



TC

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PSİKİYATRİK TANI ALMIŞ BİREYLERİN BİRİNCİL BAKIM
VERENLERİNİN KULLANDIKLARI SAVUNMA MEKANİZMALARI,
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
BİRBİRİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZGÜR ÇAĞLAR

DANIŞMAN

PROF. DR. NERMİN GÜRHAN

TOKAT- 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof.Dr. Nermin Gürhan danışmanlığında hazırlamış olduğum " **Psikiyatrik Tanı Almış Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinin Kullandıkları Savunma Mekanizmaları, Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik Düzeylerinin Birbirine Etkisi**" adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.... / /

Özgür Çağlar

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Özgür ÇAĞLAR tarafından hazırlanan “**Psikiyatrik Tanı Almış Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinin Kullandıkları Savunma Mekanizmaları, Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik Düzeylerinin Birbirine Etkisi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 29/04/2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri Tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye : (Danışman) : Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

.....

Üye : (Başkan) : Dr Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL

.....

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimde bilgi ve deneyimleriyle ufkumu genişleten, kişisel ve akademik gelişimime değerli katkıları olan, emeğini ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Sayın Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a,

Yüksek lisansa başlamama ilk adımı atmak için cesaratlendiren, süreçte varlığını her zaman yanımda hissettiğim bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL'e,

Yüksek lisans sürecimde, bilgi ve birikimleriyle akademik gelişimime katkı veren değerli hocam Sayın Doç. Dr. Medine KOÇ'a,

Eğitimim sürecinde manevi ve mesleki destekleri için her zaman yanımda olan arkadaşlarım Psikolog Özer ULUSOY ve Psikolog Özgür KOÇAK'a,

Bu zorlu süreçte varlıkları, teknik destekleri ve manevi destekleri ile bana güç katan sevgili eşim Ali ÇAĞLAR ve biricik kızlarım Nehir ÇAĞLAR Yağmur ÇAĞLAR'a yürekten teşekkür ediyorum.

ÖZET

PSİKİYATRİK TANI ALMIŞ BİREYLERİN BİRİNCİL BAKIM VERENLERİNİN KULLANDIKLARI SAVUNMA MEKANİZMALARI, PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BİRBİRİNE ETKİSİ

Çağlar, Özgür

Yüksek Lisans, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin Gürhan

Nisan 2024. xii+104 sayfa

Çalışmamızın amacı psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinin kullandıkları savunma mekanizmaları, psikolojik sağlamlık, tükenmişlik düzeylerinin birbirine etkisini belirlemektir. Araştırmamız nicel, tanımlayıcı ve kesitsel özelliktedir. Araştırma 15.05.2023/31.12.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi'nde psikiyatri servisine yatan ve psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların birincil bakım verenlerin gönüllü katılımcıları oluşturmaktadır. G*Power evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılarak %95 güven ($1 - \alpha$), %95 test gücü ($1 - \beta$) ve $d=0.5$ etki büyüklüğü büyüklüğüne göre 370 hastanın birincil bakım verenleri araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Çalışma, yüz yüze görüşülerek anket doldurma yoluyla yapılmıştır. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi, Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile elde edilmiştir. Araştırma SPSS 22.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Bakım verenlerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Çalışma bulguları göre, bakım verenlerin tükenmişlik düzeyi düşük psikolojik sağlamlıkları yüksektir. Psikolojik sağlamlıkları yüksek bireyler matür ve nevrotik savunmaları kullanmaktadır.

Savunma mekanizmalarını üç alt boyutunda orta düzeyde kullanmaktadırlar. Yüksek tükenmişlik düzeyi matür savunmaları azaltmakta immatür savunmaları artırmaktadır. Sonuç olarak çalışmamızda psikolojik sağlamlık bakım verende tükenmişlik düzeyini azaltmaktadır.

Tükenmişlik düzeyi düşük, psikolojik sağlamlığı yüksek olan bakım verenler daha çok matür savunmaları kullanmaktadır. Ruh sağlığı çalışanlarının psikiyatri hastasına birincil bakım verenlerde psikolojik sağlamlığı artırıcı, tükenmişliği azaltıcı ve olgun savunmaların kullanımını artırmaya yönelik müdahaleleri faydalı olabilir. Literatürde bu konuya yönelik yapılacak olan yeni çalışmaların bakım verene ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yüğü, Psikiyatri, Psikolojik Sağlamlık, Savunma Mekanizmaları, Tükenmişlik Sendromu

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE DEFENSE MECHANISMS, PSYCHOLOGICAL RESILIENCE, AND BURNOUT LEVELS USED BY THE PRIMARY CAREGIVERS OF INDIVIDUALS WITH PSYCHIATRIC DIAGNOSIS ON EACH OTHER

Caglar, Ozgur

Master's Degree, Department of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Nermin Gurhan

April 2024. xii+104 pages

The aim of our study is to determine the effects of defense mechanisms, psychological resilience and burnout levels used by primary caregivers of individuals diagnosed with psychiatric disorders. Our research is quantitative, descriptive and cross-sectional. The research was conducted between 15.05.2023/31.12.2023. The population of the study consists of volunteer participants who are the primary caregivers of patients admitted to the psychiatric ward and psychiatry outpatient clinic at Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital. Using the G*Power universe known sampling method, the primary caregivers of 370 patients constituted the sample of the study, according to 95% confidence ($1-\alpha$), 95% test power ($1-\beta$) and $d = 0.5$ effect size. The study was conducted through face-to-face interviews and filling out a questionnaire. The data of the research were obtained using the Personal Information Form, Maslach Burnout Scale, Defense Styles Test, and Adult Psychological Resilience Scale. The research was evaluated with SPSS 22.0 statistics program. Frequency and percentage analyzes were used to determine the descriptive characteristics of the caregivers participating in the research, and mean and standard deviation statistics were used to examine the scale. Kurtosis and Skewness values were examined to determine whether the research variables showed normal distribution. The relationships between the dimensions determining the caregivers' scale levels were examined through Pearson correlation and linear regression analyses. Independent groups t-test, one-way analysis of variance (ANOVA) and post hoc (Tukey, LSD) analyzes were used to examine the differences in the scale levels according to the descriptive characteristics of the caregivers. According to the study findings, caregivers have low burnout levels and high psychological resilience. Individuals with high psychological health use mature and neurotic defenses. They use their defense mechanisms at a moderate level in all three sub-dimensions. High burnout levels reduce mature defenses and increase immature defenses. As a result, in our study, psychological resilience reduces the

level of burnout in caregivers. Caregivers with low levels of burnout and high psychological resilience use mature defenses more. Interventions by mental health professionals to increase psychological resilience, reduce burnout, and increase the use of mature defenses in primary caregivers of psychiatric patients may be beneficial. It is thought that new studies on this subject in the literature will contribute to the caregiver and the literature.

Key Words: Burden of Care, Psychiatry, Psychological Resilience, Defense Mechanisms, Burnout Syndrome



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Savunma Mekanizmaları.....	4
2.1.1. Savunma Mekanizmalarında Sınıflandırma.....	5
2.1.1.1. Psikotik Savunmalar.....	5
2.1.1.2. Olgun Olmayan (İmmatür) Savunmalar.....	7
2.1.1.3. Nevrotik Savunmalar.....	10
2.1.1.4. Olgun (Matür) Savunmalar.....	13
2.2. Psikolojik Sağlamlık.....	14
2.2.1 Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler.....	15
2.2.2. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörler.....	17
2.3.Tükenmişlik Kavramı.....	18
2.3.1. Tükenmişliğin Tarihçesi.....	18
2.3.2. Tükenmişlik Nedenleri.....	19
2.3.3.Tükenmişliğin Belirtileri.....	20
2.3.4.Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler.....	20
2.3.5.Psikiyatrik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü ve Ailelerin Tükenmişliği.....	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Yeri.....	24

3.2 Araştırmanın Tipi.....	24
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	24
3.4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)	24
3.4.3. Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40)	25
3.4.3. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ)	25
3.5. Araştırmanın Veri Analizi.....	26
3.6. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.7. Araştırmanın Bütçesi.....	27
3.8 Araştırmanın Zaman Aralığı.....	27
3.9. Kişisel Bilgi Formu ve Ölçeklerin Uygulanması.....	27
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
3.11. Araştırmanın Sınırlılığı.....	27
3.12 Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.12.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	28
3.12.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	28
3.13. Araştırma Soruları.....	28
4.BULGULAR.....	29
4.1. Tanımlayıcı Özellikler.....	29
4.2. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Puan Ortalamaları.....	32
4.3. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkiler.....	33
4.4. Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	38
4.5. Tükenmişlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	45
4.6.Savunma Biçimleri Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	49
5.TARTIŞMA.....	55

5.1. Psikolojik Sağlamlık Tükenmişlik ve Savunma Mekanizmalarının Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	55
5.2. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	58
5.2.1. Psikolojik Sağlamlığın Tükenmişlik Üzerine Etkisi.....	58
5.2.2. Psikolojik Sağlamlığın Savunma Biçimlerine Etkisi.....	59
5.2.3. Tükenmişliğin Savunma Biçimlerine Etkisi	61
5.3. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ) Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	62
5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	67
5.5. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
6.1. Sonuç	74
6.2. Öneriler.....	76
7. KAYNAKLAR.....	79
8. EKLER.....	90
9.ÖZGEÇMİŞ.....	104

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. : Normal Dağılım.....	26
Tablo 2. :Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	29
Tablo 3. : Psikolojik Sağlamlık Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 4. : Tükenmişlik Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 5. : Savunma Biçimleri Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 6. : Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	33
Tablo 7. : Psikolojik Sağlamlığın Tükenmişlik Üzerine Etkisi.....	35
Tablo 8. : Psikolojik Sağlamlığın Matür Savunmalar Üzerine Etkisi.....	36
Tablo 9. : Psikolojik Sağlamlığın Nevrotik Savunmalar Üzerine Etkisi.....	36
Tablo 10. : Psikolojik Sağlamlığın İmmatür Savunmalar Üzerine Etkisi.....	36
Tablo 11. : Tükenmişliğin Matür Savunmalar Üzerine Etkisi.....	37
Tablo 12. : Tükenmişliğin Nevrotik Savunmalar Üzerine Etkisi.....	37
Tablo 13. : Tükenmişliğin İmmatür Savunmalar Üzerine Etkisi.....	37
Tablo 14. : Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	38
Tablo15. :Tükenmişlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	45
Tablo 16. : Savunma Biçimleri Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	49

KISALTMALAR

DSM-3/ -4	:Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
SBT-40	:Savunma Biçimleri Testi-40
YPSÖ	:Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
TRSM	:Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TSSB	:Travma Sonrası Stres Bozukluğu



1.GİRİŞ

Psikiyatrik hastalıklar toplumda oldukça sık görülen ve toplum ruh sağlığı açısından önemli bir yer tutan kronik hastalıklardandır (Aktay ve Sayar Hızlı, 2021). Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin zihinsel yeteneklerinin sağlıklı bireylere göre geride olması ve günlük yaşam aktivitelerini sağlamakta zorlanmasına, toplum içinde normal olarak kabul edilen/beklenen rolleri yerine getirememesine sebep olabilmektedir. Bu zorlanmalara bağlı olarak ailelerinden bakım alma ihtiyaçları artmaktadır (Saunders, 2003). Bakıma ihtiyaç duyan ve ailesinin yanında kalmak zorunda olan bu bireylere bakım veren aile bireyleri çoğu zaman herhangi bir destek almaksızın bu rollerini yerine getirmeye çalışmaktadır (Pickett-Schenk ve ark., 2008). Ailesiyle yaşayan bireyler zamanının çoğunu toplumsal damgalama ve baskılar nedeniyle evlerinde geçirmek zorunda kalmakta ve dolaylı olarak bakım vericilerde sosyal hayattan soyutlanma, fiziksel aktivitelerde kısıtlamalar ile evde kalmakta ve aile bütçesine destek olamamaktadır. Tüm bunlar bakım verenlerde, derin duygusal, mali ve sağlık yüklerine yol açarak tükenmişlik, psikolojik sağlamlıklarında bozulma, aşırı savunma mekanizması kullanma ve bu duruma bağlı olarak ruh sağlığında bozulma olasılığı artmaktadır (Yıldırım ve ark., 2017; Schuster ve ark., 2020; Erdal ve ark., 2020).

Kronik psikiyatrik hastalığa sahip bireylere primer bakım sağlayanlarda depresyon ile tükenmişliğin birbirini nasıl etkilediğini inceleyen bir çalışma sonucunda, bakım veren bireylerin depresyonla tükenmişlik yaşadığı, depresyon ile tükenmişlik arasında yakın bağ olduğu görülmüştür. Birincil bakım verenlerde tükenmişlik düzeyi arttıkça depresyonun arttığı sonucuna varılmıştır (Tel ve Ertekin Pınar, 2013).

Onwumere ve arkadaşları (2018), 169 ilk epizod psikoz hastasının bakım verenlerinde, tükenmişlik düzeylerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışma sonuçlarına göre; Üç temel tükenmişlik boyutunda, örneklemin %58'i ileri seviyede duygusal tükenmişlik, %31'i yüksek seviyede duyarsızlaşma, %43'ü düşük seviyede kişisel başarı hissi bildirilmiştir. Bakım veren tükenmişliği, olumsuz bakım verme deneyimleri (yani yük), zayıf duygulanım ve azalan olumlu iyilik hali ve sağlıklı olma algısı ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur.

Psikanalizde savunma mekanizmaları, stresörlere ve olumsuz hoş olmayan olaylara karşı geliştirilen ve bireyi koruyucu araçlar olarak kabul edilir. Genel olarak, istismar edilebildikleri ve dolayısıyla diğer hastalıklarda da bulunabildikleri halde, nevrotik bozukluklara özgü kabul edilirler (Bragazzi, Pezzoni ve Del Puente, 2014). Psikopatoloji ve ruh sağlığındaki çeşitli uyumlu ve uyumsuz süreçlerde savunma mekanizmalarının önemli bir rolü vardır (Babl ve ark., 2019). Savunma mekanizmaları, klinik psikopatolojiyi anlama ve tedavi etmede psikanaliz, dinamik psikiyatri ve psikolojideki en temel yapılardandır (Perry ve

Bond, 2012). Freud, psikopatolojiyi çocuksu başa çıkma yollarının erişkinliğe kadar sürmesi olarak tanımlamıştır (Wallace, 2021). Savunma düzenekleri yaşam boyu değişse de, psikoterapide nasıl değiştiklerini ve bunun iyileşme ile ilgili olup olmadığını göstermek önemlidir. Terapi öncesinden tedavi sonrasına kadar, genel savunma işlevinin geliştiği, olgun savunmaların arttığı ve olgunlaşmamış savunmaların azaldığı, ancak nevrotik savunmaların kısa vadede anlamlı bir şekilde değişmediği gösterilmiştir (Babl ve ark., 2019). Stengler-Wenzke ve arkadaşlarının (2004), çalışmasında obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta yakınlarının hastalığı gizlemesinin, sosyal ortam içinde hastalıkla uğraşırken önemli bir başa çıkma stratejisi olarak görülmüştür. Hastanın genellikle tuhaf rahatsız edici belirtilerinden utanması ve bunları gizlemeye çalışması, hastasıyla birlikte kendini toplumdan izole ederek kaçınma ve inkâr savunma mekanizmalarını kullandıkları belirtilmiştir. Nehra ve arkadaşlarının (2005), “Bipolar Bozukluk ve Şizofrenide Bakıcı-Baş Etme: Yeniden İnceleme” adlı çalışmaları sonuçlarına göre; her iki hastalık için de yüksek düzeyde hasta işlev bozukluğu ve bakım veren yükü, hastalık hakkında düşük farkındalık ve hastanın davranışını algılama üzerinde düşük kontrol olduğu gösterilmiştir. Bakım vereninin cinsiyeti, hasta-fonksiyonu ve bakım veren-nevrotikliği, başa çıkma kalıpları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu sonucu çıkmıştır. Çalışmaya göre, bakım veren-baş etme ve belirleyicileri arasındaki ilişkinin karmaşık olduğu görülmüştür.

Psikolojik sağlamlık, hayatın getirdiği zorlayıcı yaşamsal şartlar ve tecrübeler karşısında kişinin dayanma gücünü elinde tutması, kaybettiği gücünü yeniden kazanması ve ya değişiklikler ya da olumsuzluklar karşısında etkili baş etme kabiliyeti olarak da tanımlanabilir (Basim ve Çetin, 2011). Psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin stresli yaşantılar karşısında daha başarılı ve etkin bir şekilde çaba gösterdikleri söylenebilir. Bundan dolayı psikolojik sağlamlık, stresin negatif yönlerini azaltmada ve psikiyatrik hastalıkların oluşma olasılığını engelleyen koruyucu bir faktör olarak düşünülebilir. Psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakan aile bireylerinin algıladığı stres ve psikolojik sağlamlıklarını inceleyen bir çalışmada, algılanan stresin orta seviyede olduğu, psikolojik dayanıklılığın daha iyi seviyede olduğunu ve bakım verenlerin algıladığı stres seviyesi arttıkça psikolojik dayanıklılığın azaldığı tespit edilmiştir (Yağmur ve Türkmen, 2017). Şizofreni hastalarına birincil bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile psikolojik sağlamlık seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştıran diğer bir çalışmada, algılanan sosyal destekle psikolojik sağlamlık arasında yüksek düzeyde anlamlı ve pozitif bir ilişki bildirilmiştir. Psikolojik sağlamlığı yüksek olan bakım verenler, hastasına daha iyi bakabilmektedir (Lök ve Bademli, 2021). Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin, yakınlarından daha iyi bakım alabilmeleri için, bakım veren bireylere, sosyal destek, ruhsal hastalık ve tedavisi, davranış yönetim becerileri gibi psikolojik sağlamlılığını

artırıcı müdahaleler yapılmasının fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Pickett-Schenk ve ark., 2008).

Ruh sağlığı alanındaki literatür taramalarında, psikiyatrik tanı almış bireylerin birincil bakım verenlerinde, tükenmişlik düzeyleri, savunma mekanizmaları ve psikolojik sağlamlık konuları diğer birtakım konularla ilişkilendirilmiş birçok çalışmaya rastlanmıştır ve bu konular ayrı ayrı incelenmiş olup bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri yüksek, psikolojik sağlamlıkları düşük ve olgun olmayan savunma mekanizmalarını kullanan bireylerde sağlıklarının bozulmasında riskli grupta oldukları belirtilmektedir. Bu üç kavramın psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinde birbirlerini nasıl etkilediğini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmamızdan elde edilecek verilerin değerlendirilip ortaya çıkabilecek psikopatolojik süreçlerin önlenmesinde, rehabilite edilmesinde profesyonel yaklaşımların bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını koruyacağı düşünülmektedir. İyilik hallerini koruyabilen bu bireylerin kırılgan/savunmasız hastalarına fayda sağlayarak toplum ruh sağlığının yükselmesinde rol oynaması çalışmamızın amaçlarındandır. Ayrıca bu çalışmada elde edilecek verilerin, ortaya çıkabilecek psikopatolojik süreçlerin önlenmesine yönelik literatüre bilgi kazandırabileceği düşünülmektedir.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. SAVUNMA MEKANİZMALARI

Sigmund Freud (1894), savunma terimini ‘Savunma Psikonevrozları’ adlı çalışmasında ilk defa kullanılmıştır. Freud, öncelikli olarak savunma terimine, psikopatolojik bir anlam olarak histeri nevrozu içinde yer vermiştir. 1915 yılında ise savunma mekanizması kavramını bireyin her çatışma yaşadığında bilinçdışı olarak kullandığı ve patolojik sayılmayan ruhsal bir mekanizma olduğunu belirtmiştir (Akt., Cramer, 1987). Savunma kavramı, dinamik görüşün ilk temsilcisi olarak psikanaliz kuramında yerini almıştır (A. Freud, 2015). Literatürde başa çıkma tarzları olarak da adlandırılan savunma mekanizmaları, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-IV’de (DSM-IV) bireylerin kaygısını, bilişsel uyumsuzluğunu azaltan içsel ve dışsal tehlikelere ve stresörlerin farkındalığından koruyan, bireyin doğduğundan itibaren içten gelen, istemli olmayan, düzenleyici psikolojik süreçleridir (Vaillant, 1994; Bond, 2004; Constantinides ve Beck, 2010). Savunma mekanizmaları kavramı, psikanalitik teorinin merkezinde yer alır. Freud’un ilk yazılarında (1894), zihinsel bir işlev olarak tanımlanan zihnin bu özelliği, herhangi bir tür zihinsel malzemenin diğer malzemeleri "perdelemesini" veya gizlemesini mümkün kılmaktadır. Hastalarda bu savunma faaliyetinin amacı, acı verici duygu ve duygulanımlardan kaçınmaktır. Freud'un savunmalar hakkındaki düşüncesi daha sonra değiştirilmiş ve odak noktası savunmalar ile içgüdüsel dürtüler arasındaki ilişkiye kaymıştır. Artık savunmaların, itici güçlerin boşaltma itişlerine karşı bir karşı güç görevi gördüğü anlaşılmıştır. Kişiliğin yapısal modeli (id, ego, süperegö) psikanalitik kuramın parçası haline gelmiştir. Savunma kavramı yine genel bir zihinsel işlev ve egonun bir parçası olarak kabul edilmiştir. Ayrıca, işlevi her zaman içgüdüsel taleplere karşı egoyu korumak olan çeşitli savunma mekanizmaları olabileceği ileri sürülmüştür. (Cramer, 2015).

Analiz uygulamalarında ve kuramında bilinen ve ayrıntılarıyla tanımlanan dokuz savunma biçimine (karşıtına çevirme, gerileme, bastırma, , tepki oluşturma, yapma-bozma, yansıtma, yalıtma, kendine yöneltme, içe yansıtma) nevrozdan çok normal sayılabilen araştırmalara dâhil edilebilecek olan onuncu savunma mekanizması olarak yüceltme ya da dürtü hedefinin yer değiştirmesi eklenmiştir (A. Freud, 2015). Savunma mekanizmaları, tüm bireylerde ortaya çıkan duygulanım dinamiklerini anlamamanın bir yolunu sağlarlar ve hem rutin klinik çalışmalarda hem de psikoterapideki süreç-sonuç araştırmalarında dikkate alınmasında özellikle faydalıdır (Berney, Roten ve ark., 2014).

Savunma mekanizmaları, psikopatolojiyi anlamak ve teşhis etmek için değerli zihinsel süreçlerdir. Hastanın psikopatolojiye yol açan yaşam stresine verdiği kendine özgü savunma

tepkisini fark ederek hastalığın altında yatan patofizyolojiyi anlamak kolaylaşır. Örneğin; kişilik bozukluğu olan bireylerin olgunlaşmamış savunmalarını hafifletmeye yönelik girişimler, güçlü sosyal desteklerle kolaylaştırılır. Ancak bu tür zor bireylere empatik sosyal destek sağlamak, onların savunma dinamiklerinin açık bir şekilde anlaşılmasını gerektirir. Anlaşıldığını hisseden bireyler daha olgun savunmalar sergileyeceklerdir. Bunun tersine sağlık profesyonellerinin, rahatsız edici, ancak kısmen yatıştırıcı, olgunlaşmamış savunmalara düşüncesizce karşılık vermeleri hastada kaygı ve depresyonu tetikleyebilir bu da hastanın tedavisine katkı sunacak olan işbirliğini bozabilir. (Vaillant, 1994).

2.1.1. Savunma Mekanizmalarında Sınıflandırma

Savunma mekanizmalarının sınıflandırılmasına yönelik nicel araştırmaların az oluşu sebebiyle, akademide sınıflandırma genellikle, psikopatolojiler ile ilişkilendirilerek yapılmaktadır. DSM-III-R'de tanımlanan ego savunmaları, küresel ruh sağlığı değerlendirmeleriyle ampirik ilişkilendirme sırasına göre psikotik savunmalar, olgun olmayan, nevrotik ve olgun savunmalar mekanizmaları olarak düzenlenmiştir (Vaillant, 1994).

2.1.1.1. Psikotik savunmalar

Vaillant (1971), psikotik savunma mekanizmalarını: sanrısız yansıtma, inkâr ve çarpıtma (bozulma) olarak tanımlamıştır. Vaillant'a göre bu tür mekanizmalar küçük çocuklarda, rüyalarda ve psikozda yaygın olarak kullanılır (Berney, Roten ve ark., 2014).

Berney, Roten ve arkadaşları (2014), çalışmalarında altı psikotik savunma mekanizmasını ulaşımlardır. Bunlar; sanrısız yansıtma, otistik geri çekilme psikotik inkâr, psikotik çarpıtma, parçalanma ve somutlaştırmadır.

Sanrısız yansıtma (Projeksiyon): Vaillant, hem kişinin kendi duygularının başka bir kişiye yansıtılan algısını hem de bu algıya göre hareket etmeyi (örneğin, dış gerçeklik hakkında açık sanrılar) içerir. Kişi, kişisel duygularını, niyetlerini ya da iç deneyimini başkalarına, genellikle de öznenin kendisini tehdit altında hissettiği ya da yakınlık hissettiği kişilere atfederek reddeder. Başkalarından geliyormuş gibi algılanan tehdit yoğundur ve paranoyak sanrılara ve gerçeklikle bağın kopmasına yol açar. Sanrısız yansıtma bireyi kabul edilemeyecek kadar tehdit edici olarak deneyimlenen duygu ve güdülerden (utanç, aşağılanma, çaresizlik, düşmanlık, sevgi) veya kabul edilemez dürtülerin kişinin zihnini veya eylemlerini düşmanca ele geçirmesine yol açacağı korkusundan (şiddet, sadakatsizlik gibi) içeriden algılanan bir tehdide karşı koruma sağlar ve bu tehdit, genellikle ikincil ve dışsal olmak üzere daha az tehditkâr bir karşılığın yerine geçer (Constantinides ve Beck, 2010).

Otistik Geri Çekilme: Otistik geri çekilmede bireyler, kendilerini çevrelerinden uzaklaştırarak iç ve dış stres etkenleriyle kendileri başa çıkmaya çalışırlar. Stresörler, bireyler ile onların algıları veya çevreleri arasında açık bir temassızlığa neden olur. Bu, gerçeklikle temasın kaybına ve gerçekliğe tepki verme yeteneğinin de kaybına yol açar. Dışarıdan bakıldığında bu bireyler de otistik geri çekilme, çoğunlukla davranış yoluyla ifade edilen bir savunmadır. Örneğin görüşme sırasında hasta sessizleşir, yokmuş gibi görünür, iletişimden kopmuş gibi görünür ya da ve hasta tarafından bunlar ifade edilebilir. Stupor ve katatoni gibi ciddi durumlar ortaya çıktıklarında psikotik savunma mekanizmaları olarak değerlendirilemez. Görüşmeyi yapan kişi hastadan zor bir deneyimi, korktuğunu hissettiği ve bir tür tehlike algıladığı bir durumu anlatmasını ister. Hasta bu tür duygulara verdiği tepkiyi şöyle anlatır: Bu tür duygular ortaya çıktığında, kendisini hem içsel (“artık düşünmüyor”) hem de dış gerçeklikten (“kendini izole etme”) keserek tepki verir ve bu duyguların neden olduğu zihinsel sıkıntıyla başa çıkar. Bunu yaparak zor duygusal uyarınları savuşturur (bu durumda bunların yerini müzik dinlemek alır) ve başkalarıyla etkileşimde bulunmaktan kaçınır (Berney, Roten ve ark., 2014).

Psikotik inkâr: Freud 1923’te inkârda egonun, dış dünyadan gelen acı verici bazı gerçeklerin kelimenin tam anlamıyla bilinç dışı olarak yadsınarak yokmuş, olmamış gibi davranması olarak tanımlar (Akt., Kine, 1993). Örneğin; Yakın zamanda kaybedilen bir bireyin aile üyeleri tarafından ölümün inkâr etmesi ve ölen yakınının döneceğini düşünmesi, ölen kişinin yokluğuna rağmen onunla konuşmaya devam etmesi, hatta onu telefonla araması veya ona hediye satın alması gibi. (Constantinides ve Beck, 2010; Yaşar, 2014). Gerçekliğin hem iç hem de dış algıları önemli ölçüde değişir. Bozulmada, dış gerçeklik içsel ihtiyaçlara daha iyi uyacak şekilde büyük ölçüde yeniden şekillendirilir. Gerçekçi olmayan, megalomanik inançlara, arzuları gerçekleştiren sanrılara veya halüsinasyonlara göre hareket etmeyi içerir (Constantinides ve Beck, 2010).

Psikotik çarpıtma (Bozulma): Konu, dış stres etkenleri veya duygusal çatışmalarla ilgilenir. Birey iç ihtiyaçlara uygun olarak dış gerçekliği büyük ölçüde değiştirir veya yeniden şekillendirir. Çarpıtmalar arasında gerçekçi olmayan megalomanik inançlar, arzuları gerçekleştiren sanrılar, sürekli sanrısız üstünlük veya yetkililik duyguları ve değişen algılar yer alır. Psikotik çarpıtma kullanan kişi de bu gerçekçi olmayan veya sanrısız inançlara göre hareket edebilir. Psikotik çarpıtma, kişinin acı verici bir iç veya dış gerçeklikle ilişkili sıkıntı duygularından kaçınmasına yardımcı olur. Dahası, hoş olmayan duyguların yerini, yeterli gerçeklik testi pahasına, daha tatmin edici duygular alır. (Constantinides ve Beck, 2010).

Parçalanma: Bu mekanizmada benliğin ve başkalarının temsilleri ve bunlar arasındaki bağlantı parçalanır. Parçalanma çoklu ve toplam bölünmeyi içerir; deneyimin farklı

yönlerinin aktif ve güçlü bir şekilde bölünmesi (ayrı tutulması). Bu savunma, düzensiz ve karışık bir anlatıya yol açan aktif bir düzensizlik olarak değerlendirilebilir (Berney, Roten ve ark., 2014).

Aktif somutlaştırma: Arieti 1974'te bir başka önemli savunma mekanizması, aktif somutlaştırma tanımladı: Ona göre, psikotik bir kişinin ruhu çoğu zaman bir çatışmanın veya belirli bir stres etkeninin bilişsel ve duygusal zihinsel temsili yol açtığı kaygıyı sürdüremez. Böylece zihinsel temsil somut bir nesneye, duruma veya eyleme dönüştürülür. Somut biçim rastgele bir olay değildir; daha ziyade, bir bakıma soyut biçiminin bir temsilidir. Psikotik kişi, içsel kendilik temsili potansiyel olarak yok edebilecek veya ona zarar verebilecek kaygıdan kaçınmak için somutlaştırmayı kullanır. Gerçeklik duygu ve akılla yorumlandığı sürece kişi dayanılmaz gerçeğin bilincinde kalır ve panik hali devam eder. Olayları somut mantıkla yeniden kurgulanmış bir algıya göre gördüğünde kaygı düzeyi azalır. Hasta aktif somutlaştırmayı yalnızca çatışmaları veya kompleksleriyle yüzleştğinde kullanır. Kaygı uyandırmayan içeriklerle uğraşırken mantıklı ve mantıklı düşünme kapasitesini korur (Constantinides ve Beck, 2010).

2.1.1.2. Olgun olmayan (immatür) savunmalar

İmmatür savunma biçimleri, genellikle hayatın birinci yıllarındaki içerden ve dışarıdan kaynaklanan kaygı ve stresle baş edebilmek için kullanılır. İmmatür savunmalar, kaygının çözülmesi için gerekli olan bilinçli işlemeyi engeller. Stres kaynağının veya stresli olayın önemini ve ölçeğini çarpıtma eğilimindedirler (Cramer, 2015).

Bölme (Splitting); Bölme bireyin kendisiyle veya başkalarıyla ilgili olumlu ve olumsuz nitelikleri bütünleştirmeden karşıt duygulanımları ayırarak çatışma yönetimidir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Bu mekanizmada, içten ve dıştan olanın ya tamamı iyi ya da tamamen kötü olarak ikiye ayrılması ve bu iki düşüncenin bir arada bulunamaması söz konusudur. Bölme, 'benliği' (yani bu tanımın amaçları doğrultusunda egoyu) sıkıntı verici durumlardan korumaya yönelik uyum sağlayıcı bir girişimle, potansiyel olarak hoş olmayan herhangi bir bilişin tanımlanmasına ve ardından bilinçli farkındalıktan reddedilmesine olanak tanır (Price, 2007). Klein (1996), hayatın ilk yılında bebeğin arkaik benliğinin iyi ve kötü olanı bir arada bulundurmadağından bahsetmiştir. Bebeğin benlik gelişimi arttıkça iyi ve kötünün bir arada bulabileceğine ilişkin çift değerli duygu seviyesine ulaştığını belirtmiştir. Kernberg'e (1985) göre bölme mekanizmasının erken dönem deneyimlerle ebeveyn figürlerine odaklanması ile ortaya çıkan çok biçimli cinsel eğilimlerin görülebileceği ifade edilmiştir. Sınırdaki kişilik bozukluğunda, erken dönem nesne temsillerinin idealize edilmiş ve zulmedici unsurlarının bütünleşme eksikliği içerir. Bu temel bütünleşme eksikliği, savunma işlevi, benliğin bölünmesi ve diğer temsiller açısından sendromik düzeyde

ve paralelliklerde yüksek düzeyde kimlik oluşumu ile ilişkilidir (Akt., Kramer, Roten ve ark., 2013).

Değersizleştirme (Devaluation); Bu mekanizmada kişi kendisine ve başkalarına abartılı olumsuz nitelikler atfetme çatışma yönetimidir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Freud'un değersizleştirmeye ilişkin görüşünde; çocuğun kendinin ya da annesini penis eksikliğinin farkındalığı sebebiyle, kendi ya da annesinin bedenini değersiz olarak görmesidir. Bundan dolayı Freud; kastrasyonaun oluşturduğu anksiyeteye ve penis hasetine vurgu yapmaktadır (Coriat, 1941). Bu durumla ilgili, diğer analistler ise açıklamalarında kadınlardaki adet kanamalarından söz etmişlerdir. Adet olmanın hastalık ve kirlilik ile ilişkilendirilmesi, değersizlik göstergesi izah edilmiştir (Waites, 1982). Değersizleştirme savunma mekanizması genellikle kişilik bozukluklarında sık görülmektedir. Özellikle sınırda ve narsistik kişilik bozukluklarında daha baskındır. Sınırda kişilik bozukluğunda kişi kendisini değersiz algılamakta çevresindekileri de değersiz algılar ve onlara bunu yansıtır. Narsistik kişilik bozukluğunda ise kişi kendini diğerlerinden üstün gördüğü için, kendini diğerlerinin çevresinden uzaklaştırmaktadır (Çiftçi, 2021).

