



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**KADINLARDA KAYGI DÜZEYİ VE BENLİK SAYGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SOSYAL HİZMET İHTİYACI
İLE DEĞERLENDİRİLMESİ:
BİR SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ ÖRNEĞİ**

Ali TAHTACI

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine ÖZMETE**

**ANKARA
2022**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARDA KAYGI DÜZEYİ VE BENLİK SAYGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SOSYAL HİZMET İHTİYACI
İLE DEĞERLENDİRİLMESİ:
BİR SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ ÖRNEĞİ**

Ali TAHTACI

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine ÖZMETE**

ANKARA

2022

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı İle Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Ali TAHTACI

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalında

Ali TAHTACI tarafından hazırlanan

“Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı İle Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:12.01.2022

İmza

Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza

Prof. Dr. Emine ÖZMETE
Ankara Üniversitesi
Danışman

İmza

Prof. Dr. Filiz YILDIRIM
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	ix
Simge ve Kısaltmalar	x
Çizelgeler	xi

1.GİRİŞ	1
1.1. Kaygı	4
1.1.1 Kaygı Kavramının Kökeni ve Konuyla İlgili Bilimsel Gelişmeler	6
1.1.2. Kaygı, Belirtileri ve Etki Süreci	8
1.1.3. Kaygı Bozukluklarının Sınıflandırılması	9
1.1.4. Kaygı Bozukluklarının DSM-5'e Göre Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri	11
1.1.4.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	11
1.1.4.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)	11
1.1.4.3. Özgül Fobi	12
1.1.4.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)	13
1.1.4.5. Panik Bozukluk	13
1.1.4.6. Agorafobi	14
1.1.4.7. Yaygın Kaygı Bozukluğu	14
1.1.4.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu	15
1.1.4.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu	15
1.1.4.10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu	15
1.1.4.11. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu	16
1.1.5. Kaygı Bozukluklarının Epidemiyolojisi	16
1.1.6. Kaygı Bozukluklarının Etiyolojisi	17
1.1.6.1. Biyolojik Açıklamalar	18
1.1.6.1.1. Ailesel Geçiş ve Genetik	18

1.1.6.1.2. Nöroanatomi ve Nörokimya	18
1.1.6.1.3. Mizaç	19
1.1.6.2. Psikolojik Açıklamalar	19
1.1.6.2.1. Psikodinamik Görüşler	19
1.1.6.2.2. Davranışçı Görüşler ve Öğrenme Kuramları	20
1.1.6.2.3. Bilişsel (Kognitif) Görüşler	20
1.1.6.2.4. Varoluşçu Görüşler	21
1.1.6.3. Sosyal Açıklamalar	21
1.1.6.4. Tıbbi/Medikal Faktörler	21
1.1.6.4.1. Alkol, İlaçlar ve Yasadışı Maddeler	21
1.1.6.4.2. Medikal/Tıbbi Durumlar	22
1.2. Benlik	22
1.2.1. Benlik Saygısı	23
1.2.1.1. Benlik Saygısının Önemini Açıklayan Teoriler	25
1.2.1.1.1. Sosyometre Teorisi (Sociometer Theory)	25
1.2.1.1.2. Dehşet Yönetimi Teorisi (Terror Management Theory)	25
1.2.2. Benlik Saygısı ve Psikopatoloji İlişkisi	27
1.2.2.1. Benlik Saygısı ile Psikopatoloji Arasındaki İlişkiyi Açıklayan Teoriler	28
1.2.2.1.1. Kırılganlık Modeli (Vulnerability Model)	28
1.2.2.1.2. İz Modeli (Scar Model)	29
1.2.3. Benlik Saygısı ve Kaygı İlişkisi	29
1.2.4. Benlik Saygısı ve Cinsiyetler Arası Durum	32
1.3. Kaygı Bozukluklarının Tedavisi ve Benlik Saygısının Yönetilmesi	33
1.3.1. Kaygının Yönetilmesi ve Kaygı Bozukluklarının Tedavisi	34
1.3.2. Benlik Saygısı ve Yönetilmesi	39
1.4. Sosyal Hizmet	42
1.4.1 Vaka Çalışması Yöntemi ve Klinik Sosyal Hizmet	44
1.4.2. Vaka Çalışmasının (Klinik Sosyal Hizmetin) Ortaya Çıkışı ve Tarihsel Gelişimi	45
1.4.3. Yardım İşlerini Düzenleme Dernekleri (Charity Organization Societies) ve İlk Vaka Çalışanları	46
1.4.4. Mary Ellen Richmond ve Vaka Çalışmasının Kavramsallaştırılması	49

1.4.5. New York Okulu ve Vaka Çalışmasının Gelişimi	52
1.4.6. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi	53
1.4.7. Milford Konferansı ve Önemi	56
1.4.8. Psikoloji ile Yakınlaşma ve Psikiyatri ile Etkileşimin Sonuçları: 1920'li Yıllar	57
1.4.9. Dinamik Psikiyatri ve Freudyen Psikanalizin Vaka Çalışmasına Yansımaları: 1930 – 1960 Arası Dönem	60
1.4.10. 1960'lı Yıllar: Sosyal Politik Gelişmelerin Yansımaları	67
1.4.11. Klinik Sosyal Hizmetin Tanımlanması	70
1.4.12. 1970'li Yılların Sonları ve 1980 Sonrası Dönem	73
1.4.13. Mikro Düzey Müdahale/Sosyal Kişisel Çalışma/Psikiyatrik Sosyal Hizmet/Vaka Çalışması/ Bireyler ve Ailelerle Sosyal Hizmet/ Klinik Sosyal Hizmet İlişkisi	74
1.4.14. Klinik Sosyal Hizmet – Psikoterapi İlişkisi	75
1.5. Sağlıklı Hayat Merkezleri	79
1.6. Araştırmanın Problemi	81
1.7. Araştırmanın Amacı	83
1.8. Araştırmanın Önemi	84
1.9. Araştırmanın Sayıltıları	87
1.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	88
1.11. Araştırmanın Tanımları	88
2. GEREÇ VE YÖNTEM	90
2.1. Araştırmanın Modeli	90
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	90
2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	92
2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu (SDBF)	92
2.3.2. Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği (BAÖ)	92
2.3.3. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)	93
2.3.4. Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyacının Belirlenmesine Dair Form	95
2.4. Veri Toplama Süreci	95

2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi	95
2.6. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Envanterin Güvenilirlik Katsayılarının Değerlendirilmesi	97
2.7. Süre ve Maliyet	97
2.8. Etik Konular	98
3. BULGULAR	99
3.1. Kadınları Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler	99
3.2. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	107
3.3. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	112
3.4. Kadınların Kaygı Düzeyleri ve Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	117
3.5. Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi	119
4. TARTIŞMA	126
4.1. Kadınları Tanıtıcı Sosyo-Demografik Bilgiler	127
4.2. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	132
4.3. Kadınların Sosyo Demografik Özellikleri İle Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	140
4.4. Kadınların Kaygı Düzeyleri ve Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	148
4.5. Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi	151
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	156
5.1. Sonuç	156
5.2. Öneriler	161
ÖZET	170
SUMMARY	172

KAYNAKLAR	174
EKLER	186
EK-1: Aydınlatılmış Onam Formu	186
EK-2: Sosyo-Demografik Bilgi Formu (SDBF)	187
EK-3: Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği (BAÖ)	191
EK-4: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)	192
EK-5: Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyacının Belirlenmesine Dair Form	194
EK-6: Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği Uygulama İzinleri	197
EK-7: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Uygulama İzni	200
EK-8: Etik Kurul Onay Yazısı	201
EK-9: Kurum Uygulama İzin Yazısı	203
ÖZGEÇMİŞ	206

ÖNSÖZ

Bu araştırma, kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesine yöneliktir. Konya İl Sağlık Müdürlüğü Karatay 01 No.lu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri'ne başvuran 18-65 yaş arası, gönüllü kadınlar ile gerçekleştirilen çalışmanın kaygı ve benlik saygısı ilişkisine ve danışmanlık merkezine başvuran kadınların sosyal hizmet ihtiyaçlarına ışık tutarak literatüre ve nihai hedef olarak başvuran sisteme yönelik daha nitelikli hizmet sunumuna katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yaklaşık olarak üç yılı bulan yoğun bir araştırma ve çalışma sürecinin ürünü olan bu tez çalışması birçok kişinin emeği ile hazırlanmıştır.

Bu süreçte tez çalışmasına yönelik olarak, çalışma proje konusunun belirlenmesinden başlayarak gerçekleştirdiğimiz çalışma sürecinin tüm aşamalarına varıncaya kadar anlayışlı, destekleyici ve yol gösterici yaklaşımı nedeniyle değerli hocam Prof. Dr. Emine ÖZMETE'ye sonsuz şükranlarımı sunarım. Ayrıca, ilkokul öğretmenim Resul AKBAY'dan başlayarak öğrenim yaşamım boyunca emeği geçen bütün hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Çalışma süresince çeşitli aşamalarda katkı ve destek sunan Murat DERİN'e, Yunus ÇAYIR'a, Rıza YILMAZ'a, Ömer ORUÇ'a, Cansu ŞİMŞEK'e, Muhammet ISLANMAZ'a, Merve YILMAZ'a, Salih ÜNLÜTÜRK'e, Önder KALKAN'a, Ayşe KINAŞ'a, Mustafa YAVUZ'a, Betül KARAAĞAÇ'a, Ayşe GÖKMEN'e, Ayşe SEÇEN'e, Süleyman DÜNDAR'a ve Mehmet Süha İŞİ'ye ve ismini burada yazamadığım tüm arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma süresince desteğini hiç esirgemeyen ve hep yanımda olan canım anneme; ne kadar teşekkür etsem azdır.

SİMGE VE KISALTMALAR

BAÖ	Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği
CBSE	Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri
SDBF	Sosyo-Demografik Bilgi Formu
SHM	Sağlıklı Hayat Merkezi
NASW	National Association of Social Workers
COS	Charity Organization Societies



ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Envanterin Güvenilirlik Katsayıları	97
Çizelge 3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	99
Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına İlişkin Dağılım	102
Çizelge 3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına İlişkin Dağılım	103
Çizelge 3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmişte Şiddete Maruz Kalma ve Halen Şiddete Maruz Kalma Özelliklerine İlişkin Dağılım	104
Çizelge 3.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Boşanmış Olma ve Ayrı Yaşama Durumları ile Buna Yol Açan Nedenlere İlişkin Dağılım	105
Çizelge 3.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evde Bakım Alan Engelli ve/veya Yaşlı Kişi İle Bakıma İhtiyacı Olan Yaşta Çocuğu Olma Özelliklerine İlişkin Dağılım	105
Çizelge 3.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Psikososyal Danışmanlık Hizmeti Alma Sürelerine İlişkin Dağılım	106
Çizelge 3.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarında Sunulan Hizmetlerden Memnun Olma Durumlarına İlişkin Dağılım	106
Çizelge 3.9. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği Puanlarının Dağılımı	107
Çizelge 3.10. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Coopersmith Benlik Saygısı (CBSE) Envanteri Puanlarının Dağılımı	112
Çizelge 3.11. Araştırmaya Katılan Kadınların Kaygı Düzeylerinin Dağılımı	117
Çizelge 3.12. Araştırmaya Kullanılan Ölçek ve Envanterlere İlişkin Ortalama Değerler	118
Çizelge 3.13. Beck Kaygı Ölçeği ile Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Arasındaki İlişki	118

Çizelge 3.14. Kaygının Benlik Saygısı Üzerinde Etkisini Açıklamak Üzere Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	118
Çizelge 3.15. Benlik Saygısının Kaygı Üzerinde Etkisini Açıklamak Üzere Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	119
Çizelge 3.16. Araştırmaya Katılan Kadınların Başvuru Yapmış Oldukları Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarına Göre Dağılımı	120
Çizelge 3.17. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarına Başvuru Amacına Göre Dağılımı	121
Çizelge 3.18. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarından Haberdar Olma Yoluna Göre Dağılımı	122
Çizelge 3.19. Araştırmaya Katılan Kadınların Hizmetlere Erişim Sürecini, Erişime Kolaylık Yönünden Değerlendirmelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı	122
Çizelge 3.20. Araştırmaya Katılan Kadınların Sunulan Hizmetlere Yönelik Erişimde Güçlük Yaratın Esas Neden Konusunda Düşüncelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı	123
Çizelge 3.21. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum ve Kuruluşlarınca İhtiyaca Dönük Çözümler Üretilip/Üretilmediği Konusundaki Düşüncelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı	123
Çizelge 3.22. Araştırmaya Katılarak Sosyal Hizmet Sosyal Hizmet Kurum ve Kuruluşlarınca İhtiyaca Dönük Çözümler Üretilmediğini İfade Eden Kadınların Bunun Nedenleri Konusundaki Düşüncelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı	124
Çizelge 3.23. Araştırmaya Katılan Kadınların İlk Sırada Gelen Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesine Göre Dağılımı	125

1. GİRİŞ

Tüm bireyler için zihinsel, ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlık, yaşamın hayati ve iç içe geçmiş bağlarını ifade eder. Bu ilişki hakkındaki anlayışımız büyüdükçe, ruh sağlığının bireylerin, toplumların ve ülkelerin genel refahı ve iyi oluşu için ne kadar önemli olduğu daha belirgin hale gelmektedir. Bu bağlamda ruh sağlığı, bireylerin potansiyel ve yeteneklerini gerçekleştirmelerine, yaşamın olağan stres durumlarıyla baş etmelerine, üretken bir şekilde çalışabilmelerine ve toplumlarına katkıda bulunmalarına olanak sağlayan bir iyi oluş hali ve refah durumu olarak tanımlanabilir. Ancak, dünyanın birçok yerinde, ruh sağlığı ve ruhsal bozukluklar, fiziksel sağlıkla aynı derecede önem taşıyan bir konuma ulaşamamaktadır. Aksine, büyük ölçüde göz ardı edilmiş veya ihmal edilmişlerdir (World Health Organisation, 2003).

Tıbbi tedavideki ilerlemeler, sağlık hizmetlerinde de büyük iyileşmelere yol açmıştır. Ancak bu gelişmeler ruhsal, davranışsal ve sosyal problemlerdeki belirgin artışlarla dengelenmektedir (World Health Organisation, 1997). Yetişkinler ve çocuklarda ruh sağlığı ve madde bağımlılığı sorunlarının yaygınlığı göz önüne alındığında bireyler, aileleri ve bir bütün olarak toplum üzerinde devasa düzeyde duygusal ve mali yükün olması şaşırtıcı değildir (World Health Organisation, 2003).

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması' 2010 yılı verilerine göre, mental bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları dünya çapındaki tüm Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) ölçümünde % 7,4'lük oranı ile beşinci büyük grubu oluşturmaktadır (Whiteford ve ark., 2013). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her dört aileden birinin ruhsal bozukluğu olan en az bir üyesi bulunmaktadır (World Health Organisation, 2003).

Genel sağlık bütçesi içerisinde ayrı bir ruh sağlığı bütçesinin önemine karşın, önemli sayıda ülkede ruh sağlığı bütçesi bulunmamakta, olduğunu bildirenlerde ise oranlar çok düşük kalmaktadır. Dünya bankası ülke gelir grubu sınıflandırmasına göre, ülkelerin gelir düzeyine göre ruh sağlığı bütçesinin toplam sağlık bütçesi içerisindeki

payı; düşük gelirli ülkelerde % 1,54, orta gelir grubu ülkelerde % 2,78, yüksek-orta gelir grubu ülkelerde % 3,49 ve yüksek gelir grubu ülkelerde ise % 6,89 seviyelerindedir (World Health Organisation, 2003).

Kadınlar ve erkekler benzer birçok sağlık sorununu paylaşıırken, farklılıklar kadın sağlığının özel bir ilgiyi hak ettiği noktasında yoğunlaşır. Pillai ve Maleku (2013), sağlığın tüm insanları etkilemekle birlikte, özellikle kadın sağlığının erkek sağlığından çok daha savunmasız ve kırılgan olduğunu kabul etmektedir. Kadınlar hem biyolojik hem de davranışsal avantajları nedeniyle genellikle erkeklerden daha uzun yaşarlar ancak bu avantajlar cinsiyete dayalı ayrımcılık nedenlerine bağlı olarak geçersiz kılınmaktadır (World Health Organisation, 2009).

Dünya nüfusunun yarısını oluşturmalarına karşın kadınlar, cinsiyetlerinden dolayı şiddet, ayrımcılık, psikososyal sorunlar ve çeşitli hastalıklarla daha fazla yüz yüze gelmektedir. Menstrual sorunlar, gebelik, doğum gibi etkenler yanında ailenin diğer bireylerinin bakımını üstlenme gibi süreçler, kadının yaşadığı stres faktörlerini artırmaktadır (Koyun ve ark., 2011). Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, (2008) tarafından, “toplumsal cinsiyet rolünden kaynaklanan olumsuzlukların özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda daha fazla deneyimlenmekte olduğu; statüleri genellikle daha düşük olan kadınların daha sağlıksız koşullarda yaşadıkları, sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, şiddet ve stresle daha fazla yüz yüze geldiklerinin gözlenmekte olduğu; ve sağlık hizmetlerine ulaşmada ekonomik güçlüklerin yanında, eğitim hakkı ve diğer insan haklarının ihmal ya da ihlal edilmesi, ayrımcılık yapılması, gelenekler, kültür ve dini inanışların kadın sağlığını önemli düzeyde etkilediği” ifade edilmektedir. Toplumsal ve kültürel etkenlerin yanı sıra konuya biyolojik ve endokrin düzlemde açıklamalar getiren çalışmalarda mevcuttur. Örneğin, Seemen, (1997)’a göre, ergenlikten menopoza kadar östrojen sekresyonunun döngüsel doğası ve daha sonra neredeyse tamamen çekilmesi, kadınların genel ruh hali ve kaygı bozukluklarına karşı özel savunmasızlığını açıklayabilir. Östrojenler, nöronal dejenerasyon, büyüme ve toksinlere karşı duyarlılık açısından nöro koruyucudur. Östrojenlerin ve progesteronun döngüsel dalgalanmaları, depresyona ve kaygıya duyarlılık kazandıran strese yanıtı artırmaktadır. Dolayısı ile kadının sağlık bakımı,

yaşam döngülerine göre tüm yaşamı kapsayacak şekilde bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

Aile yapısı, yaşamında karşılaştığı olumlu/olumsuz olaylar, kişilik özellikleri ile toplumsal ve kültürel etkenler tüm yaşamı boyunca kadının yaşadığı ruhsal sorunları belirlemektedir (Koyun ve ark., 2011). Kadınlar alkol ve uyuşturucu kullanım bozuklukları açısından erkeklerden daha düşük oranlar sergileseler de, depresyon ve kaygı bozukluklarına karşı daha duyarlıdırlar (World Health Organisation, 2009). Yaygın ruhsal bozukluklar bir dizi kaygı ve depresif bozukluğu ifade eder. Küresel nüfusun % 4,4'ünün depresif bozukluktan, % 3,6'sının ise kaygı bozukluğundan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organisation, 2017). ABD'de gerçekleştirilen ulusal bir epidemiyoloji çalışmasında, kaygı bozukluklarının yaşam boyu görülme oranı, erkeklerde % 19,2 olup kadınlarda % 30,5 bulunmuştur (Kessler ve ark., 1994). Küresel olarak kaygı bozukluklarının prevalansının erkeklerde % 2,6'ya kıyasla kadınlarda % 4,6 olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organisation, 2017).

Toplum içerisinde ruh sağlığı bağlamında kadınların daha dezavantajlı olduğu hususunda, ülkemizde gerçekleştirilmiş olan çeşitli çalışmalar benzer bir tabloyu ortaya koymaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu 2000 sonuçlarına göre, ruhsal hastalıkların küresel oranlarla örtüşmekte olduğu ve herhangi bir ruhsal bozukluğun görülme oranının kadınlarda % 22,4, erkeklerde % 10,9 olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Kelleci ve arkadaşları (2003) tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan kadınların ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla İstanbul Kağıthane'de sağlık ocağına başvuran 108 kadın ile gerçekleştirilen bir araştırmada, kadınların çoğunluğunun somatik şikayetlerle (% 35 ağrı, % 24 yorgunluk ve % 24 mide yanması ve bulantı şikayetleri) muayene olma amacı ile sağlık ocağına başvurdukları, bu süreçte ruhsal içerikli şikayetlerin başvuru nedenleri arasında yer almadığı fakat bireysel görüşmeler yapılırken ruhsal kaynaklı yakınmalarını ifade ettikleri gözlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %58,3'ünde ruhsal sorunlar tespit edilmiştir. Yine, Sergek ve Bayıl Oğuzkan (2018)'ın 2016 yılında Gaziantep'in kırsal kesiminde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi polikliniğine

başvuran 15 yaş ve üzeri 193 kadınla gerçekleştirmiş oldukları araştırmanın sonuçlarına göre, “kadınların yarısından fazlasının ruhsal semptomlarının olduğu ve ileri bir psikiyatrik tanılama sürecinin gerekliliği olduğu”na dair sonuç ve değerlendirmeye ulaşılmıştır. Tosun ve arkadaşları (2014) tarafından Konya Kent Merkezi’nde gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçlarına göre, “cinsiyet ile ruh sağlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve kadınların ruhsal durumlarının erkeklere oranla daha olumsuz olduğu” yönünde sonuçlara ulaşılmıştır.

Kadın sağlığı, aile ve toplum refahı ve iyi oluş hali için oldukça önemli bir bileşendir (John ve ark., 2016). Kadınların sağlık sorunları, çocuk refahı, madde bağımlılığı, kişilerarası şiddet, yoksulluk ve sağlık gibi sosyal hizmet uygulamalarının birçok kesimini etkilemektedir ve kadınların genel sağlığı bağlamında ele alınmalıdır (Bird ve ark., 2016). Sağlıklı kadın, sağlıklı toplum demektir (Koyun ve ark., 2011).

Bu araştırmanın konusu Karatay 01 Nolu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri’ne başvuran 18-65 yaş arası kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesidir.

1.1. Kaygı

Kaygı ve korku son yıllarda klinisyenlerin üzerinde en çok araştırma yaptıkları alan olmuştur. Freud, bütün akademik yaşamı boyunca kaygı ile ilgilenmiş ve kuramını birçok kez revize etmiştir (Ceyhun ve Ceyhun, 1994). Kaygı, anksiyete ve bunaltı olarakta bilinir ve adlandırılır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bal ve arkadaşları (2013)’na göre, “kaygı, somatik semptomların da yer aldığı, normal olmayan, nedeni belirsiz bir tedirginlik ve korku durumu” olarak tanımlanabilir. Kaygı, hoş olmayan özellikleri içermesi yönüyle diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım sürecini ifade eder (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Türkçapar (2004), bu duygunun, çeşitli diğer duyumlar ile birarada bulunabildiğini ifade eder ve şöyle devam eder: “Göğüste hissedilen sıkışma ve kalp çarpıntısı ile

birlikte terleme; bunların yanı sıra baş ağrısı ve midede boşluk hissi, ani tuvalet ihtiyacı gibi duyular; huzursuzluk ve dolanıp durma isteği kaygının sık karşılaşılan belirtileri belirtileri arasında yer alır.”

Kaygı hemen hemen her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygu durumudur (Güleç, 2018). Kaygı, çevredeki potansiyel tehditleri veya tehlikeleri işaret etmek için işlev gördüğünden uyarlanabilir ve eşlik eden başa çıkma stratejilerini kolaylaştırır (Kalin, 2020). Gerçek amacı yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışını gerçekleştirmek olan kaygı duygusunun bu yardımı sayesinde insan, bilinmeyen yeni veya tehlikeli olabilecek uyaranlardan sakınma, onlar ile başa çıkma veya gerektiğinde onlardan kaçma gibi davranışlar sergileyebilmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006). Kaygı yaşamak, hayatta kalmak için kritik öneme sahip olduğundan korku ve kaygıya aracılık eden beyin ve fizyolojik sistemlerinin evrimsel olarak büyük ölçüde korunması mümkün olmuştur (Kalin, 2020). Kaygı, uyum sağlayıcı özellikleri nedeniyle, yaşamının sürdürülmesi için gereken bir duygudur. Fakat belirli bir dereceye kadar sağlıklı ve işlevsel olan bu duygunun yüksek şiddette ve daha uzun süreli yaşanması, bireyin yaşamını, sosyal ilişkilerini ve genel sağlık durumunu olumsuz etkileyebilmekte ve patolojik bir hal almaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006). Kişinin tanı için kriterleri tam olarak karşılama durumlarına bakılmaksızın, patolojik veya uyumsuz kaygı olarak adlandırılabilir kaygı ise aşırı derecede yoğun olan ya da aksi takdirde kaygıya neden olması beklenmeyecek durumlarda ve bağlamlarda ortaya çıkan kaygı ile karakterize edilir (Kalin, 2020). Kaygı gündelik hayatın içinde somut bir faktöre (tehdit veya tehlike) bağlı olarak ortaya çıkan yönü ile değerlendirildiğinde, patolojik yapıyı oraya koyan üç ölçütten söz edilebilir; (i) kaygının şiddeti, (ii) süresi ve (iii) gündelik yaşamı etkilemeye dönük işlevselliği bozucu etkisi (Berkson, 2002). Patolojik oluşu getiren şeyse genellikle kaygının yaşanmasından ziyade kaygının süresi ve şiddetiyle ilişkili olarak yol açtığı işlevsellikteki bozulmalar ve bunun sonucunda da gündelik yaşamın akışını bozmasıdır.

Kaygı, korkuya benzer bir duygudur (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Korku, tüm memeli canlılarda ortaya çıkan temel bir duygudur. Korku, ortamda tespit edilen anlık bir tehdit tarafından harekete geçirilen koordineli duygusal, davranışsal ve biyolojik

tepkiiyi ifade eder ve organizmanın kendini “dövüşme, donma veya kaçma” tepkileriyle korumasına izin verir. Ancak kaygı, kişinin tetikleyici bir uyarının yokluğunda belirsiz fakat olası, olumsuz bir olayla başa çıkmaya hazırlandığı, geleceğe yönelik duygusal bir durumu ifade eder (Giacobbe ve Flint, 2018). Kaygı ve korku, her ikisi de aslında tehlikeye karşı gösterilen duygusal tepkileri ifade etmektedir ve her ikisine de titreme, terleme, şiddetli kalp atışı gibi fiziksel belirtiler eşlik edebilir. Fakat ikisi arasında önemli bir fark bulunur. Korku kişinin karşı karşıya gelmek zorunda kaldığı tehlikeyle orantılı bir tepkiyken, kaygı daha ziyade tehlikeyle orantılı olmayan; hatta hayali bir tehlikeye yönelik bir tepkiyi ifade eder (Horney,2019). Korku ve kaygı ayrı yapılar olmasına karşın, nörogörüntüleme çalışmalarının gösterdiği şekliyle her ikisi de çeşitli ortak sinir alt katmanlarını paylaşır (Giacobbe ve Flint, 2018).

Nevrozların ve psikozların oluşumunda ortak olan şey, kaygının bulunmasıdır. Nevrozlardaki kaygı, çeşitli ego savunmaları ile giderilmeye elverişli olmakla birlikte, psikozlardaki kaygı ego bütünlüğünü bozacak kadar ağır bir tablo ortaya koyar (Güleç, 2018). Görünür tabloyu bir kenara bırakıp nevrozların ortaya çıkmasında etkili olan dinamiklere bakınca tüm nevrozlar için geçerli ortak ve temel bir etkenden söz edilebilir; kaygılar ve onlara karşı kurulan savunmalar. Bir nevrozun yapısı ne kadar çetrefil ve güç olursa olsun olsun bu kaygı, nevrotik süreci başlatan ve bu süreci hareket halinde tutan bir güç kaynağına, bir dinamoya benzetilebilir (Horney, 2019).

1.1.1.Kaygı Kavramının Kökeni ve Konuyla İlgili Bilimsel Gelişmeler

Kaygı (anksiyete) kavramının kökeni konusunda, alan yazında yakın çeşitli görüşler bulunmaktadır. Köknel (2014), “Eski Yunanca’da anxietas, endişe, korku, merak anlamına gelir.” biçiminde ifade ederken; Berksun (2002), “Anksiyete (anxiety), Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir.” şeklinde ifade etmiş; Işık ve Işık Taner (2006) ise; “anksiyete sözcüğünün, hindogermanik “angh” kökünden türetildiği ve darlık/sıkışma anlamına geldiği” yönünde bir açıklama getirmiştir. Dolayısıyla tanımlar incelendiğinde,

sözcüğün, batı dillerinden köken aldığı ve boğulma, sıkışma, darlık, korku, endişe gibi anlamlar içerdği anlaşılmaktadır.

Kaygıya ilişkin tanımlamalara, tarihsel olarak oldukça eski dönem metinlerde dahi rastlanmaktadır. Örneğin Hipokrat, ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerde, korkudan, “amaçsız kaygı” olarak tanımladığı bir olgudan söz eder (Berkun, 2002). Cirero (M.Ö.106-43) kaygıyı, “kalıcı, sürekli bir endişe eğilim ve yatkınlığı” anlamına geleceş şekilde kullanmıştır (Köknel, 2014). Ortaçağda, kaygı kavramı tanrı korkusu temelinde yorumlanmış olup hastalık düzeyinde değeriendirilmemiştir (Işık ve Işık Taner, 2006). 18. Yüzyıldan sonra psikiyatrinin gelişmeye başlaması ile kaygı, tıbbi kaynaklarda sıkça karşılaşılan kavramlardan olmuştur. Örneğin Henrich Neumann’ın, 1800’lü yılların ortalarına doğru, kaygının özellikle cinsel dürtülerin doyurulmamasına bağılı olarak ortaya çıktığı yönündeki görüşü bize psikanalitik temelli açıklamaları hatırlatmaktadır. Kaygı ve kaygı bozukluklarını etraflıca ilk kez ele alan Sigmund Freud olmuştur. Freud, 1894 yılında, kaygı nevrozunu ayrı bir sendrom olarak, ilk kez tanımlayarak nevrasteniden ayırmış (Berkun, 2002); kaygının, dürtülerden doğan gücün bastırılması nedeniyle ortaya çıktığını öne sürmüştür (Köknel, 2014). Freud’a göre kaygı, öncelikle bir duygulanımdır. Kaygı, içsel çatışmaların merkezinde bulunan psikolojik bir yapı olmakla birlikte çeşitli psikiyatrik hastalıklarda gözlenen bir semptom olarak kendini gösterir (Işık ve Işık Taner, 2006).

Freud’un patolojik kaygıyı içgüdüsel kökenli olarak değeriendirmesine karşı, izleyen araştırmacılar sosyal ve kültürel etmenlere daha fazla önem vererek kişide kaygı oluşturan süreçleri toplumların hızla değışmesi, aile ve benzeri gruplarla özdeşleşmenin zayıflaması ile birlikte gittikçe artan, insan yalnızlığı temelinde açıklama yoluna gitmişlerdir (Geçtan, 2003). “Toplumsal ve kültürel ruhbilim” görüşünü benimseyenler ise, kaygının kaynağını, kişiler arası ilişkilere yormuşlardır. Bu süreçte H.S. Sullivan (1892-1940), “kaygının temelde insanların başkaları karşısındaki başarısızlıklarından geliştiğini” savunmuştur (Köknel, 2014). Nesne ilişkileri ve kişilerarası ilişkiler, çoğu dinamik kaygı teorisinin merkezinde yer alır. Aslında, Sullivan, Fromm-Reichmann, Klein, Fairbairn ve Bowlby farklı yönleri,

işlevleri ve kaygı türlerini açıklasalar da, içselleştirilmiş nesne ilişkileri ve kişilerarası ilişkiler her bir yazarın teorisinde oldukça önemli yer tutar (Slavin Mulford ve Hilsenroth, 2012).

1.1.2. Kaygı, Belirtileri ve Etki Süreci

Kaygı belirtileri çeşitli düzeylerde kendini göstermekte, ister gerçek ister hayali olsun, savaş veya kaç tepkisi, tehlikeyle etkinleştirildiğinde, üç "işleyiş sistemi"nde değişikliğe yol açmaktadır. Bunlar; kişinin düşünme şekli (bilişsel), vücudun nasıl hissettiği ve çalıştığı (fiziksel) ve kişinin nasıl davrandığı (davranışsal). Bu üç sistemin ne kadar değiştiği kişiye ve bağlama göre değişir. Kaygının bilişsel, fiziksel ve davranışsal yanıt sistemlerinin sıklıkla birlikte değiştiğini kabul etmek önemlidir. Örneğin, mali durumunuz (bilişsel) hakkında endişelenmek için çok fazla zaman harcıyorsanız, fiziksel olarak gergin ve sinirli (fiziksel) hissedebilir ve hane halkı bütçenizi ve yatırımlarınızı kontrol etmek (davranışsal) için biraz zaman harcayabilirsiniz (Centre for Addiction and Mental Health, 2008).

Kaygı bozukluklarının temel özelliği kaçınma şeklinde kendini gösterir ve tehlike yaratan bir olayın yaşanacağına dair tehdit algısı kaygıya yol açar. Dolayısıyla bozukluk yönünde bir tanılamaya gidilmesi sürecinde, kaçınmanın herhangi bir tehdit algısı nedeniyle ortaya çıkıp çıkmadığının saptanması oldukça önemlidir. Pek çok olguda kaçınma, özel bazı durumlardan, yerlerden ya da uyaranlardan kaçınma şeklinde daha açık olarak ortaya çıkarken, bazı olgularda ise kaçınma davranışı duraksama, belirsizlik, içe çekilme ya da ritüele dönüşmüş eylemlerle kendini gösterebilmektedir ve daha zor farkına varılmaktadır (Güveli ve İşeri, 2016). Kültürümüzde kaygıdan kaçınmanın genellikle dört ana yolu gözlenir. Bunlar; mantığa uygun kılma; inkar etme; uyuşturma (alkol ve/veya uyuşturucu almak, sosyal etkinliklere dalma, işe boğulma, uyku ihtiyacı, cinsel faaliyetler/mastürbasyon gibi); ve onu canlandırabilecek dürtü, düşünce, duygu ve durumlardan kaçınma, şeklinde özetlenebilir (Horney, 2019:33).

Kaygının temel mekanizması konusunda Horney, oldukça kapsamlı açıklamalar yapmıştır. Bu ekseninde, çocukluk çağında açık veya örtük olarak itilen fakat sadece katı beklenti ve talepleri yerine getirmesi durumunda onaylanan ve sevgi bulabilen, yetişkinlerin tutarlı olmayan tutumlarıyla sık karşılaşan, yetenekleri küçümsenen veya aşırı korunan ve bağımlılığı güçlendirilen bir ortamda yetişen bir kişide kendini gerçekleştirmenin yollarının kapanmış olduğu ifade edilebilir. Bu duruma bağlı olarak çocukta sonraki yaşamının nevrotik çatışmalarının merkezi konumunda bulunan boyun eğme ve karşı gelme çatışmasından oluşan bir patern gelişir ve bu iki zıt fenomen, *temel kaygıyı* ve tüm yaşamı kapsayacak olan bir *güvensizlik duygusunu* ortaya çıkarır (Geçtan, 2003). Kaygının dışavurumları ne olursa olsun, ister bir kanser korkusu, ister fırtınalara ilişkin kaygı, ister yüksek yerlerle ilgili bir fobi isterse herhangi benzer bir korku olsun, yıkıcı bir *tehlike* ve ona karşı bir *savunmasızlık* sürekli var olan iki etkindir. Dolayısı ile aslında, farklı türdeki *düşmanca dürtüler* nevrotik kaygının doğduğu ana kaynağı oluşturur. Düşmanlık ve kaygı arasındaki birinin sürekli diğerini üretip pekiştirdiği bir döngü, nevrozlarda neden böyle devasa miktarda amansız düşmanlık bulduğumuzu da anlamamızı sağlar (Horney, 2019).

Türkçapar (2004), tarafından getirilen açıklama şu yöndedir: “Kaygının somut bir tehlike söz konusu olmaksızın yaşanması ile birlikte sık ve şiddetli bir biçimde belirmesi ve kişinin rutin günlük yaşamını etkilemesi gibi süreçler kişide kaygı bozukluğu olduğu yönünde bir kanaate yol açar. Kaygı ile ilişkili klinik görünüm, kişiye göre büyük ölçüde farklılık gösterebilir, örneğin bazı hastalarda kas gerginliği, kas katılığı, baş ağrısı ve boyun tutulması gibi belirtiler gözlenir.”

