



**BİPOLAR BOZUKLUĞU TANISI ALAN
BİREYLERİN TRANSAKSİYONEL ANALİZ EGO
DURUMLARI VE AİLE İŞLEVSELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

Aysel ERGENE
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ

Yüksek Lisans Tezi –2019

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU TANISI ALAN BİREYLERİN
TRANSAKSİYONEL ANALİZ EGO DURUMLARI VE
AİLE İŞLEVSELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

Aysel ERGENE

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ**

**ERZURUM
2019**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUĞU TANISI ALAN BİREYLERİN
TRANSAKSİYONEL ANALİZ EGO DURUMLARI VE AİLE
İŞLEVSELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

Aysel ERGENE

Tez Savunma Tarihi : 12. 02. 2019

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Figen İNCİ (Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bipolar Affektif Bozukluk (BPB).....	5
2.1.1. Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar.....	5
2.1.2. Bipolar Bozukluk da Belirti ve Bulgular	7
2.1.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi	10
2.1.4. Bipolar Affektif Bozukluğun Etyolojisi	10
2.2. Transaksiyonel Analiz Kuramı	12
2.2.1. Ego Durumları	13
2.2.2. Yapısal Analiz.....	13
2.2.3. Fonksiyonel Analiz.....	14
2.2.4. Transaksiyonlar.....	16
2.2.5. Temas İletileri	16
2.2.6. Yaşam Pozisyonları	17
2.3. Ailenin Tanımı.....	18
2.3.1. Aile İşlevleri	19
2.3.2. Bipolar Hastalık ve Aile	20
2.4. Bipolar Bozuklukta Benlik Kavramı	20

2.5. Bipolar Bozuklukta Hemşirelik Yaklaşımı	21
3. MATERYAL VE METOT.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evrenini ve Örneklemi.....	26
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.5. Veri Toplama Araçları	27
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	27
3.5.2. Ego Durumları Ölçeği (EDÖ).....	28
3.5.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ).....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR	48
EKLER	59
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	59
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	60
EK -3. KURUM İZİN BELGESİ.....	61
EK-4. TANITICI BİLGİ FORMU	62
EK-5. EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ	64
EK-6. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	65
EK-7. EGO DRUMLARI ÖLÇEK İZİNİ.....	68

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve tez çalışmam boyunca engin bilgilerini ve yüksek sabrını paylaşan, yol gösteren, desteğini ve emeğini esirgemeyen, değerli danışmanım sayın Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimimde her türlü yardım desteğini gösteren, bilgilerini bizden esirgemeyen değerli yüksek lisans hocalarım Prof. Dr. Ayşe OKANLI'ya Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a, Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ'ye,

Tez savunma sınavıma vakit ayırıp gelerek beni onurlandıran değerli jüri üyesi Doç. Dr. Figen İNCİ'ye

Araştırmama katılan tüm hastalara, araştırmamı destekleyen Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği çalışanlarına,

Araştırma boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen değerli eşim Zeki ERGENE'ye, kıymetli oğullarım Gökâl Hilmi ERGENE'ye ve Alp Eren ERGENE'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aysel ERGENE

ÖZET

Bipolar Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Transaksiyonel Ego

Durumları ve Aile İşlevselliklerinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma, bipolar bozukluk tanılı hastalarının ego durumlarını, aile işlevselliklerini ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal Metot: Eylül 2017-Şubat 2019 tarihleri arasında psikiyatri kliniğinde yatmakta olan Bipolar bozukluk tanısı almış 177 hasta evreni, örneklemini ise bunlardan araştırmanın kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 hasta oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında, hastaların sosyodemografik özelliklerini belirleyen tanıtıcı bilgi formu, Ego Durumları Ölçeği (EDÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; verilerin normallik dağılımı için Kurtosis ve skewness kat sayıları, normal dağılan ölçümlerde Pearson Korelasyon analizi, normal dağılmayan ölçümlerde, Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmamızda, katılımcıların çoğunun ego durumu koruyucu ebeveyn şeklindedir. Aile işlevselliği ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını problem çözme alt boyutundan (2.39 ± 0.88) almışlardır, ölçeğin toplam puan ortalaması da 2.18 ± 0.59 olarak bulunmuştur. Aile işlevselliği ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumlarını kullanma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak bipolar tanısı alan hastaların aile işlevselliklerinin sağlıklı olduğu, hastaların baskın ego durumunun ise koruyucu ebeveyn ego durumu olarak bulunmuştur. Ayrıca bipolar tanısı alan eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn ve yetişkin ebeveyn ego durumlarını kullanmanın aile işlevselliğini olumsuz olması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluğu, Aile İşlevselliği, Ego Durumları.

ABSTRACT

The Ego States of the Transactional Analyze of the Individuals Diagnosed with Bipolar Disorder and the Analyze of Their Family Functionalities

Purpose: This research is done in order to analyze the ego states of the patients diagnosed with the bipolar, their family functionalities and the relationship between each other.

The Material Method: The population consists of the 177 patients diagnosed with the bipolar between September 2017 and February 2019 who stayed in the psychiatry clinic; its sample consists of the 100 patients who comply with the criteria of the research and accept to contribute to the study among these.

When gathering the data, the introductory information form which identifies the sociodemographic attributes of the patients, The Ego State Scale (ESS), and The Family Assessment Device (FAD) are used. When assessing the data, The Kurtosis and Skewness Coefficients for the normality distribution of the data; The Pearson Correlation Analyze in the measurements normally distributing; The Spearman Correlation Analyze in the measurements not normally distributing are used.

Findings: In our Research, Most of the participants are the dominant ego state protective parents. The Family Functionality Scale takes its highest point average of its sub-dimensions from the problem solving dimension (2.39 ± 0.88); the total point average of the scale is found as 2.18 ± 0.59 . There is a negatively meaningful relationship between the problem solving, communication, being able to give an emotional response, behavior, general functions sub-dimensions of the family functionality scale, and its total point average and the use of critical parent, protective parent and adult ego state ($p < 0.05$).

Result: As a result, it is found that the family functionalities of the patients who are diagnosed with the bipolar are unhealthy, and the dominant ego states of the patients are the protective parent ego states. Also, it can be said that the use of the critical parent, the protective parent and adult parent ego states which are diagnosed with bipolar are relevant to the family functionality's being negative.

Key Words: Bipolar Disorder, Family Functionality, Ego States.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADÖ	:Aile Değerlendirme Ölçeği
BPB	: Bipolar Bozukluk
BP I	: Bipolar I
BP II	: Bipolar II
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EDÖ	: Ego Durumları Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Bipolar bozukluklar arasındaki farklar..... 6

Şekil 2.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları..... 15



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Bipolar Mani ile Yaygın Olarak İlişkili Olan Davranışlara Yönelik Hemşirelik Tanıları	23
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	31
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.2. Aile İşlevselliğini Değerlendirme ve Ego Durumları Ölçekleri ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı	35
Tablo 4.3. Hastaların Kullandıkları Ego Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 4.4. Aile İşlevselliğini Değerlendirme Ölçeği ve Ego Durumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	36

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BPB), bir ucunda derin çökkünlük diğer ucunda aşırı neşeyi içeren duygudurum dalgalanmalarının olduğu, süreğen ve iyilik hali ile seyreden bir hastalıktır.^{1,2}Bipolar bozukluğun ömür boyu görülme oranı %1 civarındadır.^{1,3-5}A.B.D.'deki epidemiyolojik alan araştırmalarına göre bipolar bozukluk I(BP I)'in yaşam ömür boyu görülme sıklığı toplamda %0.8, bipolar bozukluk II için (BP II) %0.5'dir. BP II'in ömür boyu görülme sıklığı erkeklerde %0.7, kadınlarda %0.9 olarak bildirilmiştir.⁴ Ülkemizde yapılan araştırmada ise, depresyon ve BP I tanı kategorisi için yaygınlık % 0.92 olarak bulunmuştur.⁶

BPB gibi ataklarla seyreden süreğen bir hastalığa sahip olan bireyler, fiziksel, sosyal, yaşamsal alışkanlıklar açısından çoğu zaman zorluklar yaşamakta ve bu aileyi derinden etkilemektedir.⁷ Ruhsal hastalıklarda, toplumda ilk olarak farkına varma ve akıl hastası olarak damgalanma, tedavi olmak için karar aşaması, iyileştirme için hastane veya benzeri kurumlara başvurma, tedavinin bir parçası olarak görev alma, hasta bireyin hastaneye yatmadan evde izlem ve tedavisinin sağlanması ve şayet hastaneye yattıysa taburculuk sonrası tekrar uyum sağlaması için aile ve çevredeki bireyler önemli katkı sağlayabilmektedir.⁷⁻⁹Aile dinamikleri ve tutumları hastanın iyileşmesi için önemli katkı sağlar.²İşlevsel olmayan bir ailede sorun ve çatışmaların üstesinden gelinememekte, aile üyelerinin yardım istekleri kabul edilmemekte ve bunların doğrultusunda ise aile içindeki problemler farklı biçimde devam etmektedir. İşlevsel olmayan aile de kişilerarası problemlerin, bağımlılığın, kırılganlığın, rol ve güç çatışmalarının çok sık görüldüğü bir ortam oluşturur. Bu durum bireyde stres yaratarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine sebep olur.¹⁰

Ünal ve arkadaşları¹⁰(2004) BPB, şizofreni ve epilepsi hastalarının aile içi işlevselliklerini araştırmıştır. Şizofreni grubunda iletişim ve davranış kontrolünü,

epilepsi grubunda roller ve davranış kontrolü, bipolar grubunda ise ailelerin problem çözme ve genel işlevler alt boyutlarını yüksek düzeyde sağlıksız olarak değerlendirildiği sonucuna varılmıştır.¹⁰ BPB tanısı alan hastaların katıldığı başka bir çalışmada ise, aile işlevlerinin sağlıksız olduğu sonucu elde edilmiştir.¹¹ Ünal'ın çalışmasında BPB olan hastalarda, hastalık ve sağlıksız aile işlevleri arasında ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.⁷

BPB tanısı alan hastaların problem yaşadığı bir diğer alan da ego duygusu ve kendine güvenin abartılı bir biçimde yükselmesidir; 'korkunç güçlüyüm, yapamayacağım hiçbir şey yok' vb. Bu yükseliş bazen psikotik seviyededir ve sosyal normları, kuralları hiçe sayan bir rahatlık ve girişkenlik görülür. Manikdönem, psikotik boyutta ise belirtilere megalomanik nitelikte sanrı ve varsanılar eklenir.¹ Ego ruhsal yapının bilinçli düşünceler, duygular, anılar, ve algılardan oluşan ve bireye kalıcı ve sürekli bir kimlik duygusunu oluşturan kısmıdır.^{12,13} Ego durumu, kişilerin içinde buldukları durumu açıklayan, diğer bir ifadeyle duruma uygun, değişmez bir duygu ve yaşantı biçimini açıklar.¹⁴ Bireyin ego durumu ya da 'benim diyerek yaşadıkları' her an farklılık gösterebilir. Benlikteki bu değişiklikler de ego durumları olarak ifade edilir.^{15,16} Transaksiyonel analiz (TA) kuramında kişiliğin yapısını ve işlevini açıklamak için "Ego Durumları (Ben)" kavramı kullanılır.¹⁷

TA çeşitli alanlarda başarıyla uygulanmış etkili bir iletişim yöntemidir. TA'nın kullanımı hemşirenin iletişim becerisini geliştirir¹⁸ TA'nın amacı, hemşire ve hastanın birbiriyle en ideal şekilde (yetişkin - yetişkin) iletişim halinde olmasını sağlamaktır. Genellikle hasta ihtiyaçlarının karşılanmadığını hissedebilir ve "doğal çocuk" ego durumunda tepki gösterebilir. Bu durum, hemşire için "eleştirel ebeveyn" ego durumunda bir tepkiye sebep olabilir. Rahatsızlık hissi çapraz sinyaller doğurabilir, hasta belirsizlik ve alaycılık hissine kapılabilir. Hastanın ihtiyaçları yerine getirilemez.

Hemşire kendini hastanın ego durumuna uygun biçimde düzenlemediğinde idealleşmiş durum ortadan kalkar. Bir hastanın ego durumunu, ruhsal durumunu, beden dilini bilmek hemşirelik bakımı için çok önemlidir.¹⁹

Yapılan literatür araştırması sonucunda bipolar bozuklukta TA ego durumlarını inceleyen araştırmaya ulaşılammıştır. Farklı gruplarda yapılan araştırmaları incelediğimizde; Ekşi ve arkadaşlarının²⁰ üniversite öğrencilerindeki araştırmalarında, 211'i kız ve84'ü erkek öğrenci katılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar incelendiğinde, öğrencilerin T.A. ego durumları ile hem stresli yaşantılara yönelik ebeveyn tepkileri hem de ailedeki koruyucu etkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlara ek olarak öğrencilerin cinsiyet ve yaşadıkları aile tipine göre T.A. ego durumlarında anlamlı fark olduğu ancak anne-baba eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeylerine göre T.A. ego durumların da anlamlı fark olmadığı bulgusu elde edilmiştir.²⁰

Akar ve Şahin Altun'un²¹ 324 hemşire ile yaptıkları araştırmalarında, hemşirelerin yoğun olarak yetişkin ve koruyucu ebeveyn ego durumlarını kullandıkları eleştirel ebeveyn ve doğal çocuk ego durumlarını daha az sıklıkta kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca araştırmada hemşirelerin, ego durumları ölçeğinin koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyut puan ortalamaları ile özgecilik ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir.²¹ Psikiyatri hemşirelerinin katıldığı başka bir araştırmada ise hemşireler kendilerine, araştırmacıya ve sorumlu hemşirelere göre çoğunlukla kullanılan ego durumu yetişkin ve koruyucu ebeveyn ego durumlarını kullandığı sonucuna varılmıştır.²²

Yapılan araştırmalarda, BPB tanısı alan bireylerin aile işlevselliklerinin etkilendiği ve bu durumun hastalığın prognozu açısından önemli olduğu ifade edilmiştir.^{7,10,11} Ayrıca araştırmalar hastaların aile içinde, toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorlandığını ve sürekli olarak aile bakımı ve desteği almak zorunda olduğunu belirtmektedir.^{23,24} BPB bozukluğu tanısı alan bireylerin aile işlevselliklerini ve ego durumlarını birebir inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Sağlık ekibinin bir üyesi olan psikiyatri hemşiresinin, hastaya ve ailesine sağlanacak danışmanlık ve eğitimde kritik bir rolü vardır.²⁵ Bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde aile ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi önemlidir.¹ Hastayla kurulan terapötik iletişim sürecinde TA yaklaşımı konusunda bilgi ve beceriye sahip olmak, bu süreci kolaylaştırmada etkili olmaktadır. Özellikle ruhsal hastalığı olan bireyler, tedavi ve bakım hakkında kendileri için doğru kararı vermede güçlük yaşayabilirler.²² Hemşirenin hastayla olan iletişimi; hastanın duygu, düşünce ve davranış bakımından ne yönde değişiklik yapmak istediğini ortaya çıkaracak ve hastanın, kendi benliğinin ve ne istediğinin farkına varmasını sağlayacaktır. Hemşirelerin TA hakkında bilgili olmaları ve TA yaklaşımı hakkında araştırma yapmaları, hastayla olan iletişimi etkileyerek etkili iletişim becerilerini geliştirecektir.²⁶ Bu nedenlerden dolayı bu araştırmanın alana katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Bu araştırma, bipolar bozukluk tanılı hastalarının ego durumlarını, aile işlevselliklerini ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Affektif Bozukluk (BPB)

