



T. C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
TRANSAKSİYONEL ANALİZ KURAMINA GÖRE EGO DURUMLARI**

Melike YÖNDER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Ayla KEÇECİ

DÜZCE
2012

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Melike YÖNDER

TEŞEKKÜR

Çalışmamda çok değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan, her konuda rehberlik ederek önemli katkılar sağlayan tez danışmanım *Sn. Yrd. Doç. Dr. Ayla KEÇECİ'ye*, tez hazırlama süresi boyunca destek olan *Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER'e*, nitel ve nicel verileri toplama sürecinde bana imkan sağladıkları için *Sn. Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN'a*, verilerin toplanması sürecinde çok değerli destekleri ve yardımları için *Sn. Başhemşire Saime YEŞİLOĞLU'na*, *Sn. Başhemşire Yardımcısı Sevinç ÇAPA'ya*, araştırmanın yöntemine ilişkin düzenlenen eğitimler konusunda destekleri için *Sn. Uzm. Dr. Okan TAYCAN'a* ve araştırmaya katılım göstererek veri toplama sürecinde bana destek veren İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi tüm sorumlu hemşirelerine ve servis hemşirelerine ayrı ayrı teşekkür etmek isterim. Ayrıca eğitimim için hiçbir fedakarlığı esirgemeyen, her zaman sonsuz desteklerini veren ve minnet borçlu olduğum aileme de sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| BEYAN | i |
| TEŞEKKÜR | ii |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| KISALTMALAR ve SİMGELER | vi |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | vii |
| TABLolar DİZİNİ | viii |
| ÖZET | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| 1. GİRİŞ | 3 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 3 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 6 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 6 |
| 2.1. İletişim | 6 |
| 2.1.1. İletişim Tanımı | 6 |
| 2.1.2. İletişim Becerileri | 7 |
| 2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde İletişim | 8 |
| 2.1.4. Psikiyatri Hemşireliğinde İletişim | 10 |
| 2.2. Transaksiyonel Analiz Kuramı | 11 |
| 2.2.1. Transaksiyonel Analizin Felsefi Temelleri | 11 |
| 2.2.2. Ego Durumları Kavramı | 12 |
| 2.2.2.1. Yapısal Analize Göre Ego Durumları | 13 |
| 2.2.2.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları | 14 |
| 2.2.3. Transaksiyonlar | 16 |
| 2.2.3.1. Tamamlayıcı Transaksiyonlar | 17 |
| 2.2.3.2. Kapalı Transaksiyonlar | 18 |
| 2.2.3.3. Gizil Transaksiyonlar | 18 |
| 2.2.4. Temas İletileri | 19 |
| 2.2.5. Zamanın Yapılandırılması | 20 |
| 2.2.6. Yaşam Senaryosu | 22 |
| 2.2.7. Yaşam Pozisyonları | 22 |

| | |
|--|----|
| 2.2.8. Transaksiyonel Analiz Kuramının Uygulama Alanları ve Yapılan Çalışmalar | 24 |
| 2.2.8.1. Hasta-Sağlık Çalışanı Arasındaki İletişim ile İlgili Çalışmalar | 24 |
| 2.2.8.2. Transaksiyonel Analiz ile İlgili Araştırmalar | 26 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | 29 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü | 29 |
| 3.2. Evren ve Örneklem | 29 |
| 3.3. Araştırmanın Değişkenleri | 30 |
| 3.4. Araştırmanın Sorusu | 30 |
| 3.4.1. Araştırmanın Alt Soruları | 30 |
| 3.5. Araştırmanın Sayıtları | 31 |
| 3.6. Veri Toplama Araçları | 31 |
| 3.6.1. Kişisel Bilgi Formu | 31 |
| 3.6.2. Ego Durumları Ölçeği | 31 |
| 3.7. Veri Toplama Süreci | 32 |
| 3.7.1. Nicel Verilerin Toplanması | 35 |
| 3.7.2. Nitel Verilerin Toplanması | 35 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi | 35 |
| 3.9. Araştırma Sınırlamaları | 36 |
| 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları | 37 |
| 3.11. Etik Konular | 37 |
| 4. BULGULAR | 38 |
| 4.1. Nicel Veriler | 38 |
| 4.1.1. Sosyodemografik Bulgular | 38 |
| 4.1.2. Ego Durumlarına İlişkin Bulgular | 39 |
| 4.1.1.1. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Bazı Özellikleri ile Ego Durumları Arasındaki Farkın İncelenmesi | 41 |
| 4.1.1.2. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Bazı Özellikleri ile Ego Durumları Arasındaki Farkın İncelenmesi | 46 |
| 4.1.1.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Bazı Özellikleri ile Kendilerine Göre Ego Durumları Arasındaki Farkın İncelenmesi | 50 |
| 4.2. Nitel Veriler | 54 |
| 4.2.1. Tamamlayıcı Transaksiyonlar | 54 |

| | |
|---|----|
| 4.2.2. Gizil Transaksiyonlar | 71 |
| 4.2.3. Kapalı Transaksiyonlar | 77 |
| 5. TARTIŞMA | 80 |
| 5.1. Nicel Bulgular | 81 |
| 5.2. Nitel Bulgular | 87 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 92 |
| 6.1. Sonuç | 92 |
| 6.2. Öneriler | 93 |
| 7. KAYNAKLAR | 95 |
| 8. EKLER | |
| Ek 1: Kişisel Bilgi Formu | |
| Ek 2: Katılımcı Onam Formu | |
| Ek 3: Servis Hemşiresi Ego Durumları Ölçeği | |
| Ek 4: Sorumlu Hemşire Ego Durumları Ölçeği | |
| Ek 5: Araştırmacı Ego Durumları Ölçeği | |
| Ek 6: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik İzni | |
| Ek 7-8: İlgili Kurum İzin Yazıları | |
| Ek 9: Sorumlu Hemşirelere Yönelik Eğitim İçeriği | |
| Ek 10: Sorumlu Hemşire Onam Formu | |
| Ek 11: Servis Hemşirelerine Yönelik Eğitim İçeriği | |
| Ek 12-13: Araştırmacıya Ait Bilgiler | |

KISALTMALAR ve SİMGELER

- ANA:** Amerikan Hemşireler Birliği
TA: Transaksiyonel Analiz
EE: Eleştirel Ebeveyn ego durumu
KE: Koruyucu Ebeveyn ego durumu
Y: Yetişkin ego durumu
DÇ: Doğal Çocuk ego durumu
UÇ: Uygulu Çocuk ego durumu
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
SML: Sağlık Meslek Lisesi
MU: Mann Whitney-U Testi
KW: Kruskal-Wallis Testi
He_n: Hemşire
Ha_n: Hasta
GYA: Psikiyatri Servisi Günlük Yaşam Alanı

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| 1.1. İletişim Süreci ve Öğeleri | 7 |
| 2.1. Yapısal Analize Göre Ego Durumları | 13 |
| 2.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları | 15 |
| 2.3. Tamamlayıcı Transaksiyon | 17 |
| 2.4. Kapalı Transaksiyon | 18 |
| 2.5. Gizil Transaksiyon | 19 |
| 3.1. Veri Toplama Süreci | 33 |
| 4.1. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Ego Durumları | 39 |
| 4.2. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Ego Durumları | 40 |
| 4.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Ego Durumları | 40 |

TABLULAR DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 3.1. Hemşire, Araştırmacı ve Sorumlu Hemşirenin Servis Hemşirelerinin Ego Durumlarına İlişkin Görüşleri Arasındaki Uyum | 36 |
| Tablo 4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri | 38 |
| Tablo 4.2. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Yaşları ile Ego Durumları Arasındaki İlişki | 41 |
| Tablo 4.3. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Medeni Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 42 |
| Tablo 4.4. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 42 |
| Tablo 4.5. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Eğitim Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 43 |
| Tablo 4.6. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çalıştıkları Servisler ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 43 |
| Tablo 4.7. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hemşire Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark | 44 |
| Tablo 4.8. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark | 44 |
| Tablo 4.9. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Meslek Memnuniyeti ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 45 |
| Tablo 4.10. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin İletişim Eğitimi Alma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 45 |
| Tablo 4.11. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Medeni Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 46 |
| Tablo 4.12. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 46 |
| Tablo 4.13. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Eğitim Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 47 |
| Tablo 4.14. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çalıştıkları Servisler ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 47 |
| Tablo 4.15. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hemşire Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 48 |

| | |
|---|----|
| Tablo 4.16. Sorumlu Hemşirelere Göre Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 48 |
| Tablo 4.17. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hemşirelik Mesleği Memnuniyet Durumu ile Ego Durumları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark | 49 |
| Tablo 4.18. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin İletişim Eğitimi Alma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 49 |
| Tablo 4.19. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Medeni Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 50 |
| Tablo 4.20. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 50 |
| Tablo 4.21. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Eğitim Durumları ile Ego Durumları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark | 51 |
| Tablo 4.22. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Çalıştıkları Servis ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 51 |
| Tablo 4.23. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Hemşire Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 52 |
| Tablo 4.24. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark | 52 |
| Tablo 4.25. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Hemşirelik Mesleği Memnuniyet Durumu ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 53 |
| Tablo 4.26. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre İletişim Eğitimi Alma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark | 53 |

ÖZET

Araştırmanın amacı, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile hastalar arasındaki iletişimi Transaksiyonel Analiz Kuramı ego durumları açısından incelemek ve hemşire-hasta iletişiminde en çok kullanılan ego durumunu saptamaktır. Araştırmada anket uygulaması ve gözlem olmak üzere nicel ve nitel araştırma yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Nicel veriler, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Ego Durumları Ölçeği” ile toplanmıştır. Nitel veriler, doğrudan katılımlı gözlem yöntemi ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U, Kruskal-Wallis, Korelasyon analizleri, Kendall’s Tau-c katsayısı kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre psikiyatri hemşireleri araştırmacıya, sorumlu hemşirelere ve kendilerine göre Yetişkin ve Koruyucu Ebeveyn ego durumlarını ağırlıklı olarak kullanmaktadırlar. Hemşirelerin hastalarla olan iletişimlerinde kullandıkları ego durumları ile yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek yılı, meslekten memnuniyet durumu arasında anlamlı fark olduğu, iletişim süreçlerinde çoğunlukla Tamamlayıcı transaksiyonların gerçekleştirildiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri Hemşireliği, Ego Durumları, Transaksiyonlar, Transaksiyonel Analiz Kuramı.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the most used ego states in communication between nurse and patient related to Transactional Analysis Theory. Quantitative and qualitative research methods were performed with using questionnaire and observations. Quantitative data were collected by using "Personal Information Form" and "Ego State Scala". Qualitative data were performed by directly participated observation method. Quantitative data obtained from research were evaluated with Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Correlation Analysis and Kendall's Tau-c tests. According to results of this study, psychiatric and mental health nurses use Adult and Nurturing Parent ego states related to researcher, administrative nurses and nurses. A significant difference were indicated between ego states which nurses used in communication with patients and nurses' ages, marital status, education level, work experience, job satisfaction. It was also determined that Complementary Transactions came trust predominantly in communication process.

Key Words: Psychiatric Nursing, Ego States, Transactions, Transactional Analysis.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olup, insanın sosyal bir varlık olarak kendisinden beklenen sorumlulukları yerine getirmesi, üretken olabilmesi, kendisinin, ailesinin ve ülkesinin refahı ve mutluluğu için işlevlerini sürdürmesi ile gerçekleştirebilmektedir.^{1,2,3,4,5} Bireyin bu işlevlerindeki denge, uyum ve doyumun olumsuz yönde değişimi ise ruhsal sağlığın bozulmasına neden olmaktadır.^{3,6} İnsanların ruhsal yaşantısı; davranış, kognitif ve duygulanım/duygudurum alanlarındaki işlevlerin bütünleşmesi ile oluşmakta olup, ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında farklı derecelerde aşırılık, tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik özelliklerini sergilemektedir. Yetersiz, uygunsuz ve aşırı tanımlamaları belli normlara göre yapılmakta ve bu normlardan bir kısmı evrensel, bir kısmı ise çağdan çağa, toplumdan topluma değişiklik göstermektedir.^{7,8} Ruhsal sorunu olan hastalarda davranış bakımından; hareket, uyku ve beslenme alışkanlıkları ile konuşmada değişim, kognitif bakımdan, bilinç, dikkat, oryantasyon, bellek, algı ve düşünce değişiklikleri, duygulanım/duygudurum açısından değerlendirildiğinde ise elem ve neşe yönünde değişimler yaşanabilmektedir.^{8,9,10} Algı ve düşünce bozuklukları, psikiyatri hastalarının iletişimlerinde bozulmaların ya da gerçek dışı kapsamın bulunmasına neden olabilmektedir. İletişimle ilgili tüm ilkeler (saygı, güven, empati, kabullenme, terapötik iletişim sınırlarını koruma, sözsüz mesajların kontrolü vb) gerçek dışı algı ve düşüncelere sahip hastalarla olan iletişimde de geçerliliğini korumaktadır. Ruh sağlığı ileri derecede bozulmuş olan bireyin çevresindeki olayları ve insanların kendisi hakkında neler hissettiğini fark edebilme olasılıkları yüksektir.¹¹ Bu bağlamda, ruhsal bozukluğu olan hastalarla karşılaşan ve onlara bakım veren hemşirelerin bu hastalara yönelik tutum ve davranışları büyük önem taşımaktadır.¹²

Özellikle insan ilişkileri üzerine kurulu bir meslek olan hemşirelikte bakım sürecinin niteliği, hemşirenin diğer bireylerle etkili iletişim kurma yeteneği ile yakından ilişkilidir.^{12,13,14} İlgili kaynaklarda hemşirelik mesleğinin temelini, kişilerarası ilişkilere dayandığı vurgulanmakta, bu ilişki süreçleri geliştikçe ve derinleştikçe hemşireliğin ve sunulan hizmetin niteliğinin de aynı oranda artması beklenmektedir.^{15,16} Bir başka deyişle, terapötik iletişim hem meslek hem de bireysel yaşantıda doyum sağlayan bir araç olarak değerlendirilmelidir. Yapılan çalışmalar, hemşirelerin etkili kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerisi geliştirmesi sonucunda hastalara verilen bakımın kalitesinin

arttığını, dolayısıyla hizmetten memnuniyet, hastalık ve tedaviye uyum, iyileşmeye motivasyonun artması, olumlu bir tutum kazanması gibi olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. İletişim becerilerinin özel bir önem kazandığı psikiyatri hemşireliğinde hastanın endişelerini, gereksinimlerini ve/veya problemlerini anlama ve bilgi elde etme terapötik etkileşimle sağlanabilmektedir^{17,18,19}.

Peplau, psikiyatri hemşireliğini “*birey, aile ve toplumun ruhsal sağlığını geliştiren, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önleme, hastalığın getirdiği sorunlarla başetme ve gerektiğinde bu yaşantıdan anlam bulmada, profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreç*” olarak tanımlamaktadır.²⁰ Yani psikiyatri hemşireliği hizmetlerinin sunulduğu ortamlarda çalışan hemşireler hastalarını gözlemleyerek, hastaları ve aileleri ile görüşerek, bireylerin sorunlarını, gereksinimlerini, yeterliliklerini, çevreyle uyum düzeylerini, kendilik kavramlarını değerlendirerek bakım verirler. Ayrıca ortamın tedavi edici bir unsur olarak düzenlenmesinde, hemşirenin gerek insan davranışları, gerekse insanların gereksinimleri, duyguları ve bu duyguları belirtme yolları konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.^{1,13,16}

İnsan ve davranışı konusunda bilgi edinebilmek için öncelikle hemşirenin kendini tanıması ve çevresindekiler üzerinde bırakmış olduğu etkileri anlayabilmesi önem taşımaktadır.^{16,17} Hemşirenin hastaya vereceği bakımın kalitesi, empati yapabilme, etkili dinleyebilme ve kendiliğin terapötik ortamda kullanımı becerisinden önemli ölçüde etkilenmektedir. İlk kez 1973 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından geliştirilmiş olan psikiyatri hemşireliği profesyonel standartları içinde psikiyatri hemşiresinin sahip olması gereken bireysel özellikler arasında kendinin farkında olma, diğerlerinden geribildirim alabilme ve mesleki performansı artırmak için istekli olma vb. özellikler yer almaktadır.^{21,22} Duygu, düşünce ve davranışlarında farkındalığı olan bir hemşire, psikiyatrik hastaya bakım verirken, kendisini yetkin hissederek ve otonomisini kullanarak yeni durumlara daha etkin uyum sağlayabilecektir.^{21,23}

Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili tutumlarının genelde olumsuz olduğu ve bu olumsuz tutumların psikiyatri hastalarının günlük uygulamalarında çeşitli zorluklar yarattığı bilinen bir durumdur.²⁴ Hastaların özellikle etiketlenme ve damgalanma korkusu ile psikiyatrik tedaviden kaçındıkları da bilinmektedir. Ruhsal sorunu olan bireylere karşı toplumsal tutumlar, 1940’ların son yıllarından bu yana pek çok çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmalar sonucunda ruhsal sorunu olan bireylere karşı toplumun aynı anda hem olumlu hem de olumsuz bir tutuma sahip olduğu görülmüştür.

Tutumlar, davranış ve yaklaşımları etkilediği için sağlık personeli bu gibi hastalara bakım verirken güçlük çekebilir ya da hizmetten kaçınabilmektedirler. Ayrıca sağlık çalışanlarının, toplumda bu hastalara yönelik olumlu tutum içinde olması, diğer insanlar için model oluşturması ve toplumu olumlu yönde etkilemesi bakımından önemlidir.^{5,25,26} Ruhsal bozukluğu olan kişilerin etiketlemeleri günümüzde de devam etmekte olup, ruhsal bozukluğu olan bir kişi fiziksel hastalığı olan birine göre daha fazla etiketlenmeye maruz kalmaktadır. Etiketleme ve ruhsal hastalık nedeniyle acı çeken insanlar, üstesinden gelinmesi gereken pek çok engelle karşı karşıya kalmaktadır.^{5,27} Öte yandan hastalar tedavi için başvurduklarında sağlık kurumunda çalışanların tutumları da tedavi açısından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyici rol oynamaktadır.²⁸ Konuyla ilgili olarak yapılan bazı araştırmalar hemşirelerin, psikiyatrik hastalığı olanlara karşı yaklaşımlarında olumsuz önyargıları bulunduğunu ve bunun bir sonucu olarak hastaya etkili bakım verilemediğini göstermektedir.^{29,30,31}

Eric Berne (1910-1970) tarafından geliştirilen Transaksiyonel Analiz Kuramı (TA); psikolojinin iletişim, kişilik, psikopatoloji ve danışma/terapi alanlarıyla ilgili bilgileri içermektedir.^{32,33} TA kuramında yer alan Ego durumları ile Transaksiyon boyutları, psikiyatri hemşireliğinde özel bir öneme sahip olan hasta-hemşire arasındaki terapötik etkileşimin sağlanması bakımından önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalara / hastalıklara yönelik tutumlarının farkında olmaları; ruhsal hastalıklarının erken ve doğru tanınması, hastaların yeterli tedavi ve bakımı almaları, koruyucu tedavi, bakım ve rehabilitasyon bakımından büyük önem taşımaktadır.^{4,34} Hemşirelerin ruhsal sağlığı bozuk olan hastalara yönelik yaklaşımları, onların verdiği sağlık hizmetini de biçimlendirmektedir. Bu açıdan bakıldığında, etkili kişilerarası iletişim, hemşirelik bakım hizmetlerinin odak noktası olup, kaliteli sağlık bakımı vermek ve istedik sağlık sonuçlarına ulaşmak üzere kullanılan bir hemşirelik becerisidir.^{5,13,35} Literatür incelemesinde, psikiyatrik ortamdaki hemşire ve hastalar arasındaki etkileşimin TA bakımından değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu alanda hizmet veren psikiyatri hemşirelerine yol gösterecek nitelikte araştırmaların yapılmasına literatür bakımından gereksinim duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile hastalar arasındaki iletişimi Transaksiyonel Analiz kuramı ego durumları açısından incelemek ve hemşire hasta iletişiminde en çok kullanılan ego durumunu saptamaktır. Bu araştırma sonuçlarının, hemşirelere klinikte en çok kullandıkları ego durumlarına ilişkin farkındalık kazandırılmasına, hastalarla olan iletişim becerilerinin geliştirilmesine ayrıca konuyla ilgili yararlanılacak bir kaynak oluşturacağına inanılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İletişim

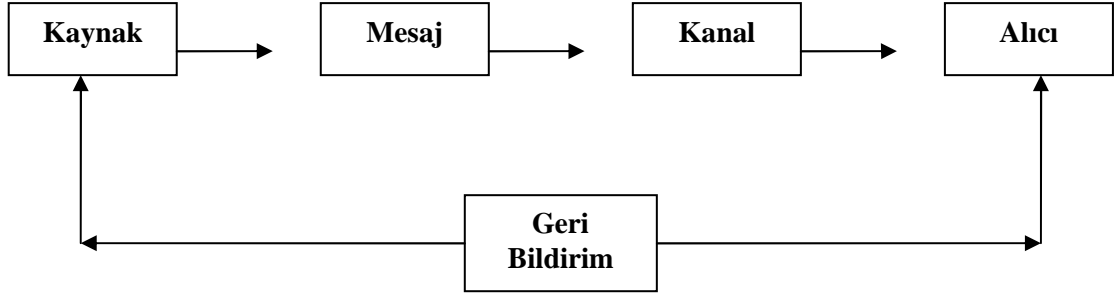
2.1.1. İletişim Tanımı

İletişim kavramı, Latince “Communis”, Batı dillerinde ise “Communication” olarak ifade edilmektedir.^{35,36,37,38,39,40} Literatür bilgisi incelendiğinde, iletişim kavramının farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir.^{35,36,37,41} İletişim; bilgi, duygu, düşünce ve tutumların simgeler sistemi aracılığı ile kişiler, gruplar arasında ya da toplumsal düzeyde paylaşıldığı dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır.^{35,36,42,43} Ayrıca iletişim; bilgi aktarımına yönelik kullanılan bir süreç olup, kişinin kendisini ifade etmede kullandığı vazgeçilmez bir olgudur. Bu yolla kurulan kişiler arası ilişkilerde insanın kendisini yönlendirmede ve değişen gereksinimlerini karşılamada kullanılan iletişim, yaşamın ayrılmaz bir parçası ve toplumsallaşma sürecinin özü olarak ifade edilmektedir.^{35,44,45,46} Bir başka tanıma göre ise iletişim; bireylerin içinde yaşadıkları kültürlerinin bir ürünü olan deneyimlerini sözel ve sözsüz olarak sembollerle paylaşma özelliğidir.^{47,48}

İletişim kavramının her ne kadar farklı tanımları yapılmış olsa da tanımlardaki ortak nokta, etkileşimin varlığıdır. Bir başka deyişle, birden fazla kişi iletişimde bulunurken temel amaç iletişimde taraf olan alıcıda belirli bir anlayışın ve davranışın oluşmasını sağlamaktır.^{35,49} Bu sürecin sonucunda ortaya çıkan etki beklenenden farklı ya da az olduğunda iletişimde başarısızlık meydana gelmektedir. Bu noktada, başarısızlığa neden olan öğenin araştırılması gerekmektedir.³⁶

İletişimin bir süreç olduğunu belirten süreç yaklaşımına göre, iletişim sistematik olarak değerlendirilmesi gereken, bu sistem içerisinde belli bir amacı gerçekleştirmek üzere birbirleriyle etkileşim halinde olan bir kavramdır. Literatürde bir iletişim sürecinin temel öğeleri “kaynak, mesaj, kanal, alıcı ve geribildirim” olarak belirtilmektedir.^{35,36,37,41,50,51} (Şekil 1.1)

Kaynak; iletişim sürecini başlatan kişi/iletişimci; *mesaj*, kaynaktan alıcıya gönderilen uyarın/iletiler; *kanal*, mesajın alıcıya iletilmesini sağlayan araç/yöntemler; *alıcı*, gönderilen iletinin hedefi olan kişi; *geri bildirim* ise, döngüsel iletişim sürecinde alıcının kaynağa gönderdiği ve kaynağın kendi içinde gerçekleştirdiği sonuç bilgisidir.^{36,50,51}



Şekil 1.1. İletişim Süreci ve Öğeleri

Kaynak: Tabak R.S. Sağlık İletişimi, Literatür Yayıncılık Dağıtım, 2003.

İletişim, insan yaşamının her kesitinde ve farklı düzeylerde, giderek artan önem ve yoğunlukla kullanılmaktadır. Bunun temel nedeni, gün geçtikçe gelişen ve değişen bir toplumda yaşayan insanın, sürekli olarak başkalarıyla etkileşim içerisinde olma zorunluluğudur. Amaç ve işleyiş bakımından belirgin özellikleri içeren ve sistematik olarak gerçekleştirilen iletişim, insanların özel yaşamlarında olduğu kadar çalışma alanlarında da başarı ve mutluluğun en önemli kaynağıdır. İnsanlar açısından bu değerleri taşıyan iletişim, kurumlar açısından verimlilik ve kalitenin temelini teşkil etmektedir.³⁶

2.1.2. İletişim Becerileri

İletişim becerileri, kişiler arası ilişkilerdeki duygu ve düşünce alışverişinde mesajların doğru olarak algılanmasını ve ilişkilerin kurulmasını sağlamaktadır.^{44,45} İletişim becerileri ile aktarılan mesajlar insan üzerinde sağlıklı ve iyileştirici etkilere sahip olup,

bu etkiler bir insanın kendisini daha iyi hissetmesini, duygularını açığa vurmasını sağlamakta ve kendini değerli hissettirmektedir. Ayrıca tehdit ve tehlikeyi azaltarak, yapıcı değişiklik ve gelişmeyi kolaylaştırmaktadır. Bu etkiler göz önünde bulundurulduğunda, iletişim becerileri, başkasını anlama ve ona yardım etmede en güçlü araçlardan biri olmaktadır.⁵²

İletişim becerileri; dinleme ve anlama becerileri olarak ikiye ayrılmaktadır. Dinleme, terapötik ilişkinin ilk kuralı olup, hastanın söylediklerini duymaktan ve aynen tekrarlamaktan daha öte bir iletişim becerisidir. Duyma, anlama ve yorumlamayı içerirken; dinleme, hastanın bulunduğu tarafa dönme, göz ilişkisi kurma ile birlikte sorulabilecek soruları düşünmeyi ve yalnızca söylenenlere değil, beden dili ile verilen tüm mesajlara tepkide bulunmayı da içermektedir. Dinleme, hemşirenin ilgisini ve kabullenici tavrını sağlıklı/hasta bireye sözsüz olarak iletmediği yollardan biridir.^{35,53} Anlama becerisi ise kişinin duygu, düşünce ve davranışlarının diğeri tarafından anlaşılmasını içermektedir. Anlamayı başarmak zihinsel bir çabayı gerektirmektedir.^{54,55} Bunun için kullanılan empati, dinlenen kişinin deneyimlediği olguları keşfetmeye izin veren bir süreçtir.^{54,56} Empati kuracak kişinin, kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olayları onun bakış açısıyla değerlendirmesi gerekmektedir.^{54,55,56} Bu şekilde kişilerin duygu ve düşünceleri doğru bir şekilde anlaşılabilir. Empatik anlayışın ifade edilmesinde sözlü veya sözsüz mesajlar kullanılmakta olup, empatik tepkinin etkili olması için sözlü ve sözsüz mesajların birlikte kullanılması öncelik taşımaktadır.^{55,57,58} Empati kurulan kişinin anlaşıldığını anlaması ve kabul etmesi için kendisine zaman tanımak ve içten bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir.⁵⁹

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde İletişim

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyen bireylerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini geliştirmek üzere yapılan planlı çalışmalar “sağlık hizmeti” olarak adlandırılmaktadır.^{5,60} Sağlık hizmetinde iletişiminin odak noktası, sağlıkla ilgili işlemler ve bu işlemleri etkileyen etmenler üzerinedir. İşlemler; sözlü/sözsüz, konuşma/yazı, kişisel-kişisel olmayan, konuya/ilişkiye yönelik ve benzeri özelliklerde olabilmektedir. Diğeri bir anlatımla, bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır.