1.1.3. Kaygı Bozukluklarının Sınıflandırılması

Çoğu kaygı bozukluğunun başlangıcı çocuklukta gözlenir ve atipik “geç başlangıçlı” kaygı vakalarının, aksi ispatlanana kadar tıbbi durum, madde etkisi veya duygudurum bozukluğu faktörlerinden kaynaklandığı düşünülmelidir. Geç başlangıçlı kaygı bozuklukları, kaygıya katkıda bulunabilecek veya bunu taklit edebilecek diğer

psikiyatrik veya tıbbi durumları araştırmaya yönlendirilmelidir (Giacobbe ve Flint, 2018).

DSM-III'te ilk kez yer alan ve kaygı bozukluklarını da içine alan “nevrotik reaksiyonlar” kategorisi ve nevrozu anımsatan tanımlamalar DSM-IV'te tümüyle değiştirilerek “kaygı bozuklukları” sınıflamasına yer verilmiştir. DSM-IV tanı kategorisi, yaygın kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, agorafobinin eşlik ettiği ve eşlik etmediği panik bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu, özgül fobi ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olmak üzere altı grubu içermekteydi (Tekin M., Tekin A.,2014). DSM-5'te kaygı bozukluklarının sınıflandırılmasında önemli değişiklikler yapılmış olup, bu değişiklikler aşağıda yer almaktadır:

- Bozukluklar, yaşam boyu bakış açısı ve gelişimsel bakış açısı kavramlarıyla değerlendirilmiş,
- DSM-IV'te yer alan Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), kaygı bozuklukları sınıflandırılmasından çıkarılmış,
- Obsesif Kompulsif Bozukluk'a (OKB), Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar (OKBİB); Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na (TSSB), Travma ve Tetikleyici Stresörlerle İlişkili Bozukluklar (TTSİB) grupları içinde yer verilmiş,
- Selektif Mutizm ve Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ise, (DSM-IV)'te sınıflandırıldığı şekliyle, Bebeklik Çocukluk ya da Ergenlik Döneminin Diğer Bozuklukları başlığından, DSM5'te Kaygı Bozuklukları başlığı altında yer verilmiş,
- DSM-5'te, panik bozukluk ile agorafobi ilişkisi kesilerek her biri farklı tanı olarak kategorileri olarak belirlenmiştir (Akbaş, 2016).

1.1.4. Kaygı Bozukluklarının DSM-5'e Göre Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 (2014)'e göre kaygı bozuklukları 11 başlıkta sınıflandırılmaktadır:

1.1.4.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

DSM-5'e geçiş ile birlikte ilk kez kaygı bozuklukları içinde yer almıştır. Ayrılma kaygısı bozukluğu, çocukta veya ergende en az 4 hafta, bir yetişkinde en az 6 ay süren, gelişimsel olarak uygunsuz ve bağlanma figürlerinden ayrılma ile ilgili aşırı korku veya kaygı ile karakterizedir. Ayrılma kaygısı bozukluğu için tanı kriterlerindeki değişiklikler artık 18 yaşından önce semptomların başlamasını gerektirmez. (Giacobbe ve Flint, 2018). Şahin (2019) bu kategori hakkında şunları aktarır: "Kişi, evden (veya güvenli olan herhangi bir yerden) ayrılmaya isteksiz olur; yalnız başına uyumaktan korkabilir ve ayrılma ile ilgili kâbuslar görür. Asıl bağlanma figürlerinden uzak kaldığı zamanlarda, sürekli telefonla konuşma veya görüşme ihtiyacı hisseder. Ayrılma kaygısı bozukluğu olan yaklaşık her üç çocuktan birinde bu bozukluğun belirtileri yetişkinlik dönemlerinde de gözlenir. Bununla birlikte bazı kişilerde bu semptomların, onlu yaşların sonunda veya daha sonra hatta genç yaşların başlarında dahi ortaya çıktığı görülür." Ayrılma kaygısı bozukluğu için tanımlanan risk faktörleri arasında kadın olma, çocuklukta ebeveyn kaybı ve yaşam boyu travma gibi faktörler yer alır (Giacobbe ve Flint, 2018).

1.1.4.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

DSM-5'e göre konuşmanın beklendiği özgül sosyal ortamlarda konuşmama ile giden bir kaygı bozukluğudur (Tamam ve Demirkol, 2019). Seçici mutizm, bireyin belirli sosyal durumlarda konuşamaması, diğer ortamlarda normal konuşma yeteneğinin varlığı ile karakterizedir (Giacobbe ve Flint, 2018). Şahin (2019) bu

kategori hakkında şunları aktarır: “Seçici mutizm, genel olarak, normal olarak konuşma geliştikten sonra, okul öncesi dönemde (2-4 yaş) başlar. Seçici konuşmazlığı olan çocuk aile üyeleriyle normal bir şekilde konuşurken yabancı kişilerin yanında sessiz kalabilmekte ve klinik olarak okula başlayana kadar bozukluk dikkat çekmeyebilmektedir. Genel olarak utangaç olmalarına karşın, bu tür bozukluğu olan çocukların çoğunun normal zekâ ve duyma yetisinde oldukları ve konuştuklarında normal bir telaffuz, kelime dağarcığı ve cümle yapılarının olduğu gözlenir.” Seçici mutizm için belirlenen risk faktörleri arasında davranışsal inhibisyon mizacı, iletişim gecikmeleri, iki dillilik, göç ve ebeveyn sosyal kaygı bozukluğu veya seçici mutizm öyküsü bulunur (Giacobbe ve Flint, 2018).

1.1.4.3. Özgül Fobi

Belirli bir nesne veya durumla klinik olarak anlamlı bir korku ile karakterize olan özgül fobi, tipik olarak kaçınma davranışına yol açan bir kaygı bozukluğu türüdür (Çıtak, 2018). Özgül fobide, korkulan nesne ve durumlar, yaralanma ve ölüm, fırtınalar, yükseklik, hayvanlar ve hastalık gibi etken ve durumlar olabilir. Alt tipleri ise bu etken ve durumların baskın alanına göre; doğal çevre tipi, kan-enjeksiyon-yara tipi, hayvan tipi, durumsal tip ve diğer tip olabilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Tamam ve Demirkol, (2019) özgül fobinin alt türleri hakkında bilgi verir: “DSM-5 incelendiğinde farklı özgül fobi tiplerini içerdiği görülür: durumsal tip (uçak, asansör), hayvan tipi (örümcek, böcek, köpek), kan-enjeksiyon-yaralanma tipi (iğne, tıbbi girişimler), doğal çevre tipi (yükseklik, fırtına, su), ve diğer tip (yüksek sesler, özel giysili kişiler gibi).” Özgül fobide, fobi kaynağı olan nesne ya da durumdan bariz şekilde kaçınılır veya yoğun bir kaygı ya da korku ile bu duruma katlanıldığı gözlenir (Tamam ve Demirkol, 2019); yaşanan bu kaygı ya da korku hissi, gerçek tehlikeye oranla sosyokültürel temelde orantısız olup işlevsellikte bozulmaya neden olabilir (Giacobbe ve Flint, 2018). Kaygı bozukluğuna benzer şekilde, spesifik fobisi olan bireylerin yaklaşık üçte ikisi kadındır (Giacobbe ve Flint, 2018).

1.1.4.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Sosyal fobi (sosyal kaygı bozukluğu olarak ta bilinir), performans gösterilmesi beklenen durumlarda ve sosyal ortamlarda, kişinin utanç duymasına veya aşağılanmasına neden olabilecek bir davranış sergileyeceğine dair bariz ve inatçı bir korku hissi şeklinde tanımlanabilir. Bu tür korkudan kaynaklı olarak gelişen kaçınma davranışları, kişinin yaşamını kısıtlayabilir. Sosyal fobi bariz bir yeti yitimine neden olabilen bir bozukluk olup fizyolojik belirtileri diğer kaygı bozukluğu türlerinin belirtilerine benzer (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Sosyal fobi, genel olarak çocuk döneminde başlar, sık görülür, süregelen bir seyri vardır ve farklı ruhsal hastalıklara eşlik etme olasılığı yüksektir. Bununla birlikte, diğer kaygı bozuklukları, depresyon ve madde kötüye kullanım riskini artırıcı özellik gösterir (Kocabaşoğlu, 2008). Sosyal kaygı bozukluğu olan bireylerin yaklaşık üçte ikisi kadındır, tipik başlangıç yaşı, orta ergenliktir, bozukluğu olan kişilerin yalnızca küçük bir azınlığı tedaviye başvurur (Giacobbe ve Flint, 2018).

1.1.4.5. Panik Bozukluk

Panik bozukluk, beklenmedik, tekrarlayan panik atakların ciddi işlevsellik kaybı ve sıkıntıya yol açtığı bir bozukluk olarak tanımlanabilir (Kocabaşoğlu, 2008). DSM-5, panik atağı, dakikalar içinde zirveye ulaşan, bir dizi somatik ve bilişsel kaygı semptomunun meydana geldiği, yoğun bir korku veya rahatsızlık döneminin ayrı bir dönemi olarak tanımlar (Giacobbe ve Flint, 2018). Bu tür bir bozukluk durumunda kişi, farklı birçok fiziksel ve diğer belirtilerin eşlik ettiği tekrarlayan başka atakların olacağı; ataklarla ilişkili diğer başka zihinsel ve davranışsal değişimlerin yaşanacağı yönünde en az bir ay ya da daha fazla süre kaygı ve tedirginlik yaşar, mesleki ve sosyal işlevsellikte ciddi olumsuzluk ve aksamalar gözlenir (Şahin, 2019). Panik atak basit olarak, “ölüm hissinin eşlik ettiği yoğun kaygı atağı” şeklinde tanımlanabilir (Tamam ve Demirkol, 2019). Panik ataklar panik bozukluğa özgü olmayıp diğer psikiyatrik ve fiziksel durumlarda da ortaya çıkabilir (Giacobbe ve Flint, 2018).

1.1.4.6. Agorafobi

Yunanca ‘‘agora’’ ve ‘‘phobos’’ kelimelerinden türetilen agorafobi kelimesinin Türkçe karşılığı ‘‘açık alan korkusu’’dur. Agorafobi, çoğunlukla panik bozukluk ile bir arada görülmekle birlikte DSM-5’te ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Agorafobisi olan kişiler, yardım almakta zorlanacaklarını düşündükleri yerlerde bulunmaktan ve böyle zamanlarda panik benzeri atak yaşama olasılığından korkar (Tamam ve Demirkol, 2019); kaygılı hissettiklerinde ise yardım bulabilmeyeyle bağlantılı güçlük yaşayabilecekleri yönünde en az iki durumla ilişkili yoğun korku ve kaygı hisseder, toplu taşıma araçlarından, kapalı alanlardan, tünellerden açık alanlar vb. durumlardan kaçınır ve birisinin eşlik etmesine gereksinim duyarlar (Şahin, 2019). DSM-5’e göre, agorafobi tanısı koymak için panik bozukluğun varlığı artık gerekli değildir (Giacobbe ve Flint, 2018).

1.1.4.7. Yaygın Kaygı Bozukluğu

Uzun tartışmalar sonrası yaygın kaygı bozukluğunun depresyonun bir şekli olmadığı, ayrı, spesifik bir bozukluk olduğu yönünde karar kılınmıştır (Kocabaşoğlu, 2008). Yaygın kaygı bozukluğu, 6 ay veya daha fazla süren, bireyin kontrol etmesi zor olan ve bir dizi fiziksel semptomun eşlik ettiği çoklu temalar hakkında aşırı endişe ve endişe örüntüsü ile karakterizedir (Giacobbe ve Flint, 2018). Şahin (2019) bu kişiler hakkında şunları aktarır: ‘‘Yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler, akut panik atak yaşamasalar da genel olarak gergin veya kaygılı hisseder, birçok konuyla bağlantılı endişe duyarlar. Örneğin sağlıkla ilgili konular, ailevi ve maddi sıkıntılar, okul ve işle ilgili küçük problemler bu kişilerde aşırı ve kontrol edilemeyen huzursuzluk, korku ve kaygıya, kas gerilmelerine, öfkeye, çabuk yorulma, dikkat ve uyku problemleri gibi duygusal, zihinsel ve fiziksel şikâyetlere neden olur.’’ Bozukluğun başlangıcı sıklıkla geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerine uzanır.’’ Bozukluk için tanımlanmış risk faktörleri arasında kadın cinsiyeti, çocukluk çağı sıkıntıları ve düşük sosyoekonomik durum bulunmaktadır (Giacobbe ve Flint, 2018). Etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal etkenler birlikte yer alır (Tamam ve Demirkol, 2019). Yaygın kaygı

bozukluğu, uzun süreli tedavi gerektirebilecek kronik bir durumdur (Giacobbe ve Flint, 2018).

1.1.4.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Madde ve ilaç kullanımına bağlı kaygı bozukluğu, keyif verici maddeler yanında reçete edilen ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilir. DSM-5'e göre tanılama, kaygı ya da panik ataklarının varlığını gerektirmekle birlikte semptomların, madde kullanım döneminde ya da madde kullanımının sonlandırılmasını takip eden bir ay içerisinde gelişmiş olması beklenir. Bu tür bir bozukluk ile birlikte giden klinik semptomlar, kullanılan maddenin tür ve özelliğine göre farklılık göstermektedir (Tamam ve Demirkol, 2019). Madde ve/veya ilaç kullanımı panik atak ve/veya diğer kaygı belirtilerinin görülmesine neden olabilmektedir. Kaygı bozukluğu ile ilgisi olan maddeler genel olarak kenevir, amfetaminler ve kafein olarak sayılabilir (Şahin, 2019).

1.1.4.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Beyin tümörü, hiperaktif tiroidi gibi birçok tıbbi durum, panik atağın ve yaygın kaygı belirtilerinin görülmesine neden olabilir (Şahin, 2019).

1.1.4.10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Bu bozukluk kategorisi DSM-5'te şu şekilde açıklanmıştır: “Klinik açıdan bariz bir sıkıntı ya da sosyal, işle ilgili alanlarda ya da kaygı bozukluğunun semptom özelliklerinin baskın olduğu ancak bunların kaygı bozuklukları tanı grubundaki herhangi birinin tanısı için tanı kriterlerini tam karşılamadığı hallerde bu kategori kullanılmaktadır. Fakat bu kategori, kaygı bozukluklarından herhangi spesifik biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istenildiğinde kullanılmaktadır.” (Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5, 2014)

1.1.4.11. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Bu bozukluk kategorisi, DSM-5'te şu şekilde açıklanmıştır: “Kaygı bozukluklarından herhangi spesifik biri için tanı kriterlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha spesifik bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı hallerde kullanılır.” (Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5, 2014).

Yukarı da verilen son iki kategori, tanımlanmış olan diğer kaygı bozukluğu gruplarına uymayan, fakat temel kaygı belirtilerinin yer aldığı bozukluklara ilişkin olarak kullanılmaktadır (Morrison, 2016; Kring ve Johnson, 2015; akt. Şahin, 2019).

1.1.5. Kaygı Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yaygın ruhsal bozukluklar biz dizi kaygı ve depresif bozukluğu ifade eder. Küresel nüfusun % 4,4'ünün depresif bozukluktan, % 3,6'sının ise kaygı bozukluğundan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organisation, 2017). ABD'de gerçekleştirilen ulusal bir epidemiyoloji çalışmasında, kaygı bozukluklarının yaşam boyu görülme oranı, erkeklerde %19,2 olup kadınlarda %30,5 bulunmuştur (Kessler ve ark., 1994). Küresel olarak kaygı bozukluklarının prevalansının erkeklerde %2,6'ya kıyasla kadınlarda %4,6 olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organisation, 2017).

Kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları başta olmak diğer bazı ruhsal temelli hastalıkla komorbidite (eş tanı) göstermekte olup, ABD'de gerçekleştirilen bir çalışmada 12 aylık Majör Depresif Bozukluğu olanların, 57,5'inin kaygı bozukluğu kriterlerini de karşıladığı görülmüştür (Kessler ve ark., 2003). Dolayısıyla duygudurum bozuklukları ile iç içe geçen kaygı bozuklukları hastalığın seyrini daha da karmaşık ve ağır hale getirebilmektedir.

Kaygı prevalansı ile ilgili olarak ülkemizde gerçekleştirilmiş olan çeşitli çalışmalarda kadınlar arasında yayılımın daha fazla olduğu hususunda, benzer bir

tabloyu ortaya koymaktadır. Keskin ve ark. (2013)'nın Eskişehir İl Merkezinde 24 birinci basamak sağlık kurumunda 1475 kişiyle gerçekleştirdikleri bir araştırmada ruhsal bozuklukların yaygınlığı %43 olarak bulunmuştur. Çalışmada kadınların %44,7'sinde, erkeklerin %29,5'inde en az bir duygu durum bozukluğu gözlenirken, kaygı bozukluğu tüm katılımcıların %28,9'unda gözlenmiş, cinsiyetler açısından bakıldığında ise kadınlarda %36,4 ve erkeklerde %21,4 oranında herhangi bir kaygı bozukluğu oranlarına ulaşılmıştır. Yine, Özcan ve ark., (2006)'nın üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran 950 hasta ile yürüttükleri bir araştırmada hastalardan 98'i (%10,3) Yaygın Kaygı Bozukluğu tanısı almış, oran kadınlarda %12,8 ve erkeklerde %6 bulunmuştur. Arslan ve ark., (2016)'nın 224 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdikleri bir araştırmada, öğrencilerin depresyon ve kaygı düzeylerinin oldukça yüksek olduğu, kız öğrencilerin erkeklerden daha fazla orta ve ağır depresyon belirtileri gösterdikleri, kaygı puanları açısından da kızların daha fazla kaygı düzeylerine sahip oldukları yönünde bulgulara ulaşılmıştır.

1.1.6. Kaygı Bozukluklarının Etiyolojisi

Araştırmalar, bir dizi faktörün dahil olabileceğini öne sürmesine rağmen, bazı insanların neden bir kaygı bozukluğu geliştirdiğine dair net bir yanıt yoktur (Centre for Addiction and Mental Health, 2008). Kaygı bozuklukları, biyolojik, psikolojik, mizaç ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimi temsil eder (Giacobbe ve Flint, 2018). Her bozukluk özelinde farklı bazı nedensellikler olmakla birlikte kaygı bozukluklarının temelinde biyolojik ve çevresel etkenlerin etkileşimde olduğu çevresel bir zemin üzerinden geliştiği ifade edilebilir (Güveli ve İşeri, 2016). Maymunlarda ve kemirgenlerde kaygı ile ilgili davranış çalışmaları, kaygı etiyolojisinde gen-çevre etkileşimlerinin önemli rolünü desteklemektedir (Gross ve Hen, 2004). Genetik faktörler, bireyin ailesel geçmişi ve yetişme tarzı, kişisel inanç ve tutumları, duygularını ifade edebilme yeteneği, son dönem stresleri gibi çeşitli faktörlerin kaygı bozukluklarının görülmesinde etkili olduğu ifade edilebilir (Berkun, 2002).

1.1.6.1. Biyolojik Açıklamalar

1.1.6.1.1. Ailesel Geçiş ve Genetik

Kaygı bozukluklarında ailesel geçişin etkisi bilinmektedir (Güveli ve İşeri, 2016). Araştırmalar, kaygı bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin rol oynadığını doğrulamakta olup insanların kaygı bozukluğu olan bir akrabaları varsa kaygı bozukluğu yaşama olasılığı daha yüksektir (Centre for Addiction and Mental Health, 2008). Hettema ve ark., (2001) tarafından yapılan çalışmanın bulgularına göre, kaygı bozuklukları için risk ailelerde kümelenmekte ve ailesel aktarım için en fazla kanıt panik bozuklukta görülmektedir; ailesel riskin ana kaynağı ise genetik temeldir. Sydsjö ve ark., (2018) tarafından yakın bir tarihte İsveç'te yürütülen ve üç kuşakta (anneanne-anne-kız çocuk), kuşaklar arası kaygının iletimine ışık tutan çalışmalarının sonuçlarına göre, bir nesilden diğerine kaygının iletimi oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Mevcut bilgi düzeyimizle, kromozomlar üzerinde yer alan farklı alanlarda bulunan genlerin zayıf etkilerinin birleşik etkisinin kaygı bozukluklarının gelişimi süreci için yatkınlığa neden olduğu ve uygun ruhsal ve sosyal koşulların oluşmasıyla birlikte de bu tür bozuklukların ortaya çıktığı ifade edilebilir (Berkun, 2002).

1.1.6.1.2. Nöroanatomi ve Nörokimya

Yapılan çalışmalar baz alınarak, kaygı ile ilişkili beyin bölgesinin, limbik sistem olarak isimlendirilen alan olduğu ve bu bölgenin beyin sapı ile korteks arasında düzenleyici (mediyatör) olarak işlev gördüğü düşünülmektedir (Berkun, 2002). Bununla birlikte korku ve kaygı davranışlarının patofizyolojisinde lokus sereleus ve nöradrenerjik sistemin rolü olduğu bilinmektedir (Güveli ve İşeri, 2016). Amigdala ve yansımaları kaygı ve korkunun düzenlenmesinde önemli rol oynayan alanlardır (Işık ve Işık Taner, 2006). Araştırmalar, kaygı ile çeşitli nörotransmitterlerin (beyin hücreleri arasında sinyalleri ileten beynin kimyasal habercileri) düzenlenmesiyle ilgili sorunlar arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (Centre for Addiction and Mental Health, 2008).

1.1.6.1.3. Mizaç

Mizacın çoğu nosolojisinde, utangaçlık, inhibisyon (çekingenlik) ve vazgeçme ile karakterize bir stil tanımlanmıştır. Gençlerde inhibe (engellenmiş mizaç) ve kaygı bozuklukları arasındaki benzerlikler açıktır. Sonuç olarak, teorik modeller, bir kaygı bozukluğunun gelişimi için ana risk faktörlerinden biri olarak inhibe bir mizaca işaret etmiştir. İnhibisyon ve kaygının bu kadar yakından ilişkili olmasının en önemli nedenlerinden biri, esasen altta yatan aynı yapının yüksek oranda örtüşen ölçümleri olabilir (Rapee ve ark.,2009).

1.1.6.2. Psikolojik Açıklamalar

1.1.6.2.1. Psikodinamik Görüşler

Kaygı, psikanalitik ve psikodinamik teori ve terapinin merkezi bir kavramıdır (Leichsenring ve Salzer, 2014). Tüm büyük psikodinamik okullar (örneğin, Freudyen, nesne ilişkileri, benlik (self) psikolojisi), Freud'dan Klein, Fairbairn, Sullivan ve Kohut'a kadar yazarları aracılığı ile kaygı hakkında yazmış ve hepsi de konuya önemli katkılarda bulunmuştur. Psikodinamik teorisinin kaygının anlaşılmasında yaptığı en önemli katkılar şunları içerir: semptomların altında yatan anlam, bilinçdışı çatışma, savunma, nesne ve kişilerarası ilişkilerin etkisi. Hem bilinçdışı çatışma hem de savunma da dahil olmak üzere semptomların anlamı Freud'dan kaynaklandı ve çoğu psikodinamik teorisinin merkezinde olmaya da devam etmektedir (Slavin Mulford ve Hilsenroth, 2012).

Bu konudaki görüşlere, kaygı konusuna giriş bölümünde ve ayrıca “Kaygı, Belirtileri ve Etki Süreci” başlıklı bölümde detaylı olarak yer verildiğinden bu bölümde tekrar değerlendirilmemiş olup sınırlı bir açıklama ile yetinilmiştir.

1.1.6.2.2. Davranışçı Görüşler ve Öğrenme Kuramları

Davranışçı yaklaşımlara göre, kaygı öğrenilmiş bir süreç özelliği taşımaktadır. Bununla birlikte kaygı, açlık ve cinsellik gibi birincil dürtüler yanında, yine insanı güdüleyici bir güç olarak işlev gören ikincil bir dürtü özelliği de göstermektedir. Watson ve Morgan (1917), Pavlov'un klasik koşullanma kuramını temel alarak kaygının koşullu bir tepki olduğunu ifade etmişlerdir (koşullu kaygı). Buna göre, birey, korkuya yol açmayan bir nesne ile karşılaşırken eş zamanlı olarak acı veren bir uyarana da karşılaşır, korku hissetmediği nesneden de kaçınma davranışı gösterecektir. Davranışçı temelde yürütülen sağaltım ile fobilerde iyi sonuçlar alınması fobilerin gelişiminde davranışçı okulun görüşlerini önemli kılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

1.1.6.2.3. Bilişsel (Kognitif) Görüşler

Bozukluğun ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde tasalanmanın ve bununla ilişkili bilişsel süreçlerin rolüne odaklanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Bu yaklaşım temelinde kaygının nedeni, olaydan ziyade, kişinin beklentileri ile birlikte bu olayı nasıl algıladığı ve yorumladığı ile de ilgilidir. İnsanlar bazı ipuçları ile karşı karşıya geldiklerinde, zarar ve tehlike beklentisi geliştirmeyi öğrenirler. Burada ifade edilen öğrenme süreci, gözlem, tepkisel koşullanma veya bilgilendirilme yoluyla gerçekleşir. Öğrenmenin gerçekleşmesi sonrası beliren zarar beklentisiyle orantılı olarak kaygı ortaya çıkar. Dolayısı ile kişinin bir olayı ilk değerlendirme süreci oldukça önem kazanmaktadır (Işık ve Işık Taner, 2006). Bilişsel teori, kaygı bozukluğu olan kişilerin, tehlikeyi ve potansiyel sonuçlarını abartmaya eğilimli olduklarını öne sürmektedir. Bu *felaketleştirme* olarak bilinir ve kaygı bozukluğu olan insanlar arasında yaygındır. Tehlikeyi abartan insanlar, kendilerini korktukları şeylere maruz bırakabilecek durumlardan kaçınma eğilimindedir. Bilişsel teori, insanlar korktukları şeyi deneyimlediklerinde korkularının azaltılabileceğini ve bunun bir zamanlar inandıkları kadar tehlikeli olmadığını görmelerinin olanaklı hale geldiğini öne sürer (Centre for Addiction and Mental Health, 2008).

1.1.6.2.4. Varoluşçu Görüşler

Bu yaklaşıma göre kişi, doğduğunun, yaşadığının ve öleceğinin farkında olan ve bununla da kalmayıp farkında olduğunun da farkında olan tek canlıdır ve varoluşun dinamiği kişinin doğumu ile başlar (Işık ve Işık Taner, 2006). Kaygı, insan varoluşunun temelinde yatar ve varoluşa karşı yok oluş gerçeğinin algılanması olarak ifade edilebilir. Kaygı, kişinin varoluşunun sonlanabileceğinin, kendisini ve dünyasını bütünü ile yitirebileceğinin farkında olması ile ilişkilidir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

1.1.6.3. Sosyal Açıklamalar

Evlenme, boşanma, iş yaşamındaki güçlükler, bir yakının kaybı gibi kişiler arası alanda ortaya çıkan çeşitli yaşam olayları kişide strese neden olmakta, biyolojik ve psikolojik duyarlılığı gün yüzüne çıkarabilmekte; çeşitli bedensel ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu gibi yaşam olayları, kaygıyı harekete geçirebilme potansiyeli taşıyan sosyal faktörleri ifade etmektedir (Berkun, 2002). Sosyal öğrenme kuramına göre insan, bebeklik döneminden başlamak üzere, anne ve babasını taklit etmekte ve bazı tepki ve davranışları öğrenmekte; bu süreçte kaygı tepkileri de benzer bir yol izleyerek yani birey tarafından ebeveyları taklit ederek öğrenilmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006).

1.1.6.4. Tıbbi/Medikal Faktörler

1.1.6.4.1. Alkol, İlaçlar ve Yasadışı Maddeler

Madde kullanımı, kişi intoksike (madde etkisi altındayken) veya yoksunluk durumunda kaygı semptomlarına yol açabilmekte (Centre for Addiction and Mental Health, 2008); ilaç ve alkol yoksunluk semptomları gibi birçok bozuklukta, panik bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğu gibi kaygı bozukluk türleri gözlenebilmektedir (Işık ve Işık Taner, 2006).

1.1.6.4.2. Medikal/Tıbbi Durumlar

Genelde kaygı belirtileri hipertroidi, hipotroidi, hiperparatiroidi, mitral kapak prolapsusu, kardiyak aritmiler, koroner yetmezlik, hipoglisemi, vertigo vb. gibi birçok hastalıkla birlikte gözlenebilmekte (Işık ve Işık Taner, 2006); hem panik hem de genel kaygı semptomlarının, özellikle bezler, kalp, akciğerler veya beyindeki tıbbi durumlardan kaynaklanabilmesi gibi bir dizi tıbbi durum kaygı belirtilerine ve kaygı bozukluklarına neden olduğu bilinmektedir (Centre for Addiction and Mental Health, 2008).

1.2. Benlik

Kişilik, insanı diğerlerinden ayıran duygu, düşünce, tutum ve davranış özelliklerinin tümünü ifade eder; diğer bir anlatımla, kişiyi diğer insanlardan ayıran bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerin bütünü olarak değerlendirilebilir (Köknel,1985). Kişiliğin alt katmanlarından birisi de benliktir ve benlik, bireyin kişiliğine ilişkin kanaati ve kendini nasıl algıladığı olarak ifade edilebilir (Aslan, 1992). Kişilik süreklilik arz eden, son derece kararlı ve sosyal ortamlardan çok etkilenmeyen nitelikler taşır. Benlik, sosyal bir konumda bulunduğu ve sosyal etkileşimlere bağlı olarak oluştuğundan sosyal bir ürün özelliği göstermekle birlikte kişinin kendini algılama ve kendisiyle ilgili farkındalığı temelinde düşünürseldir (Kağıtçıbaşı, 2019). Benlik, yaşamın ilk yıllarından itibaren bireyin kişiliğini şekillendiren önemli unsurlardan olup bireyin kendisine dair görüşü olarak tanımlanabilir (Cevher ve Buluş, 2007). İnsan, kişiliğinin bazı özelliklerinin farkında olmaz. İşte bu süreçte benlik, kendimize ilişkin kanılarımızı ve kendi bakış tarzımızı ifade eder. Bu nedenle benlik, kişiliğimizin öznel yanı olarak tanımlanabilir (Balkaya,1992). Rogers'ın kişilik kuramının ana kavramı benliktir (Smith ve ark., 2019). Rogers'a ve onun yaklaşımına göre benlik, kişinin kendisi hakkında sahip olduğu imaj olarak ifade edilebilir (Yanbastı, 1990). Benlik, “Ben”i tanımlayan bütün algı, düşünce ve değerlerden oluşur ve bunun yanında “ben kimim” ya da “ben ne yapabilirim” yönündeki değerlendirmelerin farkında olmayı içerir (Smith ve ark.,

2019). Benlik kavramı, kişinin ne olduğu yönündeki görüşlerine ek olarak, kişinin ne olmak istediğı ve ne olması gerektiğı konusundaki görüşlerini de kapsar (Yanbastı, 1990).

Freud'un ego kavramı ile benlik (self) kavramı iki farklı yapıyı ifade eder. Hartman'ın çalışmalarından sonra ego ve benlik (self), kavramları birbirinden ayrı, farklı yapılar olarak değerlendirilmiştir (Balkaya, 1992). Ego, kişiliğin bilinçli sistemi olup gerçeklerle ilişki halindedir ve gerçeklerle uyuma yöneliktir (Yanbastı, 1990). Amerikalı Psikiyatrist Nathan W. Ackerman, Gordon Hamilton'un kitabına yazdığı önsözde egoya dair şunları aktarır: "Ego, toplam kişiliğin organizasyon işlevlerini temsil eden bir terimdir. Bu işlevler, hem dış gerçek dünyaya hem de dürtü ile vicdan arasındaki içsel çatışmalara yönelimlidir. Sosyal gerçeklik ile bilinçdışı arasındaki dinamik bağlantı, ego'dur." (Hamilton, 1947) Ego, kişiliğin benlik kavramının oluştuğı yerdir (Yanbastı, 1990). Hartman'a göre benlik (self), ego aracılığı ile kişinin kendisini diğer nesnelerden ayrı olarak algılama sürecidir (Balkaya, 1992).

1.2.1. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, benlik (kendilik) (self) sisteminin duygusal yönü ile ilişkili olup kişinin kendini nasıl gördüğüne ve değerlendirdiğine dair duygularını ifade eder (Tufan, 1990). Benlik saygısı, "bireyin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumu" olarak (Yörükoğlu, 2016) ve ayrıca "kişinin yaşantıları sonucu kendisine yüklediğı değer" olarak (Cevher ve Buluş, 2007) tanımlanabilir.

Benlik saygısı yüksek olan kişilerin kendi kapasitelerine dair beklentileri de yüksektir ve bu kişiler kendilerine dair olumlu tutumlarından ve elde ettikleri başarılı sonuçlardan dolayı kendi görüşlerini ve kendi değerlendirmelerini kabul ederler. Dolayısıyla da hem davranışlarına hem de davranışlarından kaynaklı ulaştıkları sonuçlara güvenirler. Bu durum benlik saygısı yüksek olan bu kişileri, farklı düşünce

ve görüşler karşısında kendi görüşlerini savunmaya yöneltmekle birlikte onları yeni fikirlere açık hale getirir (Tufan ve Yıldız, 1993).

Benlik saygısı üzerinde önemli araştırmaları olan yakın dönemin İsviçreli araştırmacıları Sowislo ve Orth (2013), konuyla ilgili olarak şunları aktarır:

“Benlik saygısı kavramı geniş teorik hesaplar ve ampirik araştırmalar ortaya koymuş olup tarihsel bağlamda, benlik saygısının ilk etkili tanımı, benlik saygısını önemli yaşam alanlarında başarı ve iddiaların oranı olarak gören James'e (1890) dayanmaktadır. James, benlik saygısı oluşturan bireysel süreçler üzerinde daha güçlü bir dereceye kadar odaklanırken, daha sonra sembolik etkileşimcilik yaklaşımları, benlik saygısı üzerindeki sosyal etkileri vurgulamıştır. Rosenberg'e (1989) göre, “yüksek benlik saygısı “kişinin yeterince iyi olduğu hissini ifade eder. Birey sadece değerli bir kişi olduğunu hisseder. . . . Kendisini başkalarından üstün görmesi gerekmez”. Baumeister ve meslektaşları, benlik saygısı görüşünü duygusal bir bileşenle öz değerlendirme olarak paylaşırlar da, benlik saygısı tanımını üstünlük, kibir ve gurur duygularını içerecek şekilde genişletirler. Literatürde, benlik saygısının benliğin genel bir değerlendirmesi olarak mı yoksa entelektüel yetenekler, fiziksel görünüm ve sosyal yeterlilik gibi kendine özgü alanlardaki bir değerlendirme olarak mı kavramsallaştırıldığı konusu halen tartışılmaktadır.” (Sowislo ve Orth 2013:213,214)

Benlik saygısı, kelimenin tam anlamıyla insanların kendilerine ne kadar değer verdiğiyle tanımlanır. Kendilik bilgisinin değerlendirme bileşenidir. Yüksek benlik saygısı, benliğin son derece olumlu bir genel değerlendirmesini ifade ederken düşük benlik saygısı, benliğe yönelik olumsuz bir tanımlamayı ifade eder. Benlik saygısı gerçeklikten ziyade bir algıdır. Örneğin, bir kişinin zeki ve çekici olup olmadığı konusundaki inancını ifade eder ve kişinin aslında zeki ve çekici olup olmadığı hakkında hiçbir şey söylemez (Baumeister ve ark., 2003).