BPB, manik, hipomanik, depresif ve karma dönemlerin değişken olarak ortaya çıkışlarıyla karakterize bir bozukluktur. Hastaların ve yakınlarının yaşamlarını ciddi şekilde etkileyebilen, tekrarlayan ve süregelen bir ruhsal hastalıktır.²⁷

2.1.1. Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar

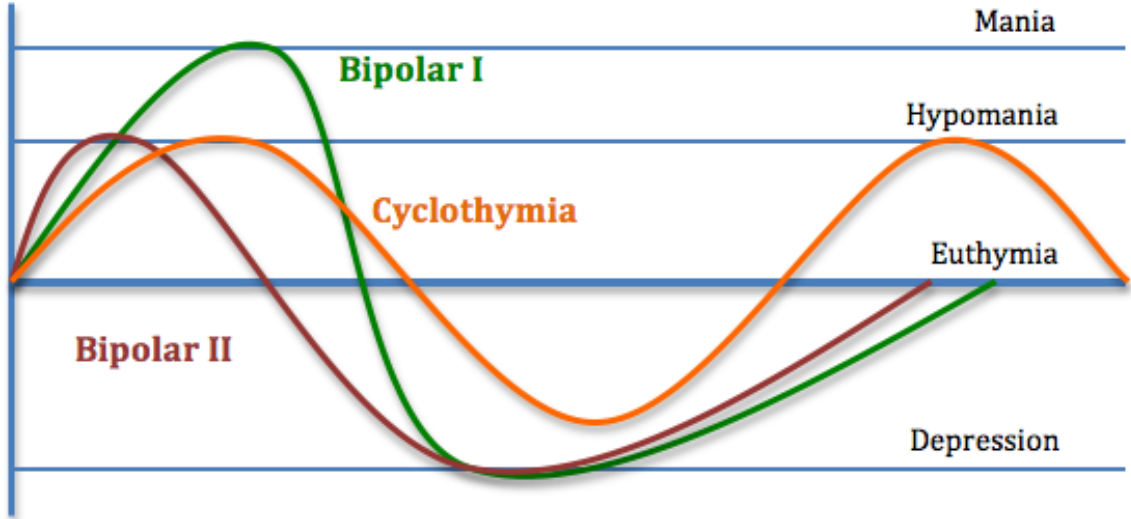
DSM-5'te Bipolar Bozuklukların sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir.

- a) Bipolar I Bozukluk
- b) Bipolar II Bozukluk
- c) Siklotimik Bozukluk
- d) Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- e) Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- f) Tanımlanmış Diğer İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- g) Tanımlanmamış İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk

Bipolar I Bozukluğu: BP I tanısı koyabilmek için, bir mani dönemi tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri bulunabilir.²⁸

Bipolar II Bozukluğu: BP I tanısı koyabilmek için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi için ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan yeğin (majör) depresyon için tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir.²⁸

Siklotimik Bozukluk: En az iki yıl süreyle hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerinin olduğu birçok dönem ve bir yeğin (majör) depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönemin olması ile belirlidir.²⁸



Şekil 2.1. Bipolar bozukluklar arasındaki farklar.²⁹

Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğu madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında veya ertesinde ya da ilaç alımına bağlı olarak gelişmiştir.²⁸

Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğunun başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyolojisi ile ilgili bir sonucu olduğuna dair kanıtlar vardır.²⁸

Tanımlanmış Diğer İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Kısa süren hipomani ve yeğin (majör) depresyon dönemleri, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemleri ve yeğin (majör) depresyon dönemleri, yeğin (majör) depresyon öyküsü olmaksızın hipomani ve kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmıştır.²⁸

Tanımlanmamış İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: İki uçlu ve ilişkili bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.²⁸

2.1.2. Bipolar Bozukluk da Belirti ve Bulgular

Mani Dönemi

Mani dönemi; aşırı neşeli, coşkulu, bazen ise öfkeli, duygudurum içinde düşünce, konuşma ve devinimde hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile seyreden duygudurum bozukluğu halidir.⁴

Genel görünüm ve davranış:

Konuşma: Hastanın konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır. Düşüncedeki aşırı üretime uygun olarak konuşma bir sel gibi akar, daldan dala atlar. Konuşma basınçlıdır, araya girmek, bir yorum yapmak, soru sormak olası değildir. Hasta bazen kimse onu dinlemese dahi konuşmasına devam eder. Hasta neşeli ya da öfkeli fakat her zaman aşırı kendinden emin bir ses tonuna sahiptir. Hemen dostluk kurabilir; fakat bu yüzeysel ve geçicidir.^{1,4}

Bilişsel Alan: Manide düşünce içeriğinde ve sürecinde değişiklikler görülmektedir. Manide görülen düşünce içerik değişiklikleri; büyüklük düşünceleri ya da artmış iyimserlik, olası kötü sonuçları görememe, kuşkuculuk ya da paranoya, kendine aşırı güvenme ve değişiklik yaratma dürtüsüdür. Manide görülen süreç değişiklikleri; düşüncelerin akışında hızlanma, dikkati toparlayamama, konsantrasyon güçlüğü, seslerin daha yüksek, renklerin daha parlak gelmesi, yarışan düşünceler, darmadağın düşünme ve yargılama bozukluğudur.³⁰

Duygulanım: Duygulanımda aşırı neşe, coşku, sıklıkla da öfke hakimdir. Buna taşkın, coşkulu, duygudurum denir. Hasta, açık saçık şakalar yapabilir. Hasta engellendiği zamanlarda öfkeli, küfürcü bazen de saldırgan tutumlar sergileyebilir. Aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışan kişilere öfkelenir ve saldırgan bir tutum takınabilir.^{1,30}

Fizyolojik Alan: Mani döneminin en önemli özelliklerinden biri uyku gereksiniminin azalmasıdır. Kişi uyusa dahi çok az uyur ya da her zamankinden birkaç saat önce, dinlenmiş olarak ve yüksek bir içsel güçle uyanabilir. Uyku bozukluğu ağır ise, kişi günlerce uykusuz durabilir ancak yine de kendini yorgun hissetmez. Uyku gereksiniminin azalması, çoğu zaman bir mani dönemi başlangıcının sinyalidir.³⁰ Depresif dönemlerde ise uyku süresi uzayabilir veya kısalabilir. Yapılan son çalışmalarda bipolar tanılı hastaların manik veya depresif bir dönem içinde olmaları dahi uykularında devam eden bozukluklar olduğu saptanmıştır. Hastalığa yol açan, hastalık dönemlerini tetikleyen önemli etkenlerden birinin uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma olduğu da düşünülmektedir. Hastaların uykusuz kaldıkları zamanlarda mani dönemine girmeye yatkın oldukları bilinmektedir. Uyku-uyanıklık döngüsünde işlevi olan genetik faktörlerin, aynı zamanda BPB ortaya çıkmasında da rolü olduğu tespit edilmiştir.³¹

Devinim: Devinimde artma ve hızlanma belirgindir. Hasta sürekli hareket halindedir ve yorulmaz. Hasta aşırı hamaratlaşabilir, sabahlara dek şehri gezebilir, şiirler yazabilir, konuşabilir. Aşırı alışveriş yapabilir, düşüncesiz iş yatırımlarına girişebilir. Hasta uygun olmayan cinsel eylemlerde bulunabilir, utanç ve suçluluk duyacağı davranışları sergileyebilir.⁴

Manik Dönem İçin DSM-5 Tanı Kriterleri:

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağan dışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir

duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma.
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikodevinimsel kışkırtma.
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma.

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.²⁸

Hipomani Dönemi Belirti ve Bulguları

Hipomani, kısa süren, belirgin bozulma ve gerilemenin olmadığı, psikotik olmayan daha ılımlı dinamik bir dönemdir. Hipomanide psikotik belirtiler yer almaz, süresi daha kısadır, hastanın yaşamında sarsıntılara sebep olmaz.¹

Majör Depresyon Dönemi Belirti ve Bulguları

BPB ilişkili olan depresyon için tanısal tablo; hastanın manik nöbet öyküsüne ek olarak majör depresif bozukluklar belirtilerine sahiptir.¹¹

2.1.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

BPB'un ömür boyu görülme sıklığı %1 düzeyindedir.^{1,3-5} BPB için sıklık oranı 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000'dir. Son yıllarda yapılan araştırmalar ömür boyu sıklık oranının %5'e kadar yükseldiğini bildirmektedir.^{1,4} Kadın-erkek arasında görülme sıklığı bakımından fark yoktur.³ Ancak başka bir çalışmaya göre karma atak ve disforik durumlar, depresif nöbet, hızlı döngülülük, mevsimsel gidiş, hipotiroidi, migren ve obezite gibi fiziksel hastalık eştanı BPB'olan kadın vakalarda erkeklerden daha fazla görüldüğü tesbit edilmiştir.^{3,2} Sıklıkla erkeklerin manik atak, kadınların ise depresif atak geçirdiği tespit edilmiştir.³³

BPB da belirtilerin ortaya çıkış yaşı ile doktora başvuru yaşı birbiri ile uyumlu olmadığı için hastalığın başlangıç yaşının geriye dönük olarak belirlenmesi zordur.³⁴ BPB çocukluktan itibaren her yaşta, az da olsa yaşlılıkta başlayabilmektedir.³ Ülkemizde yapılan çalışmalarda BPB vakalarında hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yaş aralığında değişmektedir.⁶

Çocuk ve ergenlerde ise BPB yaygınlığı genel popülasyonda %0.1'den %1.8'e kadar değişmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar, Amerika'daki ergenlerde BPB'nin ömür boyu görülme sıklığının %1 ile %1.4 arasında olduğu tespit etmiştir.³⁵ Ülkemizde ise 7-11 yaş arası çocuklarda BPB görülme yaklaşık %1.1 olarak belirtilmiştir.³⁶

BPB boşanmış ve bekar olanlarda daha fazla görülmektedir.³ BPB insidansı ise üst sosyoekonomik kesimde artmaktadır ve ırklar arasında insidans ise bir fark tespit edilememiştir.^{1,4}

2.1.4. Bipolar Affektif Bozukluğun Etyolojisi

Kalıtım: BPB olan hastaların akrabalarında ömür boyu hastalanma olasılığı normal popülasyona göre daha yüksek olduğu ve BPB tanısı alma olasılığının %3-8

arasında değiştiği, normal popülasyonda ise bu olasılığın %0.4-1.6 olduğu ifade edilmiştir. He iki ebeveynde BPB varsa çocuklarda duygu durum bozukluğu gelişme ihtimali %50-75 arasında değişmektedir.³⁷

Yapılan kardeş çalışmalarda; tek yumurta ikizlerinde hastalığın konkordansı %70-%90 iken, çift yumurta ikizlerinde oran %16-%35 aralığın dadır.³⁸ Yapılan evlatlık çalışmaları, biyolojik ebeveynleri hasta olan çocukların biyolojik ebeveynleri sağlıklı olan çocuklara göre daha fazla yakalandığını göstermiştir.³⁹

Beyin Çalışmaları: Limbik sistem, temporobasal alanlar, basalganglionlar ve talamustaki lezyonların maniye tetiklediğini göstermiştir.¹¹

Endokrin Dizge:BPB tanısı alan hastalarda yapılan Hipotalamus-Hipofiz-Böbrek üstü Bezi Ekseni araştırmalarında; kortikotropin salgılatıcı hormon, kortikotropin ve kortizol yanıtlarında düzensizlik olduğu belirtilmiştir.⁴

Biyokimyasal Etkenler: Bu hastalarda noradrenalin ve serotonin etkinlik düzeyinde bozukluk olduğu, manik dönemde noradrenalinin arttığı idea edilmektedir.¹

Çevresel Etmeler: Alkol, madde kullanımı, kullanılan bazı ilaçlar ve psikososyal faktörlerin hastalığın gelişmesinde, ilerlemesinde önemli rol oynayabilir. Özellikle ilk nöbetler için, psikososyal gelişmelerin, stresli yaşam olaylarının önemli bir tetikleyici faktör olduğu id edilmektedir.⁴⁰

Kindling (Tutuşma) Modeli: Modele göre ilkmanik ya da depresif nöbet stresli yaşam olayları ile tetiklenir ve daha sonraki nöbetlerde bireyin beyinde birtakım biyokimyasal değişikliklere sebep olur. Bu değişiklikler de hastalardaki duyarlılığı artırarak onları diğer stresör faktörlere yatkın hale getirir. Bu süreç, bir dış stresör olmadan da hastalık dönemlerinin kendiliğinden oluşmasına kadar sürer. Bu durum hastalığın ilerledikçe nöbetlerdeki sıklığın da artmasını açıklayabilir¹

2.2. Transaksiyonel Analiz Kuramı

TA Eric Berne tarafından geliştirilen; Hasta ile iletişimi içerisine alan bir yaklaşımdır.⁴¹ TA kuramı, bir kişilerarası ilişkiler kuramı olduğu gibi hem bir psikoterapi hem de bir kişilik kuramıdır.¹⁷ TA, kişiler arasında değişen ilişkiyi ve iletişimi, kişinin diğer bir kişiden farklılığını ve diğer kişilerle iletişim kurduğunda nasıl davrandığını açıklamaya çalışan bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir.⁴¹TA kuramı, kişilik, kişiler arası ilişkiler, iletişim, gelişim, yaşam, psikopatoloji, psikoterapi gibi insan psikolojisi ile ilişkili olan birçok faktörü incelemekte ve insanların duygu, düşünce ve davranışlarını anlaşılmasına ve açıklanmasına imkan tanımaktadır.⁴²

TA yaklaşımının temel felsefesi; insanlar değerlidir. Birey ne yaparsa yapsın, kim olursa olsun değerlidir. Bireyin davranışları onaylanmasa dahi onun varlığı kabul edilir.⁴²İnsanlar kendilerinde ve çevrelerinde olan olayların ne olduğunu idrak edebilme kapasitesine sahiptir.⁴³Tüm ruhsal sorunlar uygun yaklaşım kullanıldığında ve sorunu olan kişiye gereken bilgiler verildiğinde kişi, kendisi tarafından çözümlenebilir.⁴²Her birey kendine dair kararları verebilir. Bireyin içinde bulunduğu durumdan ne kadar ve nasıl etkileneceğine kendisi karar verir. Yaşamında neler olduğu ve yaşamının alacağı yön bireyin kararları ve davranışlarıyla belirlenir.⁴³TA yaklaşımını oluşturan temel öğeler; ego durumları (ben durumları), transaksionlar, temas iletileri, psikolojik oyunlar ve yaşam pozisyonları olarak sıralanabilir.

