrenide ailesel birikimin olduğu sonucu çıkarılmaktadır (Kokurcan, 2014; Öztürk, 2020).

Monozigot olan ikiz çalışmalarında kardeşlerden birinin şizofreni olması halinde eş hastalanma oranı %48, dizigot ikizlerde %12-14 arasında olduğu görülmektedir (Fatani ve ark, 2017). Çevresel etkenlere göre genetik etkenlerin daha baskın olduğu bilinmektedir (Solgun,2019). Yapılan araştırmalar, çok genli kalıtsal geçişi desteklemekte, tek genli geçişi dışlamaktadır (Kokurcan, 2014; Öztürk, 2020).

2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar

Şizofrenide ilk başlarda yapılan beyin tomografisi çalışmalarında beyinde özgül şekilde olmayan bazı anormallikler (karıncıklarda ve sulkuslarda genişleme) görülmüştür. Sonrasında manyetik rezonans ile yapılan araştırmalarda özgül olan belirtilerin beyinde özgül bölgelerde bozukluk şeklinde ortaya çıktığı görülmüştür. İşitme halüsünasyonlarında temporal loblar, negatif semptomlarda prefrontal korteks düşünce bozukluğunda planum temporale ile ilişkili olabileceği görülmüştür. Manyetik rezonans ile yapılan çalışmalar sonucunda üçüncü karıncık ve yan karıncıklarda genişleme, parahipokampus girus, amigdala ve hipokampüste üst temporal girus ve orta temporal lob oylumunda azalma meydana geldiği bildirilmiştir (Öztürk, 2020).

3. Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Sonrasında Travma, Virüs Varsayımları

Doğum öncesi, doğum sonrası dönemde ve doğum sırasında bebeğin karşılaşmış olduğu fiziksel özellikteki travmaların bebeğin beyin gelişimini olumsuz etkileyerek şizofreniye sebep olabileceği bildirilmiştir. Şizofreninin oluş sebepleri içinde yer alan bir başka varsayımda ise özellikle gebeliğin ikinci üçüncü ayı içerisinde annenin geçirdiği enfeksiyonel bir hastalığın (kızamıkçık, enflüenza, poliovirüs vb) çocukta şizofreni hastalığı görülmesine sebep olabileceği düşünülmektedir (Öztürk, 2020).

4. Biyokimyasal Araştırmalar

Dopamin Varsayımı

Dopamin, yapısal olarak adrenaline benzer ağırlı, hareket kontrolü, zevk gibi durumlarda rol alan bir nörotransmitterdir. Merkezi sinir sistemimizde dopaminerjik sistem işlevsel mekanizması ve fizyolojisi çok iyi bilinen nörotransmitter sistemidir. Pek çok psikiyatrik ve nörolojik rahatsızlığın semptomlarına uygun ortam yaratmak anlamında önemlidir.

Şizofrenide de bir takım genetik ve çevresel etmenler sonucu dopaminerjik sistemde düzensizlikler ortaya çıkmaktadır (Sayın, 2008). Şizofreni etyolojisinde mezokortikal ve mezolimbik dopamin yolları önem arz etmektedir. Mezokortikal dopamin yolağının duyulanım, yürütücü işlevler, biliş gibi durumlarda etkin olduğu ve negatif semptomlarla bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Şizofreninin pozitif belirtilerinde ise mezolimbik dopamin yolağının etkin olduğu düşünülmektedir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

Serotonin Hipotezi

Dopamin hipotezine göre serotonin hipotezi şizofrenide çok eskiye kadar uzanmaktadır. Yapılan çalışmalar, beyindeki yetersiz serotonin düzeyi sebebiyle ruhsal bozuklukların meydana gelebileceğini göstermektedir. Şizofrenide dopaminerjik ve serotonerjik sistemler ile bağlantılı bozukluklar, birbirinden bağlantısız değil, birbiriyle bağlantılı olacak şekilde etkileşimlerle açıklanmaktadır (Özdemir ve Güzel Özdemir 2016 (Sumiyoshi, Bubenikova- Valesova, Horacek and Bert 2008; Yavaşçı Öztepe ve Akkaya, 2012).

Glutamat

Merkezi sinir sisteminde en çok yer alan eksitator nörotransmitter glutamattır. Son araştırmalara göre glutamatın ilaç kullanmaya şizofreni hastalarında arttığı, kronik şizofreni hastalarında azaldığını göstermiştir (Marsman et al, 2014).

Gama Aminobütirik Asit

Şizofrenide prefrontal kortekste bulunan GABA-A reseptör miktarında artış, kortikal GABAerjik nöronlarda azalış, hipokampusta bulunan GABA geri alım alanlarında azalış şeklinde olmakla birlikte meydana gelen GABA aktivitesinde azalma dopamin aktivitesinde artışa yol açmaktadır (Karaağaç Özçelik, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

5. Nörogelişim Kuramı

Nörogelişimsel kuram temeli, fetal gelişim döneminin ikinci trimesteri esnasında anormal düzeyde nöron göçüne dayanmaktadır. Ergenlik dönemi esnasında, anormal

düzeyde olan nöron göçü sebebiyle bazı belirtiler ortaya çıkabilir. Şizofreni tanısı almış olan hastaların çocukluk dönemlerinde bir takım davranışsal bulgular ve anormal düzeyde olan nörolojik bulguların ortaya çıktığı bilinmektedir. Beynin erken gelişim dönemlerinde meydana gelen septal kistler, normal olan beyin asimetrisinin zıttına dönmesi, akuadukt daralması, korpus kolozumun gelişmemesi gibi durumlar şizofrenide görülmektedir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

6. Nörodejenerasyon Kuramı

Nörodejenerasyon kuramına göre hastalıkla birlikte beynin belli kısımlarında yozlaşma olmakta, bunun sonucu olarak da hastalığın klinik olarak daha kötüye gitmesi görülmektedir. Bireylerin tanı aldığı ilk zamanlarda yoksunluk belirtilerinin az görülmesi, hastalığın ilerlemesi ile beraber şiddetlenmesi ve ön plana çıkması bu kuramı destekler niteliktedir. Hastalığın ilerlemesiyle beraber tedaviye direnç oluşması, belirtilerin her yinelenmesinden sonra hastalık belirtilerinin kontrol altına alınabilmesi için ihtiyaç duyulan sürenin artması, oluşan her atak döneminden sonra tedavinin daha da güçleşmesi ilerleyici patofizyolojik sürecin olabileceğini düşündürmektedir (Karaağaç Özçelik, 2015).

7. Bilgi İşlemede Bozukluk Varsayımı

Şizofrenide genelde bir benlik (ego) zayıflığı olduğu kabul edilir. Fakat bireyin uyum yetilerindeki bu zayıflığın nörofizyolojik açıdan neler olduğu henüz tam anlaşılmış değildir. Şizofreni tanısı almış olan bireylerde meydana gelen psikonörofizyolojik problemlerin çocukluk döneminden beri devam ettiği, bunun sonucunda bu hastaların beyinlerine giden uyarıları ve oluşan bilgileri kaliteli bir biçimde, yeterli düzeyde seçemeyerek, azaltıp ayıklayamayarak ve bütünleştiremeyerek depolayamadığı ve kullanamadığı düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

8. Psikososyal Nedenler

Stres yakınlık modeline göre şizofreni

Stres yakınlık modeline göre, biyopsikososyal ve çevresel etkenlerin birbirleriyle etkileşimleri sonucu hastalıkların ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Bu teoriye göre

şizofreniye kalıtsal yatkınlık, stresli yaşam olayları ile karşı karşıya kalan bireylerde tetikleyici bir faktör olarak şizofreni belirtilerini ortaya çıkarabilir (Townsend, 2016). Yapılan araştırmalar sonucunda sosyal, ekonomik seviyesi düşük ailelerin bireylerinde şizofreni riski daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak bu ailelerde düşük gelir sebebiyle enfeksiyon oluşma riskinin fazla olması, kadınların hamilelik döneminde eksik bakım ve kötü beslenme düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Karakuş ve ark, 2017). Göçmenlerde şizofreni görülme riskinin yüksek olmasında oldukça önemli bir kültürel neden olduğu belirtilmektedir. Göçmenlerde yaşam şartlarının olumsuz olması, dışlanmış olmaları, kültürlerinden uzaklaşmış olmaları, yeterli gıda ve suya ulaşmada sorun yaşamaları, toplu şekilde yaşamaları, aile bireylerinde kayıp yaşamaları gibi sebepler şizofreninin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir (Tiryaki, 2008). Bunun yanında bireylerin yaşadıkları toplumda kişilerin ruhsal hastalıklara yaklaşımları, erken doğum, annenin madde kullanımı, ailede çatışmaların yaşanması, iş ve eğitim hayatında başarısızlık yaşanması gibi sebepler şizofreniye zemin hazırlayan çevresel faktörler arasındadır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Psikodinamik açıdan şizofreni

Normal gelişimde ilk çocukluk dönemlerinde libido (yaşam enerjisi) çocuğun kendisinde, kendi benliğinde ve bedeninde tutulmaktadır. Buna birincil narsisizm denir. Çocuk büyüdükçe ve çevreyle ilişkileri arttıkça libido giderek çevredeki nesnelere yatırılır ve böylece gerçek nesne ilişkileri gelişir. Çevredeki nesnelere yatırılan bu ilgi, bağlılık ve sevgiye nesne libidosu adı verilir. Fakat her zaman için birincil narsisizm durumunda kalır. Yani kişi kendisini de sever. Ancak, bu nesne ilişkilerinin gelişmesine engel değildir. Kurucusu M Klein olan nesne ilişkileri kuramına göre, çocuk bir nesneye (primer bakım verenine) karşı ilişkili bir biçimde dünyaya gelmektedir. Çocuk anne ile yaşamış olduğu ilk deneyimlerini içselleştirmekle birlikte bu durum onun hayatını derinden etkilemektedir. Çocuk daha ileri dönemde bu durumu çevresine yansıtarak başkaları ile iyi ilişkiler kurabilmektedir (Ardalı ve Erten, 1999; Hayta 2010, Öztoprak ve Tamam, 1998). Şizofrenide organik ya da ruhsal nedenlerle libido gelişmesi narsistik bir düzeyde saplanır kalır. Yaşamın sonraki dönemlerinde, değişik stresler ile ego bu ilkel düzeye geriler (regresyon) ve libido, nesnelerden geri çekilerek geri bedene,

benliğin kendisine yatırılır. Böylece kişinin dış dünya ile ilişkileri azalır. Nesnelerden çekilip bedene ve benliğe yatırılan enerji kişinin kendi bedeni ile aşırı uğraşmasına, otizm belirtilerine depersonalizasyona ve büyüklük duygularına yol açar. Hasta ileri derecede narsistik duruma girer. Sanki yine küçük bir çocuk gibi olur. Bu gerileme durumu çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanamaması, sürekli düş kırıklıkları ve kişiler arası ilişkilerin bozukluğu yüzünden olabilir. Genellikle psikanalistler de şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, bir ego zayıflığının ve birincil narsistik duruma kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğunu kabul ederler (Ardalı ve Erten, 1999; Hayta 2010, Öztoprak ve Tamam, 1998). Pek çok ruhsal hastalıkta olduğu gibi şizofrenide de incinebilir ego, ego bölünmesi, yetersiz ego gelişimi, süperegö baskınlığı, regresyon, iki değerlilik zeminini hazırlar (Keltner, 2011). Sonuç olarak psikodinamik yaklaşım, şizofreninin kişinin içsel dürtülerle baş edememesi, ego gelişiminin tamamlanamaması ve bireyselleşmenin sağlanamaması sonucu ortaya çıktığını savunmaktadır (Yüksel, 2014).

Aile sistemleri kuramına göre şizofreni

Harry Stuck Sullivan'ın görüşleri, birçok araştırmacıyı şizofreniklerde aile-içi iletişimi ve anne-baba ilişkilerini incelemeye yöneltmiştir. T.Lidz, şizofrenik ailelerde önemli 'yarılma' ve bozulma olduğunu, ebeveynlerden birinin aşırı baskın diğerinin edilgin olduğu ve birinin diğerinden bulamadığı doyum ve desteği cocuktan bulmak için ona yönelmenin şizofrenide yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (Öztoprak ve Tamam, 1998).

Hastalık öncesi kişilik yapısı

Şizofreni hastaları hastalık öncesinde genellikle aşırı utangaç, içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı tercih eden, garip, ilgileri sınırlı, ilişki kurulması zor, duygusal olarak kısıtlı ve künt, güvensiz, stres karşısında kolay incinen kişiler olarak tanımlanmaktadır. Şizoid, şizotipal, paranoid ve sınır kişilik yapısı özellikleri gösterirler (Towsend, 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.1.4. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni, gittikçe daha çok yıkımla sonlanan ya da yalnızca nörobilişsel bozukluklarla giden bir hastalık değildir. İlk epizod yaşanmadan önce negatif belirtiler ve bir takım nörobilişsel bozukluklar oluşmaktadır, daha sonrasında hastalık genellikle stabil evreye gelmektedir. Şizofreni, kronik bir hastalıktır ve işsizlik, tekrarlayıcı hastane yatışları, sosyalleşmede azalma, intihar girişimleri görülebilmektedir (Karakuş ve ark., 2017). Taburculuğu olan hastalar ise sürmekte olan tedavilerine rağmen bir yıl içinde atak geçirebilmektedirler (Üçok, 2008). Genel anlamda sosyal ilişkileri, okul ve iş yaşamına uyum sağlamış kişilerde, düzenli bir iş ve aile hayatı olanlarda, erken dönemde tedaviye başlayanlarda, genetik yatkınlığı olmayanlarda prognoz daha olumludur (Birsöz, 2013).

Olumlu prognoz yanısıra olarak, evli olmak, yüksek sosyoekonomik düzey, kadın olmak, aile öyküsünün olmaması, ailenin duygu dışavurumunu sağlıklı biçimde yapması, hastaneye tekrarlı yatışların az olması, tedaviye uyumlu olmak vb. gibi durumlar yer almaktadır. Olumsuz prognoz, işlevselliğin yetersiz olması, olumsuz kişilerarası ilişkilere sahip olması, mental retardasyon, erkek olmak, düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olmak, obsesif kompulsif belirti varlığı, evlenmemiş olmak, tedaviye uyumsuzluk, sosyal izolasyon vb. durumlar gösterilebilir (Karakuş ve ark., 2017).

2.1.5. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni tedavisinde hastaların damgalamaya maruz kalması, hastalığın nedeninin bilinmemesi sebebiyle zorluk yaşanmaktadır. Bu dönemde hastaların karşılaştıkları en büyük sorun tedaviye uyum sorunudur. Tedaviye uyum sorunu hastalara işlevsellikte azalma, hastalığın gidişinin olumsuz olması gibi sonuçlarla dönmektedir (Taş, 2014).

Ailede artmış duygu dışı vurumu (Sellwood ve ark. 2003) ailede yetersiz destek (Velligon ve ark. 2008), yalnız kalma (Novick ve ark. 2010) hastaların erkek ve işsiz olması, yetersiz sosyal işlevsellik (Nose ve ark. 2003) gibi faktörlerin hastanın uyumlarını etkilediği vurgulanmaktadır.

Şizofreni tedavisinde kronik seyri ve kompleks belirtileri sebebiyle değişik yöntemler uygulanmaktadır. Şizofrenide farmakolojik tedavide tipik antipsikotikler ile beraber hastalarda pozitif semptomlarda azalma görülmüştür (Çetin, 2015). Hastalığın negatif semptomlarını azaltma konusunda atipik antipsikotikler bulunmuştur (Kaplan ve Sadock, 2009; akt. Karaağaç Özçelik, 2015).

Klinik semptomlarda erken iyileşme amaçlandığında ve farmakolojik tedavi beklenen sonucu vermediğinde EKT tedavisi tercih edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Psikososyal tedavi, tedavinin ve hastalığın sebep olduğu belirtileri kontrol altına almak, kaliteli bir hayat devam ettirebilmek için temel ihtiyaçları gidermek amacı ile yapılmaktadır. Hastaya uygulanan farmakolojik tedavinin yanında ele alınan psikososyal tedavi, psikodinamik, bilişsel davranışçı yönelimli terapiler, aile grup terapileri, psikososyal beceri eğitimleri, semptom yönetimi, işlevselliğin artırılması, bireysel terapileri ele almaktadır (Yıldız, 2009).

2.2. Şizofrenide Bakım Veren Kavramı

Şizofreninin ortaya çıkmasında önemli faktörlerden biri aile ile etkileşimdir. Hasta ve ailenin yaşamında, çevresinde karşılaştığı zorlantılar hastalığın ve tedavinin seyrini, iyileşmeyi etkilediği bilinmektedir. Şizofreni tanısı alan bireyler için aile ve sosyal destek faktörlerinin varlığı önemlidir (Tel ve Terakye, 2000). Sullivan, aile ortamı ve şizofrenik davranışın arasında bağlantı olabileceğini düşünmüş, ardından farklı araştırmacılar bu konu üzerinde farklı teoriler üretmişlerdir. Genellikle ‘şizofrenik anne’, ‘yalancı ortaklık’, ‘evlilik çarpıklığı’ tanımlamalarında anne terimi önem kazanmış, şizofreninin temelinin annenin olumsuz davranışı olabileceği düşünülmüştür. Fakat ilerleyen zamanlarda bu teorinin doğru olmadığı sonucuna varılmıştır. Bunun yerine aileyi hastalığın sebebi olarak görmek yerine hastalığın gidişatını aile tutumunun nasıl etkilediği üzerinde durulmuştur. Bunun sonucunda duygu dışı vurumu kavramı Brown ve arkadaşları tarafından 1962 senesinde ortaya atılmıştır ve büyük ilgi toplamıştır

(Arslantaş ve Adana, 2011). Devam eden süreçte, klorpromazinin keşfedilmesi ve kurum bakımının azalması hastaların evde bakımın gelişmesine yol açmıştır. Bu dönemde hasta yakınları çok hazır olmamakla beraber hastalarının primer bakımını üstlenmek durumunda kalmışlardır. Bu gelişmeler ailesinde şizofreni tanısı almış hastası olan ve bakım veren rolü üstlenmiş olan ailelerde bakım veren yükü kavramıyla ilgilenilmesini ve ailelerde buna yönelik psikososyal, psikoeğitimsel yöntemlere ve bazı terapi yöntemlerine baş vurulmuştur (Schene, 1990; Szmukler,1996). Tel ve Terakye (2000)'nin şizofreni hastalarının ailelerine yönelik uyguladıkları psikoeğitimsel çalışmalarında psikoeğitim uygulanan gruptaki hasta ailelerinin kontrol grubundakilere göre hastaya bakım vermede ve stresle başa çıkmada olumlu etkileri olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerde, bakım veren rolünü üstlenirken yaşadığı çaresizlik ve güçsüzlük genellikle ön plandadır. Bakım verenin hastasının hastalığının tekrarlama riskine karşı yaşadığı endişeleri, hastasına bakım verirken öne çıkabilmektedir (Ozlu ve ark., 2015). Bakım veren kişilerin de ruh sağlığının bozuk olduğu durumlarda eve kapanma hissi, kapana kısılmış olma hissi, insanlardan yalıtılma, yüksek seviyede sıkıntı, utanç, damgalanma, suçluluk duygusal gerilim yaşama ve beraberinde eklenen bakım verme rolü depresyona da yol açabilmektedir (Awad ve Voruganti, 2008).

Hoening ve Hamilton tarafından bakım yükü 1966 senesinde objektif (nesnel) ve sübjektif (öznel) şeklinde tanımlanmıştır ve günümüzde de bu kavramlar önem kazanmıştır. Objektif yük, gelir kaybı, sosyalleşmede azalma, ailedeki kişilerin ruh ve beden sağlığının olumsuz etkilenmesi, ev içinde yaşanan gerginlikler gibi durumlar bakım yükünün aile ortamına yansımaları gösteren durumlardır. Subjektif yük, hasta bakımında yaşanan sıkıntıların aile bireylerini olumsuz etkileme düzeyi, hastanın hastalığından dolayı oluşan davranış şeklinin oluşturduğu duygusal sıkıntı, hasta ile yaşanan ilişkilerde sıkıntı şekli olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda objektif yükün bakım verende oluşturduğu stres sebebiyle baş etme konusunda bakım verenin yaşadığı yük şeklinde de tanımlanabilmektedir (Awad ve Voruganti, 2008).

Pek çok ruhsal hastalıkla beraber şizofreni tanısı almış bireylerin de bakımının toplum içerisinde devam ettirilmesi bazı değişikliklere neden olmuştur (Buldukoğlu ve ark. 201). Bakım yükü nedeniyle aileler psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik problemler

yaşayabilmektedir. Aileler hastalık nedeniyle hastalarının garip davranışları ve toplumun uyguladığı damgalanma, aile içi süreçlerde çatışma yaşanması nedenlerinden dolayı suçluluk, yalıtım, duygusal engellenme gibi durumlara maruz kalabilmektedir. Bakım verme rolü oldukça zor bir süreçtir ve bakım veren bireye ağır yükler getirmektedir. Epidemiyolojik veriler sonucunda, kadınların, özellikle de annelerin bakım veren rolünün daha fazla olduğunu göstermiştir. Şizofreni tanısı alan hastalara bakım verenlerde anksiyete, somatik yakınmalar, yas, depresyon gibi durumlar içeren olumsuz etkilerle sebep olduğu bulunmuştur. Arslantaş ve Adana'nın yaptığı araştırmada bakım verenin baş etme mekanizmalarının belirlenmesi gerektiği, sağlık çalışanlarının bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak için aile müdahaleleri yöntemlerini kullanması gerektiği sonucuna varılmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011; Ozlu ve ark. 2015). Yanısıra hastalara yönelik yapılan suçlayıcı ve kontrol edici davranışların bakım verenlerde aşırı duygu dışavurumunu yordadığı bulunmuştur (Dominguez- Martinez ve ark., 2017).