İnsanlar benlik saygısını artırmak ve yüksek benlik saygısını sürdürmek için yaygın bir güdüye sahip olma eğilimindedir. Buna bağlı olarak, birçok psikolojik teori,

insanların işlevsel değerini daha fazla tanımlamaksızın, benlik saygısını artırmak ve korumak için motive olduklarını varsaymaktadır. Bununla birlikte, benlik saygısının insanlar için neden önemli olduğunu açıklamaya çalışan birkaç yaklaşım vardır (Sowislo ve Orth, 2013):

1.2.1.1. Benlik Saygısının Önemini Açıklayan Teoriler

1.2.1.1.1. Sosyometre Teorisi (Sociometer Theory)

Sosyometre teorisine göre, insanların aidiyet için temel bir ihtiyacı vardır, çünkü sosyal içirme birçok uyarlanabilir faydaya sahiptir. Teori, benlik saygısının, bir kişinin arzu edilen grupların ve ilişkilerin bir üyesi olarak ne kadar değerlendirildiğinin öznel bir izleyicisi olarak hizmet eden bir sosyometre olduğunu belirtir. Dolayısıyla, insanlar ilişkisel değerlerini düşük olarak algıladıklarında, benlik saygısı eşit derecede düşük olmalıdır, bu da sosyal içermeyi artırmayı veya geri yüklemeyi amaçlayan davranışları motive etmelidir (Sowislo ve Orth, 2013).

Sosyometre teorisine göre, yüksek benlik saygısı düzeyine sahip kişiler genellikle başkalarının onları sevmesini ve dahil etmesini beklerler ve bu nedenle kişilerarası değerlendirme ile orta veya düşük benlik saygısı olan insanlardan daha az endişe duyabilirler. Bu kişiler, her ne kadar görünürde dışlandıklarında durumluk benlik saygısı hislerinde bir azalma yaşasalar da, benlik saygıları yakın zamanda reddedilme tehlikesi içinde olduklarını gösteren bir düzeye düşmeyebilir. Buna karşılık, benlik saygısı düzeyi düşük olan insanlar, başarısız olduklarında, başkalarının onları reddedeceğine inanarak, koşullu kabul etme duygusuna sahiptirler, yani başarısızlığı başkaları tarafından reddedilme duygusu ile ilişkilendirirler (Heatherton ve Vohs, 2000).

1.2.1.1.2. Dehşet Yönetimi Teorisi (Terror Management Theory)

Dehşet yönetimi teorisine göre, insanlar kültürel değerler ve gruplarla özdeşleşmek için merkezi bir güce sahiptir, çünkü bu tanımlama ya gerçek ölümsüzlük

(örneğin, reenkarnasyona inanan bir dini grubun parçası olmak) ya da sembolik ölümsüzlük (örneğin, kendi ölümünden sonra varlığını sürdürecektir bir kültürel grubun parçası olmak) vaat eder ve sonuç olarak derin kökleri olan ölüm korkusunu azaltır. Dolayısıyla, insanlar kendilerini bu kültürel değerlere uygun olarak yaşarken gördüklerinde, benlik saygısı yüksek olmalı ve ölüm korkusuna karşı bir tampon görevi görmelidir (Sowislo ve Orth, 2013).

Teori üzerine Greenberg ve arkadaşları (1992), önemli açıklamalarda bulunur:

“Dehşet yönetimi teorisi perspektifinden bakıldığında, insanların benlik saygısına ihtiyaçları vardır, çünkü bireyleri savunmasızlıkları ve ölümleri konusunda farkındalığın başka türlü yaratacağı kaygıdan korumak için merkezi psikolojik mekanizmadır. Benlik saygısı ve kaygıdan korunma arasındaki bu bağlantının kökleri, bireyin ebeveynleri ve kültürün diğer sosyalleşme ajanları ile olan erken etkileşimlerinde yatmaktadır. Çeşitli kuramcılar (örneğin, Bowlby, 1969; Horney, 1937; Rogers, 1959; Sullivan, 1953) belirttiği gibi, erken çocukluk döneminde, ebeveynlerin sağladığı ihtiyaç, sevgi ve koruma ihtiyacı, neredeyse çaresiz çocuğun temel güvenlik temelini oluşturmaktadır. Çocukluk boyunca, bu varlık, giderek ebeveynlik iyilik ve değer standartlarını karşılamaya bağlı hale gelir. Bu standartlar içselleştikçe, bu olasılık kişinin içselleştirilmiş değer standartlarını (benlik saygısı) karşıladığı algısı ile güvenlik ve emniyet duyguları arasında bir ilişkiye yol açar. Bu ilişki yaşam boyunca, doğrudan, başkalarının davranışlarına verdikleri tepkiler yoluyla ve dolaylı olarak erdemli olanların ödüllendirildiği ve kötülüğün cezalandırıldığı kültürel öğretiler ve efsaneler aracılığıyla güçlendirilir. Bu tür öğretiler yoluyla aktarılan temel mesaj, “dünyanın, iyi ve değerli bir insan olarak aşırı olaylardan kaçınılabilecek adil bir yer olduğu” şeklindedir. İyi, değerli bir insan olmak, kültürel formlarda ölümsüzlük için gerekli niteliktir; benlik saygısı, böylece kişinin ölümsüz hissetmesine neden olan inançtır. Böylece benlik saygısı kaygıdan korunma sağlar, çünkü sevilme, güvenli ve güvende hissetmek için bir ön koşuldur.” (Greenberg ve ark., 1992:913,914)

İlginç bir şekilde, her iki teorinin de benlik saygısının kişilerarası bileşenini vurgulaması, yukarıda belirtildiği gibi benlik görüşlerinin erken psikolojik açıklamalarıyla uyumludur. Dahası, her iki teori de benlik saygısı ile psikolojik uyum arasında bir ilişki olduğunu ima eder. Dehşet yönetimi teorisi için, benlik saygısının kaygıya karşı tampon oluşturduğu varsayıldığından, bu ilişki daha belirgindir. Sosyometre teorisi açısından, benlik saygısı, sosyal içermenin yararlı yönleri aracılığıyla psikolojik uyum ile ilgilidir. Örneğin, sosyal olarak dışlanmış bireyler yalnızlık ve düşük sosyal destekten muzdarip olabilir ve bu da depresyon riskini artırır (Sowislo ve Orth, 2013).

1.2.2. Benlik Saygısı ve Psikopatoloji İlişkisi

Benlik saygısı ve gelişimi konusundaki kuramsal açıklamalar ve araştırma sonuçları, ruh sağlığı ile benlik saygısı arasındaki ilişki olduğu sonucunu ortaya koyar. Rogers (1954), psikolojik yardım arayan kişilerin çoğunlukla yetersizlik ve değersizlik duygularından da şikayet ettiklerini ifade eder. Rogers'a göre bu kişiler, sıradan günlük yaşamdaki olay ve baskılar kaynaklı kaygılarını tolere etmekte güçlük çekmektedir (Tufan ve Yıldız, 1993). Tanı kriterleri ve ampirik araştırmalar, düşük benlik saygısı ile psikopatoloji arasında yakın bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Zeigler Hill, 2011).

Benliğe yönelik olarak gelişen olumsuz değerlendirmeleri depresif belirtilerin içinde görme yönündeki gelenek, bilişsel yaklaşımlara kadar uzanmakla birlikte esas olarak Freud ile başlar (Özcan ve ark., 2013). Horney bu süreci, gerçek benlik ile idealleştirilmiş benlik arasındaki kopukluğun artmasına bağlar ve benlik saygısı düştükçe kaygı da yükseldiğinden, benimsenmiş olan mevcut nevrotik tutumun daha da pekiştirildiğini ifade eder. Bu durum yabancılaşmayla birlikte kaygıyı da yeniden artırır, çözüme yönelik olmayan bu yönde bir kısır döngü yaşam boyu sürmek üzere kişiliğe yerleşir (Geçtan, 2003). Horney'in yaklaşımı temelinde kişinin kaygıya karşı alabileceği en iyi önlem, kendi kapasite ve amaçlarına uygun bir ideal benlik geliştirmesi ile mümkündür (Tufan ve Yıldız, 1993). Crandall (1973),

araştırmalarında benlik saygısı yüksek olan kişilerin düşük olanlar karşısında, daha düşük düzeyde kaygıya sahip oldukları yönünde bulgulara ulaşmıştır. Kaygı, egonun güçsüz ve çaresiz kaldığı durumlardan kaynaklandığına göre kaygının temelinde güçsüz bir ego bulunmaktadır. Dolayısı ile kişi güçlüğe karşı koyma ve onunla baş edebilme konusunda kendine güvensiz olduğundan daha fazla düzeyde kaygılanmakta; kaygı ve başarısızlık sorunlarının çoğuna benlik temelinde yaklaşma gerekliliğı doğmaktadır (Kılıçcı, 2006). Düşük benlik saygısı ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye ışık tutan literatürde ağırlıklı olarak iki önde gelen yaklaşım söz konusudur (Zeigler Hill, 2011).

1.2.2.1. Benlik Saygısı ile Psikopatoloji Arasındaki İlişkiyi Açıklayan Teoriler

1.2.2.1.1. Kırılgnlık Modeli (Vulnerability Model)

Model isminin Türkçe literatürde “İncinebilirlik Modeli” (Sakmar Balkan ve Fışıloğlu, 2017), “Hassasiyet Modeli” (Altan Atalay ve Sarıtaş Atalar, 2018) gibi farlı yakın kavramlar şeklinde kullanıldığı görölmektedir. Model, düşük benlik saygısının psikopatoloji için bir risk faktörü olarak hizmet ettiğini göstermektedir (Zeigler Hill, 2011). Bir zayıflık-stres çerçevesi içinde, kırılgnlık modeli, benliğin olumsuz değerlendirmelerinin depresyon için nedensel bir risk faktörü oluşturduğunu düşündürmektedir. Örneğin, A. T. Beck’in (1967) bilişsel depresyon teorisine göre, benlik hakkındaki olumsuz inançlar sadece depresyon belirtisi değil, depresyonun başlangıcında ve sürdürölmesinde nedensel etki yapan bir zayıflıktır (Sowislo ve Orth, 2013).

Burada yer alan kırılgnlık belki de depresyon açısından en bariz olanıdır. Grennberg ve ark. tarafından (1992) yürütölen çalışmalar, kaygı yönünden de modeli desteklemiştir. Kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları başta olmak üzere diğer bazı ruhsal temelli bir dizi hastalıkla komorbidite (eş tanı) göstermektedir (Kesler ve ark., 2003). Modelin önemli bir yönü, düşük benlik saygısının stresli veya olumsuz deneyimlerin ardından zayıf uyum olasılığını artırabileceğı fikrine dayanır. Sowislo ve Orth (2013) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları, düşük benlik saygısı ve

depresyon arasındaki ilişkiye kırılabilirlik modeli yönünden, tutarlı bir destek sağlamıştır. Yine aynı çalışmanın bulguları göstermektedir ki, düşük benlik saygısı ve kaygı arasında simetrik bir ilişki bulunmakta olup, bu ilişkinin her iki yönde de küçük fakat muhtemel etkileri bulunmaktadır (Zeigler Hill, 2011).

1.2.2.1.2. İz Modeli (Scar Model)

Model isminin Türkçe literatürde “Yara İzi Modeli” (Çınar, 2020) olarak ta kullanıldığı görülmektedir. Kırılabilirlik Modeli’nin aksine, düşük benlik saygısının, psikopatolojinin nedenlerinden biri olmak yerine psikopatolojinin bir sonucu olduğunu ortaya koyar. Modele göre ruhsal bozukluklar, psikolojik kaynakları aşındırmaya ve bireylerin kendileri hakkında nasıl hissettiklerini olumsuz etkileyen izler bırakma eğilimindedir. Psikopatoloji, kişilerarası ilişkilere zarar vererek de benlik saygısını olumsuz etkileyebilir (Zeigler Hill, 2011).

1.2.3. Benlik Saygısı ve Kaygı İlişkisi

Kırılabilirlik/incinebilirlik (vulnerability) Modeli’nin ve İz (scar) Modeli’nin birbirini dışlamadığına dikkat etmek önemlidir (yani, depresyona katkıda bulunan düşük benlik saygısı ve buna karşın depresyonun benlik saygısını aşındırması), çünkü her iki işlem de aynı anda çalışabilir (Sowislo ve Orth, 2013).

Benlik saygısı ve mutluluk arasındaki bağlantı güçlüdür. Benlik saygısı yüksek olan insanlar, diğer insanlardan önemli ölçüde daha mutludurlar. Ayrıca stresli, travmatik olaylara yanıt olarak depresyona girme olasılıkları daha düşüktür. Düşük benlik saygısı depresyonla bağlantılıdır ve bunun için bir risk faktörü olabilir (Baumeister ve ark., 2003). Düşük benlik saygısı en yaygın olarak depresyon üzerine araştırılmış olup değersizlik duygularının depresyon için tanı kriterlerinin bir parçası olduğu göz önüne alındığında bu durum anlaşılabilir hale gelmektedir (Roberts, 2006). Kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları başta olmak üzere diğer bazı ruhsal

temelli bir dizi hastalıkla komorbidite (eş tanı) göstermektedir (Kesler ve ark., 2003). Majör depresif bozukluk için tanı kriterlerinin bir parçası olmasa da, depresif bozukluğu olan kişiler genellikle rahatsızlıklarının önemli bir özelliği olabilecek kaygı semptomlarını rapor ederler. Kaygı ve depresyon semptomları sıklıkla bir arada bulunur ve bu iki semptom grubu arasındaki ayrım her zaman net değildir (Kravitz ve ark., 2014).

Lee ve Hankin, (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmanın sonuçlarına göre, işlevsel olmayan tutumlar ve düşük benlik saygısı gibi bilişsel mediatörlerin (aracıların), hem depresyon hem de kaygı semptomlarında, temel kaygılı bağlanma ve prospektif artışlar arasındaki ilişkinin çoğunu açıklamaktadır. Greenberg ve arkadaşları (1992) tarafından yürütülen çalışmada düşük benlik saygısının kaygı bozukluğu için bir kırılganlık faktörü olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır (Greenberg ve ark., 1992; Baumeister ve ark., 2003). Watson ve arkadaşları (2002) çalışmalarında benlik saygısı düzeyinin kaygı düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiği yönünde bulgulara ulaşmışlardır.

Düşük benlik saygısı, Eksen I bozuklukların etiyolojisinde ve sürdürülmesinde, rol oynadığı gözlenen ve engelliliğe yol açan acı verici bir sorundur. Hem tanısal hem de teorik bakış açılarıyla, benlik saygısı depresyonun ötesinde bir dizi klinik koşulda çok önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, yeme bozukluklarının kardinal semptomlarından biri, vücut şeklinin benlik saygısı üzerinde aşırı değerlendirilmesini içerir. Bu görüş, vücut şekline dayalı benlik saygısı olasılıkları olan bireylerin yeme bozuklukları için risk altında olacağını göstermektedir. Benzer şekilde tanı ölçütlerine hem de klinik teoriye göre, Narsistik, Kaçınmacı, Bağımlı ve Sınırdaki Kişilik Bozuklukları da dahil olmak üzere birçok kişilik bozukluğu benlik saygısı açıklarına dayanmaktadır, ancak yine iyi tasarlanmış ampirik araştırmalar çok azdır (Roberts, 2006). Düşük benlik saygısı birçok psikiyatrik durumla ilişkilendirilse de, bu ilişkinin doğası belirsizdir. Benlik saygısı ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkide nedensellik yönüne dair belirsizliğe karşın, düşük benlik saygısının etkisi açıktır (McManus ve ark., 2009).

Düşük benlik saygısının ruhsal ve duygusal problemlerle ilişkili olduğu ileri sürülmekle birlikte, bu ilişkinin doğası konusunda Fennell (1997) tarafından üç ana desen, model önerilmiştir:

- Ruhsal bir soruna sahip olmanın benlik değeri algısını azaltma etkisinin olması mümkündür. Düşük benlik saygısı, klinik depresyonda klasik olarak olduğu gibi, kişinin tedaviye sunduğu sorunun basit bir yönü olabilir.
- Belirli spesifik ruhsal sorunların kişinin kendi benlik değerini algılaması üzerinde doğrudan, belirli spesifik bir etkisi olabilir. Yani, düşük benlik saygısı, bir veya birkaç bozuklukta spesifik patolojinin bir yönü olabilir. Örneğin, uzun süredir devam eden bir kaygı bozukluğu, başlangıçta oldukça olumlu ve gerçekçi olan bir benlik kavramına sahip olan kişide bile sonunda genel bir özgüven kaybına yol açabilir.
- Düşük benlik saygısına sahip olmak, belirli psikolojik bozukluklar için önemli bir kırılma faktörü olabilir. Böylece önceden var olan düşük benlik saygısı, kişinin belirli ruhsal problem geliştirme olasılığını artırır (Fennell, 1997:6,7; Ehnthold ve ark, 1999:771,772).

Kaygı ve benlik saygısı ilişkisine ışık tutan bilimsel çalışma sonuçları incelendiğinde, Greenberg ve arkadaşları (1992) çalışmalarında kişisel benlik saygısı ile psikolojik sıkıntı belirtileri arasında ters yönlü negatif bir ilişkinin varlığı ile beklenti kaygısının artan benlik saygısı ile tamponlandığı, benlik saygısının kaygı tamponlama işlevinin olduğu yönünde bulgulara ulaşmışlardır. Ehntholt ve arkadaşları (1999) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın bulgularına göre, korelasyon analizleri düşük benlik saygısının yüksek düzeyde kaygı, obsesyon ve depresyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Başkalarından gelen eleştirilerle ilgili spesifik endişeler, obsesif kompulsif bozuklukta düşük benlik değeri ile ilgili fikirlerin özel karakteristiği idi. Watson ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, benlik saygısı düzeyinin kaygı düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiği yönünde bulgulara ulaşmışlardır. Rikette (2004), tarafından Mannheim Üniversitesi öğrencileri üzerinde

gerçekleştirilen çalışmanın bulgularına göre; benlik saygısı ve kaygı yapıları arasında negatif yönlü, orta boy ve güçlü korelasyonlar mevcuttu ve sosyal çekicilik benlik saygısı ve kaygı arasındaki korelasyonu artırmaktaydı. Lee ve Hankin, (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları, kaygı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi doğrulamış, kaygı ve benlik saygısı arasında yüksek istatistiksel güç ortamının korelasyonlarını bildirmiştir. Buna göre, benlik saygısı bir moderatör, mediatör veya affektif iyi oluşun ve zorlukların bir sonucu olarak koruyucu bir faktör olarak işlev görmektedir. Sowislo ve Orth (2013) tarafından yapılan çalışmanın bulguları göstermektedir ki, düşük benlik saygısı ve kaygı arasında simetrik bir ilişki bulunmakta olup, bu ilişkinin her iki yönde de küçük fakat muhtemel etkileri bulunmaktadır. Düşük benlik saygısı, genel kaygı gibi belirli kaygı biçimleri için kolaylaştırıcı bir kırılganlık faktörü olabilir. Maldonado ve arkadaşları (2013) tarafından yürütülen çalışmada, erken dönem ergenlik dönemi kaygı bozuklukları ve ergenlikten genç yetişkinliğe kadar benlik saygısı gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek üzere gerçekleştirdikleri çalışmada, herhangi bir kaygı bozukluğuna sahip olan deneklerin, ortalama olarak sağlıklı deneklere göre önemli ölçüde daha düşük bir benlik saygısına sahip oldukları, sosyal fobinin diğer kaygı bozukluklarına kıyasla benlik saygısı gelişimi üzerinde en büyük etkiye sahip olduğu, obsesif kompulsif bozukluğun ergenlikten genç yetişkinliğe benlik saygısında önemli bir düşüş öngördüğü ve kadınların ortalama benlik saygısı düzeylerinin genel ortalama benlik saygısı düzeyinden daha düşük olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır.

1.2.4. Benlik Saygısı ve Cinsiyetler Arası Durum

Yapılan araştırmaların ortaya koyduğu bulgular, erkeklerin kadınlardan daha yüksek benlik saygısı düzeyleri rapor etme yönünde cinsiyet farklılıkları ortaya koyduğunu göstermektedir. Bu cinsiyet farkı ergenlik döneminde ortaya çıkar ve erken ve orta yetişkinlik dönemleri boyunca daralır ve yaşlılıkta kaybolur (Bleidor ve ark., 2016). Kadınlarda kaygı ve benlik saygısı düzeyleri ve aralarındaki korelasyonel ilişkiye dairde sınırlı olmakla birlikte yurt içi ve yurt dışından bazı bilimsel çalışmalara ulaşılabilmektedir. Corning (2002) tarafından kadınlar arasında gerçekleştirdiği bir

çalışmada, kişisel benlik saygı düzeyi nispeten düşük olan kadınlar arasında, algılanan ayrımcılıkla birlikte depresyon düzeyi artmıştır. Depresyon, kaygı ile yüksek komorbidite oranı ortaya koymaktadır. Maldonado ve arkadaşları (2013), erken ergenlik dönemi kaygı bozuklukları ve ergenlikten genç yetişkinliğe kadar benlik saygısı gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek üzere gerçekleştirdikleri çalışmada, kadınların ortalama benlik saygısı düzeylerinin genel ortalama benlik saygısı düzeyinden daha düşük olduğu yönünde bulgulara ulaşmışlardır. Bununla birlikte kişisel benlik saygısı arttıkça ayrımcılığın depresyon üzerindeki etkisi azalmıştır. Kolektif benlik saygısı düşük olan kadınlar arasında ayrımcılık algıları arttıkça depresyon, kaygı ve somatizasyon artmış ancak kolektif benlik saygısı arttıkça, ayrımcılığın bu tür sıkıntılar üzerindeki etkisi azalmıştır. Özcan ve arkadaşları (2013) tarafından, hastane gençlik ünitesine başvuran 176 kadın hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada, benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve kaygı belirtilerinin birbiri ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Ayrıca, gelir düzeyi ve eğitim durumu ile sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve kaygı puanları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Alıcı ve Cenkseven Önder, (2016) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, kaygı bozukluğu tanısı almayan kadın ve erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin, kaygı bozukluğu tanısı almış olan kadın ve erkeklerden oransal olarak daha yüksek olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır.

1.3. Kaygı Bozukluklarının Tedavisi ve Benlik Saygısının Yönetilmesi

Ruhsal bozuklukların tedavisi için gereksinim ve mevcut kaynaklar arasında büyük boşluklar bulunmaktadır. İyi organize edilmiş sağlık sistemlerine sahip gelişmiş ülkelerde dahi ruhsal bozukluğu olan hastaların %44 ile %70'i tedavi görmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde rakamlar daha da şaşırtıcıdır ve tedavi boşluğu %90'a yakındır (World Health Organisation, 2003). Dolayısı ile kaygı bozuklukları ve tedavileri yanında, ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmamakla birlikte, psikopatolojiye dair kırılabilirlik faktörü olarak değerlendirilen benlik saygısının

yönetilmesi konusu da ruhsal hasatlıklarla ilgili tedavi boşluğundan olumsuz etkilenmekte, bu konuda toplum kesimlerine gereken ruh sağlığı hizmetlerinin ulaştırılmasında sıkıntılarla karşılaşmaktadır.

1.3.1. Kaygının Yönetilmesi ve Kaygı Bozukluklarının Tedavisi

İnsanın bio-psiko-sosyal bir organizma olması ve bütünsel bir yapı içerisinde ele alınması ihtiyacı ile birlikte ruhsal bozuklukların çok faktörlü süreçler olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Yalnızca ilaçla tedaviden ziyade, psikoterapilerinde beyindeki çeşitli döngüleri etkileyerek bilişsel, duygusal, davranışsal değişimlere yol açtığını gösteren çok sayıda çalışma mevcut olup bu araştırmaların sağladığı bilgilerin de ortaya koyduğu üzere ruhsal bozuklukların sağaltımlarının da çok yönlü olması gerekir. Bu bağlamda ilaç ve somatik yöntemler uygulanan bireylerin hemen hemen tümüne, kişiyi ve ailesini içine alan psikoterapötik ve psikososyal yaklaşımlar gereklidir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Kaygı bozuklukları, yaygınlıkları, işlevsellikte bozulmalar, kroniklikleri ve ilişkili ekonomik etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorununu temsil etmektedir. Karmaşık ve yüksek komorbiditenin eşlik ettiği ruhsal bozuklukların, tek ruhsal bozukluğa oranla uyarlanmış manuel rehberli tedavilerin kullanılmasıyla tedavi edilmesi güçtür (Leichsenring ve Salzer, 2014). Kaygı bozukluklarını teşhis etmek ve tedavi etmek için birçok türde sağlık uzmanı eğitilmiştir: doktorlar (psikiyatristler, dahiliye uzmanları, aile hekimleri dahil), psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, davranışsal sağlık uzmanları, evlilik ve aile terapistleri, hemşireler, doktor asistanları, okul danışmanları vd. (Anxiety Disorders Association of America, Traiting Anxiety Disorders, Erişim Tarihi: 25.02.2021).

Kaygı bozukluklarının psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisinin birleşik kombine kullanımı ile tedavi edilmesi oldukça önemlidir (Çıtak, 2018). Her birey için gerekli ve uygun tedavi yöntemi bozulmanın türüne ve kişinin özelliklerine göre belirlenir (Yörükoğlu, 2016); kaygı ilkeleri aynı olsa da, insanlar bireylerdir ve bu nedenle kaygılarının yönetimi söz konusu olduğunda farklı tedavi kombinasyonlarını

yararlı bulurlar (Anxiety UK, 2012). Orta şiddetteki kaygı başlangıçta danışmanlık ile tedavi edilebilir (Ersoy ve ark., 2003); kaygı bozukluğu olan birçok kişi, destekleyici danışmanlıktan, çift veya aile terapisinden de yararlanır (Centre for Addiction and Mental Health, 2008). Kişide kaygı yaratan durumun üzerine gitmek tedavinin başında kişiyi olumsuz etkileyebilir ve tedavinin sürdürülmesini güçleştirici bir durum yaratabilir, bu durumu dikkate alarak klinisyen öncelikle kaygı oluşturan dışsal durumları keşfederek, kişi ve ailesinin yardımıyla çevreyi değiştirmeye odaklanmalıdır. Bu süreçte gerek farmakolojik gerekse de farmakolojik olmayan yöntemlerle sağlanan belirtilerdeki azalma, sıklıkla kişinin günlük aktivitelerinde ve ilişkilerinde etkili işlevselliğe yardımcı olur ve her biri terapötik ödül ve doyumun ortaya çıkmasına yardımcı olur (Ünsalver ve Balcıoğlu, 2006).

Ana psikoterapötik yaklaşımlar, kognitif-davranışçı, destekleyici ve içgörü yönelimli yaklaşımlar olup (Ünsalver ve Balcıoğlu, 2006); psikodinamik tedavi de kaygı bozukluklarını tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Slavin Mulford ve Hilsenroth, 2012). Bilişsel Davranışçı Terapiler ile karşılaştırıldığında, Psikodinamik Psikoterapi (PDT) geleneksel olarak tek ruhsal bozukluklara veya belirli/spesifik semptomlara göre tasarlanmamıştır. Çözülmemiş veya yapısal eksiklikler (ego fonksiyonlarının bozulması olarak tanımlanır) gibi bozuklukların temelde yatan süreçlerine odaklanır, regülasyonu, mentalizasyonu, içselleştirilmiş nesne ilişkilerini veya güvensiz bağlanmayı etkiler. Bu nedenle, Psikodinamik Terapi (PDT) köken olarak transdiagnostik (ortak özelliklere odaklanma eğiliminde)'tir (Leichsenring ve Salzer, 2014). Bununla birlikte uzmanlar, kaygı bozuklukları için en etkili tedavi biçiminin Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) olduğu konusunda hemfikirdir. İlaçların da etkili olduğu kanıtlanmıştır ve birçok kişi BDT ve ilaçları kombine halde alır (Centre for Addiction and Mental Health, 2008); çoğu durumda, ilaç tedavileri ve Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) birlikte, kaygı bozukluğu olan kişilerde yaşam kalitesini önemli ölçüde artırabilir (Çıtak, 2018).

Günümüzde yaşam sorunlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta olan Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) (Tekinsav Sütçü, 2015); kaygı bozukluklarının bilişsel ve davranışsal yönlerine dayanan kısa, sorun odaklı bir tedavi yaklaşımıdır

(Centre for Addiction and Mental Health, 2008). Borkevec ve Ruscio (2001) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT), hem kaygı hem de depresyonda, tedavi görmeme ve spesifik olmayan kontrol durumlarından daha fazla acil ve uzun vadeli terapötik gelişmeler sağladığını ve tek başına bilişsel terapi veya davranış terapisine göre periyodik olarak üstün etkiler ürettiği görülmüştür. Hofmann ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen bir çalışma, yetişkin kaygı bozuklukları ve özellikle Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) için ve yine akut stres bozukluğu için akut bir müdahale olarak Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT) etkinliğine dair güçlü bir destek sağlamıştır. Aydın ve arkadaşları, (2008) tarafından ergenlerde sosyal kaygı belirtilerini düşürmeye yönelik bilişsel davranışçı temelli bir grup terapisi programı sonrasında, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında terapi grubundaki bireylerin sosyal kaygı ölçeklerinden aldıkları puanlarda, ön teste nazaran önemli oranda düşüşler gözlenmiştir. Meriç ve Oflaz (2013) tarafından kaygı bozukluğu olan hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada, bilişsel temelli bir danışmanlık süreci sonrası, hastaların tedavi ile bağlantılı otomatik düşüncelerinde ve otomatik düşüncelerinin sıklığında düşme, özyeterlilik seviyelerinde ise yükselme olduğu tespit edilmiştir.

Kişi tedaviye yanıt vermiyor ya da daha şiddetli bir akut kaygı varsa Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) ile birlikte ilaç alımı önerilir. Farmakolojik tedavi, daha ziyade kaygı düzeyi günlük yaşamını etkileyen kişiler için tercih edilmelidir (Saatçioğlu, 2001). Kaygının ilaç tedavisi genellikle güvenli ve etkilidir (ADAA, Traitng Anxiety Disorders). Kaygı bozukluklarının tedavisi için dört ilaç sınıfı ABD Gıda ve İlaç İdaresi (US Food and Drug Administration - FDA) onayı almıştır: SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörü), SNRI (serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü), azapironlar ve benzodiazepinler (Giacobbe ve Flint, 2018). İlk sıra ilaç seçenekleri, SSRI ve SNRI'lerdir. Benzodiazepenler rutin kullanım için önerilmezler (Çıtak 2018).

Kişilere kafein, nikotin gibi uyarıcıları bırakmaları ve haftanın belli günlerinde, katılabilecekleri egzersiz programları önerilebilir (Ersoy ve ark., 2003). BDT tedavi paketleri genellikle korkulan somatik duyumlara/hislere maruz kalma, uyarılmayı

azaltma ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerini içerir. Aerobik egzersizin benzer süreçlerle kaygı ve panik semptomlarını azalttığı düşünülmektedir. Spesifik olarak, aerobik egzersiz, kalp atış hızı, solunum ve terleme gibi kaygı reaksiyonlarına neden olan aynı bedensel duyuların çoğunu üretir. Pratik anlamda, klinisyenler, aerobik egzersizi yalnızca, eğer sağlıklı iseler ve aerobik egzersiz programına katılmamışlarsa, yüksek kaygı duyarlılığı olan bireyler için bir müdahale olarak kullanmaktadır (Broman Fulsk ve ark., 2004). Broman Fulsk ve arkadaşları (2004), yapmış oldukları bir çalışmada, yüksek yoğunluklu egzersizin ve düşük yoğunluklu egzersizin, takipte genel kaygı duyarlılığını azaltmada ortalama olarak başarılı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Gevşeme eğitimi, meditasyon, biyolojik geri bildirim (biofeedback) ve stres yönetimi gibi birçok psikolojik terapi, kaygı bozukluklarına yardımcı olabilir (Centre for Addiction and Mental Health, 2008). Biyofeedback, progresif relaksasyon/gevşeme ve stres yönetimi gibi yöntemler bireysel ve grup oturumlarında aile üyelerinin de katılımıyla uygulanabilir (Ersoy ve ark., 2003). Gevşeme eğitimi, kaygı sonucu oluşan vücuttaki fiziksel gerilimi azaltmayı amaçlayan ve düzenli olarak belirli egzersizler yapmayı içeren bir tekniktir (Anxiety UK, 2012). Gevşeme müdahaleleri, hepsi özellikle otonom sinir sistemi üzerinde rahatlatıcı ve stabilize edici etkilerle kaygıya karşı fizyolojik tepkileri değiştirmeye odaklanan çeşitli teknikleri içerir (Marin ve ark., 2019). Gevşeme konusunda varyasyonlar olmakla birlikte, çoğu vücudun her kas grubuna odaklanır, gerdirme ve gevşeme arasında değişir. Bu tüm vücutta gerçekleştirildiğinde, bir kişinin genel kas gerginliği oldukça azalacaktır. Gevşeme eğitimi ayrıca kalp atış hızını ve kan basıncını düşürmeye ve solunum hızını yavaşlatmaya yardımcı olur (Anxiety UK, 2012).

Normal solunum, kaygıyı kontrol etmek için çok önemlidir (Anxiety UK, 2012). Meditasyon ve nefes alma teknikleri stresi, kaygıyı, depresyonu ve diğer olumsuz duygusal durumları azaltır. Bu yavaş, derin nefes alma ve kardiyorespiratuar senkronizasyon, hücrel membran potansiyellerinde homeostatik artışlara ve kalp ve amigdala gibi yapıların içsel uyarılabilirliğinde genel bir azalmaya yol açarak olumsuz duyguların fizyolojik inhibisyonuna neden olabilir (Jerath ve ark., 2015). Kaygı düzeyi

yüksek olan birçok insan aşırı nefes alma veya hiperventilasyon eğilimindedir. Endişeli insanlar daha fazla nefes alıyor gibi görünse de aslında hatalı solunum kalıpları geliştirmeye başlarlar. Pek çok insan, sadece nefeslerini düzelterek kaygı belirtilerinin önemli ölçüde azaldığını fark eder, bu nedenle hatalı solunumu (nefes almayı) erken aşamada düzeltmek önemlidir (Anxiety UK, 2012).

Kaygının fiziksel, psikolojik ve davranışsal yönleri ile başa çıkmanın çeşitli yolları vardır – her biri üç bileşenden biriyle başa çıkmak için tasarlanmıştır:

- Genel olarak, gevşeme eğitimi (relaxation training), kaygının fiziksel belirtileriyle başa çıkmada yardımcı olur.
- Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) gibi düşüncelerinize ve düşünme yollarınıza bakmanıza yardımcı olan düşünmeyi durdurma teknikleri, dikkat dağıtma ve terapiler, psikolojik semptomlarla başa çıkmanın yararlı yollarıdır,
- Davranışçı terapi, yol boyunca geliştirmiş olabileceğiniz kaçınma davranışıyla mücadele etmek için yararlıdır (Anxiety UK, 2012).

Her tedavi adımı hedefe yönelik bir prosedürdür ve amaçlanan etkisini ortaya çıkarmak için çeşitli dinamikleri harekete geçirmeyi amaçlar (Hollis, 1972). Kaygı histerisinden muzdarip yetişkinler, sosyal ve cinsel rollerini yerine getirmede yetersizdir. Bu nevroz çözülmemiş bir ödipal çatışmaya dayandığından, çözümü genellikle analitik tedavi gerektirir. Bununla birlikte vaka çalışması tedavisi, başvuranın kaygısını azaltmaya ve nevrozun başvuranın işlevselliği üzerindeki etkisini sınırlamaya hizmet edebilir. Eğer vaka çalışması nevrozu tanımlar ve dinamik olarak anlarsa, bu kişilerin çoğunun tatmin edici ve üretken bir yaşam sürmesine yardımcı olabilir (Austin, 1958).

Endişe, utangaçlık veya korku semptomlarını normalleştirebilen cinsiyete özgü rol beklentileri nedeniyle kadınlarda kaygı belirtileri tanınmayabilir veya kabul edilmeyebilir. Kadınlar için tedavinin önündeki diğer engeller arasında tedavi

maliyeti, sosyal güvenlikle ilgili sıkıntılar, psikiyatrik tanı almaya bağlı damgalanma ve erişilemeyen veya kullanılamayan sağlık hizmetleri sayılabilir. Kaygı bozukluğu tedavisine verilen yanıtta olası cinsiyet farklılıkları önemli bir husustur (Anxiety Disorders Association of America, 2005).