İletişimin bu işlevleri gerçekleştirebilmesi için, toplumun sosyal grupları arasında kendiliğinden gelişen iletişimin yanı sıra, kurumsal özellikte, amaçlı ve planlı iletişim uygulanması gereklidir. Sağlık alanındaki iletişimin temel işlevi, anlamları ortak kılmanın yanı sıra duygu, düşünce ve bilgileri paylaşarak insanların birbirlerine yakınlaşmalarını sağlamaktır. Bu bağlamda, bilgilendirme boyutunun üzerinde olup, davranışa yönelik sosyo-psikolojik etkileşim yönüyle yer almaktadır.³⁶

Sağlık hizmetinin sunumunda; sağlıklı/hasta birey ve aile/toplum ile hizmeti sunan personel doğrudan ya da dolaylı olarak iletişime girmektedir. Bu görevliler arasında hekimler ve hemşireler hastayla en yakın iletişime giren meslek gruplarıdır.^{53,61} Sağlık personeli görevlerinin önemli bir kısmını hasta/sağlıklı birey, aile ve toplumun beklentileri doğrultusunda iletişim kurmak ve mümkün olduğunca bu beklentilerini karşılamak oluşturmaktadır.⁶² Sağlık personeli ile sağlıklı/hasta birey, aile ve toplum iletişimde ön plana çıkan bazı davranışlar; “ilgili, sabırlı, hoşgörülü, saygılı olma, herkese eşit davranma, güven duygusu oluşturmak, yardım edici iletişim, otorite, göz ilişkisi kurma ve sürdürme, söylenenlere ilgi duyduğunu gösteren jest ve mimikler yapma, yumuşak ve rahat ses tonları kullanma” olarak belirtilmiştir.^{63,64,65}

Sağlıklı/hasta birey, aile ve toplum ile sağlık personeli iletişimde özellikle hemşireler üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda bazı iletişim sorunlarının yaşandığına dikkat çekilmektedir.^{11,53,66,67} Hemşirelerin bu konuda, uygulama alanında iyi niyetli oldukları; ancak profesyonel olmayan ilişkilerin yer aldığı belirtilmektedir. Faulkner (2001), hemşire ile hasta arasındaki iletişimin önemini “diğerleriyle etkili iletişim kurabilme, hasta bakımının kalbidir” ifadesiyle vurgulamıştır.⁶⁸ Etkileşim kuramcısı olan Peplau (1952) da hemşireliği “kişilerarası süreç” olarak tanımlayarak, hemşire ile hasta arasında terapötik odaklı ilişkinin gerekliliğini ifade etmiştir.⁶⁹

Günümüzde hemşirelerden iyi niyetli, ilgili, sevecen, şefkatli yaklaşım ile birlikte planlı, amaçlı, hasta yararına yaklaşım beklenmektedir.⁵⁰ Hemşirelik uygulamalarında teknik beceriler ve kişilerarası iletişim becerilerinin birlikte kullanılması hemşirelik bakımının kalitesini arttıracığına inanılmaktadır.⁷⁰ Hemşirenin, hasta ile kurduğu iletişimde ne yaptığının, ne söylediğinin sağlıklı/hasta bireye neyi nasıl ilettiğinin, bir başka deyişle iletişim sürecinin farkında olması gerekmektedir.⁷¹ Etkili kişilerarası ilişkiler kurma, yardım etme ve danışmanlık becerileri bir hemşirenin edinmesi gereken temel beceriler olup, kaliteli hemşirelik bakımının ön koşullarıdır.⁷² Hasta veya sağlıklı bireyle kurulan kişiler arası ilişki yardım edici nitelikte bir ilişki olup, etkili bilgi

aktarımını sağlama özelliği ile verilen bakımın bireyin gereksinimlerine yönelik olmasını ve amacına ulaşmasını sağlamaktadır. Bu ilişkide sağlıklı birey/hasta, bireysel değerinin kabul edildiğini hissetmekte, bakım veren hemşireye güven duymakta ve reddedilme korkusu duymadan kendini rahatça ifade edebilmektedir.^{73,74}

Başarılı bir iletişimde; her insanın değerli olduğu, anlattıklarının dinlenmesi hakkına sahip olduğu inancının varlığı ve her bireyin dünyasının kendine özgünlüğü kabul edilmektedir. Dolayısıyla bir kimsenin başkası için doğru olana karar vermemesi ve her insanın gerçeği ile değerlerinin kendisi için geçerli olduğu kabul edilmesi gerekmektedir. Bu bakış açısı ile ele alındığında, başarılı bir iletişimde mevcut değerlerle başkasının yönlendirilmemesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.^{13,46,75} Ayrıca çeşitli kaynaklarda, hemşire hasta iletişimine engel oluşturan bir takım etkisiz iletişim tekniklerinin olduğu da belirtilmektedir. Bunlar; konuyu değiştirme, dinlememe, yargılama, otomatik yanıtlar verme ve basma kalıp sözler söyleme, duyguları önemsememe ve duygu ifadesini engelleme, taraf tutma, emir verme, yönlendirme, uyarma, tehdit etme, öğüt verme, eleştirme ve suçlama, övgülerde bulunma, teselli etme ve alay etme olarak sıralanabilmektedir.^{13,40,53,76}

2.1.4. Psikiyatri Hemşireliğinde İletişim

Psikiyatri hastalarında, diğer hasta profilinden farklı olarak; yeti yitimi, bilişsel-algısal değişimler, oryantasyon bozuklukları, düşünce içeriklerinde değişiklik vb. bir takım sorunlar görülebilmekte ve bu durumda hastalar, tedavi ve bakım konusunda kendileri için en doğru kararı almakta sorun yaşayabilmektedirler.⁷⁵ Ruhsal bozukluğu olan hastalarla karşılaşan ve onlara bakım veren hemşirelerin bu hastalara yönelik tutum ve davranışları, kaliteli sağlık bakım hizmetinin verilebilmesi açısından çok önemlidir.⁵ Hemşireler tarafından sergilenen olumlu tutum; hastaları rahatlatıcı, çevreyle bütünleştirici, tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Buna karşılık olumsuz tutumlar, hasta ile çevre arasındaki uçurumun daha da artmasına, hastanın toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak tedaviye direnç geliştirmesine neden olmaktadır.⁷⁷

Sağlık alanında çalışan profesyonellere sağlık davranışının hangi yollarla ve hangi koşullar altında etkilendiği konusunda yol gösterici nitelikte çeşitli model ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Tabak (2003) bu kuram, yaklaşım ve modelleri; Tutum

Değişikliği Kuramları, Aşama Kuramları, Bilişsel Kuramlar, Sosyal Süreç Kuramları, Duygusal Tepki Kuramları ve Kitle İletişim Kuramları olarak sınıflandırmaktadır.³⁶ Özcan (2006)'ın, Wilson ve Kneisle (1988)'den aktardığına göre, iletişim kuramları Terapötik İletişim Kuramı, İletişimde Neden-Sonuç İlişkisi Kuramı, Nörolingüistik Programlama ve Transaksiyonel Analiz Kuramı olarak dört grupta toplanmaktadır.³⁵

Transaksiyonel Analiz, psikoterapiden eğitim alanına kadar geniş bir yelpazede yararlanılan bir yaklaşım olup, hemşirelerin, hasta karşısındaki davranış ve tepkilerini anlamaları için kullanılabilecek bir model olabileceği vurgulanmaktadır.^{35,78,32}

2.2. Transaksiyonel Analiz Kuramı

2.2.1. Transaksiyonel Analizin Felsefi Temelleri

Eric Berne (1910-1970) tarafından geliştirilen Transaksiyonel Analiz Kuramı (TA); psikolojinin iletişim, kişilik, psikopatoloji ve danışma/terapi alanlarıyla ilgili bilgileri içermekte olup, insanı olumlu olarak ele alan insancıl bir yaklaşımdır. Berne, insanların tedaviye aktif olarak katılabileceğini, problemlerinin ne olduğunu anlayabileceğini ve tedavide sorumluluk alabileceğini ileri sürmüştür. Psikanalizde olduğu gibi, hastanın problemlerinin kaynağını anlamaya uğraşmak yerine, doğrudan ve hiç vakit kaybetmeden en kısa zamanda ve en kısa yoldan problemini çözmesine yardım etmenin gerekli olduğunu savunmuştur.^{32,33,79,80,81}

TA kuramı, insanlara, yaşama ve değişimin amacına ilişkin olarak pratiğe dönüşmesini amaçlamaktadır. Bu amaçla kuramın temel sayıtları aşağıdaki gibi belirtilmektedir.

a-İnsanlar OKEY'dir: “Herkes ne yaparsa yapsın, kim olursa olsun değerlidir, anlamlıdır ve önemlidir” anlamına gelmektedir. İnsanlar arasında pek çok farklılıklar vardır, ancak insan olarak herkes eşittir. OKEY kavramı, tamamen fenomenolojik bir algılamayı ifade etmektedir.^{33,79,80}

b-Herkesin Düşünme Kapasitesi Vardır: İnsanlar, çevrelerinde ne olduğunu ve kendilerine ne olduğunu kavrayabilme kapasitesine sahiptir. Önemli bir beyin hasarına sahip olmayan herkesin düşünme kapasitesi vardır. Tüm ruhsal sorunlar, uygun yaklaşım kullanıldığında ve sorunu olan bireye gereken bilgiler verildiğinde kişinin kendisi tarafından çözümlenebilir. Bu nedenle profesyonel yardım ilişkisi içinde dahi, birey kendi sorunlarını kendisi çözümler.^{33,79,80}

c-Yaşamında Ne Olacağına Herkes Kendisi Karar Verir: İçinde bulunulan durum ve çevredeki insanlar, bireyin üzerinde az ya da çok, hafif ya da yoğun olmak üzere çeşitli etkilerde bulunabilmektedir. Ancak hangi koşullarda olursa olsun, içinde bulunulan duruma yönelik olarak gösterilecek tepkiye kişi kendisi karar vermektedir. Ayrıca insanlar yalnızca tepki vermekle kalmaz, diğerlerine uyarıcılar da gönderir. Böylelikle gönderilen uyarıcılar da başkaları üzerinde bir etki yaratır. Yaşamda neler olduğu, kişinin davranışlarıyla belirlenir ve bireyin kararına göre yönlenir.^{33,79,82} Transaksiyonel Analiz kuramının Ego Durumları, Transaksiyonlar, Temas İletileri, Yaşam Senaryosu, Yaşam Pozisyonları ve Zamanın Yapılandırılması olmak üzere altı ögesi bulunmaktadır.^{33,79,83,84,85,86}

2.2.2. Ego Durumları Kavramı

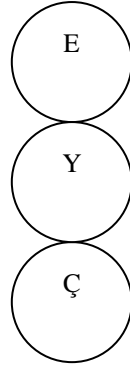
Eric Berne (1961), kuramının diğerlerinden ayıran en temel özelliğinin ego durumları olduğunu belirtmiştir.⁸¹ Berne, ego durumlarını, “belirli ve tutarlı davranış örüntüsü ile ilişkili, tutarlı hissetme ve deneyimleme örüntüsü” olarak tanımlanmış olup, terapilerinde hastalarının bir zihin durumundan diğerine geçiş yaptığını gözlemlemiştir. Bu geçişler, hastaların seçtiği kelimelerle, yüz ifadelerinde, oturuş biçimlerinde ortaya çıkmakta ve anlık olarak değişimler göstermektedir. Berne terapilerinde, insanların bazen bir çocuk, bazen bir yetişkin bazen de bir ebeveyn gibi davrandıkları ve bu şekilde konuştuklarını gözlemlemiştir.⁸⁷

Berne, doğum ve doğum öncesinden başlayarak, öznel yaşantıların her birini bir ego durumu olarak nitelendirmiş ve bunların hepsinin kişiliği oluşturduğunu belirtmiştir.^{81,87,88} Berne, kişiliği; “varoluşsal fenomenler” olarak değerlendirdiği “ego durumları” bakımından tanımlamaktadır. Ego durumları, yapısal ve fonksiyonel olmak üzere iki ayrı modelle incelenmektedir. Yapısal analize göre; her bireyin kişiliğinde Ebeveyn, Çocuk ve Yetişkin olmak üzere üç ego durumu bulunmaktadır.

Fonksiyonel analize göre ise Ebeveyn ego durumu Eleştirel Ebeveyn ve Koruyucu Ebeveyn, Çocuk ego durumu Uygulu Çocuk ve Doğal Çocuk olarak ikiye ayrılmakta; Yetişkin ego durumu ise aynı kalmaktadır.^{33,89}

2.2.2.1. Yapısal Analize Göre Ego Durumları

Yapısal Analiz’de ego durumları; Ebeveyn (E), Yetişkin (Y) ve Çocuk (Ç) olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Yapısal Analiz, üç ego durumunun her birinin içinde ne olduğu ile ilgilenir.^{33,79,88} (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Yapısal Analize Göre Ego Durumları

Kaynak: Berne, E. (1961). Transactional Analysis in Psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry, Grove Press, New York.

Ebeveyn ego durumu: Bireyin yaşamında karşılaştığı ebeveyn figürlerinin duygu, düşünce ve davranış örüntüleri takımıdır. Bireyin yaşamında yer alan ebeveyn figürleri; yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlardan oluşmaktadır. Bu bağlamda Ebeveyn ego durumu yaşamla baş etmek üzere başkalarından ödünç olarak alınan duygu, düşünce ve davranışları ifade etmektedir. Ebeveyn kayıtları, diğer ego durumlarının kayıtları gibi yaşam boyu eklenerek artmaktadır. Bir kimse başkalarına ve çevresine tepkide bulunurken veya uyarıcı gönderirken, eğer bu kayıtlarını harekete geçirecek şekilde enerjisini yönlendiriyorsa veya bu kayıtlardakine benzer yeni yaşantılar içindeyse Ebeveyn ego durumundadır.^{46,33,79} Ebeveyn ego durumu; kişiliğin, insanlara nasıl davranılması gerektiği konusunda öğütler, emirler veren kısmı olarak da tanımlanabilir.^{46,33,79,88,89,90,91}

Yetişkin Ego durumu: Şu andaki gerçeğe uygun olan ve diğer iki kategoriden özerk, duygu, düşünce ve davranış örüntüleri takımıdır. Çocuk ego durumundan farklı olarak, nesnel verileri işleyerek yaşamda karşılaşılan her türlü problemin çözümüne yönelik yaşantılardan oluşmaktadır. Çocuk ego durumunda ise öznel algılamaya dayalı olarak problem çözme yaşantıları bulunmaktadır. Yetişkin ego durumu, geçmişten çok şu ana yönelik olduğundan Ebeveyn ego durumundan farklıdır. Bir kimse başkalarına ve

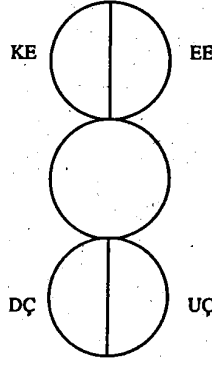
çevresine tepkide bulunurken veya uyarıcı gönderirken, eğer bu kayıtlarını harekete geçirecek şekilde enerjisini yönlendiriyorsa veya bu kayıtlardakine benzer yaşantılar içindeyse Yetişkin ego durumundadır. Kişiliğin bu parçası; duyulan, görülen ve düşünülen verileri doğru olarak işler, problemlere yönelik çözümleri saptar ve varolan veriyi önyargılı düşüncelere ya da duygulara dayandırmadan değerlendirir.^{33,79,80,81,85,89}

Çocuk Ego Durumu: Bireyin yaşamla başetmek üzere kendi potansiyelini işe koşarken kendisinin oluşturmuş olduğu ve çocukluğundan da izler taşıyan duygu, düşünce ve davranış örüntüleri takımıdır. Bir yetişkin tüm yaşamı boyunca varlığını korumak için uyarıcılar almak ve tepkilerde bulunmak durumundadır. Kişiliğin bir anlamda en orijinal kısmını oluşturan bu yaşantılar, hem yeni yaşantıların eklenmesiyle hem de çocukluğundakilerin aynısının tekrarlanmasıyla yaşam boyu sürer.^{55,33,79,80,81}

2.2.2.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları

Ego durumlarını değerlendirmede kullanılan diğer bir analiz yöntemi olan fonksiyonel analiz ise daha çok gözlenen davranışların sınıflandırılması ile ilgilenmektedir. Fonksiyonel analize göre ego durumları; Eleştirel Ebeveyn (EE), Koruyucu Ebeveyn (KE), Yetişkin (Y), Doğal Çocuk (DÇ) ve Uygulu Çocuk (UÇ) olmak üzere beş sınıfta incelenmektedir.^{33,79,80,81,89} (Şekil 2.2) Bir kimsenin sahip olduğu kişisel enerji, ego durumu kavramları bakımından Sabitlik Hipotezi ile ifade edilmektedir. Akkoyun'un (2007), Dusay'dan (1972) aktardığına göre, bir kimsenin sahip olduğu enerjinin değişik ego durumlarında akışkan olduğu, ancak miktarının sabit olduğu belirtilmektedir.

Çeşitli biyokimyasal araştırmaların sonuçlarına dayanan bu hipoteze göre; bir ego durumundaki enerjide artış olduğunda, enerjinin tümü sabit olduğundan psişik enerjideki yer değiştirme nedeniyle, diğer ego durumlarındaki enerjide bir azalma ortaya çıkacaktır. Basitleştirilmiş olarak (E+Y+Ç) enerjisi=1 olarak ifade edilebilen bu psikofizyolojik eşitliğe, sabitlik hipotezi denilmektedir.³³



Şekil 2.2. Fonksiyonel Analize Göre Ego Durumları

Kaynak: Berne, E. (1961). Transactional Analysis in Psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry, Grove Press, New York.

Eleştirel Ebeveyn: Kişiliğin bu parçası ebeveynlerden ya da ebeveyn figürlerinden öğrenilen önyargılı düşünceler, duygular ve inançlardır.^{33,79,85,89} Eleştirel Ebeveyn; toplumsal kuralları/değerleri korumaya, bunlara uymayanları eleştirmeye yöneliktir. Eleştirel Ebeveyn, sadece başkalarını eleştirmekle kalmaz, aynı zamanda kendini de eleştirir. Birey, Eleştirel Ebeveyn yönünü kullanarak kendisine toplumun kültürünü aktaranlardan öğrendiği ve giderek doğru olarak benimsediği toplumsal kuralları yaşatmayı ve gelecek kuşaklara aktarmayı hedefler. Eleştirel Ebeveyn; güçlü, inatçı, aşırı koruyucu, ilkeli, cezalandırıcı ve görev yükleyici gibi bir takım özelliklere sahiptir.^{33,79,85,88,89}

Koruyucu Ebeveyn: Toplumsal değerleri temel alır ve toplumsal değerlerin dışına çıkıldığında zarar göreceğini düşünür. Koruyucu Ebeveyn, Eleştirel Ebeveyn ego durumunun tersine hareket etmekte olup; merhametli, ilgili, özen gösterici, cana yakın, bağışlayıcı, destekleyici, izin verici, anlayışlı, kabul edici ve endişeli, vefakar, yardımsever, güvenilir tutum ve davranışları üzerine kurulmuştur.^{33,46,79,80,89,92} Bu tür tutum ve davranışlarla büyüyen çocuklar, ileride kendi çocuklarına ve diğer insanlara,

öğrendikleri aynı sevimli ilgi sözlerini yineleyip, aynı koruyucu sınırları koyabilmektedirler.^{83,93,94,95} Koruyucu Ebeveyn ego durumları baskın olan kişiler, geleneklerdeki hızlı değişmelere karşı çıkılmasını ve sürekliliğini tercih ederler. İnsanlar arasındaki sevgi ve saygıyı besleyip, ilişkileri sürdürmeye çalışırlar ve başkaları tarafından da yardımcı, sadık, sorumlu ve ‘danışılabilir’ iyi kişiler olarak algılanırlar. Koruyucu Ebeveyn ego durumuna göre davranan kişi, diğer insanlara karşı şefkatli, besleyici, koruyucu, anlayışlı ve sevecen davranmakta, daha çok diğer insanların Çocuk ego durumuna seslenmektedir.^{83, 93,94}

Yetişkin: Yetişkin ego durumu yapısal analizde olduğu şekilde kalmaktadır.

Doğal Çocuk: Doğal Çocuk, ebeveyn figürlerine tepkide bulunmaktan uzak durarak, kendini spontan bir şekilde ifade eder. Kişinin kendi fiziksel ihtiyaçlarını gözetir, hareketlidir, yaratıcıdır, kişiliğin eğitilmemiş kısmıdır.^{58,83,84,90,94} Çocuk ego durumunun toplumsallaşmamış yönü olup, hiç kimseye aldırmaşızın olduğu gibi davranır. Doğal Çocuk hırçındır, atılgandır, sevecendir, meraklıdır, başkaldırır, saldırgandır, zevkine düşkündür ve korkaktır.^{33,55,79,96}

Uygulu Çocuk: Uygulu Çocuk, Doğal Çocuktan farklı olarak, sanki ebeveynleri onu dinliyormuş ya da gözlüyormuş gibi tepkide bulunur. Çalışkan, uslu ve asidir ya da ebeveyn figürlerinin herhangi birini referans alarak davranışlar gösterir. Doğal Çocuk ve Uygulu çocuk tepkileri, hem burada-şimdi tepkisi olarak hem de geçmişteki bir tepkinin tekrarı olarak gözlenebilir. Ancak aralarındaki önemli farklılık, davranışın başka bir kimseye uymaya yönelik olup olmamasındadır.^{33,79,80}

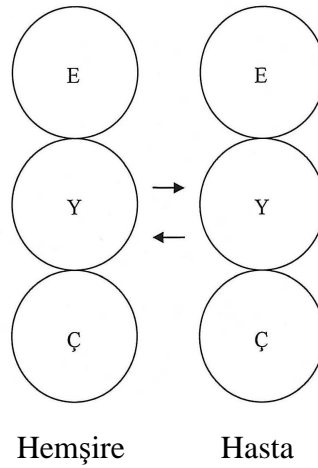
2.2.3. Transaksiyonlar

Transaksiyonel Analiz kuramına göre; iletişim süreci, bireyler arasında karşılıklı olarak ego durumları arasında gerçekleşen transaksiyonlardan oluşur. Kişilerarası iletişimde, bir uyarıcı ve bir tepkiden oluşan birime transaksiyon (iletişim işlemi) denir.^{33,79} Berne (1961), bir transaksiyonel uyarıcı ile bir transaksiyonel tepkiyi bir transaksiyon olarak adlandırmış ve bunu da sosyal etkileşimin temel birimi olarak ele almıştır.⁸⁶ Transaksiyon; iki kimsenin belli ego durumları arasında gerçekleşen, bir uyarıcı ve bir tepkiden oluşan bir iletişim birimidir.^{32,33,79,80,89}

Berne (1961), temelde tamamlayıcı, kapalı ve gizil olmak üzere üç çeşit transaksyon olduğunu ifade etmektedir. Bu transaksyon türleri, iletişimde harekete geçirilen ego durumlarının çeşitliliği ve uyarıcıyı gönderenin beklentisinin (temas iletisi ihtiyacının istediği şekilde karşılanmasının) gerçekleşip gerçekleşmemesi açısından farklılıklar göstermektedir. Buradaki beklenti; karşı tarafla zamanın nasıl yapılandırılmak istendiği ve farkında olarak veya olmayarak hangi ego durumuna temas iletisi alınmak istendiğidir. Bu nedenle, beklentiye dayalı olarak her bir transaksyon türü için ayrı bir iletişim kuralı ortaya çıkmaktadır.^{32,33,79,80,89}

2.2.3.1. Tamamlayıcı Transaksyonlar

İletişimde bulunan iki kimsenin her birisinin yalnızca bir ego durumundan hareket ettiği ve uyarıcıyı gönderenin karşısındaki kişide hedeflediği ego durumundan tepki aldığı transaksyonlardır. Tepkide bulunan kişi, karşısındakinin kendisine uyarıcı gönderdiği ego durumundan tepkide bulunmaktadır. Bir başka deyişle, karşısındaki kimsenin beklentisini karşılamaktadır. Bu tür transaksyonların olduğu iletişim çok az ya da hiçbir çatışma olmadan sonsuza kadar devam etmektedir.^{32,33,79,80,89} (Şekil 2.3)



Şekil 2.3. Tamamlayıcı Transaksyon

Kaynak: Akkoyun, F (2007). Psikolojide İşlemsel Çözümleme Yaklaşımı Transaksyonel Analiz. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Hasta: (Sakin bir ses tonu, gözlerde merak ifadesi ile) Y-Y

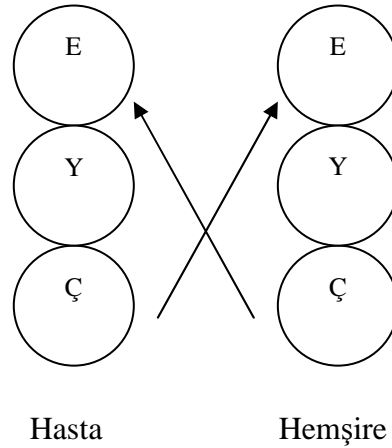
-Hemşire hanım, bahçe saati ne zaman?

Hemşire: (Sakin bir ses tonu, nötr bir yüz ifadesi) Y-Y

-Saat 10'da.

2.2.3.2. Kapalı Transaksiyonlar

İletişimde bulunan iki kişinin her birinin yalnızca bir ego durumundan hareket ettiği, ancak uyarıcıyı gönderenin karşısındaki kişide hedeflediği ego durumundan tepki almadığı transaksionlardır. Tepkide bulunan kişi, karşısındakinin kendisini uyardığı ego durumundan tepkide bulunmamakta, başka bir ego durumundan tepkide bulunmaktadır. Bir başka deyişle, karşısındaki kimsenin beklentisini karşılamamaktadır. Bu nedenle aralarındaki iletişim kesintiye uğrayabilmektedir.^{32,33,55,79,80,89} (Şekil 2.4)



Şekil 2.4. Kapalı Transaksiyon

Kaynak: Akkoyun, F (2007). Psikolojide İşlemsel Çözümleme Yaklaşımı Transaksionel Analiz. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Hasta: (Zayıf ve nazlı bir ses tonu, öne eğik bir postür) Ç-E

-Hemşire hanım, bahçeye çıkmak istiyorum.

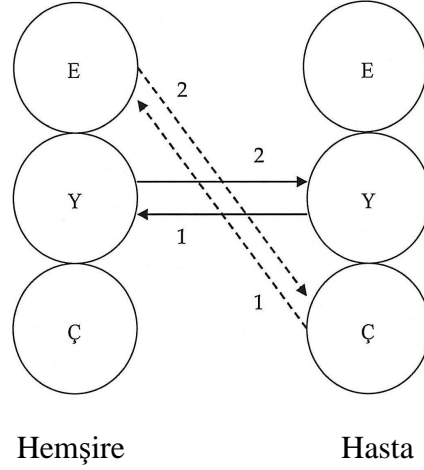
Hemşire: (Zayıf ve nazlı bir ses tonu, omuzları çökkün bir postür) Ç-E

-Ben de buradan kaçmak istiyorum.

2.2.3.3. Gizil Transaksiyonlar

İletişimde bulunan iki kimseden yalnızca birisinin ya da her ikisinin de iki ego durumundan birden harekete geçtiği (bir transaksionda üç ya da dört ego durumunun harekete geçtiği) ve de aynı anda psikolojik ve sosyal olmak üzere iki farklı mesajın birlikte yer aldığı transaksionlardır. Açıkça ifade edilen (sosyal mesaj) ile açıkça belirtilmeyen ama sözsüz olarak iletilen (psikolojik mesaj) birbiriyle uyumsuzdur.

İkiden fazla ego durumunun kullanılması ve iki farklı mesajın aynı anda yer alması nedeniyle, karmaşık olan gizil transaksyonlar hem kapalı hem de tamamlayıcı transaksyonları içermektedir. Ancak kapalı bir transaksyonu içermesine karşın, karşıdaki kişinin beklentisi karşılandığından bu transaksyonlar sürebilmektedir.^{33,55,79}



Şekil 2.5. Dupleks Gizil Transaksiyon

Kaynak: Akkoyun, F (2007). Psikolojide İşlemsel Çözümleme Yaklaşımı Transaksiyonel Analiz. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Hemşire: (sert bir ses tonu, cümlelerin sonunda ses tonunda düşüş, çatık kaşlar)
Sosyal düzeyde: Y-Y (Psikolojik Düzeyde: E-Ç “Yine içmedin değil mi?”)
-İlacını içtin mi?

Hasta: (Titrek bir ses tonu, başı yana eğme, omuzlarda çökme)
Sosyal Düzeyde: Y-Y (Psikolojik düzeyde: Ç-E “Bana hiç güvenmiyorsun.”)
-Evet içtim.

2.2.4. Temas İletileri

Berne (1961), insan davranışlarının temelinde, temas ihtiyacının yattığını belirterek kuramını bu düşünceye dayandırmaktadır.⁸¹ İnsan davranışlarının en temel parçacıklarını ele alarak bir sistem yaklaşımını ortaya koyarken, temas ihtiyacının en yalın birimi olarak da temas iletisini ele almaktadır.^{33,79,80,89}

Dokunmanın insanlar üzerindeki yaşamsal değerini gözleyen Berne, bunun temelde varlığın onanması ihtiyacını karşıladığını düşünmektedir. Bu nedenle, temas iletisini bir kimsenin varlığını onamaya yarayan herhangi bir mesaj olarak tanımlamaktadır.^{33,79,80,89}

Başkalarından gelen sözlü ve sözsüz mesajların yanı sıra, duyu organlarına hitap eden tüm uyarıcılar birer temas iletisidir. Güzel bir manzara, kuş cıvıltısı, değişik bir koku, herhangi bir yiyecek gibi şeyler de bireyin varlığının onandığı mesajını iletir. Temas

iletileri, içsel veya dışsal kaynaklı olabilir. Dışsal kaynaklı temas iletileri; çevreden ve başka insanlardan alınan iletilerdir. İçsel kaynaklı olanlar ise; kişinin kendisinden kaynak almaktadır. Kişinin kendisiyle olan iletişimi, düşünceleri, anıları, hayal dünyası, o anda çevresinde başka insanlar olmasa bile, birer temas iletisi olarak alınabilir.^{33,79,80,89} Temas iletilerinin sınıflaması; sözel veya sözsüz, olumlu veya olumsuz, koşullu veya koşulsuz olmalarına göre yapılmaktadır. Genel olarak olumlu temas iletileri olumsuzdan daha iyi olarak belirtilmektedir. Koşullu ileteler, yapılan, başarılan ya da sahip olunan belirli bir kişisel özellik ile ilgili olarak verilir. Örneğin; “sınavlarımı başarıyla tamamladığın için mutluyum” ifadesi koşullu bir temas iletisidir. En yıkıcı ileteler, koşulsuz olumsuz iletelerdir. Bu ileteler “OK değil” mesajını taşır ve esasen buna temellenen bir durum da bulunmamaktadır. Örneğin; “senden nefret ediyorum” ifadesi hem koşulsuz hem de olumsuz bir temas iletisidir. Erken yaşamdaki bu tür mesajlar ve ileti örnekleri bireyin kendisine ilişkin görüşünü ciddi anlamda etkileyebilmektedir. Bu tür ileteler, kişinin öz-saygısına zarar vermekte ve yaşama isteğini de tehdit edebilmektedir.^{33,79,80,85,89}

2.2.5. Zamanın Yapılandırılması

İnsanlar, bir varoluş boşluğunun içinde yaşamak durumundadır. Bu bağlamda hem varoluşun onanması ihtiyacı, hem de bilinmez bir zaman boşluğu içinde yaşamının sorumluluğunu üstlenmek durumu ile karşılaşmaktadır. Bu nedenle onaylanma/sıvazlanma gereksinimi, zamanın çeşitli şekillerde yapılandırılarak giderilmektedir. Birey diğerleriyle olan ilişkilerinde zamanı farklı biçimlerde kullanmaktadır.^{33,79,89}

Transaksiyonel Analiz kuramında bireyin diğer bireylerle olan ilişkisinde geri çekilme, ritüel/tören, vakit geçirme, aktivite/etkinlik, psikolojik oyunlar ve içtenlik/samimiyet olmak üzere altı şekilde zamanı yapılandırma biçimi yer almaktadır.^{33,79,85,89}

Geri Çekilme: Yalnız durumda ve başkalarının yanında hiç kimse ile iletişime girilmediğinde geri çekilmeden söz edilmektedir.⁹⁷ Geri çekilme durumunda kişi çevresiyle iletişim kurmayarak, temas iletisi gereksinimini kendi kendine verdiği iletelerle sağlamaya çalışır.⁹⁸ Geri çekilme bireyin kendi kendine değerlendirme yapması, kendine yönelik doğru ileteler vermesi ve kendisini yenilemek üzere olanaklar sağlaması bakımından önem taşımaktadır.⁹⁹

Ritüeller/Tören: Günlük yaşamda kullanılan, Ebeveyn Ego Durumu kapsamında yer alan davranışlardır. Ritüeller sözsüz iletişim örnekleri ya da çok az sözel iletişim sağlayan davranış şekilleridir. Sabahları “Günaydın”, “Nasılsınız?”, akşamları “İyi akşamlar” demek birer ritüeldir. Ritüeller düşünmeksizin otomatik olarak ne yapılacağı konusunda yol gösteren rehber niteliğindedir.^{97,98,99}

Vakit Geçirme: İnsanların birbirlerine yoğun temas iletileri vermeksizin, belirli bir amacı olmaksızın, birbirlerinden psikolojik bakımdan uzakta kalarak ve özellikle birbirlerinin fiziksel anlamda varlığını onaylayarak zamanı yapılandırmalarıdır.^{98,99}

Aktivite/Etkinlik: Bir amaca yönelik olarak bir işle meşgul olma durumudur. Alışveriş, spor, iş hayatı birer örnek olarak değerlendirilebilir. Kişi, bunu yalnız başına ya da başkalarıyla gerçekleştirebilir, ayrıca kişi bundan zevk alabilir ya da almayabilir.⁹⁷