İdealleştirme (Idealization); Kernberg'e (1975), göre idealleştirme, bir nesnenin istenmeyen özelliklerinin inkâr edilmesini, ardından kişinin kendi libidosunu veya tümgüçlülüğünü ona yansıtarak nesneyi güçlendirmeyi içeren bir kavram olarak kavramsallaştırıldı. Bir nesneyi zulmedici nesnelerden tamamen ayrı tutmayı, böylece nesneyi zarardan ve yıkıcılıktan korumayı amaçlar. (Akt., Lerner ve Van-Der Keshet, 1995). Bir başka ifadeyle idealleştirme; bireyin hayalinde ve ya gerçekte hoşlandığı, değerli gördüğü kişilere gereğinden daha çok cinsel yatırım yapması sonucunda oluşmaktadır. Kişinin kendi benliği ile ilgili tasalarını, arzularını olmasını istediği nesneye aktarmasıyla oluşturduğu savunma biçimidir (Çiftçi, 2021).

Pasif saldırganlık (Passive aggression); Savunma mekanizmalarından olan pasif saldırganlığın gelişip gelişmemesi, Freud'un psikoseksüel gelişim basamaklarından anal dönem yaşantılarıyla ilişkilidir. Pasif saldırganlıkta bireylerin başkalarına yönelik hissettiği kızgınlık, saldırganlık duygularının açıkça davranış ve ifadesi yerine dolaylı yoldan göstermesi olarak tanımlanır. Pasif saldırganlığa iş yavaşlatma, hata yapma, oyalama, temaruz gibi örnekler verilebilir (Baykara ve Alban, 2018). Aynı zamanda kişinin kendisine karşı mazoşist davranışlar da pasif saldırganlık olarak nitelendirilir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019).

Ayrışma (Dissociation); Freud (1894), ayrışmanın duygulanımı fikirlerden nasıl ayırabileceğini tanımlamıştır. Vaillant (1977), ayrışmanın egonun içsel durumu değiştirmesine izin verdiğini, böylece çatışmanın acısının önemsiz görünmesini sağladığını

ileri sürer. Ayrışma esas olarak olumsuz duygusal durumlardan ayrılma yeteneğini sağlar. Dissosiyatif deneyimler, duygusal uyuşma, soğurma ve yaratıcı katılım, duyarsızlaşma ve gerçek dışı yapma, amnezi ve kimlik parçalanması gibi farklı biçimler alır (Bowins, 2004). Özetle disosiyasyon kişinin duygusal sıkıntıdan kaçınmak için kişisel kimlik karakterinde veya duygularında geçici olarak şiddetli değişiklik olmasıdır diyebiliriz (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Ayrışmanın en yaygın biçimi olan kimlik parçalanması, ağır fiziksel ve cinsel istismar bağlamında ortaya çıkar. Kişilik farklı durumlara bölünür ve bunların bir kısmı tipik olarak travmanın zararlı etkilerinden korunur (Bowins, 2004).

Yansıtma (Projeksiyon); Yansıtma kişinin kendisine dayanılmaz gelen ve acı veren duygu ve isteklerini başkalarına atfetmesidir. Bu savunma mekanizması daha çok paranoid, narsistik, histriyonik ve sınırda kişilik bozukluklarında görülür (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Yansıtma deneyimi, kabul edilemez dürtülerin ve tutumların kişinin kendisinden değil, dışarıdaki bir nesneden kaynaklandığına inanılacak şekilde değiştirir. Örneğin; saldırgan dürtüler aslında size aitken başka birinden geliyormuş gibi algılanır ve tepki verilir. (Bowins, 2004).

Yansıtma özdeşim (Projective identificatio); Bu mekanizmanın tanımına yönelik farklı üç yaklaşım vardır ve “Nesne İlişkileri” içinde yer alır. Birincisi Kernberg’e göre, sınırda kişilik bozukluğu ve diğer patolojileri olan kişilerin kullandığı savunma mekanizmasıdır. Başka bir ifadeye göre, danışan/ hasta ve terapist/psikanalist arasındaki ilişkinin aktarım ve karşı-aktarım sürecinde kendini gösteren bir savunma biçimidir. (Göka, Yüksel ve Göral, 2006).

Hipokondriyazis; Kişinin başkalarına yönelik suçlamayı, kendini suçlamaya ve hastalık şikâyetlerine dönüştürür (Steiner ve ark., 2001). Daha açık bir ifade ile kişinin başkalarına karşı hissettiği öfkenin ve düşmanca düşüncelerin içselleştirmesi sonucu, bu duyguların bedensel yakınmalara dönüştürmesidir. Kişide var olan etrafına yönelik saldırgan ve öfke dolu dürtüler bastırma ve yer değiştirme savunma mekanizmaları ile bedensel belirtiler haline dönüştürülür (Rief ve Barsky, 2005).

Eyleme dökme; Sınırdaki eylem yoluyla bilinçdışı istek veya dürtülere kronik olarak boyun eğme görülür (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Eyleme dökme, rahatsız edici dürtüleri o kadar hızlı bir şekilde eyleme dönüştürür ki, kişi duygu veya düşünceden kaçır. Bu savunma mekanizmasına daha çok ergenlerde rastlanır (Steiner ve ark., 2001).

Otistik fantezi; İnsan ilişkilerinin, etkili çözümlerin veya sorun çözmenin yerine çatışma yönetimi aracı olarak aşırı hayal kurma olarak ifade edilir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Şizoid fantezi, kişinin fantezi dünyasına çekilmesini ve diğer kişilerin

yakınlığından kaçınmasını içerir. Daha ılımlı düzeydeki fantezi, rahatsız edici bir gerçekliği daha hoş bir şeye dönüştürür (Steiner ve ark., 2001).

Tümgüçlü kontrol; Her şeye gücü yetme', kişinin sanki özel güçlere sahipmiş ve diğerlerinden üstünmüş gibi hissetmesini veya davranmasını sağlar. Böyle bir kişinin abartılı bir özgüven aşılayarak tümgüçlülük savunma mekanizmasının kullanılması, dünyanın kontrolünün kendisinde olduğu ve herhangi bir güç tarafından sabote edilemeyecek kadar güçlü olduğu fantezisi, hissedilen korkuya karşı bir kalkan sağlıyor gibi görünmektedir (Sharma ve Sinha, 2010).

İçe-atım (Introjection); Bu mekanizmada birey bir başkasının tüm varlığını ya da bir parçasını benliğinin içine yenilip yutulmuş gibi içene atar. İçe atılan bu nesne kişinin benliği içinde yaşayan yabancı bir cisim ve ilişki kurulan bir nesne haline gelir. Örneğin; şizofreni tanılı bir hastanın doktorunu içe alarak yalnızken onunla konuşması tartışması gibi (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

2.1.1.3. Nevrotik savunmalar

Bastırma (Represyon;) Bastırmada kişilerde kabul görmeyen, aşırı rahatsız edici dürtülerin ve arzuların görmezlikten gelinmesi söz konusudur. Kişiyi kaygıya, sıkıntıya, istenmeyen durumlara, düşüncelere, korkuya, suçluluk hissine sürükleyen anıların ve deneyimlerin dışlanarak bilinç dışına itilmesi ve de bilinç düzeyine çıkması engellenir. Bastırılan bu öğeler üstbenlik tarafından yargılanan ve yasaklananlardır. Bu öğeler çoğunlukla bilince seviyesine çıkması kabul edilemez özelliktedir ve bastırılır. Bastırılan duygu ve düşünceler değişmeden kalır, varlıklarını korur, bilince çıkmak için fırsat ararlar. Bastırma aslında bazen bireyin yüzleşerek çözüme kavuşacağı deneyimlerini engelleyerek bireyi oldukça sıkıntıya sokabilir (Kocaman, 2008). Ayrıca bastırma duygulanımın kalmasına izin verirken, rahatsız edici bir fikrin bilinçten atılmasını veya saklanmasını, böylece hangi nesnenin veya durumun duygulanımla ilgili olduğunun bilinçli farkındalığını zayıflatmayı içerir (Bowins, 2004).

Nevrotik inkâr (Neurotic denial); İnkârda kişinin bazı gerçeklerle yüzleşmenin reddi olarak düşünülür. Bu gerçekler son derece üzücü olduğu veya özgüvene zarar verme potansiyeli taşıdığı sürece, inkâr prensipte çok yararlı bir savunma mekanizması olabilir. İnkâr çok dar veya oldukça geniş anlaşılabılır. Geniş tanımlar diğer savunma çeşitlerini de kapsar. Algısal savunmaları, kişisel fanteziler oluşturmaya, olumsuzlamaya, küçültmeyi, maksimize etmeyi, alay etmeyi ve tersine çevirmeyi inkâr biçimleri olarak sınıflandırılır (Baumeister, Dale ve Sommer, 1998).

Gerileme (Regresyon); Regresyon, kişinin baş edemediği sıkıntılı durumlar karşısında, daha huzurlu hissettiği gelişimsel çocukluk dönemlerine gerilemesi olarak ifade

edilir. Kişi sıkıntı verici durumun üstesinden gelebilmek için çocukluk yaşantısı döneminin davranışlarını sergiler. Bireyin hastalığı ve hastaneye yatması sürecinde psikolojik açıdan, regresyon savunma mekanizması sık görülmektedir. Hastaneye yatan bireylerde düşük düzeydeki regresyon normal kabul edilebilir. Birey için regresyonun uyum sağlayıcı hastalığı kabullenici kaygıyı azaltıcı etkisi olabilir. Ancak yüksek düzeyde regresyonu olan bireylerde tedaviye uyum güçleşir. Bu bireyler yalnız kalmayla baş edemeyen, ağrı eşiği düşük, çocukca davranan, istekleri bitmeyen ve çabuk sinirlenen tavırlar sergilerler (Kocaman, 2008).

Mantığa bürüme (Rasyonelleştirme); Rasyonelleştirme kişinin kabul edilemez inanç veya davranışlarını sosyal olarak daha kabul edilebilir bir anlam sağlayarak, daha kabul edilebilir hale getirmesi olarak tanımlanır (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019 Bowins, 2004).

Geri alma; Bu mekanizmada kişi belirli bir talihsizliğin yaşamamak için geçmişini değiştirmeye çalışmasıdır. Sembolik olarak büyümlü davranışlar ve takıntılı nevrozlarla ilişkilidir (Baumeister, Dale ve Sommer, 1998). Çatışmaları kelimeler veya davranışlarla geri alarak veya düşüncelerin, duyguların veya eylemlerin sembolik olarak düzeltilmesiyle yönetmedir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Geri alma, kabul edilemez bir davranışın tersine hareket ederek sembolik olarak olumsuzlanmasını gerektirir (Steiner ve ark., 2001).

Karşıt tepki oluşturma (Reaksiyon formasyon); Bireyde anksiyete yaratan ve bireyin kabul edemediği dürtü, duygu, arzu veya düşüncelerinin karşıtlarına/tersine çevrilmesidir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Örneğin, birden fazla partnerle cinsel ilişkide bulunma arzusunu kabul etmek yerine, bekârlığın erdemleri hakkında öğütler vermek gibi (Bowins, 2004). Başka bir örnek, düşmanlık veya hoşgörüsüzlük imalarına, kişinin barışsever veya hoşgörülü bir kişi olduğunu kanıtlamaya yönelik abartılı çabalarla karşılık verilebilir (Baumeister, Dale ve Sommer, 1998).

Somutlaştırma; Bazı kişilerde, karmaşık, soyut ve belirsiz durumlar bunaltıya sebep olabilir. Kişi, karmaşık, açık olmayan ve belirsiz durumları, somut, açık ve daha basit bir hale getirerek rahatlamaya çalışır. Örneğin ruhsal bir sıkıntının fiziksel (kalp hastalığı gibi) bir hastalığa dönüşmesidir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Bedenselleştirme (Somatizasyon); Kişinin baş edemediği ruhsal sıkıntılarının fiziksel/bedensel belirtilere dönüştürerek bilinçdışı ifade etmesidir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019).

Döndürme (Conversiyon); Kişiye ağır gelen bunaltı, stres, sorun karşında bilinç dışı olarak uyarılara (Örneğin bayılma) kapatmasıdır. Bu kişilerde hareket ya da duyu organlarında da işlev yitimi görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Yer değiştirme; Bu mekanizmada kişi duygu veya dürtü yatırımını bir fikir veya nesneden, orijinaline benzeyen ve daha az duygusal sıkıntı uyandıran başka bir nesne veya fikre kaydırmasıdır (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Yani etkiyi ve dikkat odağını kabul edilemez bir nesneden daha güvenli bir nesneye kaydırmasıdır (Bowins, 2004). Örneğin, kişinin babasına yönelik kabul edilemez şiddet eğilimi, polisler veya diğer otorite figürlerine karşı dęřmanca bir tutuma dönüşebilir. Gerçek saldırganlığın hedefleri, anlamlı çağrışımlar yoluyla orijinal, engellenmiş dürtünün hedefiyle ilişkilendirilecektir (Baumeister, Dale ve Sommer, 1998).

Entelektüelleştirme; Entelektüelleştirme, bilinçli düşünce süreçlerinin aşırı kullanımı yoluyla olayları büyük ölçüde duygusal olmayan bir deneyime dönüştürür (Bowins, 2004). Bu savunma mekanizması, kişiyi içten gelen tehditlere karşı koruyan egonun, dışarıdan gelebilecek tehlikelere karşı da sürekli tetikte olma haine benzer (Kaya ve Bozkur, 2017).

Saplanma (Fixation); Çocuğun gelişim dönemlerini yaşarken, bir döneme saplanıp kalması yani o dönemin özelliklerini bırakamamasıdır. Kişi, saplandığı dönemdeki aşırı doyurulmuş ya da doyurulmamış olan durumlar sebebi ile hayatı boyunca birtakım sorunlar ile karşılaşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Yalıtma (İzolasyon); Yalıtımda birey kaygıdan korunmak için dış dünya ile duygusal ilişkileri en aza indirmektedir. Yani, bireyin fiziksel olarak diğer insanlardan uzaklaşması değil bireyin duygusal tepki alanını daraltarak kendisini incinmeden korumaya çalışmasıdır (Tuzcuoğlu, 1995). Yalıtma, bazı tehdit edici bilişler ile diğer düşünce ve duygular arasında zihinsel bir boşluk veya bariyer yaratılmasını içerir. Çeşitli yöntem ve bulgular, insanların çeşitli tehditlere karşı kendilerini zihinsel olarak izole ederek korudukları sonucunu desteklemektedir. Özellikle baskılayıcıların, hoş olmayan olayları ve anıları çevreleyen çağrışımsal ağları zayıflatıkları ve duygusal açıdan sıkıntı verici uyaranlara, mantıksal olarak ilgisiz, duygusal olarak nötr veya olumlu şeyleri kendiliğinden düşünerek tepki verdikleri gösterilmiştir (Baumeister, Dale ve Sommer, 1998).

Yapma-bozma (Undoing); Kişiyi ruhsal çatışmaya sokan ve stres yaşatan somut olarak yaptığı ve ya dadece yaptığını düşündüğü eylemlerinin, istemediği duygu düşüncelerinin, etkisinden kurtulmak için ve olmamığını varsaymak için ürettiği sembolik sözcük, sayı, şekil ya da yaptığı davranışlardır (örneğin musluğu açıp kapama). Bu mekanizma ile kişi dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlar. Bu mekanizma daha çok takıntılı zorlantılı kişilik bozukluklarında görölür (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

2.1.1.4. Olgun (matür) savunmalar

Olgun savunma mekanizmaları kaygıları ve rahatsız edici duyguları hafifletir. Örneğin mizah, yüceltme veya sosyal destek arayışı yoluyla bireyin onlar hakkında düşünebilmesi ve uygun şekilde problem çözebilmesi için kaygı kaynaklarına ilişkin farkındalığı kademeli olarak artırır (Cramer, 2015). Olgun savunma mekanizmalarını kullanmak, günlük yaşamdaki zorluklarla, şu andaki zor veya stresli durumlarla ve geçmiş deneyimlerle başa çıkmayı sağlar. Uyumlu başa çıkma, kişinin hayatına daha dengeli bir perspektiften bakma sürecini kolaylaştırabilir (Mostowik ve ark., 2022).

Baskılama (Suppression); Ruhsal gerilimin ya da çatışmanın bireyler tarafından yarı bilinçli ya da bilinçli bir şekilde ertelendiği, yalnızca o anlık düşünmemeyi tercih ettiği savunmadır. Bu savunma mekanizmasında birey çatışma ve gerilimden kaçmadığı, zamanı geldiğinde zihne çağırarak tekrar değerlendirildiği bir süreci anlatmaktadır (West, 2018). Baskılama, rahatsız edici intrapsişik durumlara odaklanmayı azaltır, farkındalığı bir miktar korurken dikkati onlardan uzaklaştırır (Bowins, 2004).

Yüceltme (Süblimasyon); Yüceltme, rahatsız edici dürtüleri ve duyguları kabul edilebilir arayışlara yönlendirerek dönüştürür ve bu süreçte olumsuz durumlara ilişkin farkındalığı değiştirir (Bowins, 2004). Freud'un yüceltmeye dair en yaygın imaları, cinsel içgüdünün sanatsal veya entelektüel çabalara nasıl kanalize edilebileceğini öne sürüyordu. Özellikle yüceltme kavramı, temelde antisosyal veya kabul edilemez bir arzuyu almak ve enerjiyi sosyal açıdan değerli faaliyetlere kanalize etmek anlamına geliyordu (Baumeister, Dale ve Sommer, 1998).

Mizah; Kişinin düşünce ve duygularının mizah yoluyla ifadesi edilmesidir (Francisco Carvalho, Reis ve Pianowski, 2019). Mizah, potansiyel olarak rahatsız edici bir senaryonun içeriğini değiştirerek onu daha hafif ve daha tolere edilebilir hale getirmeye yardımcı olur (Bowins, 2004).

Beklenti; Doğuştan gelen veya öğrenilen korkuların bir sonucu olarak, belirli bir durumda tehlikenin kapıda olduğunu beklemeye başlarız. Çatışan bir isteğin, terk edilme olasılığının ya da yaklaşan bir kaplanın ortaya çıktığını tespit ederiz ve (öğrenilmiş ya da kalıtsal) mevcut bir anıya dayanarak, tehlikenin bunu takip edeceğini bekleriz. Buna göre psikolojik savunmalara güvenerek veya fiziksel olarak kaçarak tepki veririz. İnsanlarda bilinçli ve bilinçsiz beklentiği birbirinden ayırmak mümkündür. Beklenti kesinlikle bilinçli olarak gerçekleşebilirken, bilinçdışı beklenti psikanalitik sinyal işlevinin özüdür (Wong, 1999).

Fedakârlık; Fedakârlık, kişisel ihtiyaçlarımızın dolaylı olarak karşılanmasına izin vererek gerçekte almak istediğiniz şeyleri başkalarına vermeyi içerir ve birine veya bir şeye

yardım ederseniz o zaman sizin de yardım alacağınız yönünde her zaman gerçekçi olmayan bir varsayımı gerektirebilir (Bowins, 2004).

Özgecilik; Özgecilik çıkar gözetmeden diğer insanlara yardım etme, özveride bulunma ve onların sorunlarını yapıcı bir biçimde paylaşmaktır. Gerçek özgecilikte kişi bir diğer insana yardım ederken kendisine de içgüdüsel bir doyum sağlamaktadır (Tuzcuoğlu, 1995;TDK, 2008).

Düş kurma (Fantezi); Düş kurma, benin örselenmelerini onarmaya yardım eden bir savunma mekanizmasıdır. Fantezilerin gerçeği yadsımaya ve gerçekleri arzuları doğrultusunda kullanmaya yaradığını söyleyen A. Freud, benin bu savunma mekanizması sayesinde nesnel hoşnutsuzluğun aşılabileceğini belirtmektedir. S. Freud, “gündüz-düşleri” olarak ifade ettiği fantezi kurmayı; çocuğun oyun oynamasına benzetmektedir. Buna göre çocukluktaki oyun oynamanın yerini alan düş kurma, duygusal doygunluk sağlayarak yetişkin kişinin, bir sürede olsa rahatsız edici gerçeklikten uzaklaşmasını sağlamaktadır. Sanatla uğraşan kişilerde eserlerine gündüz düşlerini yansıtarak doyuma ulaşabilmektedir. Freud gündüz-düşü gibi, yaratıcı bir yazının aslında çocukluk oyununun bir devamı ve yerine-geçeni olduğunun varsayılabileceğini belirtmektedir (Akt., Tek, 2017).

2.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Psikolojik sağlamlık, Türkçe literatürde çoğunlukla Latince bir kelimeye karşılık gelen “resilience” kelimesinin yerine kullanılmaktadır (Gizir, 2007). Psikolojik sağlamlık (dayanıklık/yılmazlık/dirençlik) kişinin önemli zorluklara rağmen başarılı bir şekilde toparlanma veya başa çıkma yeteneği olarak tanımlanır. Bu zorluklar, fiziksel ve ruhsal hastalık, istendik olmayan değişimler ve kişinin kötü olarak algıladığı her şeydir. Kişinin kendini iyileşme yeteneği sayesinde hızlıca toparlayabilmesi, hırpalanma ve gerilimden sonra önceki iyilik haline kolayca dönebilmesi ve esnekliği, psikolojik sağlamlık göstergesidir (Ramirez, 2007). Başlangıçta psikolojik sağlamlık kişiliğin bir parçası olarak anılırken son on veya iki yılda dinamik, rahatlıkla değişebilen bir süreç olarak tekrar tanımlanmıştır. Farklı disiplinler, farklı alanlarda bu kavramla ilgili çalışmalar yapmışlardır fakat literatürün çoğunluğu psikoloji ve psikiyatri disiplinleriyle ilgili olan çalışmaları kapsamaktadır. Yapılan bu çalışmalarda öncelikle çocuklarda sağlamlılığı anlamaya yönelik niteliksel yaklaşımlar tanımlanmıştır. Hemşirelik ve tıbbi bilimler zihinsel sağlık, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), göğüs kanserinden kurtulanlar, yeme bozuklukları, yaşlanma ve yaşlılar ve kalp stenti yerleştirilen hastaları da içeren belirli uzmanlık alanlarında sağlamlık hakkında çalışmışlar yapılmış ve yazmışlardır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000).

2.2.1 Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler

Werner ve Smith (1982), tarafından Kauai Adası'nda 1955 yılında o yıl doğan 698 bebeğin yaşamını takip eden önemli, uzunlamasına bir çalışma yürüttüler. Araştırmalarından elde edilen bulgular, benzer ortamlarda yetişen bireyler arasındaki son derece farklı sonuçlara ortaya çıkardı. Araştırmada yoksulluk veya diğer olumsuz koşullar (ebeveyn boşanması, alkolizm veya akıl hastalığı) içinde büyüyen çocukların yaklaşık üçte ikisi, yetişkinliklerinde ciddi sorunlarla karşılaştı. Diğer üçte biri yetkin, olgun yetişkinlere dönüştü. Bu farklılığı oluşturan şey nedir? Bu bulguların yayılması psikolojik sağlamlık araştırmalarının başlangıcını oluşturmuştur. Psikolojik sağlamlık konusu, bireylerin çocukluğunda ve yıllar geçtikçe sahip olduğu ortak özellikler, koruyucu faktörler olarak öne çıkmaya başlamıştır. Koruyucu faktörler, psikolojik sağlamlık sürecinin gerçekleşmesi için gerekli olan belirli özellikler veya durumlar olarak tanımlanabilir (Akt., Dyer ve McGuinness, 1996). Psikolojik sağlamlılığı yüksek olan çocuklarda çoğunlukla, cevap verme, esnek olma, empati gösterme, iletişim becerileri, şefkat gösterme, mizahı kullanma ve benzeri sosyal olumlu davranışları bulundurlar. Bu çocuklar bebeklik döneminde bile çok daha duyarlıdır, daha aktiftir, daha esnektir ve daha uyumludurlar. Sonuç olarak, psikolojik sağlamlılığı olan çocuklar erken çocukluktan itibaren akranlarıyla arkadaşlıklar da dâhil olmak üzere başkalarıyla daha olumlu ilişkiler kurma eğilimindedirler (Benard, 1991). Koruyucu faktörler bağlamsal, durumsal ve bireysel olduğundan bireylerde farklı sonuçları gösterirler. Bir birey için mevcut olan veya faydalı olan koruyucu faktörler, benzer bir birey için mevcut veya faydalı olmayabilir. Ek olarak, bazı koruyucu faktörler bazı birey için faydalı olurken bazıları için bu söz konusu olmayabilir (Johnson ve Wiechelt, 2004). Psikolojik sağlamlık koruyucu faktörlerden oldukça etkilenen dinamik bir süreçtir. Koruyucu faktörler, psikolojik sağlamlık sürecinin gerçekleşmesi için gerekli olan belirli yeterliliklerdir. Yetkinlikler basitçe bireyin erişebileceği sağlıklı beceri ve yeteneklerdir. Üç alanda bulunurlar: bireysel yeterlilikler, kişilerarası yeterlilikler ve ailesel yeterlilikler (Dyer ve McGuinness, 1996).

Bireysel faktörleri; Zekâ düzeyi yüksek bireylerde, sosyal beceriler ve sosyal bilişsel problem çözme yetenekleri olan bireylerdir ve bu yetenekler daha yaşam içerisinde bireye avantaj sağlayan etkenler arasındadır. Aynı zamanda olumlu mizaca sahip çocuklar ve gençler yetişkinlerden ilgi ve destek alabilir ve yetişkinlerden sosyal destek almak çocukların uzun vadeli uyumunu etkileyerek psikolojik sağlamlıklarını artırıcı faktördür (Murray, 2003).

Gerber, Ginsberg ve Reiff (1992), öğrenme güçlüğü olan son derece başarılı yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrenme güçlüğü olan yetişkinlerle görüştüler ve onları başarı açısından yüksek, orta veya düşük olarak sınıflandırmak için sonuç durumuyla ilgili verilerin bir kombinasyonunu kullandılar. Bu araştırmada yetişkinlerin çoğunluğu "son

derece başarılı" olarak sınıflandırıldı; diğer kısmı "orta derecede başarılı" olarak değerlendirildi ve hiçbir başarı açısından düşük olarak sınıflandırılmadı. Sonuçlar iki grubu birbirinden ayıran bir dizi temayı ortaya çıkardı. İlk tema olan iç kontrol, katılımcıların kendilerine içsel bir başarı duygusu sağlayacak şekilde hedef belirleme ve gerçekleştirme yeteneğini temsil ediyordu. Yüksek başarı grubundaki yetişkinler yüksek düzeyde iç kontrol bildirirken, orta derecede başarılı gruptaki katılımcılar yaşamlarındaki dışsal etkiler konusunda daha fazla endişe duyuyorlardı. Oldukça başarılı olan gruptaki yetişkinler de engelliliklerine ilişkin kabul, anlayış ve eyleme geçtiklerini belirttiler. Bu anlayışın kimliklerini ve benlik kabullerini güçlendirdiği ortaya çıktı. Son derece başarılı bireyler aynı zamanda ısrarcı, çalışkan ve "doğru uyumu" bulmaya kararlı kişiler olarak da nitelendiriliyordu. Son olarak, yüksek başarı grubundaki bireyler akıl hocalarından, eşlerinden ve arkadaşlarından önemli miktarda sosyal destek aldıklarını bildirdiler (Gerber ve ark., 1992). Bazı bireyler karşılaştıkları zorluklarla ve stresle başa çıkabilmek için mizahı kullanırlar. Mizah yoluyla başa çıkmada bireyler rahatsız olayları komikleştirir, espriler ve şakalar yaparlar, gülünç davranışlar sergilerler (Yerlikaya, 2009). Zorlayıcı yaşam olayları karşısında mizahı kullanan bireylerin iyilik hallerinin devam etmesi, psikolojik sağlamlıklarının yükselmesini sağlamaktadır (Bergsma ve ark., 2011; Kobau ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada mizahla başa çıkmanın bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyini yükseltebileceği sonucunu ortaya koymuştur (Satıcı ve Deniz, 2017).

Psikolojik sağlamlık ile cinsiyet faktörü ilişkini araştıran çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada akademideki kadın çalışanların, erkek çalışanlara göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Tümlü ve Receptoğlu, 2013). Öğrencilerle yapılan bir araştırma sonucunda kızların, erkeklere göre psikolojik sağlamlıkları yüksek olduğu bulunmuştur (Oktan, Odacı ve Çelik, 2014). Cinsiyetle ilgili kritik bir bulgu, birçok çalışmanın kadınların dayanıklılık ölçümlerinde erkeklerden daha düşük puan aldığını bildirmesidir (Holahan ve Moos 1985).

Hirani ve arkadaşları (2016), araştırma makalesinde mevcut dayanıklılık ölçümlerinin cinsiyete duyarlı olmadığını savunmaktadır. Araştırma için 1974 ile 2015 yılları arasında veri tabanlarındaki konu ile ilgili makaleleri incelemişlerdir. Bu incelemenin bulguları, dayanıklılığı tanımlamak için kullanılan teorik ve metodolojik yaklaşımlarda cinsiyet duyarlılığının önemli ölçüde eksik olduğunu bildirmişlerdir. Bireyi stres ve olumsuz olayların yıkıcı etkisinden koruyan ve yine bireye özgü olan diğer özellikleri akademik başarı, özerklik, iyimserlik ve umut taşıma, sosyal yeterlilik, sağlıklı olmadır (Gizir, 2007).

Ailesel koruyucu faktörler; Çocukların anne ve baba ve ailenin diğer üyeleri ile olumlu ilişki içinde olması, ebeveynlerinden etkili bakım alabilmesi, kendisinden yüksek ve

gerçekçi beklentiler oluşturulması, evin kuralların açık ve tutarlı olması gibi faktörler çocuğu iyi hissettir, geliştirir psikolojik açıdan sağlamlaştırır (Gizir, 2007). Ayrıca anne babanın eğitim düzelerinin iyi olması, aileyle birlikte yaşıyor olmakta önemli korucuyu faktörlerdendir (Öz ve Yılmaz, 2009). Araştırmalar aileleri tarafından korunan, duygusal olarak desteklenen çocukların sonraki yaşamlarında davranış sorunlarının az olduğunu, kariyer ve sosyal açıdan diğerlerine göre daha başarı gösterdiklerini belirtmektedir. Ebeveynleriyle yaşayan ve olumlu iletişime sahip bu çocukların psikolojik sağlamlıklarının yükseldiği belirtilmektedir (Demircioğlu ve Yoldaş, 2019).

Çevresel koruyucu faktörler; Bireyin psikolojik sağlamlığı çevresel faktörlerin incelendiği araştırmalara bakıldığında, güvenli bir bölgede yaşamak, sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmek, toplumun bir parçası olmak, sosyal desteğin yüksek olması, olumlu arkadaşlık ilişkileri ve faydalı toplumsal kaynaklar, çevresel koruyucu faktörlerdir (Gizir, 2007).

2.2.2. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörler

Risk, genellikle çoğu insan için stres kaynağı sayılabilecek ve normal işleyişi engelleyebilecek psikososyal bir sıkıntı veya olay olarak tanımlanır. Örneğin; ailede ölüm, boşanma, travma gibi kritik olaylar (Arrington ve Wilson, 2000). Çocuklar için psikolojik sağlamlılığı azaltan bazı risk faktörleri olarak ebeveynin ağır hastalığı, psikososyal açıdan dezavantajlı durum, çocuğun aldığı kalitesiz ve yetersiz bakım, düşük zekâ faktörü vb. diyebiliriz (Johnson ve Wiechelt, 2004).

Werner ve Smith (2001), ağır sorunları olan çocuklarda yaygın olarak görülen bazı risk faktörlerini tanımlamışlardır. Bu çalışma sonuçlarına göre ağır yoksulluk koşulları, annenin çocuğunu eğitememesi, ailede istikrarın sağlanamaması, bir ebeveyne sahip olma ve ciddi sağlık sorunları yer almaktadır. Yaşamın ilerleyen ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde bu kişiler hamilelik, öğrenme sorunları, suç işleme ve zihinsel sağlık sorunları gibi sorunlar yaşamaktadır (Akt., Johnson ve Wiechelt, 2004). Psikolojik sağlamlıkla yapılan çalışmalarda, suç, suçluluk, alkol ve diğer uyuşturucu kullanımı ve akıl hastalıklarıyla ilgili sorunlar yaşayan bireylerin psikolojik açıdan dayanıksız oldukları tespit edilmiştir (Benard, 1991).

Bireysel risk faktörleri; Annenin gebeliğinde alkol/ilaç kullanımı, annenin ergen gebeliği, erken doğum, olumsuz kişilik yapısı, düşük zekâ düzeyi, kronik fiziksel ya da ruhsal hastalık varlığı, uyuşturucu kullanımı, eğitimde başarısızlık ve yerel bir gruba ait olma gibi faktörler psikolojik sağlamlığı olumsuz etkilemektedir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

Ailesel risk faktörleri; Ailesel faktörlerden anne baba kaybı ya da bir ebeveynle yaşama, ebeveyn boşanması (Tebes ve ark., 2004; Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009), yetersiz ebeveyn bakımı ve tutarsız ve sert disiplin ebeveynlerin eğitim seviyesinin düşük oluşu

(Varcier, 2019), çok çocuklu kalabalık aileye sahip olma, anne babanın ruhsal/kronik bir hastalığı babaya, anne babanın madde kullanımı, suç işlemiş olmaları, evlat edinilme, ailesi tarafından şiddet görme gibi faktörlerin (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009) psikolojik sağlamlığın azalmasına neden olduğu görülmektedir.

Çevresel risk faktörler; Düşük sosyoekonomik durum ve yoksulluk bireylerin yaşadığı yakın çevresinden dışlanmasına, yeterli sağlık hizmeti alamamasına, ailedeki anlaşmazlıklara ve toplum yararına yapılan etkinliklere katılamamasına sebep olmaktadır. Üstelik yoksulluğun kendisi, daha geniş toplumlarda meydana gelen ırksal önyargıların ve diğer ayrımcılık biçimlerinin oluşmasına neden olabilir. Tüm bu etkenler bireyin psikolojik olarak sağlamlığını düşürmeye zemin hazırlar. Çocuğun ihmal ve istismara uğradığı bir ev ortamda yaşaması onun tüm hayatı duygusal ve davranışsal sorunlar yaşaması açısından bir risk faktörüdür. Aynı zamanda evsizlik, beslenmede eksiklik, akran zorbalığı ve toplumsal anlamda şiddet yaşama faktörleridir (Murray, 2003; Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

2.3.TÜKENMİŞLİK KAVRAMI

Maslach tükenmişliği (Burnout) “işinden dolayı aşırı duygusal isteklere uğrayan ve sürekli insanlarla temas halinde çalışan bireylerde ortaya çıkan bedensel bitkinlik, sürekli yorgun olma hâli, çaresiz ve umutsuz hissetme, bu durumların işine, hayatına ve başka insanlara karşı olumsuz olarak yansısıyla meydana gelen bir sendrom”dur (Akt., Maslach ve Jackson, 1981). Schaufeli ve Enzmann (1998), tükenmişliği, sıkıntı sonucu gelen etkinliklerde azalma, motivasyon kaybı, iş yerinde etkili olmayan hal ve hareketlerden oluştuğu şeklinde tanımlamıştır. Bir diğer tanımda da tükenmişlik yardım eden mesleklerdeki kişilerin iş şartlarının olumsuzluğu karşısında idealizmini kaybetmesi, gücünün ve hedeflerinin azalması sürecidir (Edelwich ve Brodsky, 1980).