1.3.2. Benlik Saygısı ve Yönetilmesi

Düşük benlik saygısı bilişsel terapide nispeten ihmal edilmiştir. Bu belki de düşük benlik saygısının ne spesifik psikiyatrik bir bozukluk ne de kişilik bozukluğu olmasındandır. Aksine, düşük benlik saygısı, birçok sunum probleminin bir yönü, sonucu veya kırılganlık faktörü olarak ortaya çıkar. Örneğin, olumsuz bir benlik yapısı, depresyonun merkezinde yer alır, ancak duygu durumu yükseldikçe karakteristik olarak buharlaşır. Yine, kendini değersiz görme, yaygın kaygı bozukluğu gibi spesifik bir bozukluk devam ettiğinde, sonuç olarak ortaya çıkabilir ve sunum problemi ele alındıkça, kendi başına iyileşme gösterebilir. Düşük benlik saygısı; depresyon, intihar, sosyal kaygı bozukluğu ve yeme bozuklukları gibi bir dizi başka zorluk için kırılganlık faktörü olarak zemin hazırlayabilir, tedavide ilerlemeyi engelleyebilir, sorunlar çözüldükten sonra dahi devam edebilir (Fennel, 1998). Düşük benlik saygısı, kendi başına yaygın, zarar verici ve engelliliğe neden olan etkilere sahiptir ve aynı zamanda farklı bozuklukların etiolojisinde ve sürdürülmesinde rol oynadığı görülmekte olup bu süreçlere katılmak tedavi sonucunu iyileştirebilir. Bu nedenle, düşük benlik saygısı ile ilişkili tanıların tümünde uygulanabilecek, düşük benlik saygısı için etkili tedavilerin geliştirilmesi önemli ve önceliklidir (McManus ve ark., 2009). Beck'in (1976) bilişsel duygusal bozukluk modeli, insanların deneyimlerine dayanarak kendileri, diğer insanlar ve dünya hakkında (predispozan faktörler) sonuçlar (inançlar, varsayımlar) öngördüklerini gösterir. Deneyim olumsuz olduğunda, bu sonuçlar da olumsuzdur. Bu yüzden mükemmeliyetçi kişinin düşük duygudurum hali, olumsuz düşünme ihtimalini arttırırken, daha da sıkı/zorlu çalışma girişimleri, başarısızlık hissini doğrulayabilen yorgunluk ve zorlanma ile sonuçlanır. Profesyonel yardım almadan kırılması giderek zorlaşan bir kısır döngü kurulur (Fennel, 1998).

Ruhsal bozuklukların iyileştirilmesi yanında, benlik saygısının da geliştirilebilir bir yapı olduğu, alan yazında (Fennell, 1997; Fennell, 1998 ve McManus ve ark., 2009) görülmekte ve bu kapsamda benlik saygısını geliştirmeye dönük bireysel terapiler (Fennell, 1997; Fennell, 1998 ve McManus ve ark., 2009) ve grup terapileri (Sanford ve Donovan, 1996) gerçekleştirilmektedir. Fennell (1997 ve 1998) tarafından bir bilişsel davranışçı terapi (BDT) programı tanımlanarak düşük benlik saygısının bilişsel davranışsal bir kavramsallaştırılması önerilmiştir (McManus ve ark., 2009).

Benlik saygısı tedavide bir odak noktası haline gelirse, klinisyenin başvuranın benlik saygısı sorunlarının doğasını ve işlevsel etkisini değerlendirmesi önemlidir. Benlik saygısı monolitik bir yapı olmaktan ziyade, çok yönlü bir yapıya sahip gibi görünmektedir ve bu bakış açısının klinik çalışmalara dahil edilmesi gerekir. Kavramsallaştırmanın kilit yönlerinden biri, benlik saygısı sorunlarının ve ilgili davranışların başvuranın hayatını nasıl etkilediğine dair işlevsel bir değerlendirmeyi içerir. Örneğin, başvuran olumsuz benlik ifadelerini sözlü olarak ifade ediyor mu? Bu davranışlar hangi durumlarda ortaya çıkma eğilimindedir? Bu davranışın sonuçları nelerdir? Örnek olarak, bazı depresyon durumlarında değersizlik duyguları sosyal geri çekilme, izolasyon ve hareketsizliğe yol açar. Ortaya çıkan destek ve ödül kaybı doğrudan depresyona katkıda bulunur. Bu gibi durumlarda, doğrudan benlik saygısını arttırmaya çalışmak yerine, sosyal aktiviteyi geliştirmeye yönelik çabaları yoğunlaştırmak daha verimli olabilir (Roberts, 2006).

Sosyal hizmet felsefesi ve müdahalesi yönünden güçler yaklaşımının, kişinin güçlendirilmesinin de benlik saygısı düzeyi üzerine önemli etkileri söz konusudur. Klinik sosyal hizmet alanının önemli isimlerinden Eda Goldstein, bu süreçte “güçler perspektifinin somutlaştırılması”nın önemini ortaya koyar:

“Güçler (güçlü yönler) perspektifi, damgalanmış veya ezilmiş hisseden başvuranlarla çalışırken özel bir önem kazanır. Suçlama olarak işlevsellikte bozulma veya patoloji alanlarını vurgulamayı deneyimleyebilirler ve böylece olumsuz benlik saygılarına katkıda bulunabilirler. Bunun yerine, başvuranların kişisel başarısızlık duruşunu reddetmelerine ve yaşamları üzerindeki kişisel

kontrol duygularını artırmalarına yardımcı olmak oldukça önemlidir.”(Goldstein, 2009:12)

Eda Goldstein (2009), bu süreçte “kimlik ve benlik saygısının geliştirilmesi” konusuna ayrıca vurgu yapar:

“Güçler perspektifiyle bağlantılı olarak, bir başvuranın kimliğinin olumlu yönlerini araştırmak ve doğrulamak ve başvuranın benlik saygısını ve benlik kavramını sürdürmek ve düzenlemek için nelerin yardımcı olduğunu keşfetme ihtiyacı vardır. Aynı zamanda, baskıya maruz kalmış başvuranlar için kimlik oluşumunun doğası ve sürecinin muhtemelen etkilendiğini kabul etmek önemlidir. Tedavi ilişkisi, aile ve kültür tarafından onaylanmayan veya doğrulanmayan kimlik yönlerinin doğrulanabileceği ve birçok başvuranın üstesinden gelmek zorunda kaldığı zorlukların ve kendini ifade etmeyi kısıtlayan zor ve bazen baskıcı bir ortamla nasıl başa çıktıklarının tanınabileceği bir alan sağlar. Tedavi, başvuranların benlik kavramlarının olumsuz yönlerini değiştirmelerini sağlar ve bu da daha olumlu bir kimlik oluşturma ve entegre etme konusunda onları destekler.” (Goldstein, 2009:12)

Bununla birlikte sosyal hizmet (social work) mesleğinin ve onun yöntemi olan vaka çalışmasının (casework) profesyonel anlamda kurucusu olarak kabul edilen Mary Ellen Richmond’un vaka çalışmasında çevresel değişim yanında bireysel değişimin önemine; ve bu süreçte başvuranların özellikle kişilik ve benlik yapılarında yaşanacak olası değişimlere dair tarihsel açıklamalarının oldukça önemli ve dikkate değer olduğu düşünülmektedir:

“İnsan yaşamının bu çeşitliliği, mental yönden ve konumuzla olan ilişkisinde modern psikolojinin belirli kavramları tarafından daha açık hale getirilir. Aslında bunlardan ikisinin sosyal vaka çalışmasının altında yatan felsefeyi oluşturduğu söylenebilir ve bir şekilde devam eden hayatta kalmasının gerekliliğini açıklar: Birincisi, bireysel farklılıklar gerçeği (the fact of individual differences) ve ikincisi de "daha geniş benlik" teorisiyle (the theory

of "the wider self") ilgilidir... İnsanlar arasındaki benzerlikler sosyal olarak önemsiz değildir; benzerlikler kitlesel iyileşmeyi mümkün kılarken, bireysellik, uyumu bir zorunluluk haline getirmiştir...(Richmond, 1917:367)

“Bireysel farklılıklar, her çaba alanında dikkate alınmalıdır, fakat daha geniş benlik teorisi, elbette başka çıkarımlara sahip olsa da, sosyal vaka çalışmasının temelinde yatıyor gibi görünmektedir. Böyle bir çalışmanın birkaç genel sınıflandırmayı ne kadar yavaş bir şekilde terk ettiğini gördük ve onun yerine bütün insanı düşünmeye çalıştık. Daha da yavaş olan şey, insanın zihninin sosyal ilişkilerinin toplamı olarak tanımlanabileceğinin farkına varılmasıdır...”(Richmond, 1917:368)

“Sosyal kurumların ön araştırmaları halen başka nedenlerle yapılsa da, günümüzün daha düşünceli vaka çalışanlarının çoğu, bireysel insan ilişkilerini bu “daha geniş benlik kavramı” ışığında incelemeyi öğreniyorlar. Bunu yaparken, "hareket eden, dokunan, öğreten" şeylerle ittifak kuruyorlar; içsel veya dışsal bozuklukların bir insanın mutluluğunu tehdit ettiği durumlarda, kişinin sosyal ilişkileri, iyileşmesinin başlıca yolu olmaya devam etmelidir.” (Richmond, 1917:369)

1.4. Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet uygulaması dünya çapında çeşitli kültürel bağlamlarda tanımlanırken, klinik uygulama biçimlerine ve dünya ruh sağlığı hizmetlerine olan ilgi de artmaktadır (Videka ve Goldstein, 2012). Sosyal hizmet, ruhsal bozukluğu olan kişilere ve ailelerine uzun ve seçkin bir hizmet geçmişine sahiptir ve sosyal eşitsizlikler yanında yapısal sorunları tanımlamak ve değerlendirmek için tıbbi modelin bireysel tanıya odaklanmasının ötesine geçer (Canadian Association of Social Workers, Erişim Tarihi:19.03.2020). Ego işlevselliğinin, benlik saygısının, ve anlam yaratmanın intrapsişik yönleri ile aile işlevselliği ve kişisel ilişkilerin kişilerarası yönlerinin

ötesinde sosyal hizmetin ilgileri arasında ekonomik refah, istihdam ve barınma gibi daha geniş sosyal konular da yer almaktadır (Bland ve Renouf, 2001). Sosyal hizmet uygulamasının ayırt edici bir özelliği, mesleğin ikili odak noktasıdır: sosyal hizmet uzmanlarının aynı anda hem özel konuları hem de kamu konu ve sorunlarını ele almak gibi etik sorumlulukları bulunur (Canadian Association of Social Workers, Erişim Tarihi:19.03.2020). Birçok sosyal hizmet uzmanı özel uygulama ortamlarında/kliniklerde hizmet sunarken, hizmetlerin çoğunluğu hem kamu hem de özel toplum kuruluşlarında, hastanelerde, cezaevlerinde vb. sunulmaktadır (Social Work Policy Institute, Erişim Tarihi: 19.03.2020). Sosyal hizmet, birbiriyle bağlantılı iki cephede; “topluluk ve toplumsal düzeyde bir değişim odağı” ve “bireysel düzeyde bir değişim odağı” ortaya çıkmış ve gelişmiştir (McLaughlin, 2002).

Sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülen rollerin çoğu tüm ruh sağlığı disiplinlerinde ortaktır. Ruh sağlığı alanında çalışmak, sosyal hizmet uzmanlarının, bilgi ve beceri tabanlarının bütünlüğünü korurken, ruh sağlığı alanında çalışan diğer profesyoneller ile işbirliği içinde uygulama fırsatı sunar (Canadian Association of Social Workers, Erişim Tarihi:19.03.2020). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet, rahatsızlıkların psikososyal özelliklerinin yanı sıra sürecin toplumsal bağlamı ve sonuçlarına odaklanır. Sosyal hizmet uygulamasının amaçlarının; hasta ve ailesine yönelik psikososyal işlevsellikte iyileşme, birey, aile ve toplumsal düzeylerde refah düzeyini geliştirme, bireylerin hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü artırma ve sosyal adalet ilkelerinin geliştirilmesi olduğu değerlendirilebilir (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal hizmet uzmanları, bireylere, çiftlere, ailelere ve gruplara danışmanlık, kriz müdahalesi ve terapi şeklinde doğrudan hizmetler sunmanın yanı sıra savunuculuk, kaynakların koordinasyonu ve vaka yönetimi şeklinde hizmet vermektedir (Canadian Association of Social Workers, Erişim Tarihi:19.03.2020). Sosyal hizmet müdahalesi bireyle başlar; aile, sosyal ağlar ve topluma kadar genişler (Oral ve Tuncay, 2012). Sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı sorunları olan insanlara ilişkili psikososyal sorunları çözme ve yaşam kalitelerini artırma konusunda yardımcı olurlar; ve ruhsal hastalığı olan bireyin arkadaşlar, aile, iş ve eğitim üzerindeki daha geniş etkilerini kabul ederler. Bu sorunların çözülmesi aile danışmanlığının yanı sıra bireysel danışmanlık ve grup terapisini de içerebilir. Ruh sağlığı alanında görev yapan sosyal

hizmet uzmanları, diğer sağlık profesyonelleri ve toplum hizmetleri ile işbirliği içinde çalışır ve vaka yönetimi ile bakım koordinasyonu konularında uzmanlığa sahiptirler (Australian Association of Social Workers, 2021).

Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği – (IASSW) (2001) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu – (IFSW) (2001) sosyal hizmeti “insan hakları ve sosyal adalet ilkesini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir” biçiminde tanımlayarak mesleğin uluslararası tanımını ifade etmiştir (Duyan, 2010:6).

1.4.1. Vaka Çalışması Yöntemi ve Klinik Sosyal Hizmet

Sosyal hizmetin ilk önce gelişen ve temel yöntemlerinden olan sosyal kişisel çalışma (vaka çalışması) yöntemi, birey ve ailenin toplumda bulunan mevcut hizmet ve kaynaklardan yararlandırılmasını, desteklenerek kaygılarının giderilmesini ve sorun çözme biçimlerinin değiştirilmesini öngörmüş ve uygulamalar gelişimini sürdürerek günümüze kadar ulaşmıştır (Turan, 2009).

Modern sosyal hizmet; bireylerle sosyal hizmet, gruplarla sosyal hizmet ve toplumla sosyal hizmet olmak üzere üç temel yardım yöntemi kullanır. Bireylerle sosyal hizmet uygulaması sosyal kişisel çalışma ve vaka çalışması olarak da tanımlanmakta ve aynı anlamı ifade etmekte olup bu kavramlar birbirlerinin yerine de kullanılmaktadır (Duyan, 2010:203). Kişisel çalışma yöntemi, daha çok klinik sosyal hizmet (clinical social work) adı verilen mikro düzeydeki uygulamalarda kullanılmaya başlanmıştır (Turan, 2009:16). Tarihçe’de de belirtildiği gibi 1980’li yıllardan itibaren kişisel çalışma ile eş anlamda kullanılmaya başlayan klinik sosyal hizmet... (Turan, 2009:21). Klinik sosyal hizmet terimi, sosyal vaka çalışması veya psikiyatrik sosyal hizmet ile eşanlamlı olarak kabul edilir (Barker, 2003:76). Birçok sosyal hizmet

uzmanı, sosyal vaka çalışmasının klinik sosyal hizmet uygulamasıyla eşanlamlı olduğunu düşünmektedir. (Barker, 2003:402). Tarihsel açıdan bakıldığında, “klinik sosyal hizmet aslında sosyal vaka çalışmasının yeniden ortaya çıkması” olarak ifade edilebilir (Meyer, 1983:12). "Psikiyatrik sosyal hizmet" tanımı büyük ölçüde “klinik sosyal hizmet” terimi ile değiştirilmiştir (Barker, 2003:345). Dolayısı ile ifade edilen bu yöndeki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere; mikro düzey sosyal hizmet, sosyal kişisel çalışma, psikiyatrik sosyal hizmet, vaka çalışması, bireyler ve ailelerle sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet birbirinin yerine kullanılan kavramları ifade etmekte olup günümüzde bu kavramlar için daha ziyade, “bireyler ve ailelerle sosyal hizmet” ve/veya “klinik sosyal hizmet” terimlerinin kullanılmakta olduğu gözlenmekte ve klinik sosyal hizmet terimi, bireyler ve aileler ile çalışma yanında grup çalışmalarını da içermektedir.

Tarihsel bir perspektiften bakıldığında, klinik sosyal hizmet (clinical social work) uygulaması ve tedavisi, sosyal hizmetin vaka çalışması (casework) yöntemine dayanmaktadır. Vaka çalışması, bireylere ve ailelere doğrudan psikososyal hizmetlerin sunulması için belirlenmiş terimdi. On dokuzuncu yüzyıl bilimsel filantropi ilkeleri tarafından açıklanan ve kökleri Avrupa’da yatan vaka çalışması, ülkenin kendine özgü koşulları nedeniyle A.B.D.’de gelişme imkanı bulmuş ve ilk olarak Mary Richmond tarafından “Sosyal Teşhis (Social Diagnosis) (1917)” adlı eserinde kavramsallaştırılmış ve kodlanmıştır (Richmond 1917; González ve Gelman, 2015).

1.4.2. Vaka Çalışmasının (Klinik Sosyal Hizmetin) Ortaya Çıkışı ve Tarihsel Gelişimi

Başkalarına yardım etmeye kendini adanmış bireyler her zaman olduğu için, "sosyal hizmet" yapan ilk kişinin adını vermek imkansızdır. Sosyal hizmet, terim 1900 yılında eğitimci Simon Patten tarafından icat edilmeden çok önce de devam ediyordu. Patten, "sosyal hizmet uzmanı / social worker" terimini Yardım İşlerini Düzenleme Derneği (Charity Organization Societies-COS)’nin dost ziyaretçilerine (friendly visitors) ve Yardım Evi (Settlement House) sakinlerine uyarladı (Barker, 2003:480;

Dorfman, 1996:3). Bu sosyal hizmet uzmanları, yeni sanayileşmiş bir toplumda kariyer fırsatlarının eksikliğinden hayal kırıklığına uğramış, çoğunlukla kolej eğitilmiş erkek ve kadınlardı (Dorfman, 1996:3).

20. Yüzyılın başlarında, iki baskın sosyal hizmet yöntemi ortaya çıktı. Göçmen dalgaları ile çalışan Jane Addams, sosyoekonomik çevre, politik aktivizm ve sosyal reforma verdiği önemle Amerika'daki Yardım Evi (Settlement House) hareketine öncülük etti. Mary Richmond, bireyler ve ailelerle partizan olmayan, nesnel, bilimsel vaka çalışmasına vurgu yaparak Yardım İşlerini Düzenleme Dernekleri (Charity Organization Societies-COS)'nin devamını teşvik etti. Sosyal hizmet öncülerinin her birinin yöntemleri farklı olsa da, misyonları aynı sonucu elde etmek için çaba göstermiştir: yardımseverliğin sistematik kullanımı yoluyla yoksulluk ve sefaletin iyileştirilmesi (Black, 1991).

Sosyoekonomik çevre, politik aktivizm ve sosyal reforma yönelen ve ağırlık veren Yardımevi Hareketi (Settlement House) I.Dünya Savaşı'ndan sonra geriledi. Bununla birlikte, bu yapı daha sonra klinik sosyal hizmet haline gelecek olanın gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. En önemli katkısı, insani sıkıntı ve yoksulluğun bireyin ahlaki zayıflığından kaynaklandığı inancını değiştirmeye yardımcı olmasıydı. Sonunda meslek, insan sorunlarının bireysel faktörlerin (kişilik özellikleri gibi) yanı sıra çevresel belirleyicilerin (yetersiz konut, sınırlı istihdam olanakları, eğitim eksikliği, yetersiz sağlık hizmetleri ve kurumsal ırkçılık gibi) neden olduğu konumunu benimsedi (Dorfman, 1996:5). Ayrıca, bir yöntem olarak grup çalışması, yardım evlerinde başladı, ancak vaka çalışanlarının çalıştığı ortamlarda olgunlaştı ve bunun üzerine onu reform hareketinden ayıran kendi metodolojisini geliştirdi (Meyer, 1983:6).

1.4.3. Yardım İşlerini Düzenleme Dernekleri (Charity Organization Societies-C.O.S.) ve İlk Vaka Çalışanları

İlk Yardım İşlerini Düzenleme Derneği 1869 yılında Londra'da (London Charity Organization Society) kuruldu. Richmond, Londra Yardım İşlerini Düzenleme

Derneği'nin "Chalmers'in fikirlerinin varisi ve Alman Elberfeld Sisteminin öğrencisi" olduğunu ifade eder (Richmond, 1917:29). İngiltere'de ortaya çıkan böyle bir organizasyon fikri hızla Avrupa'ya, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'ya yayıldı (Richmond, 1917; Streat, 1978:7). İlk Amerikan Yardım İşlerini Düzenleme Derneği 1877'de Buffalo, New York'taydı ve kısa süre sonra daha büyük doğu şehirlerinde sayısı artırıldı (Barker, 2003:65).

Yardım İşlerini Düzenleme Dernekleri, başvuranlara doğrudan hizmet sağlayan ve sosyal sorunlarla başa çıkmak için topluluk çabalarını koordine eden gönüllü çalışanlardan oluşuyordu (Barker, 2003:65). Yardım İşlerini Düzenleme Derneği, aslında, ihtiyaç sahibi kişinin kendi kendine destek olmasına/kendini geçindirmesine yardımcı olmak için bir toplumda var olan kaynakları harekete geçirmeye çalışan özel bir aile ajansıydı. Yardım İşlerini Düzenleme Derneği'nin amacı, ihtiyaç sahibi kişinin kendi kendine yeterli hale gelmesine yardımcı olmak için toplulukta ne tür kaynaklar varsa seferber etmektir (Streat, 1974:30). Modern sosyal vakanın çalışanının öncüsü, "*dost ziyaretçi (friendly visitor)*", toplumun dayanak noktasıydı (Streat, 1978:7); dost ziyaretçi, bireyin veya ailenin ihtiyaçlarını araştırdı, ancak finansal/maddi yardım yalnızca belirli bir amacı gerçekleştirmek için gerekli görüldüğünde verildi (Streat, 1974:30). Yardım İşlerini Düzenleme Dernekleri'nin (COS), öncelikle sosyal teşhis (social diagnosis), sürecinin başlangıcı için geliştiği ve mücadele ettiği söylenebilir (Richmond, 1917:32). Sosyal teşhis kavramı ilk olarak İngiltere'de kullanılmıştır. Thomas Chalmers, sosyal teşhis kavramını, 1823'te Glasgow'da mahalle çalışmalarıyla bağlantılı olarak kullanmıştır ve daha sonra kavramın Elberfeld'deki Alman yoksul yardımlarının sistematizörleri tarafından kullanıldığı bilinmektedir (Richmond, 1917:28).

Bağımsız yardım işlerini düzenleme dernekleri, sonunda önce Buffalo, New York ve daha sonra da ülke genelinde birleştiler. 1882 yılına gelindiğinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde 22 Yardım İşlerini Düzenleme Derneği bulunuyordu. Yardım İşlerini Düzenleme Derneği'nin belirtilen amacı, duygusal yardım vermeyi (para ve hedefler varsa yardım amaçlı paketler) ortadan kaldırmak ve bunun yerine bilimsel vaka incelemesi ve hizmetlerin organize ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlamaktır (Dorfman, 1996:5).

Yardım İşlerini Düzenleme Derneği'nde hizmet sunumu, tipik olarak "dost bir ziyaretçi"nin - yani toplum içinden saygılı, başarılı, "ahlaki" bir gönüllünün atanması anlamına geliyordu. Yoksulluk, ahlaki başarısızlığın bir sonucu olarak kabul edildiğinden, dost ziyaretçiler, iyi örnek oluş ve liderlikleri sayesinde, yoksul insanları yoksulluklarından kurtaracaklardı. Yardım İşlerini Düzenleme Derneği bölge ajansları, hizmetlerin tekrarını ortadan kaldırmak için vakaları kaydettiler (Strean, 1978:7). Sosyal hizmet uzmanları, bireylere ve ailelere nasıl daha bilinçli ve etkili hizmet verileceğini yavaş yavaş öğrendikçe, 1837'de Perkins Körler Enstitüsü (Perkins Institution for the Blind) 'nü kuran Bostonlu yardımsever Dr. Samuel Gridley Howe'un tedavideki gelişmelerin kaydını tutma uygulaması da onların “vaka kaydı tutma” uygulaması haline geldi. Başlangıçta girişimleri, çalışmaları sırasında yapılan davranışların başıboş bir tarihçesinden biraz daha fazlasıydı, ancak yavaş yavaş hem kullanılan temel süreçlerin hem de bu süreçlerin dayandığı gözlemlerin iyi, kronolojik açıklamalarını nasıl oluşturacaklarını öğrendiler (Richmond, 1922:7,28). Ayrıca, bireylerin "bağımlılıklarını" tersine çevirme kapasitelerine ilişkin yargıda bulunarak her bir vakanın "değerini" belirlediler. Sosyal hizmet uzmanının o dönemdeki faaliyetlerinin çoğu, başvuranın çevresine müdahale olarak tasarlanmıştı; onu doğrudan etkileme girişimleri büyük ölçüde tavsiye ile sınırlıydı (Strean, 1978:7).

1900 yılına gelindiğinde, Yardım İşlerini Düzenleme Derneği hareketine katılanlar yoksulluğun kişisel ahlaki eksikliklerden ziyade sosyal, ekonomik ve psikolojik faktörlerle daha fazla ilişkisi olduğunu fark etmeye başladıklarında, dost ziyaretçi dönemi sona erdi. Yardım İşlerini Düzenleme Derneği (C.O.S.) hareketi, şimdi “klinik sosyal hizmet” olarak yaptığımız şeyi şekillendirdi. Katkıları arasında sistematik inceleme ve vakaların değerlendirilmesi; vaka konferansları (problemleri tam olarak anlamak ve problem çözümü için en iyi yolu belirlemek amacıyla bir grup önünde yapılan vaka sunumları); sosyal hizmet uzmanı ve başvuran arasındaki ilişkinin öneminin kabulü; hizmetlerin genişletilmesi (hizmetin ajansın duvarlarının ötesine genişletilmesi); ve sosyal hizmetin nihai olarak profesyonelleşmesi yer almaktadır (Dorfman, 1996:6).

1.4.4. Mary Ellen Richmond Dönemi ve Vaka Çalışmasının Kavramsallaştırılması

Mary Ellen Richmond, kariyerine Baltimore Yardım İşlerini Düzenleme Derneği'nde sayman yardımcısı ve dost bir ziyaretçi olarak başladı, ancak kısa bir süre sonra liderliğe yükseldi. On dokuzuncu yüzyıl bilimsel filantropi ilkeleri tarafından temellendirilen vaka çalışması (casework) - sosyal hizmet mesleğinde yardımcı bir yöntem olarak - ilk olarak Richmond (1917) tarafından Sosyal Teşhis (Social Diagnosis)'te kavramsallaştırılmış ve kodlanmıştır. Strean'a (1978) göre vaka çalışması, sosyal hizmet literatüründe meslekteki en eski ve en yaygın yardım yöntemi olarak tanımlanmıştır (González ve Gelman, 2015). Sosyal Teşhis'te Richmond (1917), nihayetinde vaka çalışmasının (klinik sosyal hizmet uygulamasının) tanı/teşhis (diagnosis) ve tedavi (treatment) prosedürlerini aydınlatarak olan yardım sürecini ana hatlarıyla açıkladı. Ana hat, tanımlanmış bir başvuranın psikososyal işlevsellik düzeyi hakkında veri toplamak için gerekli adımları ve bu bilginin, tanımlanan başvuran sistemi için bir sosyal tanı ve sosyal tedavi planının geliştirilmesine yön verecek çıkarımlar geliştirmek için nasıl kullanılabileceğini içeriyordu.

Richmond, çevrenin bireysel kişilik gelişimi ve uyum üzerindeki etkisini vurgulayan ilk "sosyal vaka çalışması yöntemini" formüle etmeye devam etti. Sosyal hizmetin profesyonelleşme için bir arayış içinde olduğu bir zamanda, Richmond, "Sosyal Vaka Çalışması Nedir? (What Is Social Casework?) (1922)" adlı kitabını yazarak, bireyler ve ailelerle klinik uygulamaların öncüsü olan vaka çalışması uygulamasını sistematik hale getirmek için çalışmaya devam etti (González ve Gelman, 2015). Mary E. Richmond, profesyonel sosyal hizmetin kurucusu olarak kabul edilir (Dorfman, 1996:7).

Richmond'un iki büyük eserinden doğrudan alıntılar yaparak, sosyal hizmet mesleğine ve mesleğin müdahale yöntemlerinden vaka çalışmasına yön veren önemli görüşlerinin bir bölümüne aşağıda yer verilmiştir. Richmond 1917 tarihli Sosyal Teşhis (Social Diagnosis) ismini taşıyan eserinde sosyal teşhis ve vaka çalışması hakkında şunları ifade eder:

“Amerika Birleşik Devletleri sosyal hizmet uzmanları büyük bir meslek grubunu oluşturur. Çoğunluğu vaka çalışması ile uğraşmaktadır. Vaka çalışmasının doğrudan amacı, kitlesel iyileşmelerden farklı olarak bireylerin veya ailelerin tek tek iyileştirilmesidir. Kitlesel iyileşme/iyileştirme ve bireysel iyileşme/iyileştirme birbirine bağlıdır, bununla birlikte, sosyal reform ve sosyal vaka çalışması zaruri olarak birlikte ilerler.” (1917:25)

Aynı eserin diğer sayfalarında şu açıklamalar yer alır:

“Sosyal teşhis, belirli bir başvuranın sosyal durumunun ve kişiliğinin mümkün olduğunca kesin bir tanımına varma girişimidir...” (1917:51). “Sosyal teşhisin özel alanı sosyal vaka çalışmasında yatmaktadır.” (1917:26)

Richmond’un, her seferinde bir kişi olmak üzere, bireyler için yaşamı iyileştirmenin bir sonucu olarak gerçekleşeceğine inanarak, sosyal reform ihtiyacını kabul ettiği görülmektedir (McLaughlin, 2002). Sosyal Teşhis’te (1917), klinik uygulayıcıların bireyleri ve aileleri etkileyen çevresel faktörleri ve dolayısıyla psikososyal müdahale gerektiren her vakayı kapsamlı bir şekilde incelemelerine duyulan ihtiyacı vurguladığı görülür (González ve Gelman, 2015).

Richmond, bireyler ve ailelerle klinik uygulamaların öncüsü olan vaka çalışması uygulamasını sistematik hale getirmeye devam ettiği bir diğer önemli eseri olan Sosyal Vaka Çalışması Nedir? (What Is Social Casework?) isimli kitabında, savunmasız bireylerin ve ailelerin psikososyal bakımı için gerekli olan kavramsal düşünme ve tedavi stratejilerini geliştirmiştir. (González ve Gelman, 2015). Richmond bu eserinde vaka çalışması anlayışını derinleştirir ve şunları ifade eder:

“... Sosyal vaka çalışması, bireysel olarak, insanlar ve sosyal çevreleri arasında bilinçli olarak etkilenen uyarlamalar yoluyla kişiliği geliştiren süreçlerden oluşur...” (1922:98-99)

“Sosyal vaka çalışması... diğer görevlerdeki tamamlayıcı değerinin yanı sıra kendine has bir alanı vardır. Bu alan, sosyal ilişkilerin bilinçli ve kapsamlı bir şekilde uyarlanması yoluyla kişiliğin gelişmesidir ve bu alanda vaka çalışanı, bireydeki anormalliklerle çevredekilerden daha fazla meşgul olamaz, birini diğerinden daha fazla ihmal edemez. Vaka çalışmasının kendine özgü ayırt edici yaklaşımı, aslında, kendi sosyal çevresi aracılığıyla bireye geri döner ve bu şekilde uyumun sağlanması gereken her yerde, kitle yerine bireyden bireye, orada, bir tür sosyal vaka çalışmasına ihtiyaç vardır ve olmaya da devam edecektir.” (1922:98)

Richmond, savunmasız bireylerin ve ailelerin psikososyal bakımı için gerekli olan kavramsal düşünme ve tedavi stratejilerini geliştirmiştir. Richmond (1922), çevresel manipülasyon olmaksızın bireysel tedavinin her zaman etkili olmadığına ve sosyal ve ailevi faktörlerin psikolojik işlevselliği etkilediğine ikna olduğuna dair inancına dayanarak, vaka çalışmasının/klinik sosyal hizmet uygulamasının sütunlarını oluşturacak aşağıdaki iki ana müdahaleyi belirlemiştir: Dolaylı tedavi /çevre anlayışı ve doğrudan tedavi /bireysellik anlayışı (González ve Gelman, 2015:258).

Dolaylı tedavi (indirect treatment), başvuruları aile veya sosyal/toplum kaynakları ile bağlantılandırarak çevresel gerginliği veya baskıyı azaltmayı ve kişisel işlevselliği artırmayı hedefliyordu. Doğrudan tedavi (direct treatment) veya “uygulayıcının zihninin başvuranın zihni üzerindeki doğrudan eylemi/etkisi” başvuranın bireysel özelliklerine ilişkin içgörü sağladı ve başvuranın psikososyal sıkıntıya ve uyumsuz başa çıkma çabalarına katkıda bulunan düşünme kalıplarını yeniden düzenlemesine yardımcı oldu (Richmond, 1922: 101-102; González ve Gelman, 2015:258).

Doğrudan tedavi, genellikle profesyonel öneri ve tavsiyeler kullanılarak uygulanmıştır. Bu iki tedavi prosedürü, başvuran-klinisyen ilişkisinin terapötik değişim için temel bir araç olarak hizmet edeceği bir yardım karşılaşması bağlamında bireylerin hem iç hem de dış dünyalarını hesaba katması gereken klinik sosyal hizmet

tedavisinin bir modelini ön plana çıkardı (Richmond, 1922: 101-102; González ve Gelman, 2015:258)

Richmond'un temel yazıları, insan organizmasının kişiliğini, geçmiş ve şimdiki deneyimlerin, aile öyküsünün ve çevresel faktörlerin etkisinin bir ürünü olarak gören bir tür klinik sosyal hizmet tedavisi ve uygulaması için kanıt sağlar (González ve Gelman, 2015:258). Bu ifadelerden de açıkça görüldüğü üzere sosyal hizmet ve onun en eski yöntemi olan vaka çalışması, çevresel değişim yanında bireysel değişimi de hedeflemektedir ve kişinin yaşamında görülecek olası kalıcı değişimlerin ancak her iki yönde de gerçekleşecek olan değişimle mümkün olabileceği inancını paylaşmaktadır.

1930'lara gelindiğinde, devlet, insanların ekonomik ve sosyal güvenliği için daha fazla sorumluluk üstlendikçe, orijinal Yardım İşlerini Düzenleme Derneği hedefine ulaşıldı; böylece, kuruluşların çoğu faaliyetlerini askıya aldı veya diğer sosyal kurumlar haline geldi ya da birleşti. Giderek ailelere yardım etmeye yöneldiler ve birçok yerel örgüt, isimlerini Aile Refahı Ajansı (Family Welfare Agency) olarak değiştirdi (Barker, 2003:65).

1.4.5. New York Okulu ve Vaka Çalışmasının Gelişimi

New York Filantropi Okulu (New York School of Philanthropy)'nın kapılarını sosyal hizmet uzmanları için eğitime açmasının üzerinden bir asırdan fazla zaman geçti ve bu süreçte *klinik sosyal hizmet*, onu diğer profesyonel yardım biçimlerinden ayıran bir felsefe ve uygulama yöntemi geliştirdi. İlk 100 yıllık tarihinin büyük bir bölümünde New York Okulu'nun ilk sırada gelen vaka çalışması okulu (casework school) olduğu söylenebilir (Dore, 1999).

İnsanlara yardım temelinde mesleki eğitimin gerekliliğine olan ihtiyaç, ilk kez bu alanda topluma hizmet sunan Yardım İşlerini Düzenleme Derneği tarafından anlaşılmış ve 1898 yılında gönüllüler ve dost ziyaretçiler için bir dizi yaz atölyesi ve eğitim programı başlatılmıştır. Söz konusu eğitim programı, 1904 yılında bir yıl süreli

meslek okuluna - New York Filantropi Okulu - dönüştürülmüş olup, 1917 yılında eğitim programının süresi iki yıla çıkarılmıştır. Kısa süre sonra da sosyal hizmet okullarının sayısı ülke genelinde hızla artmıştır (Barker, 2003; Turan, 2009; Zastrow, 2017).

New York Filantropi Okulu, 1920'lerin başında New York Sosyal Hizmet Okulu'na (New York School of Social Work) ve 1950'lerin sonlarında Columbia Üniversitesi Sosyal Hizmet Okulu'na (Columbia University School of Social Work) dönüştürülmüştür (Dore, 1999).