Berne (1964)' e göre, her insanın kişiliği üç ben durumundan oluşmaktadır. Bunlar, anababa, yetişkin ve çocuk ben durumlarıdır. Kişiler belli durumlarda, bu ben durumlarından birisine uygun olarak davranımda bulunurlar. Örneğin, bir kişi bazen ana-babalar gibi düşünerek ve davranarak, bazen de yetişkin rolünde kalarak ya da çocuk rolüne girerek karşısındaki kişiler ile iletişimde bulunur. ¹⁷TA kuramına göre,

sağlıklı kişilerarası ilişki bu ben durumların her birinin duruma uygun kullanılabilmesiyle mümkün olabilmektedir. Her ben durumunun kendine özgü dili, tutumu, duygu ve davranışlar bulunmaktadır¹⁷

2.2.1. Ego Durumları

TA kuramında kişiliğin yapısını ve işlevini açıklamak için "Ego Durumları (Ben Durumları)" kavramı kullanılmaktadır. Ego durumları, duruma uygun, değişmez bir duygu ve yaşantı şekli olarak ifade edilmektedir.¹⁷Ego durumlarından her biri, bireyin çocukluğundan itibaren düzenli bir şekilde geliştirdiği davranışlardan oluşmakta olup birey bunları deneyim ve duygu ilişkileri ile geliştirmektedir.⁴⁴

Ego durumlarının birinci seviye sınıflamasına göre; ebeveyn, yetişkin ve çocuk ego durumları olmak üzere üç ego durumu grubu yer almaktadır.⁴²

Ebeveyn Ego Durumu: Ebeveynlerimizden ya da bize bakım verenlerden ödünç aldığımız, duygu, düşünce ve davranışlardır.¹⁵

Çocuk Ego Durumu: Çocuk ego durumu duygu ve düşüncelerin merkezi olan ve çocukluktan itibaren sahip olduğumuz hatıraları içeren kişiliğimizin bir parçasıdır. Çocuk ego durumunun dünya bakışı mevcut durumdaki gerçekleri çarpıtarak yetişkin ego durumumuzun olayları doğru değerlendirememesine sebep olur.¹⁵

Yetişkin Ego Durumu: Yetişkin ego durumu kullanan bireyler, gerçekçi, insanlara eşit davranan, kendilerini becerikli olarak algırlar, kendi sorumluklarının farkında olan ve onaylamama korkusu yaşamazlar⁴⁵

2.2.2. Yapısal Analiz

Yapısal Analiz bireylerin kişiliğini ebeveyn, yetişkin ve çocuk olmak üzere üçe ayrılmaktadır.⁴⁶

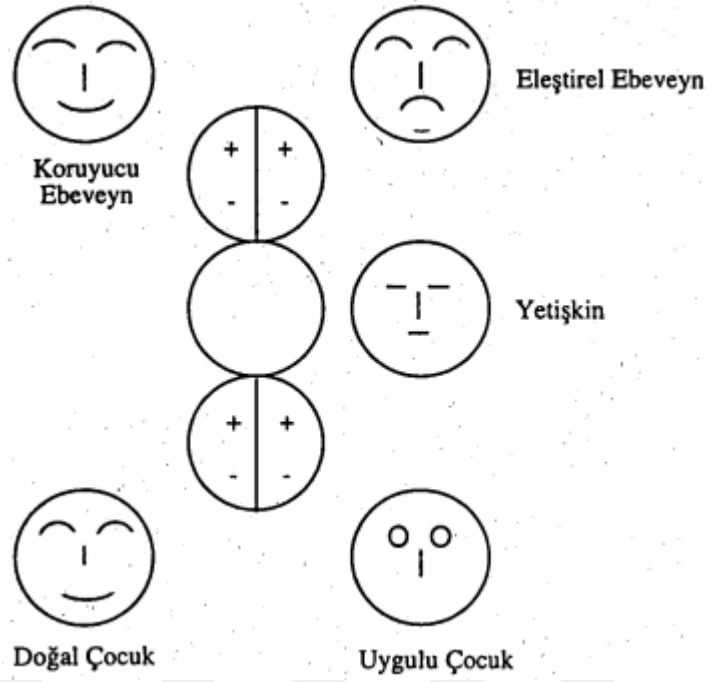
Ebeveyn Ego Durumu: Bireyin yaşamında dış dünyadan ve özellikle ebeveyn figüründen alınmış duygu, düşünce, tutum ve davranışlar yer alır. Bazı kişilerin isanlar ile iletişim kararken iken, onlara karşı anne-baba edasıyla nasihat verir ve onları yönlendirmeye çalışırlar.^{47,48}

Yetişkin Ego Durumu: Yetişkin ego durumu kişinin hayatı, olayları ve ilişkileri tarafsız bir biçimde değerlendiren gerçekçi yanı olarak ifade edilmektedir. Bu ego durumunun karakteristik özelliği “şimdi ve burada” ki gerçekleri göz önüne alması ve bilgiye dayalı hareket etmesidir. Bu ego durumu kişinin ani çıkışlarını önler her ayrıntıyı ince bir şekilde düşünür ve değerlendirir, diğer insanların gönlü olsun diye hareket etmez, doğru ve gerçek olanı yapar. Bern’e göre yetişkin ego durumu bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için gereklidir. Yetişkin diğer bir işlevi de ebeveyn ve çocuk ego durumunun etkinliklerini düzene sokmak ve objektif bir şekilde dengeyi aralarında sağlamaktır.⁴⁸

Çocuk Ego Durumu: Çocuk ego durumu kişiliğimizin “az gelişmiş” ya da “çocuksu yanı” olarak bilinmemeli. Yaşı ya da eğitim düzeyi ne olursa olsun her insan çocuk ego durumunu kullanabilir ve yeri geldikçe kullanılmalıdır.⁴⁷

2.2.3. Fonksiyonel Analiz

Fonksiyonel analize göre, ebeveyn ego durumu eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn olmak üzere iki kısma ayrılır, aynı şekilde çocuk ego durumu da doğal çocuk ve uygulu çocuk olmak üzere ikiye kısma ayrılır, yetişkin ego durumu ise aynı kalır.⁴⁶



Şekil 2.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları⁴².

Eleştirel Ebeveyn: Eleştirel ebeveyn ego durumuna sahip olan bireyler toplumsal değerleri ve kuralları muhafaza ederler, bunlara uymayanları eleştirir ve gerekirse ceza verirler. Bu kişiler, sadece başkalarını eleştirmekle yetinmez, aynı zamanda kendini de eleştirir. Ayrıca bu kişiler kendisine toplumun kültürünü aktaranlardan öğrendiği ve giderek doğru olarak benimsediği toplumsal yasaları ayakta tutmayı ve gelecek kuşaklara aktarmayı amaçlar.⁴⁷

Koruyucu Ebeveyn: Koruyucu ebeveyn, eleştirel ebeveyn ego durumunun aksine; ilgili, özen gösterici, bağışlayıcı, destekleyici, izin verici, şefkatli, koruyucu ve endişeli tutum ve davranışları üzerine inşa edilmiştir.⁴¹

Doğal Çocuk: Doğal çocuk ego durumuna sahip bireylerin duygu ve düşünceleri spontandır. Bu kişilerin özellikleri eğlenceli, otantik, etkileyici ve duygusal olmalarıdır.¹⁵

Uygulu Çocuk: Uygulu çocuk ego durumuna sahip bireyler, engellenmişlerdir. Bu kişiler öfke, isyan, korku doludur fakat uygulu davranırlar.⁴⁹

2.2.4. Transaksiyonlar

TA kuramına göre iletişim süreci, kişiler arasında karşılıklı olarak ego durumları arasında gerçekleşen transaksiyonlardan meydana gelir. Kişilerarası iletişimde, bir uyarıcı ve bir tepkiden oluşan ögeye, transaksiyon yani iletişim işlemi olarak adlandırılır.⁴¹ Temelde tamamlayıcı, kapalı ve gizil olma küzere üç farklı transaksiyon vardır.

Tanımlayıcı Transaksiyonlar: İletişimde bulunan iki bireyin sadece bir ego durumu kullandığı ve uyarıcıyı iletenin karşısındaki bireyde hedeflediği ego durumundan tepki aldığı transaksiyon olarak tanımlanır. Ayrıca tepkide bulunan birey, karşısındakinin kendisine uyarıcı ilettiği ego durumundan tepki göstermektedir.^{14,41,42}

Kapalı Transaksiyonlar: İletişimde bulunan iki bireyin sadece bir ego durumunu kullandığı, fakat uyarıcıyı iletenin karşısındaki bireyde hedeflediği ego durumundan tepki almadığı transaksiyonlardır.^{14,41,42}

Gizil Transaksiyonlar: İletişimde bulunan iki bireyden sadece birisinin ya da her ikisinin de iki ego durumunu kullandığı transaksiyon türüdür. Ayrıca bu transaksiyonlar da aynı anda psikolojik ve sosyal olmak üzere iki farklı mesajın birlikte yer almaktadır.^{14,41,42}

2.2.5. Temas İletileri

Temas iletileri 'bir kişinin varlığını kabul etmeye yarayan herhangi bir mesaj' olarak açıklanmaktadır. Diğer kişilerden alınan sözlü ve sözsüz uyarıcıların yanı sıra, duyu organlarına hitap eden tüm uyarıcılar temas iletisidir. Güzel bir manzara, kuş cıvıltısı, farklı bir koku, herhangi bir yiyecek vb. şeylerde bireyin varlığının kabul edildiğini ifade eder.⁴²

2.2.6. Yaşam Pozisyonları

Kişinin kendisine ve diğer kişilere yönelik algılarını dayandırdığı duruma “yaşam pozisyonu” denilmektedir. Bu kavram, bir kişinin sadece yalnızca ve diğer kişilere yönelik görüşüyle sınırlı değildir. Özünde psikolojik bir durumu ifade etmekte ve kişinin kendisine ve diğer kişilere yönelik duygu, düşünce ve davranışlarını kapsamaktadır⁴¹.

Temel dört yaşam pozisyonu vardır:

1. Ben OKEY'im-Sen OKEY'sin
2. Ben OKEY değilim-Sen OKEY'sin
3. Ben OKEY'im-Sen OKEY değilsin
4. Ben OKEY değilim- Sen OKEY değilsin.^{15,41}

Çoğu bebek Ben OKEY'im-Sen OKEY'sin duygusuyla doğar. İşler iyi giderse, hayatları boyunca bu konumu koruyabilirler. Bu sağlıklı bir hayat senaryosunun temelini oluşturmaya yardımcı olur.¹⁵ Bu pozisyondaki kişilerin insani değerlere, saygınlığa, erdemliğe sahip olduğuna inanılmaktadır. Bu pozisyonu özümsemiş kişiler, güven verici, arkadaş canlısı, nesnel, verimli, merhametli, kendinden emin kişilerdir.⁵⁰

Şayet bir kişi kendisini Ben OKEY değilim-Sen OKEY'sin yaşam pozisyonu algılıyorsa, Bu kişi kendini depresif, yetersiz, beceriksiz hisseder.⁴⁵ Bu pozisyonda benim yaşamım önemli değildir duygusu baskındır.⁵⁰

Bir çocuk kötü muamele veya istismara uğrarsa, bu durum çocuğun çaresiz, güçsüz ve öfkeli hissetmesine neden olabilir ve "Ben OKEY'im-Sen OKEY değilsin" diyen bir konuma gidebilir. Böyle bir birey bu öfkeli konumda bir hayat kurabilir ve başkalarının iyi olmadığını kendisi için sürekli olarak ispat edebilir.¹⁵

Ben OKEY'im-Sen OKEY değilsin yaşam pozisyonu dışa yönelimli bir pozisyonudur. Bu pozisyondaki kişiler başkalarını eleştirmek, sürekli öğütler vermek, başkalarının hatalarına hoşgörülü olmamak, başkalarını aşağılamak gibi özelliklerle karakterize edilir. Bu pozisyonda senin yaşamın değerli değildir duygusu baskındır⁵⁰ve başkalarına güvenmemeyi ve kişinin samimi dostluklar veya ilişkiler kurmasını ve sürdürmesini zorlaştırıyor.¹⁵

Ben OKEY değilim-Sen OKEY değilsin yaşam pozisyonundaki kişiler ümitsizdirler.⁴⁵ Bu pozisyondaki kişiler hayata dair ilgilerini yitirmiş haldedir.⁵⁰ Bu kişilerin kendilerine ve başkalarına güveni yoktur.⁴⁵

2.3. Ailenin Tanımı

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre aile; aralarında evlilik ve kan bağı bulan üyelerden oluşur. Karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik olarak tanımlanır.⁵¹

Aile, toplumsal yapının çekirdeğinde yer alan hem sosyo-duygusal, hem psikolojik, hem de sosyo-ekonomik boyutları olan toplumsal birimdir.⁵² Başka bir tanıma göre ise aile toplumsal yapıda insan ilişkilerini düzenleyen, istikrarı sağlayan, sağlıklı bir toplum yapısı için gerekli olan, diğer toplumsal kurumlarla temas halinde bulunan ve temel özelliklerini içinde bulunduğu toplumun sosyo-kültürel ve ekonomik yapısından alan sosyal kurumdur.⁵³

Türk toplumunda aile tanımı; evlilik bağıyla yaşayan, akrabalık ve sosyal bağlarla birbirine kenetlenen, çeşitli rollere sahip, birbirleriyle etkileşimde olan, çoğunlukla tek çatı altında yaşayan bireylerden oluşan, üyelerinin psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik gereksinimlerini temin eden birimdir ⁵⁴.