2.3.1. Tükenmişliğin Tarihçesi

İnsanların meslekleriyle ilgili ilişkileri ve işteki olumsuz olaylar sonucu meydana gelebilecek zorlu durumlar, uzun yıllar modern çağın önem verdiği bir konu olmuştur. 1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri'nde, özellikle insanlara hizmet veren mesleklerde çalışan insanlar arasında tükenmişlik terimi sık kullanılmıştır. Bu popüler kullanım, Greene 1961' de yazdığı “Bir Tükenmişlik Olayı” adlı kitabında, psikolojik olarak bunalıma giren bir kişinin mesleğini bırakarak, Afrika'nın ormanlarına kaçışını, yaşadığı bitkinliği ve işi için hissettiği öfke duygusuyla birlikte idealizmini kaybetmesini anlatır. Tükenmişlik ile ilgili yapılan araştırmaların tamamının sonucu olarak, işteki kronikleşen kişilerarası stres etkenlerine cevap olarak iş tükenmişliğinin psikolojik bir sendrom olarak kavramsallaştırılmasıdır (Maslach ve ark., 2001 s.398-399).

Psikiyatrist Freudenberg (1975) ve sosyal psikolog olan Maslach (1976) tükenmişlik ile ilgili ilk makaleleri yazan kişilerdir. Freudenberg, kendisinin ve diğerlerinin duygusal tükenme, motivasyon ve bağlılık kaybı yaşadığı sürecin doğrudan açıklamalarını sağladı ve bunu, kronik uyuşturucu kullanımının etkilerine atıfta bulunmak için halk dilinde kullanılan bir terimle etiketleyerek tükenmişlik adını verdi (Maslach ve ark., 2001 s. 398-399).

Freudenberg ve Maslach, çalışan gönüllüler arasında, aynı tür tepkileri inceledikten sonra kavramı bağımsız olarak ortaya çıkardılar. Tükenmişlik kısa sürede “insana hizmet eden” kişiler arasındaki bir dizi önemli psikososyal sorun için bir metafor haline geldi. 1970'lerde iş sağlığı psikolojisindeki araştırmaların çoğu hala endüstriyel işçilere odaklanıyordu ve sosyal hizmet uzmanlarına, hemşirelere, öğretmenlere ve insana hizmet sektöründeki diğer beyaz yakalı gruplara çok az ilgi gösteriliyordu (Kristensen ve ark., 2005).

Günümüzde tükenmişlik kavramı psikososyal araştırmalar dışında başka alanlarda da çalışıldı. Danimarka'da uzun süren bir çalışma olan PUMA (Tükenmişlik, Motivasyon ve İş Memnuniyeti Projesi'nin Danimarka kısaltması) 1997'de başlatıldığında, çalışmaya itici güç veren insana hizmet mesleklerde çalışan kişileri temsil eden sendikaydı. Bu sendika, çalışanlar arasında uzun süren hastalık izinlerini ve erken emeklilikteki artışları fark etmişti ve NIOH'den (Ulusal Mesleki Sağlık Enstitüsü, Kopenhag) araştırmacılar tarafından yürütülen bağımsız ve bilimsel bir çalışma istedi. PUMA, 5 yıllık sürecek müdahale çalışması olarak kurulmuştur. Çalışmanın amacı, tükenmişliğin sıklığını ve dağılımını, tükenmişliğin sebeplerini, sonuçlarını ve gerektiğinde tükenmişliği azaltmak için olası müdahaleleri incelemektir (Borritz ve ark., 2006).

2.3.2. Tükenmişlik Nedenleri

İnsana hizmet veren kurumlardaki çalışanlar, zamanın çoğunu diğer insanlarla yoğun bir ilişki içinde geçirmek durumunda kalır. Hizmet veren-hizmet alan etkileşimi psikolojik, sosyal ve fiziksel sorunlara yol açabilir. Bu sorunlar çalışanın öfke, utanç, korku veya umutsuzluk duyguları yaşamasına sebep olur. Sorunlara çözüm bulmak her zaman açık ve kolay olmayıp bu durum, belirsizlik ve hayal kırıklığı yaşatmaktadır. Çalışanların bu koşullara sürekli maruz kalması kronik stresle beraber duygusal olarak yıpranmalarına da sebep olarak 'tükenmişlik' riskini artırır (Borritz ve ark., 2006).

Duygusal tükenme, tükenmişliğin önemli bir alt boyutudur. Duygusal depoları tükenen birey artık psikolojik açıdan ödün veremeyeceklerini hissederek. Tükenmişliğin diğer yönü, bireyin hizmet verdiği insanlarla karşı duyarsızlaşarak olumsuz tutum alması ve alay eder tarzda davranışlarda bulunmasıdır. İnsanlara yansıtılan bu uygunsuz tepkiler, duygusal tükenmeyle ilişkili olabilir. Buna göre tükenmişliğin iki yönü arasında ilişki olabileceği varsayılmaktadır. Başkalarına yönelik bu duygusuz ve hatta insanlıktan çıkarılmış

algı, çalışanın hizmet verdiği kişileri bir şekilde dertlerini hak eden biri olarak görmelerine yol açabilir ve insanlara yönelik bu olumsuz tutumun çalışanlar arasında yaygınlığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Tükenmişliğin başka bir yönü de, kişinin insanlara hizmet verirken yaptığı işlerle ilgili, kendini yetersiz ve başarısız olarak değerlendirme eğilimde olmasıdır. Bu kişiler kendilerini mutsuz hissederek iş yaşantılarındaki başardıklarından tatmin olmazlar (Maslach ve Jackson, 1981).

2.3.3.Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlikte, fazla sigara ve alkol ve ilaç tüketimi, aşırı riskli davranış, şiddete eğilim, yeme bozuklukları, yerinde duramama, uyku problemleri, uykuda ve çok çalışma görülmektedir. Başka yönlerden skıntı hissetme, kendin başkalarından üstün görme, alaycı tavırlar, güven sorunları, umutsuz hissetme, güçsüzlük, özgüvensizlik, kendini sıkışmış hissetme ve kendinden emin olamama görülmektedir. Ruhsal açıdan bakıldığında kaygı, duygusal yük, korku, başlarken şüphe duyma, kontrolü kaybetme, suçluluk hissi, çökkünlük, öfke, panik, gerginlik görülebilmektedir. Sosyal açıdan tükenmişliğin belirtirli bezginlik, asosyallik, sosyal izalasyon, eş ve aile sorunları, fazla eleştiri, bağımlı davranışlar sergilime gibi belirtiler görülebilmektedir. Zihinsel açıdan ise konsantrasyon zorluğu, dikkatini toplayamama, karararsızlık, dikkat süresinin azalması, uyarılmaya hassasiyet, kendini ayıplama, düşünce içeriğinde bozukluma, fazla rüya görme, bazı düşüncelerden kaçma gibi belirtilerdir (Işıksan, 2016).

2.3.4.Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Kişilik Yapısı; İdealleri olan, mükemmeliyetçi, amaca göre hareket eden, mücadeleyi seven, rekabettçi, kaybetmeye tahammülü olmayan, çevreye öfkeli ve saldırgan davranan, eleştiren, aceleci, görevine sadık ve sözüne sadık, sorumluluk sahibi, kişisel çıkarlarını ön planda tutan, konuşma ve hareketleinde çabuk olan bireylerin tükenmişlik yaşama açısından riskli grupta sayılabilirler (Freudenberger, 1974).

Cinsiyet; Kadınlar tükenmişliği, erkeklere kıyasla daha fazla yaşamaktadır. Bunun sebebi kadınların içgüdüsel olarak karşısındakileri daha fazla önemsemeleridir (Ardıç ve Polatci, 2009).

Çalışma süresi /Mesleki kıdem; Mesleğinin başlangıcında bireyler istekli ve heyecanlı oldukları için enerjileri yüksektir. Çalışmaya istekli oldukları için gereğinden fazla enerji harcarlar ve harcanan bu enerji kısa sürede yorulmalarına sebep olabilir. Kendilerini işinde ispat etmek isterler ve kısa zamanda başarı elde edeceklerine inanırlar. Bir süre sonra gelmeyen başarı karşısında, işe başladığındaki duyduğu heyecanı söner. Hayal kırıklığı yaşayan bu bireyler gerçeği kabullenmek zorunda kalırlar ve tükenmişliğe sürüklenirler.

Tükenmişliğe bir diğer sebepte yeni işin gereği olan rol ve sorumlulukların karmaşıklığı işine ve örgüte bağlılığın henüz oluşmamasıdır (Ardıç ve Polatci, 2009).

Medeni durum; Evli ve bekâr bireyleri aynı işte çalışırken tükenmişlik açısından değerlendirdiğimizde, evli bireylerin daha az tükenmişlik yaşadığını görebiliriz. Bunun nedeni evli bireylerin genel olarak hayatlarından daha fazla doyum alması olabilir. Ayrıca evli kişiler, insanlar arasındaki ilişkileri düzenlemede ve de krizlere müdahalede deneyimli, sorun çözme becerileri yüksek kişiler olabilirler (Maslach ve Jackson, 1986).

İş yükü; Birey işini yaparken ne çok yorulmalı ne de sıkılmasına neden olacak kadar boş vakti olmalıdır. Birey ile işi arasında bir denge kurulması gerekir. İş yükünün fazla olması bireylerin, ondan beklenenlerin arasında kalarak tükenmesine ve kendilerini toparlayabilmesi için enerji ve zamana bulamamalarına sebep olmaktadır. Kişini iş yükü kaldıracabileceğinden fazla ise bu durum duygusal tükenmeye yol açabilir. Öte yandan iş yükünün az olduğu durumlarda ise, bireyin motivasyon kaybına, kendisini beceriksiz ve işe yaramayan ve değersiz hissetmesine sebep olabilir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Kontrol; Bireyin kendisi ile iş yaşantısı arasında uyumsuzluğun olması işiyle ilgili sorumluluk alamaması ve karar verme yetkisine sahip olamaması gibi nedenler onun çalışmayı sürdürme isteğini azaltacaktır. Kontrol yetkisi elinde olmayan ve işine isteksizliği artan bu bireylerde, kişisel başarıda düşmeye bağlı tükenmişlik gelişecektir (Şeker, 2019).

Ödüller; Bireyler çalıştıkları işte iyi performans sergilediklerinde fark edilmek, ödüllendirilmek isterler bu onların motivasyonlarını yüksek tutarak iş doyumunu sağlar. Ödüllendirilmeyen işlerde çalışanlarda görülen en büyük sorunlardan biri kişilerin işleriyle alakalı işsel doyumlarını kaybetmelerine ve tükenmişliğe yol açmalarıdır. Burada ki tükenmişlikte kişisel başarıda düşme söz konusudur (Kazu ve Yıldırım, 2021).

Aidiyet; Bireyin çalıştığı yere örgüte aidiyet göstermesi, bireylerin diğer çalışanlarla birbirlerini desteler şekilde davranması, birlik, beraberlik hissinin yoğun olduğunun bir işaretidir. Çalışılan kurumdaki ortaya çıkan çatışmalar ve anlaşmazlıklar çalışan kişilerin aralarındaki bu birlik ve beraberlik duygusuna zarar verir. Bu durum çalışanlarda hoşnutsuzluğa, işten soğumasına ve çalıştığı yere ait hissetmemesine sebebiyet verir. Bu konudaki sıkıntılar bireylerde, tükenmenin duygusal ve duyarsızlaşma boyutları ile ilişkilidir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Adalet; İş yerinde çalışan bireylerin eşit haklara sahip olması, alınacak olan kararlarda fikrinin alınması, kişisel farklılıkların olumsuz algılanmayıp saygı duyulması ve yöneticileri tarafından desteklenmesi çalışanların adalet duygusunu hissetmelerini sağlar. Adil bir ortam çalışanların işe uyumu artırır. Kişi işini yaparken adaletin olmadığını düşünüyorsa, işte alınan önemli kararların kendileri için değil sadece güçlü ve çıkarı olan bireyler için alındığını

düşünür. Adeletsizlik duygusu tükenmişliğe iki yönden yol açar. Bunlar adaletin olmadığı düşünülmesi kişinin duygusal olarak çökmesine ve adaletsiz ortamın, yapılan işe ve çalışılan örgüte karşı duyarsızlaşmasına sebep olmaktadır (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Değerler; İş yerlerindeki uyumsuzluk, iş yerinin verdiği hizmetlerle, dış dünyayla bağına ve çalışanlarına davranışlarıyla, çalışanın değerleriyle ters düşmesine neden olabilir. Çalışan kişi ve işi arasındaki sıkıntılar, tükenmişliğin tüm boyutlarında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissine neden olmaktadır. (Ardıç ve Polatci, 2009).

2.3.5. Psikiyatrik Hastalılarda Bakım Veren Yükü ve Ailelerin Tükenmişliği

Tükenmişlik ile ilgili yapılan çalışmalar öncelikle insanlara hizmet veren mesleklerde çalışan profesyonel kişileri ele almıştır. 1950’lerden sonra ise psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin taburcu edilerek ayakta tedavi edilmeleri ve topluma kazandırılmaları amaç edinildiğinden beri, hasta yakınları olarak aile üyeleri birincil bakım veren grup haline gelmiştir (Özel Kızıl ve Yılmaz Özpolat, 2010). Devlet kaynaklarının yetersizliği ya da bulunmaması, bakım sorumluluğunu “doğal” bakıcı olarak algılanan aileye yükler. Sosyokültürel beklentiler, bakım verme işlevini ebeveynler, çocuklar veya eş tarafından yerine getirilen ahlaki açıdan bağlayıcı, duygusal alt boyutları da olan bir yükümlülük olarak görmektedir (Stanley ve ark., 2017). Bakım aile bireyleri için son derece olumlu bir deneyim olabilir, ancak genellikle öznel (algılanan) ve nesnel (örneğin; diğer günlük rutinlerin yerini almak gibi) yüklerle ilişkilendirilir (Moghadam ve ark., 2022).

Psikiyatrik hastalıklar kronik seyirli olduğundan, hasta yakınlarının tedavi sürecinde önemli bir yeri vardır. Hasta yakınları hem sağlık, hem de iyileşme sisteminin birer parçası gibi işlev görmektedirler (Özel Kızıl ve Yılmaz Özpolat, 2010). Aile bakımının, hastalığın tekrarlanma riskini ve yeniden hastaneye yatış oranlarını azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Aile, hasta ile yakın ilişkisi nedeniyle, psikolojik veya fiziksel sıkıntı yaşıyorsa, bu durum hastanın kötüleşmesine neden olmaktadır. Bakım veren yükü, bakım verme işiyle bağlantılı birçok stresör nedeni ile bakım vereni rahatsız eden gerekli bakım görevlerinden veya kısıtlamalardan kaynaklanan durumdur (Lorenzo ve ark., 2021).

Bakım vereninin tükenmişliği, kronik ruhsal hastalığı olan bir hastaya bakım sağlamanın aileleri veya bakıcıları üzerindeki sonuçlarını ifade eder. Aile, psikiyatri hastasının bakım alacağı en iyi yerdir. Bu nedenle bakım verenin özellikle kendi ihtiyaçlarına öncelik vermesi, tükenmişlik sendromu yaşamaması açısından önemlidir. Tükenmişlik sendromu, aileler için, fiziksel sorunlara, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklara yol açmaktadır. (Moghadam ve ark., 2022).

Psikiyatrik hastalıklar, hem hastayı hem de bakım vereni olumsuz yönde etkileyerek aile içi dinamiklerde bozulmalara neden olabilmektedir. Ailenin yaşadığı bu yükler, hasta

kaynaklı ya da ailenin sosyal, duygusal ve ekonomik açıdan baş etme yetersizliğine bağlı olduğu düşünülmektedir (Demirkıran, 2019).

Aileler için bakım zor bir roldür ve fiziksel sağlıkları bu durumdan olumsuz etkilenebilir. Örneğin prognozu kötü seyreden şizofreni hastalarında, aile üyelerinin giyinme, yıkanma, beslenme, boşaltım gibi fiziksel görevlerde hastaya yardım etmesi gerekebilir (Ong, Fernandez ve Lim, 2021). Yapılan bir araştırma, ağır psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerinin, kronik tıbbi hastalığı olan bireylerin ailelerine kıyasla daha ağır bir yükten şikayet ettiklerini bildirdiğini göstermiştir (Lorenzo ve ark., 2021). Ailede psikiyatri hastasının olması damgalayıcı duygulara da beraberinde getirebilir. Bakım verenler kendilerini suçlayıcı, hastalığı gizleyici, hastalarından utanma, öfke ve üzüntü hissetme gibi duygular yaşabilmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde ise aile üyelerine ve başkalarına karşı öfkelenme ve sosyal izalasyon duygu ve davranışlar görülebilir. Hastalarının bu tutum ve davranışları aile üyeleri için yük duygusuna sebep olmaktadır (Demirkıran, 2019). Hastaya bakım verme sürecinde, aile üyeleri uyku, egzersiz, diyetle beslenme veya kendi tıbbi durumlarıyla ilgilenme gibi kendi fiziksel sağlık ihtiyaçlarını ihmal edebilirler ve tüm bunlar stresi meydana getirerek duygusal ve zihinsel olarak yorulmalarına sebep olmaktadır (Ong, Fernandez ve Lim, 2021). Aileler, hastaları tarafından tuhaf davranışlar, öz bakım eksikliği, kendine zarar verme davranışı veya intihar eğilimi gibi zorlayıcı davranışları genellikle ilk elden deneyimler. Bazen de derinden değer verdikleri kişilerin saldırganlığının veya düşmanlığının hedefi haline gelebilirler. Bazı aile üyelerinin, sevdiklerinin akıl sağlığını kaybetmesinin üstesinden gelemeyerek, sevdiklerinin nasıl hissetmesi veya davranması gerektiğine dair gerçekçi olmayan beklentileri vardır. Karşılaşılan tüm bu durumlar tükenmişlik sendromuna sebep olabilmektedir (Ong, Fernandez ve Lim, 2021).

Bakım vereni tükenmişliğe maruz bırakabilecek risk faktörleri; Kadın cinsiyeti, düşük okuryazarlık düzeyi, hastayla birlikte yaşamak, bakım süresinin uzaması, bakım verenin mutsuzluğu, sosyal izolasyon, finansal sorunlar, hasta bakımına yardımcı olabilecek kişi sayısının az olması tükenmişlikte risk faktörleri arasındadır (Moghadam ve ark., 2022).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi psikiyatri servisi ve psikiyatri polikliniğinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi'nde psikiyatri servisine yatan ve psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların birincil bakım verenleri oluşturmaktadır. Araştırma G*Power evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılarak %95 güven ($1 - \alpha$), %95 test gücü ($1 - \beta$) ve $d=0.5$ etki büyüklüğü büyüklüğüne göre, 356 hastanın birincil bakım verenleri çalışmanın örnekleme olup 370 kişi ile çalışma yürütülmüştür.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için, Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi ve Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır.

3. 4. 1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların kişisel veillerini elde etmek için araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından oluşturulmuş 17 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Formda kişinin, yaş, cinsiyeti, eğitim, medeni durum, işi aile yapısı, maddi durum gibi demografik bilgiler ile hastasının bakımına yönelik destek alıp almadığı kendisinin ruhsal ve fiziksel sorunları olup olmadığı psikiyatrik hastalıklarla ilgili eğitim düzeylerinin belirlenmesine yönelik soruları içermektedir.

3.4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson (1981), tarafından geliştirilen ölçeğin toplam madde sayısı 22'dir. Ölçekte tükenmişlik üç alt boyutu ile değerlendirmektedir. Alt boyutların madde sayıları sırası ile Duygusal Tükenmişlik 9, Kişisel Başarı 8 ve Duyarsızlaşmada 5 madde yer alır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerliği Ergin (1992), tarafından faktör yapısının incelenmesi yoluyla yapılmıştır. Ölçekten toplam tek bir puan elde edilmemekle beraber, alt ölçekler için birbirinden bağımsız puanlama yapılmaktadır. Böylece, bireyin üç her alt boyuttan aldığı üç farklı puanı bulunmaktadır. Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı, Duygusal Tükenmişlik için 83, Kişisel Başarı için 72 ve Duyarsızlaşma için ise 65 olarak bulunmuştur. Ölçeğin özgün formunda yer alan üç faktörün Türkçe formu için de geçerli olduğu saptanmıştır (Ergin, 1993).

3.4.3. Savunma Biçimleri Testi

Andrews, Singh ve Bond (1993), tarafından geliştirilen Savunma Biçimleri Testi, günümüzde SBT-40 olarak revize edilmiştir. Ölçekte 40 madde vardır ve ölçek 20 savunmadan oluşmaktadır. Savunma Biçimleri Testi'nin Güvenirlik ve Geçerlik çalışması, Yılmaz, Gençöz ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Bilinçdışı olarak kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyinde kendini gösteren yansımalarını deneysel olarak değerlendirmektedir. Ölçekte her bir madde 9 basamaklı sayı üzerinde işaretlenmektedir (1 = bana hiç uygun değil; 9 = bana çok uygun). 20 savunma mekanizması ölçekte 3 boyut halinde toplanmıştır. Bunlar; immatür, nevrotik ve olgun savunmalardır. Toplam puan veya aritmetik ortalama kullanılarak her bir alt savunma ve 3 savunma biçimi türü hesaplanabilmektedir. Türk örneklem üzerinde elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayıları (Matür, Nevrotik ve immatür savunmalar için sırasıyla, 75, 88 ve 86) benzer ve yine kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, testteki 3 temel savunmayı ölçen maddeler için iki-yarım-test güvenirliliği incelenmiştir. Testte iki-yarım-test güvenilirlik katsayısı Olgun Savunma Biçimi için 72, Nevrotik Savunma Biçimi için 60 ve İmmatür Savunma Biçimi için ise 82 olarak bulunmuştur. İç tutarlık (Cronbach Alfa) katsayıları, iki-yarım-test güvenirlilik katsayıları ve test-tekrar test korelasyon katsayıları, testin literatür bulguları ile uyumlu nitelikte ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu desteklemektedir (Yılmaz, Gençöz ve Ark, 2007).

3.4.4. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Liebenberg, Ungar ve Leblanc (2013), tarafından yapılan Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık ölçeği temel alınarak hazırlanan Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ) formu 2015 yılında Arslan, G. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçme aracı ilişkisel kaynaklar (akran toplumsal), bireysel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar, ailesel kaynaklar olmak üzere 4 alt boyut grubu oluşturularak hazırlanmıştır. Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Alt boyut 1: İlişkisel kaynaklar 6, Bireysel kaynaklar 5, Kültürel ve bağlamsal kaynaklar 5, Ailesel kaynaklar 5 maddeden oluşmaktadır. Cronbach alfa değeri 0.94 olan ölçek 5'li likert yapısında bir ölçme aracıdır. Bu çalışmada cronbach alfa değeri 0.89 olarak ölçülmüştür. Ölçek, “Beni tamamen tanımlıyor” (5), “beni hiç tanımlamıyor” (1) arasında derecelendirilmektedir. Yüksek puan yüksek psikolojik sağlamlık düzeyini göstermektedir (Arslan, 2015).

3.5. Araştırmanın Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 1. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Psikolojik Sağlamlık Toplam	1,383	-1,041
İlişkisel Kaynaklar	0,811	-0,925
Bireysel Kaynaklar	1,314	-1,179
Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	0,245	-1,236
Ailesel Kaynaklar	0,654	-1,492
Tükenmişlik Genel	0,378	0,799
Duygusal Tükenme	0,156	0,812
Duyarsızlaşma	0,378	1,458
Düşük Kişisel Başarı Hissi	0,519	0,806
Matür Savunmalar	0,048	-0,328
Nevrotik Savunmalar	-0,154	-0,068
İmmatür Savunmalar	0,107	0,170

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Bakım verenlerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116). Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark, 2018).

3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmamıza Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi psikiyatri servisine yatan ve psikiyatri polikliniğine gelen hastaların birincil bakım verenlerinden, 18 yaş üstü yetişkinler, iletişim kurulabilenler ve gönüllü katılmayı kabul edenler dâhil edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmamız için kişi ya da kurumlardan herhangi bir destek alınmamış olup, form, kırtasiye araçları, anketlerin basılması ve ulaşım giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.8. Araştırmanın Zaman Aralığı

Araştırma 15.05.2023/31.12.2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.9. Kişisel Bilgi Formu ve Ölçeklerin Uygulanması

Araştırma 15.05.2023/31.12.2023 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi'nde psikiyatri servisine yatan ve psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların, birincil bakım verenlerinin verileri, uygulama öncesi çalışmanın amacı anlatılarak gönüllü onamları alınmış ve yüz yüze anket doldurma şeklinde elde edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmamız, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 25.04.2023 tarihli, 07 oturum ve 01-37 karar sayısı kararı ile onaylanmış olup ek (6)' te sunulmuştur.

Araştırmamızın anket uygulama izni, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nün 08.05.2023 tarih ve E-21979232-044-292396 sayılı yazısına istinaden kurum kararı ile verilmiş olup ek (7)'te sunulmuştur. "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile araştırmaya kendi rızaları ile katılan bireylere, çalışmaya katıldıklarında bilgilerinin gizli kalacağı çalışmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu bilgisi araştırmacı tarafından verilerek imzaları alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte olduğu için, verilerin güvenilirliği, katılımcıların yanıtlara dayalı olarak değerlendirilmelidir. Bu çalışmaya katılan bireyler, Tokat Gaziosmanpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri polikliniğine gelen ve psikiyatri servisinde yatan hastaların bakım verenleridir. Çalışmanın Tokat ilinde yapılmış olması nedeniyle ülke genelinde tüm hastanelere ve topluma genelleymeyeceği için sonuçlar bu kapsamda değerlendirilmelidir.

3.12. Araştırmanın Değişkenleri

3.12.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmaya katılan bakım verenlerin, tükenmişlik düzeyleri, savunma biçimleri, yetişkin psikolojik sağlamlık düzeyleri bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir.

3.12.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan bakım verenlerin, tükenmişlik düzeyleri, savunma biçimleri, katılımcıların kişisel tanıtıcı özellikleri (demoğrafik özellikler, hastasının ve kendisinin sağlığı ilgili bilgiler), bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

3.13. Araştırma Soruları

1. Psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyleri yüksek midir?

2. Tükenmişlik düzeyleri yüksek olan psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinin psikolojik sağlamlık düzeyleri düşük müdür?

3. Tükenmişlik düzeyleri yüksek olan psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenleri olgun olmayan savunma mekanizmalarını mı kullanıyordu?

4. Psikolojik sağlamlık düzeyleri düşük olan psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinin olgun olmayan savunma mekanizmalarını mı kullanıyordu?

5. Tükenmişlik düzeyleri yüksek olan ve psikolojik sağlamlık düzeyleri düşük olan psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenleri olgun olmayan savunma mekanizmaları mı kullanıyordu?

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	214	57,8
Erkek	156	42,2
Yaş		
30 ve Altı	59	15,9
31-40	68	18,4
41-50	110	29,7
51-60	84	22,7
61 ve Üzeri	49	13,2
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve Altı	166	44,9
Lise	79	21,4
Üniversite ve Üstü	125	33,8
Medeni Durum		
Bekar	86	23,2
Evli	284	76,8
Çocuk Sahipliği		
Evet	302	81,6
Hayır	68	18,4
Çocuk Sayısı		
1	49	16,2
2	113	37,4
3	84	27,8
4 ve Üzeri	56	18,5
Meslek		
Memur	70	18,9
İşçi	77	20,8
Emekli	61	16,5
Çalışmıyor	162	43,8
Gelir Düzeyi		
Kötü	45	12,2
Orta	240	64,9
İyi	85	23,0
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	231	62,4
Yarı Geniş Aile	87	23,5
Geniş Aile	52	14,1
Evde Bakıma Muhtaç Başka Birey Varlığı		
Var	62	16,8
Yok	308	83,2
Hastayla Birlikte Yaşama Süresi		
10 Yıl ve Altı	71	19,2
11-20 Yıl	91	24,6
21-30 Yıl	95	25,7
31-40 Yıl	59	15,9
41 Yıl ve Üzeri	54	14,6
Hastaya Birincil Bakım Vereninin Yakınlık Derecesi		
Eşi	115	31,1
Ebeveyn	100	27,0
Çocuğu	110	29,7

Kardeşi	25	6,8
Diğer	20	5,4
Herhangi Bir Fiziksel Hastalık Varlığı		
Yok	260	70,3
Var	110	29,7
Fiziksel Hastalık Süresi		
1-5 Yıl	47	42,7
6-10 Yıl	25	22,7
11 Yıl ve Üzeri	38	34,5
Herhangi Bir Ruhsal Hastalık Varlığı		
Yok	309	83,5
Var	61	16,5
Ruhsal Hastalık Süresi		
1-5 Yıl	34	55,7
6 Yıl ve Üzeri	27	44,3
Hastaya Bakımda Yardımcı Olan Biri Varlığı		
Yok	156	42,2
Var	214	57,8
Bakımda Yardımcı Olan Kişi		
Ebeveyn	106	49,5
Eş	31	14,5
Çocuğu	37	17,3
Kardeş	25	11,7
Diğer	15	7,0
Tanı Süresi		
10 Yıl ve Altı	268	72,4
11-20 Yıl	53	14,3
21 Yıl ve Üzeri	49	13,2
Psikiyatrik Hastalıklarla İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	63	17,0
Hayır	307	83,0
Trsım Destek Alma Durumu		
Evet	19	5,1
Hayır	351	94,9
	Ort	Ss
Yaş	45,500	13,674
Hastayla Birlikte Yaşama Süresi	24,310	14,486
Fiziksel Hastalık Süresi	11,000	10,395
Ruhsal Hastalık Süresi	8,070	8,177
Tanı Süresi	9,320	10,470

Bakım verenler cinsiyete göre 214'ü (%57,8) kadın, 156'sı (%42,2) erkek olarak dağılmaktadır. Bakım verenler yaşa göre 59'u (%15,9) 30 ve altı, 68'i (%18,4) 31-40, 110'u (%29,7) 41-50, 84'ü (%22,7) 51-60, 49'u (%13,2) 61 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bakım verenler eğitim durumuna göre 166'sı (%44,9) ilköğretim ve altı, 79'u (%21,4) lise, 125'i (%33,8) üniversite ve üstü olarak dağılmaktadır. Bakım verenler medeni duruma göre 86'sı (%23,2) bekar, 284'ü (%76,8) evli olarak dağılmaktadır. Bakım verenler çocuk sahipliğine göre 302'si (%81,6) evet, 68'i (%18,4) hayır olarak dağılmaktadır. Bakım verenler çocuk sayısına göre 49'u (%16,2) 1, 113'ü (%37,4) 2, 84'ü (%27,8) 3, 56'sı (%18,5) 4 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bakım verenler mesleğe göre 70'i (%18,9) memur, 77'si (%20,8) işçi, 61'i (%16,5) emekli, 162'si (%43,8) çalışmıyor olarak dağılmaktadır. Bakım verenler gelir düzeyine göre 45'i (%12,2) kötü, 240'ı (%64,9) orta, 85'i (%23,0) iyi olarak dağılmaktadır. Bakım verenler aile yapısına göre 231'i (%62,4) çekirdek aile, 87'si (%23,5) yarı geniş aile,

52'si (%14,1) geniş aile olarak dağılmaktadır. Bakım verenler evde bakıma muhtaç başka birey varlığına göre 62'si (%16,8) var, 308'i (%83,2) yok olarak dağılmaktadır. Bakım verenler hastayla birlikte yaşama süresine göre 71'i (%19,2) 10 yıl ve altı, 91'i (%24,6) 11-20 yıl, 95'i (%25,7) 21-30 yıl, 59'u (%15,9) 31-40 yıl, 54'ü (%14,6) 41 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bakım verenler hastaya birincil bakım verenin yakınlık derecesine göre 115'i (%31,1) eşi, 100'ü (%27,0) ebeveyn, 110'u (%29,7) çocuğu, 25'i (%6,8) kardeşi, 20'si (%5,4) diğer olarak dağılmaktadır. Bakım verenler herhangi bir fiziksel hastalık varlığına göre 260'ı (%70,3) yok, 110'u (%29,7) var olarak dağılmaktadır. Bakım verenler fiziksel hastalık süresine göre 47'si (%42,7) 1-5 yıl, 25'i (%22,7) 6-10 yıl, 38'i (%34,5) 11 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bakım verenler herhangi bir ruhsal hastalık varlığına göre 309'u (%83,5) yok, 61'i (%16,5) var olarak dağılmaktadır. Bakım verenler ruhsal hastalık süresine göre 34'ü (%55,7) 1-5 yıl, 27'si (%44,3) 6 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bakım verenler hastaya bakımda yardımcı olan biri varlığına göre 156'sı (%42,2) yok, 214'ü (%57,8) var olarak dağılmaktadır. Bakım verenler bakımda yardımcı olan kişiye göre 106'sı (%49,5) ebeveyn, 31'i (%14,5) eş, 37'si (%17,3) çocuğu, 25'i (%11,7) kardeş, 15'i (%7,0) diğer olarak dağılmaktadır. Bakım verenler tanı süresine göre 268'i (%72,4) 10 yıl ve altı, 53'ü (%14,3) 11-20 yıl, 49'u (%13,2) 21 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır. Bakım verenler psikiyatrik hastalıklarla ilgili eğitim alma durumuna göre 63'ü (%17,0) evet, 307'si (%83,0) hayır olarak dağılmaktadır. Bakım verenler TRSM'den (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) destek alma durumuna göre 19'u (%5,1) evet, 351'i (%94,9) hayır olarak dağılmaktadır. Bakım Verenlerin “yaş” ortalaması $45,500 \pm 13,674$ (Min=18; Maks=80), “hastayla birlikte yaşama süresi” ortalaması $24,310 \pm 14,486$ (Min=1; Maks=68), “fiziksel hastalık süresi” ortalaması $11,000 \pm 10,395$ (Min=1; Maks=50), “ruhsal hastalık süresi” ortalaması $8,070 \pm 8,177$ (Min=1; Maks=40), “tanı süresi” ortalaması $9,320 \pm 10,470$ (Min=1; Maks=50) olarak saptanmıştır.