New York Okulu, Yardım İşlerini Düzenleme Derneği himayesi altında bağımsız bir sosyal hizmet okulu statüsünü koruyarak, özellikle vaka çalışanları olmak üzere uygulayıcılar için bir eğitim okulu olarak sağlam bir kimlik sürdürmüştür. Bu bağlantı, sosyal hizmet eğitiminde saha eğitiminin kurumsallaşmasına da yardımcı olmuş; New York okulundaki öğrenciler, uzun yıllar boyunca " ailelerle uygulamalı çalışma (practical work with families) " hakkında bir Yardım İşlerini Düzenleme Derneği bölge ofisinde saha eğitimlerinin ilk iki ayını tamamlamıştır (Dore, 1999).

Ulusal olarak tanınan bir “tıbbi sosyal hizmet uzmanı” olan Mary Antoinette Cannon ve New York Okulunda “psikiyatrik vaka çalışması”nın geliştirilmesinde etkili olacak bir psikiyatrist olan Marion E. Kenworthy de 1920'lerin başında akademik kadroya katıldı (Dore, 1999). Aynı zamanda, öğretim üyesi ve çocuk refahı uzmanı Henry Thurston tarafından geliştirilen bir önerinin sonucu olarak, sosyal hizmet uzmanlarını çocuklarla çalışmak üzere eğitmek için, *Commonwealth Fonu* ülke çapında büyük şehirlerde ve biri de New York Okulu'na bağlı olmak üzere sekiz çocuk rehberlik kliniği (child guidance clinics) kurdu (Levy, 1968; akt. Dore, 1999).

1.4.6. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi

Tıbbi Sosyal Hizmet, 1905 yılında, Boston'daki Massachusetts Genel Hastanesi'nde (Massachusetts General Hospital), hastaların hastalıklarının sosyal sorunlarıyla baş etmelerine yardımcı olmak için bir sosyal hizmetler bölümü (social services department) kurulması ile başladı. Hastane yöneticisi Richard L. Cabot, bu

bölümü kurmak için Garnet I. Pelton'u işe aldı (Barker, 2003:480). Dr. Cabot'un eğitimli sosyal hizmet uzmanlarını dispansere ve daha sonra kendi ayrı kliniklerine getirirken aklında olan şey, tıbbi ve sosyal hizmetin bir karışımı değil, kimyasal birlikteliği idi (Richmond, 1917:35). Gerçekten de, hastane sosyal hizmeti, yirminci yüzyılın başlarında, yeni sosyal vaka çalışması bilgisinin, bireyselleştirilmiş hizmetler şeklinde, okulların yanı sıra, mevcut kurumlara uygulandığı birkaç uygulamadan biriydi (Stuart, 2008).

Ruhsal (mental) hastalığı olan kişilerin önceki bakım sonrası ilk deneyimleri ve topluma yerleştirilmesi hareketi, hastanın topluluğuna bağlantılar sağlamak ve hastanın çevresine uyum sağlamasına yardımcı olmak için sosyal hizmet müdahalesini gerekli kılmıştır (Stuart, 2008). Psikiyatrik sosyal hizmet, Amerika Birleşik Devletleri'nde, Massachusetts Genel Hastanesi'nin (Massachusetts General Hospital) nöroloji kliniğinde sosyal hizmet servisinin başlatıldığı 1907'de, sosyal hizmet uzmanları M. Antoinette Cannon ve Edith Burleigh'in mental hastalığı olan hastalarla çalışmak üzere işe alınması ile başladı (Barker, 2003:480; Stuart, 2008).

Boston Psikopatik Hastanesi (Boston Psychopathic Hospital) 1912 yılında Dr. Elmer E. Southard yönetiminde açıldı, Dr. Southard, Yardım Kuruluşu ve çocuk refahı konusunda geçmişli olan bir sosyal hizmet uzmanı olan Mary C. Jarrett'i 1913'te sosyal hizmet departmanının direktörü olarak işe aldı (Stuart, 2008). Uzmanlık hızla gelişti, 1920 yılına gelindiğindeyse uzmanlık alanında önemli değişimler devam etmekteydi (Stuart, 2008).

İlk psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik hastalar ve aileleri ile aktif olarak çalıştılar. Hastanın topluluğuna bağlantılar sağladılar ve hastanın çevresine uyum sağlamasına yardımcı oldular. Ayrıca taburcu edilen psikiyatri hastaları için gerekli hizmetlerin ve istihdamın sağlanmasına yardımcı oldular. Vaka yönetimi hizmetleri sunan çağdaş psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, bu erken öncülerin uygulama geleneklerini takip etmektedir (Stuart, 2008).

Savaşla ilgili sorunlar psikiyatri hizmetlerine olan talebi artırdığı için I. Dünya Savaşı sırasında psikiyatrik sosyal hizmet genişledi (Stuart, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde Birinci Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında uzmanlara olan ihtiyaç önemli ölçüde artmıştı (McLaughlin, 2002). Beklenmedik bir şekilde, halk arasında "patlama şoku (Shell shock)" olarak adlandırılan savaşla ilgili çok sayıda psikiyatrik sorun, ordu psikiyatristlerini rahatsız etti (Stuart, 2008). O zamana kadar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları için tek eğitim kursu, Boston Psikopatik Hastanesi'nde stajyerlikti. Dr. Southard ve Jarrett tarafından geliştirilmişti ve bir seferde yalnızca altı veya yedi sosyal hizmet uzmanına açıktı. Savaşın başlamasıyla birlikte, kapsamı genişletmek istediler. Southard ve Jarrett hastanede bir acil durum eğitim kursu düzenlemeyi planladı ve Boston'un Daimi Yardım Fonu, kursu mümkün kılmak için parasal katkıda bulundu (Black, 1991). Tesadüfen, Smith Kolej (Smith College,) savaş çabalarına yardımcı olmak için yaz aylarında kolejini kullanmanın bir yolunu arıyordu (Stuart, 2008). Smith Kolej Sosyal Hizmet Okulu'nun (Smith College School for Social Work) bu (klinik) hareketi iletmede oynadığı olağanüstü rolü kabul etmek gerekir. 1917'de, Birinci Dünya Savaşı'nın (Ulusal Konferansın bir "Mental Hijyen/Ruh Sağlığı" Bölümü organize edildiğinde) bunun bir sonucu olarak, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları için ilk eğitim kursu Smith Kolej'de başlatıldı (Hamilton, 1958). 1918'de Jarrett, Smith Kolej'de savaş acil durumları için psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarını eğitmek üzere bir yaz okulu programı başlattı. Bu program Smith Koleji Sosyal Hizmet Okulu'na dönüştü (Stuart, 2008). Böylelikle, Smith Koleji, Ulusal Mental Hijyen (Ruh Sağlığı) Komitesi'nden bir grup psikiyatristin himayesinde, Boston Psikopatik Hastanesi müdürü başkanlığında öğrencileri eğitmek için sınıflar, yatakhane ve fakülte sağlayan bir ekip yaklaşımı ile oluşturuldu. Acil kaygı, savaştan kaynaklanan beklenen ruhsal ve sinirsel bozukluklardı, ancak bu hizmetlere barış zamanında da ihtiyaç duyulacağı hissedildi (Black, 1991). Sosyal hizmet uzmanları, öykü alma sürecinde ve "taburcu olduktan sonra hastaların sosyal uyumunu teşvik etme" sürecinde eğitim alarak görevlendirildiler. Hemşirelerin tıp doktorları için yaptığı gibi psikiyatriste "yardımcı/asistan"lardı (Black, 1991). Smith Kolej, savaş çabalarında psikiyatristlere yardımcı olmak için orduya alınan alınan ilk "psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları"

grubunu mezun etti. Smith Kolej başarısının bir sonucu olarak, diğer kolejler de 1919'dan itibaren psikiyatrik sosyal hizmet kursları vermeye başladılar (Black, 1991).

1.4.7. Milford Konferansı (Milford Conference) ve Önemi

New York Filantropi Okulu yöneticisi Lee liderliğinde toplanan Milford Konferansı, alan için eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla 1923'te Milford, Pennsylvania'da bir araya gelen altı ulusal sosyal hizmet kuruluşunun temsilcilerinden oluşuyordu. Sosyal hizmet eğitiminin gerekli bileşenlerini belirlemenin ilk adımı olarak grup, “Sosyal Vaka Çalışması Nedir?” sorusunu yanıtlamakla mücadele etti. Karşılıklı olarak kabul edilebilir bir tanıma ulaşamayan grup, bu soruyu ve eğitim konularını incelemek için yıllık olarak toplanmaya devam etti. 1929'da konferans, sosyal vaka çalışmasını tanımlama görevi verilen bir alt komitenin bulgularına dayanarak "Sosyal Vaka Çalışması: Genel ve Özel" başlıklı bir rapor yayınladı (Dore, 1999).

Milford Konferans Raporu, sosyal vaka çalışmasını genel olarak, "normal sosyal yaşamın kabul edilmiş standartlarından bir veya daha fazla sapma nedeniyle kendi normal sosyal faaliyetlerini organize etme kapasitesi bozulabilen insan varlığı" ile ilgilenmek olarak tanımladı. Alkolizm, olumsuz barınma koşulları, çocuk işçiliği, bulaşıcı hastalık, suçluluk, mental sağlık ve diğerleri de dahil olmak üzere, bazıları bireyde ve diğerleri çevrede bulunan yaklaşık 50 sapmayı listeledi. “Bu sapmalar ideal olarak kendi doğal yardım ağı içinde birey tarafından yönetilir. Vaka çalışması hizmetlerine duyulan ihtiyaç, yalnızca onların varlığı veya sürekliliği, kendi kendine bakım kapasitesinin bozulması anlamına geldiğinde ortaya çıkar” şeklinde açıklanmıştır (Milford Conference, Social Casework: Generic and Specific New York: American Association of Social Workers, 1929; akt. Dore, 1999).

Milford Konferansı Raporu, geriye dönük olarak, ‘uygulamalı yardımseverlik’ konusunda eğitim ihtiyacının Richmond ve diğerleri tarafından kabul edilmesinden sadece çeyrek yüzyıl sonra, vaka çalışmasının durumunun bir özeti olarak, “klinik sosyal hizmet pratiği”nin kalıcı zemini için temelin ne kadar erken atıldığının değerli bir hatırlatıcısıdır (Dore, 1999).

1.4.8. Psikoloji ile Yakınlaşma ve Psikiyatri ile Etkileşimin Sonuçları: 1920'li Yıllar

1920'li yıllar boyunca New York Okulu, çok sayıda öğrenciyi eğitirken dahi vaka çalışması yaklaşımını analiz etmeye ve geliştirmeye devam etti. Sosyal vaka çalışmasının gelecekteki gelişimi ile ilgili oldukça önemli bir olay, Gordon Hamilton'un 1923'te okulun akademi kadrosuna eklenmesiydi (Dore, 1999). Gordon Hamilton, teşhis okulu (diagnostic school)'nun en etkili sözcüsüydü. Yazıları vaka çalışması teorisinin gelişimini büyük ölçüde etkiledi ve "teşhis" perspektifi üzerine yazdığı eseri, “*Sosyal Vaka Çalışması Teorisi ve Uygulaması (Theory and Practice of Social Case Work)* (1940)”, 20 yılı aşkın bir süre boyunca temel bir sosyal hizmet ders kitabı olarak kaldı. Bu kitabında Hamilton, hizmet sunumunun altını çizen felsefe ve değerlere yer verdi. Profesyonel ilişkiyi, toplum kaynaklarının kullanımını ve toplum kaynakları ile problemin teşhisi ve vaka çalışması müdahalesi arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturdu. Hamilton, başvuranın duygularını anlamanın yanı sıra, uzmanın, başvurana değişime aktif bir katılımcı olarak dahil etmesi gerektiği fikrini ortaya koydu ve tüm sorunların duygusal ve sosyal yönleri olduğu gerçeğini vurgulamak için ilk kez 1941 yılında, “*psikososyal*” terimine yazılarında yer verdi (Dorfman, 1996:9). Francis J. Turner (1978), “Psikososyal” teriminin ilk olarak 1930 yılında Smith Kolej’den Frank Hankins tarafından sosyal hizmet literatüründe kullanıldığını fakat terimin Hamilton tarafından geliştirildiğini ifade eder.

Hamilton, ikili düşünmenin sınırlayıcı olduğunu, vaka çalışanlarının değişimi etkilemek için birey ve çevre arasında gidip gelebilmesi gerektiğini öne sürerek “kişisel ve çevresel sıkıntı nedenlerine olan ilgi”sini açıkça ifade etti; başvuranın kendi kaderini tayin etmesi ve vaka çalışanlarının kendi problemlerini çözmeleri için başvurana sürece dahil etme ihtiyacını ele aldı (Dore, 1999); akademi hayatı süresince sahadan hiç kopmadı, aktif uygulama yapmanın yollarını aradı ve “*Sosyal Vaka Çalışması Teorisi ve Uygulaması (Theory and Practice of Social Case Work)*” adlı eserinin 1951 tarihli yeni baskısında, vaka çalışmasının geleneksel somut hizmetler yaklaşımındaki temelini korurken, vaka çalışması ile psikanalitik teoriyi açıkça bütünleştirdi (NASW Foundation, Erişim Tarihi: 08.09.2021). Hamilton belki de onun

“Tıbbın bu yeni dalına (psikiyatriye) sosyal hizmetin ilgisi yoktu çünkü psikiyatri, ilk kez, sosyal hizmet sorununun en şaşırtıcı birine ışık tutabilecek gibi görünüyordu. Uzun zamandır hem sosyal reformcular, hem de sosyal reformcular, yoksulluk, hastalık, işsizlik gibi sıkıntı nedenlerinin yanı sıra mutsuzluk ve uyumsuzluğun içselleştirilmesi için çalışıyorlardı. Ancak psikiyatrinin sosyal hizmetle ilgisi yoktu.” (Hamilton, 1947: xii)

“Tibbin bu yeni dalına (psikiyatriye) sosyal hizmetin ilgisi yoğun ve istekliydi, çünkü psikiyatri, ilk kez, sosyal hizmet sorununun en şaşırtıcı yönlerinden birine ışık tutabilecek gibi görünüyordu. Uzun zamandır hem sosyal bilimciler hem de sosyal reformcular, yoksulluk, hastalık, işsizlik gibi dışsal ya da açık sıkıntı nedenlerinin yanı sıra mutsuzluk ve uyumsuzluğun içsel ve daha kişisel nedenlerinin farkındaydılar. Ancak ikincisine genellikle aynı dairenin iki yayı yerine ayrı gezegen sistemleriymiş gibi yaklaşıldı. Birinin diğeriyle ilişkisi çok az anlaşılmıştı. Duygusal rahatsızlıklar alanında pratisyen/uygulayıcı olmak, yalnızca kişilik hakkında derinlemesine bilgi sahibi olmayı değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel güçlerin etkileşimi hakkında da bilgi sahibi olmayı gerektirir.” (Hamilton, 1947:6).

58

davranış sorunları ve nevrozları olan kişiler -anlaşılmasına yönelik ilk ipucunu verdi.” (Hamilton, 1947:10,11)

Hamilton, temel eseri olan Sosyal Vaka Çalışması Teorisi ve Uygulaması (Theory and Practice Social Case Work, 1940)’nın 1951 yılında yeniden yazarak yayınladığı yeni baskısında vaka çalışması ve psikososyal yaklaşım konusuna dönük her biri önemli vurguları içeren şu ifadeleri ortaya koymaya devam eder:

“Hiç kimse, insan davranışı bilgisi olmadan bir yoksulluk sorununu anlamayı varsayamaz ve hiç kimse, ekonomik ve sosyal çerçevesine atıfta bulunmadan bir insan davranışı sorununu akılcıca değerlendiremez / tedavi edemez.” (Hamilton, 1951:10) “Yöntem olarak sosyal vaka çalışması, genellikle toplam kişiliğin yeniden yapılandırılmasını, toplam çevresel yeniden yapılanma girişimlerinden daha fazla denemez, bununla birlikte, doğrudan danışmanlık ve terapötik etkilerin yanı sıra çevresel baskıların serbest bırakılmasıyla tutum ve davranışların değiştirilmesi mümkün olabilir.” (Hamilton, 1951:24)

“Tedavi, bir bireye sorunuyla ilgili yardım etmeye yönelik tüm faaliyetlerin ve hizmetlerin toplamıdır. Bu, vaka çalışmasının dikkatine sunulan acil problemin giderilmesi veya çözülmesi ile ve eğer başvuranın onayı ve katılımı ile uygun hale getirilmiş ise, temel zorlukların ve komplikasyonların değiştirilmesi ile ilgilidir. Farklılıklar, başvuranın ihtiyaçları ve istekleri, toplumun kaynakları, ajansın/kurumun işlevleri ve uzmanın becerisi tarafından belirlenir. Değişim kavramı, başvuranın yeteneği ve çevresel fırsatlar ve kaynaklar ile ilgilidir. Her yaklaşım - doğrudan ve çevresel - tüm hizmet kombinasyonları, danışmanlık ve terapi çakışır bir durumda kullanılabilir veya başka bir durumda oldukça farklı şekilde ağırlıklandırılabilir.” (Hamilton, 1951:25)

Dolayısı ile Gordon Hamilton’un teşhis ekolüne olan bağlılığı ve Mary Richmond’dan devraldığı vaka çalışması/klinik sosyal hizmet odağını, psikanaliz başta olmak üzere diğer başlıca psikoterapi uygulamaları ve psikiyatrik bilgiyle derinleştirme çaba ve anlayışı, yazıları ve yazılarından doğrudan aktarılan bölümler

incelendiğinde açıkça anlaşılmaktadır. Hamilton, başvuranda esaslı ve gerçek bir değişimin gerçekleşmesi için kişisel ve çevresel değişimin birlikte yürütmesi gerektiğini, vaka çalışmasının bu birlikteliği içerdiğini ve bunu gerçekleştirebilmek için vaka çalışmasının sağlam bir psikoloji bilgisine ihtiyaç duyacağını yazılarında da görüleceği üzere açıkça ifade etmiştir.

Yeni bir mesleğin gelişimi evrimsel bir süreçse, 1930'larda ve 1940'larda sosyal vaka çalışmasında yeni bir olgunluğun başlangıcını görmek mümkündür. 1930'ların başında, New York Okulu'nda ilk kez önemli sayıda vaka çalışması akademik kadrosu vardı; bu durum, vaka çalışması yöntemini düşünen, öğreten ve yazan entelektüel bir bilim insanları topluluğu sağladı. Elbette bu grubun başında, Cannon ile birlikte 1920'lerin başında fakülteye katılan Hamilton vardı. Bu ikisine 1929'da Grace Marcus, 1930'da Lucille N. Austin ve 1931'de Fern Lowry ve yol boyunca gelen ve giden diğerleri katıldı. Ruh sağlığı/mental hijyen konsantrasyonunda eğitim veren ve psikiyatrist olan tek öğretim üyesi Kenworthy, sonbahar çeyreğinde "Psikiyatrik Sosyal Hizmet - Teorisi ve Uygulaması (Psychiatric Social Work—Its Theory and Practice)" (okul o zamanlar çeyrek sistemdeydi) ve kış çeyreğinde "Psikopatoloji (Psychopathology)" ve "İleri Psikiyatrik Sosyal Hizmet (Advanced Psychiatric Social Work)" derslerini veriyordu (Dore, 1999).

1.4.9. Dinamik Psikiyatri ve Freudyen Psikanalizin Vaka Çalışmasına

Yansımaları: 1930 – 1960 Arası Dönem

Freud'un çalışmalarının anlaşılması A.B.D.'de Avrupa'dan oldukça sonra ve yansımaları ise Anna Freud başta olmak Freud sonrası analistlerin etkisiyle psikanalizden ziyade "Ego Psikolojisi" yönünde olmuştur. Psikodinamik yaklaşımın vaka çalışmasına olan etkileri konusunda Hamilton 1958 yılında yayınlanan makalesinde şunları aktarır:

"Bu soruyu kendimize soralım: Freud'un kişilik teorisi, terapötik ilkeleri ve yöntemi, sosyal vaka çalışmasına ne yaptı? Sosyal hizmete Freudyen dönemden önce

girmiş biri olarak (her ne kadar psikiyatrik sosyal hizmet on yıldan fazla bir süredir özellikle Boston'da bazı Freudyen vurgularla inşa ediliyorduyse da), akıl ve yaşamı sarsan bir devrim yaşadım.” (Hamilton, 1958:12) “Birinci Dünya Savaşı öncesinde vaka çalışmasının psikososyal bir merkezden ziyade sosyo-ekonomik bir merkezi vardı. İstikrar/kararlılık çok değerliydi. Aile sadece çalışma birimi değil, aynı zamanda tüm iyiliklerin deposuydu.” (Hamilton, 1958:13) “Bununla birlikte, sosyal hizmette liberal bir refah felsefesi yükselmeye/ilerlemeye başlamıştı, sendikalar kuruluyordu, Edward T. Devine ve Edith ve Grace Abbott gibi öğretmenler, asgari ücret, çocuklar için sosyal mevzuat, yeterli yardım standartları, işsizliğin önlenmesi ve hafifletilmesi gibi konularda insanların ekonomi alanındaki vizyonunu genişletiyorlardı. Julia Lathrop ve Jane Addams, sosyal eylemi tavsiye ediyor ve demonstre ediyorlardı. Eski Yoksulluk Yasalarının parça parça çözümleri/çareleri, yeni yardım ve sigorta kavramlarına yer veriyordu, ancak kişilik alanında kavramlar nispeten durağandı ve terapötik beceri kazanımı asgari düzeyde kaldı. Bu ahlaki uyum çağına, Freud'un kişilik teorisi atom gibi patladı ve bu patlamadan kaynaklanan "serpinti", hem meslek içinde hem de dışında birçok insan için son derece korkutucu oldu. Bununla birlikte, Freud'un keşiflerini *iyileşme bilimine* adamasından kaynaklanan muazzam sonuçlar asla yeterince ifade edilemez. Freud, insanlar hakkında sadece yeni bir düşünme biçimi değil, onlara yardım etmenin tamamen yeni bir yolunu öğretti.” (Hamilton, 1958:14)

“Freud, insanların kendilerine yardım etme ve yardım alma yetenekleri konusunda iyimserdi. Beklentiler araçları aştığı için bu inanç bir süre için bitip tükenmez/sonsuz tedaviye ilham verdi. Hem sosyal gerçeklikler (social realities) hem de klinik psikopatoloji hakkında ki daha fazla bilgi, vaka çalışmasını daha iyi bir dengeye getirdi.” (Hamilton, 1958:34) “Hem savunmalar hem de ego psikolojisi için temeller Freud tarafından atıldı, ancak “psikososyal terapi”nin izlemesi gereken yeni yola ilişkin olarak en açık şekilde işaret eden Anna Freud oldu.” 1958:22,23) “Psikiyatri ve eğitim için olduğu gibi sosyal hizmet için de psikanalizin yaptığı şey, başvuranın iç yaşamını ve şimdiye kadar ahlaki bir sorun olarak ele alınan aile etkileşiminin önemini, herkesin anlamasına yardımcı olmaktı.” (Hamilton, 1957:16). “Sullivan, Horney, Fromm ve diğerleri gibi Yeni-Freudyenlerin (Neo-Freudians) çalışmaları önemli bir kültürel yönelim sağladı.” (Hamilton, 1958:17)

New York Psikanalitik Eğitim Merkezi'nin emekli direktörü ve Rutgers Üniversitesi Sosyal Hizmet Enstitüsü'nün emekli seçkin fahri profesörü ve *Psikanalitik Uygulamada Güncel Konuların (Current Issues in Psychoanalytic Practice)* editörü Herbert Strean bu konuda şunları aktarır:

“1900'lerin başlarında vaka kayıtlarında okunduğu gibi " Vaka Kapandı - Başvuran İşbirliği Yapmıyor" demek yerine, sosyal hizmet uzmanları artık psikanalizden "direnç/ resistance" kavramını ödünç alabilir ve tutum veya koşullardaki bir değişikliğin başvuranda nasıl kaygıya yol açabileceğini daha iyi anlayabilirdi. Sosyal hizmet uzmanları, maddi mal edinmenin onları korkutabileceği veya suçluluk duygusu yaratabileceği için bazı başvuranların yoksul olduğunu anlamaya başladılar. Yavaş yavaş, yoksulluğun sadece evlilik stresine, zayıf ebeveyn-çocuk ilişkilerine, evlenmemiş anneliğe ve diğer psikososyal sorunlara yol açabileceğini değil, aynı sorunların da yoksulluğa yol açabileceğini algılamaya başladılar. Sonunda, yirmili yılların sonlarında ve sonrasında, sosyal hizmet uzmanları kendilerini yalnızca yoksullarla çalışmakla sınırlamadılar, ancak yoksulluğu da içerebilecek veya içermeyebilecek kişilerarası ve sosyal sorunları olan birçok kişiyle alakalı oldular. Psikanaliz ve diğer psikolojik disiplinler, sosyal hizmet uzmanlarının kişisel, kişilerarası ve sosyal sorunların çok boyutlu olduğunu fark etmelerinde yardımcı oldu.” (Strean, 1974:31-32)

“Sosyal hizmet ve sosyal vaka çalışmasının büyümesi ve gelişimi incelendiğinde, psikanalitik teorinin uygulanmasıyla ortaya çıkan temel değişim, sosyal hizmet uzmanının yalnızca alkolizm, terk, yoksulluk) sorununu tedavi etmek yerine, alkolizm vb. sorunu olan kişiyi dikkate almaya başlamasıydı. Vaka çalışması, sosyo-ekonomik olan yaklaşımını, "psikososyal" olarak adlandırılacak, başvuranlara yönelik bir yaklaşıma doğru değiştirmeye başladı.” (Strean, 1974:32)

Hamilton vaka çalışmasının psikanaliz ve ego psikolojisi ile olan etkileşimi ve vaka çalışmasının klinik ve terapi yönünün gelişmesi süreci hususunda döneme dair her biri bizim için tarihsel kayıt niteliğinde olan önemli ve aydınlatıcı açıklamalarına devam eder:

“Sınıflardaki ve saha çalışmasındaki öğrenciler daha kesin tanıya, ancak daha da fazla psikoterapötik olanaklara sahip olduğu görülen tedaviye yöneldiler; ilişkinin kullanımı, tedavinin ana dinamiği haline geldi.” (Hamilton, 1958:30)

“Boston Yargıç Baker Vakfı (Judge Baker Foundation in Boston) ve Chicago'daki ve diğer başka yerlerdeki Çocuk Araştırmaları Enstitüsü (Institute for Juvenile Research), öğretmenler ve personel olarak başlıca kilit analistleri cezbettiler. New York'taki Musevi Vasiler Kurulu'nda (Jewish Board of Guardians in New York) Dr. J.H.W. van Ophuijsen, personele psikanalitik ilkeler konusunda sıkı bir disiplin kazandırdı.” (Hamilton, 1958:32) “Çarpıcı gerçek şudur ki, Freudyen kavramlar, “psikoterapinin doğası ve kimlerin onu uygulamasına izin verilip verilmemesi gerektiği” konusunda keskin tartışmalar yapılmadan çok önce *vaka çalışmasını terapötik bir süreç haline getirmek için* vaka çalışması pratiğinde tam olarak işlenmiş ve etkili hale gelmiştir. Yirmi beş yıldan fazla bir süredir vaka çalışması kendine özgü psikoterapi biçimlerini uygulamış ve en iyi haliyle, sosyal terapiler olarak bilinen tüm sosyal hizmetlerden (social services) yararlanmaya devam etmiştir.” (Hamilton, 1958:32,33)

“Çocuk rehberlik kliniklerinde eğitim almış birçok sosyal hizmet uzmanı, zamanla aile ve çocuk kurumlarında liderlik pozisyonlarını üstlenmeye başlamıştı; ebeveyn-çocuk ilişkilerini genetik olarak anlayarak, analitik danışmanların yardımıyla artık egonun baş edemediği aile ilişkilerinin duygusal yönleriyle ilgilenebilirlerdi. Sosyal hizmet uzmanları, kaygının nasıl yararlı bir tehlike sinyali ya da engelleyici bir güç olabileceğini; çok fazla bastırmanın (repression) nevroza nasıl yol açabileceğini; sevgi ve saldırganlığın az miktarda bastırılması ve bütünleştirilmesinin "harekete geçme (acting out)'ye nasıl neden olabileceğini görmeye başladılar.” (Hamilton, 1958:15)

“Vaka çalışmalarının tüm başarısızlıklarında, uzmanlar kişilik hakkında daha fazla anlayış kazandıkça ve yalnızca problemlerle değil, aynı zamanda ego güçleri ile de çalışmaya başladıkça, insanların bütünlüğüne saygı arttı.” (Hamilton, 1958:26)

Richmond'un 1917'de yayınlanan "*Sosyal Teşhis (Social Diagnosis)*" adlı kitabının ilk çeyrek yüzyıldaki vaka çalışması uygulamasının gelişimini özetlediği söylenebilirse, Hamilton'ın 1940'ta yayınlanan "*Sosyal Vaka Çalışması Teorisi ve Uygulaması (Theory and Practice of Social Case Work)*" adlı kitabı ikincisini özetlemiştir. Richmond, ilk kuşak vaka çalışanlarına, davranışların kişisel, ahlaki yorumlarına güvenmek yerine onlara bir vakanın gerçeklerini nasıl toplayacaklarını öğretti. Hamilton ve New York Okulu'ndaki meslektaşlarıyla, gelecek nesillere, başvuranın sunum/tanıtımı durumunda daha iyi anlaşılmasını geliştirmek için bu gerçekleri nasıl yorumlayacaklarını, başka bir deyişle 'sosyal teşhis'i nasıl formüle edeceklerini öğretti. Bu teşhislere yanıt vermek için tasarlanmış tedavi yöntemlerini veya müdahale modellerini geliştirmek, önümüzdeki yarım yüzyılın vaka çalışması akademisyenlerine düşecekti. 1930'lar ve 1940'larda New York Okulu akademik kadrosunun Freudyen psikolojiden ve nihayetinde ego psikolojisinden birçok fikri birleştirdiği açık olsa da, yayınlanmış çalışmalarının yakından okunması, Richmond'un yıllar önce oluşturduğu *çevresi içinde kişi (person-in-environment)* odağına hala sıkı sıkıya bağlı kaldıklarını açıkça ortaya koymaktadır. Sosyal ve davranış bilimlerinde yeni geliştirilen teoriler, sosyal vaka çalışmasının bu temel, kalıcı ilkesini daha da iyileştirmek ve daha iyi anlamak için kullanıldı.

1947'de L. Austin, "*Sosyal Vaka Çalışmasında Ayırıcı Tedavide Eğilimler / Trends in Differential Treatment in Social Casework*" adlı eserinde, sosyal tedaviye /social treatment (sosyal çevrenin değiştirilmesi), ego destekleyici terapi /ego supportive therapy, deneyimsel terapi /experiential therapy ve içgörü terapisine /insight therapy atıfta bulundu (Strean, 1974). Bu yıllarda vaka çalışması öğretim kadrosuna önemli bir katkıyı, aynı yıl Bryn Mawr Sosyal Hizmet ve Sosyal Araştırma Okulu'ndan doktora derecesini aldıktan sonra 1947'de New York Okulu'na gelen Florence Hollis sağladı. Gelecek yirmi yıl boyunca, kazanılmış bir doktora derecesine sahip birkaç vaka çalışması öğretim üyesinden biri olarak Hollis, vaka çalışmasını daha bilimsel bir çaba haline getirme gayretinde birincil güç haline gelecekti (Dore, 1999).

Perlman, Chicago'da “*problem çözme yaklaşımı*”nı formüle ederken, Hollis bir grup New York Okulu doktora öğrencisi tarafından desteklenen vaka çalışması tedavisinin prosedürel elementlerini inceliyordu. Klinisyenlerin çeşitli vaka çalışması teknikleri arasından daha rasyonel bir şekilde seçim yapmalarını sağlayacak bir vaka çalışması uygulaması tipolojisi geliştirmeyi umuyordu. Hollis, bilimsel titizlikle prosedür kategorilerini belirlemeye çalışan ilk kişiydi. Altı gönüllü aile ve çocuk ajansından 25 vaka kaydı örneği aldı. Bu kayıtların içeriğinin dikkatli analizi, onu altı prosedür kategorisi tanımlamaya yöneltti. Her kategoriyi ve tedavi sürecinde nasıl kullanılacağını “*Vaka Çalışması: Psikososyal Bir Terapi (Casework: A Psychosocial Therapy)*” adlı kitabında açıkladı. Bu çalışma, sosyal vaka çalışmasına çarpıcı bir katkı oldu. İlk defa, öğrencilere belirli vaka çalışması teknikleri ve ayrıca bunları uygulama durumlarında nasıl ve ne zaman uygulayacaklarının öğretilebileceği bir mekanizma vardı. Uygulayıcılar şemayı, başvurularla kendi çalışmalarını analiz etmek ve etkileşimde daha iyi etki için farklı bir prosedürle yanıt verebilecekleri yerleri belirlemek için kullanabilirlerdi. Bir prosedür tipolojisine erişim, klinisyenlerin değerlendirme, tedavi ve başvuran sonuç hedefleri arasında daha rasyonel bağlantılar kurmasını da sağlayabilirdi (Dore, 1999).

Hollis, 1972 yılında yeniden yazılarak yayınladığı “*Vaka Çalışması: Psikososyal Bir Terapi (Casework: A Psychosocial Therapy)*” adlı kitabında vaka çalışmasına dair önemli açıklamalarda bulunur. Bunların bir bölümüne doğrudan anlatımla aşağıda yer verilmiştir:

“Şu anda vaka çalışması sürecinden bahsederken birçok terim kullanılmaktadır -"tedavi/treatment", "yardım süreci/helping process", "müdahale/intervention", "terapi", "hizmet/service". Bu kavramların her birinin kendi uygunluk iddiası vardır, çünkü vaka çalışması çok geniş bir alandır. Bazen başvuran, duygusal ya da psikolojik olarak huzursuz ya da sıkıntılıdır ya da ego uyum kapasitesinin daha da geliştirilmesi için yardıma ihtiyacı vardır. Bu durumda, "terapi" terimi uygundur. Diğer zamanlarda, vurgu pratik ihtiyaçları karşılamaya veya çevreye müdahale etmeye odaklandığında, "terapi" terimi açıklayıcı değildir ve "müdahale/intervention", "yardım süreci/helping process" veya "vaka

alışması hizmeti/case work service" gibi daha geniş terimler daha uygundur.”
(Hollis, 1972:5)

"Tedavi/treatment" terimi, çeşitli vaka çalışmalarını kapsayacak kadar genel ve geniştir. Bazı sosyal hizmet uzmanları bu terimden hoşlanmazlar çünkü onlara göre "hastalık/sickness" anlamına gelir ve herhangi bir sıkıntı veya ikilem için suçu, sosyal koşullardan çok başvurana yükler gibi görünür (Hollis, 1972). Bu kitapta "tedavi/treatment" terimi kullanıldığında, açıkça böyle bir çağrışım taşımamaktadır. Sıklıkla tedavi edilmesi, düzenlenmesi ve değiştirilmesi gereken “*durum (situation) – evre (environment)*”dir. Bu kitabın başlığındaki "psikososyal terapi" terimi, vaka çalışması terapötik olduğunda bunun sadece *psikoterapi/psychotherapy* değil, yaklaşımın ise “*psikolojik*” olduğu kadar güçlü bir şekilde “*sosyal*” olduğu gerçeğine dikkat çekmek için kullanılır.”
(Hollis, 1972:5)

“Vaka alışması her zaman bir psikososyal tedavi yöntemi olmuştur. İşlevsellikteki bozulmanın hem içsel psikolojik hem de dışsal sosyal nedenlerinin karşılıklı etkileşimini tanır ve bireyin ihtiyaçlarını daha eksiksiz karşılamasını ve sosyal ilişkilerinde daha yeterli işlevselliği sağlamaya çalışır. Vaka alışması, tarihsel geçmişi süresince, insan sorunlarının psikolojik ya da sosyal yönüne ışık tutmayı vaat eden verileri ortaya koyan ve teori geliştiren diğer bilimsel alanlardan sürekli olarak yararlanmıştır.” (Hollis, 1972:9)

“Vaka alışması tedavisinin dinamiklerini anlayabilmemiz için vaka çalışanının kişilikten ve onun sosyal işlevselliğinden ne anladığı konusunda net bir resme sahip olmamız gerekir. Sosyal işlevsellik (social functioning), her biri sırayla çeşitli glerin bir bileşimi olan iki ana değişken - *sosyal evre ve birey* - arasındaki etkileşimi temsil eder. evre, fırsatlar ve doyumlar, hayal kırıklıkları ve yoksunluklar sunar. Yalnızca somut gerçekliklerden - gıda, giyim, barınma, tıbbi bakım, istihdam olanakları, fiziksel güvenlik, eğlence fırsatları, eğitim fırsatları gibi. - değil, aynı zamanda kişilerarası ilişkiler yoluyla ifade edilen sosyo-psikolojik gerçekliklerden de oluşur. Çünkü insanlar

gıdaya ve barınağa ihtiyaç duydukları kadar sosyal ilişkilere de ihtiyaç duyarlar.” (Hollis, 1972:16)

“Özetle vaka çalışması, başvuranın daha iyi sosyal işlevsellik elde etmesine yardımcı olmak için kullanıldığında, bir “*psikososyal terapi*” biçimi haline gelir. Odak her zaman, kişinin ihtiyaçları ile çevrenin onun üzerindeki etkisi arasındaki etkileşime dayanan bir güç dengesi olarak görülen kişi-durum gestaltı (the person-situation gestalt) üzerinedir. Psikososyal terapide, çevre ya da kişiliğe ya da her ikisine birden etki edilir. Kişiliğe yönelik olduğunda, önceki yaşam deneyimlerinin gücünü azaltarak ve ego ve süper egonun mevcut yaşam deneyimlerini daha gerçekçi bir şekilde ele alma kapasitesini artırarak bireydeki yıkıcı eğilimlerin gücü azaltabilir.” (Hollis, 1972:34)

1.4.10. 1960’lı Yıllar: Sosyal Politik Gelişmelerin Yansımaları

1960’ların başlarında, Hollis’in vaka çalışmasının tanısıl modelinin - psikososyal - gelişimini ilerleten kitabının ortaya çıkması gibi, vaka çalışmasının sosyal bağlamı da bir sosyal değişim spazmıyla yeniden patlak verdi. Richmond’un “Sosyal Teşhis”inin vaka çalışması gelişiminin ilk çeyrek yüzyılının sonunu ve Hamilton’un “Sosyal Vaka Çalışmasının Teorisi ve Uygulaması”sının ikincisini işaret ettiği söylenebilirse, daha sonra Hollis’in 1964’te “Vaka Çalışması: Bir Psikososyal Terapi” başlıklı kitabının ilk baskısının yayınlanması, üçüncü sırada vaka çalışmasının evrimini sembolize ediyordu. Bu eserde, sosyal vaka çalışması süreci yoğun incelemeye tabi tutulmuş ve unsurları daha da rafine edilmiştir (Dore, 1999).