2.3.1. Aile İşlevleri

Aile işlevleri kavramı, aileyi oluşturan bireyler arasındaki ilişkilerin özelliğini ve bunu aile bireylerinin yaşam kalitesine etkisini yansıtan bilgilerin toplamıdır.⁵⁵Olson'a göre, aile işlevleri; aile bireyleri arasındaki bağlılık, katı kurallardan uzak ve etkili iletişimden oluşan ortak etkileşimin niteliğini ifade etmektedir.⁵⁶Ailenin temel işlevi bireyin psikolojik gelişimini ve psikolojik gereksinimlerini yerine getirmektir. Aile bireyin psikolojik gereksinimlerini yerine getirmede ve kimlik oluşturmada önemli yere sahiptir.⁵⁷ Bireylerin aile yaşamından sağladıkları doyum ve mutluluk, ailedeki işlevlerin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesi sonucunda oluşur. Ancak, aile bireyleri arasında kapalı bir iletişim varsa, huzur yoksa, ve katı kurallar varsa, aile bireyleri algıladıkları rollerden farklı bir davranış göstermek durumunda kalıyorsa, bu durum sonucunda aile bireyleri işlevlerini yerine getiremez ve istenmeyen durumlar gelişebilir.⁵⁸ Sağlıksız ailede bireylerin rolü zayıf ve belirsizdir. Bazı aile bireyleri rollerini ve ya sorumluluklarını yerine getirmezler bu da ailede sorunlara yol açar.⁵⁹Bir ailede olması gereken işlevler genel olarak; biyolojik, psikolojik, ekonomik, eğitim, dini ve boş zaman aktivitelerini değerlendirme şeklinde sıralanabilir.⁶⁰

Aile işlevlerini optimal düzeyde yerine getiren aileler sağlıklı, iyi işlevsel olarak tanımlanır. Aile bireyleri aile içi iletişimden hoşnuttur ve psikolojik olarak iyilik hali içerisindeyler. Bu ailelerde çok az çatışma vardır, değişikliklere kolay ve başarılı bir şekilde uyum sağlarlar, stresli olayların üstesinden gelebilirler. Sağlıklı ailede yaşayan bireyler, şefkatli, sempatik, sıcakkanlıdır ve aynı zamanda sorumluluklarının farkındadırlar. Sağlıklı aile üyeleri özerk bir benlik geliştirirler ve ego sınırlarını geliştirme kapasiteleri vardır.⁵⁹

Birbiri ile anlaşamayan farklı ego ideallerine sahip, aralarında iyi bir ilişki ve iletişim kuramamış olan bireylerin bulunduğu aile sağlıksız olarak tanımlanabilir.^{58, 60}

Aile bireyleri arasında iletişimin bozuk, ilişkilerin kopuk ve katı kurallara bağlı bulunması sağlıklı ailenin en önemli özelliğini oluştururken, bu tip ailelerde bireyler birbirlerine gerçek bir bağlılık yoktur, birbirlerine karşı olumsuz duygu beslerler ve olumsuz davranış gösterirler. Sağlıklı ailelerde kişisel doyumsuzlukların patolojiye dönüşmesi ihtimali yüksektir.⁵⁶

2.3.2. Bipolar Hastalık ve Aile

Ruhsal hastalıklar, toplumsal ekonomik ve duygusal yükü çok ağır olan ve sadece hastalar için değil aynı zamanda aile, akraba ve arkadaşlar için de kaygı verici bir yaşantıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin aile destekleri, mesleki becerileri, toplum kaynaklarından faydalanma ve günlük yaşam sorunlarının üstesinden gelebilme becerileri azalmış ya da kaybolmuş olabilir. Bu hastalar aile içinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede zorluk yaşadıkları için devamlı olarak aile bakımı ve desteğe gereksinim duymaktadır.⁶¹

2.4. Bipolar Bozuklukta Benlik Kavramı

Benlik kavramı bireyin kendine ilişkin duygu ve düşüncelerinin toplamı olarak ifade edilmektedir. Yaşantıları algılamada yaşanan, duyulan, hissedilen duygular benliğin zeminini oluşturur.⁶² Başka bir ifadeyle benlik kavramı, insanın kendi benliğini algılayış ve kavrayış biçimi olarak kendisini nasıl görüp, nasıl değer biçtiğini açıklamaktadır.⁶³ Benlik kavramı ile bağlantılı olan diğer bir kavram ise benlik saygısıdır. Benlik saygısı bireyin kendini değerlendirmesi ve bu değerlendirme sonucunda kendi duygularını açığa çıkarması anlamına gelmektedir.⁶⁴ BPB tanısı alan hastalarda benlik saygısının genellikle anlık olduğu, yani hastanın içinde bulunduğu duygudurum döneminden etkilendiği görüşü, iyileşmiş hastaların kendilik saygılarının sağlıklı kontrollerden farksız bulunmasıyla sonucuna varılmıştır.⁶⁵ Manik dönemde düşüncenin içeriği benlik kabarmasını yansıtan özelliktedir. Kimsenin yapamayacağı

işleri yapacak güçte, herkesten üstün ve yetenekli oldukları inancına sahiptirler. Büyüklük düşünceleri ilerleyerek büyüklük sınırlarına dönüşür.⁴Hasta kendini “eriyorum, erdim, Peygamberim, Tanrıyım, Atatürk’üm, Padişah soyundan geliyorum, Başbakan olacağım, Dünyanın Kralıyım, herkesi ben yönetiyorum, Tanrı tarafından özel görevlere seçilmiş kişiyim, bana kurşun işlemez, bunları bana söyleyen sesler var, işaretler alıyorum vb” şeklinde ifade eder.¹Hızlanma, coşku ve benlik kabarmasına paralel olarak hasta büyük yatırımlar yapabilir, parasını dağıtabilir, gereksiz yere eşyalar alabilir.⁴ Ergenlik döneminde ortaya çıkan BPB; negativizm, aşırı kendine güven ve iyi olduğuna dair ısrarla kendisini gösteren ciddi başkaldırı hali, bedensel, zihinsel ve manevi kuvvetleriyle ilgili büyülenmeci düşünceler ve abartılı özsaygı ve libidinal dürtülerin abartılması gözlenmektedir.⁶⁶ Böylesine bir benlik kabarması, üstünlük, güçlülük duygusu ve coşku içinde olan hasta kendini dünyanın tepesinde görür, rahatsızlığı kabul etmez, tedaviyi reddeder.⁴

2.5. Bipolar Bozuklukta Hemşirelik Yaklaşımı

BPB, genellikle hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesi üzerinde derin bir etkisi olan ve ruh sağlığı hizmetlerinin sık kullanımını gerektiren tekrarlayan, kronik bir ruhsal hastalıktır.⁶⁷Aile işlevselliğinin sağlıklı olduğu ailelerde bile bir hastalık, hastalığın beraberinde getirdiği gereksinimlerin karşılanabilmesi açısından aile işleyişini değiştirerek krizlere sebep olmaktadır.⁶⁸

(Bipolar bozukluk tanısı konan birine hemşirelik yaklaşımı üç boyuta sahiptir;

1. Hasta manik dönemde olduğu manik davranışların fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları ele alınmalı.
2. Duygudurum düzenleyici hastanın kullandığı ilaca bağlı olarak bir yan etki yaşamadığından ve ilacı düzenli kullandığından emin olunmalı.

3. Manik dönem sona erdiğinde, kişinin olası tetikleyici faktörler hakkındaki farkındalığını geliştirmeye çalışın, böylece kendini yönetme stratejileri geliştirilebilir.⁶⁹

Hemşirenin eğitici rolü; hemşireliğin tüm alanlarında olduğu gibi, psikiyatrik alanda da önemli bir yeri vardır. BPB 'la ilişkili hasta/ailesine, BPB'un nedenleri, hastalığın döngüsel yapısı, mani belirtileri, depresyon belirtileri, ilaç tedavisi, ilaç yan etkileri, düzenli kan testlerinin önemi, iyi hissettiğinde bile ilaç alımının kesilmemesinin önemi, öfke kontrolü ve destekleyici hizmetler konusunda eğitim verilmelidir.²

Aile dinamikleri ve tutumları hastanın iyileşmeye yönelik sonuç almasında önemli bir yere sahiptir. Aile bireyleri ile iletişimde hastanın hastalığa yönelik kasıtlı ya da kasıtlı olmayan olumsuz davranışlardan en az bir kısmının yönlendirilmesi gerektiğinin anlaşılmasına yönelik eğitim mutlaka verilmelidir.²

Öz-bakım aktivitelerini desteklemek; Hastanın günlük yaşam aktivitelerini tek başına, yardım almadan yapacak öz-bakım gücüne sahip olmasını sağlamak psikiyatri hemşireliği bakım standartları arasında yer alır.⁷⁰ Ruhsal hastalığa sahip bireyler öz-bakım gereksinimlerini tanımlamada güçlük yaşayabileceklerinden belli aralıklarda yapılacak tanımlama ve eğitim programlarıyla öz-bakım düzeylerinin yükseltilmelidir.^{70 71} Ayrıca uzun süre hastaya bakım veren aile bireylerinde stres ve rollerini yerine getirmekte güçlük yaşayabilir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine yapılan girişimler bu güçlüklerle üstesinden gelme konusunda yardım eder.⁶¹

Taburculuk planının oluşturulması; Bakımın devamlılığı olarak adlandırılan bu planlamada hastanın mümkün olduğu kadar bağımsız olmasını sağlayacak uygulamalara yer verilmelidir. Hemşire hasta ve ailesine hastanın kullandığı ilacın ismi ve dozu, ne zaman alınacağı, ilacın verilme amacı, ilacın etkileri ve yan etkileri

hakkında bilgilendirmeli. Tedaviye evde devam etmesinin amacı, randevularına zamanında gelmesinin önemi açıklanmalıdır.⁷²

Tablo 2.1. Bipolar Mani ile Yaygın Olarak İlişkili Olan Davranışlara Yönelik Hemşirelik Tanıları²

Davranışlar	Hemşirelik Tanıları
Aşırı hiperaktivite, artmış ajitasyon, amaçsız ve potansiyel zararlı hareketlerin üzerinde kontrol eksikliği	Yaralanma riski
Manikeksitasyon, sanrısız düşünce, halüsinasyonlar, dürtüsellik,	Şiddet için risk: Kendine ve başkalarına yönelik
Kilo kaybı, amenora, yemek için uzun süre oturma, ya da reddetme	Dengesiz beslenme: Vücudun gereksiniminden daha az beslenme
Grand iyosite ve perseküsyon sanrısı, çevreyle ilgili algıda bozulmalar	Bozulmuş düşünce süreci
İşitsel ve görsel halüsinasyonlar; dezoryantasyon	Bozulmuş duygusal algı
Tatmin edici ilişkileri geliştirmede yetersizlik, kendi istekleri için başkalarının manipülasyon, başarısız sosyal etkileşim davranışlarının kullanımı	Sosyal etkileşimde bozulma
Uykuya dalma güçlük, kısa sürelerle uykuya dalma	İnsomnia

BAB’da Bazı Hemşirelik Tanıları ve Uygulanacak Girişimler

Yaralanma riski:

- Çevresel uyaranlar azaltılmalıdır. Mümkünse sessiz ünite, basit bir dekor ile özel oda verin. Aydınlatma ve gürültü seviyesini azaltın.
- Hiperaktif ve ajite olan hastanın yanında olun.
- Gün boyunca dinlenme dönemleri içeren etkinlik programı hazırlayın. Grup etkinliklerini sınırlayın.²

- Zararlı olabilecek cisimler hastadan uzaklaştırılır. Hemşirenin önceliği hasta güvenliğinin sağlanması olmalıdır.⁷³

Kendine ya da başkalarına yönelik şiddet riski:

- Bireyde şüphe uyandırmadan, birey rutin aktivitelerine devam ederken sürekli gözlemleyin.
- Zararlı olabilecek tüm nesnelere hastanın etrafından uzaklaştırılır.
- Hastanın sözel olarak düşmanlık içeren hal ve hareketleri karşısında sakin olun.
Hastanın yanında sessiz kalın
- Hasta konuşma ya da ilaç tedavisi ile durdurulamıyor, sakinleşmiyorsa, mekanik sınırlamanın kullanılması gerekebilir.
- Kısıtlama, gerekli görülmesi durumunda, yeterli yardımcı personelin bu görev için hazır olması. Kurum tarafından oluşturulan protokolü izleyin.
- Kurum tarafından tutulan hasta en az 15 dakika aralıklarla gözlemlenir.
- Ajitasyon azaldıkça, kısıtlama kaldırılması veya azaltılması için hastayı değerlendirin. Hastayı değerlendirirken yavaş yavaş onu kontrol altına alın.²

Dengesiz beslenme:

Vücudun gereksiniminden daha az beslenmesi:

- “Ayaküstü, bir seferde” tüketilebilen içecekler ve yüksek proteinli, yüksek kalorili besleyici çubuk yiyecekler temin edin.
- Sürekli meyve suyu ve atıştırmalıklar bulundurun.
- Aldığı çıkardığı, kalori hesabı ve kilo takibini yapın. Günlük tahlil sonuçlarını değerlendirin.
- Hastanın sevdiği ve sevmediklerini belirleyin ve uygun yiyecekleri sağlamak için diyetisyenle iletişim halinde olun.
- Diyetine vitamin ve mineral ekleyin.

- Yemek yerken onunla oturun ya da yürüyün²

Sosyal etkileşimde bozulma:

- Bireysel destekleyici ilişki kurulacak
- Problem yaratan durumlar hasta ile birlikte rol play yapılarak, duygular tartışılacak
- Birey olarak kendi sorumluluklarının farkına varması sağlanacak
- Başkalarına nasıl yaklaşımda bulunacağı hakkında bilgilendirilecek
- Başkalarının kendisine dikkat, önem ve saygı göstermesini sağlayan etkileşimleri tanınması sağlanacak
- Grup içi etkileşimini engelleyen manipülatif davranışlarına sınırlamalar getirilecek
- Grup içinde olumlu davranış gösterdiğinde geribildirim verilecek
- Sınırlamalar basitçe hastaya açıklanacak ve bunlara uyması için hasta desteklenecek¹

Uyku düzeni bozukluğu:

- Uyarıların az olduğu sessiz bir ortam oluşturulur.
- Hastaya gün boyu dinlenebileceği ve uyumasını engelleyici bir faaliyet programı hazırlanır ve katılması sağlanır.
- Çay, kahve, kola gibi uyarıcı içecekler kısıtlanır.
- Ilık süt ve uyarıcı olmayan içecekler,
- Ilık banyo ve sırt masajı gibi uykuyu kolaylaştırıcı yollarla hastaya yardımcı olunur.
- Uyku zamanından önce hastayla daha fazla vakit geçirilerek anksiyetenin azaltılması ve güvenlik duygusunun artırılması,
- Hastanın uyku örüntüsü özelliklerinin takibi ve kaydı yapılır.⁷⁴

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2017-Şubat 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde yapılmıştır. Psikiyatri kliniği psikiyatri 1 ve psikiyatri 2 kliniği olmak üzere erkek ve kadın hastalar için hizmet vermektedir. Kliniklerde otuz iki oda bulunmaktadır. Odaların on altısı erkek, on altısı kadın odasıdır. Kliniklerde on iki hemşire, beş doktor, iki klinik psikolog çalışmakta ve ayrıca Niğde Halk Eğitim Merkezi Müdürlüğünden uğraş terapisi için eğitmen görevlendirilmektedir. Kliniğin günlük rutin programına göre; pazartesi günleri ve yeni yatan hasta olması durumunda günaydın toplantısı yapılmaktadır. Her haftanın bir günü ise uğraş terapisi ayrılmıştır. Çay demleme, mutfak temizliği, servis genel düzeni, çiçek bakımı, alışveriş, uğraş saatine yönlendirme, duvar gazetesi hazırlama gibi çeşitli görevler hastane personeli ile koordineli olarak yapılmak üzere hastalar arasında paylaştırılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evrenini ve Örneklemini

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde Eylül 2017-Şubat 2019 tarihleri arasında yatmakta olan bipolar bozukluk teşhisi konulmuş 177 hasta araştırma evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 hastadan araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve yetişkin alt boyut puanı arasındaki korelasyon analizi için, (korelasyon katsayısı:-0,258, n=100 saptandı) Araştırmanın 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında post hoc gücü; 0,99

olarak tespit edildi. Elde edilen sonuç araştırma örnekleminin yeterli sayıda olduğunu göstermektedir.⁷⁵

Çalışmaya alınma kriterleri

1. Hastanın çalışmaya katılmaya gönüllü olma.
2. 18 ile 60 yaş arasında olması.
3. Bipolar bozukluk tanısıyla en az bir yıl boyunca izleniyor olması.
4. Kinikte tedavi alıp taburculuğu yaklaşmış olması.
5. İletişime ve işbirliğine açık olması.