4.2. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Puan Ortalamaları

Bakım verenlerin psikolojik sağlamlığa yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Psikolojik Sağlamlık Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Psikolojik Sağlamlık Toplam	370	90,395	10,895	40,000	105,000	0,860
İlişkisel Kaynaklar	370	25,311	3,802	11,000	30,000	0,856
Bireysel Kaynaklar	370	22,154	2,875	10,000	25,000	0,842
Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	370	21,446	3,940	5,000	25,000	0,839
Aileseel Kaynaklar	370	21,484	4,020	5,000	25,000	0,848

Bakım Verenlerin “psikolojik sağlamlık toplam” ortalaması $90,395 \pm 10,895$ (Min=40; Maks=105), “ilişkisel kaynaklar” ortalaması $25,311 \pm 3,802$ (Min=11; Maks=30), “bireysel kaynaklar” ortalaması $22,154 \pm 2,875$ (Min=10; Maks=25), “kültürel ve bağlamsal kaynaklar” ortalaması $21,446 \pm 3,940$ (Min=5; Maks=25), “aileseel kaynaklar” ortalaması $21,484 \pm 4,020$ (Min=5; Maks=25) olarak saptanmıştır.

Bakım verenlerin tükenmişliğe yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4. Tükenmişlik Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Tükenmişlik Genel	370	2,020	0,635	1,000	4,270	0,880
Duygusal Tükenme	370	2,144	0,876	1,000	5,000	0,876
Duyarsızlaşma	370	1,608	0,673	1,000	5,000	0,868
Düşük Kişisel Başarı Hissi	370	2,139	0,772	1,000	5,000	0,872

Bakım Verenlerin “tükenmişlik genel” ortalaması zayıf $2,020 \pm 0,635$ (Min=1; Maks=4.27), “duygusal tükenme” ortalaması zayıf $2,144 \pm 0,876$ (Min=1; Maks=5), “duyarsızlaşma” ortalaması çok zayıf $1,608 \pm 0,673$ (Min=1; Maks=5), “düşük kişisel başarı hissi” ortalaması zayıf $2,139 \pm 0,772$ (Min=1; Maks=5) olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Savunma Biçimleri Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Matür Savunmalar	370	49,281	10,615	16,000	72,000	0,812
Nevrotik Savunmalar	370	44,373	11,799	8,000	72,000	0,806
İmmatür Savunmalar	370	96,184	24,852	35,000	182,000	0,832

Bakım Verenlerin “matür savunmalar” ortalaması $49,281 \pm 10,615$ (Min=16; Maks=72), “nevrotik savunmalar” ortalaması $44,373 \pm 11,799$ (Min=8; Maks=72), “immatür savunmalar” ortalaması $96,184 \pm 24,852$ (Min=35; Maks=182) olarak saptanmıştır.

4.3. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkiler

Bakım verenlerin Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Psikolojik Sağlamlık Toplam	İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar	Tükenmişlik Genel	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı Hissi	Matür Savunmalar	Nevrotik Savunmalar	İmmatür Savunmalar
Psikolojik Sağlamlık Toplam	r	1,000											
	p	0,000											
İlişkisel Kaynaklar	r	0,767**	1,000										
	p	0,000	0,000										
Bireysel Kaynaklar	r	0,723**	0,547**	1,000									
	p	0,000	0,000	0,000									
Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	r	0,712**	0,326**	0,330**	1,000								
	p	0,000	0,000	0,000	0,000								
Ailesel Kaynaklar	r	0,770**	0,424**	0,404**	0,405**	1,000							
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
Tükenmişlik Genel	r	-0,312**	-0,243**	-0,267**	-0,114*	-0,314**	1,000						
	p	0,000	0,000	0,000	0,028	0,000	0,000						
Duygusal Tükenme	r	-0,171**	-0,115*	-0,126*	-0,033	-0,233**	0,881**	1,000					
	p	0,001	0,027	0,015	0,523	0,000	0,000	0,000					
Duyarsızlaşma	r	-0,248**	-0,167**	-0,167**	-0,120*	-0,277**	0,770**	0,677**	1,000				
	p	0,000	0,001	0,001	0,021	0,000	0,000	0,000	0,000				
Düşük Kişisel Başarı Hissi	r	-0,352**	-0,311**	-0,352**	-0,150**	-0,261**	0,718**	0,346**	0,333**	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Matür Savunmalar	r	0,268**	0,250**	0,317**	0,114*	0,152**	-0,139**	-0,016	-0,001	-0,293**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000	0,028	0,003	0,007	0,759	0,988	0,000	0,000		
Nevrotik Savunmalar	r	0,208**	0,171**	0,121*	0,189**	0,131*	-0,005	0,090	0,026	-0,141**	0,322**	1,000	
	p	0,000	0,001	0,020	0,000	0,012	0,920	0,084	0,613	0,007	0,000	0,000	
İmmatür Savunmalar	r	-0,042	-0,091	-0,059	0,083	-0,067	0,206**	0,222**	0,168**	0,091	0,247**	0,435**	1,000
	p	0,421	0,081	0,256	0,112	0,202	0,000	0,000	0,001	0,082	0,000	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Psikolojik sağlamlık toplam, ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar, ailesel kaynaklar, tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi, matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; ilişkisel kaynaklar ile psikolojik

sağlamlık toplam arasında $r=0.767$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$), bireysel kaynaklar ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=0.723$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$), bireysel kaynaklar ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=0.547$ pozitif orta ($p=0,000<0.05$), kültürel ve bağlamsal kaynaklar ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=0.712$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$), kültürel ve bağlamsal kaynaklar ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=0.326$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), kültürel ve bağlamsal kaynaklar ile bireysel kaynaklar arasında $r=0.33$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), ailesel kaynaklar ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=0.77$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$), ailesel kaynaklar ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=0.424$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), ailesel kaynaklar ile bireysel kaynaklar arasında $r=0.404$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), ailesel kaynaklar ile kültürel ve bağlamsal kaynaklar arasında $r=0.405$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), tükenmişlik genel ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=-0.312$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), tükenmişlik genel ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=-0.243$ negatif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), tükenmişlik genel ile bireysel kaynaklar arasında $r=-0.267$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), tükenmişlik genel ile kültürel ve bağlamsal kaynaklar arasında $r=-0.114$ negatif çok zayıf ($p=0,028<0.05$), tükenmişlik genel ile ailesel kaynaklar arasında $r=-0.314$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), duygusal tükenme ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=-0.171$ negatif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), duygusal tükenme ile bireysel kaynaklar arasında $r=-0.126$ negatif çok zayıf ($p=0,015<0.05$), duygusal tükenme ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=-0.115$ negatif çok zayıf ($p=0,027<0.05$), duygusal tükenme ile ailesel kaynaklar arasında $r=-0.233$ negatif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), duygusal tükenme ile tükenmişlik genel arasında $r=0.881$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$), duyarsızlaşma ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=-0.248$ negatif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), duyarsızlaşma ile bireysel kaynaklar arasında $r=-0.167$ negatif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), duyarsızlaşma ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=-0.167$ negatif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), duyarsızlaşma ile kültürel ve bağlamsal kaynaklar arasında $r=-0.12$ negatif çok zayıf ($p=0,021<0.05$), duyarsızlaşma ile ailesel kaynaklar arasında $r=-0.277$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), duyarsızlaşma ile tükenmişlik genel arasında $r=0.77$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$), duyarsızlaşma ile duygusal tükenme arasında $r=0.677$ pozitif orta ($p=0,000<0.05$), düşük kişisel başarı hissi ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=-0.352$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), düşük kişisel başarı hissi ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=-0.311$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), düşük kişisel başarı hissi ile bireysel kaynaklar arasında $r=-0.352$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), düşük kişisel başarı hissi ile kültürel ve bağlamsal kaynaklar arasında $r=-0.15$ negatif çok zayıf ($p=0,004<0.05$), düşük kişisel başarı hissi ile ailesel kaynaklar arasında $r=-0.261$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), düşük kişisel başarı hissi ile tükenmişlik genel arasında $r=0.718$ pozitif yüksek ($p=0,000<0.05$), düşük kişisel

başarı hissi ile duygusal tükenme arasında $r=0.346$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), düşük kişisel başarı hissi ile duyarsızlaşma arasında $r=0.333$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), matür savunmalar ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=0.268$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), matür savunmalar ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=0.25$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), matür savunmalar ile bireysel kaynaklar arasında $r=0.317$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), matür savunmalar ile kültürel ve bağlamsal kaynaklar arasında $r=0.114$ pozitif çok zayıf ($p=0,028<0.05$), matür savunmalar ile ailesel kaynaklar arasında $r=0.152$ pozitif çok zayıf ($p=0,003<0.05$), matür savunmalar ile tükenmişlik genel arasında $r=-0.139$ negatif çok zayıf ($p=0,007<0.05$), matür savunmalar ile düşük kişisel başarı hissi arasında $r=-0.293$ negatif zayıf ($p=0,000<0.05$), nevrotik savunmalar ile psikolojik sağlamlık toplam arasında $r=0.208$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), nevrotik savunmalar ile ilişkisel kaynaklar arasında $r=0.171$ pozitif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), nevrotik savunmalar ile bireysel kaynaklar arasında $r=0.121$ pozitif çok zayıf ($p=0,020<0.05$), nevrotik savunmalar ile kültürel ve bağlamsal kaynaklar arasında $r=0.189$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), nevrotik savunmalar ile ailesel kaynaklar arasında $r=0.131$ pozitif çok zayıf ($p=0,012<0.05$), nevrotik savunmalar ile düşük kişisel başarı hissi arasında $r=-0.141$ negatif çok zayıf ($p=0,007<0.05$), nevrotik savunmalar ile matür savunmalar arasında $r=0.322$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$), immatür savunmalar ile tükenmişlik genel arasında $r=0.206$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), immatür savunmalar ile duygusal tükenme arasında $r=0.222$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), immatür savunmalar ile duyarsızlaşma arasında $r=0.168$ pozitif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), immatür savunmalar ile matür savunmalar arasında $r=0.247$ pozitif çok zayıf ($p=0,000<0.05$), immatür savunmalar ile nevrotik savunmalar arasında $r=0.435$ pozitif zayıf ($p=0,000<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 7. Psikolojik Sağlamlığın Tükenmişlik Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	B			Alt	Üst
Sabit	3,665	0,263		13,950	0,000	3,148	4,181
Psikolojik Sağlamlık Toplam	-0,018	0,003	-0,312	-6,305	0,000	-0,024	-0,013
*Bağımlı Değişken=Tükenmişlik Genel, $R=0,312$; $R^2=0,095$; $F=39,751$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,029							

Psikolojik sağlamlık ile tükenmişlik arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=39,751$; $p=0,000<0.05$). Tükenmişlik

Psikolojik sağlamlık ile immatür savunmalar arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=0,648$; $p=0,421>0,050$).

Tablo 11. Tükenmişliğin Matür Savunmalar Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	53,976	1,828		29,531	0,000	50,382	57,571
Tükenmişlik Genel	-2,324	0,863	-0,139	-2,692	0,007	-4,022	-0,627
*Bağımlı Değişken=Matür Savunmalar, $R=0,139$; $R^2=0,017$; $F=7,249$; $p=0,007$; Durbin Watson Değeri=1,946							

Tükenmişlik ile matür savunmalar arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=7,249$; $p=0,007<0,05$). Matür savunmalar düzeyindeki toplam değişim %1,7 oranında tükenmişlik tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,017$). Tükenmişlik matür savunmalar düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,139$).

Tablo 12. Tükenmişliğin Nevrotik Savunmalar Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	44,570	2,052		21,725	0,000	40,536	48,605
Tükenmişlik Genel	-0,098	0,969	-0,005	-0,101	0,920	-2,003	1,808
*Bağımlı Değişken=Nevrotik Savunmalar, $R=0,005$; $R^2=-0,003$; $F=0,010$; $p=0,920$; Durbin Watson Değeri=2,034							

Tükenmişlik ile nevrotik savunmalar arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=0,010$; $p=0,920>0,050$).

Tablo 13. Tükenmişliğin İmmatür Savunmalar Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	79,904	4,229		18,895	0,000	71,588	88,220
Tükenmişlik Genel	8,058	1,997	0,206	4,035	0,000	4,131	11,986
*Bağımlı Değişken=İmmatür Savunmalar, $R=0,206$; $R^2=0,040$; $F=16,279$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,916							

Tükenmişlik ile immatür savunmalar arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=16,279$; $p=0,000<0,05$). İmmatür savunmalar düzeyindeki toplam değişim %4 oranında tükenmişlik tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,040$). Tükenmişlik immatür savunmalar düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,206$).

4.4. Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 14. Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Psikolojik Sağlamlık Toplam	İlişkisel Kaynaklar	Bireysel Kaynaklar	Kültürel ve Bağlamsal Kaynaklar	Ailesel Kaynaklar
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	214	90,112±11,047	25,243±3,951	22,042±2,893	21,477±3,930	21,351±4,152
Erkek	156	90,782±10,705	25,404±3,597	22,308±2,853	21,404±3,966	21,667±3,836
t=		-0,584	-0,401	-0,877	0,175	-0,747
p=		0,560	0,688	0,381	0,861	0,456
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 ve Altı	59	87,153±10,735	24,949±3,998	21,288±2,275	20,170±4,332	20,746±4,281
31-40	68	87,956±11,972	25,132±3,773	21,838±2,986	20,588±4,344	20,397±4,545
41-50	110	90,509±10,795	25,391±3,582	22,591±2,714	21,218±4,237	21,309±4,104
51-60	84	92,845±10,160	25,702±3,978	22,476±3,016	22,500±2,637	22,167±3,502
61 ve Üzeri	49	93,225±9,487	25,143±3,862	22,102±3,274	22,878±3,212	23,102±2,808
F=		4,190	0,427	2,485	5,860	4,552
p=		0,002	0,789	0,043	0,000	0,001
PostHoc=		4>1, 5>1, 4>2, 5>2 (p<0.05)		3>1, 4>1 (p<0.05)	4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3 (p<0.05)	4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 5>3 (p<0.05)
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlköğretim ve Altı	166	92,229±10,143	25,115±4,016	22,380±2,990	22,482±2,927	22,253±3,526
Lise	79	90,418±10,165	25,380±3,701	22,317±2,550	21,722±3,332	21,000±4,252
Üniversite ve Üstü	125	87,944±11,864	25,528±3,582	21,752±2,892	19,896±4,889	20,768±4,326
F=		5,654	0,437	1,867	16,955	5,737
p=		0,004	0,646	0,156	0,000	0,004
PostHoc=		1>3 (p<0.05)			1>3, 2>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekar	86	87,151±11,840	24,535±4,720	21,477±2,844	20,733±4,515	20,407±4,704
Evli	284	91,377±10,416	25,546±3,452	22,359±2,858	21,662±3,730	21,810±3,737
t=		-3,190	-2,171	-2,511	-1,924	-2,863
p=		0,003	0,068	0,012	0,085	0,004
Çocuk Sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	302	91,427±10,504	25,440±3,704	22,351±2,920	21,785±3,628	21,851±3,744
Hayır	68	85,809±11,483	24,735±4,188	21,279±2,503	19,941±4,853	19,853±4,764
t=		3,916	1,383	2,802	3,540	3,769
p=		0,000	0,167	0,005	0,004	0,002
Çocuk Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	49	88,939±10,800	24,959±3,979	22,061±2,577	20,714±4,472	21,204±3,867
2	113	91,106±10,792	25,566±3,545	22,416±2,930	21,292±3,705	21,832±3,679
3	84	92,738±9,328	25,679±3,510	22,583±2,589	22,595±3,018	21,881±3,898
4 ve Üzeri	56	92,286±11,156	25,250±4,091	22,125±3,613	22,500±3,133	22,411±3,536
F=		1,520	0,482	0,466	4,384	0,907
p=		0,209	0,695	0,706	0,005	0,438
PostHoc=					3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	
Meslek		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Memur	70	88,771±10,131	26,071±2,726	22,300±2,510	19,371±5,173	21,029±3,960
İşçi	77	88,779±12,100	24,922±4,055	21,922±3,047	21,571±3,722	20,364±4,707
Emekli	61	93,213±9,466	25,590±3,476	22,754±2,278	22,000±3,573	22,869±3,030
Çalışmıyor	162	90,803±10,953	25,062±4,155	21,975±3,119	22,074±3,228	21,691±3,869
F=		2,551	1,551	1,325	8,795	5,008
p=		0,055	0,201	0,266	0,000	0,002
PostHoc=					2>1, 3>1, 4>1 (p<0.05)	3>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)
Gelir Düzeyi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kötü	45	89,978±11,278	24,578±4,565	22,000±3,471	21,689±3,999	21,711±3,952
Orta	240	89,629±11,124	25,179±3,785	22,021±2,895	21,150±3,815	21,279±4,038
İyi	85	92,777±9,757	26,071±3,301	22,612±2,426	22,153±4,196	21,941±4,007
F=		2,681	2,703	1,402	2,145	0,933
p=		0,070	0,068	0,247	0,119	0,394
Aile Yapısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çekirdek Aile	231	90,048±10,910	25,251±3,886	22,039±2,900	21,320±4,043	21,437±4,017
Yarı Geniş Aile	87	91,460±10,741	25,322±3,753	22,621±2,862	21,632±3,962	21,885±3,802
Geniş Aile	52	90,154±11,178	25,558±3,556	21,885±2,749	21,692±3,450	21,019±4,390

F=		0,544	0,138	1,564	0,315	0,795
p=		0,581	0,871	0,211	0,730	0,452
Evde Bakıma Muhtaç Başka Birey Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	62	89,194±12,283	24,823±4,123	22,484±2,890	21,436±3,907	20,452±4,544
Yok	308	90,636±10,599	25,409±3,733	22,088±2,872	21,448±3,953	21,692±3,881
t=		-0,951	-1,109	0,990	-0,023	-2,228
p=		0,342	0,268	0,323	0,982	0,026
Hastayla Birlikte Yaşama Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
10 Yıl ve Altı	71	86,930±11,967	24,958±3,717	21,507±3,153	20,282±4,444	20,183±4,431
11-20 Yıl	91	89,967±10,638	25,396±3,224	22,231±2,805	21,132±4,285	21,209±4,178
21-30 Yıl	95	91,168±9,920	25,368±3,881	22,116±2,418	21,842±3,177	21,842±3,592
31-40 Yıl	59	92,695±11,567	25,881±4,267	22,644±3,210	22,254±3,707	21,915±4,304
41 Yıl ve Üzeri	54	91,796±9,938	24,907±4,168	22,407±2,917	21,926±3,826	22,556±3,124
F=		2,889	0,652	1,460	2,810	3,368
p=		0,022	0,626	0,214	0,025	0,010
PostHoc=		3>1, 4>1, 5>1 (p<0.05)			3>1, 4>1, 5>1 (p<0.05)	3>1, 4>1, 5>2 (p<0.05)
Hastaya Birincil Bakım Vereninin Yakınlık Derecesi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Eşi	115	91,174±9,746	25,478±3,264	22,409±2,615	21,670±3,619	21,617±3,910
Ebeveyn	100	91,410±11,024	25,240±3,766	22,330±3,263	21,990±3,658	21,850±3,904
Çocuğu	110	88,491±12,073	25,109±4,483	21,873±2,861	20,564±4,532	20,946±4,210
Kardeşi	25	89,760±9,261	25,520±2,815	21,760±2,332	21,360±4,020	21,120±4,419
Diğer	20	92,100±11,126	25,550±4,123	21,850±2,978	22,400±2,741	22,300±3,600
F=		1,353	0,179	0,754	2,276	0,990
p=		0,250	0,949	0,556	0,061	0,413
Herhangi Bir Fiziksel Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	260	89,712±11,337	25,265±3,932	21,939±2,850	21,127±4,002	21,381±3,951
Var	110	92,009±9,627	25,418±3,489	22,664±2,884	22,200±3,697	21,727±4,186
t=		-1,860	-0,353	-2,229	-2,410	-0,757
p=		0,048	0,724	0,026	0,016	0,449
Fiziksel Hastalık Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 Yıl	47	92,489±9,311	25,936±3,131	23,064±2,471	21,894±3,708	21,596±3,971
6-10 Yıl	25	92,280±9,131	25,240±3,586	22,720±3,062	22,080±4,564	22,240±4,333
11 Yıl ve Üzeri	38	91,237±10,500	24,895±3,833	22,132±3,215	22,658±3,052	21,553±4,428
F=		0,188	0,978	1,106	0,461	0,240
p=		0,829	0,379	0,335	0,632	0,787
Herhangi Bir Ruhsal Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	309	90,366±11,039	25,434±3,736	22,149±2,874	21,350±3,973	21,434±4,121
Var	61	90,541±10,219	24,689±4,097	22,180±2,907	21,934±3,759	21,738±3,478
t=		-0,115	1,401	-0,078	-1,060	-0,539
p=		0,909	0,162	0,938	0,290	0,590
Ruhsal Hastalık Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 Yıl	34	91,412±10,006	25,559±3,823	22,294±2,802	21,706±3,746	21,853±3,644
6 Yıl ve Üzeri	27	89,444±10,566	23,593±4,236	22,037±3,082	22,222±3,826	21,593±3,320
t=		0,744	1,902	0,341	-0,530	0,288
p=		0,460	0,062	0,735	0,598	0,774
Hastaya Bakımda Yardımcı Olan Biri Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	156	89,545±11,221	25,051±4,130	22,103±2,938	21,494±4,041	20,897±4,481
Var	214	91,014±10,634	25,500±3,542	22,192±2,834	21,411±3,873	21,911±3,598
t=		-1,282	-1,122	-0,294	0,198	-2,411
p=		0,201	0,274	0,769	0,843	0,020
Bakımda Yardımcı Olan Kişi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ebeveyn	106	89,849±11,343	25,208±3,474	22,038±3,089	20,859±4,277	21,745±3,815
Eş	31	94,194±9,159	26,419±3,253	22,807±2,182	22,194±3,198	22,774±2,692
Çocuğu	37	92,649±9,520	26,108±3,247	22,162±2,930	22,351±2,395	22,027±3,287
Kardeş	25	88,360±11,011	24,720±4,632	22,120±2,698	20,520±4,565	21,000±4,518
Diğer	15	93,067±8,836	25,467±3,021	22,200±2,210	22,867±2,997	22,533±2,386
F=		1,784	1,286	0,443	2,317	1,025
p=		0,133	0,277	0,777	0,058	0,395
Tam Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
10 Yıl ve Altı	268	90,825±10,471	25,470±3,657	22,216±2,827	21,437±3,909	21,702±3,828

11-20 Yıl	53	88,359±12,486	24,887±3,960	21,679±3,106	20,981±4,444	20,811±4,188
21 Yıl ve Üzeri	49	90,245±11,315	24,898±4,384	22,327±2,890	22,000±3,518	21,020±4,767
F=		1,140	0,853	0,873	0,853	1,464
p=		0,321	0,427	0,418	0,427	0,233
Psikiyatrik Hastalıklarla İlgili Eğitim Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	63	90,286±9,395	25,302±3,439	22,270±2,554	20,746±4,392	21,968±3,152
Hayır	307	90,417±11,191	25,313±3,877	22,130±2,940	21,590±3,832	21,384±4,173
t=		-0,087	-0,021	0,351	-1,551	1,050
p=		0,931	0,983	0,726	0,122	0,210
Trsım Destek Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	19	87,632±14,784	25,368±3,593	20,790±3,457	20,737±4,067	20,737±4,759
Hayır	351	90,544±10,652	25,308±3,818	22,228±2,827	21,484±3,935	21,524±3,980
t=		-1,135	0,068	-2,134	-0,805	-0,831
p=		0,257	0,946	0,033	0,421	0,406

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,190$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0,044$). Farkın nedeni 51-60 olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarının 30 yaş ve altı olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarının 30 yaş ve altı olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 51-60 olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarının 31-40 yaş olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarının 31-40 yaş olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin bireysel kaynaklar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,485$; $p=0.043<0.05$; $\eta^2=0,027$). Farkın nedeni 41-50 yaş olanların bireysel kaynaklar puanlarının 30 yaş ve altı olanların bireysel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 51-60 olanların bireysel kaynaklar puanlarının 30 yaş ve altı olanların bireysel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,860$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,060$). Farkın nedeni 51-60 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının 30 yaş ve altı olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının 30 yaş ve altı olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 51-60 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının 31-40 yaş olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının 31-40 yaş olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 51-60 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının 41-50 yaş olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının 41-50 yaş olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından

yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin ailesel kaynaklar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,552$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0,048$). Farkın nedeni 51-60 olanların ailesel kaynaklar puanlarının 30 yaş ve altı olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların ailesel kaynaklar puanlarının 30 yaş ve altı olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 51-60 olanların ailesel kaynaklar puanlarının 31-40 yaş olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların ailesel kaynaklar puanlarının 31-40 yaş olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların ailesel kaynaklar puanlarının 41-50 yaş olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin ilişkisel kaynaklar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,654$; $p=0.004<0.05$; $\eta^2=0,030$). Farkın nedeni ilköğretim ve altı olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarının üniversite ve üstü olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=16,955$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,085$). Farkın nedeni ilköğretim ve altı olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının üniversite ve üstü olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Lise mezunlarının kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının üniversite ve üstü olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin ailesel kaynaklar puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,737$; $p=0.004<0.05$; $\eta^2=0,030$). Farkın nedeni ilköğretim ve altı olanların ailesel kaynaklar puanlarının lise mezunlarının ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). İlköğretim ve altı olanların ailesel kaynaklar puanlarının üniversite ve üstü olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bekârların psikolojik sağlamlık toplam puanları ($x=87,151$), evlilerin psikolojik sağlamlık toplam puanlarından ($x=91,377$) düşük bulunmuştur ($t=-3,190$; $p=0.003<0.05$; $d=0,393$; $\eta^2=0,027$). Bekârların bireysel kaynaklar puanları ($x=21,477$), evlilerin bireysel kaynaklar puanlarından ($x=22,359$) düşük bulunmuştur ($t=-2,511$; $p=0.012<0.05$; $d=0,309$; $\eta^2=0,017$). Bekârların ailesel kaynaklar puanları ($x=20,407$), evlilerin ailesel kaynaklar puanlarından ($x=21,810$) düşük bulunmuştur ($t=-2,863$; $p=0.004<0.05$; $d=0,352$; $\eta^2=0,022$). Bakım verenlerin ilişkisel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çocuk sahibi bakım verenlerin psikolojik sağlamlık toplam puanları ($x=91,427$), çocuk sahibi olmayanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından ($x=85,809$) yüksek bulunmuştur ($t=3,916$; $p=0<0.05$; $d=0,526$; $\eta^2=0,040$). Çocuk sahibi olanların bireysel kaynaklar puanları ($x=22,351$), çocuk sahibi olmayanların bireysel kaynaklar puanlarından ($x=21,279$) yüksek bulunmuştur ($t=2,802$; $p=0.005<0.05$; $d=0,376$; $\eta^2=0,021$). Çocuk sahibi olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları ($x=21,785$), çocuk sahibi olmayanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından ($x=19,941$) yüksek bulunmuştur ($t=3,540$; $p=0.004<0.05$; $d=0,475$; $\eta^2=0,033$). Çocuk sahibi olanların ailesel kaynaklar puanları ($x=21,851$), çocuk sahibi olmayanların ailesel kaynaklar puanlarından ($x=19,853$) yüksek bulunmuştur ($t=3,769$; $p=0.002<0.05$; $d=0,506$; $\eta^2=0,037$). Bakım verenlerin ilişkisel kaynaklar puanları çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,384$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,042$). Farkın nedeni çocuk sayısı 3 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının çocuk sayısı 1 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 4 ve üzeri olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının çocuk sayısı 1 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çocuk sayısı 3 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının çocuk sayısı 2 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 4 ve üzeri olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının çocuk sayısı 2 olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık toplam, ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, ailesel kaynaklar puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=8,795$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,067$). Farkın nedeni işçi olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının memur olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Emekli olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının memur olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının memur olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin ailesel kaynaklar puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,008$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0,039$). Farkın nedeni emekli olanların ailesel kaynaklar puanlarının memur olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Emekli olanların ailesel kaynaklar puanlarının işçi olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Çalışmayanların ailesel kaynaklar puanlarının işçi olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Emekli olanların ailesel kaynaklar puanlarının çalışmayanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin psikolojik sağlık toplam, ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Evde bakıma muhtaç başka birey olanların ailesel kaynaklar puanları ($x=20,452$), evde bakıma muhtaç başka birey olmayanların ailesel kaynaklar puanlarından ($x=21,692$) düşük bulunmuştur ($t=-2,228$; $p=0.026<0.05$; $d=0,310$; $\eta^2=0,013$). Bakım verenlerin psikolojik sağlık toplam, ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları evde bakıma muhtaç başka birey varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin psikolojik sağlık toplam puanları hastayla birlikte yaşama süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,889$; $p=0.022<0.05$; $\eta^2=0,031$). Farkın nedeni hastayla birlikte yaşama süresi 21-30 yıl olanların psikolojik sağlık toplam puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların psikolojik sağlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastayla birlikte yaşama süresi 31-40 yıl olanların psikolojik sağlık toplam puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların psikolojik sağlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastayla birlikte yaşama süresi 41 yıl ve üzeri olanların psikolojik sağlık toplam puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların psikolojik sağlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları hastayla birlikte yaşama süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,810$; $p=0.025<0.05$; $\eta^2=0,030$). Farkın nedeni hastayla birlikte yaşama süresi 21-30 yıl olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastayla birlikte yaşama süresi 31-40 yıl olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastayla birlikte yaşama süresi 41 yıl ve üzeri olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin ailesel kaynaklar puanları hastayla birlikte yaşama süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,368$; $p=0.01<0.05$; $\eta^2=0,036$). Farkın nedeni hastayla birlikte yaşama süresi 21-30 yıl olanların ailesel kaynaklar puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastayla birlikte

yaşama süresi 31-40 yıl olanların ailesel kaynaklar puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastayla birlikte yaşama süresi 41 yıl ve üzeri olanların ailesel kaynaklar puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 10 yıl ve altı olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hastayla birlikte yaşama süresi 41 yıl ve üzeri olanların ailesel kaynaklar puanlarının hastayla birlikte yaşama süresi 11-20 yıl olanların ailesel kaynaklar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar puanları hastayla birlikte yaşama süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerde herhangi bir fiziksel hastalığı olanların psikolojik sağlamlık toplam puanları ($x=89,712$), herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından ($x=92,009$) düşük bulunmuştur ($t=-1,860$; $p=0.048<0.05$; $d=0,212$; $\eta^2=0,009$). Herhangi bir fiziksel hastalığı olanların bireysel kaynaklar puanları ($x=21,939$), herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanların bireysel kaynaklar puanlarından ($x=22,664$) düşük bulunmuştur ($t=-2,229$; $p=0.026<0.05$; $d=0,254$; $\eta^2=0,013$). Herhangi bir fiziksel hastalığı olanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları ($x=21,127$), herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarından ($x=22,200$) düşük bulunmuştur ($t=-2,410$; $p=0.016<0.05$; $d=0,274$; $\eta^2=0,016$). Bakım verenlerin ilişkisel kaynaklar, ailesel kaynaklar puanları herhangi bir fiziksel hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaya bakımda yardımcı olan biri olmayan bakım verenlerin ailesel kaynaklar puanları ($x=20,897$), hastaya bakımda yardımcı olan biri olanların ailesel kaynaklar puanlarından ($x=21,911$) düşük bulunmuştur ($t=-2,411$; $p=0.02<0.05$; $d=0,254$; $\eta^2=0,016$). Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık toplam, ilişkisel kaynaklar, bireysel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları hastaya bakımda yardımcı olan biri varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

TRSM destek alanların bireysel kaynaklar puanları ($x=20,790$), TRSM destek almayanların bireysel kaynaklar puanlarından ($x=22,228$) düşük bulunmuştur ($t=-2,134$; $p=0.033<0.05$; $d=0,503$; $\eta^2=0,012$). Bakım verenlerin psikolojik sağlamlık toplam, ilişkisel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar, ailesel kaynaklar puanları TRSM destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.5. Tükenmişlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 15. Tükenmişlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Tükenmişlik Genel	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı Hissi
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	214	2,094±0,662	2,276±0,931	1,655±0,738	2,164±0,747
Erkek	156	1,919±0,583	1,962±0,759	1,544±0,568	2,104±0,806
t=		2,649	3,456	1,577	0,738
p=		0,008	0,000	0,101	0,461
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 ve Altı	59	1,982±0,665	1,951±0,860	1,580±0,671	2,267±0,777
31-40	68	2,005±0,509	2,149±0,718	1,559±0,642	2,123±0,695
41-50	110	2,030±0,607	2,164±0,830	1,624±0,671	2,133±0,745
51-60	84	1,948±0,579	2,150±0,836	1,567±0,598	1,960±0,729
61 ve Üzeri	49	2,190±0,863	2,315±1,198	1,747±0,834	2,327±0,940
F=		1,223	1,202	0,731	2,301
p=		0,301	0,309	0,572	0,058
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlköğretim ve Altı	166	2,046±0,716	2,212±0,971	1,602±0,698	2,136±0,843
Lise	79	2,009±0,555	2,115±0,801	1,653±0,750	2,112±0,727
Üniversite ve Üstü	125	1,994±0,566	2,072±0,782	1,587±0,587	2,160±0,702
F=		0,250	0,958	0,242	0,095
p=		0,779	0,385	0,785	0,910
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekar	86	2,228±0,683	2,327±0,959	1,833±0,796	2,363±0,860
Evli	284	1,957±0,607	2,088±0,843	1,540±0,617	2,071±0,731
t=		3,513	2,224	3,586	3,115
p=		0,000	0,027	0,002	0,005
Çocuk Sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	302	1,977±0,628	2,123±0,869	1,569±0,657	2,068±0,744
Hayır	68	2,214±0,632	2,239±0,904	1,782±0,720	2,456±0,816
t=		-2,810	-0,987	-2,377	-3,818
p=		0,005	0,324	0,018	0,000
Çocuk Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	49	1,870±0,644	2,018±0,919	1,551±0,814	1,903±0,598
2	113	1,900±0,518	2,073±0,746	1,520±0,567	1,943±0,648
3	84	2,087±0,703	2,253±0,926	1,643±0,673	2,177±0,821
4 ve Üzeri	56	2,060±0,677	2,119±0,965	1,571±0,658	2,299±0,848
F=		2,247	0,986	0,570	4,420
p=		0,083	0,400	0,635	0,005
PostHoc=					3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)
Meslek		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Memur	70	2,008±0,586	2,159±0,794	1,611±0,630	2,086±0,650
İşçi	77	2,007±0,559	2,152±0,775	1,571±0,573	2,115±0,720
Emekli	61	1,925±0,628	1,925±0,814	1,610±0,651	2,121±0,959
Çalışmıyor	162	2,068±0,690	2,216±0,966	1,624±0,745	2,180±0,770
F=		0,788	1,651	0,104	0,296
p=		0,501	0,177	0,958	0,828
Gelir Düzeyi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kötü	45	2,276±0,877	2,457±1,178	1,844±0,952	2,342±0,953
Orta	240	2,022±0,584	2,141±0,789	1,620±0,628	2,140±0,768
İyi	85	1,880±0,586	1,987±0,891	1,449±0,580	2,029±0,655
F=		5,865	4,316	5,293	2,427
p=		0,003	0,014	0,005	0,090
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)	
Aile Yapısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çekirdek Aile	231	2,026±0,648	2,134±0,898	1,628±0,643	2,153±0,760
Yarı Geniş Aile	87	1,971±0,585	2,100±0,759	1,494±0,628	2,124±0,778
Geniş Aile	52	2,079±0,660	2,263±0,959	1,712±0,844	2,101±0,827
F=		0,492	0,605	1,966	0,119
p=		0,612	0,547	0,141	0,888
Evde Bakıma Muhtaç Başka Birey Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	62	2,116±0,731	2,362±1,020	1,755±0,835	2,065±0,836