1972’de Hollis, “vaka çalışması hanımları”nın sonuncusu, Columbia öğretim kadrosundan emekli oldu ve Carol Meyer, klinik sosyal hizmet uygulamasının duayeni rolünü üstlendi. 1957’de Columbia’nın yeni kurulan doktora programından doğrudan uygulamada uzmanlaşan ilk mezunlardan biri olan Meyer, Hollis, Austin ve New York Okulu’nun diğer önde gelen vaka teorisyenleri ile çalışma imkanı bulmuştur. (Dore, 1999). Bu dönemde sosyal hizmet alanının bir diğer önemli ismi, “*Sosyal Hizmet*

Tedavisi/Social Work Treatment (1974,1979,1986)”, “Psikososyal Terapi/ Psychosocial Therapy (1978)” ve “Yetişkin Psikopatolojisi/Adult Psychopathology (1984)” başta olmak üzere çok sayıda esere imza atan ve Gordon Hamilton ve Florance Hollis'in teşhise dayalı/psikososyal geleneğinin tanıtımını ve geliştirilmesini ilerleten Kanada'lı akademisyen Francis J. Turner olmuştur (Dorfman, 1996:18).

1960'ların sonları ve 1970'ler, dönemin sosyal politik gerilimli atmosferi ve sosyal kargaşa döneminin vaka çalışmasını hedef alan etkileri yanında doğrudan hizmet uygulayıcısı (the direct-service practitioner)'nın statüsünü düşüren başka bir olguya da tanık oldu: Geleneksel olarak yüksek lisans programlarından mezun olan sosyal hizmet uzmanlarını danışman ve terapist olarak istihdam eden birçok kurum, bu uygulayıcıları sosyal hizmet alanında lisansüstü eğitimi olmayan lisans mezunu personel ile (yani B.S.W.)'ler ile değiştirdi. Sosyal hizmet okulları da, lisansüstü öğrencileri doğrudan hizmetten ziyade denetim ve yönetime gitmeleri için eğitmeye ve teşvik etmeye başlayarak bu eğilime katkıda bulundu (Strean, 1978:34). Birçok yardım edici profesyonel, terapötik rollerinden uzaklaşıp sosyal çevreyi değiştirmeye yöneldiler. Dahası, yalnızca terapi ve sosyal değişim, birçok profesyonel tarafından, her biri kendi ayrı teknik gereksinimlerine sahip iki farklı çalışma alanı olarak algılanmakla kalmadı, aynı zamanda her birinin uygulayıcıları kan davalı siyasi düşmanlar olarak görülmeye başlandı (Strean, 1978:34). Uygulayıcı, sosyal hizmet uzmanı olarak tanımlanmaya başlandı, ancak 1970'lerin başından 1980'lerin başına kadar olan on yıl içinde, birbiriyle iç içe geçen üç fenomen meydana geldi. Grup çalışmasına olan ilgiyi canlandırmak için 1980 yılında Cleveland'da bir grup çalışması konferansı ve toplum organizasyonuna olan ilgiyi canlandırmak için 1981 yılında Louisville'de bir toplum organizasyonu konferansı düzenlendi. Vaka çalışması rolünün yeniden canlandırılmasına olan ilginin çok daha erken, 1970'li yılların başında Klinik Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği'nin (Association of Clinical Social Workers) kurulduğu zaman başladığı kanaati yaygındır. 1979 yılında Denver'da “klinik sosyal hizmet” üzerine bir konferans düzenlendi. Tarihsel açıdan bakıldığında, klinik sosyal hizmet, aslında sosyal vaka çalışmasının yeniden ortaya çıkması olarak ifade edilebilir (Ewalt 1980; akt. Meyer,1983:12).

Bu eğilimlere yanıt olarak, sosyal hizmet alanındaki doğrudan hizmet uygulayıcıları kendi organizasyonlarını ve çalışma gruplarını oluşturdular ve kendi dergilerini başlattılar; ulusal sosyal hizmet kuruluşlarını yönetenlerin kendi katkılarını ve mesleki ihtiyaçlarını gözden kaçırdıklarını iddia ettiler. Doğrudan hizmet sunan uzmanlar, birçok kez, sosyal değişime ve planlamaya karşı olmadıklarını, ancak bir sosyal hizmet uzmanının ilk yükümlülüğünün, bu daha geniş sosyal sorunların mağduru olan bireyler, aileler ve gruplara karşı olduğunu belirttiler (Strean, 1978:34). Bu bağlamda, “Ulusal Klinik Sosyal Hizmet Dernekleri Federasyonu (National Federation of Societies for Clinical Social Work)”, doğrudan hizmet uygulayıcıları için standartlar ve doğrudan hizmet sağlayıcılarının ve hizmet alıcılarının ihtiyaçlarına hizmet etmek için bir hakemlik sistemi oluşturmak üzere 1971 yılında kurulmuş olup kurucuları, sosyal hizmet mesleğinin liderlerinin, kendi ilgilerine sınırlı dikkat gösterdiğine dair inançlarını da açıkça ifade ediyorlardı. “Klinik Sosyal Hizmet Dergisi’nin (Clinical Social Work Journal)” 1972 yılında kuruluşu, doğrudan hizmetlerde çalışan birçok sosyal hizmet uzmanının, yerleşik sosyal hizmet dergilerinde mesleki ilgi alanlarının yeterince ele alınmadığı hissine de atfedilebilir (Strean, 1978:35).

1960'larda ve 1970'lerde, giderek daha fazla sosyal hizmet uzmanı özel uygulamaya (private practice) giriyordu. Bu uygulayıcılar, psikoloji ve psikiyatri alanındaki meslektaşları gibi, bireysel danışmanlık, evlilik danışmanlığı, aile terapisi, çocuk terapisi ve grup terapisi alanlarındaki uzmanlıklarının, birçok başvuranın önemli ücretler ödemeye istekli olduğu bir şey olduğunu ve çoğu orta sınıf olan bu başvuranların, sosyal hizmet uzmanını bir ajans veya klinikten ziyade özel bir uygulamada görmeyi tercih ettiklerini fark etmeye başladılar. Hiç şüphe yok ki, 1970'lerde klinik sosyal hizmet için düzinelerce eyalet topluluğu/derneğinin yaratılmasının nedenlerinden biri, özel uygulayıcının rolünü meşrulaştırmaya yardımcı olmaktı (Strean, 1978). Doğrudan uygulama, 1970'lerde ve 1980'lerde birçok nedenden dolayı önemini yeniden ortaya koydu (Goldstein, 1996). Birçok sosyal hizmet uzmanı Amerika Birleşik Devletleri'ndeki klinik sosyal hizmet topluluklarının bölümlerini başlattıkça, bazıları sosyal hizmetten ayrıldıkça ve psikiyatristler ve psikologlarla güçlerini birleştirdikçe, N.A.S.W. klinik sosyal hizmeti resmi bir

uygulama alanı olarak tanımak zorunda kaldı ve 1976 yılında N.A.S.W., klinik bir sosyal hizmet uzmanını tanımlayan bir “klinik sosyal hizmet uzmanı kaydı” yayınladı (Strean, 1978:35).

1.4.11. Klinik Sosyal Hizmetin Tanımlanması

Klinik sosyal hizmet uygulaması tanımının geliştirilmesi ve benimsenmesinden önce, “A.B.D. Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) - İlk Klinik Sosyal Hizmet Uzmanları Sicil Kaydı”nın yayınlanmasıyla - bir klinik sosyal hizmet uygulayıcısının birincil rolünü ve işlevini belirlemiş, klinik sosyal hizmetin uygulanabileceği çeşitli organizasyonel ortamların altını çizmiş ve değerlendirme, tanı ve tedavi planlaması için bir uygulama çerçevesini vurgulamıştır (González ve Gelman, 2015).

Klinik sosyal hizmet uzmanları sicil kaydı (register of clinical social workers) *Klinik Sosyal Hizmet Uzmanı*’nı şu şekilde tanımlamıştır: “eğitim (yüksek lisans veya doktora seviyesinde) ve deneyim ile sosyal ve psikolojik stres veya sağlık bozukluğu nedeniyle işlevselliğin tehdit altında olduğu veya etkilendiği bireylere, ailelere ve gruplara doğrudan, teşhis, önleyici ve tedavi hizmetleri sağlamak için özerk uygulama düzeyinde profesyonel olarak nitelikli kişi (National Association of Social Workers, 1976: xi; akt. Strean 1978:35; akt. González ve Gelman, 2015).

Yine A.B.D. Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) Klinik Sosyal Hizmet Uzmanları Kaydı, kamu, gönüllü, kar amacı gütmeyen ortamlar ve özel uygulama ortamlarını, klinik sosyal hizmet uzmanlarının ekonomik sıkıntı, sağlık ve hastalık, ceza adaleti ve günlük yaşamdaki sorunlar arasında değişen ancak bunlarla sınırlı olmayan bir dizi psikososyal kaygıyı ele alabilecekleri kuruluşlar olarak tanımlandı (National Association of Social Workers, 1976; akt. González ve Gelman, 2015). Klinik sosyal hizmetin tanımına yönelik olarak farklı metinler incelendiğinde, “klinik sosyal hizmet” tanımına ilişkin aşağıda verildiği şekliyle bir tanımlamaya gidildiği görülür:

“Sosyal hizmet teori ve yöntemlerinin duygusal, ruhsal, davranışsal bozukluklar ve bağımlılıklar dahil olmak üzere psikososyal işlevsellikte bozulma, engellilik ile bozulmanın çok yönlü değerlendirilmesi, tedavisi ve önlenmesine yönelik profesyonel uygulamasıdır.” (Barker, 2003:76, National Association of Social Workers, 2005:9, González ve Gelman, 2015:259)

A.B.D. Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (National Association of Social Workers - NASW) klinik sosyal hizmet üzerine yapmış olduğu açıklamalarına ilerleyen yıllarda devam eder. Bu açıklamalardan önemli görülenlere, konunun daha açık bir şekilde anlaşılabilmesi açısından aşağıda yer verilmiştir:

“Klinik sosyal hizmet geniş bir temele dayanır ve ruhsal bozukluklar ile diğer davranış bozuklukları dahil olmak üzere yaşam değişiklikleri ve zorluklarından etkilenen bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ihtiyaçlarına yöneliktir.” (National Association of Social Workers, 2005:8)

“Klinik sosyal hizmet, birincil olarak bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal, duygusal ve davranışsal iyi oluşuna odaklanır. Psikoterapiye ve başvuranın çevresiyle ilişkisine bütüncül bir yaklaşıma odaklanır. Klinik sosyal hizmet, başvuranın çevresiyle olan ilişkisini tedavi planlaması için gerekli görmektedir.” (National Association of Social Workers, 2005:7)

“Klinik sosyal hizmet uzmanları, hizmet verdikleri insanların yaşamlarını etkileyen ortamlarda, topluluklarda ve sosyal sistemlerde, temel hizmetleri sağlamaya çalışır.” (National Association of Social Workers, 2005:8)

Sade ve anlaşılır açıklamaları ile dikkati çeken yakın dönem akademisyenlerinden Rachelle Dorfman, konuyla ilgili önemli açıklamalarda bulunur:

“Kişi ve içinde bulunduğu durum (person-in-situation) veya çevresi içinde kişi (person-in-environment) perspektifi klinik sosyal hizmet pratiğinin

merkezinde yer almaktadır. Klinik sosyal hizmet müdahaleleri, intrapsişik dinamikleri, yaşam desteği ve yönetim konularını içerir. Klinik sosyal hizmet servisleri, psikoterapi ve danışmanlık da dahil olmak üzere teşhis, tedavi, başvuran odaklı savunuculuk, konsültasyon ve değerlendirmeden oluşur.” (Dorfman, 1996:2)

Dorfman, klinik sosyal hizmet uzmanına dair de önemli açıklamalarda bulunur:

“Klinik sosyal hizmet uzmanları, başvuranların yaşam kalitesini iyileştirmek için danışmanlık becerilerini ve terapötik yöntemleri kullanan, doğrudan başvuranlar ile (bireyler, aileler, küçük gruplar) çalışan, profesyonel olarak eğitilmiş sosyal hizmet uzmanları olarak tanımlanmaktadır.” (Dorfman, 1996:47)

Ego Psikolojisi ve Borderline Bozukluklar üzerine çalışmaları bulunan ve yakın tarihin önemli klinik sosyal hizmet akademisyenlerinden olan Eda Goldstein (2009:8), bir dizi farklı kaynaktan (Ewalt, 1980; Goldstein, 1996; Swenson, 1995; Waldfogel & Rosenblatt, 1983) yola çıkarak, klinik sosyal hizmetin özünü oluşturduğunu düşündüğü bileşenleri bir araya getirmiş olup bu bileşenler aşağıda verilmiştir:

- Durumu değerlendirmede kişinin önemi
- İlişkide özgünlük ve gerçekliğe vurgu ve klinisyenin benliğini tedavi sürecinin özü olarak kullanma
- Başvuranın olduğu yerde olma
- Başvuranın kendi kararına saygı
- Klinisyenin kişiliğinin, değerlerinin ve geçmişinin tedavi süreci üzerindeki etkisi hakkında öz farkındalık ihtiyacı
- İşbirlikçi bir süreç olarak katılım ve tedavi
- "Ulaşılmaması zor" veya "zor" denen başvuranlara/hastalara ulaşmanın önemi
- Kültürel ve diğer çeşitlilik türlerine saygı
- Ekonomik olarak dezavantajlı olan ve/veya ayrımcılık ve baskının hedefi olan kişilerle çalışma taahhüdü

- Başvuranın güçlü yönlerinin harekete geçirilmesi, içgörünün geliştirilmesi, onarıcı deneyimlerin yaratılması ve yeni öğrenme ve davranış değişikliğinin teşvik edilmesi
- Savunuculuk dahil olmak üzere sosyal çevrenin etkisinin kabul edilmesi ve onunla birlikte çalışılması
- Sosyal adalete bağlılık.

Klinik sosyal hizmetin ardında yatan temel felsefe incelendiğinde temel ilkeler olarak; Multideterminizm, Psikososyal Yaklaşım, Çevresi İçinde Kişi ve Ekosistem Perspektifi kavramlarının öne çıktığı görülür (Dorfman, 1996:26). Klinik sosyal hizmet uzmanı, her şeyden önce bir uygulayıcı olmasına ve her zaman insanlarla ve problemleriyle ilgilenmesine rağmen, teorik bir çerçeve içinde çalışır. Aralarında farklılıklar olmasına rağmen, çoğu bu metinde kullanılan teorik yönelimi - sistem teorisinin, rol teorisinin, psikanalitik teorisinin ve ego psikolojisinin bir sentezi olarak - kabul eder (Strean, 1978:38). Kişi ve içinde bulunduğu durum dinamiğini değiştirmek için başarılı bir şekilde nasıl müdahale edileceğine dair fikirler, yıllar içinde sosyal ve davranış bilimlerinden gelen yeni bilgilere ve ayrıca müdahale teknikleri ve prosedürlerine ilişkin gelişen anlayışımıza yanıt olarak değişmiştir (Dore, 1999).

1.4.12. 1970'li Yılların Sonları ve 1980 Sonrası Dönem

1970'lerin başları, doğrusal uygulama modelleri ile ilgili eleştirileri ele alan yeni bir sosyal hizmet uygulaması kavramsallaştırması getirdi. Hızlı sosyal değişimin farkındalığı, mesleğe yönelik yeni ve çoklu talepler ve genel sistemler teorisi, ego psikolojisi ve ekoloji hakkında yeni bilgilerin varlığı, sosyal hizmet uygulamasında yeni bir çağı başlatmak için bir araya geldi. 1970'lerin başında Meyer, Siporin, Goldstein, Pincus ve Minahan farklı bilgi kaynakları, farklı uygulama yönelimleri ve yaklaşımları için farklı isimler kullanarak, uygulama için durumsal bir bağlam, sosyal hizmet becerilerinin daha geniş bir şekilde uygulanması ve vakalarda birden fazla psikososyal değişkeni birbirine bağlayacak olan sistem tipi kavramlar aradılar. Doğrudan uygulamanın yeniden onaylanması, neredeyse on yıl süren bir sosyal

değişim çabasından sonra gerçekleşti, ancak bu kez ortaya çıkış, müdahalenin nedeni, kaynağı ve nesnesi olarak görülen kişiye olduğu kadar çevreye olan ilginin kalıntılarını da beraberinde getirdi (Meyer, 1983:28).

Güncel vaka çalışması düşüncesinde, vaka çalışmasında ampirik modellerin geliştirilmesinde ilerleme kaydedilmişti. William Reid ve Laura Epstein'in "Görev Merkezli Vaka Çalışması /Task - Centered Casework" (1972) adlı modelleri bu gelişmenin başlıca örneklerini oluşturur. Bu yaklaşımlarda metodoloji, uzman ve başvuran arasındaki deneyimsel olup adım adım geri bildirim sürecine büyük önem verilerek, başvuranlar için neyin işe yaradığını belirlemeye yöneliktir (Meyer,1983:15).

1980'ler, muhtemelen önceki kırk yılın doğrusal yaklaşımlarının yerini almaya çalışan yeni bir dizi uygulama modeliyle başladı. "Sosyal Hizmet Uygulamasının Yaşam Modeli / The Life Model of Social Work Practice (Germain ve Gitterman 1980)" böyle bir örnektir. Diğer çağdaş klinik uygulama araştırmacıları, ego psikolojisi, nesne ilişkileri teorisi ve diğer güncel psikodinamik teorilerde, bireysel işlevler üzerindeki çevresel etkileri anlamak ve kişi-çevre etkileşimini arttırmak için anahtarlar buldular.

1.4.13. Mikro Düzey Müdahale / Sosyal Kişisel Çalışma / Psikiyatrik Sosyal Hizmet / Vaka Çalışması / Bireyler ve Ailelerle Sosyal Hizmet / Klinik Sosyal Hizmet İlişkisi

Klinik sosyal hizmet terimi, sosyal vaka çalışması ve psikiyatrik sosyal hizmet ile eşanlamlı olarak kabul edilir (Barker, 2003:76). Tarihçe'de de belirtildiği gibi 1980'li yıllardan itibaren kişisel çalışma ile eş anlamda kullanılmaya başlayan klinik sosyal hizmet... (Turan, 2009:21). Bireylerle sosyal hizmet uygulaması sosyal kişisel çalışma ve vaka çalışması olarak da tanımlanmakta olup aynı anlamı ifade etmekte ve birbirlerinin yerine de kullanılmaktadır (Duyan, 2010:203). Dolayısı ile burada verilen açıklamalar analiz edildiğinde anlaşılacağı üzere; mikro düzey müdahale, sosyal

kişisel çalışma, psikiyatrik sosyal hizmet, vaka çalışması, bireylerle ve ailelerle sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet terimleri aynı anlama gelmekte olup günümüzde aynı anlama gelen bu terimlerin karşılığı olarak daha ziyade “bireylerle ve ailelerle sosyal hizmet” ve/veya “klinik sosyal hizmet” teriminin kullanıldığı gözlenmektedir.

1.4.14. Klinik Sosyal Hizmet – Psikoterapi İlişkisi

1920’li yıllardan beri vaka çalışması, Freudyen ilke ve kavramları ve psikanalitik tekniğin türevlerini temel sürecine dahil etmişti. Psikanalitik hipotezlerden türetilen psikoterapiler, terapötik tekniklerin çok çeşitli katkısını içerir. Karakteristik vaka çalışması (klinik sosyal hizmet) yöntemi kişilerarasıdır ve hem psikolojik hem de sosyal terapileri birleştirir (Hamilton, 1958). Günümüzde A.B.D.’de kendi ismini taşıyan Aile Enstitüsü de bulunan (Ackerman Institute For The Family) Amerikalı psikiyatrist Dr. Nathan W. Ackerman’ın Hamilton’un kitabına yazdığı önsözde ifade ettiği şekliyle: “Vaka çalışmasının, sosyal uyum olgusuna ve aile sorunlarına olan geleneksel ilgisi, onu dinamik psikiyatriye çok yaklaştırmaktadır.” (Hamilton, 1947) Modern vaka çalışmasının psikanalitik kişilik teorisine dayanmasına ve psikanaliz ile birçok ortak ilkeye sahip olmasına rağmen, psikanaliz ve vaka çalışması arasında temel farklılıklar olduğu şimdiye kadar açık olmalıdır (Austin, 1956; akt. Hollis, 1972: 198). Vaka çalışması kesinlikle psikanalizin bir "dalı" olmayıp kısmen kendi özel bilgisine, değerlerine, sorumluluklarına ve toplumdaki yerine dayanarak kendi tedavi bileşimini geliştirmiştir. Hangi psikolojik bilgi ve teorinin amaçlarını yerine getirmesini en iyi şekilde sağlayacağına kendi kararını vermekten sorumludur (Hollis, 1972:201).

“Psikoterapi” terimi, tedavideki tüm varyasyonları kapsayan geniş bir anlamda kullanıldığında, vaka çalışması yöntemleri psikolojik problemlerle ilişkilendirildiğinde, psikoterapinin vaka çalışmasına eşit derecede uygulanabileceği açıktır (Ackerman, 1949; akt. Hollis, 1972: 199). Hollis’in (1972) kişisel tercihi, bu tür bir vaka çalışması için "psikososyal terapi" terimidir, çünkü bu, vaka çalışmasının metodolojisinin sosyal bileşeninin tanınmasını sağlar. İster ekonomik yardım olsun, ister çocuk yerleştirme, bir başvurunu ev sahibine karşı koruma, bir tüberküloz vakasını

ele alma, evlilik uyumsuzluk problemlerini çözme olsun, burada tasarlanan sosyal hizmet, psikoterapidir. Psikoterapidir çünkü - bilinç, bilinçaltı, id, ego ve süperegöden oluşan psişik yapısı, savunmaları ve dirençleri - ile tüm insanla ilgilidir. Psikoterapidir çünkü aktarım ve karşıaktarım tezahürlerinden etkilenen başvuran ve uzman arasındaki ilişkiyi bilimsel olarak inceler; ve bu psikoterapidir çünkü bu tür sosyal hizmet psikososyal bozuklukları iyileştirmeyi amaçlar. (Strean 1972; akt. Strean 1974:49).

Psikoterapinin amacı, başvuranın daha dolu ve daha az çarpık tatminlere; kendisinin daha iyi entegrasyonuna yönelik; kendi kendini yönetmeye ve daha yaratıcı veya daha rahat sosyal işlevselliğe ulaşmasına yardımcı olmaktır. Bu, daha az kaygı, daha sağlıklı ve normal eğlence, iş, oyun ve diğer birlikteliklerde toplumun taleplerine daha iyi uyum sağlama anlamına gelmelidir. Terapi, bir kişiyi, teorik olarak "ortalama" bir kişinin olabileceği gibi, sert ve yoksun koşullara uymayı veya normal veya olgun hale getirmeyi amaçlamaz, ancak kendi kapasitesi dahilinde tüm yetilerinden daha yeterli bir şekilde yararlanabiliyor olmayı amaçlar (Hamilton, 1947:16). Psikoterapi, sağlıklı bir büyüme sürecinde bizzat kişiliğin güçlerinin yanı sıra sosyal çevrenin yeniden düzenlenmesine yol açar; yalnızca bilinçdışı çatışmaya değil, kişinin toplam işlevselliğine yönelik olduğundan, belirli diğer vurgular ve değişimler ortaya çıkar (Hamilton, 1947:15).

Psikoterapiyi disiplinler arası genel bir uygulama olarak görüyoruz (Meyer,1983:16). Dr. Nathan W. Ackerman'ın Gordon Hamilton'un kitabına yazdığı önsözde ifade ettiği üzere: "Psikoterapi, herhangi bir mesleğin geleneksel eğitimine uyacak şekilde keyfi olarak örüntülenmiş bir teknik değil, hastanın sorununun dinamik doğasından türetilen bir işlevdir. İyi bir psikoterapi, ister bir meslek tarafından ister başka bir meslek tarafından yürütülsün, temelde aynı süreç olmalıdır. Teorik olarak psikoterapi, elbette, sıkı/titiz teknik eğitimle desteklenmesi ve standartların yeterli süpervizyon ile sürdürülmesi şartıyla, tıp pratisyenleri, vaka çalışanları (klinik sosyal hizmet uzmanları), psikologlar ve psikiyatristler tarafından uygulanabilir." (Hamilton, 1947) Psikiyatri, klinik psikoloji ve vaka çalışması (klinik sosyal hizmet) aynı meslekler değildir. Psikoterapist olmanın yanı sıra, psikiyatrist, ilaç ve diğer fizik tedavilerin kullanımında yetenekli, ayırıcı tanıda daha fazla deneyime ve vaka çalışmasının eğitim alanı dışındaki somatik ve nörolojik bozukluklar hakkında bilgi

sahibi bir doktordur. Psikolog genellikle insan zihninin/ human mind (zeka ve duysal algı gibi), öğrenme teorisinin, karşılaştırmalı teorisinin ve araştırma metodolojisinin belirli yönlerini vaka çalışana göre daha yoğun bir şekilde incelemiştir. Diğer yandan, vaka çalışana, aile hayatı, sosyal koşullar, toplum kaynakları, yaşamın somut gerçeklerinin çoğu hakkında daha fazla bilgiye ve genellikle sınıf, ırksal ve etnik faktörler hakkında daha fazla farkındalığa sahiptir. Ayrıca sosyal ajans/kurum hizmetleri hakkında bilgi sahibidir. Bununla birlikte, üç disiplinin örtüşmesini ifade eden kişilik ve psikoterapötik tekniklere ilişkin ortak bilgilere sahiptir (Hollis, 1972:199,200).

Klinik sosyal hizmet "psikoterapi artı (psychotherapy plus)" olarak kavramsallaştırılabilir." (Meyer, 1977; akt. Strean, 1978:37). Vaka çalışmasının bir amacı olarak psikoterapi, yalnızca psikoterapi terimindeki "kişi/person" vurgusu nedeniyle, sosyal hizmetin "kişi-durum/person-situation" amaçlarının koşul ve gereksinimlerini karşılamayacaktır (Meyer,1983:15). Psikoterapi, özellikle başvuranın iç yaşamına yönelen ve uyumsuz savunmaları değiştirmeye ve ego güçlerini artırmaya çalışan bir profesyonel yardım biçimidir. Kontrollü bir profesyonel ilişki yoluyla terapist, başvuranın duygularını boşaltmasına ve tutum ve davranışlarını incelemesine yardımcı olmaya çalışır. Fakat klinik sosyal hizmet uzmanı, başvuranın sosyal yörüngesiyle olan interaksiyon ve transaksiyonlarını asla gözden kaçırmaz, başvuranın çevresinde kişisel ve kişilerarası işlevselliğini engelleyen bu güçleri değiştirmeye çalışır. "Organizasyonlar içinde insanlara hizmet verilme veya hizmet verilmeme şeklini belirleyen gizli güçler" ile ilgilidir ve bunu değiştirmeye çalışır" (Meyer, 1977; akt. Strean, 1978:37). Klinik sosyal hizmetin tedavi yöntemleri, birey, aile ve grupla çalışmayı içerir (González ve Gelman, 2015). Klinik sosyal hizmet uygulama alanları incelendiğinde, uzmanların; anksiyete, depresyon, çift ve aile/çocuk ilişkilerindeki güçlükler, çocuk ihmal ve istismarı, sosyal ve çevresel strese yol açan faktörlerin varlığı (baskının çeşitli türleri, yoksulluk, sosyal desteğin azlığı) gibi çeşitli problem alanlarında uygulama yaptıkları görülmektedir (Zubaroğlu Yanardağ ve Özmete, 2017). Etkili danışmanlık kapasitesi, sosyal hizmet uzmanları tarafından ihtiyaç duyulan temel becerilerden biridir (Zastrow, 2017). Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanları sadece danışmanlık desteği sunmakla kalmaz, aynı zamanda başvuranları

barınma, gelir ve sosyal destek sistemleriyle bağlantılandırmak için vaka yönetimi de sağlayabilir (Woodward ve Taylor; 2018). Klinik sosyal hizmet uzmanlarının ağırlıklı rolü danışmanlık ve terapistlik olmakla birlikte, uzmanların vaka yöneticiliği, hizmetler için aracı olma, eğiticilik, arabuluculuk ve savunuculuk gibi mesleki rolleri bulunur. Klinik sosyal hizmet uygulayıcıları, aile hizmetleri kurumları, çocuk refahı kurumları, hastaneler, okullar, rehabilitasyon merkezleri, çocuk ve yetişkin ruh sağlığı merkezleri ve özel uygulama/doğrudan uygulama/bağımsız klinik uygulama (private practice) gibi oldukça geniş bir alan çeşitliliği içinde mesleki görevlerini yürütürler (Zubaroglu Yanardağ ve Özmete, 2017).

Klinik sosyal hizmet uzmanı müdahale ettiğinde, her zaman *"kişi ve içinde bulunduğu durum (person-in-his-situation)"* veya *çevresi içinde kişi (person-in-environment)* dinamiği ile çalışır (Strean, 1978:38; Dorfman, 1996:2). New York Okulu'ndan etkilenen klinik sosyal hizmet uygulamasının gelişiminin incelemesi, zaman zaman kişi-durum dinamiğindeki bireysel faktörlerin ve diğer zamanlarda çevresel faktörlerin katkılarının anlaşılmasına vurguyu ortaya koyar. Sosyal bağlamın hangi vurguyu teşvik ettiği ve desteklediğine bakılmaksızın, New York Okulu ve onun halefi Columbia Üniversitesi'ndeki klinik uygulama akademisyenleri, *kişi-durum (person-situation)* veya *çevresi içinde kişi (person-in-environment)* dinamiğini her zaman profesyonel odağımızın konusu olarak onurlandırdılar (Dorfman, 1996:2; Dore, 1999). "Kişi ve içinde bulunduğu durum" perspektifi, ayırt edici bir sosyal hizmet perspektifi olmakla birlikte günümüzde "ekolojik sistemler modeli" olarak bilinen yapıda tekrar onaylanmıştır. Ekolojik sistemler perspektifi, davranış ve uygulama teorilerimiz için bir kavramsal yapı ve çerçeveye, şemsiye modele dönüşmüştür (Siporin, 1985). "Kişi ve içinde bulunduğu durum" perspektifi, klinik sosyal hizmet uzmanının değerlendirme merceğinin merkezinde kalır. Kullanılan tedavi modellerinden bazıları çevreye veya aralarındaki bağlantıdan çok kişiye odaklanabilirken, farklı başvuruların farklı yaklaşımlar gerektirmesi doğaldır. Bununla birlikte, müdahale seçimi, bizim favori tedavi modelimizden ziyade başvuranın neye ihtiyacı olduğuna dair değerlendirmemize dayanmalıdır (Goldstein, 1996). Richmond'un bize gösterdiği gibi, klinik sosyal hizmet, belirli bir kişiyi içinde bulunduğu kendi durumunda anlamada birçok faktöre katılır/eşlik eder (Dore, 1999).

Klinik uygulama şu anda çeşitli insani gelişme ve değişim teorilerinden türetilen müdahalelerin eklektik bir karışımını benimsemektedir. Tedavi etkinliğine ilişkin deneyimsel çalışmalar, müdahale seçimine giderek daha fazla rehberlik ettiğinden, klinik sosyal hizmet uzmanları, diğer yardım edici mesleklerde yer alan akranları gibi, etkililik çalışmaları hakkında bilgi sahibi olmalı, bulguları dikkate alarak farklı vakalar ile farklı ortamlarda çalışabilmelidir. Bununla birlikte, müdahale seçimine rehberlik eden, sosyal hizmetin özel kişi-evre gestalt anlayışdır (Dore, 1999). Modern vaka çalışması uygulaması yeni hedefler, amaçlar, idealler, felsefe ve hatta yeni yöntem veya teknikler açısından tanımlanamaz. Aksine, modernliği, daha ince bir anlayış derinliğinde ve tanıdık kelimelerdeki yeni anlamlarda ve en iyi ihtimalle, teori ve becerinin daha kesin ve farklı uygulamalarında belirgindir. Yazılan veya konuşulan kelimeler, yalnızca okuyucunun veya dinleyicinin zihni ve deneyimi aracılığıyla elendiklerinde anlam kazanır (Garrett, 1955). Kesin olan bir şey var ki, klinik sosyal hizmet dinamiktir, değişmektedir ve sürekli değişen ve gelişen ortamlara yanıt vermektedir (Videka ve Goldstein, 2012).