Şizofreni tanısı alan hastaların yakınları ile yapılan bir çalışmada, hastaya bakım verirken duygusal, davranışsal, kişilerarası ilişkilerde, hastaların öngörülemez ve kontrolsüz davranışlarına uygun tepki vermede zorlandıklarını ifade etmişlerdir (King ve Nazareth'ten akt. Tel ve Terakye, 2000). Yakınlarının Şizofreniyi anlama, tedavi etme ve kavramsallaştırma konusunda ilk atak şizofreni tanısı almış olan ya da uzun süre şizofreni tanısı ile izlenen hastaların psikoteröpatik tedavisinin gerçekleştirilebilmesi amacıyla önemli iletişim kuramlarından biri Transaksiyonel Analiz kuramıdır. Bu nedenle TA'nın ele alınması önem arz etmektedir. TA kuramına göre her insan benzersizdir ve bu benzersizliğini bakım verenleri ile kurduğu iletişimine de yansıtmaktadır. Hastaların bakım verenleri ile kurduğu iletişimin kalitesi hastalık prognozunu oldukça etkilemektedir. Bu bağlamda hastaların bakım verenleri ile kurduğu iletişimi anlayabilmek için transaksiyonel analiz kuramını ele almak gerekir (Mellacque, 2021).

2.3. Transaksiyonel Analiz Kuramı Ego Durumları

Eric Berne tarafından 1960 lı yıllarda ortaya atılmış olan transaksiyonel analiz kuramı (işlemsel çözümleme yaklaşımı), hasta ve iletişimi içinde barındıran bir kişilik ve psikoterapi kuramıdır (Karababa, 2016; Steiner, 2017; Zengin, 2019). İletişim süreçlerini

ve bireyler arasındaki ilişkiyi, bireylerin birbirlerinden farklılığını, başka kişilerle iletişime geçtiğinde nasıl davrandığını ego durumları olarak isimlendirilen yapılarla anlamlandırmaya çalışan bir kuramdır. Transaksiyonel analiz kuramı, fonksiyonel davranışsal modeli ve kişilik yapısı modelini oluşturmaktadır (Berne 1961; Berne 1966; Berne, 2001). Kişiler arasında oluşan ve değişen ilişki düzeyi ve iletişimi, kişilerin birbirlerinden farklı olduğunu, bireylerin insanlarla iletişime geçerken nasıl davrandığını belirtmektedir (Çalışkan ve Özerk, 2019).

Transaksiyonel analiz kuramının temel felsefesi şu şekildedir:

1-İnsanlar OKEY'dir: Bütün insanlar kim olduklarına bakılmadan, ne yaptıklarına bakılmadan oldukça değerlidir ve önemlidir. Bireyler arasında oldukça fazla farklılıklar vardır. Bununla birlikte her birey eşittir. Bireyin davranışı eleştirilip beğenilmese de birey olarak vardır (Akbağ 2000; Akkoyun 2007).

2-Herkesin düşünme kapasitesi vardır: Herkesin ciddi bir beyin hasarı yoksa çevresindekileri ve bireyin kendisindeki durumları kavrayabilme yeteneği vardır (Akbağ 2000; Akkoyun 2007).

3-Yaşamında ne olacağına herkes kendisi karar verir: İçinde yaşadığımız durumdan etkilenme düzeyimizi ve şeklimizi biz belirleriz. Biz verdiğimiz kararlara göre yaşamımızın yönünü belirleriz (Akbağ 2000; Akkoyun 2007).

Transaksiyonel analiz kuramını meydana getiren temel kavramlar: Transaksiyonlar, ego durumları, psikolojik oyunlar, yaşam pozisyonları, temas iletileri, zamanın yapılandırılması olarak tanımlanmaktadır (Berne 1996; Akkoyun 2001).

Transaksiyonel analiz kuramının temeli olan ve kişiliği anlamlandırmada önemli olan ego durumları Berne tarafından davranış şekli ile ilgili tutarlı olan düşünce ve duygu biçimleri şeklinde tanımlamıştır (Berne, 1996). Berne, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında öznel yaşantılar ego durumlarını meydana getirmiş ve bunlar da kişiliği meydana getirmiştir (Akkoyun 2007). Kısaca ego durumları, şu anda yaşamakta olan gerçek kişiyi ve bu kişinin önceki yaşantılarının hepsini belirtmektedir (Kayalar 2002).

Ego durumları, yapısal analiz ve fonksiyonel analiz olmak üzere iki modelde ele alınmaktadır.

2.3.1. Yapısal Analize Göre Ego Durumları

Yapısal analize göre benlik durumlarından herhangi birindeki davranış, düşünce ve duyguyu tanımlayan ve benlik durumlarını birbirinden ayırt edebilmemizi sağlayan durumdur. Yapısal analiz benlik durumlarını üçe ayırmıştır. Bütün bireylerde ‘çocuk’, ‘ebeveyn’ ve ‘yetişkin’ olarak üç farklı benlik durumu bulunur. Bunlar birinci düzeydeki yapısal analizdir. Berne’ye göre benlik durumları tavır, ses tonu, duruş, fiziksel özellikleri, yüz ifadesine göre farklılık göstermekle birlikte bu özelliklere göre ayırt edilebilmektedir (Keçeci, 2007). İkinci düzey yapısal analiz daha kapsamlı bilgileri kapsamaktadır. Fakat bu durum yeni ego durumları olduğu anlamına gelmez, bunlar mevcut ego durumlarının alt parçalarını ifade etmektedir. Birinci düzey olan yapısal analiz E (ebeveyn ego durumu), Y (yetişkin ego durumu), Ç (çocuk ego durumu) sembolleri ile belirtilirken, ikinci düzey olan yapısal analizde E2, Y2, Ç2 sembolleri kullanılmaktadır (Karababa, 2016).

Bireylerin kurdukları sosyal ilişkilerini çözümlerken ilişkilerinde uygun benlik durumunu kullanıp kullanmadığını belirleyebilmek kişilerin sosyal olarak kurduğu ilişkilerin belirlenebilmesini sağlar. Kişiyi daha iyi anlayabilmek için benlik durumlarının hepsine ayrı şekilde bakılmalıdır (Berne, 1996; Kumcağız ve Yılmaz, 2011).

1-Ebeveyn Ego Durumu: Bize bakım sağlayanlardan ya da ebeveynlerimizden ödünç aldığımız davranış, duygu ve düşüncelerdir. Bireylerin yaşamlarındaki kabaca doğduktan sonra ilk beş yıl şeklinde ele alınan çocukluk yıllarında sorgulamadan kabul görmüş olan, dayatılmış durumların, beyindeki kayıtların mükemmel bir koleksiyonu olarak tanımlanabilir. Bütün bireylerin hayatlarının ilk beş yılı içerisinde uyarıcı almış olduğu ebeveyni olmuştur. Ebeveynler bütün bireylere göre farklılık gösterir ve ebeveynin yapmış olduğu her şey düzenleme yapılmadan, yorumlanmadan, içselleştirilmiş olarak çocuk tarafından kaydedilir. Bu ego durumunda sadece anne-babadan sağlanan veriler değil bunun yanında başka otorite figürleri ve akranları ile

yaşamış olduğu tecrübeler de ebeveyn ego durumunu içermektedir (Berne, 1996; Karcıoğlu ve Arun, 2004; Karababa, 2016).

2-Çocuk Ego Durumu: Çocukluk döneminden itibaren oluşturduğumuz, çocukluk dönemimize ait izleri içeren davranış, duygu, düşünce, tutumların kökü olan kişiliğimizin bir parçasıdır. Her birimiz çocukluğumuzda olduğu gibi harekete geçen, düşünen, hisseden küçük çocukları içimizde bulundururuz. Çocuk ego durumu, kişiliğimizin çok fazla gelişmediği, çocuk kaldığı tarafı olmakla birlikte yaşı, eğitim düzeyi ne olursa olsun bütün insanlarda bulunmaktadır. Çocuk ego durumu, mevcut gerçekleri çarpıtarak yetişkin ego durumunun meydana gelen olayları doğru bir şekilde değerlendirememesine neden olur (Özerk, 2008; Akar, 2016).

3-Yetişkin Ego Durumu: Bu ego durumunu kullanan bireyler, olayları, ilişkileri ve hayatı tarafsız olarak değerlendiren gerçekçi tarafını ön planda tutar. Bu ego durumu “burada ve şimdi” deki gerçekleri dikkate alır ve bilgiyi ön planda tutar. Bu ego durumu sayesinde bireylerin ani çıkışları engellenir, her bir ayrıntı ince bir biçimde değerlendirilir, gerçek ve doğru olanı yapar. Yetişkin ego durumu Berne’ye göre bireyin yaşamının devamı için gereklidir. Bu ego durumunun diğer işlevi çocuk ve ebeveyn ego durumlarının işlevlerini düzenli hale getirmek ve objektif olarak aralarındaki dengeyi kurmaktır (Berne, 1996; Ergene, 2019). Yukarıda bahsedilen üç ego durumunun sembolizasyonu Şekil 1’ de verilmiştir.



Şekil 2.1. Ego Durumları Yapısal Diagram

Kaynak: Berne E. Principles of transactional analysis. Indian J. Psychiatric Journal. 1996;38(3):154-159.

2.3.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları

Yapısal analize ego durumlarını içerik bakımından değerlendirirken fonksiyonel analiz, bireyin sosyal iletişim süreci ve içsel süreci ile ilgilenmektedir. Bu sebeple fonksiyonel analiz günlük hayatta dışardan değerlendirilebilen durumlarla ilgili olmaktadır. Ağırlıklı olarak gözlemlenmiş olan davranışların sınıflandırılması ve iletişim kurarken bireylerin ne yaptıkları ile ilgilenmektedir (Çalışkan ve Özerk, 2018). Stewart ve Joines 1987 yılında yapısal analizi saklanan anıların sınıflandırılması şeklinde değerlendirirken, fonksiyonel analizi de gözlenen davranış biçimlerinin sınıflandırılması şeklinde ele almaktadır (Akkoyun, 2007).

Birinci düzey fonksiyonel analiz ve birinci düzey yapısal analiz ego durumları yetişkin, çocuk ve ebeveyn şeklinde ele alınmaktadır. İkinci düzey fonksiyonel analiz ise çocuk ego durumunu uygun ve doğal çocuk olarak iki kısımda incelerken, ebeveyn ego durumunu eleştirel ve koruyucu (besleyici) ebeveyn şeklinde iki kısımda ele alır. Yetişkin ego durumunu aynı şekilde benimser (Keçeci, 2007). Fonksiyonel analize göre ego durumları sembolizasyonu Şekil 2’de verilmiştir.

1-Eleştirel Ebeveyn Ego Durumu

Asıl amacı, toplumsal değerleri saklamak, buna uymayanları eleştirmek ve cezalandırmak amaçlı mesajlarla ilişkilidir. Kişi, başkalarının yanında kendisini eleştirebilir ve bunun sonucunda cezalandırabilir. Kişi böylece annesinden ve babasından, çevresinden öğrenmiş olduğu genel kuralları benimseyerek yaşatmayı ve gelecekteki kuşaklara iletebilmeyi amaç edinir. İletişim kurarken cezalandırıcı, yargılayıcı, güçlü, inatçı, talep edici, kuralcı bir tutum sergiler (Karababa, 2016). Eğer kişide eleştirel ebeveyn ego durumu daha baskın ise diğer bireylerin çocuk ego durumunu kötümseyen davranış sergileyebilmektedir (Arı, 1989). Eleştirel ebeveyn ego durumunda talep edici, diktatör, kusur bulucu, baskın, hoş görüşüz, dik kafalı gibi sıfatlarla ilişkilidir. Ayrıca bu ego durumu baskın kişiler şüpheli, diğer bireylerin duygularını önemsemeyen, hükmedici, çıkarıcı, kolay öfkelenen kişilerdir (Akar, 2016).

2- Koruyucu Ebeveyn Ego Durumu

Koruyucu ebeveyn ego durumu, toplumsal değerleri ön plana çıkararak karşısındaki bireyin yaşını önemsemeksizin koruyucu özellik gösterir ve eğer toplumsal değerlere uyulmaz ise kişiye zarar geleceğini düşünür (Kocayürük, 2010). Bu ego durumunun seslendiği ego durumu genellikle çocuk ego durumudur (Arı, 1989). İletişim sırasında ilgili, bağışlayıcı, özen gösterici, vefakar, güvenilir, cana yakın, destekleyici, endişeli gibi özellikler gösterir (Keçeci, 2007).

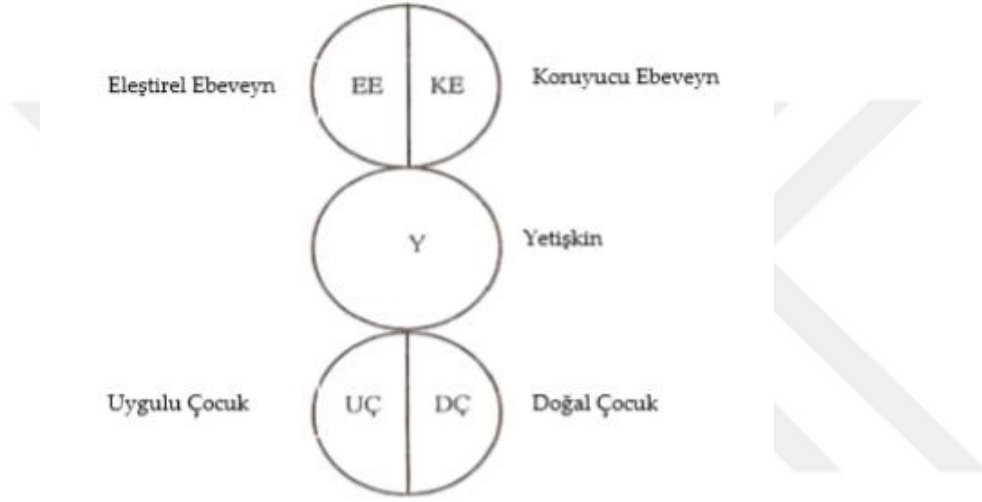
Kişiliğimizde bulunan eleştirel ebeveyn ve koruyucu ebeveyn ego durumları etrafımızdaki kişilere doğru bir şekilde davranmaları açısından öğüt vererek emirler yağdırmaktadır. Kişiler bu ego durumlarını kullanarak başkaları üzerinde oluşturdıkları etkinin yanı sıra kendilerine çok küçük yaşlardan beri otorite kaynağı olarak örnek almış oldukları kişilerden öğrendikleri ile kendilerine de bazı mesajlar ve kurallar oluşturabilmektedirler (Dökmen 2009:80'den akt. Karababa, 2016).

3-Yetişkin Ego Durumu

Yetişkin ego durumu, içinde bulunduğumuz gerçeklikle uyumlu olan, diğer ego durumlarından özerk davranış, duygu ve düşünce örüntülerinden meydana gelmektedir (Keçeci, 2007). Bu ego durumu, her zaman bütün olasılıkları hesaplayarak bir nevi bilgisayar işlevi yapmakta, fakat dünyada bulunan bilgilerin hepsini almak ve oluşan verileri işlemek amacıyla bağımsız bir biçimde her daim çalışmaya hazır durumdadır. Bunun yanında ancak öteki ego durumlarının uyarı vermesiyle ancak harekete geçmekte, herhangi bir uyarı olmadan harekete geçememektedir. Bu ego durumu ile iletişime geçtiğimizde gördüğümüz, düşündüğümüz ve duyduğumuz bütün verileri doğru şekilde işlemekte, mevcut olan veriyi herhangi bir duyguya ve ön yargılı düşünceye dayandırmadan değerlendirmektedir (Solomon, 2003).

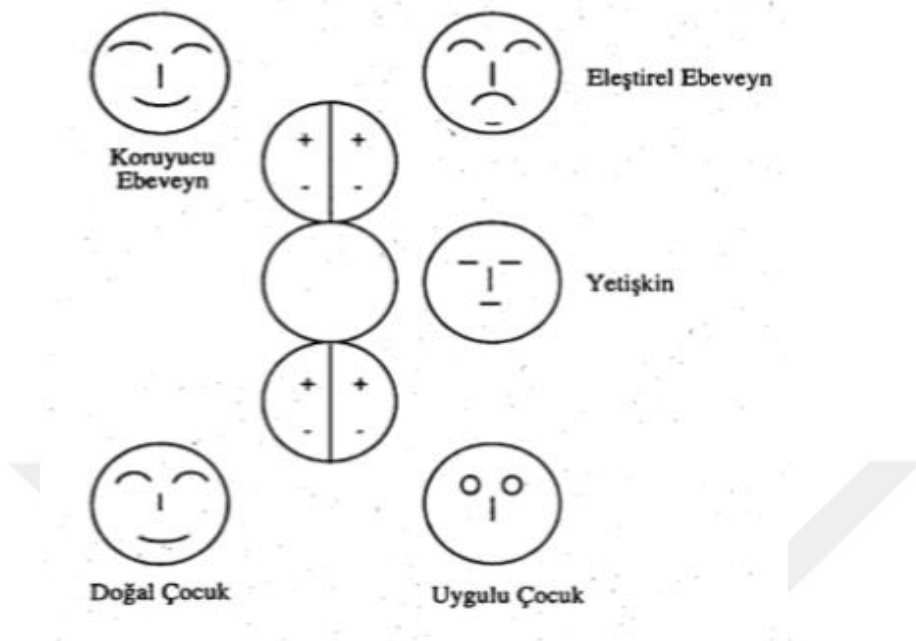
Yetişkin ego durumu, geçmiş yerine şu ana odaklanarak ebeveyn ego durumuna göre farklılık göstererek benliğimizin akılcı yanını temsil etmektedir ve bazen ebeveyn, çocuk ego durumlarımızdan aldığımız bazen de dış dünyadan aldığımız bütün verileri kodlayıp yeri geldiğinde kullanabilmek amacıyla arabul getir işleviyle hatırlamaktadır. Ebeveyn ve çocuk ego durumlarımızdan ayrı olarak yalnızca kişisel ihtiyaçlarımız ya da toplumsal kuralları ön plana çıkarmayarak aklın mantıklı bulduğu davranışları

sergilemektedir. Yetişkin ego durumunun temeli gerçeklik, mantık ve bilgidir. Çocuk benliğin istekleri ile ebeveyn ego durumunun beklentileri arasında denge oluşturup uzlaştırıcı işlev yapar böylelikle ebeveyn ve çocuktaki kaynaklarla beslenerek şu anda bulunan gerçekliğe uyumlu davranış sergilemektedir (Gürel, 2011). Ebeveyn ego durumlarının iki işlevi şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 2.2. Fonksiyonel analize göre ego durumları sembolizasyonu

Kaynak: Çifci G, Özerk H. Kabin ekibi üyelerinin mesleğin gerektirdiğini düşündükleri ego durumları ile kendilerinde algıladıkları ego durumlarının örtüşmesinin (bağdaşımının) geleceğe yönelik umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2018;9(16):881-907.



Şekil 2.3. Kişiliğin işlevsel analizi bakımından ego durumları

Kaynak: Akkoyun F. Transaksiyonel analiz ve yetişkin olmak. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1995;28(1):1-11.

4-Çocuk Ego Durumu

Geçmişteki çocukluk döneminde oluşan eski kalıntıları bulunduran ego durumudur ve oluşan bu kalıntıların temelinde bulunan davranış şekli, düşünce ve tutumlar şeklinde tanımlanmaktadır. Bunun yanında bireyin çocukluk döneminden gelen hatıralarda bulunan düşünce, his ve duyguları içermektedir. Çocuk kavramında anlatılmak istenen hayatın başı ve sonu arasında geçen sürede temel olan varlığı bulundurmaya ve korumaya amaçlayan yaşantılardır (Tüfekçi, 2008; Ekşi ve ark., 2016).

Çocuk benlik durumu, çocukluk döneminden gelen doğal dürtüleri barındırırken bununla birlikte çocuğun verdiği tepkileri, insanlarla ve kendisiyle ilgili algısının kayıtlarını bulundurmaktadır (Arı, 1994). Başka bir deyişle, çocuk benlik durumu, bireyin çocukluk döneminden izler taşıyarak meydana getirdiği davranış örüntüleri, duygu ve düşüncelerini kendini ortaya koyabilmek amacıyla kullanmasıdır. Bu amaçla da birey çocukluk döneminde alışkın olduğu kalıpları tekrar edebilir (Özerk, 2008; Akar, 2016). Çocuk ego durumunda aynı zamanda keşif, yaratıcılık, merak, öğrenme isteği,

hissetmek, deneyimlemek, dokunmak gibi duygular mevcuttur. Çocuk benliğimiz kişiliğimizde çocuksu ya da gelişmemiş şeklinde değerlendirilmesi doğru değildir, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi fark etmeksizin bütün kişiler çocuk benliğini sergileyebilmektedirler (Ekşi ve ark., 2016).

Doğal Çocuk Ego Durumu

Benliğin hiç eğitilmemiş tarafını belirtir ve bu ego durumunda kişi kendi fiziksel gereksinimlerini gözetir, spontan bir biçimde içinden nasıl geliyorsa öyle davranır, sezgiler ve duygular önemlidir. Bu ego durumunu baskın şekilde kullanan bireyler öz kontrolünü sağlayamayan şımarık bireyler şeklinde nitelendirilmektedirler. Doğal çocuk ego durumu sevgi dolu, macera düşkünü, enerjik, heyecanlı, şakacı, doğal, coşkulu, hayalperest gibi sıfatlarla ilgilidir (Karababa, 2016). Doğal çocuk benliğimizle hayatı katkısız, doğrudan doğal bir şekilde benimseriz. Kişinin kendi doğal çocuk benliğiyle samimi bir şekilde bağlantı kurması samimi bir ilişkiye sahip olması anlamında önemlidir (Solomon, 2003).

Uygulu Çocuk Ego Durumu

Bu ego durumu, ebeveyn eğitiminden etkilenen, mantık aramadan ebeveynleri ne diyorsa onu yerine getiren, içinden gelen şekilde davranmayan ego durumudur. Uygulu çocuk benliğimiz isyan etme ya da boyun eğici olma davranışları ile kendilerini göstermektedirler. Sorunlarla zor yüzleşirler hazzı düşlerde ararlar ve eyleme oldukça zor geçerler. Stresli halimizde uygulu çocuk benliğimize geçebilmemiz muhtemeldir. Uygulu çocuk ego durumumuzda ebeveynlerimizi aynen kopya ederek ebeveynlerimize boyun eğimiz fakat bunu istekli şekilde yapmayız (Akbağ ve Deniz, 2002).