Psikolojik Oyunlar: Transaksiyonel Analiz kuramında oyun, iyi yapılandırılmış ve önceden sezilebilecek bir sonuca doğru ilerleme gösteren tamamlayıcı, gizil, karşılıklı davranışları, düzen ve aldatmacayı öngören gizli ve duygusal yarar sağlayan, genellikle tekrarlayan bir dizi davranışları içermektedir.⁸³ Berne, psikolojik oyunların gizil transaksyonlar sonucu oluştuğunu ve Yetişkin ego durumunun bilinçsizliğinde oynandığını belirtmiştir.⁸⁸ Problemini çözmekten uzaklaşarak, farkında olmadan probleminin ağırlığı ile ezilen bir kimse ya problemi ile yüzleşerek bunu çözmek ya da destek almak üzere çevresini manipüle etme yoluna gitmektedir. Problemi ile yüzleştirilmemiş ve/veya yüzleşmemiş olan bir kimse, varoluş pozisyonunu ve olumsuz duygularını sürdürmek ve onaylatmak üzere çeşitli yollara başvurabilmektedir.³³ Oyunlar öğrenilmiş davranışlar olup, birçok insan değişik yoğunluklarda favori oyunlarını oynamaktadırlar. Birinci düzeydeki oyunlar, genellikle büyük travmalara neden olmayan sosyal çerçevede oynanırken, ikinci düzeydeki oyunlar; ödül daha büyük olduğunda gerçekleşmektedir. Bu genellikle daha içsel çerçevede olur ve olumsuz bir bedelle sonlanır. Üçüncü düzeydeki oyunlar ise, oyuncuların mahkemeye, hapisaneye, ameliyata veya morga gitmelerine neden olabilmektedir. Çok uzun süreli oynanan bu oyunların sonunda oyunculardan en az birinin fiziki bir zarar görmesi söz konusudur.^{33,79,80,89}

Bireyler;

- Zamanı yapılandırmak,
- Temas iletileri almak,
- Sahip olunan duygu, düşünce, eylemler sistemini ve yerine konulan bir duyguyu sürdürmek,
- Ebeveyn emirlerini ve yaşam senaryolarını onaylamak,
- Kendisi ya da diğerlerinin “OK” olmadığını kanıtlayarak sahip olduğu yaşam pozisyonunu sürdürmek,
- Tahminler yapabilmek vb. nedenlerle psikolojik oyunlar oynamaktadır.¹⁰⁰

İçtenlik: İki kişi arasında nadir olarak gerçekleşen bir durumdur. Bu durumda Çocuk ego durumları birbirine tam güven içinde olup, Yetişkin, Ebeveyn ego durumlarının onayı söz konusudur. Psikolojik oyunlardan çıkabilmek ya da bu oyunlara girmemek içtenliğin kurulması ve sürdürülmesine bağlıdır.⁹⁹

2.2.6. Yaşam Senaryosu

Birey çok küçük yaşlardan itibaren çevresini değerlendirmeye ve olanları yorumlamaya başlar. Bu değerlendirmeler çerçevesinde çevresine tepkide bulunur. Bu bilinç dışı duruma Transaksiyonel Analizde “Yaşam Senaryosu” denmektedir. Bu senaryo, bireyin kendisi ile eğilimini, kanaatini içermektedir. Tercih edilen psikolojik oyunların yaşam senaryosuyla doğrudan ilişkisi bulunmaktadır.⁹⁷ İnsanlar, büyüdüklerinde içinde yaşadıkları ve kendine özgü emsalleri olan toplumun genel oluşumu içerisinde senaryolarını oynarlar. Bu senaryoların oynandığı yer ev, okul, sosyal toplantılar, kutsal alanlar, vb. olabilir.⁹³

2.2.7. Yaşam Pozisyonları

Bireyin kendisine başkalarına ilişkin algılarını dayandırdığı temel duruma, yaşam pozisyonu denilmektedir. Yaşam pozisyonları kavramı; bir kimsenin yalnızca kendisi ve başkalarıyla ilgili görüşleriyle sınırlı olmayıp, temelde psikolojik bir durumu ifade etmekte ve bireyin kendisine ve başkalarına ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarını içermektedir.^{33,79} Günlük yaşantıda insanlar her gün bu pozisyonları doğal olarak deneyimlemekte olup, bir anda bir konumdan diğerine geçilebilmektedir.¹⁰¹

Ben OKEY'im, Sen OKEY'sin (Ben +, Sen +): Sağduyulu ve sağlıklı bir yaşam pozisyonudur. Kişiler gerçekçi davranırlarsa, kendileri ve başkalarıyla ilgili sorunlarını yapıcı bir biçimde düzenleyebilir, beklentilerini gerçekleştirebilirler.^{33,79,83} Bu yaşam pozisyonundaki kişilerin özellikleri; kendine güvenli, güven verici, şefkatli, onaylayıcı, açık, yaratıcı olarak belirtilmektedir.¹⁰²

Ben OKEY'im, Sen OKEY Değilsin (Ben +, Sen -): Dışa yansıtmalı bir yaşam pozisyonudur. Bu yaşam pozisyonundaki kişiler kendilerini haksızlığa uğramış ve aldatılmış hissettikleri için başkalarını ezmeye ve aldatmaya eğilimlidirler.^{33,79,83} Bu yaşam pozisyonundaki kişilerin özellikleri; sürekli öğütler verme, diğerlerini eleştirme, başkalarının hatalarına tahammülsüz olma, baskıcı olma vb. olarak ifade edilmektedir.¹⁰²

Ben OKEY değilim, Sen OKEY'sin (Ben - , Sen +): İçe yansıtmalı bir yaşam pozisyonudur. Bu yaşam pozisyonunu benimseyen kişiler, kendilerini başkalarıyla kıyasladıklarında güçsüz hissederler.^{33,79,83} Bu kişilerin özelliklerine bakıldığında; geri çekilme, pasiflik, kaçma, abartılı çaresizlik, suçluluk, depresyon vb. olduğu görülmektedir.¹⁰²

Ben OKEY değilim, Sen OKEY değilsin (Ben - , Sen -): Sağlıksız bir durum olarak belirtilmektedir. Bu kişilerde sorumsuzluk, isyankarlık, bakımsızlık, aşırı yeme, aşırı alkol tüketimi, yaşantısına seyirci kalma, umursamazlık, mutsuzluk, paranoya vb. özellikler görülmektedir.^{87,102}

Yetişkinlik dönemine gelen herkes, bu yaşam pozisyonlarından birisine dayalı olarak yaşamının nasıl geçeceğini belirlemektedir. Beş ile yedi yaşa kadar olan dönemde herkes duygusal olarak bu dört yaşam pozisyonunu yaşamaktadır. Ancak Yetişkin ego durumu geliştikçe, "Ben OKEY'im, sen OKEY'sin" pozisyonu bilinçli olarak seçilebilmektedir.^{33,83,89}

2.2.8. Transaksiyonel Analiz Kuramının Uygulama Alanları ve Yapılan Çalışmalar

Berne (1961), kuramını bir sosyal birleşme kuramı olarak nitelendirmekte, bunun grup terapisinde de kullanılabilir bir yöntem olduğunu ifade etmektedir.⁸¹ Bununla birlikte kuramla ilgili görüşlerinin iletişim ve psikoterapinin yanı sıra kişilik ve psikopatoloji konularında da yoğunlaştığı görülmektedir.^{33,79} TA, insan davranışlarının ve ilişkilerinin olduğu her alanda kullanılabilir. Değişik uygulama alanlarının değişik becerileri gerektirmesi ile birlikte danışma, klinik, eğitim ve örgüt olmak üzere çeşitli alanlarda kullanılmaktadır.³³

Dünyada ve ülkemizdeki literatür incelendiğinde, sağlık çalışanı ya da sağlık eğitimi alan öğrenciler ile psikiyatri hastalarına yönelik tutum ve iletişimlerini değerlendirmek üzere çeşitli araştırmalar yapıldığı, ancak Transaksiyonel Analiz kuramı ile ilgili olarak; danışma, klinik, eğitim ve örgüt alanlarında olmak üzere sınırlı sayıda çalışmaların olduğu görülmektedir.

Ülkemizde Transaksiyonel Analiz kuramı ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda ağırlıklı olarak bu kuramın eğitim ve danışmanlık boyutu ile ele alındığı göze çarpmaktadır. Ancak Transaksiyonel Analiz kuramı çerçevesinde hemşire ile psikiyatri hastaları arasındaki iletişimi değerlendiren herhangi bir literatür bilgisine ulaşamamıştır. Aşağıda ilgili araştırmalar hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişim ve TA ile ilgili araştırmalar olmak üzere iki başlık altında sunulmuştur.

2.2.8.1. Hasta-Sağlık Çalışanı Arasındaki İletişim ile İlgili Çalışmalar

Kırlangıç'ın yapmış olduğu tez çalışmasında (1984), hemşirelerin görevlerini yerine getirirken, tıbbi tedavinin yerine getirilmesi, hastanın günlük işlerinin yürütülmesi, gözlem yapma ve hastayı kontrol etme şeklinde sınırladıkları, hastanın duygusal gereksinimini karşılamak için fazla beraber olmadıkları hatta zaman zaman itici oldukları bulunmuştur.¹⁰³

Haytural ve Atalay'ın (1990) yapmış olduğu çalışmada; hemşirelerin %50.7'si zorunlu işler dışında hastaları ile iletişim kurmadıklarını, hastalarla iletişim kurduğunu ifade eden hemşirelerin ise yalnızca %7.2'sinin hastayı dinlemek, duygu ve düşüncelerinin ifadesini sağlamak amacıyla iletişime girdikleri belirlenmiştir.¹⁰⁴

Aştı'nın (1995), hemşirelik öğrencilerinin psikiyatrik hastayla ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, öğrencilerin psikiyatri hastaları ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha olumsuz tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir.¹⁰⁵

Bailey (1998), yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda; bu kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin daha önyargılı ve damgalayıcı oldukları ve psikiyatri hastalarına yeterli bakım vermediklerini saptamıştır.¹⁰⁶

Berg ve Hallberg (1999), psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere sistematik, klinik uygulamaya yönelik hemşirelik tanıları doğrultusunda yapılan hemşirelik sürecinin ve grup geribildirimleriyle planlanan süpervizyonun hasta bakım kalitesini artırdığını, bununla birlikte hemşirelerin duygusal gereksinimlerini destekleyen ve yaratıcılığa izin veren bir programın ise daha faydalı olabileceğini belirtmektedirler.¹⁷

Bostancı ve Aştı'nın (2000), hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarını inceledikleri çalışmada, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruh hastaları ya da hastalıklarına karşı psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha olumlu görüş, davranış ve tutum eğilimi içinde olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, psikiyatri dışında çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere göre, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin; normal insanlardan farklı, değersiz olduğu, hastalığın özellikle olumsuz anne - baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdiklerini bunun yanı sıra bu hastalara karşı daha az koruyucu - kollayıcı ve kısıtlayıcı görüşe sahip oldukları saptanmıştır.¹⁹

Tutuk ve arkadaşlarının (2002), öğrenci hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin etkili kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerisi geliştirmesinin hastalar üzerinde olumlu etkiler (hizmetten memnuniyetin artması, hastalık ve tedaviye uyum, iyileşmeye motivasyonun artması) yarattığını göstermektedir.¹⁸

Taşkın ve arkadaşlarının (2003), sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofren hastalığına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma sonucunda; öğrencilerin psikiyatri hastaları ile yakın ilişkiler gerektiren durumlarda daha olumsuz tutumlara sahip olduklarını saptamışlardır.¹⁰⁷

Sharrock ve Heppel tarafından yapılan bir çalışmada (2005); akıl hastaları ile doğrudan uygulama deneyimi fazla olan hemşirelerin, deneyimi az olan hemşirelere göre hastayı kabul edici yaklaşımlarının daha fazla olduğu görülmüştür.¹⁰⁸

Reed ve Fitzgerald'ın (2005), psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalara bakım veren hemşirelerin yaklaşım tarzlarını ele aldıkları bir çalışmada; psikiyatri hastalarına karşı hemşirelerin, “*bizim görevimiz değil yaklaşımı*” ile “*korku*” yaklaşımı geliştirdikleri belirlenmiştir.¹⁰⁹

Bağ'ın (2005), psikiyatri dışında çalışan hekim ve hemşirelerin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını araştırdığı çalışmasında; sağlık personelinin yarıya yakın bir çoğunluğunun psikiyatri hastalarını saldırgan buldukları ve aynı iş yerinde çalışmak istemedikleri belirlenmiştir.¹¹⁰

Doğan ve Kocacık'ın (2006), öğrenci hemşirelerle yaptığı psikiyatri stajı sonunda deneyimlerini araştırdığı çalışmasında, hastalara yönelik otoriterliğin ve kısıtlayıcılığın azaldığı belirlenmiştir.¹¹¹

Çam ve arkadaşlarının (2007), ebe ve hemşirelere yönelik olarak verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına, iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerini incelediği çalışma sonucunda ebe ve hemşirelerin eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları ile olumlu yaklaşımlarının arttığı saptanmıştır.¹¹²

Işık'ın (2010), yapmış olduğu çalışmada, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha olumsuz görüş ve tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir.⁴

2.2.8.2.TA ile İlgili Araştırmalar

Arı'nın (1989) yapmış olduğu çalışmada, üniversiteli kız öğrencilerin Koruyucu Ebeveyn ve Uygulu Çocuk ego durumu puan ortalamaları erkek öğrencilerinkinden; erkeklerin ise Yetişkin Ego durumu puan ortalamalarının kız öğrencilerinkinden yüksek olduğu belirlenmiştir.⁹⁴

Daingerfield'in (1993), 22 yoğun bakım hemşiresinin hasta ve aileleri, hekim ve diğer bireylerle olan iletişimlerini değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu araştırmada, hemşirelerin hastalarla ve diğerleriyle olan iletişimlerinde ağırlıklı olarak Yetişkin Yetişkin ve Ebeveyn-Çocuk iletişimi kurdukları, hemşirelerle olan iletişimlerinde ise ağırlıklı olarak Yetişkin-Yetişkin ve Çocuk-Çocuk iletişimleri kurduğu saptanmıştır.¹¹³

Akbağ'ın (2000) yapmış olduğu çalışmada, üniversite öğrencilerinin kendilerini en yüksek Koruyucu Ebeveyn, ikinci sırada Yetişkin ve Doğal Çocuk, en son sırada ise Eleştirel Ebeveyn ve Uygulu Çocuk ego durumunda değerlendirmişlerdir.¹¹⁴

Alisinanoğlu ve Köksal'ın (2000) yapmış olduğu çalışmada, cinsiyetin empatik beceri, Eleştirel Ebeveyn ego durumu, Koruyucu Ebeveyn ego durumu, Doğal Çocuk ego durumu üzerinde farklılığa neden olmadığı, ancak Yetişkin ego durumu ve Uygulu Çocuk ego durumu üzerinde önemli ölçüde farklılığa neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca, empatik beceri ile Doğal Çocuk ego durumu arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.¹¹⁵

Akbağ ve Deniz'in (2003), eğitim fakültesi öğrencileri ve öğretim elemanlarının ideal ve varolan öğretim elemanı ve öğrenciye yönelik algılarını değerlendirdikleri bir çalışmada, öğrencilere göre ideal öğretim elemanı ağırlıklı olarak Yetişkin ego durumunu, en az Eleştirel Ebeveyn ego durumunu kullanmaktadır. Varolan öğretim elemanları ise ağırlıklı olarak Eleştirel Ebeveyn Ego durumunu kullanmaktadırlar.⁹²

Wiesner'in (2004), psikoloji öğrencileriyle yaptığı çalışmada yaşam pozisyonları ve bazı duyuşsal özellikler (üzüntü, mutluluk, kızgınlık, sosyal anksiyete, yalnızlık, yaşamdan haz alma) arasındaki ilişki araştırılmıştır. Buna göre; duyuşsal özellikler ve yaşam pozisyonları arasında güçlü ilişkilerin olduğu belirlenmiştir.¹⁰²

Booth ve Maning'in çalışmasında (2005), 41 radyologun 173 iletişimi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda radyologların ağırlıklı olarak Eleştirel Ebeveyn, ikinci olarak Yetişkin ego durumunu kullandıkları belirlenmiştir.¹¹⁶

Pestonjee ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin en sık Yetişkin Ego Durumunun bir ögesi olarak problem çözme, Koruyucu Ebeveynin bir özelliği olarak destek sağlama ve Uygulu Çocuk Ego Durumu özelliklerinden esnek olma durumunu kullandıkları belirlenmiştir.¹¹⁷

Shirai (2006), yapmış olduğu çalışmada, hastalığını ve sürecin nasıl işleyeceğini bilmek isteyen terminal dönemdeki hastaların ağırlıklı olarak Yetişkin Ego Durumunu kullandığı, Doğal Çocuğun Uygulu Çocuktan daha yüksek olduğu ve Eleştirel Ebeveynin Koruyucu Ebeveyne göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalığını bilmek istemeyen terminal dönemdeki hastaların da ağırlıklı olarak Koruyucu Ebeveyni kullandıklarını, Uygulu Çocuğun Doğal Çocuktan daha yüksek olduğu ve Eleştirel Ebeveynin düşük olduğunu belirtmiştir.⁸⁴

Keçeci'nin (2007), hemşirelik öğrencisi ve öğretim üyeleri arasındaki iletişimin TA kuramı ego durumları açısından incelediği çalışmasında elde edilen nicel verilere göre; öğretim üyesinin ağırlıklı Yetişkin, en az Eleştirel Ebeveyn ve Doğal Çocuk ego durumunu sergiledikleri; öğrencilerin yaşları, sınıfları, annelerinin eğitim durumu, öğretim üyesi ile olan iletişimlerini algılama düzeyi, öğretim üyesinin yaşı, akademik derecesi, çalışma yılı, öğretim üyesi olarak çalışma yılı, medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumlarının öğretim üyelerinin ego durumlarını kullanmalarına yönelik öğrenci görüşlerini etkilediği saptanmıştır. Nitel veri sonuçlarına göre ise; iletişimin genel olarak iyi olduğu, ağırlıklı olarak paralel transaksiyonların, daha seyrek olarak çapraz ve gizil transaksiyonların gerçekleştiği, öğretim üyesinin Eleştirel Ebeveyn ego durumunu, öğrencinin Uygulu Çocuk ego durumunu kullandığı transaksiyonların tercih edilmediği, üst sınıflara doğru iletişimin olumlu yönde geliştiği ve yararsız Koruyucu Ebeveyn davranışlarının olduğu saptanmıştır.⁸⁹

Yücalan'ın (2007), üniversite öğrencilerinin yakın ilişkilerinin bazı değişkenler ve baskın ego durumları (TA) açısından incelendiği çalışmada öğrencilerin yaklaşık 2/3'sinin Koruyucu Ebeveyn ego durumunu baskın olarak gösterdiği belirlenmiştir. Öğrencilerin buldukları baskın ego durumlarının, yakın ilişki düzeyleri üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Ancak kız ve erkek öğrencilerin, buldukları baskın ben durumlarına göre yakın ilişki düzeylerinin büyük ölçüde farklılaştığı saptanmıştır.⁹⁵

Dent'in (2008), psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin klinik uygulamada konuşma terapisine yönelik bilgi düzeyi ve görüşlerini incelediği çalışmasında bazı hemşirelerin klinik ortamda sıklıkla TA, Gestalt Terapisi, Psikodrama ve Çocuk Adölesan Psikoterapisi kullandığı belirlenmiştir.¹¹⁸

Gökçen'in (2009), alkol bağımlıları ve sosyal içicilerin ego-durumlarını, çocukluk kararları ve psikolojik uyum açısından incelediği çalışmasında, alkol bağımlılığı tanısı almış yetişkin hasta ile sosyal içici çocukluk dönemi kararları, ego-durumları ve psikolojik uyum açısından karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmada bağımlı kişilerin daha çok Çocuk ego durumundan hareket ettiklerini, Ebeveyn ve Yetişkin ego durumlarını sosyal içicilere göre çok daha az kullandıkları belirlenmiştir.⁸⁷

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile hastalar arasındaki iletişimi Transaksiyonel Analiz kuramı ego durumları açısından incelemek ve hemşire hasta iletişimde en çok kullanılan ego durumunu belirlemek amacıyla planlanmış, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Genel bir değerlendirmeye ele alındığında tanımlayıcı çalışmalar, verilerin özetlenmesi, veri yığınlarının, değişkenlerin karakterini ve özelliklerini açıklamakta kullanılmaktadır. Bu yönüyle araştırma, hemşireler ve hastalar arasındaki iletişimde kullanılan ego durumlarına ve etkileyen değişkenlere ilişkin kapsamlı bilgi sağlamaktadır. İletişim sürecinin karmaşık bir yapı oluşturması nedeniyle nitel ve nicel veri toplama yöntemlerinin sınırlılıklarını en aza indirmek ve iletişim sürecine ilişkin daha kapsamlı değerlendirmeler yapabilmek için bu yöntemler kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisinde çalışmakta olan 36 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Askerlik hizmeti, kurum içi geçici görevlendirme, araştırmaya katılmayı reddetme gibi nedenlerle evrenin tamamına ulaşılammış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden, sözlü ve sözsüz onamları alınan 21 kişi örnekleme oluşturmuştur. Sonuç olarak, evrenin %58,3'ne ulaşılmıştır. Bununla birlikte, servis sorumlu hemşireleri (3 sorumlu hemşire), hemşirelere yönelik değerlendirmelere gözlemci olarak katılmaları nedeniyle örneklem grubundan ayrı tutulmuştur.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıda sunulmuştur.

Bağımsız değişkenler: Hemşirenin; yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, hemşire olarak çalışma yılı, ruh sağlığı alanındaki hizmet yılı, çalıştığı klinik, iletişim ile ilgili hizmet içi eğitime katılma durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımlı değişkenler: Hemşirenin; Eleştirel Ebeveyn ego durumu, Koruyucu Ebeveyn ego durumu, Yetişkin ego durumu, Uygulu Çocuk ego durumu, Doğal Çocuk ego durumu ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Sorusu

1. Psikiyatri hastaları ile olan iletişimlerinde ağırlıklı olarak hemşireler hangi ego durumunu/durumlarını kullanmaktadırlar?

3.4.1. Araştırmanın Alt Soruları

1. Hemşirelerin yaşları ile araştırmacının, sorumlu hemşirelerin ve hemşirelerin kendi ego durumlarına yönelik görüşleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
2. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile araştırmacının, sorumlu hemşirelerin ve hemşirelerin kendi ego durumlarına yönelik görüşleri arasında anlamlı fark var mıdır?
3. Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu ile araştırmacının, sorumlu hemşirelerin ve hemşirelerin kendi ego durumlarına yönelik görüşleri arasında anlamlı fark var mıdır?
4. Hemşirelerin ruh sağlığı alanındaki çalışma yılı ile araştırmacının, sorumlu hemşirelerin ve hemşirelerin kendi ego durumlarına yönelik görüşleri arasında anlamlı fark var mıdır?
5. Araştırmacının, sorumlu hemşirelerin ve hemşirelerin ego durumları arasında uyum var mıdır?

3.5. Araştırmanın Sayıtları

1. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisinde çalışan hemşirelerin, anket sorularına içten ve dürüstçe cevap verdikleri kabul edilmektedir.
2. Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan sorular amaca uygun olarak hazırlanmış olup, araştırmacının gözlem notları da yine amaca uygun olarak tutulmuştur.
3. Araştırmada kullanılan 'Ego Durumları Ölçeği' Transaksiyonel Analiz Ego Durumlarını ölçmede geçerli ve güvenilir bir araçtır.
4. Araştırmada kullanılan "Ego Durumları Ölçeği" nde yer alan sıfatlar araştırmacı, sorumlu hemşire ve hemşire tarafından benzer şekilde yorumlanmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada iki temel veri toplama aracı kullanılmıştır. Birinci veri toplama aracı; hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, iletişim ile ilgili eğitim alma durumu ve hastalarla olan iletişimini değerlendirmelerini belirlemeye yönelik literatür doğrultusunda hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ; ikinci veri toplama aracı ise; çalışan hemşire/sağlık memurlarının ego durumlarını belirlemeye yönelik "Ego Durumları Ölçeği"dir.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Hemşirelerin bazı sosyo-demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, çalışma yılı vb.) yanında iletişim kurma ve bu konuya ilişkin görüşlerine yönelik hazırlanan form, ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Ek1). Bununla birlikte Kişisel Bilgi Formu'nda katılımcıların hastalarla olan iletişimlerini değerlendirmelerine yönelik olan görsel skala (0-10) yer almıştır.

3.6.2. Ego Durumları Ölçeği

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

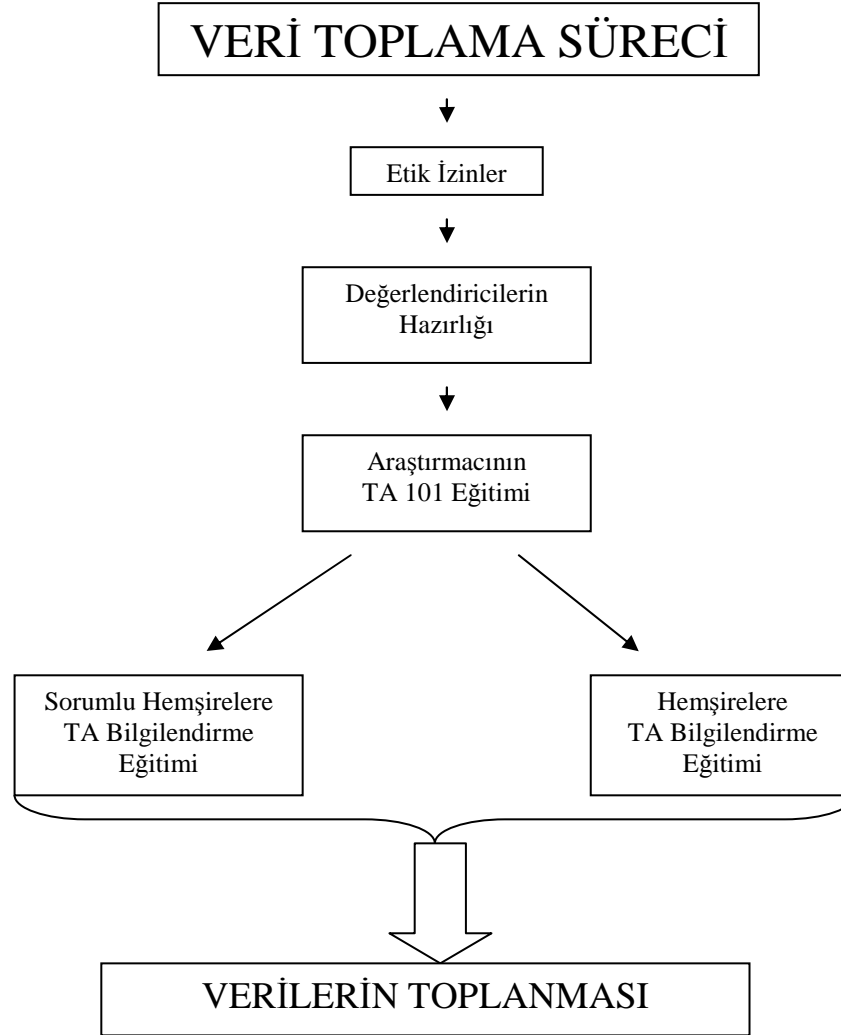
Doğal Çocuk: 180,2

Uygulu Çocuk: 187,4’ dır.

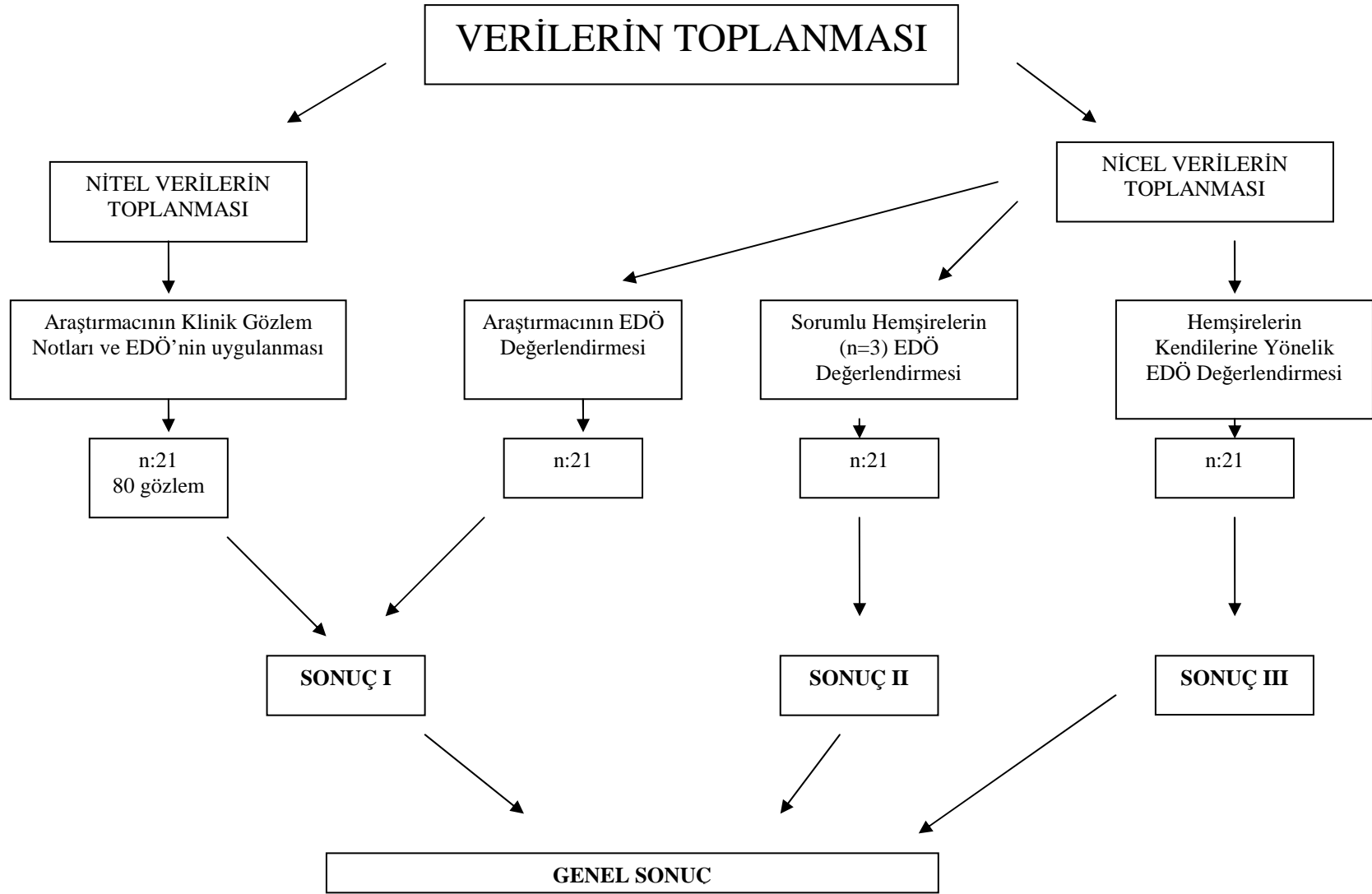
Bu işlem dört ego durumu için de tekrarlanır. Bu işlemde elde edilen beş ego durumunun bir bütün içindeki oranlarını gösteren deneğin ego durumlarının puanları elde edilir.⁸⁹ Transaksiyonel Analiz kuramında yer alan ‘Sabitlik Hipotezi’ ne göre, her bir ego durumunun toplamı 1 sayısına eşit olup ($E+Y+Ç=1$), araştırmada elde edilen puanlar da bu hipotezi doğrulamaktadır.