1.5. Sağlıklı Hayat Merkezleri

Ülkemizde, 225 Sayılı Kanunla 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü yapılanmasına gidilmiş ve Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencilerinin 1964 yılında hastane stajları başlamıştır. Ankara Üniversitesi Hastanesi'ne görev yapmak üzere 1967 yılında bir sosyal hizmet uzmanının atanarak göreve başlaması ile tıbbi sosyal hizmet resmi yapı içerisinde faaliyete geçmiştir (Duyan ve Bayır, 2016). Günümüzde ise sağlık alanında sosyal hizmet uzmanları, İl ve ilçe sağlık müdürlükleri, hastaneler, hastanelere bağlı birimler başta olmak üzere çeşitli düzey sağlık kurum ve kuruluşlarında, hizmet vermektedir. Son yıllarda ise Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak hizmetlerine entegre bir yapı olarak "Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)" faaliyete geçirilmekte ve ülke çapında yaygınlaştırılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı yapılanmasının ilk aşaması sürecinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” geliştirilmiş ve 81 ile yaygınlaştırılmıştır. Bu süreçte, “Aile Sağlığı Merkezleri ile Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından sunulmakta olan birinci basamak sağlık hizmetlerini destekleyerek güçlendirmek, bu kurumların sunmuş olduğu hizmetlere erişimi kolay hale getirmek, sağlığa yönelik olası risklerden bireyi ve toplumu koruyarak daha sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmek amacıyla” Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) faaliyete geçirilmiştir. Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)’nin kurumsallaşma amaçları incelendiğinde, merkezlerin: “Birinci basamak sağlık hizmetlerini destekleyip güçlendirerek bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak; sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmek; sağlığa yönelik risklerden bireyi ve toplumu korumak; amaçları ile faaliyete geçirilen çok amaçlı sağlık kuruluşları” oldukları anlaşılmaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezleri, ilçe sağlık müdürlükleri bünyesinde ve toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyetlerini sürdürmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi: 22.04.2020). Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Hayat Merkezleriyle: “Aile hekimliği hizmetlerini destekleyerek güçlendirmeyi (sağlık danışmanlığı, röntgen, laboratuvar gibi); birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (beslenme danışmanlığı hizmetleri, psiko-sosyal danışmanlık hizmetleri, fizyoterapi hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırmayı; ve bu sayede hastane yoğunluğunu azaltmayı; hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile etkin mücadeleyi; sigara ve benzeri bağımlılık yapıcı zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditler ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırma gibi çeşitli amaçları hayata geçirmeyi” hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi: 22.04.2020).

Sağlıklı hayat merkezleri, ruh sağlığı danışmanlığı çatısı altında, psikolojik danışmanlık ve sosyal hizmet danışmanlığı birimleri bulunmakta olup bu birimlerde psikolog ve sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı personel görev yapmakta ve psikososyal danışmanlık hizmeti sunmaktadır. Sosyal hizmet danışmanlığı birimleri bünyesinde görev yapan sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı meslek elemanları, mikro, mezzo ve makro düzeylerde sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştirmektedir. Bu süreç ağırlıklı olarak bireysel danışmanlık, çift ve aile danışmanlığı, grup

alışmaları, başvuruların bilgilendirilmesi, gerekli hallerde ilgili diğerkurum ve kuruluşlara yönlendirilerek mevcut toplumsal kaynaklarla buluşturulmalarının sağlanması ve diğerkurum/kuruluşlar ile işbirliği içerisinde, çeşitli toplum kesimlerine yönelik eğitici/geliştirici/değıştirici nitelikte eğitim çalışmaları başta olmak üzere ilgili diğerkurumların düzenlemesi süreçlerini içermektedir.

1.6. Araştırmanın Problemi

Sağlığın en önemli bileşenlerinden olan ruh sağlığı, kişisel düzeyde bireylerin iyi oluşu yanında, toplumsal refah içinde vazgeçilmez bir alanı ifade eder. Bununla birlikte, genel sağlık uygulamaları içerisinde ruh sağlığı henüz istenilen düzeye ulaşabilmiş değildir. Ulusal ve uluslararası düzeyde yürütölen epidemiyolojik çalışmaların ortaya koyduğu üzere, yaygın ruhsal bozuklukları ifade eden duygudurum bozuklukları ve kaygı (anksiyete) bozuklukları oranlarında kadınlar, genel toplum ortalamasından oldukça daha yüksek prevalans oranları göstermektedir.

Kaygı, fiziksel ve ruhsal yapılardan oluşankurum organizmasında farklı nedenler sonucu ortaya çıkan gerilimlerin yol açtığı acı verici duygusal bir deneyim olarak tanımlanmakta ve bireyin sağlığını ve yaşantısını olumsuz etkilemektedir. Kaygı (anksiyete) bozuklukları, öncelikle depresyon olmak üzere diğerkurum rahatsızlıklar ile güçlü komorbidite ilişkileri sergilemekte ve mevcut klinik tabloyu daha ağır hale getirebilmekte, psikososyal işlevselliğe zarar verici etkiler gösterebilmektedir Bireyin kendisini değerkendirmesinden doğan memnuniyet derecesi olarak ifade edilen benlik saygısının, ruhsal rahatsızlıklara zemin hazırlayan bir kırılgnlık faktörü olduğu konuyla ilgili literatürce ortaya konulmuştur. Bu duruma bağılı olarak, nedenleri, işleyişı ve sonuçları üzerine çok sayıda araştırma yürütölen depresyon ve kaygının, benlik saygısı ile olan ilişki ve etkileşimleri özellikle son yıllarda artan bir şekilde çalışılmakta, aralarındaki ilişki anlaşılmak istenilmektedir. Bununla birlikte ulusal ve uluslararası düzeyde literatür incelendiğinde kaygı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi konu edinen çalışma sayısının sınırlı olduğu, bu ilişkiyi kadınlar bağlamında ele alan

Çalışma sayısının çok daha sınırlı olduğu görülmüştür. Literatürde kaygı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendiren bir çalışmaya ise rastlanmamıştır.

Sosyal hizmet, tıbbi ve klinik ortamlarda mazisi bir asrı aşkın uygulama ve klinik deneyime sahip bir mesleği ifade eder. Sosyal hizmetin birey ve ailelerle uygulamaya yönelen dalı zamana ve koşullara bağlı olarak “vaka çalışması/birey ve ailelerle sosyal hizmet/sosyal kişisel çalışma/klinik sosyal hizmet gibi” farklı isimlerle ifade edilmiş ve mikro düzey sosyal hizmet uygulamalarını tanımlamıştır. Klinik sosyal hizmet diğer yardım sunan mesleklerden farklı olarak “kişi” odağı yanında, kişinin içinde bulunduğu “sosyal evre” gerçekliğini de dikkate alarak “evresi içinde kişi (person in – environment)” anlayışı ile başvurayı bütüncül bir şekilde değerlendiren ve müdahalelerini bu bütünlük içerisinde planlayan ve uygulayan özel bir alanı, yardım edici mesleği ifade eder; psikososyal vurgusu ile bütüncül ve kapsamlı bir bakış açısı ortaya koyar.

Tıbbi ve klinik ortamlarda uygulama yapan sosyal hizmet uzmanları, başvuranlara yönelik etkili bir müdahale planının hazırlanması ve uygulanması süreçlerinde, sorun ve ihtiyaçların doğru ve kapsamlı tespiti için sosyal ve ekonomik durumun değerlendirilmesinin yanında etkili bir psiko-sosyal değerlendirmeye de ihtiyaç duymaktadırlar. Bu süreçte ruhsal yapı içerisinde oldukça önemli ve temel bir yere sahip olan kaygı olgusu ile birlikte, kırılганlık ve psikopatolojilerle bir şekilde ilişkisi olduğu alan yazında ifade edilen, benlik saygısı değişkenlerinin, kişinin sosyal hizmet ihtiyacı ile birlikte değerlendirilmesine dönük bir bakış açısının, sosyal hizmet müdahalelerinin başta değerlendirme, planlama ve uygulama aşamaları olmak üzere tüm aşamalarında, dikkate alınması gereken oldukça önemli olgular olduğu düşünülmektedir. Bu bakış açısının klinik sosyal hizmet uygulamalarını niceliksel ve niteliksel yönden güçlendireceğine, müdahalelerin etkinliğini artırarak başvuran sistemin psiko-sosyal işlevselliğini yeniden kazanması ve güçlendirilmesi sürecine yönelik önemli yansımalarının olacağına inanılmaktadır.

Dolayısıyla bu araştırmanın problemi; başvuran kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı değişkenlerinin dikkate alınarak, aralarındaki ilişkinin başvuran sistemin sosyal hizmet ihtiyacı ile birlikte değerlendirilmesi, sosyal hizmet literatürüne katkı da bulunulması ve ruh sağlığı ortamlarında başvuran sisteme yönelik etkin hizmet sunumuna dönük olası katkı ve yansımalarıdır.

1.7. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Konya İl Sağlık Müdürlüğü Karatay 01 No.lu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri'ne başvuran 18-65 yaş arası, gönüllü kadınların sosyodemografik değişkenlerinin (yaş, medeni durum, gelir düzeyi vb.) belirlenmesi, sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve benlik saygısı değişkenleri üzerine olası etkilerinin ortaya konulması; kaygı ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenerek aralarındaki ilişki durumunun belirlenmesi; ve kadınların sosyal hizmet ihtiyaçlarının tespit edilerek sürecin sosyal hizmet perspektifi ile değerlendirilmesidir. Bu amaçlar çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmaya çalışılacaktır:

Araştırma Soruları:

- 1) Kadınların sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- 2) Kadınların kaygı düzeyleri nedir?
- 3) Kadınların benlik saygısı düzeyleri nedir?
- 4) Sosyodemografik değişkenlere göre kadınların kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- 5) Sosyodemografik değişkenlere göre kadınların benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- 6) Kadınların kaygı düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 7) Kadınların kaygı düzeyleri benlik saygısı düzeylerini istatistiksel olarak yordamakta mıdır?

- 8) Kadınların benlik saygısı düzeyleri kaygı düzeylerini istatistiksel olarak yordamakta mıdır?
- 9) Kadınların öne çıkan güncel sosyal hizmet ihtiyaçları nelerdir?

1.8. Araştırmanın Önemi

Kaygı, nevrozların ve psikozların temelinde yatan mekanizma olması ve buna bağlı olarak uzun zamandan beri ruh sağlığı çalışmalarının özel bir alanını oluşturmasıyla, danışmanlık hizmeti sunan ve konuşma yoluyla terapi desteği sağlayan yardım edici meslek ve disiplinler için vazgeçilmez bir olgu olma özelliği taşımış ve taşımaktadır Yapılmış olan çeşitli düzeydeki çalışmalar düşük benlik saygısı ile psikopatoloji arasında yakın bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Klinik ortamlarda, kaygı düzeyinin kontrol edilerek, kaygı bozukluklarının tedavisi ve benlik saygısı düzeyinin yönetimi konuları psikososyal işlevselliğin güçlendirilmesi noktasında öne çıkmakta ve çeşitli spesifik terapilerin özel bir alanını ifade etmektedir. Kaygı ve benlik saygısı olgularının, yardım edici mesleklerden olan sosyal hizmet içinde önemi yadsınamaz. Tarihsel arka plan araştırıldığında Gordon Hamilton, Arnette Garrett, Lucille N. Austin başta olmak üzere sosyal hizmet mesleğinin öncü akademisyen ve araştırmacılarının klinik odaklı vaka çalışmalarında kaygı konusuna verdikleri önem tüm açıklığıyla kendini gösterir. Bununla birlikte, ülkemiz sosyal hizmet literatürü incelendiğinde, kaygı konusuna yeterince önemin gösterilmediği, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan sınırlı sayıda ki çalışmaların ise daha ziyade depresyon ve bir dizi terapi yaklaşımı eksenli ilerlediği görülmektedir.

Çalışmanın, kaygı ve benlik saygısı gibi klinik düzey çalışma olgularını klinik sosyal hizmet perspektifi ile değerlendirme özelliği yanında, sosyal hizmet mesleğinin esas olarak birey ve ailelerle çalışmaya dönük mikro düzey yaklaşımı olan “vaka çalışması” ve onun günümüzdeki yansımaları olan “klinik sosyal hizmet” odağına dönük kapsamlı bir literatür çalışmasını da içermesi nedeniyle özel ve ayırt edici bir öneme sahip olduğu da değerlendirilmektedir. Bu bağlamda araştırmanın, sosyal

hizmet ile ilgili bölümünde, klinik sosyal hizmeti tanımlayıcı içerik yanında, klinik sosyal hizmetin ve onun köklerini ifade eden vaka çalışmasının tarihsel gelişim süreci ayrıntılı biçimde ele alınmış, Marry E. Richmond, Gordon Hamilton, Florance Hollis gibi sosyal hizmet vaka çalışmasının öncü isimlerinin konuyla ilgili görüşleri ortaya konulmuş, konunun zihinlerde bulanıklığa yer bırakmayacak şekilde etraflıca tartışılması amaçlanmıştır. Bunun yanında klinik sosyal hizmet alanında, yakın zamanın öncü isimleri olan Rachell Dorfman ve Eda Goldstein gibi akademisyenlerin görüşlerine de ayrıntılı olarak yer verilmiş olup, çalışmanın özellikle yurt içi klinik sosyal hizmet literatürüne önemli katkılarının olması amaçlanmıştır.

Aslantürk'ün (2019) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre; 1987-2019 yılları arasında, yurt içi üniversitelerde sosyal hizmet anabilim dalları tarafından gerçekleştirilen 512 yüksek lisans ve doktora tez çalışmasından sadece 72'sinin tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezler olduğu, bunlar içerisinde psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan tez çalışması sayısının 21 olduğu, bu grupta bulunan tez çalışmaları içerisinde yer alan sadece 13 çalışmanın doğrudan ruh sağlığı/ruhsal hastalıklar grubunda yer aldığı belirlenmiştir (Sosyal hizmet alanında yapılan tüm çalışmaların yaklaşık olarak %2,5'i). Bu bağlamda çalışmanın tıbbi sosyal hizmet, ruh sağlığı/ruhsal hastalıklar grubu alt başlığı çalışma literatürüne katkılarının olacağı da düşünülmektedir.

Bird ve arkadaşları (2016), boşlukları doldurmak ve yaşam boyu kadınların ihtiyaçlarını daha iyi karşılamak için sosyal hizmet araştırması ihtiyacını vurgular ve bu tür eksikliklerin incelenmesinin önemli olduğunu, çünkü sosyal hizmet uzmanlarının genellikle sağlığın teşviki, eğitimi, politikası ve savunuculuk rolleriyle ilgili olduklarını ve sıklıkla kadın sağlığı hizmetleri için yönlendirmeler sağlayacak bir konumda bulunduklarını ifade eder. Kadınların sağlık konuları, sosyal hizmet uzmanları kadınlarla, çiftlerle, ailelerle, topluluklarla ve kadınların sağlığını ve refahını etkileyen politika sistemleriyle etkileşime girdiğinden, sosyal hizmet için çok önemli olduğunu ortaya koyar. Bentley (2005), kadın sorunlarının, sosyal hizmet uzmanları için derin bir endişe kaynağı olan birçok temel felsefi soruya değindikleri için klinik uygulamayla ilgi çekici bağlantılar oluşturduğunu ifade eder. Yurt dışı

literatürde vurgulanan kadınlara dönük araştırma ihtiyacının yanı sıra yurt içi sosyal hizmet literatürü incelendiğinde de kaygı olgusu başta olmak üzere, kaygı ve benlik saygısı ilişkisini sosyal hizmet perspektifi ile ve yine kadınlar bağlamında değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle de araştırmanın oldukça özgün, ihtiyaca dönük ve temel bir çalışma olduğu değerlendirilmektedir.

Çalışmanın Sağlık Bakanlığı, İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet göstermekte olan ve koruyucu/önleyici sağlık hizmetleri yönü ağır basan, birinci basamak sağlık hizmetleri sunan, yakın tarihli yeni bir model olan Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde yürütülmesi ve bu kuruluşlarda yürütülen ilk çalışmalardan birini oluşturması yönüyle de yine özel bir önem arz ettiği düşünülmektedir.

Sağlıklı hayat merkezi sosyal hizmet danışmanlığı ve psikolojik danışmanlık hizmeti birimlerine başvuran kadınlarda, kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendiren bu araştırma, kaygı düzeyi, benlik saygısı ilişkisini sosyal hizmet bakış açısı ile araştırarak çalışma sayısının yok denecek kadar sınırlı olması nedeniyle planlanmış ve yürütülmüştür.

Tüm bu yönleriyle, “Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı İle Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği” başlığı taşıyan bu çalışmanın, klinik düzey sosyal hizmet eğitiminde yapılacak olan değişikliklere temel oluşturması ve bu konudaki bilgi eksikliğini gidermesi, ruh sağlığı/ruhsal hastalıklar grubunda yer alan mevcut araştırmalara katkı sunması beklenmekte ve nihai hedef olarak başvuran sistemin sorun ve sıkıntılarının giderilerek, güçlendirilmeleri ve psikososyal işlevsellik düzeylerinin geliştirilmesi noktasında özgün sonuçlar ortaya koyacağı değerlendirilmektedir.

1.9. Araştırmanın Sayıltıları

Araştırma aşağıda ifade edilen sayıltılara sahiptir:

1. Kadınlar yüksek oranda kaygı düzeylerine sahiptir ve birçok kişide ruhsal bozukluk düzeyine ulaşmamış olsa da yüksek kaygı önlem alınmasını gerektiren önemli bir duygulanım şekli ve ruh sağlığı konusudur.
2. Benlik saygısı düzeyi ile kaygı ve depresyon başta olmak üzere psikopatolojiler arasında ilişki vardır.
3. Kaygı düzeyi yüksek ve benlik saygısı düzeyi düşük kadınların sosyal hizmet müdahalelerini gerekli kılacak önemli sosyal hizmet ihtiyaçları bulunmaktadır.
4. Tıbbi ve klinik ortamlarda birey, aile ve gruplarla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirme yapma ve müdahale aşamalarında, başvuran sistemin kaygı ve benlik saygısı düzey değişkenlerini de dikkate almaları, sosyal hizmet müdahalelerinin nicelik ve niteliğini artıracaktır.
5. Kadınların sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi, etkili sosyal hizmet programlarının geliştirilmesi ve ihtiyaca dönük hizmet sunumunda olumlu sonuçları beraberinde getirecektir.
6. Araştırma da kullanılan form ve envanterler, kadınların kaygı ve benlik saygısı düzeyleri ile sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemek açısından geçerli ve güvenilirlerdir.
7. Kullanılan form ve envanterler, araştırma amacına ulaşmak için yeterlidir.
8. Gönüllülerin tümünün soruları içtenlikle ve nesnel olarak yanıtlayacakları varsayılmaktadır.

1.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma aşağıda ifade edilen sınırlılıklara sahiptir:

1. Araştırma, Ankara Üniversitesi Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nde ki süreyle sınırlıdır.
2. Araştırma, Konya İl Sağlık Müdürlüğü Karatay 01 No.lu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikosyal Danışmanlık (Sosyal Hizmet Danışmanlığı ve Psikolojik Danışmanlık) Birimleri'ne araştırma süresince başvuran 18-65 yaş arası, kadınlar ile sınırlıdır.
3. Araştırma, form ve ölçeklerde yer alan sorular ve bu sorulara verilen yanıtlar çerçevesinde sınırlandırılmıştır.

1.11. Araştırmanın Tanımları

Araştırma da sıklıkla kullanılan bazı kavramların işe vuruk tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

Kaygı (Anksiyete): Somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir (Bal ve ark., 2013).

Benlik Saygısı: Kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur (Yörükoğlu, 2016).

Sosyal Hizmet İhtiyacı: Sosyal hizmet kurum ve kuruluşları tarafından çeşitli toplum kesimlerine (yoksul, engelli, yaşlı, çocuk, kadın, mülteci ve sığınmacı gibi)

yönelik olarak sunulan ekonomik, sosyal ve psikolojik hizmetlere yönelik olarak ortaya konulan gereksinim.

Sağlıklı Hayat Merkezi: Sağlık Bakanlığı İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak faaliyette bulunan, diğer birinci basamak koruyucu ve önleyici nitelikte sağlık hizmetlerinin yanı sıra psikososyal danışmanlık hizmetlerinin de ücretsiz olarak sunulduğu birinci basamak sağlık kuruluşudur.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli yanında verilerin elde edildiği evren ve örneklem, veri toplama araçları, veri toplama süreci, verilerin işlenmesi ve çözümlenmesi, araştırmada kullanılan ölçek ve envanterin güvenilirlik katsayılarının değerlendirilmesi, araştırmanın süresi ve maliyeti ile etik konulara ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada yöntem olarak nicel araştırma yöntemlerinden olan “ilişkisel tarama modeli” kullanılmıştır. Nicel araştırma yöntemlerinde araştırma süreci önceden planlanmaktadır ve genel olarak esnek değildir. Karasar (2020)’a göre, “ilişkisel tarama modelleri, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleri” dir.

Araştırma da Sağlıklı Hayat Merkezi Sosyal Hizmet Danışmanlığı ve Psikolojik Danışmanlık Birimleri’ne başvuran kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı olarak faaliyet göstermekte olan Karatay 01 Nolu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri’ne başvuran 18-65 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. Karatay 01 Nolu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Sosyal Hizmet Danışmanlığı ve Psikolojik Danışmanlık Birimleri’ne başvuran 18-65 yaş arası kadın başvuran sayısının geçmiş son bir yılda (300) olduğu tespit edilmiştir (tekrar görüşmeleri dikkate alınmış olup, birimlere başvuran her bir kadın başvuran/danışan çoklu kez görüşmelere gelmiş olsa da toplam başvuran sayısı belirlenirken sayıya sadece bir kez

dahil edilmiştir). Karasar (2020)’a göre, “evren (population), araştırma sonuçlarının genellenmek istendiği elemanların bütünüdür.” Örneğin, “sendikalı işçiler”, “kadın yöneticiler”, “Trabzon’da geçimini balıkçılıktan sağlayan aileler” birer evrendir (Coşkun ve ark., 2017).

Araştırmanın örneklemini Konya İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı olarak faaliyet göstermekte olan Karatay 01 Nolu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri’ne başvuran 18-65 yaş aralığındaki gönüllü (168) kadın başvuran/danışan oluşturmaktadır. Coşkun ve arkadaşları (2017)’na göre, “örnekleme, bir çalışma için seçildikleri büyük grubun (evren) sahip olduğu özellikleri en iyi temsil edebileceği düşünülen daha az sayıda elemandan oluşan, grubun oluşturulması sürecidir. Örnek kütle büyüdükçe evren hakkında yapılan genellemelerde yanılma olasılığı azalır. Bununla birlikte, araştırmacının uygun bir örnek kütle için, hem temsil yeteneği sağlayan bir örnek büyüklüğünü hem de maliyet, zaman ve veri analizi şartlarını dikkate alarak bir dengeye ulaşması gerekir. 30’dan büyük 500’den küçük örnek büyüklükleri birçok araştırma için yeterlidir.”

Konya İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı olarak faaliyet göstermekte olan Karatay 01 Nolu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Sosyal Hizmet Danışmanlığı ve Psikolojik Danışmanlık Birimleri’ne başvuran 18-65 yaş arası kadın başvuran sayısının bir yılda (300) olduğu tespit edilmiştir (tekrar görüşmeleri dikkate alınmış olup, merkez danışmanlık birimlerine başvuran her bir kadın danışan çoklu kez görüşmelere gelmiş olsa da toplam başvuran sayısı belirlenirken sayıya sadece bir kez dahil edilmiştir). Evren büyüklüğü (350) olan araştırmalarda (169) sayısı gerekli örneklem büyüklüğünü ifade eder (Sekaran, 2003:294; akt. Coşkun ve ark., 2017). Bu bağlamda araştırmada örneklem büyüklüğünün (169) olarak belirlenmesinin evren üzerine yapılacak olan genellemelerde hata payını azaltacağı değerlendirilmiştir.

Örnekleme tekniği olarak olasılığa dayalı olmayan (önyargılı) örnekleme tekniklerinden “kolay örnekleme” tekniği dikkate alınmıştır. Coşkun ve arkadaşları (2017)’na göre, “kolay örnekleme tekniği, oldukça yaygın olarak kullanılmakta olup, bu teknikte esas olan, ankete cevap veren herkesin örneğe dahil edilmesidir.”

2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma da aydınlatılmış onam formuna ek olarak dört farklı veri toplama aracı kullanılmıştır (bkz. EK-2, EK-3, EK-4 ve EK-5):

2.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu (SDBF)

Araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Formu'nda araştırmaya katılım sağlayan olan gönüllülerin kişisel, psiko-sosyal, ekonomik, demografik ve sağlık bilgilerini tespit edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup formda toplam (17) soru yer almaktadır. Formda araştırmaya dâhil edilen gönüllülerin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, meslek/çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir memnuniyet düzeyi, kronik hastalık durumu, bağımlılık yapıcı madde kullanım durumu, danışmanlık merkezinden hizmet alma süresi, evde bakıma ihtiyacı olan ve bakım verilen engelli ya da yaşlı olma durumu, bakıma ihtiyacı olan çocuk olma durumu, geçmişte ve/veya günümüzde aile içi şiddete maruz kalma durumu, boşanma ve/veya ayrı yaşama durumu ve bunun nedeni, sosyal hizmet kurum veya kuruluşuna yapılan başvuru sürecinde, ihtiyaca dönük üretilen çözümlerden duyulan memnuniyet düzeyine dair bilgileri elde etmeye dönük olarak yapılandırılmış sorular yer almaktadır.

2.3.2. Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından, bireylerin yaşadığı kaygı (anksiyete) belirtilerinin sıklığının belirlenmesi için geliştirilmiştir. Ölçek Türkçe'ye Ulusoy ve ark. (1998) tarafından uyarlanmıştır. 21 maddeden oluşan ve (0-3) arası puanlanan bir ölçektir. Puan aralığı (0-63)'tür. Ölçek ağırlıklı olarak kaygının psikolojik yönüne odaklanmıştır. Araştırmacılar tarafından ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .93 olduğu belirlenmiş olup ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayısının .45 ile .72 arasında değiştiği; test-tekrar test güvenilirlik katsayısının ise

$r=.75$ olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin korelasyon değerlerinin, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile .41 ($p<.001$), Beck Umutsuzluk Ölçeği ile .34 ($p<.01$), Beck depresyon Envanteri ile .46 ($p<.001$) olduğu ifade edilmiştir. Çalışma sürecinde gerçekleştirilen analizlerin sonuçlarına göre ölçeğin kaygılı grubu, diğer tanı gruplarından (depresyon, karışık ve kontrol gruplarından) anlamlı düzeyde ayırt edebildiği tespit edilmiştir (Ulusoy ve ark., 1998).

2.3.3. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)

Envanter, Stanley Coopersmith tarafından geliştirilmiş olup, kişinin çeşitli alanlarda, kendisi hakkındaki tutumunu değerlendirmede kullanılan bir ölçme aracı niteliğindedir. Envanterin benlik saygısı kavramı, “kişinin kendisi hakkında ve sürekliliği olan bir değerlendirme” anlamı taşır. Bu tarz bir değerlendirme, kişinin kendisi için onayladığı ya da onaylamadığı bazı özellikleri ile ilgili olup benlik saygısı kişinin değeri hakkındaki yargısını ifade eder.

Değerlendirmenin 3 özelliği olup bunlar aşağıda verilmiştir:

- Benlik saygısı, kişinin kendisine yönelik, kendisiyle ilgili genel değerlendirmesini yansıtan bir yargıdır.
- Bu yargının göreceli sürekliliği vardır.
- Kişinin yaşına, cinsiyetine ve sosyal rollerine bağlı çeşitli konumlarına göre farklılaşabilir (Turan ve Tufan, 1987).

Bu süreçte kişinin kendisine yönelik ve kendisi hakkındaki yargısı, başka kişilerin onu olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesinden çok daha önemli olmakta ve bu nedenle kişi kendi yargısını benimsemeyi yeğ tutmakta ve bu yargının değişmesine karşı direnç geliştirmektedir. Bu nedene bağlı olarak bu durum, kişinin psikolojik dengesini koruyabilmesi için de gereklilik arz etmektedir (Turan ve Tufan, 1987).

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, ilk başta 50 maddeli bir form olarak çocuklara uygulanmak üzere hazırlanmış ancak daha sonra çeşitli yaş gruplarına uygulanacak şekilde genişletilmiştir. Halen envanterin çocuklara ve yetişkinlere uygulanabilecek iki ayrı formu vardır (Tufan, 1993).

Bu araştırmada, envanterin yetişkinlere yönelik olarak hazırlanan formu kullanılacaktır. Envanterin yetişkinler için olan bu formu 25 cümleden oluşmakta ve “Evet” ya da “Hayır” biçiminde işaretlenebilmektedir. Bu maddelerde kişinin aile ilişkileri, sosyal ilişkileri, hayata bakış açısı ve dayanma gücü ile ilgili ifadeler yer almaktadır (Tufan, 1993). Gerçekleştirilen analitik çalışmalar, envanterin çok yönlü, heterojen bir yapı arzettiğini göstermiştir (Ahmet, Valliant ve Swindle, 1985; akt. Tufan, 1993).

Envanterin, güvenilirlik çalışması ülkemizde Nihal Turan tarafından 30 kanserli hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma sürecinde envanter hastalara 15 gün arayla uygulanmış olup test yeniden test sonunda $r=0,65$ ($p<0,05$) olarak önemli bulunmuştur. Araştırmacı Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu öğrencilerinden oluşan 56 kişilik bir gruba envanteri 15 gün ara ile iki kez uygulamış olup uygulamalar arası korelasyon $r=0,76$ ($p<0,05$) olarak bulunmuştur (Turan ve Tufan, 1987).

Aynı envanter Tufan tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu’ndan 200 kişilik bir öğrenci grubuna Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile birlikte verilmiş ve bu iki ölçme aracı arasındaki korelasyona bakılmıştır. Rosenberg’in 10 madde üzerinden gerçekleştirilen değerlendirmeye göre $r=0,62$ ($p<0,05$), Rosenberg’in Guttman Ölçeğine göre yapılan değerlendirmesi sonucu ise $r=0,61$ ($p<0,05$) bulunmuş olup, bütün bu değerler istatistik bakımından da önemli bulunmuştur (Turan ve Tufan, 1987). Ölçeğin birer yıl arayla gerçekleştirilen iki ayrı Türkçe uyarlama çalışmasında test-tekrar test güvenilirliği 0,65 ve 0,76 olarak saptanmıştır. Yavuzer ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyacının Belirlenmesine Dair Form

Araştırmaya katılacak olan gönüllülerin sosyal hizmet ihtiyaçlarını tespit edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup formda toplam (8) soru yer almaktadır. Araştırmaya dâhil edilen gönüllülerin geçmişte ve günümüzdeki sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi, sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarının sundukları hizmetler hakkındaki bilgi düzeyleri, hizmetler hakkında bilgi edinme kanalları, hizmetlere erişim sürecinde karşılaştıkları engelleri ve ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından sorun ve sıkıntılarına ne derece çözüm getirildiğine dair bilgileri, kadınların sosyal hizmet ihtiyacının belirlenmesine dair form kullanılarak elde edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Süreci

Etik Kurul onayı ve ilgili kurumdan gerekli izinlerin alınması sonrası veri toplama süreci başlatılmıştır. Araştırma kapsamındaki tüm gönüllülere form, ölçek ve envanter uygulaması Sağlıklı Hayat Merkezi Danışmanlık Birim Odalarında yapılmıştır. Uygulama başlamadan önce gönüllüye, araştırma, form, ölçek ve envanter ile ilgili bilgilendirme yapılmış, aydınlatılmış onam formunu okuyarak, imzaları alınmıştır. Gönüllünün form ve envanterlerde yer alan soruları yanıtlamaları esnasında bizzat yanlarında bulunulmuş, yardıma ihtiyaç duymaları halinde gerekli açıklamalar yapılmıştır. Form, ölçek ve envanter 168 gönüllüye uygulanmıştır.

2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi

Form ve ölçeklerin araştırmaya katılan gönüllülere uygulanması suretiyle elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılmış, araştırmanın amacını gerçekleştirmeye uygun gerekli istatistiksel analizler yapılmış ve çözümlenmiş olan veriler yorumlanmıştır. Araştırmada ulaşılan veriler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0” programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde, standart sapma ve ortalama değerleri kullanılmıştır. Likert tipi ölçeklerin kullanıldığı anketlerde, veriler çoğu zaman normal dağılım göstermemektedir. Bu süreçte normal dağılıma uygunluğun incelenmesi, Q-Q Plot çizimi ile gerçekleştirilebilir (Chan, 2003:280-285).

Bununla birlikte, kullanılmış olan verilerin normal dağılım göstermesi ise ancak çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması ile mümkündür (Shao, 2002). Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği çarpıklık istatistik/SE=0,478/0,187=2,56, basıklık istatistik/SE=-0,616/0,373=-1,65, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri çarpıklık istatistik/SE=-0,354/0,187=-1,89, basıklık istatistik/SE=-0,512/0,373=-1,37 değerlerine sahip olduğu görülmüştür. Kullanılan ölçek ve envanterin normal dağılım göstermesi nedeniyle istatistiksel değerlendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır.

Araştırma da nicel değişkenlerin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanlarının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek ve belirlemek için bağımsız örneklem t testi; ilişkisiz ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi; ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni Testi uygulanmıştır.

Örneklem hacmi 30' dan küçük dağılımlar için parametrik olmayan sınamalar düşünülür (Armutlulu, 2008). Örneklem sayısı 30'un altında olan gruplar için niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney U testi; ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis analizi yapılmış; Kruskal Wallis analizi sonucunda farklılık oluşarlarda, fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bonferroni Testi uygulanmıştır. Ayrıca ölçek ve envanterin ilişkisini test etmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmış; bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisini görmek için de Regresyon Analizleri yapılmıştır.

Ölçek ve envanterin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapılmıştır. Araştırmanın istatistiksel analiz sürecinde p değerleri yönünden, 0,05'in

altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin çözümlenmesi ile oluşturulan çizelgeler ışığında, yorumlar yapılmıştır.

2.6. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Envanterin Güvenilirlik Katsayılarının Değerlendirilmesi

Çizelge 2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Envanterin Güvenilirlik Katsayıları

Ölçekler	İfade Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı
Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği	21	0,923
Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	25	0,862

Araştırmada kullanılan envanterlerin güvenilirliği analiz edildiğinde, Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği için (0,923), Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri için ise (0,862) güvenilirlik değerlerinin olduğu bulunmuştur. Alfa katsayısı $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir (Özdamar, 1999:522). Dolayısı ile araştırma da kullanılan ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir.

2.7. Süre ve Maliyet

Araştırmanın veri toplama süreci 2021 Yılı Ocak Ayı'nda başlatılmış ve 2021 Yılı Nisan Ayı içerisinde sonlandırılmıştır. Araştırma kapsamında 168 gönüllüye ulaşılarak form ve envanterler uygulanmıştır. Araştırma uygulaması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Yapılan araştırmanın tüm giderleri ve bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır, bu açıdan araştırma rakamsal bir bütçe miktarı taşımamaktadır.

2.8. Etik Konular

Araştırmada kullanılan ölçek ve envanter için, ölçek ve envanteri geliştiren/uyarlayan kişilerden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın etik kurallara uygun ve bu etik kurallar gözetilerek tasarlanmış olduğu ve bu kurallara bağlı kalınarak yürütüleceğine dair olarak Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'na gerekli onay için başvuruda bulunulmuş ve araştırma önerisinin ilgili kurulca uygun bulunduğuna dair onay izin yazısının alınması sonrası, araştırmanın yürütüleceği kuruluşun bağlı olduğu Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden de gerekli onayın alınmasıyla çalışma süreci başlatılmıştır.

Araştırmaya katılan tüm gönüllülerden; çalışmadan elde edilecek bilgilerin tamamen bilimsel araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgilerin gizli tutulacağı, çalışmaya katılmanın tamamen gönüllük esasına dayandığı, araştırmaya katılım sağlayan gönüllülere herhangi bir ücret ödenmeyecek olduğu, kendilerinden ya da bağlı bulundukları sosyal güvenlik kurumundan her hangi bir ücret talep edilmeyeceği, araştırmada rahatsız edici sorular bulunabileceği, onam formunu okuyup onaylamalarının, araştırmaya katılmayı kabul ettikleri anlamına geleceği, bununla birlikte çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çekilme hakkına da sahip oldukları, araştırmadan çekilmeleri ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmaları halinde, katılımcı ile ilgili verilerin kullanılmayacağı, ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmelerinin mümkün olmayacağı, çalışmanın belirlenmiş olan amacına ulaşabilmesi için gönüllülerden beklenenin, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, kendileri için en uygun cevapları içtenlikle ifade edecek şekilde cevaplamalarının olduğuna dair bilgiler ile soru kağıtlarını cevaplama anında veya sonrasında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarlar ise araştırmacıya soru sorabileceklerine dair aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) onamları alınmıştır. Etik kurul ve ilgili kurum iznine dair belgeler ekler bölümünde yer almaktadır.

3. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; “Kadınları Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler”; “Kadınların Sosyo Demografik Özellikleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”; “Kadınların Sosyo Demografik Özellikleri ile Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”; “Kadınların Kaygı Düzeyleri ve Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”; “Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi” olmak üzere beş temel başlıkta yapılandırılarak açıklanmıştır.