Yok	308	2,001±0,613	2,100±0,839	1,579±0,633	2,154±0,759
t=		1,300	2,161	1,888	-0,831
p=		0,194	0,061	0,120	0,407
Hastayla Birlikte Yaşama Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
10 Yıl ve Altı	71	1,978±0,628	2,096±0,804	1,670±0,719	2,037±0,715
11-20 Yıl	91	2,001±0,644	2,106±0,897	1,600±0,656	2,133±0,681
21-30 Yıl	95	2,008±0,566	2,070±0,793	1,520±0,649	2,243±0,841
31-40 Yıl	59	2,088±0,684	2,322±0,927	1,648±0,633	2,100±0,847
41 Yıl ve Üzeri	54	2,056±0,700	2,206±1,004	1,652±0,731	2,141±0,781
F=		0,318	0,942	0,667	0,783
p=		0,866	0,440	0,615	0,537
Hastaya Birincil Bakım Vereninin Yakınlık Derecesi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Eşi	115	1,992±0,630	2,150±0,914	1,597±0,621	2,062±0,752
Ebeveyn	100	2,047±0,683	2,147±0,890	1,650±0,718	2,184±0,803
Çocuğu	110	2,029±0,603	2,121±0,841	1,587±0,690	2,200±0,787
Kardeşi	25	2,009±0,668	2,102±0,841	1,704±0,742	2,095±0,717
Diğer	20	2,016±0,596	2,272±0,878	1,460±0,566	2,075±0,738
F=		0,108	0,140	0,498	0,594
p=		0,980	0,967	0,737	0,667
Herhangi Bir Fiziksel Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	260	2,001±0,604	2,087±0,810	1,595±0,649	2,159±0,762
Var	110	2,065±0,703	2,278±1,006	1,640±0,729	2,092±0,797
t=		-0,887	-1,921	-0,592	0,758
p=		0,376	0,080	0,554	0,449
Fiziksel Hastalık Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 Yıl	47	2,046±0,651	2,267±0,924	1,681±0,684	2,027±0,743
6-10 Yıl	25	2,144±0,819	2,262±1,061	1,704±0,860	2,285±0,997
11 Yıl ve Üzeri	38	2,037±0,699	2,301±1,090	1,547±0,702	2,046±0,712
F=		0,200	0,016	0,472	0,954
p=		0,819	0,985	0,625	0,388
Herhangi Bir Ruhsal Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	309	1,992±0,637	2,093±0,873	1,575±0,676	2,138±0,785
Var	61	2,166±0,607	2,403±0,848	1,777±0,636	2,143±0,707
t=		-1,972	-2,544	-2,155	-0,051
p=		0,049	0,011	0,032	0,960
Ruhsal Hastalık Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 Yıl	34	2,104±0,647	2,360±0,915	1,682±0,652	2,081±0,692
6 Yıl ve Üzeri	27	2,244±0,554	2,457±0,770	1,896±0,606	2,222±0,732
t=		-0,893	-0,442	-1,313	-0,772
p=		0,376	0,660	0,194	0,443
Hastaya Bakımda Yardımcı Olan Biri Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	156	2,062±0,681	2,234±0,961	1,672±0,720	2,113±0,788
Var	214	1,990±0,599	2,078±0,803	1,562±0,634	2,158±0,761
t=		1,082	1,688	1,557	-0,550
p=		0,290	0,102	0,120	0,583
Bakımda Yardımcı Olan Kişi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ebeveyn	106	1,963±0,612	1,969±0,789	1,555±0,616	2,211±0,784
Eş	31	1,966±0,522	1,993±0,685	1,465±0,660	2,250±0,804
Çocuğu	37	1,988±0,595	2,249±0,868	1,481±0,645	2,010±0,620
Kardeş	25	2,089±0,643	2,320±0,887	1,736±0,711	2,050±0,696
Diğer	15	2,070±0,637	2,207±0,748	1,720±0,539	2,133±0,937
F=		0,301	1,685	1,041	0,717
p=		0,877	0,155	0,387	0,581
Tam Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
10 Yıl ve Altı	268	1,980±0,627	2,078±0,858	1,570±0,633	2,126±0,791
11-20 Yıl	53	2,140±0,673	2,224±0,884	1,687±0,698	2,328±0,783
21 Yıl ve Üzeri	49	2,110±0,623	2,415±0,919	1,731±0,834	2,003±0,614
F=		1,964	3,364	1,605	2,406
p=		0,142	0,036	0,202	0,092
PostHoc=			3>1 (p<0.05)		
Psikiyatrik Hastalıklarla İlgili Eğitim Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	63	1,939±0,516	2,078±0,736	1,571±0,601	2,012±0,603
Hayır	307	2,037±0,656	2,157±0,902	1,616±0,688	2,165±0,800
t=		-1,120	-0,659	-0,474	-1,435
p=		0,193	0,511	0,636	0,087
Trsım Destek Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS

Evet	19	2,091±0,627	2,252±0,713	1,621±0,639	2,204±0,791
Hayır	351	2,016±0,636	2,138±0,884	1,607±0,676	2,135±0,772
t=		0,498	0,549	0,086	0,377
p=		0,619	0,583	0,932	0,706

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Bakım veren kadınların tükenmişlik genel puanları ($x=2,094$), erkeklerin tükenmişlik genel puanlarından ($x=1,919$) yüksek bulunmuştur ($t=2,649$; $p=0.008<0.05$; $d=0,279$; $\eta^2=0,019$). Kadınların duygusal tükenme puanları ($x=2,276$), erkeklerin duygusal tükenme puanlarından ($x=1,962$) yüksek bulunmuştur ($t=3,456$; $p=0<0.05$; $d=0,364$; $\eta^2=0,031$). Bakım verenlerin duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bekârların tükenmişlik genel puanları ($x=2,228$), evlilerin tükenmişlik genel puanlarından ($x=1,957$) yüksek bulunmuştur ($t=3,513$; $p=0<0.05$; $d=0,432$; $\eta^2=0,032$). Bekârların duygusal tükenme puanları ($x=2,327$), evlilerin duygusal tükenme puanlarından ($x=2,088$) yüksek bulunmuştur ($t=2,224$; $p=0.027<0.05$; $d=0,274$; $\eta^2=0,013$). Bekârların duyarsızlaşma puanları ($x=1,833$), evlilerin duyarsızlaşma puanlarından ($x=1,540$) yüksek bulunmuştur ($t=3,586$; $p=0.002<0.05$; $d=0,441$; $\eta^2=0,034$). Bekârların düşük kişisel başarı hissi puanları ($x=2,363$), evlilerin düşük kişisel başarı hissi puanlarından ($x=2,071$) yüksek bulunmuştur ($t=3,115$; $p=0.005<0.05$; $d=0,383$; $\eta^2=0,026$).

Çocuk sahibi olan bakım verenlerin tükenmişlik genel puanları ($x=1,977$), çocuk sahibi olmayanların tükenmişlik genel puanlarından ($x=2,214$) düşük bulunmuştur ($t=-2,810$; $p=0.005<0.05$; $d=0,377$; $\eta^2=0,021$). Çocuk sahibi olanların duyarsızlaşma puanları ($x=1,569$), çocuk sahibi olmayanların duyarsızlaşma puanlarından ($x=1,782$) düşük bulunmuştur ($t=-2,377$; $p=0.018<0.05$; $d=0,319$; $\eta^2=0,015$). Çocuk sahibi olanların düşük kişisel başarı hissi puanları ($x=2,068$), çocuk sahibi olmayanların düşük kişisel başarı hissi puanlarından ($x=2,456$) düşük bulunmuştur ($t=-3,818$; $p=0<0.05$; $d=0,512$; $\eta^2=0,038$). Bakım verenlerin duygusal tükenme puanları çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin düşük kişisel başarı hissi puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,420$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,043$). Farkın nedeni çocuk sayısı 3 olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarının çocuk sayısı 1 olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 4 ve üzeri olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarının çocuk sayısı 1 olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çocuk sayısı 3 olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarının çocuk sayısı 2 olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 4 ve üzeri olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarının çocuk sayısı 2 olanların düşük kişisel başarı hissi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal

tükenme, duyarsızlaşma puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,865$; $p=0.003<0.05$; $\eta^2=0,031$). Farkın nedeni gelir düzeyi kötü olanların tükenmişlik genel puanlarının orta olanların tükenmişlik genel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kötü olanların tükenmişlik genel puanlarının iyi olanların tükenmişlik genel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin duygusal tükenme puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,316$; $p=0.014<0.05$; $\eta^2=0,023$). Farkın nedeni kötü olanların duygusal tükenme puanlarının orta olanların duygusal tükenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kötü olanların duygusal tükenme puanlarının iyi olanların duygusal tükenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin duyarsızlaşma puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,293$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,028$). Farkın nedeni kötü olanların duyarsızlaşma puanlarının orta olanların duyarsızlaşma puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kötü olanların duyarsızlaşma puanlarının iyi olanların duyarsızlaşma puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Orta olanların duyarsızlaşma puanlarının iyi olanların duyarsızlaşma puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin düşük kişisel başarı hissi puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan bakım verenlerin tükenmişlik genel puanları ($x=1,992$), herhangi bir ruhsal hastalığı olanların tükenmişlik genel puanlarından ($x=2,166$) düşük bulunmuştur ($t=-1,972$; $p=0.049<0.05$; $d=0,276$; $\eta^2=0,010$). Herhangi bir ruhsal hastalığı olmayanların duygusal tükenme puanları ($x=2,093$), herhangi bir ruhsal hastalığı olanların duygusal tükenme puanlarından ($x=2,403$) düşük bulunmuştur ($t=-2,544$; $p=0.011<0.05$; $d=0,356$; $\eta^2=0,017$). Herhangi bir ruhsal hastalığı olmayanların duyarsızlaşma puanları ($x=1,575$), herhangi bir ruhsal hastalığı olanların duyarsızlaşma puanlarından ($x=1,777$) düşük bulunmuştur ($t=-2,155$; $p=0.032<0.05$; $d=0,302$; $\eta^2=0,012$). Bakım verenlerin düşük kişisel başarı hissi puanları herhangi bir ruhsal hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin duygusal tükenme puanları tanı süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,364$; $p=0.036<0.05$; $\eta^2=0,018$). Farkın nedeni tanı süresi 21 yıl ve üzeri olanların duygusal tükenme puanlarının tanı süresi 10 yıl ve altı olanların duygusal tükenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları tanı süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.6. Savunma Biçimleri Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 16. Savunma Biçimleri Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler		Matür Savunmalar	Nevrotik Savunmalar	İmmatür Savunmalar
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	14	49,374±10,692	45,579±11,512	99,042±25,065
Erkek	56	49,154±10,540	42,718±12,021	92,263±24,089
t=		0,197	2,317	2,611
p=		0,844	0,021	0,009
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 ve Altı	9	46,186±10,391	39,237±11,340	93,864±25,393
31-40	8	50,485±8,712	45,279±10,271	96,294±25,226
41-50	10	50,191±11,260	43,582±12,197	95,600±25,385
51-60	4	48,655±10,408	46,929±11,760	96,691±22,196
61 ve Üzeri	9	50,367±11,699	46,694±11,774	99,265±27,350
F=		1,894	4,655	0,339
p=		0,111	0,001	0,852
PostHoc=			2>1, 3>1, 4>1, 5>1, 4>3 (p<0.05)	
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlköğretim ve Altı	66	49,187±11,173	46,319±12,628	98,295±23,906
Lise	9	50,063±10,740	43,924±11,572	97,481±27,990
Üniversite ve Üstü	25	48,912±9,802	42,072±10,359	92,560±23,758
F=		0,295	4,789	2,047
p=		0,744	0,009	0,131
PostHoc=			1>3 (p<0.05)	
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekar	6	48,500±11,225	40,500±12,238	99,256±24,484
Evli	84	49,518±10,432	45,546±11,428	95,254±24,931
t=		-0,778	-3,528	1,310
p=		0,437	0,000	0,191
Çocuk Sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	02	49,742±10,410	45,374±11,516	96,043±24,980
Hayır	8	47,235±11,332	39,927±12,096	96,809±24,452
t=		1,764	3,492	-0,229
p=		0,079	0,001	0,819
Çocuk Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	9	48,469±8,834	42,776±10,127	92,408±22,646
2	13	51,062±10,054	45,097±11,674	95,301±27,011
3	4	50,381±10,338	47,155±11,769	96,905±23,481
4 ve Üzeri	6	47,232±12,077	45,536±11,777	99,429±24,979
F=		2,062	1,535	0,753
p=		0,105	0,206	0,521
Meslek		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Memur		49,271±	40,586±10,627	89,971±23

	0	8,624		,825
İşçi	7	48,636± 9,649	44,195±11,534	97,390±23 ,564
Emekli	1	50,803± 10,194	45,197±11,529	96,033±23 ,155
Çalışmıyor	62	49,019± 11,938	45,784±12,240	98,352±26 ,234
F=		0,544	3,344	1,945
p=		0,653	0,019	0,122
PostHoc=			3>1, 4>1 (p<0.05)	
Gelir Düzeyi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kötü	5	49,911± 11,453	45,356±12,694	101,156±2 3,896
Orta	40	49,717± 10,643	44,867±11,935	96,992±24 ,751
İyi	5	47,718± 10,034	42,459±10,814	91,271±25 ,132
F=		1,205	1,489	2,713
p=		0,301	0,227	0,068
Aile Yapısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çekirdek Aile	31	49,736± 10,607	44,567±12,200	96,619±24 ,602
Yarı Geniş Aile	7	48,092± 10,973	44,138±11,088	95,195±26 ,255
Geniş Aile	2	49,250± 10,070	43,904±11,321	95,904±23 ,964
F=		0,757	0,089	0,107
p=		0,470	0,915	0,899
Evde Bakıma Muhtaç Başka Birey		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Varlığı				
Var	2	50,226± 8,788	44,452±11,780	93,968±24 ,297
Yok	08	49,091± 10,948	44,357±11,822	96,630±24 ,978
t=		0,768	0,057	-0,769
p=		0,443	0,954	0,442
Hastayla Birlikte Yaşama Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
10 Yıl ve Altı	1	49,014± 9,328	43,521±9,523	94,423±20 ,921
11-20 Yıl	1	51,550± 10,541	43,176±12,592	95,945±25 ,692
21-30 Yıl	5	47,147± 10,170	44,242±10,906	95,863±26 ,503
31-40 Yıl	9	49,305± 11,282	46,136±13,211	96,356±23 ,680
41 Yıl ve Üzeri	4	49,537± 11,872	45,815±13,008	99,278±26 ,974
F=		2,041	0,859	0,303
p=		0,088	0,489	0,876
Hastaya Birincil Bakım Veren		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yakınlık Derecesi				
Eşi	15	50,600± 10,773	46,183±12,287	96,600±26 ,127
Ebeveyn	00	48,590± 10,525	45,720±10,451	96,140±23 ,308
Çocuğu	10	48,409± 10,318	40,664±12,098	95,255±24 ,990
Kardeşi	5	47,840± 11,320	45,560±12,965	97,680±26 ,783
Diğer	0	51,750± 10,740	46,150±7,903	97,250±23 ,870
F=		1,123	4,025	0,078
p=		0,345	0,003	0,989
PostHoc=			1>3, 2>3 (p<0.05)	
Herhangi Bir Fiziksel Hastalık		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Varlığı				
Yok	60	49,231± 10,290	43,577±11,948	95,508±26 ,017
Var	10	49,400± 11,394	46,255±11,269	97,782±21 ,883
t=		-0,140	-2,003	-0,804
p=		0,889	0,046	0,422
Fiziksel Hastalık Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS

1-5 Yıl	7	50,809± 11,706	45,192±12,170	96,489±22 ,415
6-10 Yıl	5	47,920± 11,996	45,240±9,234	95,320±19 ,191
11 Yıl ve Üzeri	8	48,632± 10,683	48,237±11,334	101,000±2 3,028
F=		0,652	0,897	0,647
p=		0,523	0,411	0,526
Varlığı	Herhangi Bir Ruhsal Hastalık	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	09	49,625± 10,381	44,304±11,360	95,045±25 ,176
Var	1	47,541± 11,666	44,721±13,913	101,951±2 2,460
t=		1,403	-0,252	-1,991
p=		0,161	0,826	0,047
Ruhsal Hastalık Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 Yıl	4	50,382± 11,817	44,059±11,573	101,559±1 9,375
6 Yıl ve Üzeri	7	43,963± 10,628	45,556±16,595	102,444±2 6,214
t=		2,202	-0,414	-0,152
p=		0,032	0,692	0,880
Biri Varlığı	Hastaya Bakımda Yardımcı Olan	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	56	50,006± 10,944	45,045±12,060	98,865±27 ,115
Var	14	48,752± 10,362	43,883±11,609	94,229±22 ,932
t=		1,123	0,935	1,777
p=		0,262	0,350	0,084
Bakımda Yardımcı Olan Kişi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ebeveyn	06	48,104± 9,554	43,623±10,518	94,151±23 ,596
Eş	1	48,161± 11,231	44,226±12,709	91,871±17 ,655
Çocuğu	7	49,892± 12,578	46,135±12,318	96,162±23 ,563
Kardeş	5	50,080± 9,882	44,480±11,677	98,240±26 ,171
Diğer	5	49,533± 9,650	38,467±14,297	88,200±21 ,571
F=		0,360	1,206	0,594
p=		0,837	0,309	0,667
Tam Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
10 Yıl ve Altı	68	49,515± 10,621	44,067±11,403	95,907±24 ,541
11-20 Yıl	3	48,434± 11,428	42,377±13,329	94,057±23 ,452
21 Yıl ve Üzeri	9	48,918± 9,795	48,204±11,597	100,000±2 7,963
F=		0,261	3,477	0,788
p=		0,770	0,032	0,456
PostHoc=			3>1, 3>2 (p<0.05)	
Psikiyatrik Eğitim Alma Durumu	Hastahklarla İlgili	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	3	49,825± 8,678	44,937±9,519	96,587±20 ,753
Hayır	07	49,169± 10,979	44,257±12,224	96,101±25 ,642
t=		0,446	0,416	0,141
p=		0,656	0,625	0,871
Trsm Destek Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	9	43,526± 12,330	44,316±8,769	90,947±10 ,014
Hayır	51	49,593± 10,444	44,376±11,950	96,467±25 ,386
t=		-2,443	-0,022	-0,943
p=		0,015	0,977	0,047

Bakım veren kadınların nevrotik savunmalar puanları ($x=45,579$), erkeklerin nevrotik savunmalar puanlarından ($x=42,718$) yüksek bulunmuştur ($t=2,317$; $p=0.021<0.05$; $d=0,244$; $\eta^2=0,014$). Kadınların immatür savunmalar puanları ($x=99,042$), erkeklerin immatür savunmalar puanlarından ($x=92,263$) yüksek bulunmuştur ($t=2,611$; $p=0.009<0.05$; $d=0,275$; $\eta^2=0,018$). Bakım verenlerin matür savunmalar puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,655$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0,049$). Farkın nedeni 31-40 yaş olanların nevrotik savunmalar puanlarının 30 yaş ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 41-50 yaş olanların nevrotik savunmalar puanlarının 30 yaş ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 51-60 olanların nevrotik savunmalar puanlarının 30 yaş ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 61 ve üzeri olanların nevrotik savunmalar puanlarının 30 yaş ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 51-60 olanların nevrotik savunmalar puanlarının 41-50 yaş olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, immatür savunmalar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,789$; $p=0.009<0.05$; $\eta^2=0,025$). Farkın nedeni ilköğretim ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarının üniversite ve üstü olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, immatür savunmalar puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bekârların nevrotik savunmalar puanları ($x=40,500$), evlilerin nevrotik savunmalar puanlarından ($x=45,546$) düşük bulunmuştur ($t=-3,528$; $p=0<0.05$; $d=0,434$; $\eta^2=0,033$). Bakım verenlerin matür savunmalar, immatür savunmalar puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çocuk sahibi olan bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları ($x=45,374$), çocuk sahibi olmayanların nevrotik savunmalar puanlarından ($x=39,927$) yüksek bulunmuştur ($t=3,492$; $p=0.001<0.05$; $d=0,469$; $\eta^2=0,032$). Bakım verenlerin matür savunmalar, immatür savunmalar puanları çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,344$; $p=0.019<0.05$; $\eta^2=0,027$). Farkın nedeni emekli olanların nevrotik

savunmalar puanlarının memur olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışmayanların nevrotik savunmalar puanlarının memur olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, immatür savunmalar puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları hastaya birincil bakım verenin yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,025$; $p=0.003<0.05$; $\eta^2=0,042$). Farkın nedeni eşi olanların nevrotik savunmalar puanlarının çocuğu olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ebeveyn olanların nevrotik savunmalar puanlarının çocuğu olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, immatür savunmalar puanları hastaya birincil bakım verenin yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Herhangi bir fiziksel hastalığı olan bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları ($x=43,577$), herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanların nevrotik savunmalar puanlarından ($x=46,255$) düşük bulunmuştur ($t=-2,003$; $p=0.046<0.05$; $d=0,228$; $\eta^2=0,011$). Bakım verenlerin matür savunmalar, immatür savunmalar puanları herhangi bir fiziksel hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan bakım verenlerin immatür savunmalar puanları ($x=95,045$), herhangi bir ruhsal hastalığı olanların immatür savunmalar puanlarından ($x=101,951$) düşük bulunmuştur ($t=-1,991$; $p=0.047<0.05$; $d=0,279$; $\eta^2=0,011$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar puanları herhangi bir ruhsal hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Ruhsal hastalık süresi 1-5 yıl olanların matür savunmalar puanları ($x=50,382$), ruhsal hastalık süresi 6 yıl ve üzeri olanların matür savunmalar puanlarından ($x=43,963$) yüksek bulunmuştur ($t=2,202$; $p=0.032<0.05$; $d=0,568$; $\eta^2=0,076$). Bakım verenlerin nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları ruhsal hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları tanı süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,477$; $p=0.032<0.05$; $\eta^2=0,019$). Farkın nedeni 21 yıl ve üzeri olanların nevrotik savunmalar puanlarının 10 yıl ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 21 yıl ve üzeri olanların nevrotik savunmalar puanlarının 11-20 yıl olanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Bakım verenlerin

matür savunmalar, immatür savunmalar puanları tanı süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

TRSM destek alan bakım verenlerin matür savunmalar puanları ($x=43,526$), TRSM destek almayanların matür savunmalar puanlarından ($x=49,593$) düşük bulunmuştur ($t=-2,443$; $p=0.015<0.05$; $d=0,575$; $\eta^2=0,016$). TRSM destek alanların immatür savunmalar puanları ($x=90,947$), TRSM destek almayanların immatür savunmalar puanlarından ($x=96,467$) düşük bulunmuştur ($t=-0,943$; $p=0.047<0.05$; $d=0,222$; $\eta^2=0,002$). Bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları TRSM destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Psikiyatrik hastalığa sahip bireylere, bakım verenlerin bedensel ve ruhsal iyilik hallerinin korunması, kendileri bakım verdikleri bireyler ve toplum sağlığı açısından önemli ve gereklidir. Bakım sürecinde kullanılan savunma mekanizmaları, psikolojik sağlamlık ve tükenmişlik gibi kavramların bakım verenin iyilik halini korumasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışma, bakım verenleri bu kavramlar üzerinden araştırmış olup çıkan sonuçlar literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1. Psikolojik Sağlamlık Tükenmişlik ve Savunma Mekanizmalarının Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışmada psikolojik sağlamlık toplam puanı ile alt boyutları (ilişkisel, bireysel, ailesel, kültürel ve bağlamsal) toplam puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Tüm alt puanlardan alınan yüksek puan, yüksek psikolojik sağlamlığı işaret etmektedir. Çalışma sonucuna göre bakım veren katılımcıların psikolojik sağlamlığı ($90,395 \pm 10,895$, Min=40; Maks=105) yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışma sonucumuzu destekleyen benzer çalışmalar bulunmaktadır. Yağmur ve Türkmen (2017), psikiyatrik hastalığı olan hastalara bakan aile bireyleri arasında psikolojik sağlamlığı olan kişilerin stresli durumlar karşısında daha çok çaba gösterdiklerini belirtmiştir. Beardslee ve Podorefsky (1988), majör duygulanım bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının, aynı zamanda bu çocukların bakım veren durumunda olduğunu ve psikolojik olarak dirençli olduklarını belirtmişlerdir. Scott (2013), alzheimer hastalığı olan bireylerin bakıcılarından oluşan çalışmada psikolojik sağlamlığın, bakım verenin stres etkenleri ile arasındaki ilişkiyi değiştirmediğini, psikolojik sağlamlıkla bakım veren yükünün aralarında ilişki olduğunu, dayanıklılığın artmasıyla bakım verenin yükünün azaldığını belirtmiştir. Lök ve Bademli (2021), şizofreni hastalarının bakım verenlerin psikolojik dayanık ile algılanan sosyal desteğin arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve bakım verenlerin psikolojik sağlamlığının yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Kara (2019), zihinsel açıdan özel gereksime ihtiyaç duyan çocukların babalarında orta düzeyde annelerinde ise yüksek düzeyde psikolojik sağlamlık olduğunu belirtmiştir. Abacı (2018), hiperaktivite bozukluğu ve dikkat eksikliği tanısı olan çocukların anneleri ile yaptığı çalışmada annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerini yüksek bulmuştur. Tanyeri (2017), psikiyatri hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların psikolojik sağlamlığının yüksek olduğunu belirtmiştir. Sonuçları bakımından farklı çalışmalarda ise, Tura (2017), çocuğu engelli olan annelerin, engelli çocuğu olmayan annelere göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha

düşük olduğu göstermiştir. Su ve arkadaşları (2021), bipolar bozukluğu olan hastaların evde bakım verenlerinin bakı yükünün orta düzeyde yüksek ve psikolojik dayanıklılıklarının düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Literatürdeki çalışmaların büyük bir kısmı bakım verenlerin psikolojik sağlık düzeylerinin yüksek olduğu bildirmektedir. Lowder, Buzney ve Buzo (2005), bakım verenler, yakınlarına bakma sorumluluğunu kabullendiklerinde, kendilerine değer verme ve yaşamın anlamı konusunda pozitif bir duygu elde ettiklerini belirtmiştir. Lazarus (1976), kişinin stres karşısında algıladığı tehlikeli ve tehdit durumlarıyla baş edebilmesinin kişilik özelliklerine, baş etme yeteneklerine bağlı olduğunu stres ile başa çıkmanın bağlantılı olduğunu, stresin başa çıkmayı artırdığını belirtmektedir (Akt. Özlü, 2007). Bu çalışmada, bakım yükünü azaltmada ve psikolojik sağlamlılığı artırmada bakım verenlerin stersle iyi baş edebildikleri, ailesel ve sosyol destek sistemlerini iyi kullandıkları, kültürel bağlamsal anlamda desteklerinin olduğu düşünülmektedir. Ruh sağlığı çalışanlarının psikolojik sağlamlığın düşük olabileceği riskli gruplarda, psikolojik sağlamlığı artıran faktörleri desteklemesi ile bakım verenlerin iyilik hallerinin korunacağı düşünülmektedir.

Çalışmada tükenmişlik genel toplam puanları ile her üç alt boyut puanları arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Alt boyutlardan ve tükenmişlik genel puanında alınan düşük puan, düşük tükenmişlik düzeyini işaret etmektedir. Çalışma sonucumuza göre bakım veren katılımcıların tükenmişlik düzeyi ($2,139 \pm 0,772$, Min=1; Maks=5) düşüktür. Mutlu (2015), engelli çocukların annelerinde yaptığı çalışmada, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile genel tükenmişlik düzeyinin düşük olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir. Literatürde bu konu ile yapılan diğer çalışmaların bulgumuzu desteklemediği görülmüştür. Khalil ve ark. (2022), şizofreni hastalarının bakım verenlerinde tükenmişlik sendromu ve bakım yükü düzeyinin yüksek olduğunu belirtilmiştir. Moghadam ve arkadaşları (2022), ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde yaptığı çalışmada orta düzeyde tükenmişlik bildirmiştir. Onwumere ve arkadaşları (2018), ilk epizot psikoz hastasının bakım verenlerinde, tükenmişlik düzeyinin, üç temel tükenmişlik boyutunda da özellikle duygusal tükenmede yüksek bildirmiştir. Kafadar (2014), bipolar bozukluğu tanısı hastaların bakım verenlerinin, tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir. Tel ve Ertekin Pınar (2013), psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde tükenmişlik ve depresyon yaşadığı belirtmiştir.

Kronik psikiyatrik sorunları olan hastalara birincil bakım veren kişilerin çoğunluğunun tükenmişlik yaşadığı yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu tükenme

bakım verende stresle baş edememe, hayal kırıklığı, başarısızlık duygusu, ilgi kaybı, fiziksel ve maddi sorunlarla ilişkili olabilir (Schuster ve ark., 2020). Tükenmişlik düzeyi yüksek olan çalışmalarda daha çok şizofreni, bipolar bozukluk, ağır ruhsal hastalıklar gibi bakım vereni zorlayabilecek hasta grubunun olduğu görülmektedir. Çalışmamıza, psikiyatri kliniğinde yatan ve ayaktan takip edilen, tanı açısından daha geniş bir yelpazede olan hasta grubunun yakınları dâhil edilmiştir. Çalışmamızda, bakım veren tükenmişliğinin düşük düzeyde bulunmasında, bakıma daha az ihtiyaç duyan hasta grubunun rolü olduğu düşünülebilir. Ayrıca çalışma küçük şehirde yapıldığından, sağlık çalışanlarına ulaşmada kolaylık, akraba, akran, komşu ilişkilerinin yakın olması, bakım verme ile ilgili olumlu manevi duygular gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin “matür savunmalar” ortalaması $49,281 \pm 10,615$ (Min=16; Maks=72), “nevrotik savunmalar” ortalaması $44,373 \pm 11,799$ (Min=8; Maks=72), “immatür savunmalar” ortalaması $96,184 \pm 24,852$ (Min=35; Maks=182) olarak saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre katılımcılarımız savunma mekanizmalarının her üç boyutunu da orta düzeyde kullanmaktadır. Litaratür taramalarında psikiyatri hastalarının bakım verenlerinde üç savunma mekanizmasının puan ortalamalarını ortaya koyan çalışmalara rastlanılmamıştır. Ancak Çakar (2015), hemşirelerle yaptığı çalışmada savunma mekanizmalarının her üç boyutunda da orta düzeyde kullanıldığını belirterek çalışmamıza paralel bir sonuç bildirmiştir. Dağce Hafizoğlu, Artan ve Irmak (2021), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada savunma mekanizmalarının her üç boyutunu da kullandığını alt boyut puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığını belirtmiştir. Solgun ve arkadaşları (2018), hemşirelerle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin savunma mekanizmalarının üç boyutunu da kullandığını, en yüksek ölçek puan ortalamasının olgun olmayan savunmalara ait olduğu belirtmiştir. Sağlam ve Doğaner (2019), doktorlarla yaptığı çalışmada doktorların savunma mekanizmalarının alt boyutlarını farklı düzeyde kullandıklarını, olgun savunmaların diğerlerine göre yüksek düzeyde kullanıldığını belirtmiştir. Aksu (2019), 5-65 yaş arası bireylerde yaptığı araştırmada katılımcıların savunma biçimlerinden en çok olgun savunma mekanizmalarını kullandıklarını, en az ise olgun olmayan savunma mekanizmalarını kullandıklarını belirtmiştir. Hurşitoğlu (2017), doktorlarla yaptığı çalışmada en yüksek matür, orta düzeyde nevrotik, en düşük immatür savunmaları kullandıklarını bildirmiştir. Ülkemizde sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalar ışığında, savunma mekanizmalarının her üç boyutunda eşit ya da farklı düzeylerde kullanıldığı görülmektedir. Bu sonuçların Türk toplumunun kültürüne bağlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca savunma mekanizmalarının alt boyut düzeyleri

çalışan gruplarla ve katılımcıların bireysel özelliklerini bağlı olarak değişebileceği düşünülmektedir.

5.2. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

5.2.1. Psikolojik sağlamlığın tükenmişlik üzerine etkisi

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık ile tükenmişlik arasında yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur. Tükenmişlik düzeyindeki toplam değişim %9,5 oranında psikolojik sağlamlık tarafından açıklanmaktadır. Psikolojik sağlamlık, tükenmişlik düzeyini azaltmaktadır. Tükenmişlik genel ve tükenmişliğin alt boyutları ile psikolojik dayanıklılık toplam ve psikolojik dayanıklılık alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizine göre negatif zayıf bir ilişki bulunmuştur. (Tablo 6). Çalışmamızda katılımcıların psikolojik sağlamlıkları yüksek, tükenmişlik düzeyleri düşük çıkmıştır.