3.7. Veri Toplama Süreci

Verilerin toplanması Şubat-Mayıs 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, araştırmada soru formlarının (Kişisel Bilgi Formu, Ego Durumları Ölçeği) uygulaması ve gözlem olmak üzere nicel ve nitel araştırma yöntemleri birlikte kullanılmıştır (Şekil 3.1, 3.2).



Şekil 3.1. Hazırlık Aşaması



Şekil 3.2. Veri Toplama Aşaması

3.7.1. Nicel Verilerin Toplanması

Nicel verilerin toplanmasında, “Kişisel Bilgi Formu” formu ile birlikte “Ego Durumları Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme giren bireylerden çalışma için gerekli “Bilgilendirilmiş Onam Formu” (Ek 2) ile izin alındıktan sonra, literatür taraması ile hazırlanan, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ve klinik içi iletişime yönelik görüşleri ile ilgili *Kişisel Bilgi Formu* (Ek 1), servisteki hastalarla olan iletişimde ağırlıklı olarak hangi ego durumunu kullandığını saptamak amacıyla da “Ego Durumları Ölçeği” (Ek 3) kullanılmıştır. Ego Durumları Ölçeği, aynı zamanda katılımcıya yönelik olarak değerlendirilmek üzere servis sorumluları (Ek 4) ve araştırmacı (Ek 5) tarafından da kullanılmıştır.

3.7.2. Nitel Verilerin Toplanması

Nitel veriler, doğrudan katılımlı gözlem yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmanın yapılacağı ilgili servislerde doğrudan gözlem yapılarak, araştırmacı tarafından hemşirelerin hastalarla olan iletişimleri, çalışmakta oldukları kliniklerin doğal ortamında gözlemlenmiş, gözlemler araştırmacı tarafından EDÖ’ne kaydedilmiş ve alan notları tutulmuştur. Böylece iletişime yönelik olarak daha detaylı bilgi edinilmesi amaçlanmıştır. Kaydedilen gözlemler çerçevesinde araştırmada yer alan hemşirelerin, hastalarla etkileşim içerisindeyken göz teması kurma durumları, iletişim davranışları, hastaya karşı gösterdikleri sözel-sözel olmayan tepkileri vb. değerlendirilmiştir. Bir hemşire için ortalama 3-9 saat gözlem yapılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel verilerin değerlendirmesi bilgisayar ortamına aktarılmış olup, ölçeğin hesaplama kriterlerine göre hesaplanarak hemşirelerin kendilerine, servis sorumluları ve araştırmacıya göre egogramları çıkarılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdeleme, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U, Kruskal-Wallis, Korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Korelasyon katsayılarının gücü ile ilgili “r” değerleri aşağıdaki sınırlar çerçevesinde değerlendirilmiştir.

.00-.25: Çok Zayıf

.26-.49: Zayıf

.50-.69: Orta

.70-.89: Yüksek

.90-1.00: Çok Yüksek (Akgül 2003).

Gözlemciler arası uyumu ve farklılığı incelemek için ise Kendall’s Tau-c katsayısı kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Hemşirelerin ego durumlarını belirlemeye yönelik analizlerde araştırmacı ve sorumlu hemşirelerin görüşleri tüm ego durumlarında uyumludur (Tablo 3.1).

Tablo 3. 1. Hemşire, Araştırmacı ve Sorumlu Hemşirenin Servis Hemşirelerinin Ego Durumlarına İlişkin Görüşleri Arasındaki Uyum

| | | Hemşire | Sorumlu Hemşire | Araştırmacı |
|----|-----------------|-------------|-----------------|-----------------|
| | | Araştırmacı | Hemşire | Sorumlu Hemşire |
| EE | Kendall’s Tau-c | 0,343 | 0,219 | 0,400 |
| | p | 0,018 | 0,107 | 0,007 |
| KE | Kendall’s Tau-c | 0,448 | 0,333 | 0,448 |
| | p | 0,001 | 0,004 | 0,002 |
| Y | Kendall’s Tau-c | -0,010 | 0,124 | 0,524 |
| | p | 0,952 | 0,454 | 0,000 |
| UÇ | Kendall’s Tau-c | 0,467 | 0,495 | 0,533 |
| | p | 0,001 | 0,000 | 0,000 |
| DÇ | Kendall’s Tau-c | 0,162 | 0,381 | 0,629 |
| | p | 0,275 | 0,028 | 0,000 |

3.9. Araştırmanın Sınırlamaları

Bu araştırma aşağıda belirtilen sınırlamalar içerisinde yürütülmüştür.

1. Çalışma, 2010-2011 yılı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır.

2. Araştırma ölçekte yer alan ifadelerle sınırlıdır.
3. Araştırmada incelenen ego durumları ölçeğinin (EDÖ) ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmaya katılan hemşire sayısının az olması, verilerin genellenebilirliği açısından sınırlılık oluşturmaktadır.
2. Kurum talepleri doğrultusunda bazı hemşireler sadece hafta içi mesai saatleri içerisinde değerlendirilmiş, hafta sonu ve gece mesailerinde gözlem yapılmamıştır.
3. Gözlemlerin uzun zaman alması ve araştırmacının bir kurumda çalışıyor olması bu araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.11. Etik Konular

Bu araştırmanın yapılabilmesi için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komitesi'nden ve araştırmanın yürütüldüğü ilgili kurumlardan yazılı izin alınmıştır (Ek 6,7,8). Araştırmada gönüllülük ilkesi esas alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce belirli bir gün ve saat belirlenerek, sadece servis sorumlularının katıldığı bir toplantıda bu çalışmaya ilişkin bilgi vermek için bilgilendirme sunumu yapılmış, ayrıca araştırma etik ilkeleri ve doğrudan gözlem yöntem ile ilkeleri içerikli kısa bir eğitim içeriği (Ek 9) araştırmacı tarafından sunulmuştur. Eğitim bitiminde ise, bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan servis sorumlusu hemşirelerin sözlü-yazılı bir şekilde onamları alınmış ve *Onam Formu* (Ek 10) ile değerlendirme yapacakları servis hemşirelerine yönelik olan *Ego Durumları Ölçeği Gözlem Formu* (Ek 4) dağıtılmıştır. Yine araştırmaya başlamadan önce belirli bir gün ve saat belirlenerek, sadece servis hemşirelerine bu çalışmaya ilişkin bilgi vermek için araştırmacı tarafından kısa bir tanıtım sunumu ve bu araştırmanın veri toplama sürecine ilişkin bir sunum düzenlenmiştir (Ek 11).

4. BULGULAR

Araştırma, hasta ve hemşire arasındaki iletişimi Transaksiyonel Analiz açısından incelemek amacıyla tanımlayıcı ve fenomenolojik nitelikte gerçekleştirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular, nicel ve nitel bulgular olarak ayrı başlıklar halinde verilmiştir.

4.1. Nicel Veriler

Araştırmada nicel veriler;

- Hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri,
- Ego durumlarına ilişkin bulgular,
 - Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin bazı sosyodemografik özellikleri ile ego durumları arasındaki fark,
 - Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin bazı sosyodemografik özellikleri ile ego durumları arasındaki fark,
 - Psikiyatri hemşirelerinin bazı sosyodemografik özellikleri ile kendi ego durumlarına ilişkin görüşleri arasındaki fark olmak üzere tablolar şeklinde sunulmuştur.

4.1.1. Sosyodemografik Bulgular

Hemşirelerin bazı sosyodemografik bulguları aşağıda sunulmuştur (Tablo 4.1).

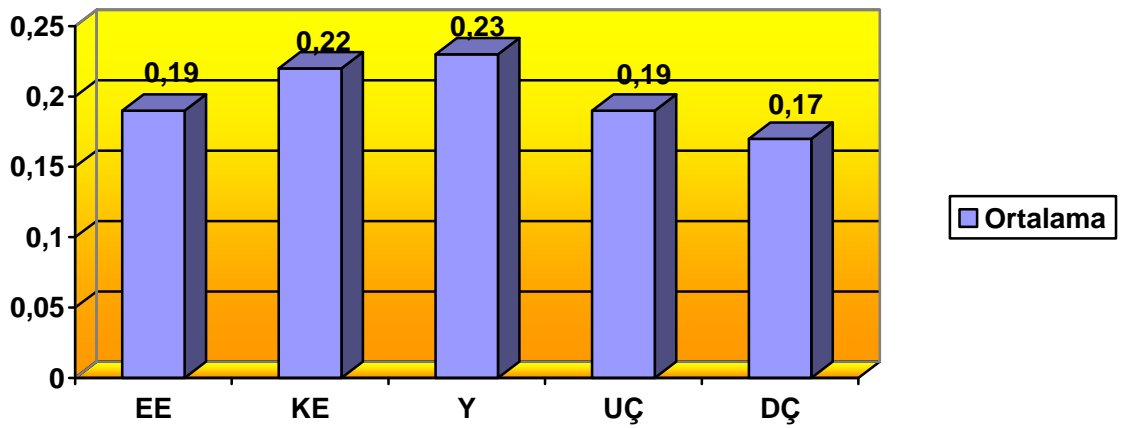
Tablo 4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=21)

| | | n | % |
|---|--------------------------|----------|-------------------|
| Cinsiyet | Kadın | 14 | 66,7 |
| | Erkek | 7 | 33,3 |
| Medeni Durum | Evli | 13 | 61,9 |
| | Bekar | 8 | 38,1 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | Olan | 11 | 52,4 |
| | Olmayan | 10 | 47,6 |
| Eğitim Durumu | SML | 6 | 28,6 |
| | Önlisans | 4 | 19,0 |
| | Lisans | 8 | 38,1 |
| | Lisans (hemşirelik dışı) | 3 | 14,3 |
| Çalıştığı Servis | 1. Akut Servis | 11 | 52,4 |
| | 2. Stabil Servis | 6 | 28,6 |
| | 3. Karma Servis | 4 | 19,0 |
| Hemşirelik Yılı | 1 yıldan az | 2 | 9,5 |
| | 1-10 yıl | 8 | 38,1 |
| | 11-20 yıl | 11 | 52,4 |
| Psikiyatri Hemşiresi olarak Çalışma Yılı | 1 yıldan az | 7 | 33,3 |
| | 1-10 yıl | 14 | 66,7 |
| Hemşirelik Memnuniyeti | Memnun | 10 | 47,6 |
| | Kısmen Memnun | 8 | 38,1 |
| | Memnun Değil | 3 | 14,3 |
| İletişim Eğitimi Alma Durumu | Alan | 11 | 52,4 |
| | Almayan | 10 | 47,6 |
| İletişime Yönelik Hizmetiçi Eğitim Alma Durumu | Alan | 15 | 71,4 |
| | Almayan | 6 | 28,6 |
| HİE Katılma Sıklığı | Sürekli | 2 | 9,5 |
| | Bazen | 9 | 42,9 |
| | Nadir Olarak | 3 | 14,3 |
| | Hiçbir zaman | 1 | 4,8 |
| | | n | X±SD |
| Yaş Ortalaması | | 21 | 32,28±4,03 |
| Hastalarla İletişimi Değerlendirme Ortalaması | | 21 | 7,42±1,39 |

Psikiyatri hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların (n=21) yaş ortalamasının $32,28 \pm 4,03$, %66,7'sinin kadın (n=14), %61,9'ünün (n=13) evli, %52,4'inin (n=11) çocuk sahibi, % 38,1'inin (n=8) lisans mezunu, %52,4'ünün 1. Serviste (akut servis) çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Örneklem grubunun % 52,4'ü (n=11) 11-20 yıl hemşire olarak, % 66,7 (n=14) ise 1-10 yıl psikiyatri hemşiresi olarak hizmet vermiş olup, % 47,6'sı (n=10) hemşirelikten memnun olduğunu ifade etmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin % 52,4'ünün (n=11) iletişim ile ilgili herhangi bir kurum/kuruluştan eğitim aldığı, % 71,4'ünün (n=15) iletişime yönelik hizmet içi eğitim aldığı ve %42,9'unun (n=9) düzenlenen hizmet içi eğitimlere bazen katıldığı belirlenmiştir. Aynı zamanda hemşirelerin klinik uygulama alanlarında hastalarla olan ilişkilerini sayı doğrusu (0-10) üzerinde işaretlemeleri istenmiş olup, iletişimlerine ilişkin değerlendirme ortalamaları $X \pm SD = 7,42 \pm 1,39$ olarak belirlenmiştir.

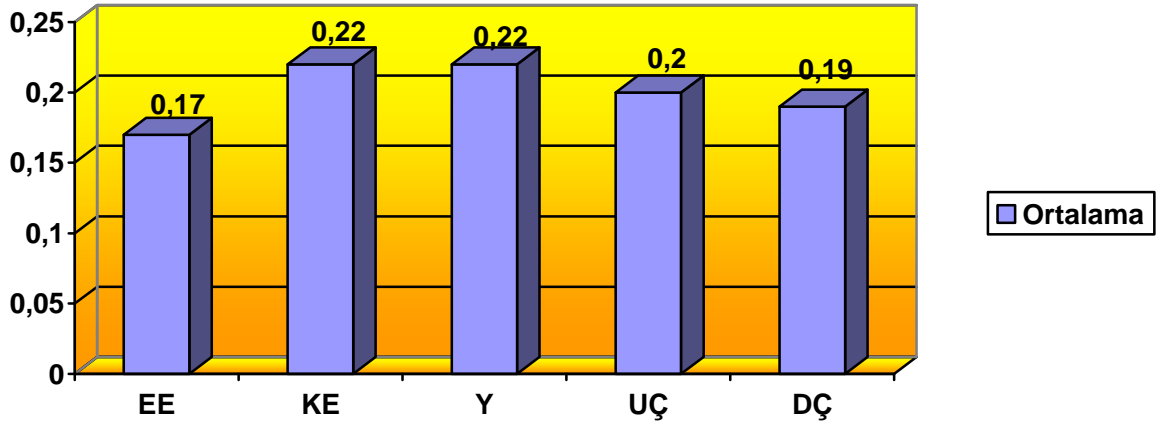
4.1.2. Ego Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırmacıya göre hemşirelerin ego durumlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, Eleştirel Ebeveyn ego durumu $X \pm SD = 0,19 \pm 0,07$; Koruyucu Ebeveyn ego durumu $X \pm SD = 0,22 \pm 0,05$; Yetişkin ego durumu $X \pm SD = 0,23 \pm 0,02$; Uygulu Çocuk ego durumu $X \pm SD = 0,19 \pm 0,04$; Doğal Çocuk ego durumu ise $X \pm SD = 0,17 \pm 0,06$ olarak belirlenmiştir (Şekil 4.1).



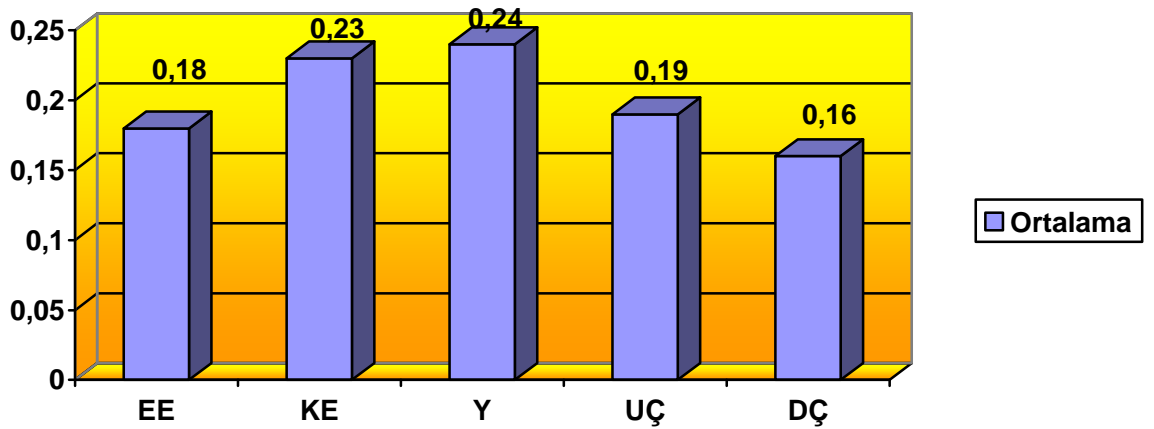
Şekil 4.1. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Ego Durumları

Sorumlu hemşirelere göre hemşirelerin ego durumlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, Eleştirel Ebeveyn ego durumu $X \pm SD = 0,17 \pm 0,07$; Koruyucu Ebeveyn ego durumu $X \pm SD = 0,22 \pm 0,05$; Yetişkin ego durumu $0,22 \pm 0,03$; Uygulu Çocuk ego durumu $X \pm SD = 0,20 \pm 0,04$; Doğal Çocuk ego durumu $X \pm SD = 0,19 \pm 0,06$ olarak belirlenmiştir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Ego Durumları

Psikiyatri hemşirelerin kendilerine göre ego durumlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, Eleştirel Ebeveyn ego durumu $X \pm SD = 0,18 \pm 0,04$; Koruyucu Ebeveyn ego durumu $X \pm SD = 0,23 \pm 0,03$; Yetişkin ego durumu $X \pm SD = 0,24 \pm 0,02$; Uygulu Çocuk ego durumu $X \pm SD = 0,19 \pm 0,02$; Doğal Çocuk ego durumu $X \pm SD = 0,16 \pm 0,04$ olarak belirlenmiştir (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Ego Durumları

4.1.2.1. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Bazı zellikleri ile Ego Durumları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Tablo 4.2. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Yaşları ile Ego Durumları Arasındaki İlişki (n=21)

| BOYUTLAR | YAş | |
|----------|--------|-------|
| | r | p |
| EE | 0,562 | 0,008 |
| KE | -0,215 | 0,350 |
| Y | 0,019 | 0,935 |
| UÇ | 0,095 | 0,683 |
| DÇ | -0,401 | 0,072 |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin yaş ortalamaları ile ego durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin yaş ortalamaları ile Eleştirel Ebeveyn ego durumu arasında aynı yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu bulguya göre, hemşirelerin yaşı arttıka, Eleştirel Ebeveyn ego durumunu daha fazla kullanılmaktadır.

Tablo 4.3. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Medeni Durumları ile Ego Durumları Fark (n=21)

| BOYUTLAR | MEDENİ DURUM | | | |
|----------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| | Evli (n:13) | Bekar (n:8) | Z_{MU} | p |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,21±0,08 | 0,15±0,04 | -1,521 | 0,12 |
| KE | 0,21±0,05 | 0,23±0,02 | 0,000 | 1,00 |
| Y | 0,23±0,02 | 0,23±0,02 | -0,072 | 0,94 |
| UÇ | 0,21±0,03 | 0,17±0,04 | -1,521 | 0,12 |
| DÇ | 0,14±0,04 | 0,21±0,06 | -2,245 | 0,02 |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin medeni durumları ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumları ile Doğal Çocuk ego durumu arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($X_{MU} = -2,245$; $p = 0,02 < 0,05$). Bu bulguya göre bekar hemşireler, evli hemşirelere göre Doğal Çocuk ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadırlar.

Tablo 4.4. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU | | | |
|----------|--------------------------|------------|----------|------|
| | Var (n:11) | Yok (n:10) | Z_{MU} | p |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,21±0,08 | 0,16±0,03 | -1,408 | 0,15 |
| KE | 0,21±0,05 | 0,23±0,02 | -0,282 | 0,77 |
| Y | 0,23±0,02 | 0,24±0,02 | -0,775 | 0,43 |
| UÇ | 0,20±0,02 | 0,19±0,05 | -0,282 | 0,77 |
| DÇ | 0,15±0,04 | 0,19±0,08 | -0,845 | 0,39 |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin çocuk sahibi olma durumları ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.5. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Eğitim Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | EğİTİM DURUMU | | | | X _{KW} | p |
|----------|---------------|-------------------|-----------------|--|-----------------|------|
| | SML (n:6) | nlisans (n:4) | Lisans (n:8) | Lisans (Hemşirelik dışı) (n: 3) | | |
| | | | | X ± SD | | |
| EE | 0,20±0,10 | 0,22±0,07 | 0,16±0,04 | 0,17±0,01 | 1,910 | 0,59 |
| KE | 0,21±0,07 | 0,21±0,04 | 0,23±0,02 | 0,23±0,01 | 0,497 | 0,92 |
| Y | 0,22±0,02 | 0,24±0,01 | 0,24±0,02 | 0,25±0,02 | 3,769 | 0,28 |
| UÇ | 0,19±0,02 | 0,23±0,04 | 0,18±0,04 | 0,18±0,04 | 2,182 | 0,53 |
| DÇ | 0,18±0,03 | 0,11±0,02 | 0,19±0,07 | 0,17±0,09 | 5,150 | 0,16 |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin eğitim durumları ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.6. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çalıştıkları Servisler ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | SERVİSLER | | | X _{KW} | p |
|----------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|------|
| | Akut (n:11) | Stabil (n:6) | Karma (n:4) | | |
| | X ± SD | X ± SD | X ± SD | | |
| EE | 0,19±0,07 | 0,20±0,07 | 0,14±0,03 | 1,818 | 0,40 |
| KE | 0,21±0,05 | 0,21±0,03 | 0,25±0,02 | 2,895 | 0,23 |
| Y | 0,23±0,02 | 0,24±0,02 | 0,24±0,02 | 1,983 | 0,37 |
| UÇ | 0,18±0,05 | 0,20±0,02 | 0,20±0,02 | 0,974 | 0,61 |
| DÇ | 0,19±0,07 | 0,14±0,06 | 0,16±0,02 | 1,682 | 0,43 |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları servisler ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.7. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hemşire Olarak alışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | ALIşMA YILLARI | | | X_{KW} | p |
|----------|----------------------|-------------------|---------------------|--------------|-------------|
| | 1 yıldan az (n:2) | 1-10 yıl (n:8) | 11-20 yıl (n:11) | | |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,13±0,01 | 0,15±0,03 | 0,22±0,07 | 7,348 | 0,02 |
| KE | 0,24±0,02 | 0,24±0,02 | 0,20±0,05 | 2,867 | 0,23 |
| Y | 0,20±0,01 | 0,24±0,01 | 0,24±0,02 | 3,684 | 0,15 |
| Uç | 0,22±0,02 | 0,18±0,04 | 0,20±0,04 | 2,622 | 0,27 |
| D | 0,20±0,04 | 0,20±0,07 | 0,13±0,05 | 3,479 | 0,17 |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin hemşire olarak çalışma yılı ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; psikiyatri hemşirelerinin hemşire olarak çalışma yılı ile Eleştirel Ebeveyn ego durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X_{KW} = -7,348$; $p = 0,02 < 0,05$). Bu bulguya göre hizmet yılı daha fazla olan hemşireler, Eleştirel Ebeveyn ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadırlar.

Tablo 4.8. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hemşiresi Olarak alışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | PSİKİYATRİ HEMşİRESİ OLARAK ALIşMA YILLARI | | Z_{MU} | p |
|----------|---|-----------------|---------------|-------------|
| | 1 yıldan az (n:7) | 1-10 yıl (n:14) | | |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,19±0,07 | 0,18±0,07 | -0,373 | 0,70 |
| KE | 0,22±0,04 | 0,22±0,04 | -0,224 | 0,82 |
| Y | 0,22±0,03 | 0,24±0,01 | -1,268 | 0,20 |
| Uç | 0,22±0,04 | 0,18±0,03 | -2,014 | 0,04 |
| D | 0,15±0,05 | 0,18±0,06 | -0,746 | 0,45 |

Araştırmacıya göre hemşirelerin psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; hemşirelerin psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı ile Uygulu ocuk ego durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X_{MU} = -2,014$; $p = 0,04 < 0,05$).

Psikiyatri hemşiresi olarak 1 yıldan az mesleki deneyime sahip hemşireler, diğer deneyim sahibi gruplara göre Uygulu Çocuk ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadır.

Tablo 4.9. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Meslek Memnuniyeti ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | MEMNUNİYET DURUMU | | | | |
|------------|-------------------|------------|--------------|----------|------|
| | Memnun (n:2) | Kısmen | Memnun Değil | X_{KW} | p |
| | | Memnun | (n:11) | | |
| | | (n:8) | | | |
| $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | | |
| EE | 0,18±0,07 | 0,18±0,07 | 0,22±0,08 | 1,048 | 0,59 |
| KE | 0,22±0,04 | 0,22±0,05 | 0,20±0,04 | 0,912 | 0,63 |
| Y | 0,23±0,02 | 0,23±0,01 | 0,26±0,01 | 3,681 | 0,15 |
| UÇ | 0,19±0,03 | 0,19±0,05 | 0,20±0,02 | 0,170 | 0,91 |
| DÇ | 0,18±0,05 | 0,17±0,08 | 0,12±0,05 | 2,157 | 0,34 |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin hemşirelik mesleğinden memnuniyet durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Araştırmacıya Göre Psikiyatri Hemşirelerinin İletişim Eğitimi Alma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | İLETİŞİM EĞİTİMİ ALMA DURUMU | | | Z_{MU} | p |
|----------|------------------------------|--------------|--------|----------|---|
| | Evet (n:11) | Hayır (n:10) | | | |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | | |
| EE | 0,16±0,06 | 0,21±0,07 | -1,760 | 0,07 | |
| KE | 0,23±0,04 | 0,21±0,05 | -1,197 | 0,23 | |
| Y | 0,23±0,01 | 0,23±0,03 | -0,282 | 0,77 | |
| UÇ | 0,18±0,03 | 0,21±0,04 | -1,338 | 0,18 | |
| DÇ | 0,19±0,06 | 0,15±0,05 | -1,479 | 0,13 | |

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin iletişim eğitimi alma durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.1.2.2. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Bazı Özellikleri ile Ego Durumları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Tablo 4.11. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Medeni Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | MEDENİ DURUM | | | |
|----------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| | Evli (n:13) | Bekar (n:8) | Z_{MU} | p |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,18±0,06 | 0,17±0,07 | -0,290 | 0,77 |
| KE | 0,22±0,06 | 0,22±0,04 | -0,072 | 0,94 |
| Y | 0,23±0,03 | 0,21±0,03 | -1,666 | 0,96 |
| UÇ | 0,21±0,03 | 0,18±0,05 | -1,304 | 0,19 |
| DÇ | 0,17±0,06 | 0,22±0,04 | -2,173 | 0,03 |

Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin medeni durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; medeni durum ile Doğal Çocuk ego durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X_{MU} = -2,173$; $p = 0,03 < 0,05$). Bekar hemşireler, evli hemşirelere göre Doğal Çocuk ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadır.

Tablo 4.12. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU | | | |
|----------|--------------------------|------------|----------|------|
| | Var (n:11) | Yok (n:10) | Z_{MU} | p |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,18±0,07 | 0,17±0,06 | -0,634 | 0,52 |
| KE | 0,22±0,06 | 0,23±0,04 | -0,211 | 0,83 |
| Y | 0,22±0,03 | 0,22±0,03 | -0,845 | 0,39 |
| UÇ | 0,20±0,02 | 0,20±0,05 | 0,000 | 1,00 |
| DÇ | 0,18±0,06 | 0,20±0,06 | -0,845 | 0,39 |

Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin çocuk sahibi olma durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.13. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Eğitim Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | EĞİTİM DURUMU | | | | X _{KW} | p |
|----------|---------------|-------------------|-----------------|--|-----------------|------|
| | SML (n:6) | Önlisans (n:4) | Lisans (n:8) | Lisans (Hemşirelik dışı) (n: 3) | | |
| | | | | X ± SD | | |
| EE | 0,19±0,10 | 0,16±0,01 | 0,19±0,06 | 0,12±0,03 | 2,685 | 0,44 |
| KE | 0,20±0,09 | 0,24±0,01 | 0,21±0,04 | 0,25±0,00 | 1,617 | 0,65 |
| Y | 0,21±0,03 | 0,24±0,02 | 0,21±0,03 | 0,23±0,02 | 3,127 | 0,37 |
| UÇ | 0,19±0,02 | 0,23±0,04 | 0,18±0,05 | 0,20±0,04 | 3,532 | 0,31 |
| DÇ | 0,21±0,07 | 0,13±0,03 | 0,20±0,03 | 0,20±0,09 | 6,830 | 0,07 |

Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin eğitim durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.14. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Çalıştıkları Servisler ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | SERVİSLER | | | X _{KW} | p |
|----------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|------|
| | Akut (n:11) | Stabil (n:6) | Karma (n:4) | | |
| | X ± SD | X ± SD | X ± SD | | |
| EE | 0,18±0,08 | 0,14±0,02 | 0,20±0,05 | 3,158 | 0,20 |
| KE | 0,21±0,06 | 0,24±0,01 | 0,21±0,04 | 1,930 | 0,38 |
| Y | 0,22±0,02 | 0,24±0,02 | 0,20±0,04 | 2,818 | 0,24 |
| UÇ | 0,19±0,04 | 0,21±0,02 | 0,20±0,06 | 1,029 | 0,59 |
| DÇ | 0,20±0,07 | 0,17±0,05 | 0,19±0,03 | 0,399 | 0,81 |

Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları servisler ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.15. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hemşire Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | ÇALIŞMA YILLARI | | | X _{KW} | p |
|----------|----------------------|-------------------|---------------------|-----------------|------|
| | 1 yıldan az (n:2) | 1-10 yıl (n:8) | 11-20 yıl (n:11) | | |
| | X ± SD | X ± SD | X ± SD | | |
| EE | 0,12±0,01 | 0,17±0,06 | 0,19±0,07 | 1,811 | 0,40 |
| KE | 0,25±0,00 | 0,23±0,04 | 0,21±0,06 | 1,588 | 0,45 |
| Y | 0,21±0,00 | 0,22±0,03 | 0,22±0,03 | 2,527 | 0,28 |
| UÇ | 0,21±0,01 | 0,18±0,04 | 0,20±0,04 | 2,334 | 0,31 |
| DÇ | 0,20±0,03 | 0,21±0,05 | 0,18±0,06 | 2,210 | 0,33 |

Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin hemşire olarak çalışma yılı ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.16. Sorumlu Hemşirelere Göre Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | PSİKİYATRİ HEMŞİRESİ OLARAK ÇALIŞMA YILLARI | | Z _{MU} | p |
|----------|---|-----------------|-----------------|------|
| | 1 yıldan az (n:7) | 1-10 yıl (n:14) | | |
| | X ± SD | X ± SD | | |
| EE | 0,19±0,09 | 0,17±0,05 | 0,000 | 1,00 |
| KE | 0,22±0,06 | 0,22±0,05 | -0,149 | 0,88 |
| Y | 0,21±0,02 | 0,22±0,03 | -1,716 | 0,08 |
| UÇ | 0,21±0,05 | 0,19±0,03 | -1,268 | 0,20 |
| DÇ | 0,18±0,05 | 0,20±0,06 | -0,149 | 0,88 |

Sorumlu hemşirelere göre hemşirelerin psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.17. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hemşirelik Mesleği Memnuniyet Durumu ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | MEMNUNİYET DURUMU | | | | |
|----------|-----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------------|
| | Memnunum (n:2) X ± SD | Kısmen | Memnun | X _{KW} | p |
| | | Memnunum | Değilim | | |
| | | (n:8) X ± SD | (n:11) X ± SD | | |
| EE | 0,16±0,08 | 0,19±0,05 | 0,18±0,04 | 2,412 | 0,29 |
| KE | 0,23±0,05 | 0,21±0,06 | 0,22±0,03 | 2,193 | 0,33 |
| Y | 0,22±0,02 | 0,23±0,02 | 0,21±0,06 | 1,159 | 0,56 |
| UÇ | 0,20±0,02 | 0,18±0,05 | 0,24±0,01 | 6,569 | 0,03 |
| DÇ | 0,20±0,04 | 0,20±0,07 | 0,15±0,03 | 2,275 | 0,32 |

Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin hemşirelik mesleğinden memnuniyet durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; meslekten memnuniyet durumları ile Uygulu Çocuk ego durumu arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($X_{MU} = -2,173$; $p = 0,03 < 0,05$). Mesleğinden memnun olmayan hemşireler, memnun-kısmen memnun olanlara göre Uygulu Çocuk ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadırlar.