Çalışmadan dışlama ölçütleri

1. Akut alevlenme dönemindeki hastalar .
2. Aktif olarak alkol ya da psikoaktif madde kullanma.
3. Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel rahatsızlığı bulunması
4. Ek psikiyatrik hastalık tanısı bulunması

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra uygun bir görüşme odasında hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin toplanmasında bireysel özellikleri içeren tanıtıcı özellikleri belirleme formu, Ego Durumları Ölçeği (EDÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) araştırmacı tarafından uygulandı. Formlar eğitim düzeyi düşük olan ya da okuma yazma bilmeyen hastalara araştırmacı tarafından okunarak dolduruldu. Her bir hasta ile yapılan görüşme yaklaşık 40 dakika sürdü.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastalarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumuna ilişkin soruları içermektedir.

3.5.2. Ego Durumları Ölçeği (EDÖ)

Arı tarafından (1989) geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış (Cronbach alfa: .87) ego durumları ölçeği, insanı niteleyen 95 sıfattan oluşan bir listedir. Her sıfatın ego durumu (Eleştirel Ebeveyn, Koruyucu Ebeveyn, Yetişkin, Uygulu Çocuk, Doğal Çocuk) için 0 ile 4 puan arasında değişebilen standart beş ayrı değeri vardır. Katılımcının işaretlediği her sıfat, beş ego durumu için hakemlerden elde edilen sıfat listesindeki puanlara bakılarak puanlanır. Her bir ego durumuna yönelik toplam ham puanlar hesaplanır. Sonra bu ham puanlar alt ölçeklerden elde edilebilecek en yüksek ham puanı ifade eden ilgili katsayıya bölünür.

Bu katsayılar,

- Eleştirel Ebeveyn: 177
- Koruyucu Ebeveyn: 215,8
- Yetişkin: 226,6
- Doğal Çocuk: 180,2
- Uygulu Çocuk: 187,4'dır.

Bu işlem dört ego durumu için de tekrarlanır. Bu işlemde elde edilen beş ego durumunun bir bütün içindeki oranlarını gösteren denegin ego durumlarının puanları elde edilir. TA kuramında yer alan 'Sabitlik Hipotezi' ne göre, her bir ego durumunun toplamı 1 sayısına eşit olup ($E+Y+Ç=1$), araştırmada elde edilen puanlar da bu hipotezi doğrulama. Oranlanmış ham puanlar bulunarak toplamları alınır ve toplam puan bulunur. Daha sonra oranlanmış ham puanların her biri toplam puana bölünerek ego durumları puanları bulunmaktadır.^{21,76} Arı, bu işlemleri aşağıdaki şekilde formülleştirmiştir ⁷⁶

$$\frac{XEE}{\ddot{O}AxEE} K_1$$

$$\frac{XKE}{\ddot{O}A xKE} K_2$$

$$\frac{XY}{\ddot{O}AxY} K_3$$

$$\frac{GxD\mathcal{C}}{\ddot{O}AxDC} K_4$$

$$\frac{GxU\mathcal{C}}{\ddot{O}AxU\mathcal{C}} K_5$$

$$K_1 + K_2 + K_3 + K_4 + K_5 = M$$

$$\frac{K_1}{M} = EE p \frac{K_2}{M} = KE p \frac{K_3}{M} = Y p$$

$$\frac{K_4}{M} = D\mathcal{C} p \frac{K_5}{M} = U\mathcal{C} p$$

Formülde adı geçen simgelerin anlamları ise şöyledir: ^{21,76}

EE: İşaretlenen sıfatların EE için toplam puanı

[ÖA EE]: Ölçeğin EE ego durumundan alınabilecek en yüksek puan (=177)

EE p: Ego durumları ölçeğinden aldığı EE puanı

KE: 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: İşaretlenen sıfatların Y için toplam puanı

[ÖA Y]: Ölçeğin Y ego durumundan alınabilecek en yüksek puan(= 226,6)

Y p: Ego durumları ölçeğinden aldığı Y puanı

DÇ: İşaretlenen sıfatların DÇ için toplam puanı

Ego durumları ölçeği bilgisayarda da puanlanabilmektedir. Excel programında kodlanarak işaretlenen sıfat numaralarını girildiğinde ego durumu puanı ortaya çıkmaktadır.

3.5.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Ailenin işlevselliğinin belirlenmesinde kullanılan ölçü aracı olan ADÖ, ailenin altı farklı alanda ve genel işlevselliği hakkında bilgi verir.

ADÖ; Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assessment Device), ABD'de Brown Üniversitesi Butler Hastanesi işbirliği ile geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği Ebstein ve ark(1983).tarafından yapılmıştır.⁷⁷

ADÖ' nün Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır.^{60,78,79} ADÖ yedi alt ölçekten ve toplam 60 sorudan oluşmaktadır. Bunlar Mc Master Model'in alt boyutları olup 6 tanesi aile işlevlerindeki her bir sorun alanını tek tek değerlendirmekte, bir tanesi de genel işlevler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlardır. Her alt boyut için hesaplanan puan ortalamaları 1.00–4.00 arasındadır. Puan ortalamaları 2.00'yi geçtikçe aile işlevselliği açısından sağlıksızlığın arttığı kabul edilmektedir⁷⁹.

Aynen katılıyorum 1 puan, büyük ölçüde katılıyorum 2 puan, biraz katılıyorum 3 puan, hiç katılmıyorum 4 puandır. 35 maddenin puanlamaları ise tersten yapılmaktadır. Verilen cevaplar 1 ve 1 e yakınsa değerlendirme olumludur. Ancak değerlendirmelerde verilen cevaplar 4 ve 4 puana yakınsa aile içindeki tutumların değiştirilme düzeltilme zamanı gelmiştir.

ADÖ Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirliği 0.62 ve 0.90 olarak belirlenmiştir. İç tutarlılık değerleri ise 0.38 ve 0.86 olarak belirlenmiştir.⁸⁰ Bizim çalışmamızda iç tutarlılık değerleri ise problem çözme 0.829, iletişim 0.715, roller 0.671, duygusal tepki verebilme 0.769, gereken ilgiyi gösterme 0.668, davranış kontrolü 0.542, genel fonksiyonlar 0.872, toplam 0.948 şeklindedir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizi sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve

standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizleri kapsamaktadır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Değişken	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
ADÖ puanları ile EDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları	

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan onay ve Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alındı. Ayrıca araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce etik ilkeler yerine getirildi. Özerkliğe saygı ilkesi gereğince araştırmanın yapılma amacı, araştırma süresince yapılacak işlemler, araştırma süresi açıklanan aydınlatılmış olarak onam veren hastalar ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenler dahil edildi. Gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesine uygun olarak hastalara elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılığı örneklemin küçük olmasıdır. Araştırma sonuçları Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan bipolar bozukluk tanılı hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	69	69.0
	Erkek	31	31.0
Yaş	18-24 Yaş	8	8.0
	25-30 Yaş	17	17.0
	31-35 Yaş	9	9.0
	36-40 Yaş	22	22.0
	41-45 Yaş	14	14.0
	46-50 Yaş	10	10.0
	51-55 Yaş	6	6.0
	56-60 Yaş	14	14.0
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar	14	14.0
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	52	52.0
	Lise Mezunu	24	24.0
	Lisans ve Üstü Mezunu	10	10.0
Medeni Durum	Evli	51	51.0
	Bekâr	28	28.0
	Eşinden Boşanmış	21	21.0
Hastalığın Başlama Zamanı	Evlilikten önce	27	37.0
	Evlilikten sonra	46	63.0
Boşanma ile Hastalık İlişkisi	Var	16	76.2
	Yok	5	23.8
Meslek	Ev Hanımı	36	48.0
	Memur	4	5.3
	İşçi	14	18.7
	Emekli	11	14.7
	Öğrenci	6	8.0
	Esnaf	3	4.0
	Çiftçi	1	1.3
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	85	85.0
	Çalışıyor	15	15.0

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%
Hastalıktan Dolayı İşten Ayrılma	Var	18	18.0
	Yok	82	82.0
Gelir Durumu	İyi	17	17.0
	Orta	39	39.0
	Kötü	44	44.0
Yaşanılan Yer	İl	53	53.0
	İlçe-Kasaba	23	23.0
	Köy	24	24.0
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	5	5.0
	Anne-Baba İle	28	28.0
	Anne İle	9	9.0
	Baba İle	2	2.0
	Eş	9	9.0
	Çocuk İle	6	6.0
	Eş ve Çocukları ile	39	39.0
	Anne-Baba Eş ve Çocukları ile	2	2.0
Sosyal Destek	Yok	26	26.0
	Aile Üyeleri	61	61.0
	Kurum/Dernek/Vakıf	10	10.0
	Arkadaş	3	3.0
Sosyal Güvence	Yok	22	22.0
	Var	78	78.0
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var mı ?	Yok	61	61.0
	Var	39	39.0
Varsa Kimde ?	Anne	10	25.6
	Baba	5	12.8
	Kardeş	17	43.6
	Eş	1	2.6
	Çocuk	1	2.6
	Kuzen	4	10.3
	Hala	1	2.6
Fiziksel Cinsel İstismar Öyküsü	Yok	68	68.0
	Var	32	32.0
Hastalık Süresi	1yıl	1	1.0
	2-5yıl	19	19.0
	6-10 yıl	10	10.0
	11 yıl ve üzeri	70	70.0

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%
İlk Atak Tipi	Manik	93	93.0
	Major Depresif	2	2.0
	Hipomanik	1	1.0
	Karma	4	4.0
Son Atak Tipi	Manik	96	96.0
	Major Depresif	1	1.0
	Hipomanik	1	1.0
	Karma	2	2.0
Hastaneye Yatma Sayısı	1	2	2.0
	2-5	51	51.0
	5-10	20	20.0
	10 ve Üzeri	27	27.0
		Ort.SS.	
Hastalık Başlama Yaşı		23.55±9.01	

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere hastaların % 69’u kadın, %22’si 36-40 yaş grubunda, %52’si ilk-ortaokul mezunu ve %51’i evlidir. Hastaların %63’ünde hastalık evlendikten sonra başladığı görülmektedir. Hastaların %76.2’sinde hastalığın boşanma ile ilişkisi olduğunu ifade etmektedir, %48’i ev hanımıdır ve %85’i çalışmamaktadır. Hastaların %82’si hastalıktan dolayı işten ayrılmamıştır, %44’ünün gelir durumu ise kötüdür, %53’ü ilde yaşamaktadır ve %39’u eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadırlar. Hastaların %61’i aile üyelerinden sosyal destek almaktadırlar, %78’inin sosyal güvenceleri vardır, %62’sinin aile üyelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur ve %68’inde fiziksel cinsel istismar öyküsü yoktur. Hastaların %70’inde hastalık süresi 10 yıl ve üzerindedir, %78’inde eşlik eden başka bir hastalık yoktur, %93’ünün ilk atak tipi, %96’sının ise son atak tipi maniktir. Hastaların %51’i 2-5 defa hastaneye yatmıştır ve ortalama hastalık başlama yaşı 23.55±9.01’dir.

Tablo 4.2. Aile İşlevselliğini Değerlendirme ve Ego Durumları Ölçekleri ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Aile Değerlendirme Ölçeği	Min.	Max.	Ort.	SS.
Problem çözme	1.00	4.00	2.39±0.88	
İletişim	1.00	4.00	2.04±0.61	
Roller	1.00	3.45	2.18±0.56	
Duygusal Tepki Verebilme	1.00	4.00	2.15±0.81	
Gereken İlgiiyi Gösterme	1.00	4.00	2.32±0.72	
Davranış Kontrolü	1.00	3.67	2.20±0.56	
Genel Fonksiyonlar	1.00	3.92	2.10±0.80	
ADÖ Toplam	1.25	3.63	2.18±0.59	
Ego Durumları Ölçeği	Min.	Max.	Ort.	SS.
Eleştirel Ebeveyn	0.07	0.34	0.16±0.05	
Koruyucu Ebeveyn	0.10	0.28	0.23±0.03	
Yetişkin	0.13	0.24	0.20±0.02	
Doğal Çocuk	0.14	0.28	0.21±0.03	
Uygulu Çocuk	0.12	0.27	0.21±0.03	

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, hastaların problem çözme alt boyutundan 2.39±0.88, İletişim alt boyutundan 2.04±0.61, roller alt boyutundan 2.18±0.56, duygusal tepki verebilme alt boyutundan 2.15±0.81, gereken ilgiyi gösterme alt boyutundan 2.32±0.72, davranış kontrolü alt boyutundan 2.20±0.56, genel fonksiyonlar alt boyutundan 2.10±0.80 ve ADÖ toplamda 2.18±0.59 puan aldığı tespit edilmiştir. Hastalar eleştirel ebeveyn ego durumu puan ortalaması 0.16±0.05, koruyucu ebeveyn ego durumu puan ortalaması 0.23±0.03, yetişkin ego durumu puan ortalaması 0.20±0.02, doğal çocuk ego durumu puan ortalaması 0.21±0.03 ve uygulu çocuk ego durumu puan ortalaması 0.21±0.03 puan şeklindedir.

Hastaların baskın ego durumları incelendiğinde, EDÖ ile yapılan puanlama sonucu her bir bireyin sahip olduğu beş ego durumu sıralanmış ve bunların içinden puanlamada en yüksek puanı alan ego durumunun en sık olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Hastaların en sık kullandıkları ego durumları baskın ego durumları olarak

adlandırılmıştır. Hangi ego durumunun baskınlığı varsa, ilgili ego durumu grubuna dahil edilmişler, dolayısıyla da beş grupta toplanmışlardır.