2.3.3. Ego Durumlarını Tanılama

Eric Berne tarafından benlik durumlarını tanılayabilmek amacıyla dört farklı yaklaşım ileri sürülmüştür (Tüfekçi, 2008). Bunlar sırasıyla ‘davranışsal’, ‘sosyal’, ‘fenomolojik’ şeklindedir. Bununla birlikte Eric Berne, ego durumlarını tanılayabilmek için aynı anda bir değil birden fazla tanılama yönteminin kullanılması gerektiğini ifade etmiştir. Burada verilen dört farklı yolun bu sıra izlenerek ego durumunu tanılamasının doğru olacağını

ileri sürmüştür. Bunlardan ilki olan davranışsal tanılama aynı zamanda en önemlisidir. Diğer üç tanılama ise ilk tanılamamanın kontrolü amacıyla yapılmaktadır (Akkoyun, 1993).

Davranışsal Tanılama

Bu yaklaşımda dışsal ipuçları (beden duruşu, jest mimikler, kelimeler, yüz ifadesi, ses tonu vb.) içsel ipuçları yerine tanılamak için kullanılmaktadır. Fakat burada dikkat edilmesi gereken nokta buradaki ipuçlarının yanıltıcı olabileceğidir. Bu ipuçları ile birlikte ifade edilen mesajlar ve diğer ipuçları da önem arz etmektedir.

Ego durumlarını tanılamaya yardımcı olan pek çok ipuçları vardır. Bunlar fiziksel ve sözel olarak ikiye ayrılmaktadır. Sözel olan ipuçları kelimelerdir. İşaret parmağını kullanmak, alnını kırıştırmak, ayaklarını sallamak, başını sallamak gibi belirtiler ebeveyn benlik durumuna özgü olan fiziksel ipuçlarıdır. Aynı zamanda bireyin ebeveynine özgü olan ipuçları da bulunmaktadır. Bu ipuçları kültürel olarak da değişiklikler gösterebilmektedir. Ağlama, mızızlanmak, dudaklarını bükmek, tırnak yemek, kıkırdamak gibi belirtiler çocuk ego durumuna özgü iken, net olan yüz ifadesi, kurulan göz teması, ses tonunun net, açık, güvenli, sakin oluşu ise yetişkin benlik durumu ile bağlantılı ipuçlarıdır (Tüfekçi, 2008).

Sosyal Tanılama

Bu yaklaşımın temel amacı iki kişi etkileşim kurarken aralarındaki iletişimi incelemektir, bu esnada karşı tarafa gönderilen uyarının bireyin hangi ego durumundan karşıdaki kişinin hangi ego durumuna gönderildiğini bulabilmek amaçlanır. Bununla birlikte karşı tarafa gönderilen uyarının kişide ne tarz bir tepki oluşturduğuna bakılmaktadır. İletişim esnasında kişilerarası ilişkide iletişim alışverişinin sonucunda kişiler üzerindeki psikolojik işlevine ve verilen tepkilere önem verilmektedir (Akbağ, 2000; Tüfekçi, 2008).

Tarihsel Tanılama

Bu tanılamada, isminden de anlaşılacağı üzere bireyin geçmişi araştırılmaktadır. Kişinin şimdi yaşadığı duyguları ile geçmişinde ebeveynlerine yönelik yaşadığı duyguları birbirine benziyorsa kişi çocuk benliğindedir. Kişinin ebeveynleri onun gibi

konusuyorsa, beden dili benziyorsa kişi ebeveyn benliğinde olduğu söylenebilir (Gürel, 2011; Karababa, 2016).

Fenomonolojik Tanılama

Geçmişte olan yaşantısını aynı şekilde yeniden yaşadığında gösterdiği beden dili ve seçmiş olduğu ifadelerin seçimi ön plana alınarak benimsediği ego durumu ortaya çıkarılmaktadır. Çocuğun geçmişinde yaşamış olduğu bir duygu çocuk tarafından hayatının herhangi bir anında yenilendiğinde fenomonolojik tanımlama yapılabilir (Kaçar, 2008; Şamatacı, 2013). Şekil 5'te ego durumlarını tanılama için davranışsal ipuçları verilmiştir.

Ego Durumları	İfadeler	El Kol Hareketleri ve Beden Duruşu	Yüz İfadeleri	Ses Tonu
Ebeveyn	Meli, malı ifadeleri Asla Ben olsaydım Her zaman Üzülme Canını sıkma Korkma Ne derler Sana söylemiştim Ben demiştim	Omuza vurmak Masaya vurmak Kaşını kaldırmak Elle itmek Kolları kavuşturmak Sırtını sıvazlamak Ayakları yere vurmak Elleri ovuşturmak Konuşurken özellikle işaret parmağını kullanmak	Azarlayıcı Kızgın Alaycı Sevecen Kınayan Gururlu Kaş çatma	Sempatik Destekleyici Azarlayıcı Dudak bükme Cık cık sesi Büyüklik taslayan
Yetişkin	Ne, kim, nerede Nedenleri ne olabilir Seçenekler bunlar görünüyor Nasıl, niçin Bir düşünelim Diğer fikirler neler	Dik duruş Göz teması İlgili görünmek Geri bildirim vererek dinlemek Anlaşıp anlaşılmadığını kontrol etmek Ölçülü jest ve mimikler	Düşünceli Dikkatli İlgili Meraklı Hafif tebessüm	Açık fakat fazla duygusal değil Sakin, doğrudan Güven verici Tekdüze değil
Çocuk	İstemiyorum İstiyorum Bana bak Senin yüzünden Haydi hemen Bana ne Beni ilgilendirmiyor Benim, senin	Hırçınlık Neşeli, heyecanlı hareketler Tırnak yemek Parmak emmek Gözleri ovuşturmak Sokulmak, kıvrılmak Yayılmak, dağılmak Tetikte durmak	Ağlamaklı gözler Kırgın gözler Dudak bükme Hayran bakışlar Gözlerini açmak	Mırıldanmak Surat asarak sessiz kalmak Kıkırdamak Hızlı ve yüksek sesle konuşmak Sık sık gülmek Dalga geçmek

Şekil 2.4. Ego Durumlarını Tanılama İçin Davranışsal İpuçları

Kaynak: Akkoyun F. Transaksiyonel Analiz. 2. Basım, Nobel Yayın Dağıtım. İstanbul; 2007, s:80-81.

2.3.4. Ego Durumlarının Yapısal Özellikleri

Berne 1961 senesinde benlik durumları sınırlarının yarı geçirgen zar şeklinde olduğunu ve bu sayede aralarında ruhsal enerjinin geçebildiğini belirtmiştir. Buradaki sınırların gevşek olduğu kişiler oldukça tutarsız bir tavır sergilerler ve yetişkin benlik durumlarının denetimi ise oldukça zayıftır (Kaçar, 2008).

Benlik durumlarımızı zamanına ve yerine uygun bir şekilde kullanmamak sağlıklı olmadığı anlamına gelmektedir. Kişinin ego durumları arasında çok fazla geçirgen ya da çok fazla katı olması kişinin sosyal hayatında kurduğu ilişkilerde problem yaratmaktadır. Ego durumlarının kendi içlerinde geçirgen olmaması bireyin esnek davranamamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu kişiler yalnızca çocuk, ebeveyn ya da yetişkin olabilmektedirler. Bu durum ise kişinin toplumsal ve fiziksel çevreye uyumunu zorlaştırır (Gürel, 2011).

Kişiler bazen içinde bulundukları duruma uygun tepkiler oluşturamazlar veya yanlış durumlarda hep benzer tepkileri oluşturabilmektedirler. Bunun sebebi ego durumlarının yapısal durumlarıdır. Bunlar; ego durumlarında bulaşma, ego durumlarında dışlama ve bütünleşmiş ego durumlarıdır (Tüfekçi, 2008).

Bütünleşmiş Ego Durumları

Çocuk, ebeveyn ve yetişkin ego durumları bütünleşmiş bir haldedir ve içlerinde etkileşim bulunmaktadır. Oluşan tepkiler davranışa yansımaktadır bu esnada yetişkin ben durumu bu davranışları bir süzgeçten geçirmektedir (Gürel, 2011).

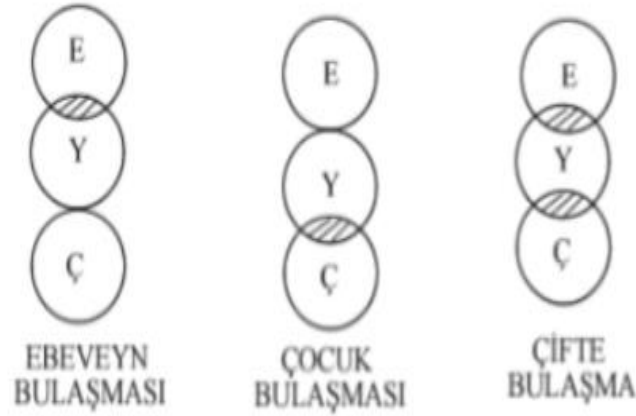
Ego Durumlarında Bulaşma

Grimes 1988 yılında benlik durumları arasında belli sınırlar olduğunu ve bu sınırlarda meydana gelen bozukluğun, ebeveyn, yetişkin ya da çocuk benlik durumlarından ikisinde veya birinde bulaşma oluşmasına sebep olduğunu belirtmiştir. Ego durumlarında bulaşma şekil 6'da gösterilmiştir. Örneğin yetişkin benlik durumu gerçeklik durumunu düşünmeden ebeveyn ya da çocuk benlik durumu gibi davranmaya başlamaktadır.

Türk toplumu gibi toplumlarda gelenekler oldukça önemlidir ve büyüklere saygı ön plandadır. Bu sebeple benlik durumları genellikle iç içe geçmiş haldedir. Ebeveyne karşı saygıda kusur etmeyen ve çocuk benlik durumunda iletişime geçen birey, genellikle kendi çocuklarıyla iletişime geçerken eleştirici ve otoriter bir şekilde davranabilmektedir (Gültekin, Voltan-Acar, 2004).

Çocuk bulaşmasında ise asıl olan burada ve şimdi kavramında bozulmalar görülmektedir. Delüsyon, fobi ve batıl inançlar görülebilmektedir. Birey çocuk benlik durumunun o zamanki kapasitesine uygun olan geçmişteki değerlendirmesini şimdiye taşıyarak bugünkü kapasitesini ve yetişkin benlik durumunu reddetmektedir (Tüfekçi, 2008).

Ebeveyn benlik durumunun getirmiş olduğu ön yargılar, çocuk benlik durumunun sebep olduğu kuşkular yetişkin benlik durumu üzerinde çifte bulaşmaya neden olmaktadır. Bu durum genellikle ebeveyn benlik durumunun yaşattığı ön yargıların yetişkin benlik durumu tarafından oluşturulan gerçeklik şeklinde algılanıp çocuk benlik durumunda yoğun korku oluşmasıyla sonuçlanmaktadır (Akkoyun 1993;51 'den akt. Kaçar, 2008).



Şekil 2.5. Ego durumlarında bulaşma

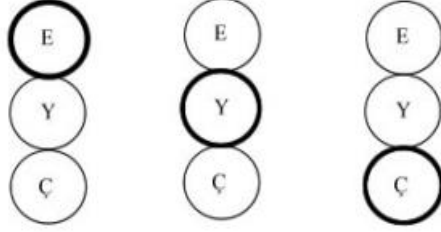
Kaynak: Kaçar B. Lise Öğrencilerinin Karar Stratejileri ve Transaksiyonel Analiz Ego Durumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semai Tuzcuoğlu).

Ego Durumlarında Dışlama

Kişinin belli bir zaman aralığında benlik durumlarından bir ya da birden fazlası baskın olduğunda dışlama olarak isimlendirilen patolojik bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durumda bireyin bütün davranışlarına yalnızca tek bir benlik durumu sahip olabilmekte ya da kişi, farkında olmaksızın tek bir benlik durumunu dışlayıp iki benlik durumu üzerinden iletişime geçebilmektedirler. Benlik durumları arasında katı şekilde sınırlar bulunmakta kişinin enerjisi özgür bir biçimde diğer benlik durumları arasında dolaşamamaktadır (Gürel 2011).

Tek benlik durumu üzerine hapsedilmiş olan enerji sonucunda kişiler yalnızca çocuk benlik durumu ya da ebeveyn benlik durumu ile tepki oluşturması sonucunda kişinin yetişkin benlik durumu dışlanır ve gerçeklik konusunda değerlendirmesini yapamaz. Ego durumlarında dışlama Şekil 7’de ele alınmıştır. Diğer benlik durumlarını dışlayarak sadece yetişkin benlik durumu üzerinden iletişime geçen bireyler ise oldukça sıkıcı olmaktadır. Kişinin yalnızca bir ego durumu üzerinden tepki oluşturması patolojik bir durumdur (Kaçar, 2008). Transaksiyonel analiz uzmanları, kişinin psikolojik anlamda

sağlıklı olabilmesi için benlik sınırlarının çok fazla katı ya da çok fazla geçirgen olmayacak şekilde esnek olabilmesi dışlamaların ya da bulaşmaların olmadığı bütün benlik durumlarını barındıran ‘bütünleşmiş yetişkin benlik durumu’ benimsemesi ve geliştirmesinin ihtiyaç olduğunu söylemektedir (Akbağ, 2000).



Şekil 2.6. Ego Durumlarında Dışlama

Kaynak: Kaçar B. Lise Öğrencilerinin Karar Stratejileri ve Transaksyonel Analiz Ego Durumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semai Tuzcuoğlu).

Bazen kişiler tarafından benlik durumlarının ikisinin dışlanarak yalnızca bir tanesini kullandığı görülür. Yetişkin ve ebeveyn benlik durumlarının öne çıktığı, çocuk benlik durumunun dışlandığı uyumsuz, duygusuz ve çocukluğun getirmiş olduğu eğlenceli zamanlara kendini tamamen kapatan bireyler olduğu bilinmektedir (Gültekin ve Voltan-Acar, 2004).

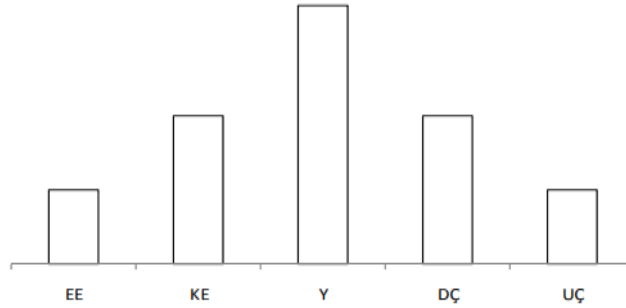
Ebeveyn benlik durumunun dışlandığı kişilerde ise kendi kurallarını kendi koyma, çevresindeki olayları kendi hür iradesine uygun şekilde ayarlayabilme davranışı göstermektedir. Yetişkin benlik durumunu dışlayan birey gerçeği değerlendirme görevini yerine getirmeyip ebeveyn-çocuk diyalogları ön plana çıkmaktadır (Akkoyun, 1993’den akt. Tüfekçi, 2008).

2.3.5. Sabitlik Hipotezi ve Egogram

Sabitlik hipotezi kavramı, 1972 yılında Dusay tarafından ortaya atılmıştır. Buna göre her kişinin belli bir enerjisi vardır ve bu enerjinin miktarı sabittir, benlik durumları arasında bu enerji akışkan olarak hareket halindedir ($E+Y+Ç=1$). Bir başka ifadeyle, benlik durumlarından bir tanesinde enerji azalışı ya da artışı olduğunda, bu durumu

dengeleyebilmek için diğer benlik durumunda tam tersi durum görülmektedir. Kişiler normal hayatlarında iletişim kurarken beş farklı benlik durumları üzerinden iletişime geçmektedirler. Dusay'a göre kişinin iletişim esnasında her bir benlik durumundan ne kadar enerji harcadığı bilinebilmektedir (Karababa, 2016).

Transaksiyonel analiz kuramında benlik yapısını oluşturan benlik durumları (yetişkin, uygulu çocuk, doğal çocuk, eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn) birbirleriyle temas halinde olan farklı dairelerle gösterilmekle birlikte bu farklı benlik yapılarında bulunan enerji egogram ile belirtilmektedir. Egogram temel olarak fonksiyonel analizde bulunan benlik durumlarındaki enerjiyi sembolize etmektedir (çünkü psişik enerji temel olarak gözlenebilen davranışlarda oluşmaktadır) ve benlik durumlarından iletilen iletinin frekansı ve yoğunluğu gözlemlenmektedir. Şekil 8'de egogram örneği verilmiştir. Egogram üzerinde bir benlik durumunda bulunan enerjinin seviyesi kolon ile belirtilmektedir (Kaçar, 2008; Akar, 2016).



Şekil 2.7. Çan Eğrisi Biçimli Egogram

Kaynak: Dusay ve Dusay 1984'ten akt. Akbağ M. Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2000, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu).

Kolonlardan hangisi en uzun ise bu benlik durumunda bulunan enerjinin daha fazla olduğu ve kişinin bu benlik durumundan aktif şekilde iletişime geçtiği anlamına gelmektedir. Egogram sayesinde aynı zamanda bireyin güçlü ve zayıf taraflarını da

görebilmekteyiz. Eğer kişinin egogramında çok uzun ya da çok kısa sütunlar mevcut ise bu durum, kişinin bazı noktalarda sıkıntı yaşadığını belli eder (Gültekin ve Voltan-Acar, 2004).

Yukarıdaki şekildeki egogram örneğinde kişinin iletişim kurarken en fazla yetişkin ego durumunda, ardından koruyucu ebeveyn ve doğal çocuk ego durumunda iletişime geçtiği, en az ise eleştirel ebeveyn ve uyumlu çocuk ego durumlarında olduğunu görmekteyiz.

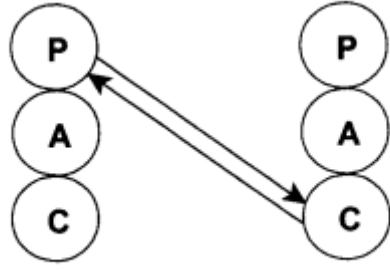
2.4. Transaksiyonlar

Transaksiyon, sosyal iletişimin temel yapıtaşı şeklinde düşünülmektedir. Berne 1961 yılında, bireyler arasındaki benlik durumları arasında oluşan uyaran ve tepkiden meydana gelen iletişim şekli olarak tanımlamıştır. ‘Asıl Transaksiyonel Analiz’ ise transaksiyonların işlem olarak incelenmesine denir. Temel olarak gizli, tamamlayıcı ve kapalı olarak isimlendirilen üç tane transaksiyon bulunmaktadır (Berne, 1996; Keçeci, 2007; Karababa, 2016; Solomon, 2003).

TA’da ‘stroke’ tanınma birimi şeklinde düşünülmektedir ve iletişimin temel yapısıdır. Transaksiyon stroke alışverişinden meydana gelmektedir. İletişim esnasında transaksiyonlar oluşturulurken kişinin benlik durumuna ‘başat’ olarak enerji depolanır (Berne, 1996; Karababa, 2016; Solomon, 2003).

2.4.1. Tamamlayıcı Transaksiyonlar

İletişim sırasında kişi karşıdaki kişiye herhangi bir benlik durumu üzerinden mesaj gönderdiğinde karşıdaki kişi mesaj gönderen kişinin hedeflediği benlik durumu üzerinden cevap vermektedir ve her iki kişi de yalnızca bir benlik durumu üzerinden iletişim kurmaktadır. Berne’ ye göre eğer iki kişi arasında tamamlayıcı türden transaksiyon oluşuyorsa, bu iletişim sonsuza dek devam edebilir (Berne, 1996; Gürel, 2011; Solomon, 2003). Şekil 9’da birinci düzey tamamlayıcı transaksiyon örneği verilmiştir.



Ebeveyn: Hemen yatağa gitmelisin!

Çocuk: Lütfen... Bu şov'u bitiremez miyim?

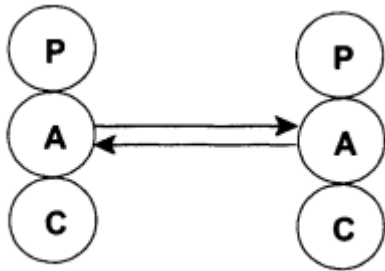
Şekil 2.8. Birinci düzey tamamlayıcı transaksionlar

Kaynak: Berne E. Principles of transactional analysis. Indian J. Psychiatric Journal. 1996;38(3):154-159.

Solomon C. Transactional Analysis Theory: The Basics. Transactional Analysis Journal. 2003;33(1):15-22.

2.4.2. Kapalı Transaksionlar

İletişim sırasında iki kişinin sadece bir ego durumu ile iletişime geçtiği ancak uyarı gönderenin karşı taraftan beklediği ego durumu üzerinden yanıt göremediği transaksionlardır (Sevim, 1996). Berne'ye göre iletişimin ikinci kuralı kapalı transaksionlarda iletişimi kuran kişilerden biri ya da her ikisi iletişimin kesintisiz şekilde devam etmesini istiyorsa ego durumlarını değiştirip iletişime tekrar geçmelidir (Gürel, 2011). Şekil 11'de birinci düzey kapalı transaksion örneği verilmiştir.



Yetişkin: Bana satın kaç olduğunu söyler misin?

Yetişkin: Evet, saat dört.

Şekil 2.9. Birinci düzey kapalı transaksion

Kaynak: Berne E. Principles of transactional analysis. Indian J. Psychiatric Journal. 1996;38(3):154-159.

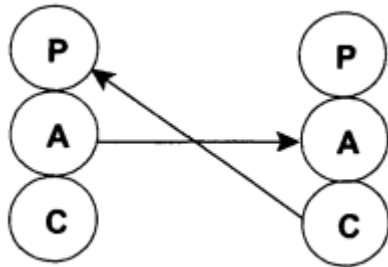
Solomon C. Transactional Analysis Theory: The Basics. Transactional Analysis Journal. 2003;33(1):15-22.

2.4.3. Gizli (Çapraz) Transaksiyonlar

İletişime geçen bireylerden biri ya da her ikisinin iki ego durumu üzerinden iletişim kurduğu transaksyon şeklidir. Bununla birlikte bu transaksyonda sosyal ve psikolojik olarak iki tür mesaj verilmektedir (Berne, 1996; Keçeci, 2007; Ergene, 2019; Solomon, 2003).