Tablo 4.18. Sorumlu Hemşirelere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin İletişim Eğitimi Alma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | İLETİŞİM EĞİTİMİ ALMA DURUMU | | | |
|----------|------------------------------|--------------|-----------------|------|
| | Evet (n:11) | Hayır (n:10) | Z _{MU} | p |
| | X ± SD | X ± SD | | |
| EE | 0,15±0,04 | 0,20±0,08 | -1,127 | 0,26 |
| KE | 0,24±0,03 | 0,20±0,06 | -1,268 | 0,20 |
| Y | 0,22±0,03 | 0,22±0,03 | -0,493 | 0,62 |
| UÇ | 0,19±0,03 | 0,20±0,05 | -0,634 | 0,52 |
| DÇ | 0,20±0,05 | 0,18±0,07 | -0,352 | 0,72 |

Sorumlu hemşirelere göre psikiyatri hemşirelerinin iletişim eğitimi alma durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.1.2.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Bazı Özellikleri ile Kendilerine Göre Ego Durumları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Tablo 4.19. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Medeni Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | MEDENİ DURUM | | Z _{MU} | p |
|----------|--------------|-------------|-----------------|------|
| | Evli (n:13) | Bekar (n:8) | | |
| | X ± SD | X ± SD | | |
| EE | 0,18±0,05 | 0,18±0,02 | -1,014 | 0,31 |
| KE | 0,23±0,03 | 0,23±0,02 | -0,724 | 0,46 |
| Y | 0,23±0,02 | 0,24±0,00 | -0,435 | 0,66 |
| UÇ | 0,19±0,02 | 0,18±0,02 | -0,797 | 0,42 |
| DÇ | 0,16±0,03 | 0,16±0,03 | -0,579 | 0,56 |

Araştırmaya katılan hemşirelere göre medeni durum ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.20. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU | | Z _{MU} | p |
|----------|--------------------------|------------|-----------------|------|
| | Var (n:11) | Yok (n:10) | | |
| | X ± SD | X ± SD | | |
| EE | 0,18±0,05 | 0,18±0,03 | -0,282 | 0,77 |
| KE | 0,23±0,04 | 0,24±0,02 | -0,141 | 0,88 |
| Y | 0,23±0,02 | 0,24±0,01 | -0,563 | 0,57 |
| UÇ | 0,19±0,01 | 0,19±0,03 | -0,282 | 0,77 |
| DÇ | 0,17±0,03 | 0,15±0,03 | -0,423 | 0,67 |

Araştırmaya katılan hemşirelere göre çocuk sahibi olma durumları ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.21. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Eğitim Durumları ile Ego Durumları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | EĞİTİM DURUMU | | | | X_{KW} | p |
|----------|---------------|-------------------|-----------------|--|--------------|-------------|
| | SML (n:6) | Önlisans (n:4) | Lisans (n:8) | Lisans (Hemşirelik dışı) (n: 3) | | |
| | | | | $X \pm SD$ | | |
| | | | | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,18±0,02 | 0,22±0,07 | 0,17±0,03 | 0,17±0,05 | 2,121 | 0,54 |
| KE | 0,23±0,02 | 0,21±0,05 | 0,24±0,02 | 0,24±0,01 | 1,329 | 0,72 |
| Y | 0,24±0,01 | 0,22±0,02 | 0,23±0,00 | 0,26±0,01 | 8,732 | 0,03 |
| UÇ | 0,18±0,01 | 0,21±0,03 | 0,19±0,02 | 0,20±0,00 | 5,969 | 0,11 |
| DÇ | 0,18±0,04 | 0,14±0,03 | 0,17±0,02 | 0,13±0,03 | 6,364 | 0,09 |

Hemşirelerin kendilerine göre eğitim durumları ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; Yetişkin ego durumunda anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X_{KW}=8,732$; $p=0,03<0,05$). Lisans (hemşirelik dışı) mezunu hemşireler, Önlisans mezunu hemşirelere göre Yetişkin ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadırlar.

Tablo 4.22. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Çalıştıkları Servis ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | SERVİSLER | | | X_{KW} | p | |
|----------|----------------|-----------------|----------------|----------|------|------------|
| | Akut (n:11) | Stabil (n:6) | Karma (n:4) | | | |
| | | | | | | $X \pm SD$ |
| | | | | | | $X \pm SD$ |
| EE | 0,18±0,02 | 0,19±0,07 | 0,16±0,03 | 1,624 | 0,44 | |
| KE | 0,23±0,02 | 0,22±0,05 | 0,25±0,03 | 0,825 | 0,66 | |
| Y | 0,24±0,01 | 0,23±0,02 | 0,23±0,00 | 0,994 | 0,60 | |
| UÇ | 0,19±0,02 | 0,19±0,01 | 0,19±0,03 | 0,514 | 0,77 | |
| DÇ | 0,15±0,04 | 0,17±0,02 | 0,18±0,03 | 3,492 | 0,17 | |

Araştırmaya katılan hemşirelere göre çalıştıkları servisler ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.23. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Hemşire Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | ÇALIŞMA YILLARI | | | | |
|----------|----------------------|-------------------|---------------------|----------|------|
| | 1 yıldan az (n:2) | 1-10 yıl (n:8) | 11-20 yıl (n:11) | X_{KW} | p |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,14±0,02 | 0,18±0,02 | 0,18±0,05 | 2,041 | 0,36 |
| KE | 0,27±0,02 | 0,23±0,01 | 0,23±0,04 | 3,022 | 0,22 |
| Y | 0,24±0,00 | 0,24±0,01 | 0,23±0,02 | 3,607 | 0,16 |
| UÇ | 0,20±0,02 | 0,19±0,01 | 0,19±0,02 | 0,171 | 0,91 |
| DÇ | 0,16±0,02 | 0,16±0,03 | 0,17±0,04 | 0,132 | 0,93 |

Araştırmaya katılan hemşirelere göre hemşire olarak çalışma yılı ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.24. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Yılı ile Ego Durumları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | PSİKİYATRİ HEMŞİRESİ OLARAK ÇALIŞMA YILLARI | | | |
|----------|---|-----------------|---------------|-------------|
| | 1 yıldan az (n:7) | 1-10 yıl (n:14) | Z_{MU} | p |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,16±0,01 | 0,19±0,05 | -1,417 | 0,15 |
| KE | 0,25±0,02 | 0,22±0,03 | -2,014 | 0,04 |
| Y | 0,23±0,00 | 0,24±0,02 | -0,821 | 0,41 |
| UÇ | 0,20±0,03 | 0,19±0,01 | -0,895 | 0,37 |
| DÇ | 0,15±0,03 | 0,17±0,03 | -0,895 | 0,37 |

Araştırmaya katılan hemşirelere göre psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı ile Koruyucu Ebeveyn ego durumu arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($X_{MU} = -2,014$; $p=0,04<0,05$). Psikiyatri hemşiresi olarak 1 yıldan az deneyime sahip olan hemşireler, 1-10 yıllık deneyime sahip olan hemşirelere göre daha ağırlıklı olarak Koruyucu Ebeveyn ego durumunu kullanmaktadır.

Tablo 4.25. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre Hemşirelik Mesleği Memnuniyet Durumu ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | MEMNUNİYET DURUMU | | | | |
|------------|-------------------|------------|-----------|----------|------|
| | Memnunum (n:2) | Kısmen | Memnun | X_{KW} | p |
| | | Memnunum | Değilim | | |
| | | (n:8) | (n:11) | | |
| $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | | |
| EE | 0,18±0,03 | 0,17±0,03 | 0,20±0,09 | 0,271 | 0,87 |
| KE | 0,24±0,02 | 0,23±0,02 | 0,20±0,06 | 1,126 | 0,57 |
| Y | 0,24±0,00 | 0,23±0,01 | 0,23±0,04 | 3,107 | 0,21 |
| UÇ | 0,19±0,01 | 0,19±0,03 | 0,20±0,00 | 1,292 | 0,52 |
| DÇ | 0,15±0,02 | 0,18±0,04 | 0,17±0,01 | 3,139 | 0,20 |

Araştırmaya katılan hemşirelere göre hemşirelik mesleği memnuniyet durumu ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Psikiyatri Hemşirelerinin Kendilerine Göre İletişim Eğitimi Alma Durumları ile Ego Durumları Arasındaki Fark (n=21)

| BOYUTLAR | İLETİŞİM EĞİTİMİ ALMA DURUMU | | | |
|----------|------------------------------|--------------|----------|------|
| | Evet (n:11) | Hayır (n:10) | Z_{MU} | p |
| | $X \pm SD$ | $X \pm SD$ | | |
| EE | 0,19±0,05 | 0,17±0,03 | -0,423 | 0,67 |
| KE | 0,23±0,03 | 0,24±0,02 | -0,352 | 0,72 |
| Y | 0,24±0,02 | 0,24±0,01 | -0,493 | 0,62 |
| UÇ | 0,19±0,01 | 0,19±0,03 | -0,423 | 0,67 |
| DÇ | 0,16±0,02 | 0,17±0,04 | -0,282 | 0,77 |

Araştırmaya katılan hemşirelere göre iletişim eğitimi alma durumlarına ile ego durumları arasındaki fark incelendiğinde; EE, KE, Y, UÇ ve DÇ boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

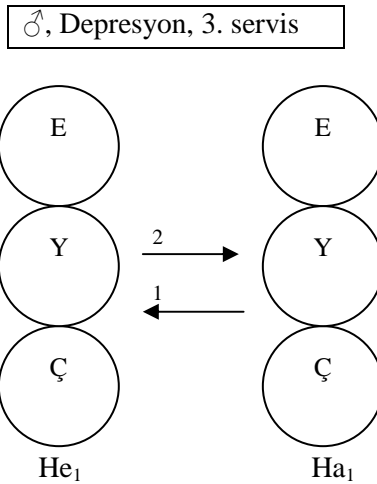
Araştırmada kullanılan gözlem yöntemi için EDÖ kullanılmış olup; değerlendiricilerin görüşleri arasındaki uyumu belirlemek Kendall's Tau-c gözlemciler arası uyum testi kullanılmıştır (Tablo 4.27).

4.2. Nitel Veriler

Araştırmada nitel veriler doğrudan gözlem yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin anksiyete bozukluğu, psikoz, şizofreni, mental retardasyon, depresyon, bipolar affektif bozukluk, alkol bağımlılığı tanıları ile tedavi alan hastalar ile olan etkileşimleri Transaksiyonel Analiz açısından değerlendirilerek Tamamlayıcı, Kapalı ve Gizil transaksiyonlar başlıkları altında sunulmuştur. Hemşire “He”, hastalar ise “Ha” olarak ifade edilmiştir. Her bir etkileşimde yer alan alt simge, farklı kişileri işaret etmektedir.

4.2.1. Tamamlayıcı Transaksiyonlar

Tamamlayıcı transaksiyonlara yönelik iletişim örnekleri depresyon, alkol bağımlılığı, şizofren, atipik psikoz, anksiyete, bipolar affektif bozukluk, atipik psikoz ve depresyon, mental retardasyon ve psikoz tanılı hastalara ilişkin olarak aşağıda verilmiştir.

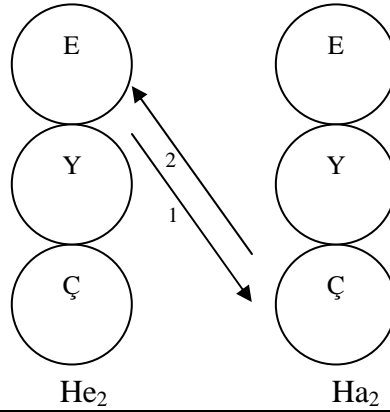


Ha₁: Sigara içebiliyor muyuz?

He₁: Evet içebiliyorsunuz, sigara saatleri günde 3 defa olmak üzere, saatleri.....

Hemşire servis hakkında açıklayıcı ve net ifadeyle bilgi verdi. Hastayla etkileşimi esnasında direkt göz teması kurdu.

♂, Alkol Bağımlılığı, 2. servis

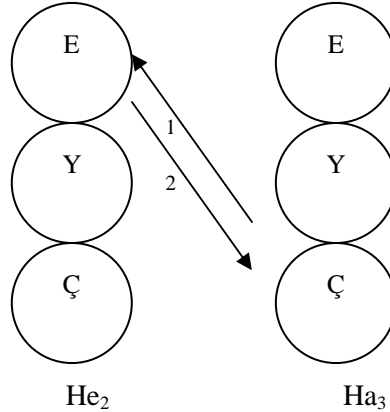


He₂: İlacımı mutlaka kullan H₂.

Ha₂: Tamam hemşire hanım (*Elinde taburculuk kağıdı, postürü hafif öne eğik*)

Hemşirenin taburculuk prosedürünü genel hatlarıyla doğrudan, resmi, açık bir dille aktardı ve emrivaki bir ifadesi bulunuyordu.

♂, Şizofreni, 2. servis

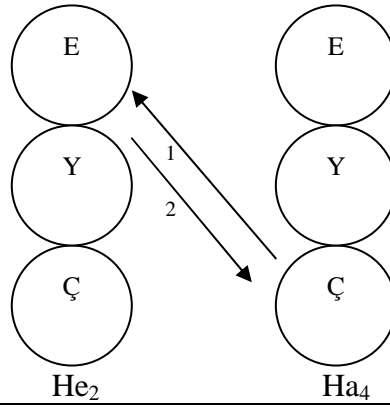


Ha₃: Hemşire hanım, diğer arkadaşlar diyor ki 18 yaşını doldurmuş bir yakını gelip hastasını alabilirmiş (*Meraklı ve çekingen bir tavırla*).

He₂: Hayır canım, olur mu öyle şey? Buna doktorunuz karar veriyor. Kim söyledi sana? Onu doktorunuz söyler.

Hemşire konuya yönelik olarak uygulanan standart prosedürü açıkladı. Bu esnada yargılar bir ses tonu, kaşları çatık, bir eli belinde ve postürü hastaya dönüktü. Hasta, bunu öğrendikten sonra tekrar ısrar etmedi. Hasta bu konuda anladığı ifade eder tarzda başını salladı.

♂, Atipik Psikoz, 2. servis

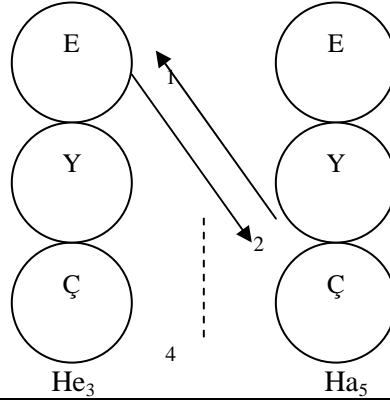


Ha₄: Ne zaman taburcu olacağım? (Çekinerek, kısık sesle ve doğrudan hemşireye bakarak)

He₂: Onu doktorun söyleyecek tamam mı? (Kaşlarını kaldırarak, biraz daha yüksek ses tonunda, hastaya doğru dönük bir postürde ve gözlerine bakarak).

Hemşire, hastanın sorusuna yönelik kısa bir anlatımla, kaşlarını çatarak, isteksiz bir şekilde ifadelerde bulundu.

♂, Atipik Psikoz, 1. servis



Ha₅: Hapımı ne zaman vereceksiniz?" (Yakınma şeklinde, gözleri kısık, yardım ister ve yalvarırcasına bir ses tonu ile ağlamaklı bir ifadeyle).

He₃: İlaç mı içmek istiyorsun? (Meraklı, ilgili, dikkatli, içten bir ifade ve göz teması kurarak, sevecen bir ses tonuyla).

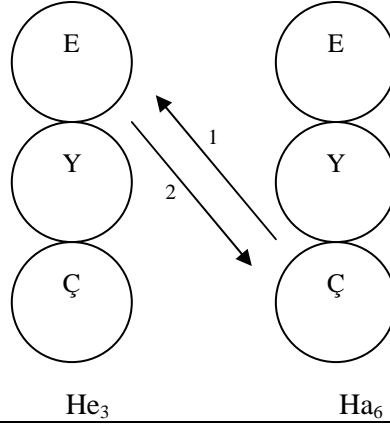
Ha₅: Hı hı. Sonra verirseniz ben ağırlaşıyorum (Israrlı bir şekilde, deskin önünde durarak).

Odamı da açıverin, ben ağırlaşıyorum (Adeta bir çocuk gibi dirseklerini deske dayamış, ellerini yanaklarının üzerine koymuş ve kaşlarını çatarak).

He₃: Tamam geliyorum, hadi geçelim odana.

O esnada hemşire, destekleyici tutumunun yanı sıra sempatik bir ifadeyle seslenerek deskin kapısını açtı ve yaşlı hastanın yanına gitti. Hemşirenin, yardım ve ilgi isteyen bu hastaya yönelik içten, koruyucu ve destekleyici yaklaşımı oldu. Bu durumda hasta yakınmayı bıraktı ve hemşirenin kolundan destek olmasıyla birlikte hasta odasına geçtiler.

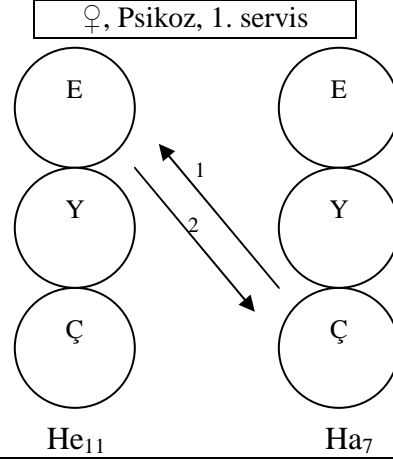
♀, Depresyon, 1. servis



Ha₆: Bizi dışarı çıkarın artık, saat 5 oldu (*Hastanın ağlamaklı, kızgın ve sitemkar bir ifadesi vardı*).

He₃: Şimdi değil H₆ hanım, şu anda bir nöbetçi hemşire var, birazdan çıkalım olur mu? (*Resmi ve sert bir ses tonu ile*).

Hastaya karşılık olarak isteğinin o anda gerçekleşmeyeceği nedeniyle birlikte aktarıldı. Bu esnada hemşirenin postürü hastaya dönük, sert ve öfkeliydi.

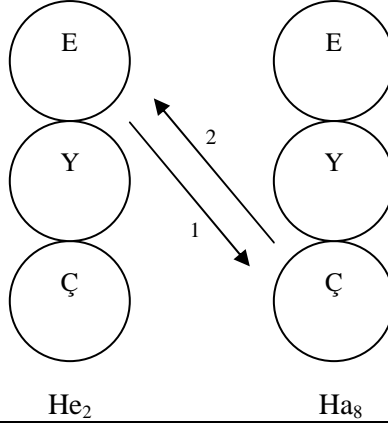


Ha₇: Vur bana, belimi kır lan lan lan...

He₁₁: Düzgün konuş, öyle konuşma (*Deskin iç kısmında oturarak kayıtlarını yazan X₁₁, kafasını kaldırdı ve doğrudan hastanın gözlerine bakarak elindeki kalemi dik bir şekilde havaya kaldırdı*).

Psikoz tanılı bayan bir hasta hemşire deskine geldi ve açık olan camın aralığından içeride oturarak notlarını yazmakta olan He₁₁'e gülerek ve yüksek sesle konuştu. Psikiyatrik hastanın, fikir uçuşmaları ve dezoryantasyonu mevcuttu. Sürekli olarak deske gelerek hemşireye sigara istediğini söylüyor ve sonra deskten ayrılıyordu. O esnada serviste yalnız olan hemşire, hem diğer hastaların ilaç, gözlem notu vb. değerlendirmelerini okuyor hem de deske gelen hastaların istemlerine, sorularına karşılık veriyordu. Hemşirenin tepkisi karşısında hasta gülümsedi ve sessizce deskin önünde durmaya devam etti.

♂, Alkol Bağımlılığı, 2. servis

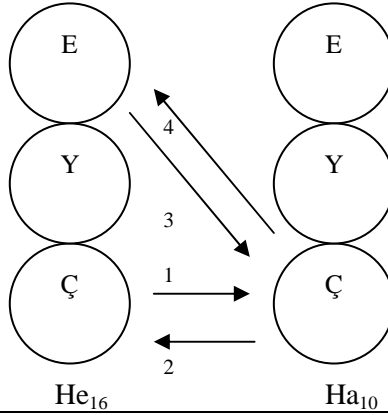


He₂: bey uyandınız mı? kalkın da sigaranızı içtikten sonra ilacınızı vereceğim (*Deskten yüksek sesle bağırarak*)

Ha₈: Tamam (*Koridorun diğer ucundan sesi zayıf tonda geliyordu*)

Servise yeni yatışı yapılan ve taburculuk işlemleri olan hastaların prosedürleri He₂ ve diğer hemşire tarafından yapılmaktaydı. İlaç saati gelen hastanın tedavisini hazırlayan hemşire, deskten ayrılmaksızın hastaya yüksek ses tonu ve emrivaki bir şekilde seslenerek onu deske çağırırdı.

♀, Depresyon, 3. servis



He₁₆: Oooo .. yaptığın örgü ne güzel olmuş (*Gülümseyerek*)

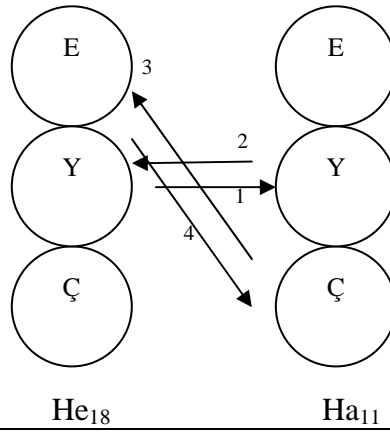
Ha₁₀: Kahkahayla güldü.

He₁₆: Bir de yapamıyorum diyordun, bak yapmışsın işte. Sen yapabilirsin.

Ha₁₀: Bilmem ki.

Hemşirenin, yaptığı el işi faaliyetinden dolayı hastayı cesaretlendirme ve güdüleme eğilimi söz konusuydu.

♀, Şizofreni, 1. servis



Ha₁₁: Yere oturuyorum ben bazen hemşire hanım.

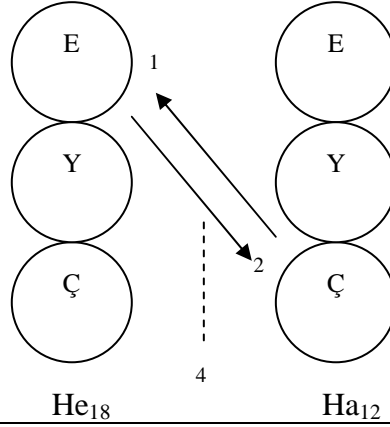
He₁₈: Sandalyeye oturmak yerine yere oturmayı seçme nedenin ne? *(Sakin, ciddi ve anlamaya çalışır bir ifadeyle ona doğru yönelerek)*

Ha₁₁: İşte bazen öyle istiyorum.

He₁₈: Yerler temiz değil, sandalyeye oturalım tamam mı?

Hemşirenin öncelikle nötr bir yüz ifadesiyle, yargılamadan, içten bir şekilde hastanın yere oturma isteğini sorması söz konusuydu. Ardından koruyucu bir yaklaşımla hastayı yönlendirme eğilimi olduğu gözlemlendi.

♀, Şizofreni, 1. servis



Ha₁₂: Bana kötü şeyler söylüyorlar, onları dinlememeye çalışıyorum (*Tedirgin, korkmuş bir ifadeyle*).

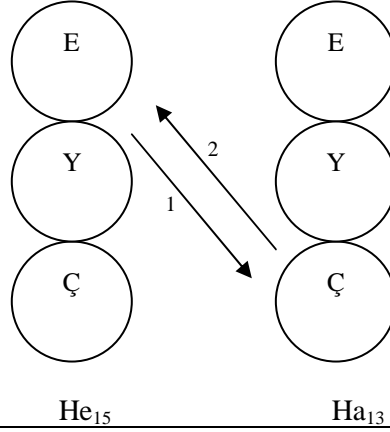
He₁₈: Evet, onları dinlemeyeceksin güçlü olacaksın. Seni rahatsız ederlerse doktoruna bildireceksin (*Emrivaki bir ifadeyle ve işaret parmağını havaya kaldırıp hastayı işaret ederek*).

Ha₁₂: Tamam hemşire hanım, güçlü olmaya çalışacağım ve doktoruma söyleyeceğim.

He₁₈: Evet aynen öyle yapmalısın. (*Emrivaki bir şekilde ve kendinden emin bir ifadeyle*)

Hemşirenin koruyucu-kollayıcı bir tutum sergileyerek işitsel halüsinasyonları olan hastaya karşı paternalistik bir yaklaşımla cesaretlendirme eğilimi olduğu gözlemlendi. Bu tür ifadesi olan hastaya “işittiği seslerin ne tür şeyler söylediğini, ne kadar sıklıkla sesler duyduğunu, bu seslerle baş etmek için neler yaptığını, başka neler yapılabileceğini” değerlendirmede.

♂, Depresyon, 3. servis

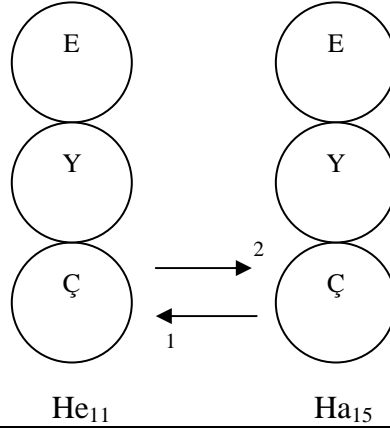


He₁₅: Çok ağır gidiyorsun (*Doğrudan, sessiz bir şekilde ve eleştirel bir ifadeyle direkt hastanın yüzüne bakarak*).

Ha₁₃: Niye ama ben öyle seviyorum (*Gülümseyerek ve çekingen bir ifadeyle*).

Gece nöbetinde olan hemşire, sürekli olarak (her türkü, şarkı bitiminde) deske gelerek arabesk bir şarkı dinlemek istediğini belirten hastanın bu talebini yerine getiriyor, deskte bulunan bilgisayardan aralıklı olarak bu tür müzikleri açıyordu. Ancak hastanın ardiardına arabesk türü şarkı açması ile hemşire hastaya doğrudan, kaşları hafif çatık, elleri masanın üzerinde ve uyarıcı bir ifadeyle yanıt verdi.

♀, Manik Epizot, 1. servis

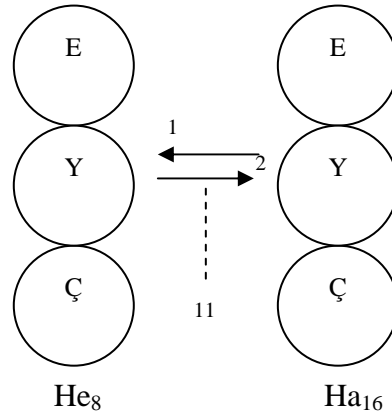


Ha₁₅: Hemşire hanım seni seviyorum.

He₁₁: Ben de seni sevgilim (*Şarkısını hastaya doğru söyleyerek gülümsedi*).

Manik epizottaki bayan hasta öforik tutumlar sergiliyor, klinikte yüksek sesle şakalar yapıyor, kahkahalarla gülüyor ve şarkı söylüyordu. Yanından geçmekte olan hemşireyi gördüğünde dönerek ona da şarkı söylemeye başlamıştı. Bunu gören hemşire de gülümseyerek ve hastaya doğru dönerek ona şarkıyla karşılık verdiği görüldü.

♀, Şizofreni, 2. servis



Ha₁₆: Geceleri uyuyamıyorum hemşire hanım.

He₈: Neden uyuyamıyorsun? (*Hemen ona doğru dönerek, elleri birbirini üzerinde, merakla ve ilgiyle sordu*)

Ha₁₆: Yanımdaki bayan hasta sürekli horluyor ve beni uyutmuyor.

He₈: Hı hı anlıyorum.

Ha₁₆: Hayır benim için şey değil aslında, ama biliyorsunuz yeni yeni uyumaya başladım. Uyku sorunum vardı. *Hasta, eliyle karşı kanepede oturmakta olan orta yaşlı bayan bir hastayı eliyle göstererek*, “Bu hasta horluyor ve beni uyutmuyor.”

He₈: Ayşe Hanım yani?”

Ha₁₆: Evet.

He₈: Peki senin önerin ne olur bu durumda?

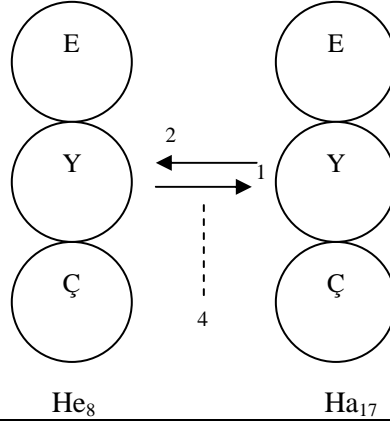
Ha₁₆: Odamı değiştirelim.

He₈: Odamı değiştirirsek iyi uyuyabilecek misin?

Ha₁₆: Evet, hı hı.

Günaydın toplantısı esnasında hemşire, uyku sorunu olan bu hastaya doğru yönelerek merakla ve ilgiyle onu dinledi. Hastanın uyku sorununa yönelik olarak sakin tavırlarla ve açık uçlu sorular sorarak hastanın daha çok ifade etmesini destekleyici yaklaşımları olduğu ve bir çözüm yolu bulmaya çalıştığı gözlemlendi.

♀, Manik Epizot, 2. servis



He₈: Bugün sizi çok kırgın görüyorum (yüzünde gülümseme ile, sakin bir ses tonunda ve merakla tüm hastalara göz gezdirerek)

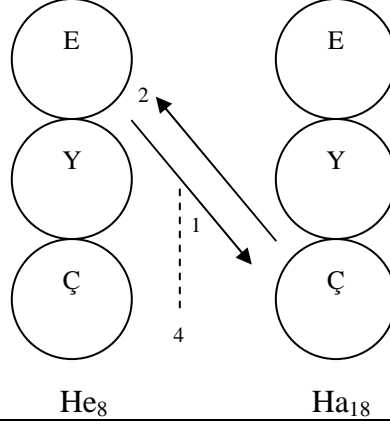
Ha₁₇: Havalar kötü ya ondan.

He₈: Havalar sizi etkiliyor yani?

Ha₁₇: Evet, çok hem de.