Çalışmaların çoğu psikolojik dayanıklılığın tükenmişliğe etkisinin anlamlı yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Zou ve ark., 2016; Özçetin, Sarioğlu ve Dursun, 2019; Rees ve ark., 2019; Purvis ve Saylor, 2019). Alan yazında bu iki kavramın birlikte ele alındığı sağlık çalışanları başta olmak üzere çeşitli meslek grupları ile yapılan çok sayıda araştırmaya rastlanılmıştır. Psikiyatri ve diğer kronik hastaların bakım verenleri ile ilgili çalışmalara daha az rastlanılmıştır. Yıldız ve arkadaşları (2023), adli psikiyatri servisinde takip edilen hastaların bakım verenlerinde, hafif düzeyde depresyon, orta düzeyde tükenmişlik ve yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılık olduğunu belirtmişlerdir. Nieto ve arkadaşları (2022), yaşlı yetişkinlerin profesyonel bakıcıları üzerine yaptığı çalışmada bakım verenlerin işe bağlılığı, öz yeterliliği, iyimser duygularına bağlı olarak psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek, tükenmişliğin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Odacı ve Kalanlar (2022), hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek, tükenmişlik düzeylerini orta ve düşük olduğunu belirtmiştir. Görgülü (2022), psikoterapistlerin, psikolojik sağlamlıklarını yüksek, tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Yıldırım, Şenyuva ve Kaya (2024), covid 19 pandemi sürecinde hemşirelerle yaptıkları çalışmada, hemşirelerde orta düzeyde psikolojik dayanıklılık ve orta düzeyde tükenmişlik bildirmişlerdir. Gönen (2020), öğretmenlerin psikolojik sağlamlıklarının orta düzeyde olduğunu, tükenmişliklerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Sonuçları bakımından farkı bir çalışma, Gülbol ve arkadaşları (2021), şizofreni hastalarının bakım verenlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde depresyon ve tükenmişlik, daha az psikolojik dayanıklılık olduğunu belirtmişlerdir. Arasan Doğan (2018), alzheimer hastalarına bakım verenlerin psikolojik sağlamlığın düşük

tükenmişlik seviyesinin yüksek olduğunu, psikoeğitim sonrası bakım verenlerde psikolojik sağlamlığın arttığı, tükenmişliğin azaldığını belirtmiştir.

Litaratür araştırmaları, çalışma bulgumuzu destekler nitelikte sonuçlar ortaya koymuştur. Sonuçlara göre yüksek psikolojik sağlamlık tükenmişlik açısından koruyucu bir faktördür. Psikiyatrik hastalıklarda özellikle prognozu kötü seyreden bazı hasta gruplarının bakım verenlerinin tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık açısından risk altındadır. Ruh sağlığı çalışanlarının özellikle bu gruplara vereceği destekleyici müdahalelerinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

5.2.2. Psikolojik sağlamlığın savunma biçimlerine etkisi

Olgun (matür) savunmalar üzerine; Çalışmamızda psikolojik sağlamlık ile olgun savunmalar arasındaki yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Olgun savunmalar düzeyindeki toplam değişim %6,9 oranında psikolojik sağlamlık tarafından açıklanmaktadır. Olgun savunmalar ile psikolojik sağlamlık toplam arasında korelasyon analizine göre pozitif zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6). Çalışma bulgumuzda psikolojik sağlamlık, olgun savunma kullanımını arttırmaktadır. Sadıkoğlu ve Topkaya (2023), engelli bireylere bakım veren yakınlarının psikolojik dayanıklılık ile matür savunma biçiminin orta düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmiştir. Di Giuseppe ve arkadaşları (2021), sağlık çalışanlarının olgun savunma işlevinin psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Satıcı ve Deniz (2017), psikolojik sağlamlığı yüksek olan üniversite öğrencilerinin olgun savunmalardan olan mizahı kullandıklarını, psikolojik sağlamlığın mizahı kullanarak başa çıkma ile arasında anlamlı ilişki olduğu sonucunu vurgulamışlardır. Zorlayıcı yaşam olayları karşısında mizahı kullanan bireylerin iyilik hallerinin devam etmesi, psikolojik sağlamlıklarının yükselmesini sağlamaktadır (Bergsma ve ark., 2011; Kobau ve ark., 2011). Yousefi ve Toghyani (2016), asker ve asker olmayan gruplar arasında yaptığı araştırmada, kontrol grubuna göre askerlerin psikolojik sağlamlığının yüksek olduğunu ve daha çok olgun savunma mekanizmalarını kullanma eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Ezer (2017), ergenlerle yaptığı çalışmasında psikolojik sağlamlık ile matür savunma mekanizmaları arasında zayıf pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir.

Kişilerin olgun savunma mekanizmalarını kullanması, karşılaştıkları zorluklar veya stresli durumlarla daha uyumlu ve etkili başa çıkmasına yardımcı olur. Bu sayede kişi hayatında daha dengeli ve mutlu bir yaşam olanağı kazanır (Mostowik ve ark., 2022). Litaratür sonuçlarını araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Psikolojik sağlamlığın olgun savunmalar üzerine etkisini araştıran çalışma sonuçlarına göre psikolojik sağlamlık matür savunmaların pozitif yönde bir yordayıcısı olduğu düşünülebilir.

Nevrotik savunmalar üzerine; Çalışmamızda psikolojik sağlamlık ile nevroitik savunmalar arasında yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur. Nevrotik savunmalar düzeyindeki toplam değişim %4,1 oranında psikolojik sağlamlık tarafından açıklanmaktadır. Nevrotik savunmalar ile psikolojik sağlamlık toplam arasında yapılan koresyon analizinde pozitif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre psikolojik sağlamlık nevroitik savunmaları zayıf düzeyde arttırmaktadır. Sadıkoğlu veTopkaya (2023), engelli yakınları ile yaptığı çalışmasında psikolojik sağlamlık ile nevroitik savunmalar arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir. Yousefi ve Toghyani (2016), asker ve asker olmayan gruplardaki çalışmasında, nevroitik savunma mekanizmalarında iki grup arasındaki fark sadece yalancı fedâkarlıkta istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu belirtmiştir. Ezer (2017), ergenlerle yaptığı çalışma sonucunda nevroitik savunma biçimlerinin, psikolojik sağlamlık negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bildirmiştir.

Çalışmada psikolojik sağlamlığı yüksek bireylerin nevroitik savunmaları da kullandığı görülmektedir. Litaratürde çalışmamızı destekleyen ya da farklı sonuç belirten psikiyatri hastalarının bakım verenleri ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Diğer gruplarla yapılan çalışmalarda, çalışmamıza farklı ortaya koymuşlardır. Psikolojik sağlamlığın nevroitik savunmaları nasıl etkilediği ile ilgili bu alanda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Kişilerin kullandıkları nevroitik savunmaları azaltmaya yönelik yapılacak psikoeğitimin bakım veren ve dolaylı yönden bakım alan için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Olgun olmayan (immatür) savunmalar üzerine; Psikolojik sağlamlık ile immatür savunmalar arasında yapılan regresyon analizinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sadıkoğlu ve Topkaya (2023), engelli yakınları ile yaptığı çalışmasında psikolojik dayanıklılık ile immatür savunmalar arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Yousefi ve Toghyani (2016), asker ve asker olmayan bireylerde yaptığı çalışmada asker olmayanların dört olgunlaşmamış savunma (rasyonelleştirme, değersizleştirme, eyleme dökme ve otistik fantezi) mekanizmasında daha yüksek bir ortalamaoya sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada asker bireylerin psikolojik saplamlıkları yüksektir ve olgun savunmaları kullanmaktadırlar. Ezer (2017), ergenlerle yaptığı çalışmada psikolojik sağlamlık ve immatür savunma biçimleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğunu bildirmiştir.

Daha düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri, özellikle sorunları çözme yeteneği ve hayata anlam veren kişisel değerlere sahip olmama, olgunlaşmamış savunma mekanizmaları ile ilişkilidir (Teche ve ark., 2017). Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık ile immatür savunmalar arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Psikolojik sağlamlık ve immatür savunmalar

üzerine daha sağlıklı bir değerlendirme için bu alanda farklı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.2.3. Tükenmişliğin Savunma Biçimlerine Etkisi

Olgun (matür) savunmalar üzerine; Çalışmamızda tükenmişlik ile matür savunmalar arasında yapılan regresyon analizi anlamlıdır. Matür savunmalar düzeyindeki toplam değişim %1.7 oranında tükenmişlik tarafından açıklanmaktadır. Matür savunmalarla tükenmişlik genel arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6). Çalışma bulgumuzda tükenmişlik, matür savunmalar düzeyini azaltmaktadır. Di Giuseppe ve arkadaşları (2021), tükenmişlik ile olgun savunmalar arasında negatif yönlü ilişki bildirmiştir. Vojvodic, Dedic ve Dejanovic (2019), katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin düşük ve orta düzeyde olduğu, orta düzeyde tükenmişlik yaşayanların olgun savunmlaradan özellikle mizahı kullandıklarını bildirmiştir. Hurşitoğlu (2017), yaptığı çalışmada doktorların en çok matür savunmaları kullandığı, matür savunma puanlarının düşük kişisel başarı hissi puanları ile istatistiksel olarak düşük düzeyde anlamlı korelasyonu olduğunu bildirmiştir. Elyasi ve arkadaşları (2020), hemşirelerde düşük düzeyde tükenmişliği, yüksek düzeyde kullanılan olgun savunma mekanizmaları ile ilişkilendirmiştir. Litaretürdeki çalışmalar, çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Çalışma sonuçları, bireylerin tükenmişlik düzeyi ile matür savunmalar arasındaki ilişkinin negatif yönde ve anlamlı olduğunu doğrulamaktadır.

Nevrotik savunmalar üzerine; Çalışmamızda tükenmişlikle nevroitik savunmalar arasında yapılan regresyon analizinin anlamlı olmadığı görülmüştür. Ancak nevroitik savunmalarla, düşük kişisel başarı hissi arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişkinin olduğu görülmüştür (Tablo 6). Literatüre baktığımızda bulgumuzu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Vojvodic, Dedic ve Dejanovic (2019), tükenmişlik düzeyi düşük ve orta düzeyde olan kişilerin nevroitik savunma mekanizmaları ile arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Aydemir (2022), çalışmasında düşük kişisel başarı hissi ile nevroitiklik arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bildirirken, bulgumuzdan farklı olarak duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile nevroitik savunmalar arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildirmiştir. Benzer başka çalışmalarda da kişisel başarı ile nevroitiklik arasında negatif yönde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile nevroitik savunmalar arasında pozitif ilişki olduğunu bildirilmiştir (Brown, 2019; Fuente Solana ve ark., 2021). Richert (2021), bakıcılarla yaptığı çalışmasında tükenmişliğin nevroitik savunmalar ile pozitif yönde ilişkili olduğunu tükenmişlik düzeyi daha yüksek olan bakıcıların nevroitik özelliklerinin daha yüksek

olduğunu bildirmiştir. Merlo ve arkadaşlarının (2020), çalışmasında, bakım verenlerin nevrotik savunmalardan olan bastırmanın ve rasyonelleştirmenin fazla kullanılmasının, daha yüksek tükenmişlik riskiyle ilişkilendirildiğini bildirmiştir.

Çalışma bulgumuz olan düşük kişisel başarı hissi ile nevrotiklik arasındaki negatif ilişki literatürdeki çalışmalarla desteklenmektedir. Çalışmamızda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile nevrotik savunmalar arasındaki ilişki anlamlı değildir. Ancak literatür çalışmaların çoğunda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşayan kişilerin nevrotik savunmaları kullandığı görülmektedir. Nevrotik savunmalarda bireyler, tehdit kaynağının anlamını veya etkisini çarpıtarak stres veren durumları hafifletmeye çalışırlar (Vaillant, 1971). Çalışma sonucumuz, bakım verenlerin tükenmişliğin düşük seviyede olması ve bakım zorluklarıyla başa çıkma konusunda olgun savunmaları kullanmaları ile ilişkili olabilir.

Olgun olmayan (immatür) savunmalar üzerine; Tükenmişlik ile immatür savunmalar arasında yapılan regresyon analizinin anlamlı olduğu görülmüştür. Immatür savunmalar düzeyindeki toplam değişim %4 oranında tükenmişlik tarafından açıklanmaktadır. Tükenmişlik immatür savunmalar düzeyini arttırmaktadır. Tükenmişlik ile immatür savunmalar arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6). Fitzgerald-Yau ve Egan (2018), hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları ve immatür savunma mekanizmalarını yüksek düzeyde kullandıklarını belirtmiştir. Vojvodic, Dedic ve Dejanovic (2019), çalışmasında katılımcıların düşük düzeyde tükenmişlik ve orta düzeyde tükenmişliğe sahip olduğunu, her iki tükenmişlik düzeyinde de immatür savunmalardan olan rasyonelleştirme, eyleme dökme ve devalüasyon kullandıklarını belirtmiştir. Hurşitoğlu (2017), doktorlarda immatür savunmalar ile duygusal tükenme alt boyutu puanları ile düşük derecede anlamlı korelasyon, duyarsızlaşma puanları arasında orta derecede anlamlı korelasyon bildirmiştir. Alan yazında psikiyatri hastalarının bakım verenlerinde tükenmişlik ve immatür savunmalar ilişkisini ortaya koyan çalışmalara rastlanılmamıştır. Ancak sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalar, çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir. Çalışma sonucumuzun literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.3. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ) Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Çalışmamızda bakım verenlerin psikolojik sağlamlığın cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Literatürde bu bulgumuzu destekleyen birçok çalışma psikolojik sağlamlık düzeyinin cinsiyete göre anlamlı olarak değişmediğini ortaya koymuştur

(Scoot, 2013; Kılınç, 2013; Hirani ve ark., 2016; Özkoçak, 2016; Parmaksız, 2020; Rosa ve ark., 2020; Özen, 2021; Arslan ve Topal, 2021). Bazı çalışmalar erkeklerin psikolojik sağlamlığının kadınlara göre yüksek olduğunu bildirmiştir (Manhas ve ark., 2019; Lök ve Bademli, 2021). Cinsiyetle ilgili kritik bir bulgu, birçok çalışmanın kadınların dayanıklılık ölçümlerinde erkeklerden daha düşük puan aldığını bildirmesidir (Holahan ve Moos 1985). Ancak kadınların psikolojik sağlamlılığının erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Oktan, Odacı ve Çelik, 2014; Kimter, 2020). Litaratürde cinsiyet değişkeninin psikolojik sağlamlığı ölçen çalışmalar bulgumuzu desteklemektedir. Ancak sonuçları bakımından farklılık gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bunun nedeninin çalışılan grupların ve katılımcıların bireysel özelliklerinin farklı olması olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin psikolojik sağlamlık, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yaş arttıkça bireysel, ailesel, kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları artmakta ve psikolojik dayanıklılık toplam puanları artmaktadır. Literatürde bulgumuzu desteyen çalışmalarda ileri yaşta olanların, daha genç bireylere göre psikolojik sağlamlıklarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Ektaş, 2017; Manhas ve ark., 2019; Kimter 2020; Korkmaz, 2023; Sadıkoğlu ve Topkaya, 2023). Di, Giuseppe ve arkadaşları (2021), sağlık çalışanları arasında daha düşük yaşın, daha düşük psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bazı araştırmalar bireyin yaşı ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmektedir (Kılınç, 2013; Rosa ve ark., 2020; Bozdemir, 2023). Topbaş (2022), ise otizimli çocukların ebeveynlerinde yaşı daha genç olanların psikolojik sağlamlık alt boyutu olan ilişkisel kaynaklar puanlarının daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Su, Liu ve Chen (2021), bipolar hastaların bakım verenlerinde yaş ilerledikçe psikolojik sağlamlık düzeylerinin azaldığını belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarının çeşitliliği çalışılan hasta grubu ve bakım verenin bireysel farklılıkları olabilir. Çalışmamız ve benzer çalışma sonuçlarına göre ruh sağlığı çalışanları, bakım veren genç bireylerdeki riski göz önünde bulundurmalıdır. Bu bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyini artırmaya yönelik psikoeğitimin faydalı olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim düzeylerine göre, ilköğretim ve altı olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarını üniversite ve üstü olanların psikolojik sağlamlık toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Bu sonucun nedeni katılımcılarda eğitim düzeyi düşük olanların kültürel bağlamsal kaynakları ile ailesel kaynaklar puanlarının yüksek olması olabilir. Literatürde bu konuyla ilgili bulgumuzu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Kimter, 2020; Lök ve Bademli 2021; Sadıkoğlu ve Topkaya, 2023). Bazı çalışmalar bakım verenlerde

eğitim seviyesi ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtirken (Ektaş, 2017; Yağmur ve Türkmen, 2017; Parmaksız, 2020; Bozdemir, 2023; Korkmaz, 2023) bazı çalışmalarda eğitim seviyesi azaldıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (Özkoçak, 2016; Uğurtay, 2019; Manhas ve ark., 2019; Su, Liu ve Chen, 2021). Çalışma bulgumuz ve literatür çalışma sonuçlarına göre, eğitim değişkeninin psikolojik sağlamlığı tam anlamıyla yordamadığı düşünülebilir. Çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek katılımcıların ailesel kültürel ve bağlamsal kaynaklarının güçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamıza göre medeni durum değişkeni ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bulgumuzda bekârların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve alt boyutları olan bireysel, ailesel kaynaklar puanları, evli olanların puanlarından düşük bulunmuştur. Evlilerin psikolojik sağlamlığı bekârlardan yüksektir. Literatüre bakıldığında bulgumuzu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Parmaksız, 2020; Kimter 2020; Arslan ve Topal, 2021; Sun, Qin ve Hengudomsub, 2021; Korkmaz, 2023). Birtakım çalışmalarda ise bireyin medeni durumu ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Rosa ve ark., 2020). Çalışmamıza katılan evli bireylerin zorluklar karşısında bireysel baş etme becerilerini artırdıkları, ailenin diğer üyelerinden destek aldıkları ve buna bağlı psikolojik sağlamlıklarını korudukları düşünülmektedir. Ruh sağlığı çalışanları, bekâr bakım verenlerin risk altında olduklarını göz önünde tutarak, bireysel baş etme yöntemlerini geliştirici ve ailesel destek kaynaklarını aktive edici girişimlerde bulunmalıdırlar.

Çalışmamızda bakım verenlerde, çocuk sahibi olanların psikolojik sağlamlık toplam ve üç alt boyutu (bireysel, kültürel ve bağlamsal, ailesel kaynaklar) puanlarının, çocuk sahibi olmayanların psikolojik sağlamlık toplam puanı ve üç alt boyut puanlarından yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda bakım verenlerin çocuk sayısı arttıkça psikolojik sağlamlık alt boyutu olan kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının arttığı görülmektedir. Bulgumuzu destekleyen bir çalışmada çocuğu olmayanların psikolojik sağlamlık düzeyleri çocuğu olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur (Korkmaz, 2023). Çalışma bulgumuzun tersi bir sonuca ulaşan bir araştırmada ise hasta çocuğuna bakım veren annelerde dörtten çok çocuğu olanların psikolojik sağlamlıklarının bir tane çocuğu olanlara göre anlamlı seviyede düşük olduğunu bildirmişlerdir (Uçar, 2021). Bazı çalışmalarda ise bakım verenin çocuk sayısı ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Topbaş 2022; Muratoğlu, 2022; Bozdemir, 2023). Çalışmamızda katılımcılarımızın çocuk sahibi olmasının, bakım deneyimlerine bağlı olarak zorluklar karşısında bireysel baş etme yöntemlerini geliştirdikleri düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızın kırsal kesim sayılabilecek küçük bir

şehirde yapılmış olması, kültürel değerlerin yaşatıldığı, geleneksel aile yapısının korunduğu ve buna bağlı olarak ailenin diğer üyelerinin destek sağladığı düşünülebilir. Bu bağlamda çalışma sonucumuz tüm topluma genellenemez. Ruh sağlığı çalışanlarının çocuğu olmayan bakım verenlere profesyonel desteğinin, bakım verenlerde psikolojik sağlamlığı artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, bakım verenlerin kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanları meslek değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. İşçi, emekli ve çalışmayanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının memur olanlardan yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin ailesel kaynaklar puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir. Emeklilerin ailesel kaynaklar puanlarını memur işçi ve çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularımızı destekleyen bir çalışmada, emeklilerin çalışmayanlardan, memurlardan ve diğer meslek gruplarından daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğu belirtilmiştir (Kimter, 2020). Literatürdeki bazı çalışmalarda bir işte çalışanlarının psikolojik sağlamlılığının çalışmayanlara göre yüksek olduğu belirtilmişken (Özkoçak, 2016; Uğurtay, 2019; Manhas ve ark., 2019; Uçar, 2021; Su, Liu ve Chen, 2021), bazı çalışmalarda ise bakım verenlerde meslek değişkeninin psikolojik sağlamlıkla anlamlı ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir (Ektaş, 2017; Doğan ve ark., 2020). Çalışma sonucumuzda özellikle memur bakım verenlerin, çalışmayanlardan, emekli ve işçi olanlardan psikolojik sağlamlık açısından riskli meslek grubunda olduğu görülmektedir. Atwool (2006), psikolojik sağlamlığın koruyucu faktörleri arasında aile desteğinin önemini vurgulamıştır. Memur çalışanların başka şehirlerde çalışıyor olmaları ile aile üyelerinden destek alamadıkları, çalışma nedeni ile de hastalarına yeterli zaman ayıramadıkları düşünülmektedir. Ruh sağlığı çalışanlarının özellikle memur bakım verenlere hastalarına bakımda destek olabilecek diğer kaynakları aktive edici müdahalelerde bulunması faydalı olabilir.

Çalışmamızda psikiyatri hastasıyla birlikte yaşama süresi artıkça bakım verenlerin psikolojik sağlamlık puanlarının arttığı görülmektedir. Bunu nedeni katılımcıların ailesel kaynaklar ile kültürel ve bağlamsal kaynaklardan aldıkları puanların yüksek olması olabilir. Literatürdeki çalışmalar bulgumuzu desteklememektedir. Birçok çalışmada bakım verenlerin bakım süresi ile psikolojik sağlamlık arasında ilişki olmadığını belirtmektedir (Çetin, 2019; Tekyıldırım, 2019; Ardiç, 2020; Topbaş, 2022; Sarı ve Duman, 2022). Su, Liu ve Chen (2021), bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerinde yaptığı çalışmada bakım verme süresi ile psikolojik sağlamlık alt boyutlarını negatif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda bakım verenlerde fiziksel hastalığı olanların psikolojik sağlamlık toplam puanları ile bireysel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar alt boyutları puanları

fiziksel hastalığı olmayanların psikolojik sağlık toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Bulgumuzla aynı sonuçlara ulaşan bir çalışmada bakım verenlerde kronik hastalığa sahip olan olanların, kronik hastalığa sahip olmayanlara göre, daha düşük kişiler kaynaklar, daha düşük kültürel ve bağlamsal kaynaklar, daha düşük ailesel kaynaklar puanları aldıkları belirtilmiştir (Topbaş, 2022). Kimter (2020), ise çalışmasında farklı kronik hastalıklarda psikolojik sağlık düzeyinin farklı olduğunu üst solunum yollarında rahatsızlığı olan kişilerin çok düşük psikolojik sağlık seviyesine sahip olduğunu, kanser ve kalp hastalıkları olan kişilerin ise yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu belirtmiştir. Kronik fiziksel ya da ruhsal hastalığa sahip olmak psikolojik sağlık açısından bireysel risk faktörlerindendir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009). Ruh sağlığı çalışanlarının bu riski göz önünde tutarak fiziksel hastalığı olan bakım verenlere psikolojik sağlamlığı artırıcı müdahalelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda TRSM'den destek alan bakım verenlerin psikolojik sağlık alt boyutu olan bireysel kaynaklar puanları TRSM'den destek almayanların bireysel kaynaklar puanlarından düşük bulunmuştur. Psikiyatri hastalarına bakım verme sürecince bakım verende stres oluşumu birtakım duyguları da beraberinde getirir. Suçluluk, çaresizlik, korku, öfke, kaygı, utanç gibi duygular bireyin psikolojik dayanıklılığını azaltmaktadır (Duman ve Bademli 2013; Tel ve Ertekin 2013). Çalışma bulgumuzu destekleyen bir çalışma Uğurtay (2019), TRSM' de takipli bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerinde kaygı, üzüntü ve çaresizlik gibi duyguları yüksek düzeyde yaşadıklarını belirtmiştir. Ayhan ve arkadaşları (2019), ise TRSM' de takipli şizofreni hastalarının bakım verenlerinde TRSM'den destek almayan bakım verenlere göre bakım yükünün, duygusal gerginliğin, özel hayatın bozulmasının, sinirliliğin, kısıtlanmışlık hissinin ve toplumsal ilişkilerde bozulmanın anlamlı olarak düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bilgen, Erdal ve Bilgili (2020), TRSM'lerde takipli şizofreni tanılı hastalarına bakım verenlerinin algıladığı bakım yükünün TRSM desteği almayanlara göre daha düşük olduğunu belirtmiştir. Literatür incelemelerinde ülkemizde TRSM'ye kayıtlı hastaların bakım verenlerinin psikolojik sağlık düzeylerini araştıran çalışmaların yetersiz olduğunu görmekteyiz. Bu alanda literatüre katkı için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Yapılan diğer çalışmalarda bakım verenlerin algıladığı yük açısından TRSM desteğinin olumlu katkıları olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin bireysel anlamda desteklenmesi, hastalarının TRSM takiplerinin düzenli ve sık aralıklarda olması için farkındalıklarının sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

5.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Çalışmamıza katılan katılan primer bakım verenlerin %57,8 kadınlardır. Çalışmalar bakım vericilerin çoğunluğunun kadın olduğunu bildirmişlerdir (Tel ve Ertekin Pınar, 2013; Kokurcan, Özpolat ve Göğüş, 2015; Kalinkara ve Kalaycı, 2017; Gün, 2017; Kabullar, 2019). Çalışmamızda bakım veren kadınların tükenmişlik genel puanları bakım veren erkeklerin tükenmişlik genel puanlarından yüksek bulunmuştur. Kadınların tükenmişliğin alt boyutu olan duygusal tükenme puanları erkeklerin duygusal tükenme puanlarından yüksek bulunmuştur. Literatürde bulgumuzu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Kafadar (2014), bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde kadınlarda duygusal tükenmenin anlamlı olarak erkeklerden daha fazla olduğu belirtmiştir. Di Giuseppe ve arkadaşları (2021), sağlık çalışanlarında, kadın cinsiyetini stres ve tükenmişlik ile ilişkilendirmiştir. Yıldızhan ve arkadaşları (2017), alzheimer hastalarına bakım verenlerde evli, çocuğu olan kadınların tükenmişlik için risklerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Truzzi ve arkadaşları (2012), bakım veren kadınların, erkeklere göre duygusal olarak daha çok tükenmiş olduklarını belirtmiştir. Kanser hastalarının birincil bakım verenlerinde yapılan çalışmada cinsiyete değişkenine göre kadınlar, erkeklere göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamışlardır (Heo ve Shin, 2019). Litaretürde şizofreni hastalarının bakım verenlerinde, palyatif hastalarının bakım verenlerinde ve hemşirelerle yapılan bazı çalışmalarda ise cinsiyet ve tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Kokurcan, 2015; Eğici ve ark., 2019; Korkmaz, 2023). Tuna ve Olgun (2010), inmeli hastalara bakım veren yakınlarından erkek olanlarının, kadın olanlara göre tükenmişlik düzeyi yüksek olduğunu belirtmiştir.

Çalışmalara bakıldığında cinsiyet değişkeninin tükenmişlik açısından farklı sonuçları olmakla beraber kadın cinsiyetinin tükenmişliğinin yüksek olduğu daha fazla sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Toplumlarda kadına ve erkeğe atfedilen rollerin farklılığı, bakım verenin destek sistemleri aynı zamanda bakım verenin bireysel özelliklerinin farklılığı nedeni ile cinsiyet değişkeninin tükenmişliği tam olarak yordamadığı düşünülmektedir. Ancak birçok toplumda bakım rolünü kadınların üstlenmesi ve kadınların, şevkat, merhamet, sevgi gibi duygularını erkeklere göre yoğun yaşama eğiliminde olduğundan, tükenmişlik açısından risk altında olabilecekleri düşünülebilir. Ruh sağlığı çalışanlarının, kadınlarda özellikle duygusal tükenmeye yönelik yapılacak olan müdahaleler bu riski azaltabilir.

Çalışmamızda bekârların tükenmişlik genel puanları ile tükenmişlik alt boyutları puanları, evlilerin tükenmişlik genel ve tükenmişlik alt boyutlarının puanlarından yüksek bulunmuştur. Tuna (2010), bekâr bakım verenlerin evlilere göre daha çok duygusal tükenme ve tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir. Bu çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Litaratürde rastlanılan çalışmaların çoğunda bakım verenlerde evli ya da bekâr olmanın tükenmişlikle ilişkisi arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (Yılmaz, Turan ve Gündoğar, 2009; Dizer, İyigün ve Kılıç 2018; Başol, Sağlam ve Çakır, 2018; Korkmaz 2023; Gülmen, Kale ve Avcı, 2023; Nilüfer ve Arslantaş, 2023). Kalinkara ve Arpacı (2021), ise yaşlı bakım hizmeti veren evli erkek personelin tükenmişlik düzeyi ve duygusal tükenmişliğinin bekârlardan daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Benzer başka bir çalışma bakım yükünün evlilerde bekârlara göre fazla olduğunu ve tükenmişlikle pozitif ilişkili olduğunu belirtmiştir (Kalinkara ve Kalaycı, 2017). Çalışmamızda bekârlarda evlilere göre tükenmişlik düzeylerinin yüksek olmasının nedeni, genç yaşta olmaları ve buna bağlı olarak hayat deneyiminin az oluşu ya da evlilere göre sosyal desteklerinin yetersiz oluşu olabilir. Ruh sağlığı çalışanlarının bekâr bakım verenlerde bu riski gözeterek gerekli müdahalelerde bulunması tükenmişlik düzeyini azaltabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda literatürde medeni durumun ve tükenmişliğin psikiyatri hastalarını bakım verenleri ile yapılan araştırmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu alanda daha fazla çalışma yapılması ile medeni durum ve tükenmişlik ilişkisinin daha net ortaya konulabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olan bakım verenlerin tükenmişlik genel, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi puanları, çocuk sahibi olmayanların tükenmişlik genel puanlarından düşük bulunmuştur. Bulgumuzla benzerlik gösteren bir çalışmada, çocuğu olmayanların duyarsızlaşma puanının çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (Korkmaz, 2023). Literatürde bakım verenlerde çocuk sahipliği ve tükenmişlikle ilgili sonuçları farklı çalışmalara rastlanılmıştır. Bazı çalışmalarda çocuk sahibi olmanın tükenmişlik düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Dizer, İyigün ve Kılıç, 2018; Kabullar, 2019). Gün (2017), inmeli hastaların bakım verenlerinde, çocuğu olanların tükenmişliğin duygusal tükenme alt boyutu puanının çocuğu olmayanlara göre yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgumuz değerlendirildiğinde katılımcıların çocuğu olan bakım verenlerinin, anne baba olma rolü ile birlikte etkili başa çıkma tarzlarını daha çok deneyimledikleri, bakım rolü ile daha duyarlı ve başarı hissine sahip oldukları düşünülmektedir. Ancak çalışmamızda çocuk sayısı arttıkça düşük kişisel başarı hissini arttırdığını görmekteyiz. Ahmadi, Sabery ve Adib-Hajbaghery (2021), çalışmasında bakım sorumluluğundaki kronik rahatsızlığı olan ve çok çocuklu ebeynlerin tükenmişliği tüm alt

boyutlarıyla yüksek düzeyde yaşadığını bildirmişlerdir. Çocuğu olmayan ve çok çocuklu bireylere ruh sağlığı çalışanları tarafından verilecek olan psikoeğitimin tükenmişliği azaltabileceğı düşünölmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyi düşük olanların tükenmişlik genel, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları gelir düzeyi yüksek olanlara göre yüksek bulunmuştur. Litartürde çalışma bulgumuza paralel çalışmalar mevcuttur. Ahmadi, Sabery ve Adib-Hajbaghery (2021), kronik rahatsızlığı olan çocuğuna bakım veren geliri yetersiz olan ebeynlerin yüksek düzeyde yük ve tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir. Kokurcan, Özpolat ve Göğüş (2015), şizofreni hastalarının bakım verenlerinde daha yüksek aile gelirini kişisel başarı ile ilişkilendirmiş, tükenmişliğin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt boyutlarında ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Gök ve Aslantaş (2023), şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin geliri giderlerinden az olanların duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Heo ve Shin (2019), kanser hastalarının birincil bakım verenlerinde düşük gelir düzeyinin bakım yükü ve tükenmişliği artırdığını belirtmişlerdir. Tuna (2010), çalışmasında ise hasta yakınlarının ekonomik durumu ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark bulunmadığını bildirmiştir. Bakım verende tükenmişliğe yol açan risk faktörlerinden biri bireyin gelir düzeyidir. (Moghadam ve ark., 2022). Çalışma bulgumuz ve literatürdeki diğer çalışmalar gelir düzeyinin tükenmişlik üzerindeki etkisini doğrulamaktadır. Bu bakımdan gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin tükenmişlik riski göz önünde tutularak, ruh sağlığı çalışanlarının ekonomik kaynakları harekete geçirmeye yönelik müdahaleleri faydalı olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin ruhsal herhangi bir hastalığa sahip olan, ruhsal bir hastalığa sahip olmayanlara göre duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve tükenmişlik genel puanları yüksek bulunmuştur. Bu konuyla ilgili literatürde bulgumuza destekleyen çalışmalar mevcuttur. Tel ve Ertekin Pınar (2013), psikiyatri hastalarının bakım verenlerinde depresyon ile tükenmişliğin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki belirtmiştir. Kafadar (2014), bipolar bozukluk tanıılı hastaların bakım verenlerinde depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalık olmasının duygusal tükenmeyi artırdığını belirtmiştir. Eğici ve arkadaşaları (2019), palyatif bakım hastalarının bakım verenlerinin kronik hastalığı olanların duygusal tükenmişlik puanlarının anlamlı olarak kronik hastalığı olmayan gruptan daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda ise bakım verenin kronik fiziksel hastalık durumu ile tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili olmadığı sonucu bildirilmiştir (Kokurcan, Özpolat ve Göğüş, 2015; Kalinkara ve Işıl Kalaycı 2017). Çalışmalar herhangi bir ruhsal hastalığı olan bakım verenlerde yükün artığını ve özellikle duygusal boyutta tükenmişlik yaşadıklarını

göstermektedir. Ruh sağlığı çalışanlarının bu gruptaki bakım verenleri tespit etmesi, destekleyici müdahalelerde bulunması ile bakım yükünün azaltılacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda psikiyatri hastasının tanı süresi uzadıkça bakım verenlerin daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları görülmüştür. Bu konuyla ilgili çalışmalarda hastanın tanı süresi, bakım süresiyle ilişkilendirilerek, bakım süresi arttıkça tükenmişlik düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (Kafadar, 2014; Eğici ve ark., 2019). Gök ve Aslantaş (2023), şizofreni hastalarının primer bakım verenlerinde bakım süresi arttıkça yükün ve tükenmişliğin azaldığı belirtmektedir. Kokurcan, Özpolat ve Göğüş (2015), bakım süresi ve tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığını belirtmişlerdir. Literatürde bulgumuzu destekleyen çalışmalar olmakla beraber farklı sonuçlarında ortaya konduğu görülmektedir. Bu farklılık çalışmayan katılan kişilerin bireysel farklılıkları, ailesel ve sosyal destek sistemlerinin farklılığı olabilir.