Tablo 4.3. Hastaların Kullandıkları Ego Durumlarının Dağılımı (N=100)

EGO Durumları	n	%
Eleştirel Ebeveyn	7	7.00
Koruyucu Ebeveyn	56	56.00
Yetişkin	6	6.00
Doğal Çocuk	21	21.00
Uygulu Çocuk	10	10.00

Hastaların %56'sında baskın ego durumu koruyucu ebeveyn şeklindedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.4. Aile İşlevselliğini Değerlendirme Ölçeği ve Ego Durumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		Eleştirel Ebeveyn*	Koruyucu Ebeveyn*	Yetişkin*	Doğal Çocuk	Uygulu Çocuk
Problem çözme	r	0.120	-0.143	-0.198	-0.068	0.143
	p	0.235	0.156	0.048	0.501	0.156
İletişim	r	0.203	-0.280	-0.338	0.069	0.160
	p	0.043	0.005	0.001	0.496	0.112
Roller	r	0.212	-0.256	-0.248	0.061	0.063
	p	0.034	0.010	0.013	0.547	0.536
Duygusal Tepki Verebilme	r	0.189	-0.279	-0.205	0.061	0.061
	p	0.060	0.005	0.041	0.546	0.544
Gereken İlgiyi Gösterme	r	0.020	-0.104	-0.110	0.147	-0.004
	p	0.843	0.301	0.277	0.145	0.970
Davranış Kontrolü	r	0.079	-0.145	-0.276	-0.018	0.230
	p	0.433	0.149	0.005	0.859	0.021
Genel Fonksiyonlar	r	0.095	-0.177	-0.219	0.104	0.029
	p	0.345	0.078	0.029	0.303	0.778
Toplam ADÖ	r	0.154	-0.234	-0.258	0.066	0.105
	p	0.126	0.019	0.009	0.515	0.299

*Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Problem çözme alt boyutu ile eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn, doğal çocuk ve uygulu çocuk puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Problem çözme alt boyutu ile yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki

saptanmıştır ($p<0.05$). Problem çözme alt boyut puanı arttıkça yetişkin ego durumu puanı azalmaktadır.

İletişim ve roller alt boyutları ile eleştirel ebeveyn alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). İletişim ve roller alt boyutları ile koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki saptanmıştır($p<0.05$). İletişim ve roller puanı arttıkça eleştirel ebeveyn ego durumu puanı artmakta, koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumu puanları düşmektedir. İletişim ve roller alt boyutları ile doğal çocuk ve uygulu çocuk puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p>0.05$).

Duygusal tepkiler verebilme alt boyutu ile koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmaktadır. ($p<0.05$).Duygusal tepkiler verebilme alt boyut puanı arttıkça koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyut puanları düşmektedir. Duygusal tepkiler verebilme alt boyutu ile eleştirel ebeveyn, Doğal Çocuk ve Uygulu Çocuk puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0.05$).

Gereken ilgiyi gösterme alt boyutu diğer hiçbir alt boyut arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı($p>0.05$).

Davranış kontrolü alt boyutu ile yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli, uygulu çocuk alt boyutu arasında ise pozitif yönlü düşük düzeyli bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Davranış kontrolü puanı arttıkça yetişkin alt boyut puanı düşmekte, uygulu çocuk alt boyut puanı artmaktadır. Davranış kontrolü alt boyutu ile eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn ve doğal çocuk alt boyutları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Genel fonksiyonlar alt boyutu ile yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).Genel fonksiyonlar alt boyut puanı

artıkça yetişkin puanı düşmektedir. Genel fonksiyonlar alt boyutu ile eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn, doğal çocuk ve uygulu çocuk alt boyutları arasında anlamlı ilişki görülmemektedir($p>0.05$).

Toplam ADÖ ile koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).Toplam ADÖ puanı arttıkça koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyut puanları düşmektedir. Toplam ADÖ puanı ile eleştirel ebeveyn, doğal çocuk ve uygulu çocuk alt boyutları arasında anlamlı ilişki görülmemektedir.($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluk tanılı hastalarının ego durumlarını, aile işlevselliklerini ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatürler tartışıldı.

Araştırmamızda ADÖ'den alınan puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.2) hastaların aile işlevselliği ölçeğinin toplam puanı ve tüm alt boyutların dan elde edilen puan ortalamalarının 2.00'nin üstünde olduğu görülmektedir. ADÖ'den elde edilen puan ortalamaları 2.00'yi geçtikçe aile işlevselliği bakımından sağlıksızlığın arttığı kabul edilmektedir.^{79,81} Ünal ve arkadaşlarının (2004)¹⁰ yürüttüğü çalışmada bipolar hasta grubunda gereken ilgiyi gösterme alt boyut puan ortalaması, bipolar ailesi grubunda ise problem çözme roller, duygusal tepki verebilme gereken ilgiyi gösterme alt boyut puan ortalamaları 2'nin üzerinde bulunmuştur. Çudar ve arkadaşlarının 81 bipolar hasta ile yaptığı çalışmasında hastaların % 43.2'si problem çözmeyi, % 34.6'sı iletişim, % 61.7 si roller, % 44.4 duygusal tepki verebilme % 86.4 gereken ilgiyi gösterme, si davranış kontrolü, % 35.8 genel fonksiyonu sağlıksız olarak algıladıkları sonucuna ulaşmıştır.⁸² Keskinöz Bilen'in araştırmasında bipolar hastaların %32,4'ü problem çözme , %39,2'si iletişim, %50'si roller , %31,1'i duygusal tepki verme , %75,7'si gereken ilgi gösterme, %62,2'si davranış kontrolü , %37,8'i genel işlevler alt ölçeklerinden 2'nin üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir. Roller (2.1), gereken ilgiyi gösterme (2.4) ve davranış kontrolü (2.2) alt boyutlarının puan ortalamalarının 2 yi geçtiği sonucuna varılmıştır.¹¹ Aile Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçek tanımları ve analiz ölçümleri yöntem araştırmalarında bipolar hastaların problem çözme, roller ve genel işlevler alt boyuttaki aile işlevselliğini diğer gruplara göre sağlıksız bulmuştur.⁸³ Taktak ve arkadaşlarının (2000)⁸⁴ şizofreni hastalarıyla yürüttüğü araştırmada, remisyon dönemindeki hastaların problem çözme, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutları

haricindeki alt boyutları sağlıklı olarak algıladığı, akut alevlenme dönemindeki hastaların ise davranış kontrolü alt boyutları dışındaki alt boyutları sağlıklı olarak algıladığı sonucuna ulaşılmıştır. Kabasakalın (2012)⁸⁵ çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran ailelerle yaptığı araştırmasında, ebeveynlerin problem çözme (2.000), iletişim (2.003), roller (2.231), gereken ilgiyi gösterme (2.40), davranış kontrolü (2.196) alt ölçeklerinden ve ADÖ toplam (2.14) ortalama puanlarının 2.00 geçtiği sonucu bulunmuştur.

Ruhsal hastalıklar ailenin günlük işleyişini, aile bireyleri arasındaki rol ve ilişkileri, aile bireylerinin birbiri ile iletişimini, stresle baş çıkma ve problem çözme becerilerini etkilemektedir.⁸⁶ Şiddetli ruhsal bozukluklar, ailenin işleyişinin tüm yönlerini etkiler ve tüm aile ilişkileri ve rolleri, bazen kalıcı olarak değişir. Bu değişiklikler arasında ekonomik, istihdam, sosyal yaşam, fiziksel sağlık, evlilik ve aile ilişkileri ve günlük ev aktiviteleri. Ayrıca, aile kimliğinde değişiklikler yaşanabilir.²³ Yapılan literatür incelemesinde, ruh sağlığı bozuk bireylerin bulunduğu ailelerin sağlıklı aile işleyişine sahip olma olasılığının yüksek olduğu ifade edilmektedir.^{59,83,87-}
⁹² BPB hastaların aile işlevselliklerini sağlıklı algıladığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızdaki EDÖ puan ortalamaları(Tablo 4.2) incelendiğinde hastaların en çok koruyucu ebeveyn ego durumu kullanıldığı, doğal çocuk ego durumu ve uygulu çocuk ego durumunun eşit oranda kullanıldığı, daha sonra yetişkin ego durumunun kullanıldığı ve en az ise eleştirel ebeveyn ego durumunun kullanıldığı görülmektedir. Keçeci ve Taşocak'ın hemşirelik fakültesinde yaptığı araştırmalarında öğrencilere göre, öğretim üyelerinin en sık kullandıkları ego durumu yetişkin ego durumu en az ise doğal çocuk ve eleştirel ebeveyn ego durumu kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı araştırmada öğretim üyelerinin kendilerine göre koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumunu sıklıkla kullandıkları, eleştirel ebeveyn ve doğal çocuk ego durumunun daha

az kullandığı sonucu elde edilmiştir. Gözlem sonuçlarına göre ise öğretim üyeleri en fazla yetişkin en az ise doğal çocuk ego durumunu kullandığı sonucu elde edilmiştir⁴⁶. Öğretim üyelerinin ve öğrencilerin katıldığı başka bir çalışma da ise şu sonuçlar bulunmuştur; Öğretim üyelerinin ortalama yüzdesi % 56 sınıf eleştirel ebeveyn, % 56.6 ‘sınıf koruyucu ebeveyn, % 54 yetişkin, % 30.6 sınıf doğal çocuk, % 31.2’ sınıfın uygunu çocuk ego durumlarını kullandığı sonucu bulunmuştur. Aynı çalışmada öğrencilerin ortalama yüzdesi % 48.6 sınıf eleştirel ebeveyn, % 53.6 ‘sınıf koruyucu ebeveyn, % 54.8’ sınıfın yetişkin, % 57.7’ sınıfın doğal çocuk, % 55.9’ sınıfın uygunu çocuk ego durumlarını kullandığı sonucu bulunmuştur.⁹³ Terminal dönemdeki hastaların katıldığı bir araştırmada, tanısını ve hastalığın prognozunu bilmek isteyen hastaların en çok yetişkin ego durumunu kullandıklarını, doğal çocuk ego durumunun uygunu çocuk ego durumundan daha fazla kullanıldığı ve eleştirel ebeveynin ego durumunun koruyucu ebeveyn ego durumuna göre daha fazla kullanıldığı sonucuna varılmıştır. Tanısını ve hastalığın prognozunu bilmek istemeyen hastaların ise en çok koruyucu ebeveyn ego durumunu kullandıklarını, doğal çocuk ego durumunun uygunu çocuk ego durumuna göre daha az kullanıldığı ve eleştirel ebeveyn ego durumu ve yetişkin ego durumunun düşük oranda kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır.⁹⁴

Koruyucu ebeveyn ego durumu kullanan kişiler karşısındaki kişi kaç yaşında olursa olsun onun sağlığını ve çıkarlarını korur, fedakardır ve başkaları için bir şeyler yapma isteğine sahiptir.⁴⁷ Doğal çocuk ego durumu kullanan bireyler, kendiliğinden, içten, sevecen, hassas, yaratıcı, özgür, meraklı, ama aynı zamanda zevkine düşkün, korkak, bencil ve isyankar davranışlar sergileyebilirler.¹⁷ Uyumlu çocuk ego durumunu kullanan bireyler ise yaratıcı ve sezgisel yönlerini kullanırlar, ödül ve ceza beklentisi içerisinde kendine söylenenleri yaparlar¹⁴ Yetişkin ego durumu kişiliğin akıllı ve mantıklı parçasını oluşturur. Bu ego durumunu kullanan bireyler bilgi toplama, karar verme, amaç

belirleme, doğruyu açığa çıkarma gibi ve benzeri bilişsel etkinlikleri kullanır olayları tarafsız bir şekilde ele alıp inceler.²⁶ Eleştirel ebeveyn ego durumunun kullanan bireyler ise çıkarlar ve kurallar için diğer bireyleri uyarır ve eleştirirler. Bu bireyler kendilerini kültür mirasının ve yeni kuşakların kurtarıcısı olarak görürler⁹⁵

Katılımcıların çoğunun kullandığı ego durumları ego koruyucu ebeveyn şeklindedir (Tablo 4.3).Koruyucu ebeveyn rolünü özümseyen bireyler, diğer insanların iyilikleri için uğraşma eğilimindedirler, karşılarındaki kişileri tıpkı bir çocuk gibi görüp onları koruyup kollarlar. Kişilerin zararlı davranışlarını ve alışkanlıklarını bırakmalarını isterler. Koruyucu ebeveyn ego durumunu kullanan bireyler fedakârdırlar ve başkaları için bir şeyler yapma isteğine sahiptirler⁴⁸ Dökmen Türk toplumunun bir yetişkinden ziyade ebeveyn toplumu olduğu, ağırlıklı olarak ebeveyn ego durumunu kullanıldığını, yetişkin ego durumunun daha az kullanıldığını ifade etmektedir.⁴⁷ Evli bireylerin katıldığı bir çalışmada, evli bireylerin kendilerini en çok korucu ebeveyn olarak, en az ise eleştirel ebeveyn olarak algıladıkları sonucuna varılmıştır. Evli bireyler eşlerini ise en çok koruyucu ebeveyn ve yetişkin olarak, en az eleştirel ebeveyn olarak algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır.⁹⁶ Hemşirelerle yapılan başka bir araştırmada hemşirelerin ağırlıklı olarak yetişkin ve koruyucu ebeveyn ego durumlarını kullandıkları belirlenmiştir.²¹

Yapılan literatür taramasında çocuk ego durumu ön planda olan hastalar duygularını daha rahat ifade ettiklerinden, bu duyguların ele alınması ve çözümlere ulaşılması durumda iyileşme süresi daha kısa sürede meydana gelecektir. Şayet hasta eleştiren ebeveyn ego durumunu baskın olarak kullanıyorsa yaşamın stresiyle üstesinden çıkamayıp hastalandığı için kendisini suçlayabilir. Ancak hasta koruyucu ebeveyn ego durumu baskın bir şekilde kullanıyorsa kendilerine ve başkalarına karşı daha anlayışlı ve izin verici oldukları için devamlı kendini suçlayan eleştirel ebeveyn

durumuna kıyasla daha hızlı iyileşirler. Yetişkin ego durumu olarak kullanan hastalar ise olaylara mantık çerçevesinden baktıkları için neyi ne zaman yapacağına, neyin uygun olup olmadığına karar verecektirler. Bu şekilde hastalığın getirdiği sınırlılıkları kabullenmesi kolay olacaktır. Bundan dolayı yetişkin ego durumu ön planda olan hastalar, iyileşme olasılığı yüksek hasta grubundadırlar.⁴⁹

ADÖ toplam puanı ve alt boyutları ile EDÖ alt boyutları arasındaki İlişkinin İncelenmesi .(Tablo 4.4)

Problem çözme alt boyutu ile yetişkin ego durumu arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). Problem çözme alt boyut puanı arttıkça yetişkin ego durumu puanı düşmektedir. Yeme bozukluğu tanısı alan kadın hastaların katıldığı bir çalışmada hastaların transaksiyonel analize göre genogramları çıkarılmış ve ailelerin stresli olayları yönetme ve çatışmaları çözme konusunda çok az yetenekli oldukları, üyeler arasında duygusal mesafe ve bağların kırılmanlığı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁹⁷ Yetişkin ego durumu, gerçekleri test etme, ayırt etme ve problem çözme yeteneklerinden oluşur.¹⁴ Problem çözme alt boyutunun puanının artması bu alanda beceri eksikliğinin göstergesidir. Yetişkin ego durumunu kullanan bireyler gerçekçi ve analitik düşünerek ailedeki problemleri daha kolay çözebileceği düşünülmektedir.

İletişim ve roller alt boyutları ile eleştirel ebeveyn alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). İletişim ve roller alt boyutları ile koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). İletişim ve roller puanı arttıkça eleştirel ebeveyn puanı artmakta, koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyut puanları düşmektedir.