Günaydın toplantısı esnasında, kanepede ve sandalyede oturan hastaların bazıları kafalarını geriye yaslamış, bazıları ise masada çenesini dirseğine dayamış vaziyette oturmaktaydılar. Hiçbir hastanın sesi çıkmıyordu ve ortam sessizdi. Bunu gören hemşire, hastalara doğru dönüp, sakin, doğrudan ve samimi bir tutum sergilediği gözlemlendi.

♀, Manik epizot, 2. servis



He₈: Tamam öyleyse, gün içinde neler yapabiliriz tekrar edecek olursak; pin pon oynayabiliriz, halk eğitimden hoca gelince el işi faaliyetleri yapabiliriz, hımm?”

Ha₁₈: Tamam olur.

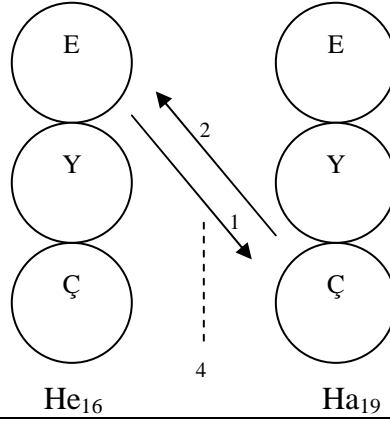
Günaydın toplantısına katılan diğer hastalar da sessizce hemşireyi dinliyor ve onun söylemlerinden sonra onaylarcasına başlarını sallıyorlardı.

He₈: Bir de bitirmeden önce bir şey daha paylaşmak istiyorum sizinle. Dolapları siz yokken inceledim, bunu yapacağımı daha önce söylemişim zaten ve bal-tereyağı kutuları ile kirli çamaşırların olduğunu gördüm. Bunlara dikkat edelim çünkü bu bizim sağlığımız için gerekli. Tamam mı?”

Ha₁₈: Hı hı, tamam (*Diyerek başını salladı*).

Hemşirenin, hastaların gün içinde klinikte hangi tür etkinlikleri yapabileceklerine dair görüşlerini almak üzere hastalara soru sordu ardından da söylenenleri özetleyerek tekrar etti ayrıca hastalarla servis içi hijyen kurallarının uygulanmasına ilişkin olarak hastalara belirttiği gözlemlendi. Ardından ilaç saatinin gelmesi nedeniyle deskteki diğer hemşire ilaç dağıtımı için seslendi ve tüm hastalar ilaçlarını almak üzere deske geçti.

♀, Manik Epizot, 3. servis



He₁₆: Bu ilaç senin iyileşmen için gerekli, bunu içersen sana iyi gelecek.

Ha₁₉: Şu anda içmek istemiyorum ama.

He₁₆: Bak bunu içersen sana gözlüğünü vereceğim.

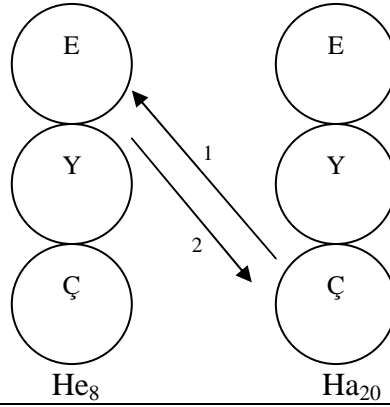
Ha₁₉: Gözlüğümü mü vereceksin? İçerim o zaman (*gözlerini gülümseyerek açtı*).

He₁₆: Tamam, süpersin, harikasın, aferin sana.

Ha₁₉: Yaşasın (*Yüzünde gülümseme ifadesiyle*).

Gece shiftinde ve yalnız olan hemşire, deskte tüm hastaların ilaçlarını hazırladı ve öncelikle tecrit-tespitte kalan hastaya ilaçlarını vermek üzere odasına gitti. İlacını içmek istemeyen, eksite ve klang çağrışımları olan hasta bir önceki tedavi saatinde de olduğu gibi yine ilaçlarını içmek istemeyince hemşire onu ikna etmek üzere ödül olarak takması yasak olan gözlüğünü verebileceğini söyledi ve hastayla sözleşti. Bunun üzerine hasta gülümseyerek, sevinçle ilaçlarını içti ve o esnada gelen akşam yemeğini yedi. Bunun üzerine hemşire onun istedik davranışını pekiştirmek üzere cesaretlendirici ifadeler kullandığı gözlemlendi. Ancak hemşire hastaya gözlüklerini ve ilaçlarını vermedi. Diğer hastaların tedavilerini vermek üzere geri döndü.

♀, Bipolar Affektif Bozukluk, 2. servis

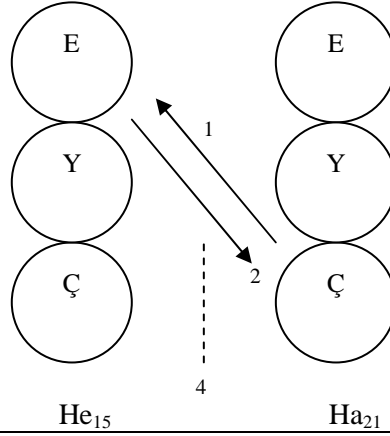


Ha₂₀: Bilemiyorum ki, bahçeye inmez miyim şimdi? Bir daha inemeyecek miyim? (Üzgün bir yüz ifadesi, dudaklarını bükerek)

He₈: Hayır inersiniz, ama bu davranışınız tekrarlırsa bahçe yasağı alırsınız (Doğrudan ve net bir ifadeyle)

Bahçe saati henüz bitmiş, Ha₂₀ ve He₈ hemşire servise dönmüşlerdi. Hemşire, deske gelir gelmez Ha₂₀ hastayı deske çağırarak biraz daha yüksek ses tonunda, yüzü hastaya dönük, kaşları çatık bir ifadeyle, onu erkek servisinden bir erkek hastayla yakınlaştığını, erkek hastanın ona evlenme teklifi ettiğini duyduğunu ve kendisinin iyi bir Türkçesi olmadığı için yanlış anlaşıldığını açıkladı ve ardından bu durumun bahçe yasağı nedeni olduğunu belirtti.

♂, Mental Retardasyon+Psikoz, 3. servis



Ha₂₁: Ben gitmek istiyorum. (*Yüksek sesle ve kızarcasına*)

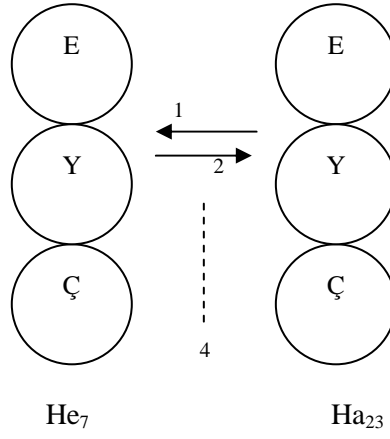
He₁₅: Neden çıkmak istiyorsun? (*Kaşları çatık, elleri belinde ve doğrudan hastanın yüzüne bakarak*).

Ha₂₁: Ne yapayım ama?

He₁₅: Doktorlar sen iyileşesin diye uğraşıyorlar. Biz de hep buradayız sen iyi ol diye. Sen de çıkayım diyorsun? (*Daha yüksek bir ses tonu ve yargılar tarzda bakışlarla*)

Mental düzeyi, yaşına göre düşük olan hasta, GYA'da otururken bir anda diğer hastalara dönerek gitmek istediğini söyledi. Hemşirenin de yüksek sesli konuşan hastaya biraz daha yüksek sesle yanıt verdiği gözlemlendi.

♂, Alkol Bağımlılığı, 1. servis



Ha₂₃: Ne zaman çıkarım buradan X₇ hemşire?

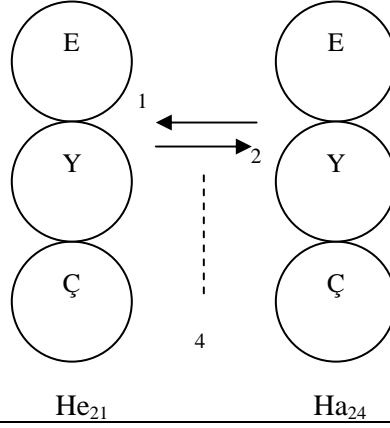
He₇: Bilmiyoruz, zamanla göreceğiz. Ona doktorunuz karar verdiğinde biz de çıkışını yapacağız.

Ha₂₃: 2 hafta demişlerdi.

He₇: Tedaviniz bitene kadar kalırsınız. (*Sakin, ilgili ve resmi bir ifadeyle*)

Hastanın sorduğu sorulara cevap vermesi ve bu esnada göz teması kurması ve sakin, güvenli bir ses tonu kullanması söz konusuydu. Hastanın taburcu olma talebi ile ilgili ya da tedavi süreci ile ilgili düşünceleri sorulmadı. Sadece uygulanan prosedür açıklandı.

♀, Bipolar Affektif Bozukluk, 2. servis



He₂₁: Neden eğitime katılmadınız? (Yalnızca öğrenmek amacıyla merak ve ilgiyle, doğrudan ve sakın bir ses tonunda).

Ha₂₄: Hangi konuda konuşuyorlardı? (Doğrudan ve sakın bir ses tonu ile).

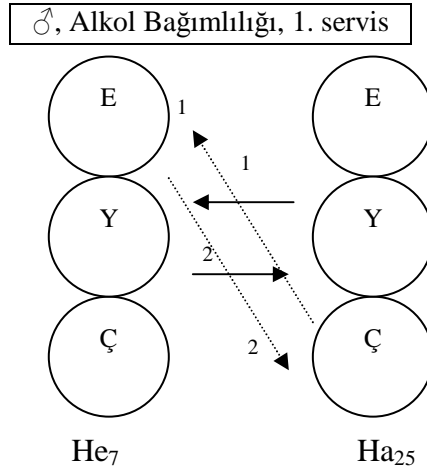
He₂₁: Tedavin, hastalığınla ilgili konuşuyorlar.

Ha₂₄: Hımm, bu konuları doktorumla konuşurum ben hemşire hanım.

Aslında He₂₁, Ha₂₄'ün eğitime katılmadığını biliyordu. Ha₂₄, deskin ayrıldıktan sonra bunu bildiğini diğer hemşirelere söyledi. Bunu hastanın söylemesini ve nedenini açıklamasını istiyordu. Bunun için hastaya neden katılmadığını sordu. Hemşire, hastanın psiko eğitime katılmaması ile ilgili gerekçesini, nedenini merakla, ilgiyle ve sakın bir şekilde sordu. Aynı zamanda hastayı yargılamadan, eleştirmeden anlattıklarına dair yansıtma yaparak iletişimi sürdürdüğü gözlemlendi. Ardından, deskin kapısında ayakta durmakta olan bir personel hastaya doğru dönerek: “gel açayım kapımı” dedi ve hasta, odasına girdi.

4.2.2. Gizil Transaksiyonlar

Gizil transaksiyonlara yönelik iletişim örnekleri alkol bağımlılığı, şizofren, bipolar affektif bozukluk, mental retardasyon tanıli hastalara ilişkin olarak aşağıda verilmiştir.

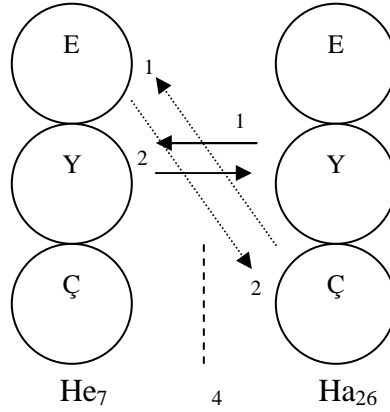


Ha₂₅: Ruhum sıkılıyor (*Postürü hemşireye dönüktü ve ses tonu yalvarırcasındaydı. “Bana yardım edin” isteği hissedildi.*)

He₇: Tamam. Aldığın ilaçlar etkisini hemen göstermez. 10-15 gün geçmesi lazım. Burada tedavini takip edeceğiz (*Göz teması kurup, açık ve net olarak ifade etti. “Benim sana yardımım bu bilgileri vermekle sınırlı” mesajı.*)

Hastaya cevap verirken postürü ona dönük, sakın ses tonunda ve göz teması kurarak bilgi verdiği gözlemlendi. Hastanın “ruhum sıkılıyor” derken ona ne oluyor?, bunu ifade ederken tam olarak neyi kastettiği (agresyon ifadesi, intihar düşünceleri, herhangi bir etkinlik yapmamasından kaynaklanan can sıkıntısı vb.) sorgulanmadı.

♂, Alkol Bağımlılığı, 1. servis



Ha₂₆: Bir şey soracağım, benim dışarıdayken birikmiş borçlarım var, burada da tedavi olmam için masraflarım olacak ama maddi olarak iyi değil durumum? (Merakla ve çekinerek soruyu sordu. “Bana yardım et” ifadesi vardı).

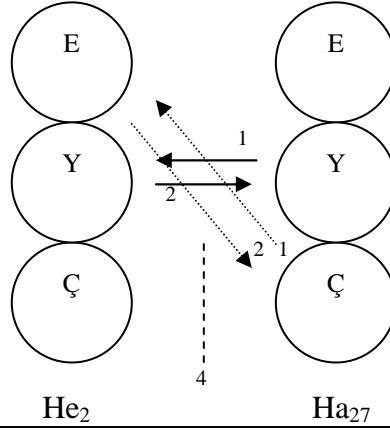
He₇: Ne kadar borcun var? (Hastaya doğru yönelmiş, sempatik, destekleyici bir ses tonunda, ilgili ve “sana yardım edeyim” mesajı vererek)

Ha₂₆: Bilemiyorum şimdi ama bayağı oldu. (Tedirgin, çekingen ve hastanın yardım isteğidevam etmekteydi).

He₇: Hımmm.... Onu sosyal hizmet uzmanımız var hastanede, biz durumunuzu ona iletiriz (Destekleyici, ilgili ve cesaretlendirici nitelikte)

Hemşirenin, borcu olduğunu ve bunun için gizli olarak yardım isteyen hastaya karşı açıklayıcı, soruna yönelik, doğrudan bir tutum içinde olduğu gözlemlendi. Bu esnada hemşirenin hastayla olan etkileşimi sosyal düzeyde; sorunun saptanması ve çözümün belirlenmesi şeklinde, psikolojik düzeyde ise; sana yardım edeyim, sen üzülme mesajı vererek hastanın endişelenecek bir durumu olmadığına dikkat çekilmesi gözlemlendi.

♂, Şizofreni, 2. servis



Ha₂₇: Hemşire hanım şu odayı açar mısınız? (Camekanın dış kısmından sessiz, sakin ve çekingen bir ifadeyle ve bir eliyle boş bir odayı göstererek yardıma gereksinimi olduğunu hissettirdi).

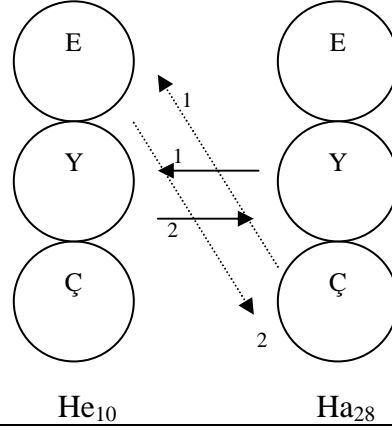
He₂: Neden? (Yargılama ifadesiyle, kaşları çatık bir şekilde, deksin iç kısmında hastaya dönük olarak ayakta duruyordu. “Beni niye rahatsız ettin” şeklinde bir tutumu bulunuyordu).

Ha₂₇: Namaz kılacağım.

He₂: Hımm.. tamam (Yanındaki personele döndü ve gülerek-alay ifadesi ile kapıyı açabileceğini söyledi. “Sana izin veririm ama senin bu talebin benim için komik” mesajı verdiği gözlemlendi.).

Hastanın namaz kılma isteğini hemşirenin, sözel anlamda “onaylar, kabul eder” bir ifadesi vardı ancak diğer taraftan da alaycı gülümseme mimikleri ve bakışlarının olduğu görüldü.

♂, Bipolar Affektif Bozukluk, 1. servis

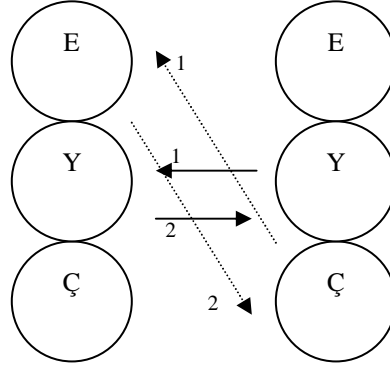


Ha₂₈: Adım, benim doktorum kim acaba? Doktorumun adını öğrenecektim (*Yardım ister bir ifadeyle*).

He₁₀: Doktorunuz,..... (*Ardından tekrar aynı ismi hastaya dönüp söyleyerek hastayla göz göze gelmeden hemen camı kapattı. "Beni neden rahatsız ediyorsun" şeklinde bir ifadeyle*).

Sigara saatinde (her saat başı) Ha₂₈ geldi ve He₁₀ deskin camını oturduğu yerden araladı. Hasta sakin bir ses tonunda,, nötr bir yüz ifadesi ile hemşireye doktorunu sorduğunda, o esnada hemşire deskte yalnız idi ve hastaların günlük tedavi izlemlerini kaydediyordu. Deskin iç kısmında ve hemen arkasında bulunan klinik çizelgeye bakarak tekrar hastaya doğru dönüp hekiminin adını söyleyerek iletişimi sürdürmeksizin hemen camı kapattığı gözlemlendi. Bu durumda, sosyal düzeyde hastanın sorusuna cevap verildiği ancak psikolojik düzeyde yardım isteyen hastayla etkileşimin "beni rahatsız etme" mesajı vererek devam ettirilmediği gözlemlendi.

♂, Şizofreni, 1. servis



He₁₀

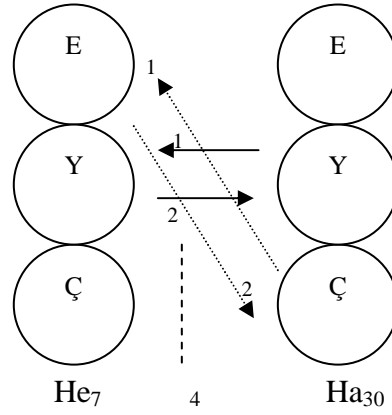
Ha₂₉

Ha₂₉: Doktorum ne zaman gelecek? (Nötr bir yüz ifadesi ve sakin bir ses tonunda)

He₁₀: Öğleden sonra (Net, kısa bir şekilde belirtti ve önünde duran açık bilgisayara doğru başını çevirdi).

Hasta, hemşireye doktorunu sorduğunda deskin iç kısmında bulunan ve ayakta durarak önündeki hasta dosyasını okumakta olan hemşire, hastayı yanıtladıktan sonra başını bu kez önündeki bilgisayara çevirdi. Hekiminin vizit saatini öğrenmek isteyen hastayla iletişimi sürdürmediği gözlemlendi. Hemşirenin bu tutumu “şu anda sana ayıracak zamanım yok” mesajı verdiğini düşündürdü. Ardından H₂₉ bir müddet deskin önünde sessizce bekledi ve ayrıldı.

♂, Mental Retardasyon, 1. servis



Ha₃₀: Ben ne zaman çıkarım ? Benim dışarıda işim var dışarıda (“Beni kurtarın buradan” izlenimi verdi).

He₇: Ne işin var dışarıda? (Doğrudan bir ifadeyle, net, sakın bir şekilde ve alay edercesine gülümseyerek “senin gibi birinin ne işi olabilir ki” gibi küçümseyici bir tavır gözlendi).

Ha₃₀: İş bulmam lazım, para kazanacağım, annem de yalnız.

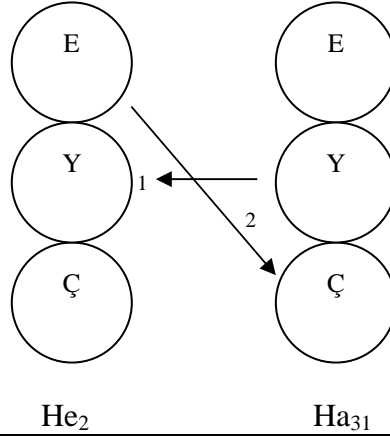
He₇: Tamam, başka ne işin var?

Hemşire, hastayı dinlerken sorular sordu ancak yüzünde alaycı bir gülümseme vardı. Hastanın ise konuşurken düşünceli bir şekilde duraksadığı gözlendi. Hemşire, Mental Retarde tanılı hastanın anlattıklarını dinlediği, öte yandan yüzündeki alaycı ifadeyle onu küçümsediğini gösteren bir ifadesinin olduğu gözlendi.

4.2.3. Kapalı Transaksiyonlar

Kapalı transaksiyonlara yönelik iletişim örnekleri atipik psikoz, bipolar affektif bozukluk tanımlı hastalara ilişkin olarak aşağıda verilmiştir.

♂, Bipolar Affektif Bozukluk, 2. servis

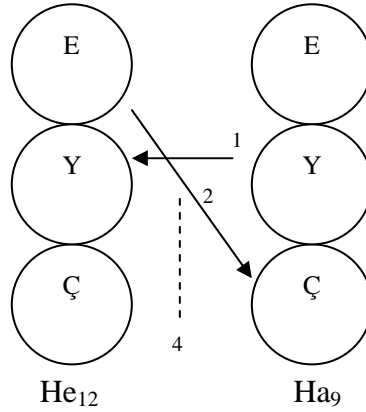


Ha₃₁: Sigara saati geldi mi?

He₂: Hayır şimdi değil (*Biraz yüksek ses tonu ile doğrudan yüzüne bakarak, doğrudan bir ifadeyle ve kaşları çatık olarak*).

Gözlem süresince çoğunlukla deskin yakınlarında ayakta bekleyen ve bu esnada da deskin içini gözlemleyen hasta, deskin önüne geldi ve sigara saatinin gelip gelmediğini sordu. Hemşire, sigara içmek isteyen hastaya henüz sigara zamanının gelmediğini belirtti. Ancak hasta henüz sigara saati gelmemiş olmasına rağmen tekrar deske gelerek hemşireye tekrar aynı soruyu sordu. Bu kez hemşirenin azarlarmuşçasına cevap verdi. Ha₃₁ bir şey söylemeden sessizce deskten ayrıldı.

♀, Psikoz, 2. servis



Ha₉: Doktorum aramama izin vermiyor, diğer servistekiler de izin vermiyor, buradan arayabilir miyiz ailemi?

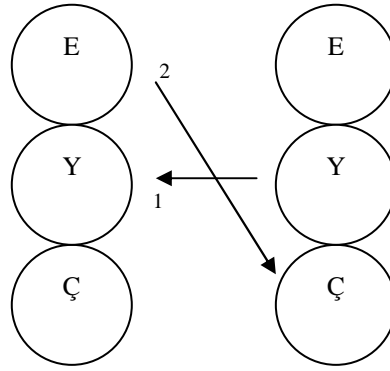
He₁₂: Doktorunuz öyle söylemişse biz bir şey yapamayız, buradan da aramanıza izin veremeyiz (Başını sallayarak, öfkeli bir ses tonunda cevap verdi).

Ha₉: Neden? (Sakin ve doğrudan bir ifadeyle)

He₁₂: Bunu biz de bilmiyoruz, hem siz burada değil, karşı servistesiniz, buradan arama yapamazsınız zaten (Hastayla göz teması kurmadan, önündeki dosyaya bakarak).

Hemşirenin yüzünde resmi bir ifade olup, kollarını kavuşturmuş, bacak bacak üstüne atmış ve resmi bir ifadesi vardı.

♂, Psikoz, 1.servis



He₄

Ha₃₄

Ha₃₄: Doktorum ne zaman gelir?

He₄: Artık sormayın yahu, bilmiyorum ne zaman gelir (*diyerek camı kapattı*).

He₄'ün vücudu deskin önünde duran hastaya doğru dönüktü ancak hastanın yüzüne bakmıyor, önündeki bilgisayarda hasta işlemleriyle ilgileniyordu. Hastanın ise sakin bir ses tonunda, doğrudan bir şekilde hemşireye soru sorduğu gözlemlendi. Ancak hemşirenin kendisine karşı ilgisiz bir görünümü vardı. O esnada hemşire, yüzüne bakmaksızın bilgisayarda hasta işlemi ile ilgileniyordu.

5. TARTIŞMA

Psikiyatri hemşireleri ve hastalar arasındaki iletişimi Transaksiyonel Analiz Kuramı ego durumları açısından değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanan araştırma bulguları nicel ve nitel boyutlarıyla iki ayrı başlık halinde tartışılmıştır.

5.1. Nicel Bulgular

Bu çalışmada psikiyatri hemşirelerinin ego durumlarına ilişkin görüşler araştırmacı, sorumlu hemşire ve kendilerine yönelik olarak belirlenmiştir. Psikiyatri hemşireleri kendilerine, araştırmacıya ve sorumlu hemşirelere göre ağırlıklı olarak Yetişkin ve Koruyucu Ebeveyn ego durumlarını kullanmaktadırlar. Akbağ'ın (2000, 2003) çalışmalarında da iletişim sürecinde kullanılması gereken ego durumları Yetişkin ve Koruyucu Ebeveyn olarak belirtilmektedir.^{92,117} Hemşirelerin ağırlıklı Yetişkin ve Koruyucu Ebeveyn ego durumlarını kullanmaları iletişim sürecinde etkili yaklaşımlar sergilendiğini gösteren bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Bilindiği gibi Yetişkin ego durumu fikir üretebilme, problem çözme yeteneğini kullanma, eşitlik ve adalet ilkesine bağlı kalma, güç ve otoriteyi paylaşma, güven oluşturma, bireysel gelişimi ön planda tutma, öğrenmeyi teşvik etme (aktif dinleme, hatalardan öğrenme, dürüstlük, işbirliği, eleştirel ve yaratıcı düşünme, hayatın kalitesini ve verimliliğini artırma (hem bireysel hem de toplumsal düzeyde); Koruyucu Ebeveyn ego durumu ise başarıları ödüllendirme, fırsat sunma, diğerlerinin gelişimine önderlik etme, cesaret, dürüstlük ve samimiyet gösterme gibi özellikleri bünyesinde barındırmaktadır.¹²⁰ Buradan hareketle örnekleme yer alan hemşirelerin ağırlıklı olarak Yetişkin ve Koruyucu Ebeveyn ego durumlarını kullanmaları hasta-hemşire iletişimlerinde profesyonel tutumların sergilendiğine ilişkin inancı pekiştirmektedir. Yine Bostancı ve Aştı (2000) ile Pestonjee ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin en sık Yetişkin ego durumunun bir ögesi olarak problem çözme, Koruyucu Ebeveynin bir özelliği olarak destek sağlama ve Uygulu Çocuk ego durumu özelliklerinden esnek olma durumunu kullandıklarını belirlemişlerdir.^{19,117} Ancak bu bulgu Işık'ın (2010) psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha fazla Eleştirel Ebeveyn ego durumunun özellikleri arasında yer alan olumsuz görüş ve tutumlar sergiledikleri bulgusuyla örtüşmemektedir.⁴ Yine Moran'ın (2008) yapmış olduğu çalışma sonucunda da

psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin Eleştirel Ebeveyn ego durumunun bir özelliği olan otorite puan ortalamasının psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olarak saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.⁵ Hemşirelerin hastalarla olan iletişimlerine yönelik farklı sonuçlar bulunmakla birlikte, psikiyatri hastalarının daha bağımlı durumda olması ve bağımlılık yoluyla problemlerinin çözümünü sağlık personeline bırakmasının kendilerine bir rahatlık sağladığı belirtilmektedir. Hemşireler de bu şekilde kendisine gereksinmesi olan bağımlı hastaya karşı onu kontrol etme gereksinmesi güdüsü ile hareket edebilmektedir.¹²¹ Hastanın tıpkı bir çocuk gibi söylenenlere uyması, itaat etmesi ve sorun çıkarmaması beklenmektedir. İsteklerini belirten, sorular soran veya talepkar, işlemleri reddeden vb. kişiler, çalışanlar tarafından problemlili hasta olarak nitelenmektedir. Problem hasta olarak nitelendirilen bu hastalar, yaşadıkları korku ve endişeleriyle baş edebilmek, kendilerini güvende hissedebilmek için bir tür regresyon sürecine girmekte ve bu durumda Çocuk ego durumunu sergileyebilmektedirler.³⁵ Bu durum en fazla şizofreni, depresyon, anksiyete bozukluklarında ortaya çıkabilmektedir.⁸ Literatürde, hasta ilerleme kaydettikçe, hemşirenin de hastanın bağımsızlığını desteklemesi gerektiği sıklıkla vurgulanmaktadır.^{121,122,123} Öte yandan Transaksiyonel Analiz Kuramı'na göre, iletişim sürecinde her ego durumunun katkısı gerekmele birlikte, tepkilerin Yetişkin ego durumunun denetiminde olması öngörülmektedir.⁹² Böyle bir birey, başkalarına karşı iyi bir anne babanın özellikleri olan dürüst ilgi ve kararlara, bir yetişkin özelliği olan sorun çözme becerisine ve sağlıklı bir çocuğun sergilediği yaratıcılık, merak gibi bir takım özelliklere sahiptir.^{92,93} Bu açıdan ele alındığında, psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin klinik süreç içerisinde ağırlıklı olarak Yetişkin ve Koruyucu Ebeveyn ego durumlarını kullanmaları ve gözlemciler tarafından da benzer şekilde değerlendirilmeleri son derece olumludur. Psikiyatri hemşireleri, kendilerine göre en düşük Eleştirel Ebeveyn ve Doğal Çocuk ego durumlarını kullanmaktadır. Araştırmacıya göre de hemşirelerin en düşük Doğal Çocuk ego durumlarını kullandıkları belirlenmiştir. Bilindiği gibi, ruhsal hastalığı olan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında meydana gelen bir takım değişiklikler, çoğu kültürde normaldışı kabul edilerek genellikle toplum tarafından kabul edilmemekte ve etiketlenme (stigma) yapılmaktadır.^{124,125} Toplumun, ruhsal sorunu olan bireylere karşı sergilediği olumsuz tutumlar, hastanın toplumsal yaşamda yerini almasında engel teşkil ederek, hastaların topluma uyumunu sınırlayabilmektedir.¹²⁵ Bu bağlamda ele alındığında, psikiyatri hemşirelerinin, toplumun negatif tutumları olması

ve alanla ilgili daha kapsamlı bilgiye sahip olmaları nedeniyle psikiyatri hastalarına karşı Eleştirel Ebeveyn ego durumunun küçümseme, azarlama, otorite, eleştirme gibi özelliklerini daha az sıklıkta kullanmış olabileceklerini düşündürmüştür. Beckman (1972) tarafından yapılan bir araştırmada, benzer şekilde ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşmesine yardımcı olan profesyonellerin daha düşük otorite ve sosyal kısıtlayıcılık, buna karşılık daha yüksek koruyuculuk-kollayıcılık puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Öte yandan tedavi edici ortam unsurları çerçevesinde servis kuralları, normlar ve sınırların da yer aldığı bilinmektedir.^{121,122,126} Bu bağlamda kendine ya da başkalarına zarar verme, şiddet, kaçma, saldırganlık, tedaviye direnç ve uygunsuz cinsel davranışlar sergileyebilen psikiyatri hastalarına yönelik yaptırım uygulanması konusunda hemşirelerin yararlı Eleştirel Ebeveyn ego durumundan yararlanması gerekliliği de akla gelmektedir. Öte yandan Doğal Çocuk ego durumunun en az oranda sergilenmesi ülkemizde hemşirelere yüklenen rol kavramını akla getirmektedir. Toplumda hemşireye verilen rol “*anne gibi karşılıksız olarak özveride bulunan kişi*” olması bakımından hemşire de bu role uygun davranma eğiliminde olabilmektedir.¹¹ Bu durum duyguların serbestçe ifade edilmesi, otorite figürünü ve kuralları reddetme, spontanlık, yaratıcılık gibi özelliklerin daha az oranda sergilendiğini düşündürmüştür. Sorumlu hemşirelere göre, psikiyatri hemşireleri en düşük Eleştirel Ebeveyn ego durumunu kullanmaktadırlar. Bu sonuç, hemşireleri gözlemleyerek değerlendiren sorumlu hemşireler ile hem araştırmacı hem de sorumlusu tarafından gözlemlendiğinin farkında olan hemşireler arasında *aktör-gözlemci yanılığının* olabileceğini düşündürmüştür.¹²⁷ Aktör, davranışta bulunan kişi olan hemşireyi, gözlemci ise aktörün davranışını gözlemleyen sorumlu hemşireyi tanımlamaktadır. Profesyonel girişimlerde bulunan hemşirenin dikkati çevresine yönelmekte, sorumlu hemşirenin dikkati ise aktörün yani hemşirenin üzerinde yoğunlaşmaktadır. Dolayısıyla gözlemlendiğinin bilincinde olan hemşireler, daha farklı davranış örüntüleri sergilemiş olabilirler. Bunun bir sonucu olarak, Eleştirel Ebeveyn ego durumu özellikleri manipüle edilerek gizlenmiş ya da daha az oranda sergilenmiş olabilir. Ancak genel değerlendirmeler dikkate alındığında, Eleştirel Ebeveyn ego durumuna giren davranışlara ilişkin puan ortalamalarının da düşük olduğu görülmektedir. Aktör-gözlemci yanılığının olabileceği düşünülmeyle birlikte gerçekten bu davranışların diğerlerine oranla daha az sergilendiği açıktır.