Gizli transaksiyonlarda açık bir biçimde belirtilmeyen ve sözsüz şekilde iletilen psikolojik mesaj ile açık şekilde belirtilen sosyal mesaj birbirleriyle uyumlu değildir. Burada iki mesaj ve iki farklı benlik durumu bulunması nedeniyle kapalı ve tamamlayıcı transaksiyonları içinde barındırmaktadır. İlk başta kapalı transaksyon gibidir fakat görülen iletinin arkasında başka bir anlam bulunmaktadır. İletişimde karşıdaki bireyin beklentisi karşılandığından dolayı kapalı transaksyonu içinde bulundurmasına rağmen iletişim sürebilmektedir (Berne, 1996; Akkoyun 2007; Solomon, 2003).

Berne'nin belirtmiş olduğu üçüncü iletişim kuralına göre gizil transaksyon sonucunda psikolojik iletişim düzeyi sosyal iletişim düzeyine göre transaksyonun oluşturduğu davranışsal sonucu belirlemede daha önemlidir. Sosyal mesajlar belirtilirken düz, psikolojik mesajlar belirtilirken kesik çizgiler kullanılmaktadır. Üç tane ego durumunun olduğu transaksiyonlar 'Açısal Gizil Transaksyon', dört tane ego durumunun olduğu transaksiyonlar 'Dubleks Gizil Transaksyon' şeklinde adlandırılmaktadır (Berne, 1996; Özerk, 2008; Karababa, 2016; Solomon, 2003; Yönder, 2011). Şekil 12 ve Şekil 13'te gizli(çapraz) transaksyon örneği verilmiştir.

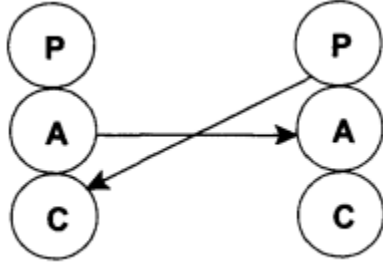


Yetişkin: Bana satın kaç olduğunu söyler misin?

Uygulu Çocuk: Neden beni hep aceleyle getiriyorsun?

Şekil 2.10. Gizli (Çapraz) Transaksiyonlar

Kaynak: Berne E. Principles of transactional analysis. Indian J. Psychiatric Journal. 1996;38(3):154-159.
Solomon C. Transactional Analysis Theory: The Basics. Transactional Analysis Journal. 2003;33(1):15-22.



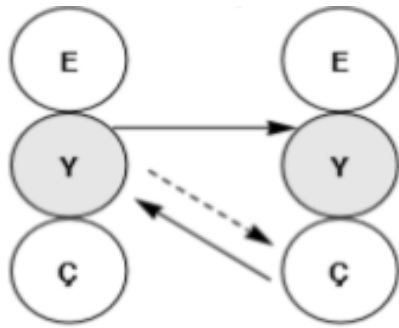
Yetişkin: Bana satin kaç olduğunu söyler misin?

Eleştirel Ebeveyn: Zaten hep geç kalıyorsun, neden umursuyorsun ki?

Şekil 2.11. Gizli (Çapraz) Transaksiyonlar

Kaynak: Berne E. Principles of transactional analysis. Indian J. Psychiatric Journal. 1996;38(3):154-159.
Solomon C. Transactional Analysis Theory: The Basics. Transactional Analysis Journal. 2003;33(1):15-22.

Çapraz transaksionlar daha çok çatışma durumlarında önemli olmaktadır. Bazen karşıdaki bireyin ebeveyn egosuna yönelik iletişim oluşturulmak istenmeyen durumlarda iletişim yetişkin-yetişkin seviyesine çekilerek çatışmalı iletişim sona erdirilmiş olur. Örneğin iletişim esnasında karşıdaki birey devamlı olarak size nasihatler veriyorsa ve bu durumdan sıkılıyorsanız ‘Bu durum hakkında söyledikleriniz açısından düşüneceğim’ diyerek çatışmayı sona erdirebilirsiniz (Berne, 1996; Solomon, 2003; Zengin, 2019).



Şekil 2.12. Gizil(Çapraz) Transaksiyonlar

Kaynak: Karcioğlu F, Arun K. Örgütsel iletişimde transaksyonel analiz (karşılıklı davranışsal çözümleme). Ekev Akademi Dergisi. 2004;8(21): 245-264.

2.4.4. Temas İletileri

Bir bireyin varlığının onandığını belirten eyleme ‘temas (sıvazlanma)’ ismi verilmektedir. Bu bakış açısında ‘temas’ olarak isimlendirilen kavram, sosyal etkileşimin esasını oluşturan kavramdır. Temas iletisi, Eric Berne tarafından ‘insanın kabul ünitesi’ şeklinde tanımlanmıştır. Bireyin davranışlarının özünde temas (sıvazlanma) gereksiniminin yer aldığını söyleyerek kuramında bunu temel alır. Bir gülücük, bir bakış, bir baş sallama, bir dokunuş ya da bir kelime olabilmektedir. Temas iletileri olumsuz ya da olumlu olabileceği gibi genel anlamda olumlu olanlar olumsuz olanlardan daha iyi şekilde belirtilmektedir. Alıcılarda hoşlanmaya sebep olan temas iletilerine olumlu, hoşlanmamalarına sebep olan temas iletilerine ise olumsuz ileteler denilmektedir. İletinin olumlu ya da olumsuz olmasını alıcının algısı belirlemektedir. ‘Yüzünü bile görmek istemiyorum’ yerine ‘Seni çok özledim’ cümlesini duymak daha iyi hissettirecektir. Hasta ve bakım verenler arasındaki temas iletileri olumlu olduğunda bireyin duygusal gelişimini destekleyebilir, bununla birlikte koşulsuz ya da koşullu olabilir (Aydemir Sevim, 1996; Keçeci, 2007).

Temas iletilerinin sınıflaması sözsüz ya da sözel, olumsuz ya da olumlu, koşulsuz ya da koşulu şeklinde yapılır. Sözel ileteler aynı zamanda sözsüz ileteleri de beraberinde getirmektedir. Bir kişiye karşı ‘Seni çok seviyorum’ dediğimizde o anda bakış ve dokunma ile beraberinde sözsüz ileteler de gönderilebilmektedir. Fakat sözsüz temas iletisine her zaman sözel temas iletisi eşlik edemeyebilmektedir. İletilerin koşulsuz ya da koşullu olması ise iletinin bireyin davranışına ya da sadece varlığına yönelik söylenildiği için koşulsuz iletelerdir. Koşullu ileteler, bireyin varlığı yerine sadece onun davranışları ile ilgilendirir. ‘Yanıma gelmediğin için sana çok kızdım’ ifadesi bireyin yalnızca gelmeme davranışı ile ilgili olduğu için ve bireyin varlığı ile ilgili olmadığı için koşullu iletidir (Keçeci, 2007; Gürel, 2011; Zengin, 2019).

2.5. Yaşam Pozisyonları

Yaşam pozisyonları genel olarak psikolojik durumu belirtmektedir ve kişinin başka insanlar ve kendisine yönelik görüşleriyle birlikte davranışlarını, duygu ve düşüncelerini

de içermektedir. Bireyin verdiği kararları, yaptığı seçimleri gerekçesine dayandırmak amacıyla kullanmış olduğu başkaları ve kendisine yönelik anlayıştır. Berne, kişinin çevresi ile oluşturmuş olduğu ilişkisi sonucunda kendisine ve çevresine yönelik oluşturmuş olduğu olumsuz ya da olumlu algısı sonucunda varoluşsal anlamda yaşam pozisyonu oluşturmaktadır. Transaksiyonel analiz 1.'Ben OKEY'im Sen OKEY'sin', 2.'Ben OKEY'im Sen OKEY değilsin', 3.'Ben OKEY değilim Sen OKEY'SİN', 4.'Ben OKEY değilim Sen OKEY değilsin'olarak temelde dört yaşam pozisyonunun olduğunu belirtmektedir. Buradaki dört yaşam pozisyonu çocukluk dönemindeki deneyimlerin sonucu şeklinde verilen kararlara dayanmaktadır ve bu yaşam pozisyonları insanların başkalarını ve kendilerini nasıl değerlendirdiğinin ve nasıl hissettirdiğinin kökünü oluşturur (Berne, 1996; Gürel, 2011; Karababa, 2016; Demircioğlu ve ark., 2019).

Bütün bireylerin gereksinimleri, duyguları ve istekleri bulunmaktadır. Bireyin çocukluk dönemindeki gereksinimlerinin karşılanma düzeyi, bireyin yaşam pozisyonlarının meydana gelmesi anlamında önemli rol oynamaktadır. Birey, birinci yaşam pozisyonu ile (Ben OKEY'im Sen OKEY'sin) dünyaya gelmektedir ve olumlu bir bakış açısı bulunmaktadır. Birey, temel gereksinimleri yerine getirildiği sürece bu pozisyonda kalabilmektedir. Gerçekte bir çok kişi sadece tek bir pozisyonda kalmaz, değişik zamanlarda farklı bireylerle bir pozisyondan başka bir pozisyona geçmeyi seçebilir. Bireyin yaşamının çoğunu harcadığı pozisyon o bireyin yaşam pozisyonu şeklinde isimlendirilir (Gültekin ve Voltan-Acar, 2004; Keçeci, 2007).

2.5.1. Ben OKEY im- Sen OKEY'sin

Sağlıklı ve sağduyulu bir durumdur. Bireyler gerçekçi davranırlarsa başkaları ve kendileri ile ilgili problemleri olumlu bir biçimde çözümleyebilir ve beklentilerini yapabilir. Bu yaşam pozisyonundaki bireyler insanların önemini bilir ve hayatın yaşamak için değerli olduğunu düşünürler. Bu yaşam pozisyonunda bulunan bireylerin özellikleri; güven verici, kendine güvenli, onaylayıcı, şefkatli, yaratıcı ve açık olarak ifade edilmektedir (Gürel, 2011; Yönder, 2012).

2.5.2. Ben OKEY'im- Sen OKEY Değilsin

Dışa yansıtılmalı olan bir yaşam pozisyonudur. Bu durumdaki bireyler kendilerini haksızlığa uğramış ve aldatılmış olarak hissetmektedirler. Bu sebeple de başkalarını

aldatmaya ve ezmeye çalışırlar. Bu pozisyondaki bireyler devamlı öğüt veren, başkalarının yanlış tutumlarına karşı hoş görülmesi olmayan, başkalarını eleştiren özellikler gösterir. Başlarına gelen olumsuz olaylardan dolayı başkalarının sorumlu olduğunu söylerler. ‘Senin yaşamının fazla bir değeri yok’ duygusunu yaşarlar (Keçeci, 2007; Ergene, 2019; Demircioğlu ve ark., 2019).

2.5.3. Ben OKEY Değilim- Sen OKEY’sin

Bu pozisyon içe yansıtıcı ve depresif pozisyon şeklinde tanımlanır. Bireyler kendilerini başkaları ile kıyasladıkları zaman güçsüzlük hissi yaşarlar. Kendi ihtiyaçları yerine başka insanların ihtiyaçlarını yerine getirmek amacıyla hizmet ederler. Bu bireylerin özellikleri; pasiflik, kaçma, geri çekilme, depresyon, suçluluk, çaresizlik vb. dir. ‘Benim yaşamım önemli değil’ duygusu hakimdir (Yönder, 2012; Karababa, 2016).

2.5.4. Ben OKEY Değilim- Sen OKEY Değilsin

Verimsizliğin ve düş kırıklığının pozisyonu şeklinde ifade edilen bu pozisyon sağlıklı ve yararsız olan bir yaşam pozisyonudur. Bu pozisyondaki bireyler yaşamdaki ilgilerini tümünden kaybetmiş bir haldedirler ve yaşamı umutsuz görebilirler. Gerçek dünya ile başa çıkamayacağını düşünen bireylerin karakteristik özelliğidir ve bu durum bireylerde bakımsızlık, isyankarlık, sorumsuzluk, aşırı yemek yeme, alkol bağımlılığı, çocuksu davranışlar, kendini ya da başkalarını öldürmeye yönelik şiddet davranışları, mutsuzluk, paranoya vb. özelliklere sebep olur (Keçeci, 2007; Demircioğlu ve ark., 2019).

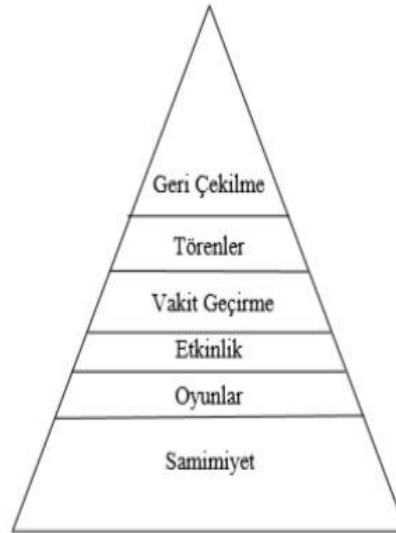
‘Ben OKEY değilim- Sen OKEY’sin’, ‘Ben OKEY’im- Sen OKEY Değilsin’ ve ‘Ben OKEY Değilim-Sen OKEY Değilsin’ pozisyonları hayatın erken dönemlerinde bilinçli olmadan alınan pozisyonlardır. ‘Ben OKEY’im-Sen OKEY’sin’ pozisyonu da sözel ve bilinçli karardır. Buradaki ilk üç pozisyon daha çok duyguları temel alır. ‘Ben OKEY’im-Sen OKEY’sin’ pozisyonu eylem iddiası, düşünce ve inanç gibi durumları temel alır. ‘Ben OKEY’im-Sen OKEY’sin’ pozisyonu ‘neden olmasın’ kavramının üstünde dururken ilk üç pozisyon daha çok ‘neden’ kavramı ile ilgilenmektedir (Gürel, 2011; Karababa, 2019).

Berne’ye göre ideal olan ve sağlıklı yaşam pozisyonu Ben İyiyim, Sen İyisin’dir (Berne, 1961). Bireyin varoluşunun temelini oluşturan ilişkisel konumlar, yetişkinlik

dönemindeki ilişki kalıplarını ifade etmektedir (Berne, 1961; Malleque, 2021). Berne, diğer yaşam pozisyonlarını ise: "Ben iyiyim, sen değilsin " (paranoya), "Ben İyi Değilim, Sen İyisin" (depresyon) ve "Ben İyi Değilim, İyi değilsin" (şizoid) şeklinde tanımlamıştır (Berne, 1961).

2.5.5. Zamanı Yapılandırma

Berne'ye göre bireyler varoluş boşluğunda yaşarlar. Hem varoluşlarının onanma gereksinimi hem de zaman boşluğunda yaşamak sorumluluğunu almak durumu ile karşılaşır. Bu sebeple zamanı farklı şekillerde yapılandırarak sıvazlanma ihtiyacı giderilmeye çalışılır. Birey başkalarıyla ilişkilerinde zamanı değişik şekillerde kullanmaktadır. Berne'ye göre bir birey uyanık olduğu esnada altı yoldan birini kullanarak bütün anını yapılandırmaktadır. Transaksiyonel analiz kuramı içerisinde bireyin diğerleriyle olan ilişkilerinde geri çekilme, ritüel/tören, vakit geçirme, aktivite/etkinlik, psikolojik oyunlar, içtenlik/samimiyet toplam altı farklı biçimde zamanı yapılandırma biçimi yer almaktadır. Berne piramidinde bulunan davranışları temel olarak psikolojik ve sosyal boyut olacak şekilde iki boyutta ve bunların bulunduracağı riskler açısından inceler (Berne, 1996; Özerk, 2008; Yönder, 2012). Şekil 14'te Berne' nin ele aldığı zamanı yapılandırma piramidi verilmiştir.



Şekil 2.13. Zamanı Yapılandırma Piramidi

Kaynak: Gürel T. Uçuş Eğitimcilerinin Eğitim Performanslarının Transaksyonel Analiz Ego Durumları Açısından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Salim Atay).

Geri Çekilme: Hiçbir durumda risk alamayan insanlar, kendi kabuklarına çekilebilirler. Bu kişiler, kendilerini psikolojik ve fiziksel anlamda inzivaya çekilmiş birisi gibi geri çekerler. Geri çekilme durumunda birey, hiç kimse ile iletişime geçmeyerek kendi kendine vermiş olduğu iletilerle temas iletisi gereksinimini karşılamaya çalışır. Bireyin saçını taraması, kendi yüzünü oğuşturması, vücuduna ve yüzüne krem sürmesi, banyoda kese yapması gibi uygulamalar fiziksel olarak temas iletisi sağlarken, içsel konuşmalar, fanteziler, dalınan düşünceler psikolojik olarak temas iletileri sağlamaktadır (Kaçar, 2008; Yönder, 2012).

Ritüeller/Tören: Günlük hayatta yer alan ebeveyn ego durumundaki davranışlardır. Ritüeller sözsüz ya da çok az sözlü iletişim sağlayan davranış biçimleridir. Otomatik bir biçimde bize ne yapmamız gerektiğini gösteren rehberdir. Gelenekler tarafından biçimi saptanır. Temas iletisi gereksinimi kalıp davranışlar gösterilerek yerine getirilmeye çalışılır. Sabahları ‘Nasılsınız?’, ‘Günaydın’ demek bir ritüeldir (Özerk, 2008; Gürel, 2011).

Vakit Geçirme: Bireylerin birbirlerinden psikolojik anlamda uzak kalarak, birbirlerine temas iletileri vermeyerek ve daha çok birbirlerinin fiziksel varlığını onaylayarak zamanı yapılandırma biçimleridir. Bireyler, kendilerinin psikolojik varlıklarıyla ilgilenmeden kendilerini içermeyen konuları ele alırlar. Genellikle sosyal anlamda onay almış bir alanda kabul görmüş bir muhabbet yapılır. Politika, enflasyon, moda gibi konular vakit geçirme anlamında en çok ele alınan konulardır. Vakit geçirme sadece yeni tanışan insanlarla birbirlerini değerlendirmek amacıyla kullanıldığı zaman yararlı olabilmektedir (Kaçar, 2008; Yönder, 2012).

Etkinlikler: Bir amacı gerçekleştirmek amacıyla herhangi bir işle meşgul olma halidir. Bireyler karşılıklı olarak etkileşim halinde ortaklaşa bir amacı gerçekleştirmek amacıyla zamanı etkinlik şeklinde yapılandırabilmektedir. Buradaki enerjiler, ortak amaca, bir işe veya bir durumu sonuçlandırmak amacıyla yönelmektedir. Burada başka bir bireyle kendimizle ilgili olmayan bir konuyu paylaşıyoruz. Bu sebeple samimiyete ve psikolojik

oyunlara göre temas iletisi yoğunluğu azalmaktadır. Okey, tavra, satranç vb. oyunlarda ortak amaç vardır fakat bireyler karşılıklı olarak psikolojik varlıkları için temas iletisi oluşturmazlar. Bu sebeple bu tarz oyunlar zamanı etkinlik şeklinde yapılandırmaya girer (Özerk, 2008; Gürel, 2011).

Psikolojik Oyunlar: Gizli mesajla başlatılıp devam ettirilen ve farkına varılmadan yerine getirilen zamanı yapılandırma yöntemidir. Taraflardan birisi psikolojik oyunun sonucunda kendine yabancı gelmeyen olumsuz duygu yaşamaktadır. Fakat olumsuz olsa da diğer zamanı yapılandırma yöntemlerine göre daha yoğun olarak temas iletisi sağlanmaktadır. Psikolojik oyunların tekrarlı şekilde gerçekleştirilmesi ise transaksiyonel analizde yazgı şeklinde isimlendirilen yaşam şeklinin meydana gelmesine neden olur. Bireyler, psikolojik oyunları zamanı yapılandırmak, temas iletileri almak, sahip olunan eylem sistemi, duyguyu, düşünceyi ve yerine konulan herhangi bir duyguyu devam ettirmek, ebeveyn yaşam senaryolarını ve emirlerini onaylamak, kendisinin ya da başkalarının ‘OK’ olmadığını ispatlayarak mevcut yaşam pozisyonunu devam ettirmek, tahminler yapabilmek vb. gibi nedenlerden dolayı psikolojik oyunlar oynanmaktadır (Kaçar, 2008; Yönder, 2012).

Samimiyet: En doyurucu ve en yoğun temas iletilerinin yerine getirilebildiğı zamanı yapılandırma yöntemidir. Koşullu ve koşulsuz temas iletilerini bulundurmaktadır. İki birey arasında çok sık olarak gerçekleşmez. Samimiyet, risklidir ancak riskine rağmen bunu tecrübe eden bireyler zamanlarını samimiyet olarak yapılandırmayı seçerler. Samimiyetten kaçanlar ise en sonunda psikolojik oyunlara başvurur (Özerk, 2008; Gürel, 2011).