Koruyucu ebeveyn ego durumu ve yetişkin ego durumu, empatinin kurulabilmesi için oldukça önemlidir. Empati kuran birey, karşısındaki bireyin içinde bulunduğu durumu doğru olarak anlamak ve değerlendirmek için koruyucu bir ebeveyn tutumu

içinde olmalı ve aynı zaman da koruma kollama ve yardım etme güdüleri ile hareket edebilmelidir. Yetişkin benliği ile empati kuran kişi de karşısındakinin rolüne girebilmekte, ben merkezcilikten uzaklaşmaktadır¹⁴³⁰ çiftin katıldığı ön test-son test randomize kontrollü bir araştırmada transaksiyonel analize dayalı iletişim becerileri eğitiminin aile işlevselliğini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.⁹⁸ 24 kişinin katıldığı deneysel bir araştırmada ise transaksiyonel analiz eğitiminin aile, duygusal, sağlık, iş ve sosyal uyum üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır.⁹⁹ Bu bağlamda etkili iletişimi sürdürebilen rol ve sorumlulukları etkili bir şekilde yerine getirebilen ailelerin koruyucu ebeveyn ego durumu ve yetişkin ego durumu kullandığı, iletişim ve roller alt boyutunda sorun olan ailelerin eleştirel ebeveyn ego durumunu kullandığını söyleyebiliriz.

Duygusal tepkiler verebilme alt boyutu ile koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düzeyde ilişki belirlenmiştir.($p<0.05$).Duygusal tepkiler verebilme alt boyut puanı arttıkça koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyut puanları düşmektedir. Duygusal tepkiler boyutu sağlıksızlaştıkça bireylerin koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumunu daha az kullandıkları görülmektedir.Yetişkin ego durumu uygun duyguları kapsar ve duruma uygun olarak duyguları işler.⁴⁵ Bu bağlamda ailedeki kişilerin sevgi, mutluluk, neşe,kızgınlık,üzüntü, korku gibi duygularını anlayabilen, empati becerisi gelişmiş kişilerin koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumlarını kullandığı söylenebilir.

Davranış kontrolü alt boyutu ile yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli, uygulu çocuk alt boyutu arasında ise pozitif yönlü düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Davranış kontrolü puanı arttıkça yetişkin alt boyut puanı düşmekte, uygulu çocuk alt boyut puanı artmaktadır. Davranış kontrolü boyutu sağlıklı bir şekilde yerine getiremeyen ailelerin, yetişkin ego durumunun kullanımını azalmakta,

uygulu çocuk ego durumunun kullanımı artığı görülmektedir. Ergenlik dönemindeki bireylerde yapılan bir çalışmada bireysel özellikler ve aile ortamındaki traksiyonlar öz kontrolü etkilediği bununda maddenin kötüye kullanımını azalttığı bildirilmiştir.¹⁰⁰ Bu doğrultuda iletişimde kullanılan ego durumunun bireylerin davranış kontrolünü etkilediğini söyleyebiliriz.

Genel fonksiyonlar alt boyutu ile yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Genel fonksiyonlar alt boyut puanı artıkça yetişkin puanı düşmektedir. Genel fonksiyonlar alt boyutunda sorun olan bireylerin yetişkin ego durumunu az kullanıldığı söylenebilir.

Toplam ADÖ ile koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Toplam ADÖ puanı artıkça koruyucu ebeveyn ve yetişkin alt boyut puanları düşmektedir. Aile işlevselliği sağlıksızlaştıkça koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumunun kullanımı azalmaktadır. Ayrıca bipolar tanısı alan eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn ve yetişkin ebeveyn ego durumlarını kullanmanın aile işlevselliğini olumsuz olması ile ilişkili olduğu söylenebilir. Koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumunun kullanımının artması aile işlevselliğinin daha sağlıklı duruma getirebileceği söylenebilir. Yetişkin ego durumuna sahip bireyler, gerçekçi düşünür, insanları eşit olarak gör, yeteneklerinin farkında, sorumluklarını bilirler.⁴⁵ Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında aile üyelerinin birbiriyle etkileşiminin önemli olduğu, transaksiyonel analiz modeli, aile üyelerinin davranışları ve hastanın kendi davranışlarının ve duygularının etkileşime girdiğini, hastalığı hem önlemede hemde tedavide önemli etkileri vardır.¹⁰¹ Ayrıca transaksiyonel analize dayalı psikoterapiler diğer özel terapilerden daha etkili olduğunu göstermektedir.¹⁰²

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada;

- Hastaların aile işlevselliklerinin kötü olduğu belirlenmiştir.
- Yapılan çalışmada hastaların en çok koruyucu ebeveyn ego durumu kullandıklarını, doğal çocuk ego durumu ve uygunu çocuk ego durumunun eşit oranda kullanıldığı, daha sonra yetişkin ego durumunun kullanıldığı ve en az ise eleştirel ebeveyn ego durumunun kullanıldığı sonucu bulunmuştur.
- Hastaların en çok kullandıkları ego durumları koruyucu ebeveyn ego durumu olarak bulunmuştur.
- Aile işlevselliği ölçeğinin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn ve yetişkin ego durumlarını kullanma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bipolar tanısı alan eleştirel ebeveyn, koruyucu ebeveyn ve yetişkin ebeveyn ego durumlarını kullanmanın aile işlevselliğini olumsuz olması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda

Bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde hemşirelik bakımında bütüncül anlayışa önem verilmesi,

Bipolar bozukluk tanısı alan hasta ve ailelerinin aile içi sorunları etkin bir şekilde çözmeleri için kapsamlı ve düzenli bir eğitim ve destek programının oluşturulması

Hastaların aile içi sorunlarını çözebilmeleri için transaksyonel analize dayalı eğitim programları oluşturulması

Klinik bakımda etkili bir iletişim için hastaların ego durumlarının belirlenmesi,

Araştırma, transaksiyonel analiz kuramı'nın kişilik boyutunun ele alındığı ego durumları kavramları ile sınırlandırılmıştır. transaksiyonel Analiz'in yaşam senaryosu, yaşam pozisyonları vb. kavramları boyutunda da incelemeler yapılması,

Araştırmaya sadece bipolar hastalar katılmıştır. Hasta, hasta yakınlarının ve psikiyatri hemşirelerinin katıldığı daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması,

Literatürde konuyla ilgili yapılmış araştırmalar kısıtlı olduğu için daha geniş örneklem gruplarında konuyla ilgili araştırmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Engin E, Çuhadar D. Bipolar Bozukluk. İçinde: Çam O, Engin E (Editörler) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2014:369-389
2. Keskin G. Duygudurum-Bipolar İle İlgili Bozukluklar. İçinde; *Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşirelinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, Özcan CT, Gürhan N (Çeviri editörleri). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice, Townsend MC. 6. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, 2016.
3. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *Sempozyum Dizisi*, 2008, 62 :25-30
4. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve Bozuklukları*, 14. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2016.
5. Goodwin GM. Bipolar Disorder. *Medicine*, 2016, 44-41
6. Gültekin BK, Kesebir Ş, Tamam L. Türkiye’de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; 6:199-209
7. Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 2002, 15: 221-228
8. Eker D. Ailenin ve toplumun akıl hastalıkları ile ilgili tutumları. *Aile ve Toplum Dergisi*, 1991, 2: 72-79.
9. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam*; 2008, 21:14-23
10. Ünal. S, Kaya B, Çekem B, Özışık H I , Kaya M. Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004, 15: 291-299

11. Keskinöz Bilen N. Bipolar Hastalarda Aile İşleyişi ve Evliliğin hastalık Özellikleri İle İlişkisi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010
12. Gençtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*, 16. Baskı, İstanbul, Metis Yayınları, 2014
13. Yazgan İnanç B, Yerlikaya EE. *Kişilik Kuramları*, 9. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2014
14. Gürüz D, Temel Eğinli A. *İletişim Becerileri Anlamak-Anlatmak- Anlaşma*, 2. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2013
15. Solomon C. Transactional Analysis Theory: The Basics. *Transactional Analysis Journal*, 2003, 33; 15-22
16. Torun E. Madde Kullanım Öyküsü Olan Mahkûmların Ego Durumları ve Çocukluk Dönemi Açısından İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir : Ege Üniversitesi, 2015.
17. Alisinanoğlu F, Köksal A. Gençlerin Ben Durumları (Ego State) ve Empatik Becerilerinin İncelenmesi . *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2000, 18: 11 - 16
18. Sheikhmoonesi1 F, Zarghami M, Tirgari A, Khalilian A .Effect of transactional analysis education to nurses on patient's satisfaction. *Shiraz E Medical Journal*, 2013, 14: 102-111.
19. Whitley-Hunter BL. Validity of transactional analysis and emotional intelligence in training nursing students. *J Adv Med Educ Prof*, 2014:138-145
20. Ekşi H, Ümmet D. Özoglu EB. Üniversite öğrencilerinin ego durumları: stresli yaşantılarına yönelik ebeveyn tepkileri, Ailelerdeki koruyucu etkenler ve bazı

- demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017, 20:45-71
21. Akar A, Ö. Şahin Altun. Hemşirelerin özgecılık davranışlarının transaksyonel analiz ego durumları açısından incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2017, 10: 119-139
 22. Ertem MY, Keçeci A. Ego States of nurses working in psychiatric clinics according to transactional analysis theory. *Pak J MedSci*, 2016, 32: 485-490.
 23. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*, 2003, 24:175-98.
 24. Taşdelen Ö, Çınar RK, Taşdelen Y, Görgülü Y, Abay E. Bipolar Bozukluk Tip I'de Romatoid Artrite Kıyasla Evlilik Uyumu ve Aile İşlevselliği. *Klinik Psikiyatri*, 2016, 19:167-175
 25. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010, 11:195-205
 26. Şahin Altun Ö. Özer D. Olçun. Z.3 Psikiyatri hemşireliğinde transaksyonel analiz ve farkındalık kavramları. *Uluslararası hakemli psikiyatri ve psikoloji araştırmaları dergisi*. 2017, 09:S 88-101.
 27. Peter JJG Theo, van A, Elise A.M. K der K. Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007, 16: 168-177
 28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Çeviri Köroğlu E. *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 63-89

29. Bipolar bozuklukların arasındaki farklar. (<http://neurowiki2013.wikidot.com/group:bipolar-neuroscience>) Erişim tarihi: 21 Ocak 2019
30. Köroğlu E. *Klinik Psikiyatri*, 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2015.
31. Salepci E. Çakır S: Bipolar bozukluk ve uyku döngüsü. Bipolar Yaşam Derneği. [://www. Bipolar yasam.org](http://www.bipolar-yasam.org) erişim tarihi 05. Ocak 2017
32. Kesebir S, İnanç L,Bezgin ÇH,Cengiz F. Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5:220-231
33. Kessing LV. Genderdifferences in thephenomenology of bipolardisorder. *BipolarDisord*, 2004, 6:421-425
34. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. Türkiye’de bipolar ı bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-home çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2012, 22:31-42
35. Mutlu C, Güvendeğer Doksat N, Erdoğan A. Pediatrik bipolar bozuklukta epidemiyoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015, 7:382-390.
36. Diler RS, Uguz S, Seydaoglu G, Avcı A. Mania profile in a communitysample of prepubertal children in Turkey. *Bipolar Disord*, 2008, 10:546-553.
37. Okan İblioğlu A, Çayköylü A. Akrabalarında ruhsal bozukluk tesbit edilen, bipolar ve unipolar affektif bozukluklu hastalarda klinik özellikler. *Yeni Symposium Journal*, 2011, 49:19-27.
38. Baytunca MB, Aydın R, Erermiş S. Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 2014, 1:49-53.
39. Yirmibeş Karaoğuz M, Menevşe A. Bipolar hastalığa genetik bakış. *Duygudurum Dizisi*, 2003, 7:335-338.

40. Yeloğlu H, Hocaoğlu . nemli bir ruh sağlığı sorunu: bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* ,2017, 8: 41-54
41. Keçeci A. Hemşirelik eğitiminde iletişime yeni bir yaklaşım: Transaksiyonel Analiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2007, 4:1-12.
42. Akkoyun F. Transaksiyonel analiz psikolojide işlemsel zmlleme yaklaşımı. 4. Baskı. Nobel akademik yayıncılık eğitim ve danışmanlık, 2011.
43. Küçük L. İletişim ve Terapötik İletişim. İçinde: Ay FA. (Editör). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, . 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2011: 72-82.
44. Elaad E. Detection of deception: A Transactional Analysis perspective, *Journal Of Psychology*. 1993, 127 : 5-15.
45. Hall T. Using Transactional Analysis to Understand Workplace Bullying. *Transactional Analysis Journal*, 2019 49:32-42.
46. Keçeci A, Taşocak G. Nurse faculty members' ego states: Transactional Analysis Approach. *Nurse Education Today*, 2009, 29:746–752
47. Dökmen . *İletişim atışmaları ve Empati*,53. Baskı.İstanbul, Remzi Kitabevi, 2015:78-89.
48. Buluş M. Atan A. Öğretmen adaylarında ego durumlarının bağlanma stillerini yordama gücü. *Ege Eğitim Dergisi* 2016, 1:36-61.
49. zcan A. *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*, 2.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. şti, 2006: 58-74.
50. Karababa A. Dimla B. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcıları olarak TA ve değerler. *Eğitim ve Bilim*. 2016, 41:63-77.