Psikiyatri hemşirelerinin kendilerine göre eğitim durumları ile Yetişkin ego durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X_{KW} = 8,732$; $p < 0,05$). Lisans (hemşirelik

dışı) mezunu hemşirelerin, ön lisans mezunu hemşirelere göre Yetişkin ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullandıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeyindeki yükselmenin, terapötik etkileşim bilincinin gelişmesine ve dolayısıyla hastaya yaklaşımın daha çok olumlu yönde değiştiğini düşündürmüştür. Ergün'ün (2005), psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açılarını incelemek üzere yapmış olduğu çalışmada, benzer şekilde eğitim düzeyi lisans veya üzeri olan hemşirelerin, hastalara sosyal mesafe açısından daha olumlu bir yaklaşım sergilediği saptanmıştır.¹²⁸ Bağ ve Ekinci (2005) tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim seviyesi yüksek olan sağlık çalışanının, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik daha iyi niyetli bir tutum sergiledikleri belirlenmiştir.¹²⁵ Bilindiği gibi sağlık bakım sistemindeki değişimler ve artan sorumluluklar, hemşirelerin ileri bilgi ve beceriler kazanmasını gerektirmektedir. Bu da beraberinde eğitim seviyesindeki artışı getirmektedir. Eğitim düzeyi ne kadar yüksek olursa otonomi de o kadar yüksek olmaktadır.^{112,129} Otonominin ortaya konulabildiği bir ortam, hemşirenin karar vermeye katılımını ve iş doyumunu artırmaktadır. Çam ve arkadaşlarının (2007) eğitimin iletişim becerilerine ve iş doyumuna etkisini inceledikleri çalışmada eğitime katılanların bilgi puan ortalamaları ile olumlu yaklaşımların arttığı ayrıca iş doyumunda da artış olduğu saptanmıştır.¹¹² Öz (1992) ve Pişmişoğlu (1997)'nin çalışmasında da lisans mezunu hemşirelerin empatik eğilimlerinin sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^{130,131} Buradan hareketle lisans mezunu hemşirelerin iş doyumuyla birlikte otonomi sahibi olmalarının, profesyonel davranış, empatik bir tutum sergilemelerinde ve hastalarıyla Yetişkin-Yetişkin iletişim kurmalarında önemli rolü olduğu söylenebilir.

Psikiyatri hemşirelerinin kendilerine göre psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı ile Koruyucu Ebeveyn ego durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X_{MU} = -2,014$; $p=0,04 < 0,05$). Buna göre, Psikiyatri hemşiresi olarak 1 yıldan az deneyime sahip olan hemşireler, 1-10 yıllık deneyime sahip olan hemşirelere göre Koruyucu Ebeveyn ego durumunu daha fazla kullanmaktadır. Bostancı ve Aştı'nın (2000) yapmış olduğu çalışmada, psikiyatrik bilgi ve deneyimi olmayan ya da daha az olan hemşirelerin, ruh sağlığı bozuk olan bireylere yönelik acıma, yardım gibi hümanistik duygularla yaklaşım eğiliminde oldukları ve kısıtlamaya karşı oldukları saptanmıştır.¹⁹ Elde edilen bulgu, bu yönüyle Bostancı ve Aştı'nın (2000) çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Diğer taraftan, araştırmacıya göre ise, psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı ile Uygulu

Çocuk ego durumu arasında anlamlı fark olduğu ($X_{MU} = -2,014$; $p=0,04 < 0,05$) saptanmıştır. Bu durumda araştırmacıya göre psikiyatri hemşiresi olarak 1 yıldan az deneyime sahip olan hemşireler, 1-10 yıllık deneyime sahip olan hemşirelere göre Uygulu Çocuk ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadır. Bu sonuç, daha az bilgi ve deneyim sahibi olan hemşirelerin mesleki deneyimi daha fazla olan diğer ekip üyelerine bağımlı olarak müdahalede bulunabildiğini, bir başka deyişle Uygulu Çocuk ego durumunu daha fazla sergilediğine işaret etmektedir. Polat'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada, 30 yaş ve üstü grupta yer alan hemşirelerin algıladıkları işe bağlı stres düzeyi, diğer gruplara göre daha düşük düzeyde bulunmuştur.¹³² Bu durum, 1-10 yıllık deneyime sahip olan hemşirelerin hizmet yılı daha az olan hemşirelere göre servis ortamındaki stres kaynaklarının etkilerini, zaman içinde bunları azaltma yollarını öğrenmiş olabilecekleri ve elde edilen deneyimler neticesinde daha bağımsız hareket edebildiğine işaret etmektedir.

Araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin, hemşire olarak çalışma yılı ile Eleştirel Ebeveyn ego durumu arasında anlamlı fark olduğu ($X_{KW} = -7,348$; $p=0,02 < 0,05$), hemşire olarak hizmet yılı arttıkça Eleştirel Ebeveyn ego durumlarının daha fazla sergilendiği belirlenmiştir. Yine araştırmacıya göre psikiyatri hemşirelerinin yaşları ile Eleştirel Ebeveyn ego durumu arasında aynı yönde orta düzeyde anlamlı fark olduğu ($r=0,562$; $p=0,008 < 0,05$), yaş arttıkça Eleştirel Ebeveyn ego durumunun daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Nitel metodoloji bağlamında da bu bulguları destekleyen örnekler bulunmaktadır.

Örnek-1

Ha₂₇: Hemşire hanım şu odayı açar mısınız? (*Camekanın dış kısmından sessiz, sakin ve çekingen bir ifadeyle ve bir eliyle boş bir odayı göstererek*)

He₂: Neden? (*Yargılama ifadesiyle, kaşları çatık bir şekilde, deksin iç kısmında hastaya dönük olarak ayakta duruyordu*).

Ha₂₇: Namaz kılacağım.

He₂: Hımm.. tamam (*Yanıdaki personele döndü ve gülerek-alay ifadesi ile kapıyı açabileceğini söyledi*).

Bu iletişim örneğinde, 12 yıl çalışmış olan bir hemşire, sosyal düzeyde verdiği mesajda hastanın namaz kılma isteğine karşılık olarak Eleştirel Ebeveyn özelliklerinden alaycı gülümseme ile mimiklerini ve bakışlarını sergilemiştir.

Örnek-2

| |
|--|
| <p>Ha₂₁: Ben gitmek istiyorum. <i>(Yüksek sesle ve kızarcasına)</i></p> <p>He₁₅: Neden çıkmak istiyorsun? <i>(Kaşları çatık, elleri belinde ve doğrudan hastanın yüzüne bakarak).</i></p> <p>Ha₂₁: Ne yapayım ama?</p> <p>He₁₅: Doktorlar sen iyileşesin diye uğraşıyorlar. Biz de hep buradayız sen iyi ol diye. Sen de çıkayım diyorsun? <i>(Daha yüksek bir ses tonu ve yargılar tarzda bakışlarla)</i></p> |
| <p><i>Mental düzeyi, yaşına göre düşük olan hasta, Günlük Yaşam Alanı'nda otururken bir anda diğer hastalara dönerek gitmek istediğini söyledi. Hemşire de yüksek sesli konuşan hastaya biraz daha yüksek sesle yanıt verdiği gözlemlendi.</i></p> |

Yukarıdaki iletişimde, 11 yıldan fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirenin, Eleştirel Ebeveyn ego durumunu kullandığı gözlenmiştir. Ancak bu bulgulardan farklı olarak, Sharrock ve Heppel (2005) tarafından yapılan çalışmada ise, ruhsal sorunu olan bireyler ile doğrudan uygulama deneyimi fazla olan hemşirelerin, deneyimi az olan hemşirelere göre hastayı kabul edici yaklaşımlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.¹⁰⁸ Bu sonucun, bakım sürecinde kurulan iletişimde kullanılan özelliklerin ve bakım verilen farklı hasta profillerinin ego durumlarının sergilenmesinde farklılık yaratabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmacıya ve sorumlu hemşirelere göre hemşirelerin medeni durumları ile Doğal Çocuk ego durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X_{MU} = -2,245$; $X_{MU} = -2,173$; $p < 0,05$). Bu sonuca göre bekâr hemşireler, evli hemşirelere göre daha fazla Doğal Çocuk ego durumunu kullanmaktadırlar. Bu sonuç, bekâr hemşirelerin aynı zamanda genç yaş grubunda yer alması ve mesleki deneyiminin daha az olması ile birlikte evli hemşirelere oranla, hasta ile kurdukları etkileşimlerde daha spontan, meraklı ve yaratıcılık gibi Doğal Çocuk ego durumunun bazı özelliklerini sergileme eğiliminde olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca toplumun evli bireylere yüklediği rol ve sorumlulukların da bu tutumları etkilemiş olabileceği akla gelmektedir.

Araştırmacıya göre hemşirelerin ego durumları ile sorumlu hemşireye göre hemşirelerin ego durumları arasında Eleştirel Ebeveyn (Kendall's Tau- c=0,400; p<0,05), Koruyucu Ebeveyn (Kendall's Tau- c=0,448; p<0,05), Yetişkin (Kendall's Tau- c= 0,524; p<0,05), Uygulu Çocuk (Kendall's Tau-c=0,533; p<0,05), Doğal Çocuk (Kendall's Tau- c=0,629; p<0,05) ego durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yine araştırmacı ve sorumlu hemşirelerin yaptığı değerlendirmeler tüm ego durumlarında benzerdir. Bu sonuç, araştırmacı ile sorumlu hemşirelerin benzer değerlendirmelerde bulunduğunu göstermektedir. Çalışma sonucuna göre bu tür doğrudan gözlem çalışmalarında bir kişi için değerlendirme sürecine ayrılan saatin minimum 3, maksimum 9 olmasının yeterli olabileceğini düşündürmektedir.

5.2. Nitel Bulgular

Doğrudan gözlem yöntemi kullanılarak elde edilen nitel bulgular kapsamında, araştırmada yer alan psikiyatri hemşirelerinin depresyon, alkol bağımlılığı, şizofreni, atipik psikoz, anksiyete, bipolar affektif bozukluk, atipik psikoz ve depresyon, mental retardasyon ve psikoz tanılı erkek ya da bayan hastalarla olan etkileşimleri değerlendirilmiştir. Gözlem sürecinde, hemşirelerin hastalarla etkileşimlerini; hastanın kognitif durumu, saldırganlık eğilimi, o esnada deskte hemşirenin tek başına olması veya az sayıda hemşire olması, iş yükü gibi bir takım faktörlerin etkilediği gözlenmiştir.

Örnek-3

He₂: bey uyandınız mı? kalkın da sigaranızı içtikten sonra ilacınızı vereceğim
(*Deskten yüksek sesle bağırarak*)

Ha₈: Tamam (*Koridorun diğer ucundan sesi zayıf tonda geliyordu*)

Servise yeni yatışı yapılan ve taburculuk işlemleri olan hastaların prosedürleri He₂ hemşire tarafından yapılmaktaydı. İlaç saati gelen hastanın tedavisini hazırlayan hemşire, deskten ayrılmaksızın hastaya yüksek ses tonu ve emrivaki bir şekilde seslenerek onu deske çağırdı.

Araştırmaya ilişkin nitel veri örneklerinde yukarıdaki örneğe benzer şekilde hemşirenin tedavi saatinde hasta ile olan etkileşiminin sınırlı olduğu ve Ebeveyn ego durumu özelliklerinin sıklıkla sergilendiği gözlemlendi.

Örnek-4

Ha₆: Bizi dışarı çıkarın artık, saat 5 oldu (*Hastanın ağlamaklı, kızgın ve sitemkâr bir ifadesi vardı*).

He₃: Şimdi değil H₆ hanım, şu anda bir nöbetçi hemşire var, birazdan çıkalım olur mu? (*Resmi ve sert bir ses tonu ile*).

Hastaya karşılık olarak isteğinin o anda gerçekleşmeyeceği nedeniyle birlikte aktarıldı. Bu esnada hemşirenin postürü hastaya dönük, sert ve öfkeli bir yüz ifadesi vardı.

Örnek-5

Ha₂₈: Adım, benim doktorum kim acaba? Doktorumun adını öğrenecektim (*Yardım ister bir ifadeyle*).

He₁₀: Doktorunuz,..... (*Ardından tekrar aynı ismi hastaya dönüp söyleyerek hastayla göz göze gelmeden hemen camı kapattı. "Beni neden rahatsız ediyorsun" şeklinde bir ifadeyle*).

Sigara saatinde (her saatbaşı) Ha₂₈ geldi ve He₁₀ deskin camını oturduğu yerden araladı. Hasta sakin bir ses tonunda,, nötr bir yüz ifadesi ile hemşireye doktorunu sorduğunda, o esnada hemşire deskte yalnız idi ve hastaların günlük tedavi izlemlerini kaydediyordu. Deskin iç kısmında ve hemen arkasında bulunan klinik çizelgeye bakarak tekrar hastaya doğru dönüp hekiminin adını söyledi ve iletişimi sürdürmeden, hemen camı kapattığı gözlemlendi.

İletişim örüntülerinde, Örnek 4 ve 5'te de yer aldığı şekilde servisteki hemşire sayısının az olması ve dolayısıyla klinik içerisinde hemşire başına düşen iş yükünün artması nedeniyle iletişim süreçlerinin de kısıtlandığı gözlenmiştir.

Etkileşimi etkileyen bir diğer faktörün de hasta profili olduğu gözlenmiştir. Buna göre; hastanın halüsine, dezoryante ve ajite olması, fikir uçuşmalarının, zarar verme ile ilgili ifade ve eylemlerinin olması durumunda iletişimin değişim gösterdiği gözlenmiştir.

Örnek-6

| |
|---|
| <p>Ha₇: Vur bana, belimi kır lan lan lan...</p> <p>He₁₁: Düzgün konuş, öyle konuşma (<i>deskin iç kısmında oturarak kayıtlarını yazan He₁₁, kafasını kaldırdı ve doğrudan hastanın gözlerine bakarak elindeki kalemi dik bir şekilde havaya kaldırdı</i>).</p> |
| <p><i>Psikoz tanılı, fikir uçuşmaları olan ve dezoryante bayan bir hasta deske gelerek, açık olan camın aralığından içeride oturarak notlarını yazmakta olan He₁₁'e gülerek ve yüksek sesle konuştu. Hemşirenin tepkisi karşısında hasta gülümsedi ve sessizce deskin önünde durmaya devam etti.</i></p> |

Örnek-7

| |
|--|
| <p>Ha₁₂: Bana kötü şeyler söylüyorlar, onları dinlememeye çalışıyorum (<i>tedirgin, korkmuş bir ifadeyle</i>).</p> <p>He₁₈: Evet, onları dinlemeyeceksin güçlü olacaksın. Seni rahatsız ederlerse doktoruna bildireceksin (<i>Emrivaki bir ifadeyle ve işaret parmağını havaya kaldırıp hastayı işaret ederek</i>).</p> <p>Ha₁₂: Tamam hemşire hanım, güçlü olmaya çalışacağım ve doktoruma söyleyeceğim.</p> <p>He₁₈: Evet aynen öyle yapmalısın.</p> |
| <p><i>Hemşirenin koruyucu-kollayıcı bir tutum sergileyerek işitsel halüsinasyonları olan hastaya karşı paternalistik bir yaklaşımla cesaretlendirme eğilimi olduğu gözlemlendi. Bu esnada hastanın "işittiği seslerin kendisine ne tür şeyler söylediğini, ne kadar sıklıkla sesler duyduğunu, bu seslerle baş etmek için neler yaptığını, başka neler yapılabileceğini" değerlendirmede.</i></p> |

Örnek 6 ve 7'de de görüldüğü üzere iletişimlerin, hasta/hastaların kognitif durumlarına göre değişiklik gösterdiği gözlemlenmiştir. Her iki örnekte de hemşirelerin Eleştirel Ebeveyn ego durumunu kullandıkları görülmektedir. Örnek 7'de, işitsel halüsinasyonlarını anlatan ve bu konuda yardım isteyen hastaya karşılık olarak

hemşirenin Yararlı Eleştirel Ebeveyn ego durumunu kullanarak hastadan halüsinasyonları konusunda güçlü ve ısrarcı bir tutum sergileyerek doğrudan yapması gerekenler hakkında direktifler vermiştir. Ancak bu esnada hastanın “işittiği seslerin kendisine ne tür şeyler söylediği, ne kadar sıklıkla sesler duyduğu, bu seslerle nasıl baş ettiğini ve bununla ilgili olarak başka neler yapılabileceği” değerlendirilmedi. Bu noktada halüsinasyonu olan hastaya terapötik yaklaşım ilkerinin kullanılmadığı gözlenmiştir.

Psikiyatri hemşirelerinin etkileşimlerinde yaş ve mesleki deneyim yılının da rol oynayabildiği gözlenmiştir. Bununla ilgili örnekler aşağıda sunulmuştur.

Örnek-8

He₁₆: Oooo .. yaptığın örgü ne güzel olmuş (*gülümseyerek*)

Ha₁₀: Kahkahayla güldü.

He₁₆: Bir de yapamıyorum diyordun, bak yapmışsın işte. Sen yapabilirsin.

Ha₁₀: Bilmem ki.

Hemşirenin, yaptığı el işi faaliyetinden dolayı hastayı cesaretlendirme ve güdüleme eğilimi söz konusuydu. Hemşire 32 yaşında olup, 1 yıldan daha az süreyle psikiyatri hemşiresi olarak çalışmaktadır.

Örnek-9

Ha₉: Doktorum aramama izin vermiyor, diğer servistekiler de izin vermiyor, buradan arayabilir miyiz ailemi?

He₁₂: Doktorunuz öyle söylemişse biz bir şey yapamayız, buradan da aramanıza izin veremeyiz.

Ha₉: Neden? (*Sakin ve doğrudan bir ifadeyle*)

He₁₂: Bunu biz de bilmiyoruz, hem siz burada değil, karşı servistesiniz, buradan arama yapamazsınız zaten (*Hastayla göz teması kurmadan, önündeki dosyaya bakarak*).

Hemşirenin yüzünde resmi bir ifade olup, kollarını kavuşturmuş, bacak bacak üstüne atmış ve resmi bir ifadesi vardı. Hemşire 39 yaşında olup, 12 yıllık çalışma süresine sahiptir.

Yukarıdaki örneklerde ve nicel bulgu sonuçlarında da görüldüğü üzere Psikiyatri hemşiresi olarak 1 yıldan az deneyime sahip olan hemşireler, daha ağırlıklı olarak Koruyucu Ebeveyn ego durumunu kullanmaktadırlar. Bu doğrultuda hemşirelerin daha ilgili, özen gösterici, destekleyici, şefkatli, koruyucu ve endişeli bir tutuma sahip oldukları gözlenmiştir. Psikiyatri hemşireleri arasında hizmet süresi 11 yıldan fazla olan hemşireler ise Eleştirel Ebeveyn ego durumunu daha ağırlıklı olarak kullanmaktadırlar. Bu bağlamda da hemşirelerin, ilkeli ve görev yükleyici tutumlarının olduğu gözlenmiştir. Bunun nedeni olarak ruhsal hastalığı olan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında meydana gelen bir takım değişikliklerin, genellikle toplum tarafından kabul edilmemesi ve etiketlenme yapılması nedeniyle hizmet yılı daha az olan hemşirelerin psikiyatri hastalarına karşı daha çok paternalistik bir yaklaşım sergileme eğiliminde olabileceğini, öte yandan meslek yılının artmasıyla bu hasta grubuna yönelik daha otoriter, eleştirel bir tutum sergilenerek, talepkar olan, sorular soran, işlemleri reddeden, impuls yitimi olan vb. hastaların adeta bir çocuk gibi söylenenlere itaat etmesi, sorun çıkarmaması beklentisi oluştuğunu düşündürmüştür.

Bu örneklerde de görüldüğü üzere yaş bakımından daha küçük, mesleki deneyim yılı açısından ise daha az hizmet yılı olan hemşirelerin, diğerlerine göre hastalarla olan iletişimlerinde Çocuk ego durumları yönünde farklılaştığı gözlenmiştir. Bu bulgular, nicel bulgularla da paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Psikiyatri hemşirelerinin Transaksiyonel Analiz kuramına göre kullandıkları ego durumlarının araştırılması amacıyla toplam 21 katılımcı ile gerçekleşen bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Psikiyatri hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %66,7'sinin kadın, yaş ortalamasının $32,28 \pm 4,03$, %61,9'ünün (n=13) evli, %52,4'inin (n=11) çocuk sahibi, % 38,1'inin (n=8) lisans mezunu, %52,4'ünün 1. Serviste (akut servis) çalışmakta olduğu belirlenmiştir. % 52,4'ü (n=11) 11-20 yıllık hemşire olarak, 14'ü ise (% 66,7) 1-10 yıl psikiyatri hemşiresi olarak hizmet vermiş, % 47,6'sı (n=10) hemşirelikten memnun olduğunu belirtmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin % 52,4'ü (n=11) iletişim eğitimi aldığı, % 71,4'ünün (n=15) iletişime yönelik hizmet içi eğitim aldığı ve % 42,9'unun (n=9) düzenlenen hizmet içi eğitime bazen katıldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin hastalarla olan iletişimlerini değerlendirme (0-10) ortalamaları $X \pm SD = 7,42 \pm 1,39$ olarak belirlenmiştir.
- Psikiyatri hemşireleri kendilerine, araştırmacıya ve sorumlu hemşirelere göre ağırlıklı olarak Yetişkin ve Koruyucu Ebeveyn ego durumlarını kullanmaktadırlar.
- Araştırmacıya göre yaşça daha büyük olan Psikiyatri hemşireleri, Eleştirel Ebeveyn; bekar hemşireler, evli hemşirelere göre ağırlıklı olarak Doğal Çocuk; hizmet yılı daha fazla olan hemşireler, daha ağırlıklı olarak Eleştirel Ebeveyn ego durumunu kullanmaktadırlar.
- Araştırmacıya göre Psikiyatri hemşiresi olarak 1 yıldan az mesleki deneyime sahip hemşireler, daha ağırlıklı olarak Uygulu Çocuk ego durumunu kullanmaktadır.
- Sorumlu hemşirelere göre bekar hemşireler, evli hemşirelere göre daha ağırlıklı olarak Doğal Çocuk; mesleğinden memnun olmayan hemşireler daha ağırlıklı olarak Uygulu Çocuk ego durumunu kullanmaktadırlar.
- Hemşirelerin kendilerine göre Lisans (hemşirelik dışı) mezunu hemşireler, Önlisans mezunu hemşirelere göre daha ağırlıklı olarak Yetişkin ego durumunu kullanmaktadırlar.

- Psikiyatri hemşiresi olarak 1 yıldan az deneyime sahip olan hemşireler, 1-10 yıllık deneyime sahip olan hemşirelere göre daha ağırlıklı olarak Koruyucu Ebeveyn ego durumunu kullanmaktadır.
- Hemşirelerin kendisine ve araştırmacıya göre Eleştirel Ebeveyn, Koruyucu Ebeveyn ve Uygulu Çocuk; hemşirelerin kendisine ve sorumlu hemşirelere göre Koruyucu Ebeveyn, Uygulu Çocuk ve Doğal Çocuk ego durumları; araştırmacıya ve sorumlu hemşirelere göre ise tüm ego durumlarının kullanımına ilişkin görüşler benzerdir.
- Psikiyatri hemşirelerinin anksiyete bozukluğu, psikoz, şizofreni, mental retardasyon, depresyon, bipolar affektif bozukluk, alkol bağımlılığı tanıları ile tedavi alan hastalar ile olan etkileşimleri Transaksiyonel Analiz açısından incelenerek Tamamlayıcı, Kapalı ve Gizil transaksyonlar açısından değerlendirilmiştir. Gözlem sürecinde, hemşirelerin hastalarla etkileşimlerini; hastanın tanısı, kognitif durumu, saldırganlık eğilimi, o esnada deskte hemşirenin tek başına olması veya az sayıda hemşire olması nedeniyle kişi başına düşen iş yükünün fazla olması (hasta kabul/taburculuk işlemleri vb. yanı sıra serviste kalmakta olan hastaların tedavilerinin hazırlanması ve uygulanması) gibi bir takım faktörlerin etkilediği gözlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda sunulan öneriler aşağıda belirtilmiştir.

1. Bu çalışma yalnızca ilgili hastanelerde çalışmakta olan psikiyatri hemşirelerine genellenebileceğinden bu tür çalışmaların daha geniş popülasyonlarda yapılması,
2. Psikiyatrik hastalarla olan etkileşimlerin olumlu yönde değişmesi için hemşirelerin eğitim düzeyinin artırılarak gizil transaksyonlar konusunda farkındalık kazandırılması,
3. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin bilgilerinin desteklenmesi ve farkındalık programları oluşturularak bu programların hemşire gruplarına uygulanması,
4. Hemşirelerin mesleki eğitimleri esnasında; hasta özerkliği, terapötik iletişim, insan ilişkileri, hasta-sağlık profesyoneli ilişkileri ve empati kavramı vb. konularda interaktif eğitim metotları kullanılarak eğitim verilmesi,
5. Yapılan gözlemler doğrultusunda, bir kısım hemşirenin “rutin işlerin yoğun ve hasta sayısı çok olmasına karşın hemşire sayısının az olması” nedeniyle hastalara gerekli

süreyi ayıramadığı durumlar olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu nedenle hemşirelerin daha iyi şartlarda çalışmalarını için gerekli düzenlemelerin yapılmasına ilişkin, hastane yönetiminin söz konusu sorunun çözümüne ilişkin çalışmalar yapmaları, bu konuda hemşirelerin farkındalıklarının artırılması ve işbirliğinin sağlanması,

6. Yapılan gözlemler doğrultusunda hasta-hemşire etkileşimini etkileyen bir diğer faktörün de hasta profili olduğu gözlenmiştir. Buna göre; hastanın halüsinasyon, dezoryantasyon ve ajite olması, impulsivitenin, fikir uçuşmalarının, zarar verme ile ilgili ifade ve eylemlerinin olması durumunda etkileşim modülünün değişim gösterdiği gözlenmiştir. Bu bağlamda, psikiyatride özel hasta gruplarına ilişkin hemşirelerin terapötik yaklaşım becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- 1.Erefe İ. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1998.
- 2.Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2004, s:101-113.
- 3.Ünlüoğlu G. Ruh sağlığı ve boyutları. Editör: Işık Sayıl. Ruh sağlığı ve hastalıkları ders kitabı, ikinci baskı, Ankara, Antıp Yayınları, 2000; s:7-25.
- 4.Işık S. Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri. 2010, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 95 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Betsi Üstün).
- 5.Moran M. Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri. 2008, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 122 sayfa, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Sabire Yurtsever).
- 6.Geçtan E., Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Maya Matbaacılık ve Yayıncılık Ltd. Şti. Ankara, 1981, s: 9-30.
7. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması. Edit: Orhan Öztürk. Ruh sağlığı ve bozuklukları, 7. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997; s:101-104.
8. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı, 2006, Ankara, MN Medikal&Nobel Tıp Kitap Sarayı, s:81-99.
9. Kaplan H.I., Sadock B.J., Klinik Psikiyatri. Ed:Abay E., 2004, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s:8-12.
- 10.Köknel Ö. Ruh Sağlığı. İstanbul, Alfa Basın Yayın, 1999, 1-5.
- 11.Terakye, G., (1995) Hasta Hemşire İlişkileri, 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara,.
- 12.Taylor C.M. (1990). Essential of Psychiatric Nursing. 13. Edition.
- 13.Terakye, G. (1994); Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- 14.Fortinash, K., Psychiatric Mental Health Nursing, by Mosby, California, 1996.
- 15.Travelbee, J., Interpersonal Aspects of Nursing, Second Edition, F.A.Davis Company, Philadelphia, 1971.
- 16.Üstün, B., Akgün, E., Partlak, N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, 2005, İzmir.

17. Berg A, Hallberg R. Effects of Systematic Clinical Supervision on Psychiatric Nurses' Sense of Coherence, Creativity, Work- Related Strain, Job Satisfaction and View of the Effects From Clinical Supervision: A Pre- Post Test Design. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999; 6:371-381.
18. Tutuk, A., Al, D., Doğan, S. "Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi". *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2002;6 (2):36-41.
19. Bostancı N. *Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşlerinin Araştırılması*. 2000, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Nesrin Aştı).
20. Kum N. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, 2000;2:2-9.
21. Keltner LN. *Introduction to Psychiatric Nursing*. LN Keltner, LH Schwecke, CE Bostrom (eds), Philadelphia, Mosby-Year Book, 1995, 3-15.
22. *Fundamentals of Mental Health Nursing*, Katy Neeb, RN., BA, Second Edition, Chapter:1 "History of Mental Health Nursing", Minnesota.
23. Gagne M. The Role Of Autonomy Support And Autonomy Orientation in Prosocial Behavior Engagement. *Motiv Emotion* 2003; 27:199-223.
24. Byrne P. Stigma of Mental Illness/Changing Minds, Changing Behaviour. *Br J Psychiatry* 1999; (174):1-2.
25. Ting HT. A Survey of Psychiatric Nurses in Taiwan: Beliefs About Etiology and Nature of Nurse Interactions with Relatives of People with Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997;(21):174-177.
26. Malla A, Shaw T. Attitudes towards Mental Illness; The Influence of education and experience. *Int. J Soc Psychiatry*, 1987;(33):33-41.
27. Bostancı N. *Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar*. *Düşünen Adam Dergisi*; 2005, 18 (1): 32-38.
28. Bhugra D., *Attitudes Towards Mental Illness: A Review*. *Acta Psychiatr Scand* 1989,(80);1-12.
29. Brady M. Nurses Attitudes Towards A Patient Who Has A Psychiatric History. *Journal of Advanced Nursing*, 1976,(1);11-23.
30. Brinn F, *Patients with Mental Illness: General Nurses Attitudes And Expectations*. *Nursing Standard*, 2000,14(27);32-36.