2.6. Şizofreni, Ego Durumları, Yaşam Pozisyonları ve Psikiyatri Hemşireliğı

Şizofreni önemli ölçüde intrapsişik yapıdaki dönüşümler (zihin ayrışması) ve ilişkisel (aktarım, karşı aktarım) aktarım yoluyla ve benlik deneyimi ile ilişkilidir. Başlangıçtan itibaren birey olarak dünyaya gelmek yetişkin ego durumunun eylemidir. Ardından benliğimiz duyular aracılığıyla yaşamın erken dönemlerinde ne hissediyor ve deneyimliyorsa yeni doğanın çocuk egosunun yetişkinden almış olduğı tepkilerdir. Bu durum bebeğın kendi benliğinde erken dönemde ortaya çıkan kimliğine yönelik duygularıdır. Ebeveynlerin yaşamın erken dönemlerinde bize karşı oluşturmuş oldukları

tutum ve davranışları, mizacımıza göre değişerek yaşamımızı şekillendirmektedir. İşlemsel bir varlık olan insanın gelişim dönemi yetişkinin izlerini taşımaktadır (Malleque, 2021). Berne, şizofreninin temel belirleyicisinin ebeveyn tutumu olduğunu belirtmektedir ve ebeveyn dışlamasının şiddetinin arttıkça daha fazla şizofreni semptomunun ortaya çıkacağını belirtmiştir (Berne, 1996). Her kronik şizofreni tanısı almış bireyin iyi şekilde biçimlenmemiş bir yetişkine sahip olduğunu belirtmiştir. Çünkü şizofrenide iç dünya, ebeveynin tehditkar tutumuna karşı kendini savunma ihtiyacı çevresinde olmaktadır. Her şizofreni tanısı bilinçli ya da bilinçsiz bir biçimde aile hayatındaki çatışma ve hayal kırıklıklarına dayanmaktadır. Bireylerin aile ortamında karşı karşıya oldukları ebeveyn ego durumları, çocuk ego durumlarını anlamalarına yardımcı olurken aynı zamanda ortaya varoluşsal sorunlar, kafa karışıklıklar ya da öznel yabancılaşma oluşmaktadır. Sonuç olarak şizofrenide egonun yaşadığı sorunlar her zaman ebeveyn ego durumuna dayanmaktadır. Ebeveyn ego durumundan gelen müdahaleler çocuk ego durumunun bozulmasına neden olur. Bazen bu durum ebeveyne karşı kendi benliğini gizlemesiyle olmaktadır. Bunun sonucu olarak bireyin egosu kendi bedenine karşı yabancılaşmakta ve bunun sonucunda da yalnızlık ve bireyin kendi bedeninden soyutlanması olmaktadır. Böylece bireyin kendi benliğini görmezden gelmesiyle şizofreni oluşmaktadır (Malleque, 2021)

Berne'nin şizofrenide TA kuramını ifade eden anahtar kavram hastalık belirtilerinin aktif olduğu süreçlerde hastaların iletişime geçerken kullandıkları ego durumlarında zayıflamalar ve bozulmalar olmakla birlikte bu ego durumlarındaki güvenilirlik ve tutarlılık konusunda bozulmalar olmakta bu da şizofreni tanısı alan hastaların primer bakım verenleri ile sağlıklı ego durumlarından iletişime geçememesine neden olmaktadır. Şizofreni tanısı alan bireyler iletişim esnasında ego sınırlarının yetersiz olması nedeniyle bakım verenlerinin gerçekliklerine aşırı bağımlılık, burada ve şimdiye uyumsuzluk nedeni ile iletişimde kopukluklar meydana gelmektedir. TA'ya göre bireylerin yaşam pozisyonları kişinin başkalarının ve kendi ile ilgili benimsediği bakış açısını içermektedir. Bireyler, benimsedikleri yaşam pozisyonlarına göre kendi kurgularını yaratmakla birlikte yaşadıkları olayları da bu kurgulara pekiştirmektedirler. Şizofrenide hastalık belirtilerinin aktif olduğu dönemlerde bu kurguda bozulmalar yaşanabilmektedir (Mellacque, 2021).

Transaksiyonel analiz, özgün, benzersiz olmakla birlikte bireylerin birbirleriyle olan çoklu ilişkilerinde bulunan yaşam deneyimlerini referans alan bir iletişim kavramıdır. Şizofrenide özellikle negatif belirtiler davranış, duygu ve düşüncelerde bozulmalara neden olmaktadır. Bu durum şizofreni tanısı alan hastaların iç dünyalarında bir karmaşaya neden olmaktadır. Bu nedenle TA hastaların maruz kaldıkları karmaşıklığın derinlemesine anlaşılmasını sağlar. Berne'nin şizofrenlerin TA'sını belirten temel kavram bir şizofrenin egosunun zayıflamış şeklidir. Yani hastalık boyunca ego iç tutarlılığını ve anlamını kaybetmiştir. Berne'ye göre şizofrenik ego, travmatik olsa da hala gelişmekte olan bir egodur ve ilişkilerde yaşanan sorunlar sebebiyle sahip olunan ego tekrarlayıcı şekilde bozulabilmektedir. Bu nedenle TA bu durumda etkili bir yaklaşım şekli oluşturmaktadır. Berne'ye göre tüm ego, evrim geçiren çok parçalı bir yapı gibidir. Bu anlamda TA şizofreninin seyrini bile değiştirebilir (Malleque, 2021). Sonuç olarak, TA kuramı, kişiler arasındaki ilişkiyi gözlemleyen bir kuramdır. Yaşam pozisyonları, bireylere ve durumlara göre farklılık göstermektedir. Ben iyiyim, sen iyisin yaşam pozisyonu sağlıklı bir yaşam pozisyonu olduğundan burdan iletişime geçen hasta ve bakım verenleri problem çözme odaklı, gerçekçi beklentilere sahip olmaktadır. Görüldüğü üzere hastalar ve bakım verenleri arasındaki etkileşimlerde karşılıklı olarak oluşan ego durumları ve yaşam pozisyonu kurgusu hastalar tarafından oluşturulmakla birlikte bakım verenleri tarafından pekiştirilebilir. Şizofreni tanısı almanın doğası içinde hastalar ve bakım verenleri için, olası hemşirelik tanıları kaygı, sözel etkileşimde bozulma, sosyal etkileşimde bozulma, düşünce sürecinde bozulma, biraysele- ailesel etkileşim başatma, aile süreçlerinde değişim, yalnızlık riski ve kendilik kavramında değişim öncelikli tanımlar olarak düşünülebilir. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri hastalar ve bakım verenler için gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirleyerek, uygun psikiyatri bakımı planlamada, uygulamada ve bakım sonuçlarını değerlendirmede etkin olarak iletişim örüntülerini ve ilişkileri dikkate almaları anahtar bir araç olabilir. Bu anlamda şizofreni tanısı alan hasta ve bakım verenin kurdukları iletişimde TA kuramına göre psikiyatri hemşireleri tarafından eğitim programları oluşturularak hastaların bakım verenleri ile kaliteli iletişim kurarak kendilerini daha çok onaylanmış ve güvende hissetmeleri ve bunun sonucunda kaliteli bakım ortamının sağlanması hedeflenebilir. Hastalar ve aileleri ile iç görü kazandıran, tedavinin olumlu yönlerine odaklanan sağlıklı

terapötik ilişki kurmalarını sağlayan bir psikiyatrik bakım anlayışı ile hastaların işlevselliklerini ve uyumlarını geliştirebilir (Kikkert ve Schene, 2006; Uslu ve Buldukoğlu, 2019).

Bu bağlamda bu araştırmada izofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenler için psikiyatrik bakımı ve tedaviyi şekillendirmede iletişim, etkileşim, ilişki örüntülerini ve gereksinimlerini açıklaştırmada araç olarak kullanılabilecek ego durumlarını, yaşam pozisyonlarını ve aralarındaki ilişkiyi belirlemenin önemli olduğu düşünülmektedir. Yanı sıra kurulacak olan bu ilişki ve etkileşim sayesinde doğrudan ya da dolaylı olarak hastaların işlevsellikleri, iletişim becerileri, tedaviye uyumları, yaşam becerileri gibi psikososyal uyumlarının ve başa çıkmalarının gelişmesi daha olası olduğu düşünülebilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ilişkisel tipte bir araştırmadır (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2009).

3.2. Araştırmanın Soruları

- 1.Şizofreni tanısı alan hastaların transaksiyonel analiz ego durumları nelerdir?
- 2.Şizofreni tanısı alan hastaların yaşam pozisyonları nelerdir?
- 3.Şizofreni tanısı alan hastalar için ego durumları ve yaşam pozisyonları arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?
- 4.Şizofreni tanısı alan hastaların bakım verenlerinin transaksiyonel analiz ego durumları nelerdir?
5. Şizofreni tanısı alan hastaların bakım verenlerinin yaşam pozisyonları nelerdir?
6. Şizofreni tanısı alan hastaların bakım verenleri için ego durumları ve yaşam pozisyonları arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?
- 7.Şizofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenlerinin ego durumları arasındaki ilişki nasıldır?
8. Şizofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenlerinin yaşam pozisyonları arasında ilişki nasıldır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat 2021- Mart 2022 tarihleri arasında, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Poliklinik hizmeti 09:00-16:00 saatleri arasında randevu sistemi ile verilmektedir. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Hastanesi içerisinde bulunan poliklinikte dört asistan doktor ve iki uzman doktor, bir psikolog görev almakta olup hiç hemşire bulunmamaktadır. Poliklinikte hastalar ve yakınları ile yüz yüze görüşmeler yapılmaktadır. Tanı ve tedaviye yönelik gereksinimlerine göre psikolojik testler uygulanmaktadır. Hastaların tedavi ve izlem planları hekimler tarafından yürütülmektedir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliğine başvuran şizofreni tanısı alan hastalar ve primer bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmanın evreni bilinmediğinden örneklem büyüklüğü hesaplanırken May ve arkadaşlarının "Sample Size Charts for Spearman and Kendall Coefficients" makalesi kullanılmıştır (May ve ark., 2020). Yapılan hesaplama göre korelasyon katsayısının en az 0,3 olması gerektiği varsayımından yola çıkarak, alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde; 0,8 gücünde bir çalışma için en az 90 gönüllü üzerinde çalışılması gerektiği görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda araştırmanın örneklemi hastalar ve primer bakım verenleri için tanımlanmış olan 90 şizofreni tanısı alan hasta ve 90 primer bakım vereni oluşturmuştur. Hastaların kişisel özellikleri Tablo 3.1.'de ve bakım verenlerin kişisel özellikleri Tablo 3.2.'de verilmiştir. Bireyler seçilirken hasta ve onun primer bakım vereni dahil etme ve dışlama kriterleri dikkate alınarak birlikte seçilmiştir. Primer bakım veren hastasıyla bakımı konusunda, tedavi süreçleri ve kontrollerinde doğrudan ilgilenen aile bireyidir. Hastalar ve bakım verene poliklinik muayenesine geldiklerinde poliklinikte ulaşılmıştır. Bunun için poliklinik hekimi ile iş birliği kurulmuştur. Araştırmacı uygulamanın yapıldığı hastanenin psikiyatri kliniğinde hemşire olarak çalışmaktadır. Hastalara ve bakım verenlere ulaşma konusunda hekimlerle iş birliği yapmıştır.

3.4.1. Hastalar İçin Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

- Şizofreni tanısı almış olma
- En az bir atak geçirmiş olma
- Hastalık semptomlarının aktif olmaması
- Psikiyatri polikliniğinde takip edilme

3.4.2. Hastalar İçin Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Gerçeği değerlendirme ve muhakeme yeteneğinde bozukluk olma
- İşitme, anlama ve konuşma problemi olma

3.4.3. Bakım Verenler İçin Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

- Hastasının en az altı aydır şizofreni tanısı almış olması
- Hastasının araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- 18 yaşından büyük olma
- Primer bakım vereni olma

3.4.4. Bakım Verenler İçin Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Ruhsal bir bozukluğunun olması
- İşitme, anlama ve konuşma problemi olması

3.4.5. Araştırmanın Gücü

Güç analizi, güvenilirliği, geçerliliği yüksek olan bir araştırma planlamayı ve araştırma sonucunda alınan kararların güvenilirliği, geçerliliği ve duyarlılığını garanti altına almaya yarayan bir yöntemdir (Özdamar, 2003). Planlanan araştırmanın gücü 0,8 şeklindedir. Araştırmanın güç analizi G*Power paket programında yapılmıştır. Çalışma sonuçlarından etki genişliği 0.49 olarak bulunmuştur. Buna göre 0.49 etki genişliği 0.05 anlamlılık düzeyinde 90 kişi ile tanımlanan araştırmanın gücü %99.89 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.6. Hastalar İçin Bağımlı Değişkenler

Ego durumları ve yaşam pozisyonları

3.4.7. Hastalar İçin Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişiler, hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sıklığı

3.4.8. Bakım Verenler İçin Bağımlı Değişkenler

Ego durumları ve yaşam pozisyonları

3.4.9. Bakım Verenler İçin Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencenin varlığı, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişiler, hastaya yakınlık

Tablo 3.1.Hastalara İlişkin Kişisel Bilgilerin Dağılımı

Kişisel Bilgiler (n=90)	n	%
Yaş (Ort±SS=40,28±10,39)		
23-40 Yaş	49	54,4
41-66 Yaş	41	45,6
Cinsiyet		
Kadın	31	34,4
Erkek	59	65,6
Medeni Durum		
Evli	35	38,9
Bekar	51	56,7
Ayrı Yaşıyor	3	3,3
Diğer	1	1,1
Eğitim Durumu		
İlkokul	21	23,3
Ortaokul	19	21,1
Lise	40	44,4
Üniversite	8	8,9
Diğer	2	2,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	25	27,8
Çalışmıyor	65	72,2
Sosyal Güvence		
Var	58	64,4
Yok	32	35,6
Yaşanılan Yer		
Şehir	87	96,7
Kasaba	1	1,1
Köy	2	2,2
Yaşanılan Kişiler		
Eş	13	14,4
Eş-Çocuklar	18	20,0
Anne-Baba	36	40,0
Anne-Baba-Çocuklar	2	2,2
Diğer	13	14,4
Yalnız	8	8,9
Tanı Zamanı (Ort±SS=12,25±6,36)		
1-5 Yıl	15	16,7
6-10 Yıl	28	31,1
11-15 Yıl	25	27,8
15 Yıldan Fazla	22	24,4
Hastaneye Yatış Sayısı		
1 Defa	37	41,1
2-5 Defa	42	46,7
6-10 Defa	9	10,0
10'dan Fazla	2	2,2

Tablo 1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların, %54,4'ü 23-40 yaş grubunda iken %45,6'sı ise 41-66 yaş (ortalama $40,28 \pm 10,39$ yaş) grubundadır. Hastaların %65,6'sı erkek, %56,7'si bekar, %44,4'ü lise mezunudur. Yanı sıra hastaların %27,8'i çalışmakta ve %64,4'ü sosyal güvenceye sahiptir. Hastaların %96,7'si şehirde ve %40'ı anne-babası ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %31,1'inin şizofreni tanı süresi 6-10 yıl (tanı süre ortalaması $12,25 \pm 6,36$ yıl) olup, %46,7'si 2-5 kez arasında hastaneye yatmıştır.



Tablo 3.2. Bakım Verene İlişkin Kişisel Bilgilerin Dağılımı

Kişisel Bilgiler (n=90)	n	%
Yaş (Ort±SS=49,40±13,98)		
22-44 Yaş	33	36,7
45-85 Yaş	57	63,3
Cinsiyet		
Kadın	56	62,2
Erkek	34	37,8
Medeni Durum		
Evli	65	72,2
Bekar	18	20,0
Ayrılmış	7	7,8
Eğitim Durumu		
İlkokul	34	37,8
Ortaokul	10	11,1
Lise	28	31,1
Üniversite	13	14,4
Diğer	5	5,6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	24	26,7
Çalışmıyor	66	73,3
Sosyal Güvence		
Var	68	75,6
Yok	22	24,4
Yaşanılan Yer		
Şehir	89	98,9
Kasaba	0	0,0
Köy	1	1,1
Yaşanılan Kişiler		
Eş	18	20,0
Eş-Çocuklar	40	44,4
Anne-Baba	7	7,8
Çocuklar	13	14,4
Diğer	12	13,3
Yakınlık Derecesi		
Anne	30	33,3
Baba	9	10
Eş	24	26,7
Kardeş	17	18,9
Evlat(oğul)	6	6,7
Evlat(kız)	3	3,3
Kuzen	1	1,1

Tablo 2 incelendiğinde çalışmaya katılan bakım verenlerin, %36,7'si 22-44 yaş grubunda iken %63,3'ü ise 45-85 yaş grubundadır. Ayrıca bakım verenlerin yaş ortalaması ve standart sapması ise $49,40 \pm 13,98$ yaşıdır. %62,2'si kadındır. %72,2'si evlidir. %37,8'inin eğitim düzeyi ilkokuldur. %73,3'ü çalışmamaktadır. %75,6'sının sosyal güvencesi vardır. %98,9'u şehirde yaşamaktadır. %44,4'ü eş-çocuklar ile yaşamaktadır. Bakım verenlerin % 33,3'ünün hastaların annesi, %10'unun babası, %26,7'sinin eşi, %18,9'unun kardeşi ve %10'unun (erkek ya da kız) çocuğu olduğu görülmektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Hastalar İçin Kişisel Bilgi Formu (HKBF) (EK 1), Bakım Verenler İçin Kişisel Bilgi Formu (BVİKBF) (EK 2), Ego Durumları Ölçeği (EDO) (EK 3) ve Yaşam Pozisyonları Ölçeği (YPO) (EK 4) aracılığı ile toplanmıştır. Veriler poliklinikte hasta görüşme odasında yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır. Hastaların primer bakım vereni ile polikliniğe gelmediği durumda primer bakım veren telefon ile aranarak araştırma hakkında sözel bilgi verilerek polikliniğe davet edilmiş ve yüz yüze görüşme yoluyla veriler toplanmıştır. Veri toplama araçları hastalar ve bakım verenleri tarafından ortalama olarak 20 dakikada doldurulmuştur.

3.5.1. Hastalar İçin Kişisel Bilgi Formu

Hastaların sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyal güvencenin varlığı, birlikte yaşanan kişiler) sorgulayan sekiz adet soru ve hastalığa yönelik bilgileri (tanı alma süresi, bakımından sorumlu kişilerin varlığı, yatış sıklığı) sorgulayan iki soru olmak üzere toplam 10 adet sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Bakım Verenler İçin Kişisel Bilgi Formu

Bakım Verenler İçin Kişisel Bilgi Formu bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyal güvencenin varlığı, birlikte yaşanan kişiler ve hastanın primer bakım vereni olarak yakınlığı) sorgulayan dokuz adet sorudan oluşmaktadır. BVİKBF örneklem özeliğini tanımlamak için kullanılmıştır.

3.5.3. Ego Durumları Ölçeği

Ego durumları ölçeği, Williams ve Best tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. EDÖ'nün geçerlilik ve güvenirlik çalışması Arı (1989) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa değeri .87' dir. EDÖ, insanı nitelendirmekte olan 95 farklı sıfattan oluşan bir listedir. Bütün bu sıfatların ego durumları için (koruyucu ebeveyn, eleştirel ebeveyn, doğal çocuk, uygulu çocuk) 0 puan ile 4 puan arasında değişmekte olan 5 farklı değeri bulunmaktadır.

Katılımcıların işaretlemiş oldukları her bir sıfat, hakemlerin oluşturmuş oldukları sıfat listesindeki puanlar ile karşılaştırılarak beş ego durumu için puanlama yapılır. Bütün ego durumlarına yönelik ham puan hesaplanır. Daha sonra elde edilen bu ham puanlar alt ölçeklerden elde edilmiş olan en yüksek ham puanı gösteren ilgili olan kat sayıya bölünür. Buradaki kat sayılar: Uygulu Çocuk: 187,4, Yetişkin: 226,6, Doğal Çocuk: 180,2, Eleştirel Ebeveyn (EE): 177, Koruyucu Ebeveyn: 215,8 şeklindedir. Buradaki işlem dört farklı ego durumu için de tekrarlanmaktadır. Ardından bu işlemde elde edilmiş olan beş farklı ego durumunun bir bütün içinde olan oranlarını göstermekte olan kişinin ego durumları puanına ulaşılır. TA kuramında ifade edilmekte olan " sabitlik hipotezi" ne göre her ego durumunun toplamda 1 sayısına eşit olup (E+Y+Ç=1) araştırma sonucunda bulunmuş olan puanlar da bu hipotezi doğrulamalıdır. Oranlanmış olan ham puanlar bulunup toplamaları alınarak toplam puan elde edilir. Ardından oranlanmış olan ham puanlar toplam puana bölünüp ego durumları puanı elde edilir. (Arı, 1989). Arı, bütün bu işlemleri şu şekilde formülleştirmiştir:

$$\begin{aligned} \frac{XEE}{\sum A_{xEE}} K_1 & \quad \frac{XKE}{\sum A_{xKE}} K_2 & \quad \frac{XY}{\sum A_{xY}} K_3 \\ \frac{GxDC}{\sum A_{xDC}} K_4 & \quad \frac{GXUC}{\sum A_{xUC}} K_5 \\ K_1 + K_2 + K_3 + K_4 + K_5 &= M \\ \frac{K_1}{M} = EE_p & \quad \frac{K_2}{M} = KE_p & \quad \frac{K_3}{M} = Y_p \\ \frac{K_4}{M} = DC_p & \quad \frac{K_5}{M} = UC_p \end{aligned}$$

Formülde yer alan simgeler şu anlamları ifade etmektedir:

EAb: Deneğin işaretlediği sıfatların EAb için toplam puanı
ÖA EAb: Ölçeğin EAb ben durumundan alınabilecek en yüksek puan (=177)
EAb P: Deneğin BDÖ'den aldığı Eleştirici Anababa ben durumu puanı
KAb: Deneğin işaretlediği sıfatların KAb için toplam puanı
ÖA KAb: Ölçeğin KAb ben durumundan alınabilecek en yüksek puan (=215.8)
KAb P: Deneğin BDÖ'nden aldığı Koruyucu Anababa ben durumu puanı
Y: Deneğin işaretlediği sıfatların Y için toplam puanı
ÖA Y: Ölçeğin Y ben durumundan alınabilecek en yüksek puan (=222.6)
Y P: Deneğin BDÖ'nden aldığı Y ben durumu puanı
DÇ: Deneğin işaretlediği sıfatların DÇ için toplam puanı
ÖA DÇ: Ölçeğin DÇ ben durumundan alınabilecek en yüksek puan (=180.2)
DÇ P: Deneğin BDÖ'nden aldığı DÇ puanı
UÇ: Deneğin işaretlediği sıfatların UÇ için toplam puanı
ÖA UÇ: Deneğin UÇ ben durumundan alınabilecek en yüksek puan (=187.4)
UÇ P: Deneğin BDÖ'nden aldığı UÇ ben durumu puanı
EE (Eleştirel Ebeveyn): İşaretlenen sıfatların EE için toplam puanı
(ÖA EE): Ölçeğin EE ego durumunda alınabilecek en yüksek puan(=177)
EE p: Ego durumları ölçeğinden aldığı EE puanı
KE (Koruyucu Ebeveyn): İşaretlenen sıfatların KE için toplam puanı
(ÖA KE): Ölçeğin KE ego durumundan alınabilecek en yüksek puan (=215,8)
KE p: Ego durumları ölçeğinden aldığı KE puanı
Y(Yetişkin): İşaretlenen sıfatların Y için toplam puanı
(ÖA Y): Ölçeğin Y ego durumundan alınabilecek en yüksek puan (=226,6)
Yp: Ego durumları ölçeğinden aldığı Y puanı
DÇ (Doğal Çocuk): İşaretlenen sıfatların DÇ için toplam puanı (Arı, 1989).