5.5. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Çalışmamızda kadınların nevrotik ve immatür savunma puanları erkeklerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Bulgumuza kısmi benzer sonuçlarda, kadınların erkeklerden daha fazla nevrotik mekanizma kullanıldığı, immatür mekanizmaların da erkekler tarafından daha fazla kullanıldığını belirtilmiştir (Parekh ve ark., 2010). Dağce Hafizolğlu (2019), çalışmasında matür ve nevrotik savunmanın cinsiyet açısından anlamlı fark belirtmezken immatür savunmaların erkeklerde daha yüksek oranda kullanıldığını belirtmiştir. Başka çalışmalarda ise, kadın ve erkeklerin kullandıkları matür, immatür ve nevrotik savunma mekanizmaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtilmiştir (Drapeau ve ark., 2011; Aksu, 2019; Gençoğlu, 2019). Literatürdeki farklı sonuçların çalışılan grupların sosyo kültürel çeşitliliği ve toplumların benimsediği cinsiyet rolleri ile ilgili olabilir. Ataerkil toplumlarda kadına verilen bakım rolü ve kadının diğer rolleri ile yükünün artması baş etme yetersizliklerine neden olabilir. Bu çalışmada kadınların matür savunma kullanmaları desteklenerek bakım yükünü daha az hissetmeleri sağlanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir. Katılımcıların yaş gruplarına bakıldığında yaş arttıkça nevrotik savunmaların arttığı görülmektedir. Çalışmamızla aynı bulguyu paylaşan Aksu (2019), nevrotik savunma mekanizmasını kullanma sıklığının yaşı büyük olanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir. Gençoğlu (2019), yaş grupları arasında 60 yaş ve üstü

bireylerde matür savunmaların düşük nevrotik ve immatür savunma düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Sonuçları farklı bir çalışmada ise depresyon tanılı genç hasta grubunun, yaşlı hastalara göre daha fazla immatür ve nevrotik savunma mekanizması kullanmış olduklarını belirtilmiştir (Oh ve ark., 2019). Diehl, Coyle ve Labouvie-Vief (1996), araştırmalarında genel olarak katılımcıların yaşı arttıkça immatür ve nevrotik savunmalarda bir azalma olduğunu ve daha olgun savunma mekanizmalarının kullanımında bir artış olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda yaş değişkeninin savunma biçimleri açısından farklı sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Çalışmamızda psikiyatri hastalarının bakım verenlerinin yaşları arttıkça zorluklarla başa çıkmada yetersiz kaldıkları düşünülmektedir. Bu bireylerde matür savunmalara yönelik psiko eğitim, sosyal destek ve destekleyici sağlık politikaları faydalı olabilir.

Çalışma bulgularımız bakım verenlerin matür ve immatür savunmalar ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık göstermezken, nevrotik savunmalar ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İlköğretim ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarının üniversite ve üstü olanların nevrotik savunmalar puanlarından fazla bulunmuştur. Aksu (2019), çalışmasında daha az eğitim seviyesine sahip bireylerin nevrotik savunma biçimlerini eğitim seviyesi yüksek olan bireylerden anlamlı düzeyde daha çok kullandıklarını belirlemişlerdir. Bu çalışma nevrotik savunmalar ve eğitim ilişkisi açısından çalışmamızı destekler niteliktedir. Solgun ve arkadaşları (2018), lise düzeyinde eğitim alan grubun, üniversite mezunlarına göre olgun savunma mekanizmaları puanı anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Öztürk (2023), ailenin eğitim durumu ve kullandıkları savunma mekanizmaları ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Gençoğlu (2019), eğitim durumu açısından matür ve nevrotik savunma mekanizmalarının anlamlı farklılık göstermediğini ancak eğitim seviyesi düşük katılımcıların immatür savunmaları eğitim seviyesi yüksek olanlara göre daha fazla kullandıkları belirtmiştir. Demir ve Akoğlu (2022), aynı şekilde eğitim seviyesi düşük olanların daha çok immatür savunmaları kullandıklarını tespit etmiştir. Literatürdeki çalışmaların savunma mekanizmaları ve eğitim ilişkisi açısından farklı sonuçlar olduğu ortaya koyduğu görülmektedir. Bu bakımdan eğitim değişkeninin savunma mekanizmalarını net bir şekilde yormadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda medeni durum değişkeni açısından, evli katılımcıların bekârlara göre daha çok nevrotik savunmaları kullandığı belirlenmiştir. Solgun ve arkadaşları (2018), evlilerin bekârlara göre daha yüksek düzeyde immatür savunmaları kullandığını belirtmiştir. Elmas (2017), evli bireylerde savunma biçimleri alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulmuş olup nevrotik savunma düzeyi yüksek olanların matür savunma düzeylerinde

yüksek olduğunu belirtmiştir. Diğer çalışmalar medeni durumu değişkeninin savunma mekanizmaları alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (Aksu, 2019; Gençoğlu, 2019). Çalışmamızda evli bireylerin aldığı sorumluluklarının bekâr bireylere göre daha fazla olduğu ve zorluklar karşısında etkisiz başetme yöntemlerini daha sık kullandıkları düşünülmektedir. Ruh sağlığı çalışanlarının bu bireylere vereceği etkili baş etme yöntemleri ile ilgili psikoeğitimin yararlı olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları çocuk, sahibi olmayanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek bulunmuştur. Bulgumuzu destekleyen başka bir çalışmada çocuğu olan katılımcıların nevrotik savunma puanları, çocuğu olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (Yıldız, 2020). Elmas'ın (2017), çalışmasında ise çocuğu olmayan kişilerin nevrotik savunmalar puan ortalamasının çocuğu olan kişilerden yüksek olduğu sonucunu ortaya koymuştur. Albayrak (2018), katılımcıların savunma mekanizmalarının tüm alt boyutları ile çocuk sahibi olması arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Çelenk (2019), yaşlı hastaya evde bakım verenlerin çocuğunun olma durumuna göre, bakım yükünün çocuğu olmayanlara göre yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda bireylerin hastasına ve çocuğuna karşı bakım sorumluluğu karşısında maddi ve manevi yüklerin artacağı ve bakım verenlerin yetersizlik duygusu yaşayabileceği düşünülmektedir. Çocuklu bireylerin desteklenerek olgun savunmalar geliştirmelerini sağlamak faydalı olabilir.

Çalışmamızda bir işte çalışmayan ve emekli olan bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları çalışanların nevrotik puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde bu konuyla ilgili fazla çalışmaya rastlanılmamakla beraber bulgumuzu destekleyen bir çalışma mevcuttur (Elmas, 2017). Çalışma bulgumuza göre, bir işte çalışmama sebebi ile hastası ile sürekli aynı ortamda bulunma ve bakım verme bireylerde baş etme yetersizliklerine ve nevrotik savunmalara neden olabileceği düşünülebilir. Ruh sağlığı çalışanlarının ailen diğer üyelerinin, hastasının bakımına aktif katılma konusunda desteklenmesi, evde kalan bakım vereni rahatlatabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin herhangi bir fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip olma ve olmama duruma göre anlamlı bulgular elde edilmiştir. Herhangi bir fiziksel hastalığı olanların nevrotik savunmalar puanları, herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanların nevrotik savunmalar puanlarından düşük bulunmuştur. Bakım verenlerin matür ve immatür savunmalar puanları herhangi bir fiziksel hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Herhangi bir ruhsal hastalığı olanların immatür savunmalar puanları

herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan immatür savunmalar puanlarından yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin matür ve nevrotik savunmalar puanları herhangi bir ruhsal hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Çelenk (2019), yaşlı hastaya evde bakım verenlerin kronik bir rahatsızlığının olmasının bakım verende, bakım verme yükünü artırdığını belirtmiştir. Aksu (2019), ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin, olgun olmayan savunma biçimleri kullanma sıklığının, ruhsal hastalığı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirterek bulgumuzu desteklemektedir. Ancak nevrotik savunmalar açısından bu çalışmada ruhsal hastalığı olanların nevrotik savunmaları daha sık kullandığı belirtilmiştir. Bu fark katılımcıların kişilik özellikleri ile ilgili olabilir. Gençoğlu (2019), psikolojik rahatsızlık durumu açısından matür, nevrotik ve immatür savunma biçimlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini belirtmiştir. Bu çalışma matür ve nevrotik savunmalar açısından bulgumuzu destekler niteliktedir. Çalışma bulgumuz ve literatür çalışmalarına bakıldığında genel olarak bakım verende fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı, kendine ve hastasına bakımda zorlandıkları ve bu zorlanti karşısında etkisiz baş etme yöntemleri kullandıkları düşünülmektedir. Fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bakım verenlerinin ruh sağlığı çalışanları tarafından desteklenmesi, gerektiğinde hastaların TRSM'den destek alma ya da yatılı bakım merkezlerine yerleştirilmesi önerilebilir. Çalışmamız da TRSM'den destek alanların bakım verenlerin matür ve immatür savunmalar puanlarının TRSM'den destek almayan bakım verenlere göre düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre de bakım verenlerin TRSM desteğini alması, olumlu sonuçlar sağlayabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda psikiyatri hastasının tanı süresinin 21 yıl ve üzeri olanların bakım verenlerinde nevrotik savunma düzeylerini daha sık kullandıkları görülmüştür. Çalışmalar hastaya bakım süresinin artması ile bakım verenin yükünün arttığını göstermektedir. Çelenk, (2019; Nergiz, 2019). Ailenin yaşadığı yükler, hasta kaynaklı ya da ailenin sosyal, duygusal ve ekonomik açıdan baş etme yetersizliğine bağlı olduğu düşünülmektedir (Demirkıran, 2019). Alanyazında hastanın tanı süresi ile savunma mekanizlarını araştıran çalışmalara rastlanılmamakla beraber bakım vereninin baş etme yetersizlikleri sebebi ile nevrotik savunmaları kullandığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışma sonucunda psikiyatrik tanıılı bireylerin birincil bakım verenlerinin kullandıkları savunma mekanizmaları, psikolojik sağlamlık, tükenmişlik düzeylerinin birbirine etkisi ve katılımcıların demoğrafik özelliklerinin psikolojik sağlamlığı, tükenmişliği, savunma mekanizmaları üzerindeki etkisi araştırılmış olup sonuçlar ve öneriler aşağıda belirtilmiştir. Araştırma sonuçları ve önerilerin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma verilerine göre bakım veren katılımcıların psikolojik sağlamlığı yüksek, tükenmişlik düzeyi düşük bulunmuştur. Bu bulguya göre, psikolojik sağlamlığın tükenmişlik düzeyini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya katılanlar, savunma mekanizmalarının (matür, immatür, nevrotik) her üç boyutunu da orta düzeyde kullanmaktadır. Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık ile olgun savunma mekanizmaları arasında pozitif zayıf bir ilişki bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılık, olgun savunma kullanımını arttırmaktadır. Psikolojik sağlamlık ile nevrotik savunmalar arasında pozitif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre psikolojik sağlamlık nevrotik savunmaları zayıf düzeyde arttırmaktadır. Çalışmada psikolojik sağlamlık ile olgun olmayan savunmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda olgun savunmalar ile tükenmişlik arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Çalışma bulgumuzda yüksek tükenmişlik düzeyi, matür savunmalar düzeyini azaltmaktadır. Tükenmişliğin duygusal tükenme ile duyarsızlaşma alt boyutları ile nevrotik savunmalar arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak nevrotik savunmalar ile düşük kişisel başarı hissi arasında negatif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda bakım verenlerin düşük kişisel başarı hissini azaltmak için nevrotik savunmalara yöneldiği görülmektedir. Tükenmişlik ile immatür savunmalar arasında yapılan arasında pozitif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik immatür savunmalar düzeyini arttırmaktadır.

Çalışma verilerine göre; bakım verenlerin yaşı artıkça psikolojik sağlamlık düzeylerinin arttığı görülmektedir. Bakım verenlerin, eğitim düzeyi düşük olanların, eğitim düzeyi yüksek olanlardan psikolojik sağlamlıkları yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi düşük olan katılımcıların ailesel, kültürel ve bağlamsal alt boyut puanları yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin medeni durumuyla psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bekâr bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve alt boyutları olan bireysel, ailesel kaynaklar puanları, evli olanların puanlarından düşük bulunmuştur. Evlilerin psikolojik sağlamlığı bekârlardan yüksektir. Bakım verenlerde, çocuk sahibi olanların psikolojik sağlamlık toplam ve üç alt boyutu (bireysel, kültürel ve bağlamsal, ailesel kaynaklar)

puanlarının, çocuk sahibi olmayanların psikolojik sağamlık toplam puanı ve üç alt boyut puanlarından yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin kişilerin sahip olduğu çocukların sayısı çoğaldıkça psikolojik sağamlıklarının arttığı görölmektedir. Bakım verenin meslek değışkeni ile kültürel ve bağlamsal kaynaklar alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bakım veren işçi, emekli ve çalışmayanların kültürel ve bağlamsal kaynaklar puanlarının memur olanlardan yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin ailesel kaynaklar puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir. Emeklilerin ailesel kaynaklar puanlarını memur işçi ve çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerde psikiyatri hastasıyla birlikte yaşama süresi artıkça psikolojik sağamlık puanlarının arttığı görölmektedir. Bakım verenlerde fiziksel hastalığı olanların psikolojik sağamlık toplam puanları ile bireysel kaynaklar, kültürel ve bağlamsal kaynaklar alt boyutları puanları fiziksel hastalığı olmayanların psikolojik sağamlık toplam puanlarından düşük bulunmuştur. TRSM'den destek alan bakım verenlerin psikolojik sağamlık alt boyutu olan bireysel kaynaklar puanları TRSM'den destek almayanların bireysel kaynaklar puanlarından düşük bulunmuştur.

Çalışma verilerine göre; araştırmaya katılan bakım verenlerin %57,8 kadınlardır. Çalışmamızda bakım veren kadınların tükenmişlik genel puanları bakım veren erkeklerin tükenmişlik genel puanlarından yüksek bulunmuştur. Kadınların duygusal tükenme puanları erkeklerin duygusal tükenme puanlarından yüksek bulunmuştur. Çalışma da bekârların tükenmişlik genel puanları ile duyarsızlaşma, duygusal tükenme, düşük kişisel başarı hissi, evlilerin tükenmişlik genel puanları ve tüm alt boyutlarının puanlarından yüksek bulunmuştur. Çalışmaların çoğu evli ya da bekâr olmanın tükenmişlikle ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Çocuk sahibi bakım verenlerin tükenmişlik düzeyi çocuk sahibi olamayanlardan düşük bulunmuştur. Ancak çalışmamızda çocuk sayısı arttıkça düşük kişisel başarı hissini arttığını görölmektedir. Gelir düzeyi düşük bakım verenlerin, geliri yüksek olanlardan tükenmişlik düzeyi yüksektir. Bakım verenlerin ruhsal herhangi bir hastalığa sahip olan, ruhsal bir hastalığa sahip olmayanlara göre duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve tükenmişlik genel puanları yüksek bulunmuştur. Psikiyatri hastasının tanı süresi uzadıkça onlara bakım verenlerin daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları görölmüştür.

Çalışma verilerine göre; cinsiyet değışkenine göre, kadınların nevrotik ve immatür savunma puanları erkeklerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Katılımcıların yaşı ile nevrotik savunmalar arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Yaş artıkça nevrotik savunmaların arttığı görölmektedir. Bakım verende nevrotik savunma puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. İlköğretim ve altı olanların nevrotik savunmalar puanlarının üniversite ve üstü olanların nevrotik savunmalar puanlarından fazla

bulunmuştur. Medeni durum değişkeni açısından, evli bakım verenlerin bekârlara göre daha çok nevrotik savunmaları kullandığı belirlenmiştir. Çocuk sahibi bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları çocuk sahibi olmayanların nevrotik savunmalar puanlarından yüksek bulunmuştur. Çalışmada bir işte çalışmayan ve emekli olan bakım verenlerin nevrotik savunmalar puanları çalışanların nevrotik puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde bu konuyla ilgili fazla çalışmaya rastlanılmamakla beraber bulgumuzu destekleyen bir çalışmaya rastlanılmıştır. Fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bakım verenlerin, nevrotik ve immatür savunma düzeyleri sağlıklı bakım verenlere göre yüksektir. TRSM'den destek alan bakım verenlerin matür ve immatür savunmalar puanlarının TRSM'den destek almayan bakım verenlere göre düşük bulunmuştur. Psikiyatri hastasının tanı süresinin 21 yıl ve üzeri olanların bakım verenlerinde, nevrotik savunmaları daha sık kullandıkları görülmüştür.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçlarına göre ruh sağlığı çalışanları tarafından bakım verenlerin sorun yaşadığı alanlarda desteklenmesi, psikoeğitim verilmesi, gerektiğinde diğer disiplinler ile işbirliği yapılması, bakım veren ve dolaylı yönden bakım alanın fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması açısından önemlidir. Ayrıca bakım veren bireylerle yapılacak olan yeni çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda aşağıda verilecek olan önerilerin bu bireylere fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Tükenmişlik ile tüm psikiyatri tanıli hastaların bakım verenleri arasındaki ilişkiyi tam olarak değerlendirebilmek için çalışma bulgumuzu destekleyebilecek, sonuçları toplum genelini kapsayacak, daha büyük şehirlerde yeni çalışmalar yapılması önerilir. Çalışmamız ve literatürde farklı gruptaki çalışmalar dışında psikiyatri hastalarının bakım verenlerinin savunma mekanizmalarının alt boyutlarını karşılaştıran çalışmalara rastlanılmadığından, bu alanda literatüre katkı sağlayacak çalışmalar yapılması önerilir. Psikiyatri tanıli hastaların bakım verenlerinde psikolojik sağlamlığın nevrotik savunmaları nasıl etkilediği ile ilgili literatüre katkı sağlayacak çalışmalar yapılması önerilir. Ayrıca çalışma bulgumuza göre nevrotik savunmaları azaltmaya yönelik ruh sağlığı çalışanlarının bakım verenlere psikoeğitimin vermesi önerilir. Psikiyatri tanıli hastaların bakım verenlerinde psikolojik sağlamlığın immatür savunmaları nasıl etkilediği ile ilgili literatüre katkı sağlayacak çalışmalar yapılması önerilir. Ruh sağlığı çalışanlarının düşük kişisel başarı hissi yaşayan bakım veren bireylere olgun savunmaları artırıcı, etkili baş etme yöntemlerini geliştirici psikoeğitim vermeleri önerilir. Psikiyatri hastalarının bakım verenlerinde tükenmişlik ve

immatür savunmalar ilişkisini ortaya koyan literatüre katkı sağlayacak çalışmalar yapılması önerilir. Çalışma bulgumuza göre ruh sağlığı çalışanlarının tükenmişlik yaşayan bireylere olgun savunmaları artırıcı psikoeğitim vermeleri önerilir.

Çalışmada katılımcıların kişisel verileri ve ölçekler arasındaki ilişki sonuçlarına göre;

- ✓ Ruh sağlığı çalışanlarının, bakım veren genç bireylerde psikolojik sağlık düzeyini artırmaya yönelik psikoeğitim vermesi önerilir.
- ✓ Ruh sağlığı çalışanlarının eğitim seviyesi yüksek bakım verenlerde psikolojik sağlamlığı artırmak için ailesel kültürel ve bağlamsal kaynaklarının güçlendirilmesine yönelik müdahalelerde bulunması önerilir.
- ✓ Ruh sağlığı çalışanlarının, bekâr bakım verenlerin risk altında olduklarını göz önünde tutarak, bireysel baş etme yöntemlerini geliştirici ve ailesel destek kaynaklarını aktive edici girişimlerde bulunmaları önerilebilir.
- ✓ Ruh sağlığı çalışanlarının çocuğu olmayan bakım verenlere profesyonel destek vermesi önerilebilir. Bakım verenlerin çocuğunun olması ve çocuk sayısının psikolojik sağlamlığı nasıl etkilediği ile ilgili, literatüre katkı sağlayabilecek daha geniş örnekleme sahip çalışmalar yapılması önerilir.
- ✓ Ruh sağlığı çalışanlarının özellikle memur bakım verenlere hastalarına bakımda destek olabilecek diğer kaynakları aktive edici müdahalelerde bulunması önerilir.
- ✓ Litertürde, bakım verenlerde psikiyatri hastasıyla birlikte yaşama süresinin psikolojik sağlamlığı ne yönde etkilediği ile ilgili çalışmalara rastlanılmadığından, bu konuyla ilgili literatüre katkı sağlayabilecek araştırmalar yapılması önerilir.
- ✓ Ruh sağlığı çalışanlarının fiziksel hastalığı olan bakım verenleri dikkate alarak, psikolojik sağlamlığı artırıcı ve bakıma yardımcı olacak kaynakları aktive edici müdahalelerde bulunması önerilir.
- ✓ Ülkemizde TRSM'ye kayıtlı hastaların bakım verenlerinin psikolojik sağlık düzeylerini araştıran çalışmaların yetersiz olduğu saptanmış olup bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması önerilir. Ruh sağlığı çalışanları tarafından bakım verenlerin bireysel anlamda desteklenmesi, hastalarının TRSM takiplerinin düzenli ve sık aralıklarda olması için farkındalıklarının sağlanması önerilir.
- ✓ Ruh sağlığı çalışanlarının, bakım veren kadınlarda özellikle duygusal tükenmeye azaltmaya ve matür savunmaları artırmaya yönelik destekleyici müdahalelerde bulunması önerilir.

- ✓ Ruh sağığı çalışanlarının, yaşlı bakım verenlerde nevrotik savunmaları azaltmaya yönelik, bakıma yardımcı olacak aile ya da kurum desteklerini harekete geçirmeye yönelik müdahaleler yapması önerilir.
- ✓ Ruh sağığı çalışanlarının eğitim düzeyi düşük ve evli olan bakım verenlerine nevrotik savunmaları azaltmaya yönelik, etkili baş etme yöntemlerini geliştirci eğitim vermeleri önerilir.
- ✓ Çalışma bulgumuza göre ruh sağığı çalışanlarının bekâr bakım verenlerde bireysel baş etme yöntemlerini geliştirci psikoeğitim vermesi önerilir. Ayrıca bu konuyla ilgili literatüre katkı sağlayacak daha fazla çalışma yapılması önerilir.
- ✓ Çocuğı olmayan ve çok çocuklu bakım verenlere ruh sağığı çalışanlarının destekleyici müdahalelerde bulunması önerilir.
- ✓ Gelir düzeyi düşük olan bakım verenlerin tükenmişlik riski göz önünde tutularak, ruh sağığı çalışanlarının ekonomik kaynakları harekete geçirmeye yönelik diğer disiplinlerle işbirliğı yapması önerilir.
- ✓ Hastasının tanı süresinin uzun olduğı bakım verenlere ruh sağığı çalışanları tarafından destekleyici ve baş etme yöntemlerin geliştirci müdahalelerde bulunması önerilir.
- ✓ Çocuk sahibi bakım verenlerin daha çok matür savunmaları kullanmaları için ruh sağığı çalışanlarının psikoeğitim vermesi önerilir
- ✓ Ruh sağığı çalışanlarının çalışmayan bireylerin nevrotik savunmaları azaltmaya yönelik, ailen diğer üyelerinin, hastasının bakımına aktif katılma konusunda desteklemesi önerilir. Ayrıca bu konuyla ilgili literatüre katkı sağlayacak yeni çalışmalara yapılması önerilir.
- ✓ Fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bakım verenlerinin, ruh sağığı çalışanları tarafından hastalıklarına yönelik tedavilerinin sağlanması, nevrotik ve immatür savunmaları azaltmaya yönelik eğitimlerin verilmesi, gerektiğinde hastaların TRSM'den destek alma ya da yatılı bakım merkezlerine yerleştirilmesi önerilir.
- ✓ Ruh sağığı çalışanlarının, hastasına uzun yıllar bakım veren bireylerde nevrotik savunmaları azaltmaya yönelik ruhsal destek sağlamaları önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Abacı, K. (2018). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).Gaziantep.
- Ahmadi, B., Sabery, M. ve Adib-Hajbaghery, M. (2021). Burnout in the primary caregivers of children with chronic conditions and its related factors. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(2), 139-148
- Albayrak, G. 2018. Diyaliz hastalarında psikososyal uyum ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Aksu, B. (2019). Psikolojik savunma mekanizmaları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aktay, M. ve Sayar Hızlı, G. 2021. Psikiyatrik bozuklukların psikososyal yönü. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology* Vol.3 Issue.1.
- Arasan Doğan, İ. (2018). Alzheimer hastaları bakım veren iyi oluş psikoeğitim programının bakım verenlerin tükenmişlik sendromu üzerine etkisi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Ardıç, K. ve Polatçı, S. 2009. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (32), 21-46.
- Ardıç, S. 2020. Palyatif dönemdeki onkoloji hastalarının yakınlarının öz-anlayış düzeylerinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Arslan, G. 2015. Yetişkin psikolojik sağlamlık ölçeği'nin (ypsö) psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi* (16) 2: 344-357.
- Arslan, Ş. A. ve Topal, M. 2021. Covid-19 süresince psiko-sosyal destek hattında çalışan psikologların psikolojik sağlamlık düzeyleri ile erken dönem uyumsuz şemaları arasındaki ilişki. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 2(4), 101-118
- Arrington, E. G. ve Wilson, M. N. 2000. A re-examination of risk and resilience during adolescence: Incorporating culture and diversity. *Journal of child and family studies*, 9, 221-230.
- Atwool, N. 2006. Attachment and resilience: Implications for children in care. *Child Care in Practice*, 12(4), 315–330. <https://doi.org/10.1080/13575270600863226>.
- Aydemir, H. 2022. Covid-19 salgını sırasında hemşirelerde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinin 5 faktör kişilik özellikleri ile ilişkisi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Ayhan, M. G., Köse, A., Ercan, S. K., Bozdoğan, Ş. Y., Özayhan, H. Y. ve Eren, İ. 2019. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinden yararlanan şizofreni tanılı hastaların yakınlarındaki bakım yükü: karşılaştırmalı bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 44, 92-99.
- Babl, A. ve ark. 2019. Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: *Journal of Affective Disorders* Volume 252,1 June 2019, Pages 212-220.
- Baumeister, R. F., Dale, K., ve Sommer, K. L. 1998. Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: Reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of personality*, 66(6), 1081-1124.
- Basım, H. N. ve Çetin, F. 2011. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.

- Başol, O., Sağlam, Y. ve Çakır, N. N. 2018. Engelli ve yaşlı bakım personelinin tükenmişlik seviyeleri ile çalışma yaşamı kalitesi algısı ilişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 71-97.
- Baykara, S. ve Alban, K. 2018. The relationship between self-harming behavior, suicide attempt history and defense mechanisms in patients with opioid-use disorder, *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(3), 265-273.
- Beardslee, W. R. ve Podorefsky, D. 1988. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: importance of self-understanding and relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69.
- Benard, B. 1991. Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community. ERIC Number: ED335781
- Bekdaş, A. 2022. Otizmlı çocuğu olan ebeveynlerin aile stresi psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlükleri ilişkisinin incelenmesi: Avcılar örneği (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Berney, S., de Roten, Y., Beretta, V., Kramer, U. ve Despland, J. N. 2014. Identifying psychotic defenses in a clinical interview. *Journal of clinical psychology*, 70(5), 428-439.
- Bergsma, A., Veenhoven, R., Ten Have, M. ve de Graaf, R. 2011. Do they know how happy they are? On the value of self-rated happiness of people with a mental disorder. *Journal of Happiness Studies*, 12, 793-806.
- Bilgen, Ç., Erdal, A. ve Bilgili, N. 2020. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarına bakım verenlerin hastalığa yönelik inançları ve bakım yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 298-311.
- Bond, M. 2004. Empirical Studies of Defense Style: Relationships with Psychopathology and Change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(5), 263-278. <https://doi.org/10.1080/10673220490886167>
- Borritz, M., Rugulies, R., Jorner, J.B., Villadsen, E., Mikkelsen, O.A. ve Kristensen, T.S. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of PublicHealth*; 34:49–58.
- Bozdemir, G. 2023. Özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam doyumlarının öz anlayış ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri açısından incelenmesi. (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey).
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. 2018. *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*, Ankara: Pegem Akademi.
- Bragazzi, N. L., Pezzoni, F. ve Del Puente, G. 2014. Investigating aggressive styles and defense mechanisms in bipolar patients and in their parents. *Health psychology research*, 2(3).
- Brown, P. A., Slater, M. ve Lofters, A. 2019. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychology Research and Behavior Management*, 169-177.
- Constantinides, P. ve Beck, S. M. 2010. Toward developing a scale to empirically measure psychotic defense mechanisms. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(6), 1159-1188.
- Conti Deena Crowe Thomas Y. Thomas Heather Carhuapoma J. Ricardo Probasco John C. Teague Paula ve Saylor, D. 2019. Burnout and resilience among neurosciences critical care unit staff. *Neurocritical Care*, 31(2), 406-410.
- Coriat, I. H. 1941. A note on the Medusa symbolism. *American Imago*, 2(4), 281-285. <https://www.jstor.org/stable/26300902>
- Cramer P. 1987. The Development of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 55(4), 597-614.
- Cramer, P. 2015. Understanding defense mechanisms. *Psychodynamic psychiatry*, 43(4), 523-552.

- Çakar, B. 2015. Hemşirelerin dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Çapri, B. 2006. Tükenmişlik ölçeğinin türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, ss. 62-77.
- Çelenk, Z. 2019. Yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Çetin, B. 2019. Çocuğu kanser hastası olan ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Çiftçi, D. (2021). 0-6 yaş otizmlı çocuğu olan annelerde bağlanma, savunma mekanizmaları, aleksitimi ile suçluluk ve utanç duyguları arasındaki ilişki. (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Dağce Hafızoğlu, A. 2019. Üniversite öğrencilerinin savunma mekanizmaları ile duygusal şemaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı).
- Dağce, A., Artan, T. ve Irmak, H. S. 2021. Üniversite Öğrencilerinin Savunma Mekanizmaları İle Duygusal Şemaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sosyal Çalışma Dergisi, 5(2), 131-145.
- Demir, Z. G. ve Akoğlu, B. 2022. Yetişkin Bireylerde büyüme korkusu, ayrılık anksiyetesi ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Asya Studies, 6(21), 287-302.
- Demirkıran, F. 2019. Bipolar bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü, depresyon ve ilişkili faktörler. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek lisans Tezi.
- Demircioğlu, H. ve Yoldaş, C. 2019. Çocukluk ve ergenlik döneminde psikososyal risk faktörleri ve koruyucu unsurlar. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 18(1), 40-48
- De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Velando-Soriano, A., Cañadas-De la Fuente, G. R., Herrera-Cabrero, B. ve Albendín-García, L. 2021. Predictors of burnout of health professionals in the departments of maternity and gynaecology, and its association with personality factors: A multicentre study. Journal of Clinical Nursing, 30(1-2), 207-216.
- Di, Giuseppe M., Nepa, G., Prout, T. A., Albertini, F., Marcelli, S., Orrù, G. ve Conversano, C. 2021. Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of defense mechanisms. International journal of environmental research and public health, 18(10), 5258.
- Diehl, M., Coyle, N. ve Labouvie-Vief, G. 1996. Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. Psychology and aging, 11(1), 127.
- Dizer, B., İyigün, E. ve Kılıç, S. 2008. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 12(1), 1-11.
- Duman, Z. C. ve Bademli, K. 2013. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistemik bir inceleme. Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar, 5 (1), 78
- Doğan, S., Çelik, E., Öztürk, K. ve Aydemir, S. 2020. Çocukları böbrek transplantasyonu olan ailelerin psikolojik dayanıklılığı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 15(3), 240-250
- Drapeau, M., Thompson, K., Petraglia, J., Thygesen, K. L. ve Lecours, S. 2011. Defense mechanisms and gender: An examination of two models of defensive functioning derived from the Defense Style Questionnaire. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11(1), 149-155.
- Dyer, J. G. ve McGuinness, T. M. 1996. Resilience: Analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing, 10(5), 276-282. doi:10.1016/s0883-9417(96)80036-7
- Edelwich, J. ve Brodsky, S. 1980. Burn-out, stages of disillusionment in the helping professions. Human Sciences Press, New York.

- Eğici, M., Can, M., Toprak, D., Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B. ve Sürekci, N. 2019. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research In Nursing*.
- Ektaş, E. E. 2017. Otizm tanısı almış çocukların annelerinin psikolojik dayanıklılık, öz duyarlılık ve psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Elmas, C. 2017. Evli bireylerin algıladıkları sosyal destek ve kullandıkları savunma mekanizmalarının evlilik uyumu ile ilişkisi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Elyasi, F., Hosseini, S. M., Parkoobi, P. I., Kamali, M., Azizi, M., Karimi, N. ve Ghajar, M. 2020. The relationship between defense mechanisms and nurses' occupational burnout: a cross-sectional study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(4).
- Erdal, A., Bilgen, Ç. ve Bilgili, N. 2020. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarına bakım verenlerin hastalığa yönelik inançları ve bakım yükleri. *Psikiyatri de Güncel Yaklaşımlar*, 12, 298-311.
- Ergin, C. 1993. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. R. Bayraktar ve İ. Dağ (Ed.) VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları.
- Ezer, H. İ. 2017. Ergenlik döneminde yaygın kullanılan savunma mekanizmaları ile psikolojik sağlamlık ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişki: Hatay il merkezi örneği (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Francisco Carvalho, L., Reis, A. M. ve Pianowski, G. 2019. Investigating correlations between defence mechanisms and pathological personality characteristics. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*, 48(4), 232-243.
- Fitzgerald-Yau, N. ve Egan, J. 2018. Defense styles mediate the association between empathy and burnout among nurses. *The Journal of nervous and mental disease*, 206 (7), 555-561.
- Freud, A., 2015. Ben ve Savunma Mekanizmalar. (Çev. Y. Erim) Metis Yayınları, 4.Basım, s:37.
- Freudenberger, H. 1974. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gençoğlu, Ç. H. 2019. Bireylerin bağlanma stillerinin kullanılan savunma mekanizmaları ve sosyodemografik değişkenler ile ilişkilerinin incelenmesi. (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- George, D. ve Mallery, M. 2010. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Gerber, P. J., Ginsberg, R. ve Reiff, H. B. 1992. Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 25(8), 475-487.
- Gizir, C. A. 2007. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi Cilt:III Sayı:28*
- Gülbol, S., Arı, M. ve Kocaçaya, M. H. 2021. Determination of depression, burnout and psychological resilience levels of caregivers of schizophrenia patients. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14368>.
- Gülmen, G., Kale, M. ve Avcı, A. (2023). Çocuk evlerinde çalışan bakım personellerinin tükenmişlik ve yaşam doyumlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(2), 405- 426. DOI: 10.33417/tsh.1033606
- Gün, S. 2017. İnmeli hastalara bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Gök, N. ve Arslantaş, H. 2023 Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yük ve tükenmişliğini etkileyen faktörler. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 593-613.