31. Roberts D. Nurses Perception's of the Role of Liaison Mental Health Nurse. Nursing Times. 1998, 94(43);56-57.
32. McFarland G., Thomas MD. Psychiatric Mental Health Nursing Application of the Nursing Process. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991; p:851-856.
33. Akkoyun F., Psikolojide İşlemsel Çözümleme Yaklaşımı Transaksiyonel Analiz. 3. basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.
34. Hugo M. Mental Health Professionals' Attitudes Towards People Who Have Experienced A Mental Health Disorder. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2001;8: 419-425.
35. Özcan A., Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti. Ankara, 2006.
36. Tabak RS., Sağlık İletişimi. 2. basım, Literatür Yayıncılık Dağıtım Pazarlama San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2003.
37. Yüksel, A.H. İletişim Kavram ve Tanımı. (Ed) U. Demiray, Genel İletişim. PegemA Yayıncılık, Ankara, 2006.
38. Bilen, M. Sağlıklı İnsan İlişkileri. Armoni Ltd. Şti. Ankara, 1994.
39. Lindberg, JB., Hunter, M.L., Kruszewski, A.Z. Introduction to Nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990.
40. Özcan, A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. Saray Kitabevleri, İzmir, 1996.
41. Ergin A., Birol, C.: Eğitimde İletişim. Anı Yayıncılık, Kozan Ofset Matbaacılık San. Ltd. Şti., 2000.
42. Kocabaş, F., Elden, M. Ve Yurdakul, N. Reklam ve Halkla İlişkilerde Hedef Kitle, İletişim Yayınları, İstanbul, 2002.
43. Cüceloğlu, D. Yeniden İnsan İnsana. 18. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998.
44. Acar, N.V., Terapötik İletişim, 3. Baskı, Onur Ofset, Ankara, 1998.
45. Altıntaş, E. ve Çamur, D., Beden Dili, Motif Matbaacılık, İstanbul, 2004.
46. Dökmen Ü. Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. 43. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2010.
47. Yılmaz A.A., Hasta Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Ünitesinde Bir Uygulama. 2005, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 89 sayfa, Antalya (Prof. Dr. Ümit ATABEK)

- 48.Defleur M.I., Dennis E.E., Understanding Mass Communication: A Liberal Art Perspective, 7. Edition, Houghton Mifflin Company, Boston, 2002.
- 49.Budak, G. ve Budak, G. Halkla İlişkiler-Davranışsal Bir Yaklaşım, Beta Yayınevi, İstanbul, 1995.
- 50.Çelik F. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, 2008, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Doç. Dr. Abdullah Koçak)
- 51.Göral, R. (2007), Büro Yönetimi ve İletişim Teknikleri, Konya: Yücedemya Yayınları.
- 52.Arnold E, Boggs Underman K. Interpersonal Relationships Professional Communication Skills For Nurses. 3. Edition. USA: Saunders Company, 1999; p:41-79.
- 53.Ünal SD., Onkoloji Hastaları ile Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerine Yardım Becerileri Eğitiminin Etkisi. 2005, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 144 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Fatma Öz).
54. Manav A.İ., Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi. 2008, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 sayfa, Mersin, (Prof. Dr. Ayşe Özcan).
55. Dökmen, Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. 18. Baskı, Ankara: Sistem Yayıncılık, 2004: s:151–155.
- 56.Smitherman C. Nursing Actions For Health Promotion. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1981.
- 57.College of Nurses of Ontario. Therapeutic Nurse-Client Relationship. The Standart of Care. Toronto:2006
- 58.Stuart GW, Sundeen SJ. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Sixth Ed., St Louise, Missouri: Elsevier Mosby Inc., 1998.
- 59.Cüceloğlu, D. İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları. 10. Baskı, Remzi Kitabevi, Ankara, 2000.
- 60.“Sağlık.” Erişim: www.kalder.org/genel/Ankara/Sunum_Caner_Fidaner, Erişim Tarihi: 20.05.2011
- 61.Gordon T., Edwards S. Doktor-Hasta İşbirliği Hastanın Bakımıyla İlgilenen Herkes için Gerekli İletişim Becerileri. (Çev: Aksay E., Ed: Özkan B.) Sistem Yayıncılık, 2. basım, İstanbul, 2001.

62. Ataç A., Azal Ö., Uçar M., Açıkel CH., Göçgeldi E. TSK Sağlık Kurumlarından Yararlanan Personelin Hasta Hakları ve Sağlık Personeli-Hasta İlişkisi Konusundaki Memnuniyetlerinin İtranet Üzerinden Araştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2003;45(4):309-315.
63. Uludağ, A. Sağlık Kurumlarında İletişim. 2004, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.
64. Özeltun, G. Hemşirelikte İletişim ve Kişilerarası İlişkiler, Psikiyatri Hemşireliğinin Değişen Rolü, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 1998.
65. Geylan, R. (1991), Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi.
66. Schröder A., Ahlström G., Larsson B.W. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study, *Learning Disability and Mental Health*, 2006, Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 93–102.
67. Kumcağız H., Yılmaz M., Çelik SB., Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği, *Dicle Tıp Dergisi*, 2011; 38 (1): 49-56
68. Faulkner, A., Argent, J., Jones, A., *Effective Communication in Health Care: Exploring the Skills of the Teachers, Patient Education and Counseling*, 2001,(45):227-232.
69. Peplau, H.E., *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, G.P. Putnam's Sons, New York, 1952.
70. Ekici, B., Özdemir, S., Hemşirelerin Terapötik İletişim Teknikleri Hakkındaki Bilgi ve Uygulama Durumlarının Araştırılması, VII.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-24 Haziran, Erzurum, 1999.
71. Erdal, E. (1993), *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar*, İzmir: Dağışan Ofset.
72. Sellick K., (1991) "Nurses Interpersonal Behaviours and the Development of Helping Skills", *International Journal of Nursing Studies*, 28 (1): 3-11.
73. Videbeck SL (2001) *Psychiatric Mental Health Nursing*, Lippincott, p:8-11.
74. Schuster, P.M., *Communication: The Key to the Therapeutic Relationship*, F.A.Davis Company, Philadelphia, 2000.
75. Alan S. Adana'da Eğitim Hastanelerinde Sağlık Hizmetini Alanlar ile Verenlerin Özerkliğe Saygı ve Paternalizme Yatkınlıkları. 2005, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 108 sayfa, Adana, (Prof. Dr. İlder Uzel).

76. Robertson, A.K., Etkili Dinleme, Çev: Yarmalı E.S., Ecem Matbaacılık, İstanbul, 2002.
77. Arıkan Ç. Psikiyatrik Tedavi Kurumlarında Staj Yapmış Olmanın Tutum Değişikliği Yaratmadaki Rolü, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerinde Yapılmış Bir Araştırma. Doktora Tezi, Ankara, 1986.
78. Kron T., Gray A. The Management of Patient Care Putting Leadership Skills to Work. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, 1987, p:43-46.
79. Berne E. What Do You Say After You Say Hello? 19th ed. London: Corgi; 1998.
80. Berne E. (1964) Games People Play: The Psychology of Human Relationships. Grove Press, New York.
81. Berne, E. (1961). Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry, Grove Press Inc., New York.
82. Stewart I, Joines V. TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis. Chapel Hill, NC: Lifespace Publishing; 1987.
83. Alisinaoğlu, F.: “Üniversite Öğrencilerinin Ben (Ego) Durumları ile Ana-Baba Tutumlarını Algılamalarını Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. 1995, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
84. Shirai, S. How Transactional Analysis Can Be Used in Terminal Care. International Congress Series, 2006; p:179– 184.
85. Solomon, C: “Transactional Analysis Theory: Basics”. Transactional Analysis Journal, Vol: 33, No: 1, 2003.
86. Steiner C. Scripts people live: transactional analysis of life scripts. 2nd ed. New York: Grove Press; 1990.
87. Gökçen G., Alkol Bağımlıları ve Sosyal İçicilerin Ego Durumları, Çocukluk Kararları ve Psikolojik Uyum Açısından İncelenmesi. 2009, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 196 sayfa, İzmir (Doç Dr. Azmi Varan).
88. Berne, E. (1957). Ego States in Psychotherapy, American Journal of Psychotherapy, 11(2): 293-309.
89. Keçeci A., Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencileri ve Öğretim Üyeleri Arasındaki İletişimin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları Açısından Değerlendirilmesi. 2007, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 217 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Gülsün Taşocak).
90. Bennett D., TA and the Manager. A Division of American Management Associations, New York, First Printing, 1976, p:1-91.

91. Albano C. Transactional Analysis on the Job & Communicating with Subordinates. (Ed: Rendero T.) A Division of American Management Associations, New York, Third Printing, 1974; p:6-39.
92. Akbağ, M., Deniz, L. “Öğretim Elemanı ve Öğretmen Adaylarının Birbirlerine Yönelik Algıları: Transaksiyonel Analiz Açısından Bir Değerlendirme”. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, EDAM Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları, İletişim Hizmetleri Tic.Ltd.Şti, İstanbul, 2003, s: 263-293.
93. James, M. Jongeward, D. 1993, Kazanmak için Doğarız, İnkılap Kitabevi, İstanbul.
94. Arı R., Üniversite Öğrencilerinin Baskın Ben Durumları ile Bazı Özlük Niteliklerinin, Ben Durumlarına, Atılganlık ve Uyum Düzeylerine Etkisi. 1989, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 193 sayfa, Ankara (Prof. Dr. Ethem Özgüven).
95. Yücalan Ö.B., Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerinin Bazı Değişkenler ve Baskın Ben Durumları (TA) Açısından İncelenmesi. 2007, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 169 sayfa, Konya (Prof. Dr. Ramazan Arı).
96. Keler H., Liseli Ergenlerin Transaksiyonel Analiz Ego Durumları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 2008, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Müge Akbağ).
97. Poussard-Minibaş, J. Transaksiyonel Analiz. Örgütte Kişisel Gelişim, 2002.
98. Akkoyun, F.: Psikolojide İşlemsel Çözümleme Yaklaşımı Transaksiyonel Analiz. Nobel Yayın Dağıtım, 2. baskı, Ankara, 2001.
99. Prigg, B.W. Transactional Analysis: A Viable Approach for Discussing Human Autonomy in Fictional Texts. Doctor of Philosophy Dissertation, Bowling Green State University, 1990.
100. Transactional Analysis. Eric Berne's Transactional Analysis- TA Theory Development and Explanation, <http://www.businessballs.com/transactionalanalysis.htm>, erişim tarihi: 20.05.2011.
101. Ernst, F.H. (1971). The OK Corral : The Grid For Get On It with. Transactional Analysis Journal, 1(4): 33-42.
102. Wiesner V: An Examination of the Relationships Between Affective Traits and Existential Life Positions. University of North Texas Dissertation Doctor of Philosophy. 2004.

- 103.Kırlangıç M. Hemşirelerin Ruh Hastalığı ve Hastalarına Karşı Tutumlarının Araştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1984, İzmir.
- 104.Haytural H, Atalay M. Hemşirelerin Bağımlı Bağımsız İşlevlerinden En Çok Hangilerini Yerine Getirdiklerinin Saptanması. II. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, İzmir. 1990; 568-577.
- 105.Aştı N: Psikiyatrik İmajın Sosyal Travma Boyutu. Ruhsal Travma, 1995.
- 106.Bailey SR. An Exploration Of Critical Care Nurses And Doctors Attitudes Towards Psychiatric Patients. Aust J Adv Nurs. 1998; 15(3):8-14.
- 107.Taşkın EO, Özmen D, Özmen E, Demet M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofren ile ilgili tutumları. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Ankara, 2003; 77.
- 108.Sharrock&Heppel. The Opinions of The Nurses Working at Psychiatric Unite. International Journal of Mental Health Nursing. 2005;14,249-257.
- 109.Reed F, Fitzgerald L. The Mixed Attitudes Of Nurse's to Caring For People with Mental Illness in A Rural Genaral Hospital. Australia, 2005.
- 110.Bağ, B. Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, [URL: http:// www.e-sosder.com](http://www.e-sosder.com). 2005; 3(11):107- 127.
- 111.Doğan O, Kocacık F. Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006;(7):109-120.
- 112.Çam O., Pektaş İ., Bilge A. Ebe/Hemşirelere verilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yaklaşımlarına İletişim Becerilerine ve İş Doyumlarına Etkilerinin Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; (10):3.
- 113.Daingerfield MAF. Communication Patterns of Critical Care Nurses. The Graduate School of Education Rutgers, The State University of New Jersey, A Dissertation of Doctor of Education, 1993.
- 114.Akbağ, M. Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, 2000, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

115. Alisinanoğlu, F. ve K6ksal, A. Genęlerin Ben Durumları (Ego State) ve Empatik Becerilerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Dergisi. 2000;(18); 11-16.
116. Booth, L.A., Maning, D.J.: "Observations of radiographer communication: An exploratory study using Transactional Analysis", Radiography, 2005.
117. Pestonjee, D.M., Sharma, K.H., Patel S. Image and Effectiveness of Hospitals: An HR Analysis. Journal of Health Management, 2005;7(1), pp. 41-90.
118. Dent G.W., Mental Health Nurses Knowledge and Views on Talking Therapies in Clinical Practice. The Degree of Masters of Nursing, p:147, Victoria University of Wellington, New Zealand, 2008.
119. Akgöl A. Tıbbi Araştırmalarda İstatiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları", Emek Ofset Ltd. şti., 2. Baskı, 2005, Ankara.
120. Terzioğlu F. Taşkın L., Kadının toplumsal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları, cumhuriyet üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi, 2008;12(2), s:62-66.
121. Oflaz F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu psikiyatri dergisi, 2006; (7):55-61.
122. Keltner N, Schwecke LH, Bostrom CE. Milieu management. Psychiatric Nursing - A Psychotherapeutic Management Approach, ikinci baskı, St. Louis, Mosby Year Book, 1995; s.313-328.
123. Cleary M. The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. Int J Ment Health Nurs 2003; 12:139-147.
124. Sarı Ö, Arkar H, Aklın T Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar:etiketlenmenin etkisi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2000;s:343-345.
125. Bağ B., Ekinci M., Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. Elektronik sosyal bilimler dergisi, 2005;3(11):107-127.
126. Perko JE, Kreigh HZ. Therapeutic environment. Psychiatric Mental Health Nursing A Commitment to Care and Concern, Üçüncü baskı, Connecticut, Appleton & Lange, 1988; s.43-56.
127. Kağıtçıbaşı Ç, Yeni İnsan ve İnsanlar. Evrim Yayınevi ve Bilgisayar San. Tic. Ltd. şti., 2005, İstanbul.

128. Ergün G. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açıları. 2005, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Yrd. Doç. Kamile Kukulu).
129. Topal E. Hekim ve Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri. 2008, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Fatma Öz).
130. Öz F. (1992). Sağlık Evlerinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset, Sivas, s:647-652.
131. Pişmişoğlu EK. (1997). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Empati Düzeylerinin İncelenmesi. E.Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Olcay Çam).
132. Polat N. Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s:115. (Danışman: Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı).

Ek-1
KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, servisinizdeki hastalarla olan iletişiminizde ağırlıklı olarak hangi ego durumunu kullandığınızı saptamak amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek sonuçlar, tarafımdan yapılan yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacaktır. **Tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, açık isimler kesinlikle tez içerisinde kullanılmayacaktır.** Araştırma kapsamındaki bu soruların cevapları hiçbir şekilde kişi bazında değerlendirilmeyecektir. Araştırmanın sağlıklı olabilmesi için, soruları eksiksiz ve içtenlikle yanıtlamanız oldukça önemlidir. Bu çalışmanın gerçekleştirilebilmesine dair gerekli izinler Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komitesi ve ilgili diğer kurumlardan alınmış olup, anketin doldurulmasında gerekli hassasiyeti göstereceğinizi umar, bu bilimsel araştırmaya sağlayacağınız katkı ve destek için teşekkür ederim.

Melike YÖNDER
Araştırma Görevlisi

1. Adınız Soyadınız:

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyet:

a)Bayan b)Erkek

4. Medeni Durumunuz:

a)Evli b)Bekar c)Dul d)Boşanmış e)Evli ama ayrı yaşıyor

5. Çocuk Sahibi Olma Durumu:

a)Var b)Yok

6. Eğitim Durumunuz:

a)Sağlık Meslek Lisesi
b)Önlisans
c)Açıköğretim
d)Lisans(Hemşirelik)
e)Lisans(Hemşirelik dışı)
f)Yüksek lisans ve üzeri
g)Diğer (Lütfen belirtiniz).....

7. Çalıştığınız Servis:

a)PSK-1 b)PSK-2 c)PSK-3 d)PSK-4 e)PSK-5 f)Tıp Fak. Psikiyatri Servisi

8. Ne kadar süredir hemşire/sağlık memuru olarak çalışıyorsunuz?

a)1 yıldan az b)1-5 yıl c)6-10 yıl d)11-15 yıl e)16-20 yıl f)20 yıl ve üzeri

9. Psikiyatri biriminde hemşire/sağlık memuru olarak ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

a)1 yıldan az b)1-5 yıl c)6-10 yıl d)11-15 yıl e)16-20 yıl f)20 yıl ve üzeri

10. Hemşirelik mesleğini yapmaktan memnun musunuz?

a-)Memnunum
b-)Kısmen memnunum
c-)Memnun değilim.

11. Mezuniyetten sonra iletişim kurma ya da iletişim becerilerine yönelik bir eğitime katıldınız mı?

a)Evet b)Hayır

12. Psikiyatri hastaları ile sağlıklı bir iletişim kurmak ve bu etkileşimi sürdürmek için mezuniyet sonrası aralıklı ve sürekli eğitimin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

13. Çalıştığınız serviste, hasta-hemşire iletişimine yönelik hizmet içi eğitim düzenleniyor mu? (Cevabınız "hayır" ise lütfen 15. soruya geçiniz)

a)Evet b)Hayır

14. Düzenlenen bu hizmet içi eğitim programlarına ne kadar sıklıkla katılıyorsunuz?

a)Sürekli
b)Bazen
c)Nadir olarak
d)Hiçbir zaman

15. Hastalarla olan iletişimlerinizi nasıl değerlendirirsiniz (Lütfen yuvarlak içine alarak belirtiniz).

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Lütfen Devam Ediniz...

**Ek- 2
KATILIMCI BİLGİ FORMU**

Araştırmanın adı: “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Transaksiyonel Analiz Kuramına Göre Ego Durumları”

Davet paragrafı: Yukarıda adı belirtilen çalışmamızda yer almanızı talep eder ve katılımınız için teşekkür ederiz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığını ve neyi içereceğini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatle okuyun. Anlaşılamayan herhangi bir şey ya da daha fazla bilgi istediğiniz durumda bize sorabilirsiniz.

Bunu okuduğunuz için teşekkür ederiz.

Araştırmanın amacı nedir? Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi ile tıp fakültesi hastanesinde çalışan hemşireler ile tedavi ve bakım alan hastalar arasındaki iletişimi Transaksiyonel Analiz kuramı ego durumları açısından inceleyerek, iletişimde en çok kullanılan ego durumunu saptamak ve bu doğrultuda hastalarla olan iletişimlerinize öneri getirmek amacıyla planlanmış, tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

Neden ben seçildim? Çalışma kapsamına alınma nedeniniz, adı geçen bu kurumlarda psikiyatri hastalarına bakım veriyor, onlarla etkileşim içerisinde bulunuyor olmanızdır.

Ben katılmalı mıyım? Bu araştırmaya katılma ya da katılmama kararı size aittir. Eğer katılmaya karar verirseniz bu bilgi formu saklamanız için size verilecektir ve sizden bir onay formunu imzalamanız istenecektir.

Eğer katılırsam bana ne yapılacak? Çalışmanın amacı doğrultusunda hazırlamış olduğumuz anket formunu ve hastalarla etkileşim süreci içerisindeyken (sadece klinik ortamı göz önünde tutarak) kendiniz için ego durumları ölçeğini doldurmanız istenecektir. Ayrıca servis sorumlunuz ve araştırmacı tarafından, bakımından sorumlu olduğunuz hastalarla olan iletişiminiz sadece klinik bazda olmak kaydıyla ego durumları ölçeğine göre değerlendirilerek doldurulacaktır. Araştırmada yer almanızın size doğrudan sağlayacağı bir katkısı bulunmamaktadır ancak diğer katılımcılarla birlikte elde edeceğimiz sonuçlarla, hemşire/sağlık memurlarının psikiyatri hastalarıyla olan iletişimlerinde ağırlıklı olarak kullandıkları ego durumları saptanacaktır. Bu sonuçlara bağlı olarak da farklı ya da yeni uygulamaların geliştirilmesi yoluna gidilecektir.

Benim bu araştırmaya katılmam gizli tutulacak mı? Bu araştırma süresince sizin hakkınızda toplanacak tüm veriler / sonuçlar / bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Kişisel bilgileriniz ve araştırma süresi boyunca elde edilecek olan tarafınıza ait bilgiler, hiçbir şekilde (yazılı-sözlü) bir yerde yayınlanmayacak olup, kurum amirlerinizle ya da çalışma arkadaşlarınızla paylaşılmayacaktır. Araştırmacı ve servis sorumlunuz tarafından yapılacak olan değerlendirmeler, isimlerinizin karşılığı olarak bir takma ad belirlenerek yine sadece araştırmacı ve ilgili servis sorumlunuzda gizli tutulacaktır.

Araştırma sonuçları ne olacak? Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilecek ve yüksek lisans tezi olarak hazırlanacaktır. Tez bitiminde ise, elde edilen sonuçlar; rapor olarak ilgili Hastanelerin Yönetim Birimlerine ve Hemşirelik alanındaki bir dergiye makale olarak gönderilecektir. Hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecek, isimler gizli tutulacaktır.

Bu araştırmayı kim düzenliyor ve finanse ediyor? Bu araştırma, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Melike Yönder ile danışman öğretim üyeleri; Yrd. Doç. Dr. Ayla KEÇECİ tarafından yapılacaktır.

Daha fazla bilgi için başvuru..

Bu araştırmaya ilişkin herhangi bir sorunuz ya da ifade etmek istediğiniz bir konu var ise, *Araştırma Görevlisi Melike YÖNDER* ile görüşmeniz gerekmektedir.

İletişim Bilgileri

Tel: 0 554 793 27 79

Adres: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu/ İzzet Baysal Kampusu

Okul Tel No: 0 374 253 45 20/ iç hat: 2522

Bu bilgi formunun bir kopyası, saklamanız için size verilecektir.

ONAY FORMU

Araştırmanın adı: “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Transaksiyonel Analiz Kuramına Göre Ego Durumları”

Yer: Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisi.

Araştırmacılar:

Araştırma, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Melike Yönder ile tez danışmanı öğretim üyesi; Yrd. Doç. Dr. Ayla KEÇECİ tarafından yapılacaktır.

Gerekli yerlere çarpı koyunuz

1. Katılımcı bilgi formunu okudunuz ve anladınız mı
EVET/HAYIR
2. Sorular sormaya ve araştırmayı tartışmaya fırsat buldunuz mu EVET /
HAYIR
3. Bütün sorular tatminkar bir şekilde cevaplandı mı EVET /
HAYIR
4. Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı EVET /
HAYIR
5. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum EVET /
HAYIR

İmza (görüşülen):

Tarih:

İsim (Büyük harflerle):

Araştırma hakkında yukarıdaki katılımcıya açıklamada bulundum ve o katılma isteğini beyan etti.

İmza (Araştırmacı):

Tarih:

İsim (Büyük harflerle):

Ek-3 EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ (HEMŞİRE FORMU)

Aşağıda insanı tanımlayan 95 sıfat bulunmaktadır. Sizden istenen klinikte hastalara bakım verirken, onlarla etkileşim süreci içerisindeyken kendinize yönelik olduğunu düşündüğünüz sıfatları işaretlemenizdir. Lütfen uygun gördüğünüz sıfatın karşısına (x) işareti koyunuz. İşaretleyeceğiniz sıfatlarla ilgili bir sınırlandırma yoktur. İşaretlendirme yaparken, olması gereken değil, var olduğunu düşündüğünüz sıfatları dikkate alınız. Katılımınız ve ilginiz için teşekkür ederim.

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

Ek-4 EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ (SERVİS SORUMLUSU FORMU)

Aşağıda insanı tanımlayan 95 sıfat bulunmaktadır. Sizden istenen servisinizde çalışmakta olan ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş olan hemşire/sağlık memurlarını hastalarla olan etkileşim süreçleri kapsamında değerlendirmenizdir. Lütfen uygun gördüğünüz sıfatın karşısına (x) işareti koyunuz. İşaretleyeceğiniz sıfatlarla ilgili bir sınırlandırma yoktur. İşaretleme yaparken; olması gereken değil, sizin düşündüğünüz sıfatları dikkate alınız. Katılımınız ve ilginiz için teşekkürler.

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

Ek-5 EGO DURUMLARI ÖLÇEĞİ (ARAŞTIRMACI FORMU)

Aşağıda insanı tanımlayan 95 sıfat bulunmaktadır. Serviste çalışmakta olan ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş olan hemşire/sağlık memurlarını hastalarla olan etkileşim süreçleri kapsamında değerlendirmek üzere uygun gördüğünüz sıfatın karşısına (x) işareti koyunuz. İşaretleyeceğiniz sıfatlarla ilgili bir sınırlandırma yoktur. İşaretleme yaparken; olması gereken değil, sizin düşündüğünüz sıfatları dikkate alınız.

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

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİTESİ
ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI

| | | | | | | |
|--|---|---|--------------------|---|---|-------------|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN ADI | “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Transaksiyonel Analiz Kuramına Göre Ego Durumları” | | | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI | Yrd. Doç. Dr. AYL A KEÇECİ | | | | |
| | DİĞER ARAŞTIRMACILAR | Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker, Araş. Gör. Melike Yönder | | | | |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİ | Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı Hastanesi, Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi Hastanesi | | | | |
| | DESTEKLEYİCİ FİRMA | -- | | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | <input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası | | | | |
| ÇALIŞMA ESASI | | İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU | | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No : 2010/100 | | Tarih : 30.12.2010 | | | |
| | Yrd. Doç. Dr. AYL A KEÇECİ sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir. | | | | | |
| Ünvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Adı | Kurumu | Cinsiyeti | İlişki (*) | Katılım(**) | İmza |
| Doç. Dr. Hakan ÖZHAN (Başkan) | Kardiyoloji | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul KAYA (Başkan Yard.) | Tıbbi Farmakoloji | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Yrd. Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN (Raportör) | Tıbbi Biyokimya | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Prof. Dr. Ali TEKİN(Üye) | Üroloji | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Doç. Dr. Yavuz DEMİRARAN(Üye) | Anestezi | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Doç. Dr. Handan ANKARALI (Üye) | Biyostatistik | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | K | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN (Üye) | Genel Cerrahi | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Yrd.Doç. Dr. Seyit ANKARALI (Üye) | Fizyoloji | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Ecz. Elif EFE (Üye) | Eczacı | Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi | K | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Av. Suat UYAR (Üye) | Hukuk | Düzce Üniversitesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Arş.Gör.Metin TOZ (Üye) | Sivil | Düzce Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |

* Araştırma ile ilişki ** Toplantıda bulunma

Ek-7

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği

SAYI : B.10.4.ISM.4.14.00.47/ 213
BİRİMİ : Özlük.
KONU : Melike YÖNDER

BOLU

19 OCAK 2011

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ
MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ' NE
DÜZCE

İlgi : 03/01/2011 tarih ve 605-3 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; okulunuz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrenimine başlayan Melike YÖNDER' in söz konusu tez çalışmasını, çalışma sonuçlarını kurumumuzla paylaşıldığı takdirde hastanemizde yürütmesi uygundur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Ayşegül KOÇ
Başhekim V. 4.



ADRES :

Ağaçcılar Köyü Mevkii – BOLU

e-posta : boludhs7@saglik.gov.tr

elektronik ağ : <http://www.boluruhsagligi.gov.tr/>

FAKS : 0 (374) 275 24 23

Ayrıntılı bilgi için : F.KUZBINAR

Tel : 0 (374) 275 25 25

“Sağlıklı nesiller için ilk 6 ay sadece anne sütü”

Ek-8



T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü


Sayı : B.30.2.ABÜ.0.A5.00.00/100-34
Konu: Melike YÖNDER'in Tez Çalışması

03/01/2011

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne

03.01.2011 tarih ve 605-1 sayılı yazınız incelenmiş olup, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapan öğrenciniz Melike YÖNDER'in "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Transaksiyonel Analiz Kuramına Göre Ego Durumları" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Hayrettin ÖZTÜRK
Başhekim

Ek-10
ONAM FORMU (SORUMLU HEMŞİRE)

“Psikiyatri Kliniklerinde alıŐan Hemşirelerin Transaksiyonel Analiz Kuramına Göre Ego Durumları” konulu araştırma kapsamında, servisimde çalışmakta olan ve bu araştırmaya katılmaya gönüllü hemşire/sağlık memurunun hastalarla etkileşim süreci çerçevesinde kullandıkları ego durumunu değerlendirmek üzere gözlemci olarak yer almayı kabul ediyorum. Bu doğrultuda, araştırmaya hiçbir Şekilde bireysel görüş ve değerlerimi katmayacağım. Araştırmacı Melike Yönder tarafından verilen eğitim doğrultusunda, araştırma süresi boyunca araştırma etik ilkelerine uymayı ve doğrudan gözlem yapma tekniklerini kullanmayı kabul ediyorum.

Tarih

Ad-Soyad

Servis

İmza



KATILIM BELGESİ

Sayın Melike Yönder

Derneğimizce düzenlenen 12 kredili

“TA 101” kursunu tamamlamıştır.

İstanbul, 19-20 Şubat 2011

John Heath
Yetkili TA Eğitimcisi

Fatma Torun Reid, MA
Dernek Başkanı

TRANSAKSİYONEL ANALİZ DERNEĞİ / TRANSACTIONAL ANALYSIS ASSOCIATION

Bağdat Cad. Ömerpaşa Sk. 4 B Blok D.5 Caddebostan-İstanbul/TURKEY Tel: (90-216) 411 46 27 Fax: (90-216) 363 34 84 www.ta.org.tr

IACCP REGIONAL CONFERENCE
International Association for Cross-Cultural Psychology
June 30 - July 3, 2011 Istanbul-Turkey

This is to certify that

MELIKE YÖNDER

attended the Pre-Conference Workshop "Mixed Methods"

June 30, 2011

MJ Gelfand

Michele Gelfand

Workshop leader

Kwok Leung

Kwok Leung

IACCP President