3.5.4. Yaşam Pozisyonları Ölçeği

Boholst tarafından 2002 yılında katılımcıların yaşam pozisyonlarını değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir (Boholts, 2002). YPÖ, Kaygusuz, İşgör ve Özpolat tarafından 2012 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (İşgör ve ark., 2012) YPÖ kullanılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Toplamda dört alt boyuttan oluşan ölçekte

her bir alt boyutta beşer madde bulunmaktadır. Ölçek "ben iyiyim" "ben iyi değilim" "sen iyisin" "sen iyi değilsin" olacak şekilde dört alt boyuttan oluşmaktadır. YPÖ, İşlemsel Analiz kavramından esinlenerek hazırlanmıştır. Alt ölçeklerden ulaşılmış olan puanların toplamı, kişinin benimsemiş olduğu yaşam pozisyonunu ifade etmektedir.

Ölçeğin 1, 2, 9, 10 ve 17. maddeleri: Ben İYİYİM'im pozisyonunu ifade eder. 5, 6, 13, 14 ve 19. maddeler: Ben İYİ Değilim pozisyonunu ifade eder. 3, 4, 11, 12 ve 18. maddeler: Sen İYİSİN pozisyonunu ifade eder. Son olarak 7, 8, 15, 16 ve 20. maddeler: Sen İYİ Değilsin pozisyonunu ifade eder ve bu şekilde puanlanır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .84 şeklinde hesaplanmış olup Ben OKEY değilim alt boyutu için .96, Sen OKEY değilsin alt boyutu için .94, Ben OKEY'im alt boyutu için .97 ve Sen OKEY'sin alt boyutu için ise .94 iç tutarlılık katsayılarına ulaşılmıştır. Güvenirlik kat sayısı tekrar tüm ölçek için .81 şeklinde hesaplanmış olup Ben OKEY değilim alt boyutu için .73, Sen OKEY değilsin alt boyutu için .72, Ben OKEY'im alt boyutu için .75 ve Sen OKEY'sin alt boyutu için ise .80 olarak bulunmuştur (Kaygusuz, İşgör ve İşpolat, 2012). Bu araştırmada YPÖ' nün Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı hastalar için 0.795, bakım verenler için ise 0.924 olarak bulunmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması, veri toplama araçlarının sorularının anlaşılabilirliğini ve işlerliğini değerlendirmek amacıyla Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran beş şizofreni tanısı alan hasta ve beş primer bakım vereniyle yapılmıştır. Ön uygulamada veri toplama araçlarında ulaşılan veriler açısından herhangi bir sıkıntı yaşanmamış olduğundan bu bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Formların doldurulma süresi 20 dakikadır. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.1.' de gösterilmektedir.

3.7. Verilerin Analiz ve Değerlendirilmesi

Verilerin analiz ve değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 26 paket program kullanılmış olup, kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama- ve standart sapma-SS) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve

katsayıların ± 1.5 aralığında olması nedeniyle değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem t Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın kaynaklandığı grup Tukey çoklu karşılaştırma testi ile belirlenmiştir. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler ise Pearson Korelasyon Analizi ile kontrol edilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0.05 düzeyinden kontrol edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne baş vuran 90 şizofreni tanısı alan hasta ve 90 primer bakım vereni ile olmak üzere 180 kişi sayısı ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için etik onay Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (23.10.2020 tarih, 70904504/701 sayı, EK 5). Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (EK 6) alınmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında bireylere araştırma hakkında açıklayıcı bilgiler verilip önce sözel ardından araştırmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda 'Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu'(EK 7), 'Bakım Verenler İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu' (EK 8) aracılığıyla yazılı onam alınmıştır. Araştırmada kullanılmış olan "Ego Durumları Ölçeği (EDÖ)" (EK 9) için, Prof. Dr. Ramazan ARI' dan "Yaşam Pozisyonları Ölçeği (YPÖ)" (EK 10) için Doç. Dr. Ahmet Ragıp ÖZPOLAT'dan e-posta yolu ile iletişim kurularak yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni tanısı alan hastaların ve bakım verenlerinin transaksyonel analiz ego durumları, yaşam pozisyonları ve ego durumları ile yaşam pozisyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları üç başlık altında verilmiştir.

1.Şizofreni tanısı alan hastaların ego durumları, yaşam pozisyonları, ego durumları ve yaşam pozisyonları arasındaki ilişki

2.Şizofreni tanısı alan hastaların primer bakım verenlerinin ego durumları, yaşam pozisyonları, ego durumları ve yaşam pozisyonları arasındaki ilişki

3.Şizofreni tanısı alan hastalar ile primer bakım verenlerinin ego durumları ve yaşam pozisyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi

4.1. Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Ego Durumları, Yaşam Pozisyonları, Ego Durumları Ve Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişki

Tablo 4.1. Hastaların ego durumları ve yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanları

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Ego Durumları			
Eleştirel Anne Baba	17,28±3,88	9,10	29,11
Koruyucu Anne Baba	21,37±2,57	13,73	26,17
Yetişkin	21,23±2,23	15,15	25,75
Uygulu Çocuk	20,46±2,36	13,59	26,01
Doğal Çocuk	19,65±3,31	10,00	28,70
Yaşam Pozisyonları			
Ben İyiyim	65,12±11,58	35,00	100,00
Ben İyi Değilim	18,28±4,46	6,00	25,00
Sen İyisin	14,76±5,13	5,00	25,00
Sen İyi Değilsin	16,89±4,05	7,00	25,00
	15,20±4,58	5,00	25,00

Tablo 4.1. incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların, Eleştirel Anne Baba EAB puanlarının ortalaması ve standart sapması $17,28 \pm 3,88$ iken KAb puanlarının $21,37 \pm 2,57$, Y puanlarının $21,23 \pm 2,23$, UÇ puanlarının $20,46 \pm 2,36$ ve DÇ puanlarının $19,65 \pm 3,31$ olduğu saptanmıştır. Yaşam Pozisyonları Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması $65,12 \pm 11,58$ iken Ben İyiyim puanlarının $18,28 \pm 4,46$, Ben İyi Değilim puanlarının $14,76 \pm 5,13$, Sen İyisin puanlarının $16,89 \pm 4,05$ ve Sen İyi Değilsin puanlarının ise $15,20 \pm 4,58$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların ego durumları ölçeği ile yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Ölçekler		EAB	KAb	Y	UÇ	DÇ
Yaşam Pozisyonları Ölçeği	r	-0,087	0,063	0,093	-0,114	0,072
	p	0,413	0,558	0,384	0,284	0,499
Ben İyiyim	r	-,274**	,240*	,359**	-0,141	-0,007
	p	0,009	0,023	0,001	0,186	0,950
Ben İyi Değilim	r	0,093	-0,104	-0,184	0,032	0,073
	p	0,385	0,330	0,082	0,765	0,495
Sen İyisin	r	-,216*	0,181	,220*	-0,110	0,043
	p	0,041	0,088	0,038	0,302	0,690
Sen İyi Değilsin	r	0,133	-0,119	-0,103	-0,090	0,070
	p	0,212	0,263	0,335	0,401	0,514

r: Pearson korelasyon katsayısı *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.2. incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda araştırmaya katılan hastaların, Ben İyiyim puanları ile EAB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,274$, $p=0,009$). Ben İyiyim puanları ile KAb puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,240$, $p=0,023$). Ben İyiyim puanları ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,359$, $p=0,001$). Sen İyisin puanları ile EAB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,216$, $p=0,041$). Sen İyisin puanları ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,220$, $p=0,038$). Hastaların diğer ego

durumları ölçeği ile yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.2. Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Primer Bakım Verenlerinin Ego Durumları, Yaşam Pozisyonları, Ego Durumları Ve Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişki

Tablo 4.3. Bakım verenlerin ego durumları ve yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Ego Durumları			
Eleştirel Anne Baba	18,32±3,06	13,04	29,53
Koruyucu Anne Baba	21,10±2,33	11,92	24,87
Yetişkin	22,10±1,79	14,04	25,67
Uygulu Çocuk	19,19±2,23	13,90	27,92
Doğal Çocuk	19,30±3,19	12,46	30,92
Yaşam Pozisyonları Ölçeği	69,39±13,74	20,00	95,00
Ben İyiyim	18,29±4,08	5,00	25,00
Ben İyi Değilim	16,12±3,99	5,00	23,00
Sen İyisin	17,74±4,16	5,00	25,00
Sen İyi Değilsin	17,23±4,05	5,00	25,00

Tablo 4.3. incelendiğinde araştırmaya katılan bakım verenlerin, EAB puanlarının ortalaması ve standart sapması 18,32±3,06 iken KAb puanlarının 21,10±2,33, Y puanlarının 22,10±1,79, UÇ puanlarının 19,19±2,23 ve DÇ puanlarının ise 19,30±3,19'dur. Yaşam Pozisyonları Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 69,39±13,74 iken Ben İyiyim puanlarının 18,29±4,08, Ben İyi Değilim puanlarının 16,12±3,99, Sen İyisin puanlarının 17,74±4,16 ve Sen İyi Değilsin puanlarının ise 17,23±4,05'dir

Tablo 4.4. Bakım verenlerin ego durumları ölçeği ile yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Ölçekler		EAB	Kab	Y	UÇ	DÇ
Yaşam Pozisyonları Ölçeği	r	-0,045	0,138	,348**	0,045	-,285**
	p	0,673	0,196	0,001	0,673	0,006
Ben İyiyim	r	0,055	0,054	0,184	0,159	-,308**
	p	0,604	0,615	0,082	0,134	0,003
Ben İyi Değilim	r	-0,076	0,139	,374**	-0,003	-,238*
	p	0,479	0,191	0,000	0,981	0,024
Sen İyisin	r	-0,009	0,099	,292**	0,023	-,245*
	p	0,932	0,352	0,005	0,828	0,020
Sen İyi Değilsin	r	-0,125	0,173	,327**	-0,029	-0,171
	p	0,241	0,103	0,002	0,789	0,107

r: Pearson Korelasyon Katsayısı *p<0,05 **p<0,01

Tablo 4.4. incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda çalışmaya katılan bakım verenlerin, Yaşam Pozisyonları Ölçeği puanları ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,348$; $p=0,001$). Yaşam Pozisyonları Ölçeği puanları ile DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,285$; $p=0,006$).

Ben İyiyim puanları ile DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,308$; $p=0,003$). Ben İyi Değilim puanları ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,374$; $p=0,000$). Ben İyi Değilim puanları ile DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,238$; $p=0,024$).

Sen İyisin puanları ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,292$; $p=0,005$). Sen İyisin puanları ile DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,245$; $p=0,020$). Sen İyi Değilsin puanları ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,327$; $p=0,002$).

Bakım verenlerin diğer ego durumları ölçeği ile yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.3. Şizofreni Tanısı Alan Hastalar İle Primer Bakım Verenlerinin Ego Durumları Ve Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişki

Tablo 4.5. Hastaların ego durumları ölçeği alt boyut puanları ile bakım verenlerin ego durumları ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki

			Bakım verenlerin ego durumları				
			EAB	Kab	Y	UÇ	DÇ
Hastaların ego durumları	Eleştirel Anne	r	-0,029	0,054	-0,053	-0,063	0,062
	Baba	p	0,789	0,616	0,622	0,554	0,561
	Koruyucu	r	-0,004	-0,013	0,085	0,123	-0,121
	Anne Baba	p	0,970	0,905	0,425	0,248	0,257
	Yetişkin	r	-,213*	,243*	,242*	0,182	-,237*
		p	0,044	0,021	0,021	0,086	0,024
	Uygulu Çocuk	r	0,069	-0,057	-0,056	-0,084	0,066
		p	0,515	0,593	0,600	0,429	0,538
	Doğal Çocuk	r	0,130	-0,176	-0,128	-0,084	0,133
		p	0,220	0,098	0,231	0,434	0,211

r: Pearson Korelasyon Katsayısı ** $p<0,01$

Tablo 4.5. incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda, hastaların Y puanları ile bakım verenlerin EAB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,213$; $p=0,044$). Hastaların Y puanları ile bakım verenlerin KAb puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,243$; $p=0,021$). Hastaların Y puanları ile bakım verenlerin Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0,242$; $p=0,021$). Hastaların Y puanları ile bakım verenlerin DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=-0,237$; $p=0,024$).

Hastaların ego durumları ölçeği alt boyut puanları ile bakım verenlerin ego durumları ölçeği alt boyut puanları arasında korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları ile bakım verenlerin yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

			Bakım verenlerin yaşam pozisyonları				
			Yaşam Pozisyonları Ölçeği	Ben İyiyim	Ben İyi Değilim	Sen İyisin	Sen İyi Değilsin
Hastaların yaşam pozisyonları	Yaşam Pozisyonları Ölçeği	r	-0,025	0,033	-0,008	-0,033	-0,075
		p	0,817	0,761	0,941	0,758	0,483
	Ben İyiyim	r	-0,043	0,007	-0,038	-0,060	-0,055
		p	0,686	0,946	0,723	0,576	0,605
	Ben İyi Değilim	r	-0,113	-0,060	-0,083	-0,070	-0,168
		p	0,291	0,575	0,436	0,510	0,115
	Sen İyisin	r	0,033	0,031	0,092	-0,034	0,026
		p	0,756	0,771	0,389	0,748	0,806
	Sen İyi Değilsin	r	0,076	0,115	0,029	0,084	0,029
		p	0,474	0,282	0,788	0,431	0,787

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Tablo 4.6. incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda, hastaların Yaşam Pozisyonları Ölçeği ve alt boyut puanları ile bakım verenlerin Yaşam Pozisyonları Ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanısı alan hastaların ve primer bakım verenlerinin ego durumları ile yaşam pozisyonları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır. Ebeveynlerin yaşamın erken dönemindeki oluşturmuş oldukları tutum ve davranışlar bireyin mizacına göre değişerek yaşamını şekillendirmektedir. İşlemsel bir varlık olan insan gelişim dönemi boyunca yetişkin izlerini taşımaktadır. İletişim sırasında karşıdaki kişiye herhangi bir benlik durumu üzerinden mesaj gönderildiğinde karşıdaki kişi mesaj gönderen kişinin hedeflediği benlik durumu üzerinden cevap vermektedir. Bireyin davranışlarının özünde temas gereksiniminin yer aldığını vurgu yapan TA bireyin duygusal gelişimini destekleyici veya engelleyici, koşullu veya koşulsuz olabilir. Bu anlamda iletinin olumlu ya da olumsuz olması alıcının algısını belirlemektedir. Kişinin başka insanlar ve kendisine yönelik görüşleriyle birlikte davranışlarını, duygu ve düşünceleri varoluşsal anlamda kişilerin yaşam pozisyonunu oluşturmaktadır.

Bu araştırmada hastaların sırasıyla koruyucu anne baba ego durumu puan ortalamasının diğer ego durumlarına göre daha yüksek olduğu, eleştirel anne baba ego durumunun ise en düşük olduğu görülmektedir. Buna göre hastaların koruyucu anne baba ego durumunu baskın olarak kullandıkları söylenebilir. Şizofreni önemli derecede intrapsişik yapıdaki dönüşümler (zihin ayrışması) ve ilişkisel (aktarım, karşı aktarım) yoluyla benlik deneyimi ile ilişkilidir. Başlangıçtan itibaren birey olarak dünyaya gelmek yetişkin ego durumunun eylemidir. Ardından benliğimiz duyular aracılığıyla yaşamın erken dönemlerinde ne hissediyor ve deneyimliyorsa yeni doğanın çocuk egosunun yetişkinden almış olduğu tepkilerdir. Bu durum bebeğin kendi benliğinde erken dönemde ortaya çıkan kimliğine yönelik duygularıdır. İşlemsel bir varlık olan insanın gelişim dönemi yetişkinin izlerini taşımaktadır. Ergene ve Asi Karakaş ın yapmış olduğu bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin TA ego durumları ve aile işlevselliklerinin incelenmesi isimli çalışmada hastaların baskın ego durumu koruyucu ebeveyn ego durumu şeklinde bulunmuş ve bipolar tanısı alan yetişkin ebeveyn, eleştirel ebeveyn ve koruyucu ebeveyn ego durumlarını kullanmanın aile işlevselliğinin olumsuz olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca Şahin Altun ve ark. (2021) tarafından madde

kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların yetişkin ve koruyucu ebeveyn ego durumunu baskın olarak kullandıkları saptanmıştır. Koruyucu anne baba ego durumu toplumsal değerleri ön plana çıkararak karşısındaki bireyin yaşını önemsemeksizin koruyucu özellik gösterir ve eğer ki toplumsal değerlere uyulmaz ise kişiye zarar geleceğini düşünür (Kocayürük, 2010). Bu ego durumunun seslendiği ego durumu genellikle çocuk ego durumudur (Arı, 1989). İletişim sırasında ilgili, bağışlayıcı, özen gösterici, vefakar, güvenilir, cana yakın, destekleyici, endişeli gibi özellikler gösterir (Keçeci, 2007). Eleştirel ebeveyn ego durumu ise asıl amacı toplumsal değerleri saklamak, buna uymayanları eleştirmek ve cezalandırmak amaçlı mesajlarla ilişkilidir. Kişi başkasının yanında kendisini eleştirebilir ve bunun sonucunda kendisini cezalandırabilir. İletişim kurarken cezalandırıcı, yargılayıcı, güçlü, inatçı, talep edici, kuralcı bir tutum sergiler (Karababa, 2016). Akbağ ve Deniz'in üniversite ortamında öğretim elemanı ve öğretmen adaylarının birbirlerine yönelik algılarını ta çerçevesinde inceledikleri araştırmada idealizi edilmiş öğretim elemanlarının ağırlıklı olarak KE ve Y ego durumlarını kullandığı, gerçek öğretim elemanlarının ise EE ego durumunu baskın şekilde kullandığı görülmüştür. Keçecinin ise 2007 yılında yaptığı araştırmada öğretim elemanlarının baskın olarak Y ego durumunu kullandıkları, kendilerine göre ise baskın olarak KE ve Y ego durumlarıyla iletişime geçtikleri sonucuna varılmıştır (Turhal, 2010). Ego durumları bütün halindedir ve yetişkin ego durumu olmadan çocuk ego durumu olmayacağı gibi çocuk ego durumu olmadan da yetişkin ego durumu olmamaktadır (Berne, 1996). Koruyucu Ebeveyn rolünü benimseyen kişiler başka kişilerin iyilik durumu için uğraşırlar ve yanındaki kişiyi çocuk gibi benimser ve iyiliği için çabalamaktan çekinmez. Eğer hasta eleştirel ebeveyn ego durumunu iletişim esnasında baskın şekilde kullanıyorsa hasta olmak konusunda kendini suçlayabilmektedir. Hastalar Koruyucu Ebeveyn ego durumunu baskın şekilde kullandıklarında başkalarına karşı daha anlayışlı oldukları için iyileşme sürecine daha hızlı adapte olabilir.

Benlik durumlarımızı zamanına ve yerine uygun bir şekilde kullanmamak sağlıklı olduğumuz anlamına gelmektedir. Kişinin ego durumları arasında çok fazla geçirgen ya da çok fazla katı olması kişinin sosyal hayatında kurduğu ilişkilerde problem yaratmaktadır. Ego durumlarının kendi içlerinde geçirgen olmaması bireyin esnek

davranamamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu kişiler yalnızca çocuk, yetişkin ya da ebeveyn olabilmektedirler. Bu durum ise kişinin toplumsal ve fiziksel çevreye uyumunu zorlaştırmaktadır (Gürel, 2011). Ego durumlarındaki bulaşma ve dışlama durumları ego durumlarının zayıflaması ile bağlantılı olabilir. Berne'ye göre şizofrenlerin TA'sını belirten temel kavram bir şizofrenin egosunun zayıflamış şeklidir. Yani hastalık boyunca ego iç tutarlılığını ve anlamını kaybetmiştir. Berne'ye göre şizofrenik ego travmatik olsa da hala gelişmekte olan bir egodur ve ilişkilerde yaşanan sorunlar sebebiyle sahip olunan ego tekrarlayıcı şekilde bozulabilmektedir (Malleque, 2021). Bazen kişiler tarafından benlik durumlarının ikisinin dışlanarak yalnızca bir tanesini kullandığı görülür. Yetişkin ve ebeveyn benlik durumlarının öne çıktığı, çocuk benlik durumunun dışlandığı uyumsuz, duygusuz ve çocukluğun getirmiş olduğu eğlenceli zamanlara kendini tamamen kapatan bireyler olduğu bilinmektedir (Gültekin ve Voltan-Acar, 2004).

Hastaların yaşam pozisyonları incelendiğinde sırasıyla ben iyiyim, sen iyisin, ben iyi değilim, sen iyi değilsin yaşam puan ortalamalarının sıralandığı görülmektedir. Buna göre hastaların olumlu olarak değerlendirilen ben iyiyim ve sen iyisin yaşam pozisyonlarına daha fazla sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum Berne tarafından ideal yaşam pozisyonu olarak tanımlanan 'Ben iyiyim-Sen iyisin' yaşam pozisyonuna uygun olduğu söylenebilir. Ben iyiyim-Sen iyisin yaşam pozisyonu, sağlıklı ve sağlıklı bir durumdur. Bireyler gerçekçi davranırlarsa başkaları ve kendileri ile ilgili problemleri olumlu bir biçimde çözümleyebilir ve beklentilerini yapabilir. Bu yaşam pozisyonundaki bireyler insanların önemini bilir ve hayatın yaşamak için değerli olduğunu düşünürler. Bu yaşam pozisyonunda olan bireylerin özellikleri; güven verici, kendine güvenli, onaylayıcı, şefkatli, yaratıcı ve açık olarak ifade edilmektedir (Gürel, 2011; Yönder, 2012). Karababa'nın 2016 yılında yapmış olduğu araştırmada ergenlerin yalnızlık düzeylerinin %39'unun ben OK değilim-sen OK değilim, ben OK'im-sen OK'sin ve ben OK değilim-sen OK'sin yaşam pozisyonları aracılığıyla açıkladığı görülmektedir.