51. Türk dil kurumu erişim tarihi 25. Ocak 2019
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c4ae06d37ebe9.46745233
52. Aktaş Arnas Y. *Aile Eğitimi ve Okul Öncesinde Aile Katılımı*, 2. Baskı, Vize Yayıncılık. 2013:
53. Gürsoy F, Özaslan H. Aile ve Çocuk. İçinde: Aytar. GA, Zembat. R, Aksoy.BA (editörler). *Her Yönüyle Okul Öncesi Eğitim*, 1. Baskı. Ankara, *Hedef cs basın yayın*, 2014:121-168.
54. Aydın Avcı İ. Aile ve Sağlık. İçinde: Kuşuoğlu S, Demirbağ BC. (editörler). *Aile temelli sağlık yaklaşımı*, Ankara Akedemisyen tıp kitap evi yayın dağıtım pazarlama A.Ş , 2015:1-11
55. Türküm AS. Kızıлтаş A. Bıyık N. Yemenci B. Üniversite öğrencilerinin aile işlevleri algılarının incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2005, 5: 29-262.
56. Kocayürük E. Ergen gelişiminde aile işlevleri ve baba katılımı. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2010, 4:37-45
57. Alacahan O. Aile birliğini oluşturan faktörler ve işlevleri. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2010, 11: 289-298.
58. Yıldız A, Temuçin ED. Ailede Rol Dağılımı İçinde: Kuşuoğlu S, Demirbağ BC. (editörler). *Aile temelli sağlık yaklaşımı*, Ankara Akedemisyen tıp kitap evi yayın dağıtım pazarlama A.Ş, 2015:21-31
59. Nazlı S. *Aile Danışmanlığı*, 11. Baskı. Ankara. Anı yayıncılık, 2014:16-23
60. Bulut, I. Ruh sağlığının aile işlevlerine etkisi, Ankara, T.C. Başbakanlık Kadın ve Sosyal hizmetler Müsteşarlığı, 1993:1-158

61. Gür K. (2015):Aile Ruh Sağlığı. İçinde:Kuğuoğlu S, Demirbağ BC. (editörler). *Aile temelli sağlık yaklaşımı*, Ankara Akedemisyen tıp kitap evi yayın dağıtım pazarlama A.Ş ,. S.331-342
62. Küçük Öztürk G, Çam MO. Ebeveyninde Bipolar Bozukluk Olan Gençlerin Benlik Tasarımlarının İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2017, 8:66–71.
63. Tözün M. Benlik Saygısı Benlik Saygısı. *Geniş açı*, 2010, 52-57. http://www.medicalnetwork.com.tr/2008_dosya/Geni%C5%9F%20A%C3%A7%C4%B1%20Temmuz%202010.pdf. Erişim tarihi 02 Kasım 2018
64. Öz F.*Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara, *Mattek Matbacılık*, 2010:68-89.
65. Kök H. Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. sağlık bilimleri enstitüsü, hemşirelik anabilim dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara:Gazi üniversitesi. 2014.
66. Sayar K, Öztürk M, Özer. Ö A. Üç olgu nedeniyle ergenlik döneminde bipolar bozukluk. *Van Tıp Dergisi*, 2000, 7: 66-71.
67. Sorrell JM. Caring for Older Adults with Bipolar Disorder. *Journal of PsychosocialNursing&MentalHealth Services*, 2011, 49:21-25.
68. Akdeniz EB.Aile içi problemler.İçinde: *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*, Öz F, Demiralp M, (Çeviri editörleri).Psychosocial Nursing For General Patient Care.Gorman LM, Sultan DF. 3. Baskı, Ankara, Akedemisyen Tıp Kitabevi, 2014:341-368
69. Barker, P. J. *Psychiatricand Mental Health Nursing : TheCraft of Caring*, 2th ed. London, Elsevier Mosby,2009.
70. Taş S, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri hemşireliği dergisi*. 2018, 9:11-22

71. Çiftçi B, Yıldırım N, Şahin Altun Ö, Avşar G. What level of selfcare agency in mental illness? The factors affecting self-care agency and self-care agency in patients with mental illness. *Arch Psychiatr Nurs* 2015, 29:372–376
72. Akça Ay F, Ertem ÜT. Hasta kabulü ve taburculuk. İçinde: Ay FA. (Editör). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, . 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2011:168-179.
73. Carpenito-Moyet LJ. Handbook Of Nursing Diagnosis. Çeviri: Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, , 2005:386-397
74. Pınar ŞE, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3: 86-91.
75. Çapık, C. İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 17:268-274.
76. Arı R. Üniversite Öğrencilerinin Baskın Ben Durumları ile Bazı Özlük Niteliklerinin, Ben Durumlarına, Atılganlık ve Uyum Düzeylerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü , Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1989.
77. Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS. The Mac Master Family Assessment Device. *Journal of Maritaland FamilyTherapy*, 1983, 9:171-180.
78. Özşenol F, Işıkhana V, Ünay B, Aydın H İ, Akın R, Gökçay E. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003, 45: 156 - 164.

79. Abalı O, Durukan M, Güdek K, Tüzün Ü D. Aile değerlendirme ölçeğinin (ADÖ) çocuk psikiyatrisi'ndeki uygulaması ve değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2006,10: 108-110.
80. Kalyencioğlu D, Kutlu Y. Ergenlerin Aile İşlevi Algılarına Göre Uyum Düzeyleri. *İ.U.F.N. Hem. Derg.* 2010, 18: 56-62.
81. Weinstock LM, Wenzel SJ, Munroe MK, Miller IW .Concordance Between Patient and Family Reports of Family Functioning in Bipolar I Disorder and Major Depressive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013, 201: 377-83.
82. Cuhadar D, Savas HA, Unal A, Gokpinar F. Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. *Journal Of Religion & Health*, 2015 54:1731-1746.
83. Young ME, Galvan T, Reidy BL, Pescosolido MF, Kim KL, Seymour K, Dickstein DP. Family functioning Deficits in bipolar disorder and ADHD in youth. *Journal of Affective Disorders*, 2013, 150:1096–1102
84. Taktak Ş, Erkıran M, Özeren M, Karşıdağ Ç, Alpay N. Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. *Düşünen Adam*, 2000, 13:196-203.
85. Kabasakal C.Çocuk Psikiyatri Polikliniğine İlk Başvuran Ailelerin Aile İşlevselliği Ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi ,2012
86. Buldukoğlu K, Bademli K, Karakaya D, Göral3 G, Keser İ.Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3:683-703

87. Koyama A, Akiyama T, Miyake Y, Kurita H. Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*,2004, 58: 495–500
88. Murphy YE, and Flessner CA. Family functioning in paediatric obsessive compulsive and related disorders. *British Journal of Clinical Psychology*,2015, 54: 414–434
89. Wang J, Chen Y, Tan C, Zhao X. Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry* 2016, 62: 5 –1
90. Özyurt G, Öztürk Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Zihinsel Yetersizlik Tanılarında Aile İşlevselliği ve Annelerinin Ruh Sağlığı ve Baş Etme Becerileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2016 2:65-74
91. Öztürk Y, Özyurt G, Akay A. Family functioning and quality of life among children with anxiety disorder and healthy controls. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2018, 136:346-53
92. Neely J, Miklowitz D, Couteur AL, Ryan V, Vale L, McGovern R and Sharma A,. A feasibility study of a Family Focused Treatment for Adolescents with Bipolar Disorder—the FAB study. *Feasibility Studies*,2015, 43:1-9
93. Parveen N, Haque A. Transactional analysis ego states via Adjective Check List at Sindh Universty campus. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 2002, 17:99-110
94. Shirai S. How transactional analysis can be used in terminal care. *International Congress Series*,2006,1287:179 – 184
95. Buluş M, Atan A. Öğretmen adaylarında ego durumlarının tükenmişliği yordama gücü. *Turkish Studies*, 2016, 11:607-624

96. Yılmaz FE. Evli Bireylerin Ego Durumları İle Evlilik Uyumları ve Çocuklarının Okul Başarısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi., İstanbul : Marmara Üniversitesi, 2014
97. Leonidas C, Santos M. A. Family relations in eating disorders: The genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, 20:1435-1447.
98. Soltani Z, Robotmili S, Hasani M, Najafabadi AM, Alvani, J Dalvand MR. Effects of training transactional analysis on increasing family functioning among distressed couples: An empirical study. *Research Journal of Applied Sciences, Engineering and Technology*, 2012 4:4765–4770
99. Nejadnaderi S, Darehkordia , Divsalar K. The Study Of Adjustment Changes After Teaching Of Transactional Analysis(Ta) To The People. *Journal Of Humanities And Social Science*, 2013, 10:3134
100. Wills TA, Dishion TJ. “Temperament and Adolescent Substance Use: A Transactional Analysis of Emerging Self-Control. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004, 33:69-81
101. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman, P. D. Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 2005 17:1007-30.
102. Horn EK, Verheul R, Thunnissen M, Delimon J, Goorden M, Hakkaart-van Roijen L, Busschbach, JJV. Cost-effectiveness of short-term inpatient psychotherapy based on transactional analysis in patients with personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2016, 30:483-501.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
<p>Adı Soyadı :Aysel ERGENE Doğum tarihi :23.01.1988 Doğum yeri :Nevşehir Medeni hali :Evli,2çocuk Uyruğu :T.C. Adres :Ömer Halisdemir Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı, 51100 Niğde Tel :0507 680 26 28 Fax E-mail :ergeneaysel@gmail.com</p>
EĞİTİM
<p>Lise :Gülşehir Lisesi (2000-2005) Lisans :Atatürk Üniversitesi, Erzurum Sağlık Yüksekokulu,Hemşirelik Bölümü. (2005-2009) Yüksek lisans :Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı (2015-2019)</p>
YABANCI DİL BİLGİSİ
<p>İngilizce, Orta (YDS 58.75, Eylül,2016) (Yökdil 75,mart 2017)</p>
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR
<p>Psikiyatri Hemşireleri Derneği 2018-</p>
İLGİ ALANLARI VE HOBİLERİ
<p>Bilimsel kitaplar, dergi ve gazeteler okumak, belgesel seyretmek</p>

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU



Sayı:2016/11/03

Tarih:30/11/2016

Araştırmanın Adı: “Bipolar Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Aile İşlevselliklerinin İncelenmesi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 30.11.2016 tarihinde yapılan toplantısında Bipolar Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Aile İşlevselliklerinin İncelenmesi” konulu Sorumlu Araştırmacı Aysel ERGENE Yrd.Doç.Dr.Sibel ASİ KARAKAŞ'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Başkan

Prof.Dr.Neziha KARABULUT
Üye

Prof.Dr.Reva BALCI AKPINAR
Üye

Doç. Dr. Esen TAŞĞIN
Üye

Doç. Dr. Serap EYDER APAY
Sekreter/Raportör

EK -3. KURUM İZİN BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 63524359-663.08
Konu : Uygulama İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 03/01/2017 tarihli ve 18842800-E.1700002233 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversiteniz öğrencisi Aysel ERGENE'nin , "Bipolar Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Aile İşlevselliklerinin İncelenmesi" başlıklı çalışmayı Birliğimize bağlı Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması için izin istenmiştir.

İlgili çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Yücel YILMAZ
Genel Sekreter V.

EKLER:

Uygulama İzni Hk.

Dağıtım:

Gereği:

Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:

Niğde T.C. Sağlık Bakanlığı Ömer
Halisdemir Üni. Eğitim Ve Araştırma
Hastanesi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Ömer Halisdemir Üniversitesi E.A.H.
Genel Sekreterliği
Sağ. B. Hiz. Müdürü

Adres: Aşağı Kayabaşı Mah. Hastaneler Cad. Çocuk Hastanesi 51100 Merkez /
NİĞDE Niğde İli KHBGS Tıbbi Hiz. Başk.-Yazışma ve Arşiv Birim
Faks No:03882212627

e-Posta:zeliha.gunduz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nigde.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için:Zeliha GÜNDÜZ

Unvan:BÜRO PERSONELİ

Telefon No:03882212626

EK-4. TANITICI BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiz:

1.Kadın 2.Erkek

2) Yaşını

1. 18-24 2.25-30 3. 31-35 4. 36-40 5.41-45
6.46-50 7.51-55 8.56-60

3) Öğrenim Düzeyiniz:

1.Okur-Yazar 2.İlkokul-Ortaokul 3.Lise 4. Lisans ve Üstü

4) Medeni Durumunuz:

1.Evli 2.Bekar 3.Eşinden Boşanmış 4.Eşinden Ayrı Yaşıyor 5. Eşi Vefat Etmiş

5. Hastalığınız evlendikten önce mi başladı, sonra mı? 1. Önce 2. Sonra

6. Boşanma ile hastalık ilişkisi: 1. Var 2. Yok

7. Mesleğiniz

1. Ev Hanımı 2.Boş 3.Memur 4. İşçi 5.Emekli 6. Öğrenci 7.Esnaf 8.Çiftçi
9.Diğer

8)Şu anki çalışma durumunuz :1.Çalışmıyor2.Çalışıyor

9) Ruhsal hastalığı nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kaldınız mı?1.Evet
2.Hayır

10) Size Göre Gelir Düzeyiniz 1.İyi 2.Orta 3. Kötü

11) Halen yaşadığınız yer :

1.İl

2.İlçe-Kasaba

3.Köy

12) Kiminle yaşıyorsunuz?

1.Yalnız 2.Anne-Baba İle 3. Anne İle 4. Baba İle 5. Eş 6.Çocukları İle

7.Eş ve Çocukları İle 8 Anne-Baba Eş ve Çocukları İle 9.Diğer Bir Yakını İle10.
Bakıcı İle 11.Bakım Merkezinde 12.Diğer.....

13. Sosyal destek durumunuz? 1. Yok 2.Aile Üyeleri
3.Kurum/Dernek/Vakıf

4.Arkadaş/Dost/Akraba 5. Diğer

14. Sosyal güvence 1. Yok 2. Var

15. Ailenizdeki kişilerde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? 1. Yok 2. Var

16. Varsa Kimde? 1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Eş 5. Çocuk.
6. Diğer

17. Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü. 1. Yok 2. Var

18. Hastalık türü: 1. Bipolar Bozukluk-1 2. Bipolar Bozukluk-2

19. Hastalık başlama yaşı.....

20. Hastalık süreniz

1) 1yıl 2) 2-5yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve Üzeri

21. İlk Atak tipiniz?: 1) Manik 1) Major Depresif 3) Hipomanik 4) Karma

22. Son atak tipiniz? 1) Manik 1) Major Depresif 3) Hipomanik 4) Karma

23. Mevcut rahatsızlığınızdan dolayı kaç defa hastaneye yattınız?

1) 1 2) 2-5 3) 5-10 4) 10 ve Üzeri

EK-5. 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 işlemini yaparken sıfatlar üzerinde çok fazla düşünmeyiniz. İşaretleyeceğiniz sıfat sayısına ilişkin olarak herhangi bir kısıtlama yoktur. Lütfen işaretleme yaparken olmak istediklerinizi değil, sizde var olan özelliklerinizi dikkate alınız.

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

EK-6. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur

Aynen Katlıyorum Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.

Büyük Ölçüde Katlıyorum Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz.

Biraz Katlıyorum Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz

Hiç Katılmıyorum Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz.** Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. **Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

CÜMLELER:	Aynen Katlıyorum	Büyük Ölçüde Katlıyorum	Biraz Katlıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()

17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımızı, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüydür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını	()	()	()	()

bilmeyiz.				
48.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EK-7. EGO DRUMLARI ÖLÇEK İZİNİ

ölçek izin ▶ Gelen Kutusu x



aysel ergene

Merhabalar Hocam Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. İzniniz olursa sizin geliştirdiğiniz

2 Oca 2017 Pzt 10:59



ramazan arı <ramazanari2@yahoo.com>

Alıcı: ben

5 Oca 2017 Per 19:35



Merhaba Aysel hanım. Ölçeği kullanmanızın benim için bir sakıncası yok. Hatta çok memnun olurum. Ancak bir uyarım olacak. Ölçekteki yönergeyi "sizi tanımladığını düşündüğünüz, sizin bir özelliğiniz olduğunu düşündüğünüz EN FAZLA 30 SIFATI İŞARETLEYİNİZ" şeklinde değiştirirseniz daha iyi sonuç alırsınız. Kolay gelsin selamlar. Dr. **Ramazan ARI**



On Monday, January 2, 2017 9:59 AM, aysel ergene <ergeneaysel@gmail.com> wrote:

Merhabalar Hocam

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. İzniniz olursa sizin geliştirdiğiniz ego durumları ölçeğini "Bipolar Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Transaksyonel Analiz Ego Durumları ve Aile İşlevselliklerinin İncelenmesi" konu başlıklı tez çalışmamda kullanmak istiyorum.