- Göka, E., Yüksel, F. V. ve Göral, F. S. 2006. İnsan ilişkilerinde yansıtımlı özdeşim. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 46-54.
- Gönen, T. (2020). Psikolojik sağlamlığın tükenmişliğe etkisi: Özel okullarda çalışan öğretmenler üzerine bir araştırma. *Turizm Ekonomi Ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 46-60.
- Görgülü, B. D. (2022). Psikoterapistlerde tükenmişliğin, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma mekanizması, kontrol odağı ve kişilik eğilimleri ile ilişkisi. (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Heo, S. B. ve Shin, S. Y. (2019). Influence of caring burden and the way of coping on burnout in caregivers of cancer patients. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 28(2), 114-123.
- Hirani, S., Lasiuk, G. ve Hegadoren, K. 2016. Essays and debates in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23, 455-467
- Holahan, C. J. ve Moos, R. H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 739–747. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.739>
- Hurşitoğlu, O. 2017. Araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunun özellikleri ve tükenmişlik terapisinin savunma biçimleri ile ilişkiler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi*.
- Işıksan, V. 2016. Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu. *Akciğer Kanseri Destek Tedavisi, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi*, (Editörler: Gülhan, M., ve Yılmaz, Ü.). 366-391
- Johnson, J. L. & Wiechelt, S. A. 2004. Introduction to the special issue on resilience. *Substance use & misuse*, 39(5), 657-670.
- Kabullar, G. 2019. Yaşlıya bakım veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik sendromu (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kafadar, M. T. 2014. Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım veren yakınlarında tükenmişlik sendromu ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi*.
- Kalaycı, Ş. 2006. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116.
- Kalaycı, I. ve Özkul, M. 2018. Refakatçi aktörlerin yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler açısından bir değerlendirme. (SDÜ Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği). *Electronic Turkish Studies*, 13(10).
- Kalınkara, V. ve Arpacı, F. 2021. Yerel yönetim hizmetleri kapsamında yaşlı bakım hizmeti veren personelin yaşam doyumu ve tükenmişlik araştırması. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 25(3), 727-742.
- Kalınkara, V. ve Kalaycı, İ. 2017. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.
- Kara, A. 2019. Zihinsel özel gereksinimi olan çocuk annelerinde psikolojik sağlamlık ve baba katılımı ilişkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kaya, A. ve Bozkur, B. 2017. Kadercilik eğilimi ile öz yeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1), 124-145.
- Kazu, İ. Y. ve Yıldırım, D. 2021. Mesleki tükenmişlik: Etki eden faktörler, belirtileri ve sonuçları. *JRES*, 8(2), 462-473.
- Kernberg, O. F. 1985. Borderline conditions and pathological narcissism. *Rowman & Littlefield*.
- Khalil, S. A., Elbatrawy, A. N., Saleh, N. M. ve Mahmoud, D. A. M. 2022. The burden of care and burn out syndrome in caregivers of an Egyptian sample of schizophrenia patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 619-627.
- Klein, M. 1996. Notes on some schizoid mechanisms. *J Psychother Pract Res*. Spring; 5(2): 160–179.

- Kline, P. 1993. A critical perspective on defense mechanisms. In *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 3-13). New York, NY: Springer New York.
- Kılınç, A.Ç. 2013. İlköğretim öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Türk Dergisi*, 3 (1).
- Kimter, 2020. Covid-19 günlerinde bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 574-605.
- Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C. ve Despland, J.-N. 2013. Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 30(1), 3–15. <https://doi.org/10.1037/a0029463>
- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M. ve Chapman, D. 2011. Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health* 101(8)
- Kocaman, N. 2008. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 101-112.
- Kokurcan, A., Özpolat, A. G. Y. ve Göğüş, A. K. 2015. Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *Turkish journal of medical sciences*, 45(3), 678-685.
- Korkmaz, H. 2023. Covid-19 pandemi sürecinde hemşirelerde tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki (Master's thesis, Biruni Üniversitesi).
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. ve Christensen, K.B. 2005. A new tool for the assessment of burnout. The Copenhagen Burnout Inventory. *International Journal Of Labour, Health and Organizations* Volume 19, Issue 3:192
- Lerner, P.M. ve Van-Der Keshet, Y. 1995. A Note on the Assessment of Idealization. *The Journal of Personality Assessment*. 65.1, 77-90.
- Luthar, S., Cicchetti, D. ve Becker, B. 2000. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Lorenzo, R.D., Girone, A., Panzera, N., Fiore, G., Pinelli, M., Venturi, G., Magarini, F. ve Ferri, P. (2021). Empathy and perceived burden in caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders. *BMC Health Services Research*. 21:250. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06258-x>
- Lowder, J. L., Buzney, S. J. ve Buzo, A. M. 2005. The caregiver balancing act: giving too much or not enough. *Care Management Journals*, 6(3), 159-165.
- Lök, N. ve Bademli, K. 2021. The relationship between the perceived social support and psychological resilience in caregivers of patients with schizophrenia. *Community mental health journal*, 57, 387-391.
- Manhas, R. S., Manhas, G. S., Manhas, A., Thappa, J. R., Dar, M. M. ve Akhter, R. 2019. Factors Associated with Resilience among Caretakers of Patients Suffering from Bipolar Affective Disorder. *International Journal of Research & Review* (www.ijrrjournal.com) 588 Vol.6; Issue: 7
- Maslach, C. & Jackson, S.E. 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Behaviour*, Vol. 2, 99.
- Maslach C. ve Jackson S. E. 1986. *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press, 1-17.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. ve Leiter, M. P. 2001. Job burnout. *Annual Review Psychol* 52:397-398-399-422
- Merlo, E. M., McNabney, S. M., Frisone, F., Sicari, F., Paunica, M., Motofei, C. ve Settineri, S. 2020. Compassion and suppression in caregivers: twin masks of tragedy and joy of caring. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 7(1), 61-68.
- Muratoğlu, S. 2022. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının algıladığı sosyal desteğin psikolojik sağlamlık üzerine etkisinin incelenmesi (Master's thesis, İzmir Ekonomi Üniversitesi).

- Mutlu, H. 2015. Engelli çocuğa sahip olan kadınların tükenmişlik duyguları ve evdeki çocukla ilgili iş bölümü arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Murray, C. 2003. Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience, *Remedial ve Special Education*, 24, 1, 16-26.
- Moghadam, M., Seyedolshohadayi, A., Rezvani, K., Modaresi, S. ve Saed, G. 2022. Investigating the effects of post-discharge care services for patients with severe psychiatric illnesses on their caregivers' burnout in sanandaj. *Arch Psychiatr Nurse* 37:61-68. doi: 10.1016/j.apnu.2021.08.003. Epub 2021 Aug 10.
- Mostowik, J., Mielimaka, M., Rutkowski, K., ve Ostrowski, T. 2022. Time in the mental health context: Neurotic symptomatology, defense mechanisms and the perception of time perspective among patients diagnosed with neurotic and personality disorders—A clinical study. *Psychological reports*, 125(1), 232-255.
- Navidian, A., Kermansaravi, F. ve Rigi, S. N. 2012. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Res Notes* 5, 399. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-399>
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P. ve Sharma, R. 2005. Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia: A re-examination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 329-336.
- Nergiz, Z. 2019. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlüğü duygusu ve bakım yükünün belirlenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Nieto, A., Contador, I., Palenzuela, DL, Ruisoto, P., Ramos, F. ve Fernández-Calvo, B. 2022. Tükenmişliği ve işe bağlılığı tahmin etmede temelli iyimserlik ve dayanıklılığın ayırt edici rolü: yaşlı yetişkinlerin profesyonel bakıcıları üzerinde bir çalışma. *Gerontoloji ve Geriatri Arşivleri*, 100, 104657.
- Odacı, N. ve Kalanlar, B. 2022. Covid-19 pandemisinde yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde iş-aile çatışmasını yönetme öz-yeterliği, psikolojik sağlamlık, tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 77-84.
- Oh, M., Kim, J. W., Yoon, N. H., Lee, S. A., Lee, S. M. ve Kang, W. S. 2019. Differences in personality, defense styles, and coping strategies in individuals with depressive disorder according to age groups across the lifespan. *Psychiatry investigation*, 16(12), 911.
- Oktan, V., Odacı, H. ve Çelik, Ç. B. 2014. Psikolojik doğum sırasının psikolojik sağlamlığın yordanmasındaki rolünün incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.
- Ong, H.S., Fernandez, P.A. ve Lim, H. K. 2021. Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singapore Medical Journal*, 62(5):213-219
- Onwumere, j., Sirykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., Afsharzagdegan, R., Khan, S., Harvey, R., Souray, J. ve Raune, D. 2018. Understanding the experience of “burnout” in first-episode psychosis carers. *Comprehensive Psychiatry* 83 19–24
- Öz, F., ve Bahadır Yılmaz, E. 2009. Ruh Sağlığının Korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özçetin, Y. S. Ü., Sarioğlu, G. ve Dursun, S. İ. 2019. Onkoloji hemşirelerinin psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve psikolojik iyi oluş düzeyleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 147-164
- Özel Kızıl, E. T. ve Yılmaz Özpolat, A.G. 2010. Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastaların bakım verenlerinde tükenmişlik sendromunun boyutları. *Kriz Dergisi* 18 (3): 1-7.

- Özen, Ş. 2021. Sınavların öğrenciler üzerinde oluşturduğu kaygı düzeyi ile psikolojik sağlık düzeylerinin çeşitli demografik değişkenler açısından incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Özlü, A. 2007. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler (Master's thesis, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Özkoçak, E. 2016. Alzheimer hastalarına bakan kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin algılanan stres, sosyal destek ve demografik özelliklere göre incelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özmen, A. S. 2016. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinde tükenmişlik düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Tezi.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. 2018. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp, 18.Baskı 2023 (Güncelleştirilmiş baskı). ANKARA.
- Öztürk, M. 2023. Özgül öğrenme güçlüğü tanısı almış çocukların annelerinde öfke aleksitimi ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Parekh, M. A., Majeed, H., Khan, T. R., Khan, A. B., Khalid, S., Khwaja, N. M. ve Jehan, I. 2010. Ego defense mechanisms in Pakistani medical students: A cross sectional analysis. BMC Psychiatry, 10(1), 12. doi:10.1186/1471-244X-10-12
- Parmaksız, İ. (2020). İyimserlik özgecilik ve medeni durumun psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkileri. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 48, 285-302.
- Perry, J. C. ve Bond, M. 2012. Change in Defense Mechanisms During Long-Term Dynamic Psychotherapy and Five-Year Outcome Am J Psychiatry; 169:916–925
- Pickett-Schenk, S. A., Lippincott, R. C., Bennett, C. ve Steigman, P. J. 2008. Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope. Psychiatric Services. 59(1), 49-56
- Price, J. P. 2007. Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80, 343- 353. doi:10.1348/147608306X144178
- Purvis, T. E., Neurocritical Care and Chaplaincy Study Group Powell Brittany M. Biba Gail Conti Deena Crowe Thomas Y. Thomas Heather Carhuapoma J. Ricardo Probasco John C. Teague Paula ve Saylor, D. 2019. Burnout and resilience among neurosciences critical care unit staff. Neurocritical Care, 31(2), 406-410
- Ramirez, M.E. 2007. Resilience: A concept analysis resilience: A concept analysis. Nursing Forum Volume 42, No. 2.
- Rees, CS, Eley, R., Osseiran-Moisson, R., Francis, K., Cusack, L., Heritage, B. ve Hegney, D. 2019. Individual and environmental determinants of burnout among nurses. Journal of health services research & policy, 24(3), 191-200.
- Rief, W. ve Barsky, A. J. 2005. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. Psychoneuroendocrinology, 30(10), 996-1002.
- Richert, M. 2021. Caregiver burnout, compassion satisfaction, and personality: The moderating role of work engagement and job satisfaction. (Doctoral dissertation, Xavier University).
- Rosa, R. D. L. D., Simões-Neto, J. P., Santos, R. L., Torres, B., Baptista, M. A. T., Kimura, N. R. S. ve Dourado, M. C. N. 2020. Caregivers' resilience in mild and moderate Alzheimer's disease. Aging & mental health, 24(2), 250-258.
- Sadıkoğlu, O. ve Topkaya, N. 2023. Evde bakım maaşı alan engelli yakınlarının kullanmış oldukları farklı savunma mekanizmalarının psikolojik sağlamlıkla ilişkisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 23(61), 671-692.
- Sağlam, F. ve Doğaner, A. 2019. Burnout and Defense Mechanisms among Research Assistant Doctors. Psychiatry and Behavioral Sciences, 9(3), 69.

- Saunders, J. C. 2003. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*,
- Sari, A. ve Duman, Z. Ç. 2022. Effects of the family support and psychoeducation program based on the Calgary Family Intervention Model on the coping, psychological distress and psychological resilience levels of the family caregivers of chronic psychiatric patients. *Archives of psychiatric nursing*, 41, 1-10.
- Satıcı, S. A. ve Deniz, M. E. 2017. Mizahla başa çıkma ve iyilik hali: Psikolojik sağlamlık ve iyimserliğin aracılık rolünün incelenmesi. *İlköğretim Online*, 16(3), 1343-1356.
- Schaufeli, W.B. ve Enzmann, D. 1998. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. Washington, D.C.: Taylor & Francis. 24(2), 175-198.
- Schuster, F., Holzhüter, F., Heres, S. ve Hamann, J. 2020. Caregiver involvement in psychiatric inpatient treatment—a representative survey among triads of patients, caregivers and hospital psychiatrists. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e129.
- Scott, C. B. 2013. Alzheimer's disease caregiver burden: does resilience matter? *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23(8), 879-892.
- Sharma, P. ve Sinha, U. K. 2010. Defense mechanisms in mania, bipolar depression and unipolar depression. *Psychological Studies*, 55(3), 239-247.
- Solgun, C., Tarsuslu, B., Çulhacık, G. D. ve Durat, G. 2018. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin örgütsel stres düzeyleri ile benlik savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 4(2), 126-133
- Su, I. J., Liu, H., Li, A. ve Chen, J. F. 2021. Investigation into the psychological resilience of family caregivers burdened with in-home treatment of patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders Reports*, 3, 100059.
- Sun, H., Qin, Y. ve Hengudomsu, P. 2021. Factors associated with resilience in spousal caregivers of patients with cancer: An integrative review. *Nursing Open*, 8(5), 2131-2141.
- Stanley, S., Balakrishnan, S. ve Ilangovan, S. 2017. Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 26:2, 134-141, DOI: 10.1080/09638237.2016.1276537
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S. ve Angermeyer, M. C. 2004. Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *Leading Global Nursing Research*. Volume 48 Issue 1.
- Steiner, H., Araujo, K. ve Koopman, C. 2001. The response evaluation measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), 467-473.
- Şeker, M. 2019. Avukatlarda tükenmişlik (burnout) sendromu: Sivas ili merkez ilçe örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Şenormancı, G., Turan, Ç., Şenormancı, Ö. ve Aşkın, R. 2019. Madde bağımlılığı olan hastaların yakınlarında duygu dışavurumu, psikiyatrik belirtiler, tükenmişlik, umutsuzluk ve depresyonun değerlendirilmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2019; 8(1):33-42.
- Tabachnick ve Fidell, 2013 B.G. Tabachnick, L.S. Fidell *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston
- Tanyeri, F. 2017. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde psikolojik dayanıklılık ve tedavi uyumları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. İzmir.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. 2013. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 4(3).

- Tebes, J. K., Irish, J. T., Vasquez, M. P. ve Perkins, D. V. 2004. Cognitive 78 transformation as a marker of resilience. *Substance Use and Misuse*, 39, 769-788.
- Teche, S. P., Barros, A. J. S., Rosa, R. G., Guimarães, L. P., Cordini, K. L., Goi, J. D. ve Freitas, L. H. 2017. Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39, 116-123.
- Tek, Z. 2017. Düşlerin yorumu'ndan ziya paşa'nın rüyâ'sına: Bir savunma mekanizması olarak' fantezi. *Türklük Bilimi Araştırmaları*, (42), 227-257.
- Tekyıldırım, A. 2019. Engelli bireylere sahip ailelerin psikolojik sağlamlık ve bakıcı yük değerlendirilmesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Topbaş, M. 2022. Otizm spektrum bozukluğu olan çocuğa sahip ailelerin bakım verme yükleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki. *Karatay Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi*.
- Tuna, H. M. ve Olgun, N. 2010. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 41-52.
- Tuzcuoğlu, N. 1995. Psikanaliz kuramı ve özellikleri. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(7), 275-285.
- Tümlü, G. E. & Recepoğlu, E. 2013. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science*. DOI: 10.5961/jhes.2013.078
- Türk Dil Kurumu, Özgeçilim. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi; 19.11.2023)
- Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J. ve Engedal, K. 2012. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34, 405-41.
- Uçar, M. 2021. Serebral Palsi tanısı almış çocuğa sahip annelerin ve tipik gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık ve ebeveyn yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması. Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Uğurtay, H. 2019. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde izlenen ikiüçlü ve ilişkili bozukluk tanımlı hastaların birincil bakım vericilerinde empati ve psikolojik dayanıklılık. (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Vaillant, G. E. 1971. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of general psychiatry*, 24(2), 107-118.
- Vaillant, G. E. 1994 Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 103, No. (1).44-50.
- Varırcı, Ş. E. 2019. Yetişkin psikolojik sağlamlığı üzerine bir inceleme: algılanan ebeveyn tutumu, kontrol odağı, algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma stilleri (Master's thesis, İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Vojvodic, A. R., Dedic, G. ve Dejanovic, S. D. 2019. Defense mechanisms and quality of life in military personnel with a burnout syndrome. *Vojnosanitetski pregled*, 76(3).
- Yağmur, T. ve Türkmen, S. N. 2017. Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.
- Yaşar, Ö. S. 2014. Yetişkin yakın ilişkilerde bağlanma stilleri ile kullanılan savunma mekanizmalarının arasındaki ilişki. (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Yerlikaya, E. E. 2009. Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

- Yıldırım, S., Yalçın, N. ve Güler, C. 2017. Caregiver burden in chronic mental illness: A systematic review. *J Psychiatr Nurs*, 8(3),165- 171.
- Yıldırım, D., Şenyuva, E. ve Kaya, E. 2024. Turkish nurses' psychological resilience and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A correlational study. *International Journal of Nursing Practice*, e13239.
- Yıldız, G.T. 2020. Egonun savunma mekanizmaları ile bilinçli farkındalık ve mutluluk korkusu arasındaki ilişki. Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşe
- Yıldız, S., Kazgan Kılıçaslan, A., Sırlar Emir, B., Kurt, O. ve Uğur, K. 2023. Adli psikiyatri servisinde takipli hastaların bakım verenlerinde psikolojik dayanıklılık, depresyon ve tükenmişlik seviyesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 26(3), 201-208.
- Yıldızhan, E., Ören, N. ve Erdoğan, A. 2017. Burden of care of the caregivers of Alzheimer's disease patients and relationship with burnout syndromes. *European Psychiatry*, 41(S1), S178-S178.
- Yılmaz, A., Turan, E. ve Gundogar, D. 2009. Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. *Australasian Journal on Ageing*, 28(1), 16-21.
- Yousefi, R. ve Toghyani, E. 2016. Comparison between Psychological Resiliency and Defense Mechanisms in the Military and Ordinary People. *J Mil Med*, 18(2), 207-14.
- Zou, G., Shen X., Tian, X., Liu, C., Li, G. ve Li, P. 2016. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Industrial Health*, 54(5), 389-395. doi: 10.2486/indhealth.2015-0103
- Yılmaz, N., Gençöz, T. ve Ark, M. 2007. Savunma Biçimleri Testi'nin psikometrik özellikleri: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 244-253.
- Waites, E. A. 1982. Fixing women: Devaluation, idealization, and the female fetish. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 30, 435-459, <http://www.pep-web.org/document.php?id=apa.030.0435a>
- West, A. E. 2018. Yetişkin bağlanma stillerinin savunma mekanizmaları ve yaşam doyumuyla ilişkilerinin incelenmesi (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Wong, P. S. 1999. Anxiety, Signal Anxiety, and unconscious anticipation: neuroscientific evidence for an unconscious signal function in humans. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 817-841.

8. EKLER

Ek -1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının/Hekimin Açıklaması

Psikiyatrik hastalıklar toplumda oldukça sık görülen ve toplum ruh sağlığı açısından önemli kronik hastalıklardandır. Psikiyatrik hastalıkların tedavi sürecinin uzun olması, tekrarların sık yaşanması ve süreçte yaşanan zorluklar hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Psikiyatri hastalarının tekrarlı tedavilerinin olması, alevlenme dönemlerinde bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, aile içindeki rollerini yerine getirememesi yoğun bir bakım ve destek ihtiyacı duyması diğer aile bireylerine maddi ve manevi yükler getirebilmektedir. Aile bireylerinin yaşamış olduğu maddi ve manevi yükler tükenmişlik yaşamalarına neden olabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan aile bireylerinde çeşitlik ruhsal sorunlar gelişebilmekte ve dolaylı olarak psikiyatri hastaları yeterli bakım alamamaktadır. Tüm insan yaşamında savunma düzenekleri önemli bir yer teşkil etmektedir. Yaşamın ilk yıllarında olgun olmayan, yetişkinlik yıllarında da çoğunlukla olgun savunma düzeneklerinin kullanımı ruhsal açıdan sağlıklı olarak kabul edilmektedir. Olgun olmayan savunma düzeneklerinin ağırlıklı olarak kullanımı patoloji ile ilişkilendirilmektedir. Ruh sağlığında önemli bir yer teşkil eden savunma düzeneklerinin tüm bireylerde ele alınması gereklidir. Bireylerin yaşam boyu karşılaştıkları aşılması güç ve olumsuz engeller karşısında etkin mücadele vermesi, sorunların üstesinden gelmesi ruh sağlıklarındaki iyilik halini koruyabilmeleri psikolojik sağlamlıklarıyla ilişkilidir. Psikolojik sağlamlığı yüksek bireyler zorluklar karşısında iyilik hallerini koruyabildikleri, psikolojik sağlamlığı düşük bireylerin zorluklar karşısında bir takım fiziksel ve ruhsal sıkıntılar yaşayabileceği düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinde tükenmişlik düzeyleri savunma mekanizmaları psikolojik sağlamlık düzeylerinin birbiri arasındaki etkiyi inceleyen araştırmaların yeterli olmadığı dikkati çekmektedir. Literatürdeki bu eksikliği gidermek adına, psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinde tükenmişlik düzeyleri savunma mekanizmaları psikolojik sağlamlık düzeylerinin birbirine etkisi adlı bir çalışma yapmayı planlamaktayız

Bu araştırma tanımlayıcı tipte nicel bir çalışmadır. Bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinde yapılacaktır. Araştırmanın evrenini 01.03.2023-31.12.2023 tarih aralığında, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine yatan ve poliklinikte ayaktan tedavi alan tüm psikiyatri tanılı hastaların birincil bakım verenlerinin oluşturacağı bu çalışmaya sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz. Bu soruların eksiksiz cevaplanması beklenmektedir. Kişisel bilgi formu ve anketlerde kesinlikle katılımcının kimlik bilgileri yer almayacaktır. Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatan ve poliklinikte ayaktan tedavi almaya gelen hastanızın birincil bakım veren bir birey olmanızdır. Bu araştırmanın yürütücüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Nermin Gürhan'dır.

Bu araştırmada araştırılacak olan, **psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinin kullandıkları savunma mekanizmaları, psikolojik sağlamlık, tükenmişlik düzeylerinin birbirine etkisi**. Bu çalışmanın amacı, literatürdeki bu eksikliği gidermek adına, psikiyatri tanısı almış bireylerin birincil bakım verenlerinde tükenmişlik düzeyleri savunma mekanizmaları psikolojik sağlamlık düzeylerinin birbirine etkisini araştırmaktır.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken

kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Araştırmacı ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemelerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Prof. Dr. Nermin Gürhan tarafından, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nın araştırma yapacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Prof. Dr. Nermin Gürhan'a 03562521616 numaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı :
Adres :
Telefon :
İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı : Özgür Çağlar
Adres : GOP. ÜNV. HAST. PSİKİYATRİ SERVİSİ

Ek 2: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet:
2. Yaş:
3. Eğitim: Okur-yazar değil () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üstü ()
4. Medeni durum: Bekar () Evli () Eşi vefat etmiş () Ayrı yaşıyor /Boşanmış ()
5. Kaç çocuğunuz var? Yok () Var () Var ise kaç tane.....
6. Mesleği: Memur () İşçi () Emekli () Çalışmıyor ()
7. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Kötü () Orta () İyi ()
8. Ailenizin yapısı nasıl? Çekirdek aile () Yarı geniş aile () Geniş aile () Parçalanmış aile ()
9. Evde bakıma muhtaç başka birey var mı? Var () Yok ()
10. Ne kadar süredir hastayla birlikte yaşıyorsunuz?
11. Hastaya birincil bakım verenin yakınlık derecesi nedir?
12. Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? Yok () Var () Var ise kaç yıldır?
13. Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı? Yok () Var () Var ise kaç yıldır?
14. Hastanıza bakımda size yardımcı olan var mı? Yok () Var () Var ise kim?
15. Hastanızın ne kadar süredir psikiyatri tanısı var?
16. Psikiyatrik hastalıklarla ilgili bir eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()
17. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' den destek alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Ek- 3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her Zaman
1.Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.					
2.Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.Hastamın ne hissettiğini hemen anlarım.					
5.Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6.Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7.Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulur.					
8.Hastamın bakımına yönelik yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9.Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum.					
14.Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.Hastama ne olduğu umurumda değil.					
16.Doğrudan doğruya hastamla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.Hastamla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18.Hastamla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissederim					
19.Hastamın bakımına yönelik birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22.Hastamın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığımı hissediyorum.					

Ek-4: Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40)**SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ**

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
4. Yaptığım her şey için geçerli sebepler bulabilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
5. Kendime çok kolay gülerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten geldiğimi söylerler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
9. Süpermen'mişim gibi tehlikelere aldırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Gerçek yaşamımdan çok hayallerim bana hoşnutluk verir

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. İşlerim yolunda gitmediğinde bu duruma her zaman geçerli sebepler bulabilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissedirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirim, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırısam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

Ek- 5: Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ)

Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ)

	Beni hiç tanımlamıyor	Çok az tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça tanımlıyor	Beni tamament tanımlıyor
1. Çevremdeki insanlar ile işbirliği içerisindeyimdir.	1	2	3	4	5
2. Nitelik veya becerilere sahip olmak ve onları geliştirmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3. Farklı sosyal ortamlarda nasıl davranacağımı bilirim (örneğin,iş,ev veya diğer sosyal ortamlar).	1	2	3	4	5
4. Ailem hayatım boyunca genellikle beni desteklemiştir.	1	2	3	4	5
5. Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (örneğin,arkadaşlarımla kim olduğumu,nelerden hoşlandığımı).	1	2	3	4	5
6. Başladığım faaliyetleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7. Dini inançlar benim için bir güç kaynağıdır.	1	2	3	4	5
8. Sahip olduğum etnik yapıdan gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
9. Nasıl hissettiğimi konusunda ailem/eşim ile konuşurum (örneğin üzgün veya endişeli olduğumda).	1	2	3	4	5
10. Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde,diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim (örneğin,şiddete başvurmadan veya madde kullanmadan)	1	2	3	4	5
11. Arkadaşlarım tarafından desteklendiğimi düşünüyorum/hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Kendimi yaşadığım topluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Ailem zor zamanlarımda yanımdadır (örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
14. Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
15. Çevremde yetişkin olduğumu ve sorumluluk alabileceğimi diğer insanlara gösterebileceğim fırsatlara sahibim.	1	2	3	4	5
16. Güçlü yönlerimin farkındayım.	1	2	3	4	5
17. Dini aktivitelere katılırım (ibadethaneye –camiye- gitmek gibi).	1	2	3	4	5
18. Ailemle olduğumda kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
19. Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim (mesleki beceriler gibi)	1	2	3	4	5
20. Yaşadığım toplumun kültürünü ve geleneklerini seviyorum.	1	2	3	4	5
21. Bu ülkenin vatandaşı olduğum için gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5

Factor 1: 10, 11, 12, 14, 15, 19-ilişkisel kaynaklar (akran ve toplumsal)

Factor 2: 1, 2, 3, 6, 16 –bireysel kaynaklar

Factor 3:7,8,17,20,21-kültürel ve bağlamsal (contextual) kaynaklar

Factor4: 4, 5, 9,13,18 –ailesel kaynaklar

Ek -6: Etik Kurul İzni

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
25.04.2023	07	01-37

Üniversitemiz Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Nail YILDIRIM Başkanlığında toplandı.

KARAR 07.20- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 11.04.2023 tarih ve 285122 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Psikiyatri Tanısı Almış Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri Savunma Mekanizmaları ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Birbirine Etkisi
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Prof. Dr. Nermin GÜRHAN Özgür ÇAĞLAR (Hemşirelik Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Nail YILDIRIM
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Muhittin DEMİRAY
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Tuğba KILIÇER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)

Ek -7: Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.05.2023-292396



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :E-21979232-044-292396
Konu :Anket İzin İsteği (Özgür ÇAĞLAR)

08.05.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 28.04.2023 Tarihli, 290187 sayılı yazı.

Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında olan yüksek lisans öğrencisi Özgür ÇAĞLAR tarafından yapılması planlanan "Psikiyatri Tanısı Almış Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri Savunma Mekanizmaları Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Birbirine Etkisi" konulu çalışmasının yapılması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Muzaffer KATAR
Merkez Müdür Yardımcısı

Dağıtım:
Gereği:
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne

Bilgi:
Prof. Dr. Nermin GÜRHAN
Özgür ÇAĞLAR

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSN83RN8CJ Pin Kodu :83072

Belge Takip Adresi :

<https://turkiye.gov.tr/ehd2eK=5695&eD=BSN83RN8CJ&eS=292396>

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Erek Yerleşkesi Merkez Tokat

Telefon:

e-Posta:

Kep Adresi:

Unvanı: Sağlık Teknikeri



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek- 8 Ölçek İzinleri

Tülin Gençöz [Redacted]
Alıcı: ben

Merhabalar,

Ölçeği bilimsel araştırmalarınızda kullanabilirsiniz. Makaleyi, ölçeği ve değerlendirme şekli için hazırladığım dokümanı ekte iletiyorum.

İyi çalışmalar dileklerimle.

Prof. Dr. Tülin Gençöz
Orta Doğu Teknik Üniversitesi
Rektör Yardımcısı
06800 Ankara
TÜRKİYE

2 ek • Gmail tarafından tarandı

 

ozgur caglar [Redacted]
Alıcı: canan.ergin

21 Mar 2023 19:53

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Hocam Prof.Dr.Nermin Gürhan birlikte, "Psikiyatri Tanısı Alan Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinde Tükenmişlik Düzeyleri Savunma Mekanizmaları ile Psikolojik Sağlamlık Birbirine Etkisi" adlı tez çalışmamda kullanacağım "Maslach Tükenmişlik Ölçeği"nin iznini talep ediyorum.

Canan Ergin [Redacted]
Alıcı: ben

22 Mar 2023 17:10

İyi çalışmalar dilerim

Bir ek • Gmail tarafından tarandı



ozgur caglar [Redacted]
Alıcı: [Redacted]

27 Kas 2022 Paz 16:41

Sayın hocam ben Özgür Çağlar Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Psikiyatri hastalarında psikolojik sağlamlık ve savunma mekanizmaları adlı bir çalışma yürütmek istiyorum. Çalışma etik kurul ve kurum iznini onaylanmıştır. Çalışmada kullanılmak üzere Yetişkinler İçin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin iznini saygılarımla talep ediyorum.

3 ek • Gmail tarafından tarandı

  

Gökmen Arslan [Redacted]
Alıcı: ben

27 Kas 2022 Paz 17:28

Merhaba

Ölçeklere kişisel Web adresimden erişebilirsiniz

Kolaylıklar dilerim

farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları aile yapısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları evde bakıma muhtaç başka birey varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları hastayla birlikte yaşama süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları hastaya birincil bakım verenin yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları herhangi bir fiziksel hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları fiziksel hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları ruhsal hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları hastaya bakımda yardımcı olan biri varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları bakımda yardımcı olan kişiye göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları psikiyatrik hastalıklarla ilgili eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin tükenmişlik genel, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi puanları TRSM destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Savunma biçimleri puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu;

Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları aile yapısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları evde bakıma muhtaç başka birey varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları hastayla birlikte yaşama süresine göre anlamlı farklılık

göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları fiziksel hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları hastaya bakımda yardımcı olan biri varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları bakımda yardımcı olan kişiye göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bakım verenlerin matür savunmalar, nevrotik savunmalar, immatür savunmalar puanları psikiyatrik hastalıklarla ilgili eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Özgür ÇAĞLAR
Kişisel Bilgiler	Uyruğu: T.C. Doğum Tarihi ve Yeri: 1994-1997 Çorum
İletişim Bilgileri	E-posta:
Öğrenim Bilgileri	Lise:1994-1997 Çorum Atatürk Lisesi Lisans:1997-2001 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı
İş Deneyimi	Özel Can Teşhis Kliniği/ Çorum/ 2001-2002 Başkent Üniversite Hastanesi/ Ankara/ 2002-2003 Hacettepe Üniversitesi Hastanesi / Ankara/ 2003-2006 Gaziosmanpaşa Üniversitesi /Tokat/2006- Psikiyatri Kliniği Klinik Sorumlu Hemşiresi/ 2011-