Yaşam pozisyonları genel olarak psikolojik durumu belirtmektedir ve kişinin başka insanlar ve kendisine yönelik görüşleriyle birlikte davranışlarını, duygu ve düşüncelerini

de içermektedir. Bireyin verdiği kararları, yaptığı seçimleri gerekçesine dayandırmak amacıyla kullanmış olduğu başkasına ve kendisine yönelik anlayıştır. Berne kişinin çevresi ile oluşturmuş olduğu ilişkisi sonucunda kendisine ve çevresine yönelik oluşturduğu olumsuz ya da olumlu algısı sonucunda varoluşsal anlamda yaşam pozisyonu oluşturmaktadır (Berne, 1961; Gürel 2011; Karababa, 2016; Demircioğlu ve ark., 2019).

Hastaların ego durumları ve yaşam pozisyonları arasındaki ilişkiye göre hastaların ben iyiyim puanları ile EAb puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü; koruyucu anne baba puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ve yetişkin puanları ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir. Aynı zamanda sen iyisin puanları ile eleştirel ana baba puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ve yetişkin puanları ile pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre hastaların ben iyiyim ve sen iyisin yaşam pozisyonunu ile iletişime geçen hastaların eleştirel anne baba ego durumunu daha az, yetişkin ego durumunu daha baskın kullandıkları söylenebilir. Hastaların ego durumları ve yaşam pozisyonları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanları incelendiğinde Ben İyiyim, Sen İyisin yaşam pozisyonu diğerlerine göre daha yüksek puan almıştır. Berne'ye göre bu yaşam pozisyonu ideal ve sağlıklı olan yaşam pozisyonudur. Berne, diğer yaşam pozisyonlarını ise: "Ben iyiyim, sen iyi değilsin" (paranoya), "Ben İyi Değilim, Sen İyisin" (depresyon) ve "Ben İyi Değilim, İyi değilsin" (şizoid) şeklinde tanımlamıştır (Berne, 1961).

Bakım verenlerin ego durumları incelendiğinde Bakım verenlerin yetişkin ego durumları ortalamasının diğer ego durumlarına göre daha yüksek olduğu, eleştirel anne baba ego durumunun ise en düşük olduğu görülmektedir. Buna göre bakım verenlerin yetişkin ego durumunu daha baskın olarak kullandıkları söylenebilir. Yetişkin ego durumu içinde bulunduğumuz gerçeklikle uyumlu olan, diğer ego durumlarından özerk davranış, duygu ve düşünce örüntülerinden meydana gelmektedir (Keçeci, 2007). Bu ego durumu, her zaman bütün olasılıkları hesaplamakta, ancak öteki ego durumlarının uyarı vermesiyle harekete geçebilmekte, herhangi bir uyarı olmadan harekete geçememektedir. Bu ego durumuyla iletişime geçtiğimizde bütün verileri doğru şekilde

işlemekte, mevcut veriyi herhangi bir duyguya ve ön yargılı düşünceye dayandırmadan değerlendirmektedir (Solomon, 2003). Bu egonun seslendiği ego durumu genellikle çocuk ego durumudur (Arı, 1989). Yetişkin ego durumunun kullanılarak iletişim halinde olunması bireyin karşıdakinin mevcut rolüne girmesine ve benliğinden uzaklaşmasına neden olmaktadır (Gürüz, 2013). Bu da iletişim kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Keçeci' nin yaptığı araştırmada hemşirelik fakültesinde bulunan öğretim elemanlarının daha çok yetişkin ego durumu ile iletişime geçtikleri, en az kullandıkları ego durumlarının doğal çocuk ve eleştirel ebeveyn ego durumu olduğu sonucuna varılmıştır. Bu araştırmada öğretim üyelerinin kendilerine göre yetişkin ve koruyucu ebeveyn ego durumlarını baskın şekilde kullandıkları, gözlem sonucuna göre ise öğretim üyeleri en az doğal çocuk, en fazla yetişkin ego durumuyla iletişime geçmektedirler. Berne, şizofreninin temel belirleyicisinin ebeveyn tutumu olduğunu belirtmektedir ve ebeveyn dışlamasının şiddetinin arttıkça daha fazla şizofreni semptomunun ortaya çıkacağını belirtmiştir. Her kronik şizofreni tanısı almış bireyin iyi şekilde biçimlenmemiş bir yetişkine sahip olduğunu belirtmiştir. Çünkü şizofrenide iç dünya, ebeveynin tehditkar tutumuna karşı kendini savunma ihtiyacı çevresinde olmaktadır. Her şizofreni tanısı bilinçli ya da bilinçsiz bir biçimde aile hayatındaki çatışma ve hayal kırıklıklarına dayanmaktadır. Bireylerin aile ortamında tanıştıkları ebeveyn ego durumları, çocuk ego durumlarını anlamalarına yardımcı olurken aynı zamanda ortaya varoluşsal sorunlar, kafa karışıklıklar ya da öznel yabancılaşma oluşmaktadır. Sonuç olarak şizofrenide egonun yaşadığı sorunlar her zaman ebeveyn ego durumuna dayanmaktadır. Ebeveyn ego durumundan gelen müdahaleler çocuk ego durumunun bozulmasına neden olur. Bazen bu durum ebeveyne karşı kendi benliğini gizlemesiyle olmaktadır. Bunun sonucu olarak bireyin egosu kendi bedenine karşı yabancılaşmakta ve bunun sonucunda da yalnızlık ve bireyin kendi bedeninden soyutlanması olmaktadır. Böylece bireyin kendi benliğini görmezden gelmesiyle şizofreni oluşmaktadır (Malleque, 2021).

Bakım verenlerin yaşam pozisyonları incelendiğinde sırasıyla ben iyiyim, sen iyisin, sen iyi değilsin, ben iyi değilim yaşam puan ortalamalarının sıralandığı görülmektedir. Buna göre bakım verenlerin olumlu olarak değerlendirilen ben iyiyim ve sen iyisin yaşam pozisyonlarına daha baskın şekilde sahip olduğu anlaşılmaktadır. Solomon'nun

da vurguladığı gibi (Solomon, 2003) bu yaşam pozisyonu ile iletişime geçen bakım verenlerin daha fazla olması bakım verenlerin hastalarıyla ilişkilerinde onaylayıcı, şefkatli, güven verici, kendine güvenli, yaratıcı şekilde iletişim kurduğunu göstermektedir. Şizofrenlerin ilişkisel temellerine bakıldığında ilişkiler travmalar, varoluşsal eksiklikler, duygusal beslenmedeki yetersizlikler görülmektedir. Şizofreni ebeveyninde kitlenmiş bir mesaj sistemi ve çocukta buna karşılık gelen uyarılar ve yanlış bilgilendirilmiş yetişkin ile belirtilmektedir. Bireyler benimsedikleri yaşam pozisyonlarına göre kendi kurgularını yaratmakla birlikte yaşadıkları olayları da bu kurgulara pekiştirmektedirler (Malleque, 2021).

Bakım verenlerin ego durumları ve yaşam pozisyonları arasındaki ilişkiye göre bakım verenlerin Yaşam pozisyonları ölçeği ile yetişkin ego durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü; DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır. Ben iyiyim puanları ile DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır. Ben iyi değilim ile DÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü; Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Sen iyisin puanları ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü; DÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki, sen iyi değilsin ile Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre bakım verenlerin sen iyisin, ben iyi değilim, sen iyi değilsin yaşam pozisyonları ile iletişime geçtiklerinde Y ego durumunu daha çok; ben iyiyim, sen iyisin, ben iyi değilim yaşam pozisyonları ile iletişime geçtiklerinde DÇ ego durumunu daha az kullandıkları söylenebilir.

Berne, şizofreninin temel belirleyicisinin ebeveyn tutumu olduğunu belirtmektedir ve ebeveyn dışlamasının şiddetinin arttıkça daha fazla şizofreni semptomunun ortaya çıkacağını belirtmiştir. Çünkü şizofrenide iç dünya ebeveynin tehdidkar tutumuna karşı kendini savunma ihtiyacı çerçevesinde olmaktadır. Her şizofreni tanısı bilinçli ya da bilinçsiz bir biçimde aile hayatındaki çatışma ve hayal kırıklıklarına dayanmaktadır. Bireylerin aile ortamında tanıştıkları ebeveyn ego durumları, çocuk ego durumlarını

anlamalarına yardımcı olurken aynı zamanda ortaya varoluşsal sorunlar, kafa karışıklıkları ya da öznel yabancılaşma oluşmaktadır. Bunun sonucu olarak bireyin egosu kendi bedenine karşı yabancılaşmakta ve bunun sonucunda da yalnızlık ve bireyin kendi bedeninden soyutlanması olmaktadır. Bunun sonucunda bireyin kendi benliğini görmezden gelmesiyle şizofreni oluşmaktadır (Malleque, 2021).

Hastalar ve bakım verenlerin ego durumları incelendiğinde, hastaların Y puanları ile bakım verenlerin EAb puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif, bakım verenlerin KAb puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır. Hastaların Y puanları ile bakım verenlerin Y puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek pozitif yönlü; bakım verenlerin DÇ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre, hastalar Y ego durumu ile iletişim kurduğunda bakım verenlerin bu uyarana karşısında Y ve KAb ego durumları ile iletişim kurdukları ve EAB ve DÇ ego durumu ile tepki vermenin azaldığı sonucuna varılabilir. Bu durum araştırmamız kapsamındaki hastalar ve bakım verenleri arasındaki TA bağlamında iletişimin sağlıklı ve uygun bir örüntüye sahip olduğunu göstermektedir diyebiliriz. Literatürde de Berne (1996) ve Malleque (2021) kişilerarası iletişimde ego durumları ile ilişkili olarak çalışmamızın bu sonuçlarını destekleyen vurguları yapmaktadırlar (Berne, 1996; Malleque, 2021). Berne'ye göre hastalık belirtilerinin aktif olduğu süreçlerde hastaların iletişime geçerken kullandıkları ego durumlarında zayıflamalar ve bozulmalar olmakla birlikte bu ego durumlarında güvenilirlik ve tutarlılık konusunda bozulmalar olmakta ve bu da şizofreni tanısı alan hastaların primer bakım verenleri ile sağlıklı ego durumlarından iletişime geçmemesine neden olmaktadır. Şizofreni tanısı alan bireyler iletişim esnasında ego sınırlarının yetersiz olması sebebiyle bakım verenlerinin gerçekliklerine aşırı bağlılık, burada ve şimdiye uyumsuzluk nedeniyle iletişimde kopukluklar meydana gelmektedir (Malleque, 2021).

Hastalar ve bakım verenlerin yaşam pozisyonları incelendiğinde, hastalar ve bakım verenlerin iletişime geçtikleri yaşam pozisyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Hastaların ve bakım verenlerinin yaşam pozisyonları arasındaki ilişkilerde anlamlı farklılık olmaması birbirine yakın, benzer yaşam pozisyonlarına sahip

olduklarını düşündürebilir. Yaşam pozisyonlarının çocukluktan itibaren oluşan yaşam deneyimlerinden etkilendiğini, her bireyin farklı zamanlarda farklı yaşam pozisyonlarına sahip olabileceği düşünüldüğünde, bu anlamlı olmayan ancak pozitif yönlü veya negatif yönlü ilişkilerin hastaların ve bakım verenlerinin geçmişten bu yana bir arada ortak yaşam sürüyor olmaları ve yakın etkileşimlerine bağlı gelişmiş olabileceği düşünülebilir. Ayrıca araştırma sonucunda hastaların ben iyiyim yaşam pozisyonu ile bakım verenlerin ben iyiyim yaşam pozisyonu arasında anlamlı olmamakla birlikte pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir. Ben iyiyim yaşam pozisyonu ideal olan yaşam pozisyonu olduğundan hastalar ve bakım verenleri arasında iletişim sırasında kullandıkları yaşam pozisyonunun ideale yakın olduğu söylenebilir. Yaşam pozisyonları, bireylere ve durumlara göre farklılık göstermektedir. Ben iyiyim, sen iyisin yaşam pozisyonu sağlıklı bir yaşam pozisyonudur. Hastaların ve bakım verenlerinin bağımsız olarak ben iyiyim ve sen iyisin yaşam pozisyonuna sahip oldukları bulgusu dikkate alındığında bu ilişkinin pozitif yönlü olmasını açıklayan bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla hastalar ve bakım verenlerinin problem çözme odaklı ve gerçekçi beklentilere sahip olduklarını yorumlayabiliriz.

Görüldüğü üzere şizofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenleri arasındaki etkileşimlerde karşılıklı olarak oluşan ego durumları ve yaşam pozisyonları kurgusu hastalar tarafından oluşturulmakla birlikte bakım verenleri tarafından pekiştirilmektedir. Bu bağlamda araştırmamızın sonuçları dikkate alındığında hastaların ve bakım verenlerinin ego durumları ve yaşam pozisyonları açısından ideal, sağlıklı ve uygun bir iletişim özelliğine sahip oldukları söylenebilir.

Sonuç olarak, Berne'nin de vurguladığı gibi transaksyonel analiz, özgün, benzersiz olmakla birlikte bireylerin birbirleriyle olan çoklu ilişkilerinde bulunan yaşam deneyimlerini referans alan bir iletişim kavramıdır (Berne, 1996). Şizofrenide özellikle negatif belirtiler davranış, duygu ve düşüncelerde bozulmalara neden olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bu durum şizofreni tanısı alan hastaların iç dünyalarında bir karmaşaya neden olmaktadır. Bu nedenle TA hastaların maruz kaldıkları karmaşıklığın derinlemesine anlaşılmasını sağlar. Berne' nin şizofrenlerin TA' sını belirten temel kavram bir şizofrenin egosunun zayıflamış şeklidir. Yani hastalık boyunca ego iç

tutarlılığını ve anlamını kaybetmiştir. Berne'ye göre şizofrenik ego, travmatik olsa da hala gelişmekte olan bir egodur ve ilişkilerde yaşanan sorunlar sebebiyle sahip olunan ego tekrarlayıcı şekilde bozulabilmektedir. Bu neden TA bu durumda etkili bir yaklaşım şekli oluşturmaktadır. Berne'ye göre tüm ego, evrim geçiren çok parçalı bir yapı gibidir. Bu anlamda Malleque'nin de vurguladığı gibi TA şizofreninin seyrini bile değiştirebilir (Malleque, 2021). Bu bağlamda bu araştırmanın konusu, ele aldığı değişkenleri, örneklem grubunun hem hastalar ve primer bakım verenlerini kapsaması ve sonuçları itibarıyla özgün ve gelecek çalışmalara ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarına olumlu katkısı ve yansıması olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar şizofreni tanısı alan hastalar ile bakım verenlerinin transaksiyonel analiz ego durumları, yaşam pozisyonları ve ego durumları ile yaşam pozisyonları arasındaki ilişki yönünden ele alınmıştır ve bu sonuçlara yönelik öneriler aşağıda belirtilmiştir

6.1. Sonuçlar

Şizofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenleri ile ilgili olarak;

- Hastaların koruyucu anne baba ego durumunu baskın olarak kullandıkları,
- Hastaların olumlu olarak değerlendirilen ben iyiyim ve sen iyisin yaşam pozisyonlarına daha fazla sahip oldukları,
- Ben iyiyim ve sen iyisin yaşam pozisyonunu ile iletişime geçen hastaların eleştirel anne baba ego durumunu daha az, yetişkin ego durumunu daha baskın kullandıkları,
- Bakım verenlerin yetişkin ego durumunu daha baskın olarak kullandıkları,
- Bakım verenlerin olumlu olarak değerlendirilen ben iyiyim ve sen iyisin yaşam pozisyonlarına daha fazla sahip oldukları,
- Bakım verenlerin sen iyisin, ben iyi değilim, sen, iyi değilsin yaşam pozisyonları ile iletişime geçtiklerinde Y ego durumunu daha çok; ben iyiyim, sen iyisin, ben iyi değilim yaşam pozisyonları ile iletişime geçtiklerinde DÇ ego durumunu daha az kullandıkları,
- Hastalar Y ego durumu ile iletişim kurduğunda bakım verenlerin Y ve KAb ego durumları ile iletişim kurdukları
- Hastalar ve bakım verenlerin yaşam pozisyonları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler şu şekildedir:

- Psikiyatri hemşirelerinin hastaların ve bakım verenlerin ego durumu, yaşam pozisyonları ve aralarındaki ilişkiyi tanıma ve geliştirmeye yönelik bu araştırmanın verilerini kullanmaları
- Psikiyatri hemşirelerinin hastalar ve bakım verenlerin kullandıkları ego durumu ve sahip oldukları yaşam pozisyonları konusunda gözlemler ve etkileşimlerinde dikkate almaları ve kaydetmeleri,
- Hastalar ve bakım verenlerinin kişilerarası ilişkilerde kullandıkları ego durumu ve sahip oldukları yaşam pozisyonlarını tanımaları ve farkındalık geliştirmeleri konusunda hastalar ve bakım verenleri geri bildirim verilmesi
- Hastalar ve bakım verenleri TA ego durumları ve yaşam pozisyonları konusunda eğitim verilmesi
- Hemşirelik ve psikiyatri hemşireliği eğitim programlarında mezuniyet öncesi ve sonrası TA iletişim kuramını ve uygulamada hasta hemşire ilişkisinde kuramın kullanılarak ilişkilerin analiz edilmesine yönelik eğitim konularına yer verilmesi
- Araştırma TA'nın temel kavramlarından olan ego durumları ve yaşam pozisyonları ile sınırlandırılmış olduğundan TA'nın yaşam senaryosu, transaksiyonlar, egogram, zamanın yapılandırılması gibi kavram boyutunda da incelemeler yapılması,
- Araştırmaya sadece şizofreni tanısı alan hastalar ve onların primer bakım verenleri katıldığından diğer ruhsal bozuklukları ve ruh sağlığı çalışanlarını da kapsayan daha geniş örneklem gruplarında konuyla ilgili araştırmaların yapılarak sonuçların değerlendirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akar A. Hemşirelerin Özgecili Davranışlarının Transaksiyonel Analiz Ego Durumları Açısından İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Şahin Altun).

Akbağ M, Deniz L. Öğretim elemanı ve öğretmen adaylarının birbirlerine yönelik algıları: Transaksiyonel analiz açısından bir değerlendirme. XI. Eğitim Bilimleri Kongresi, Lefkoşa, Cyprus (Kktc),2002, pp.230.

Akbağ M. Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2000, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu).

Akkoyun F. Saygı kavramına transaksiyonel analiz açısından bakış. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 1993;1(4):16-22.

Akkoyun F. Transaksiyonel analiz ve yetişkin olmak. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1995;28(1):1-11.

Akkoyun F. Transaksiyonel Analiz. 2. Basım, Nobel Yayın Dağıtım. İstanbul; 2007, s:80-81.

Arı R. Üniversite Öğrencilerinin Baskın Ben Durumları ile Bazı Özlük Niteliklerinin Ben Durumlarına, Atılganlık ve Uyum Düzeylerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 1989, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Nilüfer Voltan-Acar).

Arslandaş H. Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3(2): 251-277.

Awad AG, Voruganti LNP The burden schizophrenia on caregivers: A review. Pharmacoeconomics. 2008;26: 149-162.

Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2013;5(1): 78-94.

Bayrak BK. Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;15(4):236-243.

Berne E. Principles of transactional analysis. Indian J. Psychiatric Journal. 1996;38(3):154-159.

Birsöz S. Şizofreni ve iki uçlu spektrum bozuklukları benzerlikler ve farklılıklar. Journal of Mood Disorders.2013;3: 554-555.

Buldukoğlu K, Bademli K, Karakaya D, Göral G, Keser İ. Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(4):683-703.

Çalışkan S. Özerk H. 13-18 yaş grubu ergenlerdeki ego durumları ile anne babalarınınbilgi düzeyleri ve anne baba tutumlarının ilişkisi. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi.2019;13(19):886-910.

Çetin M. Şizofreni tedavisi: geçmişi, bugünü ve geleceği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2015, 25:95-9.

Demircioğlu H, Tercan H, Serin G, Yüksel R, Gökbayrak S, Gürevin G, Ökten Ö, İpek Z. Ebeveynlerin yaşam pozisyonlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. International Journal of Education Technology and Sciencific Researches. 2019;4(8): 65-77.

Döngel B, Tamam L, Kır G. Şizofrenide görülen tıbbi durumlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi. 2017;9(3):363-378.

Ekşi H, Ümmet D, Özoğlu E. Üniversite öğrencilerinin ego durumları: Stresli yaşantılara yönelik ebeveyn tepkileri, ailelerdeki koruyucu etkenler ve bazı demografik değişkenlere göre incelenmesi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;20(37):45-71.

Ergene A. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylerin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Aile İşlevselliklerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Sibel Asi Karakaş).

Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj FA, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN, Ghamri AS, Banjar J, Qassaim YA. Schizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management a Review. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2017; 69(1): 2640- 2646.

Gül E, Can D, Şahin E, Şahin Ş, Şimşek E. Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;(16)2:15-19.

Gültekin F, Voltan-Acar N. Transaksiyonel analizin türk kültürüne uygulanabilirliği: Kültür açısından eleştirel bakış. Eğitim ve Bilim Dergisi. 2004;29(133):28-38.

Güngör M. Öğretmen adaylarının problem çözme becerisinin sosyo ekonomik yapı, aile tipi ve aile tutumları ile ilişkisinin incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2013;21(3): 1071-1088.

Gürel T. Uçuş Eğitimcilerinin Eğitim Performanslarının Transaksiyonel Analiz Ego Durumları Açısından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Salim Atay).

Kaçar B. Lise Öğrencilerinin Karar Stratejileri ve Transaksiyonel Analiz Ego Durumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semai Tuzcuoğlu).

Karababa A, Dilmaç B. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcıları olarak transaksiyonel analiz ve değerler. Eğitim ve Bilim Dergisi. 2016;41(187):63-77.

Karababa A. Ergenlerde Transaksiyonel Analiz Ego Durumları, Yaşam Pozisyonları ve İnsani Değerler Açısından Yalnızlık. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Konya (Danışman: Doç. Dr. Bülent Dilmaç).

Karadağ M, Işık O, Cankul İ, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015;17(1):160-179.

Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017; 26(2): 251-262.

Karcıoğlu F, Arun K. Örgütsel iletişimde transaksyonel analiz (karşılıklı davranışsal çözümleme). Ekev Akademi Dergisi. 2004;8(21): 245-264.

Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz).

Kayalar M. Transaksyonel analizin etkili takım oluşturmada kullanılması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2002;7(1): 265-267.

Keçeci A. Hemşirelik eğitiminde iletişime yeni bir yaklaşım: Transaksyonel analiz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2007;4(2):3-12.

Kikkert MJ, Schene AH, Koerter MW, et al. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. Schizophr Schizophrenia Bulletin. 2006;32:786-794.

Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-267.

Kokurcan A. Şizofreni genetiğinde yeni gelişmeler ve bunların klinik uygulamaya yansması. New Syposium Journal.2014; 52 (1): 17-23.

Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik S, Avcı İ. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi, 2011;38(1):49-56.

Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. 2007; 116(1): 317–333.

Marsman A, Mandl R, Klomp D, Bohlken M, O. Boer V, Andreychenko A, Cahn W, Kahn RS, Luijten PR, Hulshoff Pol HE. GABA and glutamate in schizophrenia: A 7 T 1H-MRS study. *NeuroImage: Clinical*. 2014; 6(1): 398-407.

Mellacqua Z. *Transactional Analysis of Schizophrenia*. 1 st ed. Routhledge; 2021, p:80-82.

Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33:1149-1160.

Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2010;176, 109-113.

Özdemir O, Güzel Özdemir P. Glutamat sistemi ve şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2016; 8(4): 394-405.

Özerk H. Özel Okul Yöneticilerinin ve Öğretmenlerinin Transaksiyonel Analiz Kuramı Çerçevesinde Birbirlerinde Gözlemledikleri ve Birbirlerinde Bekledikleri Ego Durumlarının Karşılaştırılması. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Prof. Dr. Sefer Ada).

Ozlu A, Yıldız M, Aker T. Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2015;28(1): 147-153.

Özpoyraz N. Tamam L. Şizofrenik Bozukluklar. *Galenos, Psikiyatri*. 1998. Ocak, 26-31.

Öztürk O, Uluşahin N. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 16. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Ankara: 2020, s:189-249.-

Şahin H, Demiriz S. Beş altı yaşında çocuğu olan babaların, babalık rolünü algılamaları ile aile katılım çalışmalarını gerçekleştirmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2014;181(181):273-294.

Şamatacı G. Romantik İlişkilerde Affetme: Transaksiyonel Analiz Ego Durumları Açısından Bir İnceleme. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Müge Akbağ).

Sayın A. Dopamin reseptörleri ve sinyal iletim özellikleri. Klinik Psikiyatri. 2008; 11(1): 125-134.

Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990; 25:289-297.

Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. Psychological Medicine. 2003;33:91-96.

Sevim S. Transaksiyonel Analize Dayalı Bir Eğitim Programının Evli Çiftlerin Ego Durumları ve Evlilik Yaşamlarına İlişkin Bazı Değişkenlere Etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 1996, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Füsun Akkoyun).

Solgun C. Şizofreni hastalarında Yetiştirimi İçgörü ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Mayıs. (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gülgün Durat).

Solomon C. Transactional analysis theory: The basics. Transactional Analysis Journal. 2017;33(1):15-22.

Steiner C. Transactional analysis in the information age. Transactional Analysis Journal. 2017; 27(1):15-22.

Stephen H. Schultz, Stephen W. North, Cleveland G. Shields Schizophrenia: A Review. Am Fam Physician. 2007;75(12):1821-1829.

Sumiyoshi T, Bubenikova-Valesova V, Horacek J, Bert B. Serotonin1A receptors in the pathophysiology of schizophrenia: development of novel cognition-enhancing therapeutics. Advances in Therapy. 2008; 25(10): 1037-56.

Summakoglu D, Ertugrul B. Şizofreni ve tedavisi. Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences. 2018;2(1): 43- 61.

Szmukler G. From family ‘burden’ to caregiving. Psychiatr Bull. 1996; 20: 449-451.

Şahin Altun, Özlem, Sibel Asi Karakaş, and Filiz Ersöğütçü. Investigation of the relationship between transactional analysis ego states and treatment compliance of individuals with substance use disorder. Journal of Substance Use 27.6 (2022): 598-603.

Taş S. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Öz Bakım Güçlüklerinin Belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2014, Antalya (Danışman: Prof Dr. Kadriye Buldukoğlu).

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

Tiryaki A. Şizofrenide ruhsal toplumsal risk etmenleri üzerine eleştirel bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri.2008;11(5): 3-8.

Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Çeviren: Özcan CT, Gürhan N. 6. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara; 2016, s:278-334.

Tüfekçi S. Romantik İlişkilerde Genç Yetişkinlerin Aşka İlişkin Tutumları ve Kişilik Özellikleri: Transaksiyonel Analiz Ego Durumları Açısından Bir Değerlendirme. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Müge Akbağ).

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

Ulaş H, Taşlıca S, Alptekin K. Şizofrenide nörofizyolojik ve nörokognitif genetik belirleyicilerin (Endofenotip) yeri. Klinik Psikiyatri. 2008, 11(4):12-19.

Uluşahin A, Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 12. Baskı, Pelin Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. Ankara; 2014, s:243-244.

Uslu E, Buldukoğlu K. Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. Wiley Perspectives in Psychiatric Care. 2020;56:63-71.

Velligan DI, Diamond PM, Mintz J, et al... The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2008;34:483-493.

Vural F, Köroğlu M. Şizofreni hastalarının sosyal yaşamları ve sosyal hizmet ilişkisi: kütahya ili örneği. Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi. 2020;7(2):653-668.

Yavaşçı Öztepe E, Akkaya C. Şizofrenide serotoninin rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2012;4(2): 237-259.

Yavuz R, Şizofreni. İ.Ü. Cerrahpaşa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. 2008; 62(1):49-58.

Yıldız M. Ciddi ruhsal hastalıklarda ruhsal toplumsal tedaviler. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.2009;2(1): 52-6.

Yönder M. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Transaksiyonel Analiz Kuramına Göre Ego Durumları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Düzce (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayla Keçeci).

Yüksel MM. Şizofreni hasta ailelerinde duygu dışı vurumu. Türk Psikoloji Bülteni. 2007;13(41) :91.

Zengin E. Transaksiyonel analiz ego durumlarının iletişime etkisi bağlamında "ters yüz" filminin analizi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019;6(1):30-51.

(<http://www.sizofrenidostlaridernegi.org/sizofreni-hakkinda.html>

Erişim

Tarihi:14.06.2023).

([https://www.who.int/news-room/fact-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia)
tarihi:14.06.2023).

sheets/detail/schizophrenia.

Erişim



EKLER

EK 1. HASTALAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Hasta No:

Bakım Veren No:

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Medeni durumunuz

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Ayrı yaşıyor

☐ Diğer

4. Eğitim durumunuz (Tamamladığınız en son eğitim düzeyini işaretleyiniz. Eğer devam etmekte olduğunuz bir eğitim düzeyi varsa lütfen yanına devam ediyor notunu ekleyiniz.)

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Diğer

5. Çalışma durumunuz

☐ Çalışıyor

☐ Çalışmıyor

6.Sosyal güvencenin varlığı

☐ Var

☐ Yok

7.Yaşadığı yer

☐ Şehir

☐ Köy

☐ Kasaba

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

- ☐ Yalnız
- ☐ Anne-Baba İle
- ☐ Anne İle
- ☐ Baba İle
- ☐ Eş
- ☐ Çocukları İle
- ☐ Eş ve Çocukları İle
- ☐ Anne-Baba Eş ve Çocukları İle
- ☐ Diğer Bir Yakını İle
- ☐ Bakıcı İle
- ☐ Bakım Merkezinde
- ☐ Diğer.....

9. Şizofreni tanısını ne zaman aldınız?

.....

10.Mevcut rahatsızlığınızdan dolayı kaç defa hastaneye yattınız?

- ☐ 1
- ☐ 2-5
- ☐ 5-10
- ☐ 10 ve üzeri

TEŞEKKÜRLER

EK 2. BAKIM VERENLER İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bakım Veren No:

Hasta No:

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Medeni durumunuz

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Ayrılmış

4. Eğitim durumunuz (Tamamladığınız en son eğitim düzeyini işaretleyiniz. Eğer devam etmekte olduğunuz bir eğitim düzeyi varsa lütfen yanına devam ediyor notunu ekleyiniz.)

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Diğer

5. Çalışma durumunuz

☐ Çalışıyor

☐ Çalışmıyor

6.Sosyal güvencenin varlığı

☐ Var

☐ Yok

7.Yaşadığı yer

☐ Şehir

☐ Köy

☐ Kasaba

8.Kiminle yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız

☐ Anne-Baba İle

☐ Anne İle

☐ Baba İle

☐ Eş

☐ Çocukları İle

☐ Eş ve çocukları İle

☐ Anne- Baba Eş ve Çocukları İle

☐ Diğ er (A ı ılayınız

9. Hastanın primer bakım vereninin hasta ile yakınlığı

☐ Annesi

☐ Babası

☐ Eği

☐ Evlat(Erkek)

☐ Evlat (Kız)

☐ Kardeğ

☐ Kuzen

TE EKK RLER

EK 3. EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanı niteleyen 95 sıfat verilmiştir. Sizden istenen “sizi nitelediğini düşündüğünüz, sizin bir özelliğiniz olarak düşündüğünüz” sıfatları işaretlemenizdir. Lütfen size uygun gelen sıfatın yanındaki parantezin içine X işareti koyunuz. İşaretleme işlemi yaparken sıfatlar üzerinde çok fazla düşünmeyiniz. **Lütfen en fazla 30 sıfat işaretleyiniz. 30 sıfatı aşamamak kaydıyla istediğiniz kadar sıfat işaretleyebilirsiniz.** Lütfen işaretlemeyi yaparken olmak istediklerinizi değil, sizde var olan özelliklerinizi dikkate alınız.

39 () Açık düşünceli	43 () Düşünceli	5 () Eleştirici
11 () Ön Yargılı	davranan	81 () Sabırsız
75 () Girişken	30 () Sırdas	24 () Güvenilir
(Açık Fikirli)	13 () Titiz	6 () Gururlu
3 () Asık Suratlı	90 () Kararsız	21 () Cana yakın
82 () Sempatik	22 () Cömert	25 () Hoş Görülü
41 () Dikkatli	77 () Heyecanlı	23 () Geçimli
83 () Sevimli	91 () Korkak	15 () Sabit Fikirli
69 () Kötümser	26 () İçten	36 () Hoşsohbet
40 () Akıllı	78 () Maceracı	27 () İlgili
63 () Terbiyeli	92 () Nüktedan	60 () Nazik
10 () Kuralcı	44 () Dakik	48 () Sorumluluk
64 () Tutuk	79 () Meraklı	Alabilen
9 () Kibirli	93 () Asi	28 () Merhametli
4 () Ciddi	45 () Gerçekçi	61 () Saygılı
65 () Yumuşak başlı	57 () Ağırbaşlı	7 () İdealist
84 () Sıcakkanlı	94 () Rahat	67 () Tedirgin
62 () Sessiz	46 () Mantıklı	8 () Katı
66 () Uyumlu	58 () Bağımlı	70 () Olgun
33 () Yufka yürekli	95 () Soğukkanlı	
32 () Yardımsever	47 () Temkinli	
72 () Atılgan	59 () Çekingen	
89 () Cesur	19 () Tedbirli	
42 () Dürüst	51 () Adil	
73 () Duygusal	49 () Tutarlı	
29 () Sabırlı	17 () Öfkeli	
71 () Telaşlı	52 () Bağımsız	
74 () Gamsız	50 () Açık sözlü	
86 () Yaratıcı	16 () Kararlı	
85 () Şakacı	53 () Zeki	
76 () Hayalci	14 () Otoriter	
87 () Doğal	38 () Samimi	
35 () Sevecen	54 () İradeli	
1 () Aksi	20 () Anlayışlı	
88 () Seksi	34 () Başkalarını düşünen	
56 () Uslu	55 () Düzenli	
2 () Alaycı	80 () Neşeli	
12 () Resmi	37 () Kibar	
68 () Mızımız		
31 () Vefakar		
18 () Sinirli		

EK 4. YAŞAM POZİSYONLARI ÖLÇEĞİ

Sevgili katılımcı, size uygulanan bu ölçek formunun doğru veya yanlış cevabı yoktur. Her maddeyi okuduktan sonra sizi tam olarak tanımlayan maddeye “5” puan vererek, sizi hiç tanımlamayana maddeye “1” puan vererek puanlayınız.

- (1) Hiçbir zaman
(2) Bazen
(3) Ara sıra
(4) Genellikle
(5) Her zaman

İFADELER	1	2	3	4	5
1. Kendimi severim.					
2. Kendimle gurur duyarım.					
3. Diğer insanları kolayca takdir ederim.					
4. Diğerleri genel olarak iyidir.					
5. Kendimi iyi hissetmem.					
6. Rüyalarıma(hedef) ulaşamayacağımı hissediyorum.					
7. Keşke bazı insanlar ölse.					
8. Diğer insanlar beni sinirlendirir.					
9. Kendimi güvende hissedirim.					
10. Olumlu kişisel özelliklerimin farkındayım.					
11. Çoğu insan güvenilirdir.					
12. İnsanlar iyi işler yapabilir.					
13. Kendimi çaresiz hissedirim.					
14. Keşke bu dünyada doğmasaydım.					
15. İnsanlara güvenmem.					
16. Diğer insanların hatalarına tahammül edemem.					
17. Ben aslında iyi olduğuma inanıyorum.					
18. Diğer insanlarla tanışmaya can atarım.					
19. Başkalarının beni sevmediğini düşünüyorum.					
20. Diğer insanların düşüncelerine şüpheyle yaklaşıyorum.					

EK 5. HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Adım Gülnur BİLGİ, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans yapmaktayım. Araştırma Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine baş vuran şizofreni tanısı alan hastalar ile onlara bakım verenleri ile yapılacaktır. "Şizofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenlerinin transaksyonel analiz ego durumları ile yaşam pozisyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı tez çalışmasını yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplaması için "Kişisel Bilgi Formu", bakım verenlerini tanıtıcı "Ego Durumları Ölçeği" ve "Yaşam pozisyonları Ölçeği" Formu kullanılacaktır. Benzer bir formu bakım vereniniz de dolduracaktır. Formların doldurulma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Bu formları samimi ve açık bir şekilde cevap vererek doldurmanız sonuçların doğru değerlendirilmesi ve yorumlanması açısından önemlidir. Toplanan bu veriler yalnızca araştırma için kullanılacak olup, araştırma sonuçlarının bilimsel platformda paylaşılmasının dışında kişisel verileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Gizliliği sağlamak amacı ile isim alınmayacaktır. Katıldığınız ve samimi yanıtlarınız için teşekkür ederim.

Gülnur BİLGİ

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Katılımcı Beyanı

Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisi Gülnur BİLGİ tarafından "Şizofreni Tanısı Alan Hastalar ve Bakım Verenlerinin Transaksyonel Analiz Ego Durumları İle Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yapılacak tez çalışması hakkında bilgilendirildik.

Gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcının İmzası:

Araştırmacının İmzası:

Tarih:

Tarih:

Hastamın bu çalışmaya katılmasına onay veriyorum.

Hasta Yakınının Adı Soyadı:

Tarih:

EK 6. BAKIM VERENLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Adım Gülnur BİLGİ, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans yapmaktayım. Araştırma Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine baş vuran şizofreni tanısı alan hastalar ile onlara bakım verenleri ile yapılacaktır. "Şizofreni tanısı alan hastalar ve bakım verenlerinin transaksyonel analiz ego durumları ile yaşam pozisyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı tez çalışmasını yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplaması için "Bakım Verenleri İçin Kişisel Bilgi Formu", "Ego Durumları Ölçeği" ve "Yaşam pozisyonları Ölçeği" Formu kullanılacaktır. Benzer bir formu hastanızda dolduracaktır. Formların doldurulma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Bu formları samimi ve açık bir şekilde cevap vererek doldurmanız sonuçların doğru değerlendirilmesi ve yorumlanması açısından önemlidir. Toplanan bu veriler yalnızca araştırma için kullanılacak olup, araştırma sonuçlarının bilimsel platformda paylaşılmasının dışında kişisel verileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Gizliliği sağlamak amacı ile isim alınmayacaktır. Katıldığınız ve samimi yanıtlarınız için teşekkür ederim.

Gülnur BİLGİ

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcı Beyanı

Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisi Gülnur BİLGİ tarafından "Şizofreni Tanısı Alan Hastalar ve Bakım Verenlerinin Transaksyonel Analiz Ego Durumları İle Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yapılacak tez çalışması hakkında bilgilendirildim. Gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcının İmzası:

Tarih:

Araştırmacının İmzası:

Tarih:

EK 7. EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Ego Durumları Ölçeği

Gelen Kutusu x

↕ 🖨️ 🔗



gölnur bilgi

10 Eyl 2020 21:43 (9 gün önce) ☆

Sayın Hocam, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Dr. Öğr. Üye...



ramazan arı

16 Eyl 2020 10:18 (3 gün önce) ☆ ↩️ ⋮

Alıcı: ben ▾

Ölçeği kullanabilirsiniz. Bundan memnun olurum. İki soruna dikkat etmeniz gerekir.

1-Yönergede değişiklik yapınız. "En fazla 30 (veya 25) sıfat işaretlemelerini isteyiniz.

2- Doktora tezim bende yok. Hacettepe Üniversitesi Kütüphanesinden veya YÖK ten temin edebilirsiniz. Tezin ekinde bilgisayar ortamında puanlaması var. Ancak program CV BASIC dilinde Artık kullanılmadığını düşünüyorum. Bilgisayar programından anlayan birisi kolayca Excel diline dönüştürebilir. Kolay gelsin. PhD.

Ramazan ARI

> gölnur bilgi

unları yazdı (10 Eyl 2020 21:43):

...

EK 8. YAŞAM POZİSYONLARI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Re: Yaşam Pozisyonları Ölçeği Hk.

Gelen Kutusu x

X 0 I



Ahmet Ozpolat

Alıcı: ben ▼

9 Eyl 2020 Çar 14:50

☆ ↶

Sayın Bilgi

ölçeğin türkçe formu ektedir. psikometrik özellikleri için

Article (PDF Available) in [Procedia - Social and Behavioral Sciences](#) 47:284–291 · December 2012 with 219 Reads

DOI: 10.1016/j.sbspro.2012.06.652

iyi çalışmalar

EK 9. ETİK KURUL KARARI

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLINİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2020		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Karpın /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Salih HALLAÇ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sızofreni Tanısı Alan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Transaksyonel Analiz Ego Durumları ile Yaşam Pozisyonları Arasındaki Etkinin İncelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 777	Tarih: 08.10.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı birimden izin alınması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.02.2021-33753

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-36005147-302.14.03-33753
Konu : Gölünur BİLGİ Tez Çalışması

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17.02.2021 tarihli ve 50913635-302.14.03-31784 sayılı yazı,

Anabilim Dalımız Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi **Gölünur BİLGİ'nin "Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Ve Bakım Verenlerinin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları İle Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** konulu yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmasını; Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapabileceği isteginin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (3 sayfa)

Bilgi Teknolojileri Kurumu - BİTİM (BİTİM) Projesi (17401)
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Danışmanlık Hizmetleri
Yatırımlar Kurulu
Telefon: 0312 247 2274-44 55 Faks No: 0312 100 66 08
e-Posta: sagbil@akdeniz.edu.tr - Elektronik Ağ Sayfasi: sagbil.akdeniz.edu.tr/5
Kop Adres: akdeniz@akdeniz.edu.tr

Bilgi Teknolojileri Kurumu - BİTİM (BİTİM) Projesi (17401)
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Danışmanlık Hizmetleri
Yatırımlar Kurulu
Telefon: 0312 247 2274-44 55 Faks No: 0312 100 66 08
e-Posta: sagbil@akdeniz.edu.tr - Elektronik Ağ Sayfasi: sagbil.akdeniz.edu.tr/5
Kop Adres: akdeniz@akdeniz.edu.tr

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR
Müdür

Bilgi Teknolojileri Kurumu - BİTİM (BİTİM) Projesi (17401)
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Danışmanlık Hizmetleri
Yatırımlar Kurulu
Telefon: 0312 247 2274-44 55 Faks No: 0312 100 66 08
e-Posta: sagbil@akdeniz.edu.tr - Elektronik Ağ Sayfasi: sagbil.akdeniz.edu.tr/5
Kop Adres: akdeniz@akdeniz.edu.tr

EK 10. KURUM İZİN YAZISI (Devamı)

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.02.2021-30125



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-41303261-799
Konu : Gülnur BİLGİ (Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlg: 02.02.2021 tarih ve E.90739940-799-176 sayılı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Tescil Birimi yazısı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gülnur BİLGİ'nin "Şizofreni Tanısı Alan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Transaksyönel Analiz Ego Durumları ile Yaşam Pozisyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapılmasına ilişkin talep yazısı incelemiş olup anılan çalışmanın Kurumumuz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi şartıyla çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Uzm. Dr. Hasanali DURMAZ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Dağıtım:
Gereği:
Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Evrak Birimi

Ziraat Mah. Şişli Ömer Halisdemir Cad. No: 20. Altındağ/ANKARA
Telefon: (0312) 546 2000 Faks No:
e-Posta: genel@anksa.gov.tr İnternet Adresi: www.diskapizak.gov.tr

Bilgi için: Fatma ERDURAN
TİBBİ TEKNOLOG
Telefon No: (0312) 546 20 26

Bu belge 5076 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre imzalandığından geçerli ve değiştirilmezdir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülnur	Uyruğu	TC
Soyadı	BİLGİ	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise		
Lisans		
Yüksek Lisans		Doktora
-		-

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖK Dil	58

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
-	-	-

Burslar-Ödüller: -

Yayınlar ve Bildiriler: -