3.1. Kadınları Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler

Bu bölümde, araştırmaya katılan gönüllü kadınların yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, aylık geliri ve gelir memnuniyeti sigara, alkol ve madde kullanımı, kronik hastalık durumları, evde bakım alan engelli ve bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğu olma, geçmişte şiddete maruz kalma ve halen şiddete maruz kalma, boşanmış olma ve ayrı yaşama durumları ile buna yol açan etkenler, danışmanlık hizmeti alma süreleri ve kurumlarda sunulan hizmetlerden memnun olma durumlarına ilişkin bulgular yorumlanmıştır.

Çizelge 3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler	n	%
Yaş	18-24	51 30,4
	25-30	24 14,2
	31-35	30 17,8
	36-40	22 13,1
	41-45	26 15,5
	46+	15 9,0

Medeni durum	Bekar	54	32,1
	Evli	90	53,6
	Diğer	24	14,3
Çocuk sayısı	Yok	63	37,5
	1	20	11,9
	2	42	25,0
	3 ve üzeri	43	25,6
Öğrenim düzeyi	İlkokul ve öncesi	45	26,8
	Ortaokul	17	10,1
	Lise	40	23,8
	Üniversite	66	39,3
Çalışma durumu	Çalışıyor	46	27,4
	Çalışmıyor	122	72,6
Meslek	Yok	35	20,8
	Profesyonel meslekler	30	17,9
	Nitelik gerektirmeyen meslekler	79	47,0
	Diğer	24	14,3
Aylık gelir	2825 TL ve altı	44	26,2
	2826-4000	53	31,5
	4001-6000	40	23,8
	6001 TL ve üzeri	31	18,5
Gelir memnuniyeti	Çok memnunum	12	7,1
	Memnunum	83	49,4
	Kararsızım	24	14,3
	Memnun değilim	31	18,5
	Hiç memnun değilim	18	10,7

Araştırmaya katılanların tamamı kadındır. Kadınların yaşları 18 ile 65 yaş arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 32,7 bulunmuştur. Kadınların %30,4'ünün 18-24 yaş aralığında olduğu ve araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun bu grupta yer aldığı bulunmuştur. Diğer oranlara bakıldığında, %17,8'inin 31-35, %13,1'inin 36-

40, %15,5'inin 41-45 ve % 9'unun ise 46 ve üzeri yaş aralığında olduğu bulunmuştur. 46 yaş ve üzeri grup incelendiğinde yaklaşık %6'sının 46-50 yaş aralığında, %3'ünün ise 51-65 yaş aralığında olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %53,6'sının evli olduğu bulunmuştur. Diğer oranlara bakıldığında, % 32,1'inin bekar, % 14,3'ünün ise diğer (boşanmış, ayrı yaşıyor, dini nikahlı, eşini kaybetmiş) grubunda yer aldığı bulunmuştur. Diğer grubu dağılımı incelendiğinde %8,3'ünün (14 kadın) boşanmış, %2,4'ünün (4 kadın) ayrı yaşıyor, %2,4'ünün (4 kadın) dini nikahlı ve %1,2'nin (2 kadın) ise eşini kaybetmiş olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların % 37,5'inin çocuğunun olmadığı, % 62,5'inin 1 ve üzeri sayıda çocuğunun olduğu bulunmuştur. Çocuğu olan kadınlar detaylı olarak incelendiğinde, %11,9'unun bir çocuğunun olduğu, %25,0'inin 2 çocuğunun olduğu, %25,6'sının ise 3 ve üzeri çocuğunun olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %39,3'ünün üniversite eğitim düzeyinin olduğu bulunmuştur. Diğer oranlara bakıldığında %26,8'inin ilkokul düzeyine kadar eğitiminin olduğu, %10,1'inin ortaokul, %23,8'inin lise düzeyinde eğitiminin olduğu bulunmuştur. İlkokul düzeyine kadar eğitimi olan %26,8'lik grup içerisinde yer alanların %2,4'ünün (4 kadın) okula hiç gitmemiş kadınlar olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %72,6'sının gelir getirici herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Kadınların %27,4'ünün gelir getirici bir işte çalıştığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %47,0'ının nitelik gerektirmeyen işlerde çalıştığı sadece %17,9'unun profesyonel mesleğinin olduğu, %24'ünün ise diğer meslek grubunda olduğu ve %20,8'inin ise mesleğinin olmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ve gelir getirici bir işte çalışmayan kadınlardan, mesleğinin olmadığını düşünenlerin meslek kodunu boş bıraktığı görülmüş ve oranı %20,8 olarak belirlenmiştir. Bu grup araştırmacı tarafından “mesleği yok” olarak tanımlanmıştır.

Araştırmaya katılan ve gelir getirici bir işte çalışmayan kadınlar içerisinde önemli bir oranın, kendisini “ev hanımı” olarak değerlendirdiği ve seçenekler içerisinde “nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar” grubuna dahil ettiği, bu nedenle araştırma da “nitelik gerektirmeyen meslekler” grubunun oransal olarak %47 gibi yüksek bir değer çıktığı değerlendirilmiştir.

Araştırma da %24'lük oran ile diğer meslek grubunda yer alanların dağılımına bakıldığında, %6,5 ile ilk sırada büro hizmetlerinde çalışanlar gelirken onu sırasıyla, teknisyen ve teknikerlerin, hizmet ve satış elemanlarının sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, yöneticiler (2 kadın) ve tarım, orman ve su ürünlerinde çalışanların izlediği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %31,5'inin 2826-4000 TL arası aylık gelire sahip olduğu bulunmuştur. Kalan diğer gelir gruplarına bakıldığında, %26,2'sinin 2825 TL ve altı, %23,8'inin 4001 - 6000 TL arası ve %18,5'inin 6001 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların %7,1'inin gelirinden çok memnun, %49,4'ünün ise memnun olduğu bulunmuştur. Kalan diğer gelir memnuniyet gruplarına bakıldığında ise %143'ünün gelir memnuniyeti konusunda kararsız olduğu, %18,5'inin memnun olmadığı, %10,7'sinin ise hiç memnun olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına İlişkin Dağılım (n=168)

Özellikler		n	%
Sigara kullanımı	Hayır	140	83,3
	Evet	28	16,7
Alkol kullanımı	Hayır	164	97,6
	Evet	4	2,4
Madde kullanımı	Hayır	168	100,0

Araştırmaya katılan kadınların %16,7'sinin sigara, %2,4'ünün alkol kullanımının olduğu, madde kullananların ise bulunmadığı görülmüştür.

Çizelge 3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına İlişkin Dağılım (n=168)

Özellikler		n	%
Tansiyon*	Hayır	162	96,4
	Evet	6	3,6
Diyabet*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8
Tiroid*	Hayır	166	98,8
	Evet	2	1,2
Solunum sistemi hastalığı (Astım, Bronşit...)*	Hayır	164	97,6
	Evet	4	2,4
Böbrek hastalığı*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8
Kolesterol*	Hayır	168	100,0
Epilepsi*	Hayır	167	99,4
	Evet	1	0,6
Kalp ve damar hastalıkları*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8
Onkolojik hastalıklar*	Hayır	167	99,4
	Evet	1	0,6
Diğer kronik hastalıklar (Romatizmal ve...)*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8

*Çoktan seçmeli

Araştırmaya katılan kadınların %84,4'ünün kronik hastalığının olmadığı sadece %15,6'sının kronik hastalığının olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalığı olanların dağılımı incelendiğinde; %3,6'sının tansiyon, %2,4'ünün solunum sistemi, %1,8'inin diyabet, %1,8'inin böbrek, %1,8'inin kalp ve damar, %1,2'sinin ise tiroide bağlı sağlık sorununun olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Geçmişte Şiddete Maruz Kalma ve Halen Şiddete Maruz Kalma Özelliklerine İlişkin Dağılım (n=168)

Özellikler		n	%
Geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalma*	Hayır	120	71,4
	Evet	48	28,6
Geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalma*	Hayır	97	57,7
	Evet	71	42,3
Geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruzkalma*	Hayır	140	83,3
	Evet	28	16,7
Geçmişte cinsel aile içi şiddete maruzkalma*	Hayır	162	96,4
	Evet	6	3,6
Halen fiziksel aile içi şiddete maruzkalma*	Hayır	156	92,9
	Evet	12	7,1
Halen psikolojik aile içi şiddete maruzkalma*	Hayır	127	75,6
	Evet	41	24,4
Halen ekonomik aile içi şiddete maruzkalma*	Hayır	159	94,6
	Evet	9	5,4
Halen cinsel aile içi şiddete maruz kalma*	Hayır	166	98,8
	Evet	2	1,2

*Çoktan seçmeli

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte %42,3'ünün psikolojik aile içi şiddete, %28,6'sının fiziksel aile içi şiddete, %16,7'sinin ekonomik aile içi şiddete, % 3,6'sının ise cinsel aile içi şiddete maruz kaldığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların halen %24,4'ünün psikolojik aile içi şiddete, %7,1'inin fiziksel aile içi şiddete, %5,4'ünün ekonomik aile içi şiddete ve %1,2'sinin ise cinsel aile içi şiddete maruz kalmakta olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Boşanmış Olma ve Ayrı Yaşama Durumları ile Buna Yol Açan Nedenlere İlişkin Dağılım (n=168)

Özellikler		n	%
Boşanmış ya da ayrı yaşama durumu	Hayır	150	89,3
	Evet	18	10,7
Şiddete maruz kalma*	Hayır	9	50,0
	Evet	9	50,0
Aşırı geçimsizlik*	Hayır	9	50,0
	Evet	9	50,0
Aldatma*	Hayır	13	72,2
	Evet	5	27,8
Aile ile ilgili konularda sorumsuzluk*	Hayır	7	38,9
	Evet	11	61,1
Alkol/Madde bağımlılığı*	Hayır	17	94,4
	Evet	1	5,6

*Çoktan seçmeli

Araştırmaya katılan kadınların %10,7'sinin (18 kişi), boşanmış ya da ayrı yaşıyor olduğu görülmüştür. Boşanmış ya da ayrı yaşıyor grubunda olan 18 kadının boşanma ve ayrı yaşamaya neden olarak %50,0'ının şiddete maruz kalma, %50,0'ının aşırı geçimsizlik, %27,8'inin aldatma, %61,1'inin aile ile ilgili konularda sorumsuzluk ve %5,6'sının ise alkol/madde bağımlılığını gösterdiği bulunmuştur.

Çizelge 3.6. Araştırmaya Katılan Kadınların Evde Bakım Alan Engelli ve/veya Yaşlı Kişi ile Bakıma İhtiyacı Olan Yaşta Çocuğu Olma Özelliklerine İlişkin Dağılım (n=168)

Özellikler		n	%
Evde bakım alan engelli ve/veya yaşlı ki	Yok	155	92,2
	Engelli var	7	4,2
	Yaşlı var	6	3,6
Bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuk	Yok	132	78,6
	Var	36	21,4

Araştırmaya katılan kadınların %4,2'sinin evinde bakım alan engelli kişi, %3,6'sının evinde bakım alan yaşlı kişi olduğu, %21,4'ünün ise bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.7. Araştırmaya Katılan Kadınların Psikososyal Danışmanlık Hizmeti Alma Sürelerine İlişkin Dağılım (n=168)

Özellikler	n	%
	1 hafta	37 22,0
	1 hafta- 1 ay	49 29,2
Danışmanlık hizmeti alma süresi	1 ay- 3 ay	38 22,6
	3 ay- 6 ay	35 20,8
	6 ay ve üzeri	9 5,4

Araştırmaya katılan kadınların %29,2'sinin 1 hafta-1 ay aralığında süredir psikososyal danışmanlık hizmeti aldığı bulunmuştur. Kalan diğer gruplara bakıldığında; %22'sinin 1 hafta, %22,6'sının 1 ay- 3ay, %20,8'inin 3-6 ay, %5,4'ünün ise 6 ay ve üzeri süredir psikososyal danışmanlık hizmeti aldığı bulunmuştur.

Çizelge 3.8. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarında Sunulan Hizmetlerden Memnun Olma Durumlarına İlişkin Dağılım (n=168)

Özellikler	n	%
	Çok memnunum	46 27,4
	Memnunum	89 53,0
Kurumlarda sunulan hizmetlerden memnuniyet	Kararsızım	27 16,0
	Memnun değilim	4 2,4
	Hiç memnun değilim	2 1,2

Araştırmaya katılan kadınların, sosyal hizmet kurum/kuruluşları tarafından sunulan hizmetlerden, %27,4'ünün çok memnun olduğu, %53,0'ının memnun olduğu

bulunmuştur. Diğer oranlara bakıldığında ise sunulan hizmetlerden memnuniyet konusunda %16,0'ının kararsız olduğu, %2,4'ünün memnun olmadığı ve %1,2'sinin hiç memnun olmadığı görülmüştür.

3.2. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan gönüllü kadınların kaygı düzeylerine ilişkin ölçek ortalama değerleri ile çalışma grubundaki kadınların kaygı düzeylerinin dağılımı öncelikle iki ayrı çizelge halinde verilmiş olup daha sonra araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme için kadınların Sosyodemografik Bilgi Formuna verdikleri yanıtlar ile Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği'nden aldıkları puanlar dikkate alınmış olup ölçekten alınan puanlardaki artış kaygı düzeyindeki artışa işaret etmektedir.

Çizelge 3.9. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Kaygı
	$\bar{X} \pm SS / \text{Sıra Ortalaması}$
Yaş	
18-24	89,07
25-30	77,54
31-35	74,35
36-40	82,32
41-45	81,73
46+	108,40
KW	6,002
P	0,306
Medeni durum	
Bekar	87,41
Evli	81,81
Diğer	88,04
KW	0,596
P	0,742
Çocuk sayısı	
Yok	86,89

1	75,00
2	86,76
3 ve üzeri	83,21
KW	1,037
P	0,792
Öğrenim durumu	
İlkokul ve öncesi	96,31
Ortaokul	85,15
Lise	83,61
Üniversite	76,82
KW	4,319
P	0,229
Çalışma durumu	
Çalışıyor	17,09±12,28
Çalışmıyor	22,22±12,99
t	-2,318
P	0,022*
Meslek	
Yok	92,27
Profesyonel meslekler	69,53
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	88,38
Diğer	79,10
KW	4,536
P	0,209
Gelir durumu	
2825 TL ve altı (1)	25,34±14,50
2826 TL - 4000 TL (2)	18,02±11,65
4001 TL - 6000 TL (3)	19,60±13,04
6001 TL ve üzeri (4)	20,74±11,54
F	2,813
P	0,041*
Bonferroni	2<1
Gelir memnuniyeti	
Çok memnunum (1)	92,71
Memnunum (2)	75,14
Kararsızım (3)	107,13
Memnun Değilim (4)	75,58
Hiç memnun değilim (5)	107,39
KW	13,648
P	0,009*
Bonferroni	2<3
Sigara kullanımı	
Hayır	80,75
Evet	103,25
U	1435,000
p	0,025*
Bakıma ihtiyaç olan yaşta çocuk olma durumu	
Yok	20,29±12,85
Var	22,75±13,40
t	-1,010
P	0,314
Geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruziyet	
Hayır	19,48±12,76
Evet	24,17±13,02
t	-2,141
p	0,034*
Geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruziyet	

Hayır	19,43±12,73
Evet	22,70±13,14
t	-1,623
P	0,107
Geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruziyet	
Hayır	80,06
Evet	106,70
U	1338,500
p	0,008*
Halen psikolojik aile içi şiddete maruziyet	
Hayır	19,66±12,54
Evet	24,39±13,78
t	-2,049
P	0,042*
Boşanmış ya da ayrı yaşama durumu	
Hayır	84,96
Evet	80,64
U	1280,500
p	0,721
Danışmanlık hizmeti alma süresi	
1 hafta	73,24
1 Hafta-1 Ay Arası	85,20
1 Ay - 3 Ay Arası	85,22
3 Ay - 6 Ay Arası	89,73
6 Ay ve üzeri	103,56
F	3,789
P	0,435

* p<0,05;

Araştırmaya katılan kadınların Beck Kaygı Ölçeği puanlarının, sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, F (ANOVA) testi, Kruskal-Wallis H testi ve Bonferroni testi sonuçları Çizelge 3.9.'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaşları ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sayısı ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre çalışmıyor olanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların meslekleri ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların gelir durumları ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre gelir düzeyi 2825 TL ve altı olan grubun kaygı puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi uygulanmıştır. Testin sonucuna göre 2825 TL ve altı olan grubun kaygı puan ortalamasının 2826 TL – 4000 TL olan gruptan daha fazla olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların gelir memnuniyet durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre gelir düzeyinden hiç memnun olmayan grubun kaygı puan sıra ortalamalarının diğer gruplara göre fazla olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi uygulanmıştır. Testin sonucuna göre kararsız olan grubun kaygı puan sıra ortalaması memnun olan gruptan daha büyük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların sigara kullanımı ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre sigara içenlerin kaygı düzeyinin içmeyen gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların bakıma ihtiyaç olan yaşta çocuğunun olması ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların boşanmış ya da ayrı yaşama durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların sağlıklı hayat merkezi psikososyal danışmanlık birimlerinden danışmanlık hizmeti alma süreleri ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

3.3. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların benlik saygısı düzeylerine ilişkin envanter ortalama değerleri öncelikle ayrı bir çizelge halinde verilmiş olup daha sonra araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ile Benlik Saygısı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme için kadınların Sosyodemografik Bilgi Formu'na verdikleri yanıtlar ile Beck Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar dikkate alınmıştır.

Çizelge 3.10. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Coopersmith Benlik Saygısı (CBSE) Envanteri Puanlarının Dağılımı

Özellikler	CBSE
	$\bar{X} \pm SS / \text{Sıra Ortalaması}$
Yaş	
18-24 (1)	66,75
25-30 (2)	84,29
31-35 (3)	93,20
36-40 (4)	86,89
41-45 (5)	115,63
46+ (6)	70,33
KW	19,801
P	0,001*
Bonferroni	1<5
Medeni durum	
Bekar (1)	69,43
Evli (2)	92,59
Diğer (3)	88,08
KW	7,832
P	0,020*
Bonferroni	1<2
Çocuk sayısı	
Yok (1)	70,02
1 (2)	93,45
2 (3)	86,27
3 ve üzeri (4)	99,81
KW	10,612
P	0,014*
Bonferroni	1<4
Öğrenim durumu	
İlkokul ve öncesi	77,08
Ortaokul	86,09
Lise	85,30
Üniversite	88,67
KW	1,566
P	0,667
Çalışma durumu	

Çalışıyor	59,83±21,00
Çalışmıyor	52,48±22,86
t	1,897
P	0,060
Meslek	
Yok (1)	63,34
Profesyonel meslekler (2)	86,67
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar (3)	87,68
Diğer (4)	102,17
KW	10,221
P	0,017*
Bonferroni	1<4
Gelir durumu	
2825 TL ve altı	49,36±26,24
2826 TL - 4000 TL	58,55±18,35
4001 TL - 6000 TL	55,70±23,31
6001 TL ve üzeri	53,29±21,94
F	1,408
P	0,242
Gelir memnuniyeti	
Çok memnunum (1)	107,21
Memnunum (2)	93,79
Kararsızım (3)	58,63
Memnun Değilim (4)	89,69
Hiç memnun değilim (5)	52,08
KW	20,854
P	0,000*
Bonferroni	3<1; 3<2; 5<1; 5<2
Sigara kullanımı	
Hayır	87,79
Evet	68,05
U	1499,500
p	0,050*
Bakıma ihtiyaç olan yaşta çocuk olma durumu	
Yok	54,84±22,61
Var	53,22±22,58
t	0,381
P	0,704
Geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruziyet	
Hayır	57,49±21,20
Evet	47,00±24,25
t	2,779
p	0,006*
Geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruziyet	
Hayır	57,52±22,22
Evet	50,37±22,48
t	2,050
P	0,042*
Geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruziyet	
Hayır	90,45
Evet	54,77
U	1127,500
p	0,000*
Halen psikolojik aile içi şiddete maruziyet	
Hayır	57,63±21,51
Evet	44,78±23,16
t	3,264

<i>P</i>	0,001*
Boşanmış ya da ayrı yaşama durumu	
Hayır	84,31
Evet	86,11
U	1321,00
<i>p</i>	0,882
Danışmanlık hizmeti alma süresi	
1 hafta	83,49
1 Hafta-1 Ay Arası	78,68
1 Ay - 3 Ay Arası	77,53
3 Ay - 6 Ay Arası	94,06
6 Ay ve üzeri	112,61
F	5,875
<i>P</i>	0,209

* $p < 0,05$;

Araştırmaya katılan kadınların Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri puanının sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının tespit edilebilmesi için yapılan bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, F (ANOVA) testi, Kruskal-Wallis H testi ve Bonferroni testi sonuçları Çizelge 3.10'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaşları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre 41-45 yaş aralığında olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi uygulanmıştır. Testin sonucuna göre 41-45 yaş olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının 18-24 yaş olan gruptan daha büyük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre evli olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi uygulanmıştır. Testin sonucuna göre evli olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının bekar olan gruptan daha büyük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sayısı ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre 3 ve üzeri olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi uygulanmıştır. Testin sonucuna göre 3 ve üzeri çocuk sayısı olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının çocuğu olmayan gruptan daha büyük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumu ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların meslekleri ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre “diğer meslek” grubunun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni uygulanmıştır. Testin sonucuna göre “diğer meslek” grubunun benlik saygısı puan sıra ortalamasının, mesleği olmayan gruptan daha büyük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların gelir durumu ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların gelir memnuniyet durumu ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre gelirinden çok memnun olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit edebilmek için çoklu karşılaştırma testlerinden biri olan Bonferroni testi uygulanmıştır. Testin sonucuna göre çok

memnun ve memnun olan grupların benlik saygısı puan sıra ortalamasının kararsız olan ve hiç memnun olmayan gruplardan daha büyük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların sigara kullanımı ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre sigara kullanmayanların benlik saygısı düzeyinin diğer gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olması ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların boşanmış olma ya da ayrı yaşıyor olma durumlarının olması ya da olmaması ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların sağlıklı hayat merkezi sosyal hizmet danışmanlığı ve psikolojik danışmanlık birimlerinden danışmanlık hizmeti alma süreleri ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

3.4. Kadınların Kaygı Düzeyleri ve Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Değerlendirmede öncelikle her iki envanter arasında ilişki olup olmadığı belirlenmiş, daha sonra sırayla benlik saygısının kaygı üzerinde etkisi ve kaygının benlik saygısı üzerinde etkisi belirlenmiştir. Bu değerlendirme için kadınların Beck Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nden Aldıkları Puanlar dikkate alınmıştır.

Çizelge 3.11. Araştırmaya Katılan Kadınların Kaygı Düzeylerinin Dağılımı (n=168)

		n	%
Kaygı	Yok denecek kadar az	30	17,9
	Hafif düzeyde	38	22,6
	Orta düzeyde	41	24,4
	Şiddetli düzeyde	59	35,1

Araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeylerinin %17,9'unun yok denecek kadar az, %22,6'sının hafif, %24,4'ünün orta, ve %35,1'inin şiddetli düzeyde olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.12. Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Envantere İlişkin Ortalama Değerler

Ölçekler	En küçük-en büyük değerler	$\bar{X} \pm SS$
Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği	0,00-56,00	20,82±12,97
Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	0,00-96,00	54,49±22,54

Araştırmada kullanılan ölçek ve envanter ortalama değerleri, kaygı ölçeği için; 20,82±12,97 ve benlik saygısı envanteri için 54,49±22,54 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.13. Beck Kaygı Ölçeği ile Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Arasındaki İlişki

Ölçekler	Kaygı	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Benlik Saygısı	-0,419	0,000

Çizelge 3.13'te gösterilen Pearson korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, kaygı ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ($r=-0.419$, $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur. Kaygı düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi azalmaktayken, benlik saygısı düzeyi arttıkça kaygı düzeyi düşmektedir.

Çizelge 3.14. Kaygının Benlik Saygısı Üzerinde Etkisini Açıklamak Üzere Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	<i>t</i>	<i>p</i>	Beta	F	Model (p)	Adjusted R2
Benlik Saygısı	Sabit	69,637	23,193	0,000				
	Kaygı	-0,727	-5,938	0,000	-0,419	35,255	0,000	0,170

Kaygının benlik saygısı üzerinde etkisini açıklamak üzere regresyon analizi yapılmıştır. Analizde F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=35,255$; $p<0,05$). Kaygıya ait Beta katsayısı, *t* değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; benlik saygısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu anlaşılmaktadır ($p<0,05$).

Kaygıdaki bir birimlik artış benlik saygısında 0,727'lik bir azalışa neden olur. Benlik saygısı üzerindeki değişimin %17,0'ının kaygı ile açıklandığı görülmektedir (Düzenlenmiş $R^2=0,170$). Sonuçlara göre, kaygının benlik saygısı üzerinde etkisi Beta=-0,419 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.15. Benlik Saygısının Kaygı Üzerinde Etkisini Açıklamak Üzere Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	Beta	F	Model (p)	Adjusted R2
Kaygı	Sabit	33,937	14,196	0,000				
	Benlik Saygısı	-0,241	-5,938	0,000	-0,419	35,255	0,000	0,170

Benlik saygısının kaygı üzerinde etkisini açıklamak üzere regresyon analizi yapılmıştır. Analizde F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır (F=35,255; p<0,05). Benlik saygısına ait Beta katsayısı, t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu anlaşılmaktadır (p<0,05). Benlik saygısındaki bir birimlik artış kaygıda 0,241'lik bir azalışa neden olur. Kaygı üzerindeki değişimin %17,0'ının benlik saygısı ile açıklandığı anlaşılmaktadır (Düzenlenmiş $R^2=0,170$). Sonuçlara göre, benlik saygısının kaygı üzerinde etkisi Beta=-0,419 olarak bulunmuştur.

3.5. Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların sosyal hizmet ihtiyaçları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme için Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyacının Belirlenmesine Dair Form'a verdikleri yanıtlar dikkate alınmıştır.

Çizelge 3.16. Araştırmaya Katılan Kadınların Başvuru Yapmış Oldukları Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarına Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler		n	%
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü/SHM*	Hayır	142	84,5
	Evet	26	15,5
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş Kaymakamlık (SYDV)*	Hayır	151	89,9
	Evet	17	10,1
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş Büyükşehir Belediyesi*	Hayır	154	91,7
	Evet	14	8,3
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş İlçe Belediyesi*	Hayır	164	97,6
	Evet	4	2,4
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş Dernek, Vakıf ve Sivil Toplum Kuruluşu*	Hayır	164	97,6
	Evet	4	2,4
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş Sağlıklı Hayat Merkezi*	Evet	168	100,0
	Hayır	148	88,1
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş Hastane*	Evet	20	11,9
	Hayır	104	61,9
Başvuru Yapılan Kurum/Kuruluş Diğer (Okul Rehberlik Servisi, Özel Danışmanlık Merkezi Vb.)	Evet	64	38,1
	Hayır	104	61,9

*Çoktan seçmeli

Araştırmaya katılan kadınların başvuru yapmış oldukları sosyal hizmet kurum/kuruluşları yönünden, tamamının Sağlıklı Hayat Merkezlerine, %38,1'inin diğer (okul rehberlik servisi, özel danışmanlık merkezi vb.) kurum/kuruluşlara, %15,5'inin Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü/SHM'ye, %11,9'unun hastanelere, %10,1'inin Kaymakamlık/SYDV'na, %8,3'nün Büyükşehir Belediyesine, %2,4'ünün İlçe Belediyelere ve %2,4'ünün ise Vakıf ve Sivil Toplum Kuruluşlarına başvuru yaptıkları bulunmuştur.

Çizelge 3.17. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarına Başvuru Amacına Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler		n	%
Başvuru amacı ekonomik destek*	Hayır	136	81,0
	Evet	32	19,0
Başvuru amacı psikolojik destek*	Hayır	9	5,4
	Evet	159	94,6
Başvuru amacı şiddete maruz kalma*	Hayır	158	94,0
	Evet	10	6,0
Başvuru amacı kadın sığınma evi başvurusu ve/veya bilgi alma*	Hayır	168	100,0
Başvuru amacı engelli ve/veya yaşlı bakımı desteği*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8
Başvuru amacı çocuklara yönelik destek (kreş, çim vb.)*	Hayır	162	96,4
	Evet	6	3,6
Başvuru amacı polis ve jandarma yönlendirmesi*	Hayır	164	97,6
	Evet	4	2,4
Başvuru amacı savcılık veya mahkeme kararı/yönlendirmesi*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8
Başvuru amacı diğer (beslenme danışmanlığı vb.)*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8

*Çoktan seçmeli

Araştırmaya katılan kadınların sosyal hizmet kurum/kuruluşlarına başvuru amacının %94,6'sının psikolojik destek, %19,0'ının ekonomik destek olduğu bulunmuştur. Kalan diğer gruplara bakıldığında ise %6,0'ının şiddete maruz kalma, %3,6'sının çocuklara yönelik destek (kreş, çim vb.), %2,4'ünün polis veya jandarma yönlendirmesi, %1,8'inin engelli ve yaşlı bakımı desteği, %1,8'inin savcılık ve/veya mahkeme kararı ve %1,8'inin ise diğer (beslenme danışmanlığı vb.) nedenlerine bağlı olarak başvuru yaptıkları görülmüştür.

Çizelge 3.18. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum/Kuruluşlarından Haberdar Olma Yoluna Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler	n	%
Gazete-Radyo-TV	6	3,6
Belediye afiş ve panoları aracılığı ile	2	1,2
İnternet aracılığı ile	16	9,5
Arkadaş, eş dost tanıdık aracılığı ile	116	69,0
Diğer kurum personeli	19	11,3
yönlendirmesiyle (aile hekimi, öğretmen, polis vb.)		
Diğer (tesadüfen vb.)	9	5,4

Araştırmaya katılan kadınların, sosyal hizmet kurum/kuruluşlarından haberdar olma yolu yönünden, %69,0'ının arkadaş, eş dost tanıdık aracılığı ile, %11,3'ünün ise diğer kurum personeli yönlendirmesiyle kurum/kuruluşlardan haberdar olduğu bulunmuştur. Kalan diğer gruplara bakıldığında ise %9,5'inin internet aracılığı ile, %3,6'sının gazete-radyo-televizyon aracılığı ile ve %1,2'sinin ise belediye afiş ve panoları ile başvuru yapmış oldukları sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarından haberdar olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.19. Araştırmaya Katılan Kadınların Hizmetlere Erişim Sürecini, Erişime Kolaylık Yönünden Değerlendirmelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler	n	%
Erişimi benim için basit ve kolay bir süreçti	119	70,9
Erişim benim için kısmen güç bir süreçti	33	19,7
Erişim benim için zorlu bir süreçti	14	8,3
Erişim benim için engellerle dolu zor bir süreçti	2	1,1

Araştırmaya katılan kadınların %70,9'u hizmetlere erişiminin kendisi için basit ve kolay bir süreç olduğu bulunmuştur. Kalan diğer gruplara bakıldığında, hizmetlere

erişimin %19,7'si için kısmen güç bir süreç olduğu, %8,3'u için erişimin zorlu bir süreç olduğu, %1,1'si için ise engellerle dolu bir süreç olarak değerlendirdiği yönünde bulgulara ulaşılmıştır.

Çizelge 3.20. Araştırmaya Katılan Kadınların Sunulan Hizmetlere Yönelik Erişimde Güçlük Yaratan Esas Neden Konusunda Düşüncelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler	n	%
Kurumlar ve hizmetler hakkında yeterli bilgi sahibi olmama	18	36,7
Diğer kurum personeli tarafından yeterli bilgilendirilme yapılmaması	3	6,1
Erişimde güçlük yaratan esas neden		
Kamu kurum personelinin yeterli bilgi sahibi olmaması	5	10,2
Aile ilişkilerinden kaynaklı engeller	7	14,3
Diğer (ulaşım vb.)	16	32,7

Araştırmaya katılarak, sunulan hizmetlere erişimde güçlüğü çektiğini ifade eden 49 katılımcının, erişimde güçlük yaratan esas neden konusunda; %36,7'lik oranla kurumlar ve hizmetler hakkında yeterli bilgi sahibi yönünde görüş bildirdikleri bulunmuştur. Kalan diğer gruplara bakıldığında ise %6,1'inin diğer kurum personeli tarafından yeterli bilgilendirilme yapılmaması, %32,7'sinin diğer (ulaşım vb.) nedenlerden, %1,2'sinin kamu kurum personelinin yeterli bilgi sahibi olmamasını erişimde güçlük yaratan esas neden olarak ortaya koydukları görülmüştür.

Çizelge 3.21. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyal Hizmet Kurum ve Kuruluşlarınca İhtiyaca Dönük Çözümler Üretilip/Üretilmediği Konusundaki Düşüncelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler	n	%
İhtiyaca dönük çözümler üretildiğini düşünme		
Evet	105	62,5
Kısmen	60	35,7
Hayır	3	1,8

Araştırmaya katılan kadınların sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca dönük çözümler üretilip/üretildiğine ilişkin olarak düşünceleri sorulduğunda; %62,5'inin ihtiyaca yönelik çözümler üretildiğini, %35,7'sinin kısmen çözümler üretildiğini, %1,8'inin ise çözümler üretilmediğini düşündüğü bulunmuştur.

Çizelge 3.22. Araştırmaya Katılarak Sosyal Hizmet Kurum ve Kuruluşlarınca İhtiyaca Dönük Çözümler Üretilmediğini İfade Eden Kadınların Bunun Nedenleri Konusundaki Düşüncelerinin Belirlenmesine Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler		n	%
Çözüm üretilmeme nedeni, ihtiyaca dönük uygun hizmet modelinin olmaması*	Hayır	53	84,1
	Evet	10	15,9
Çözüm üretilmeme nedeni, hizmetlerin kapsamlı olmaması*	Hayır	54	85,7
	Evet	9	14,3
Çözüm üretilmeme nedeni, personelin ilgisiz tutumu*	Hayır	57	90,5
	Evet	6	9,5
Çözüm üretmeme nedeni, iletişim eksikliği*	Hayır	56	88,9
	Evet	7	11,1
Çözüm üretilmeme nedeni, geri dönüş yapılmaması*	Hayır	52	82,5
	Evet	11	17,5
Çözüm üretilmeme nedeni, diğer*	Hayır	35	55,6
	Evet	28	44,4

*Çoktan seçmeli

Araştırmaya katılarak sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca dönük çözümler üretilmediğini ifade eden 63 katılımcının, bunun nedenleri konusunda; %15,9'unun ihtiyaca yönelik uygun hizmet modelinin olmaması, %14,3'ünün hizmetlerin kapsamlı olmaması, %17,5'inin geri dönüş yapılmaması, %9,5'i personelin ilgisiz tutumu, %11,1'i iletişim eksikliği, %44,4'ünün diğer nedenlerden kaynaklandığı yönünde görüş bildirdiği bulunmuştur.

Çizelge 3.23. Araştırmaya Katılan Kadınların İlk Sırada Gelen Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesine Göre Dağılımı (n=168)

Özellikler		n	%
İlk sırada gelen ihtiyaç bireysel psikolojik danışmanlık*	Hayır	33	19,6
	Evet	135	80,4
İlk sırada gelen ihtiyaç aile danışmanlığı*	Hayır	105	62,5
	Evet	63	37,5
İlk sırada gelen ihtiyaç ekonomik yardım*	Hayır	138	82,1
	Evet	30	17,9
İlk sırada gelen ihtiyaç engelli ve yaşlı bakım desteği*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8
İlk sırada gelen ihtiyaç çocuk bakımı desteği*	Hayır	152	90,5
	Evet	16	9,5
İlk sırada gelen ihtiyaç iş bulma*	Hayır	157	93,5
	Evet	11	6,5
İlk sırada gelen ihtiyaç meslek edindirme kursları*	Hayır	155	92,3
	Evet	13	7,7
İlk sırada gelen ihtiyaç hobi, sanat, kurs ve aktiviteleri*	Hayır	146	86,9
	Evet	22	13,1
İlk sırada gelen ihtiyaç diğer (beslenme danışmanlığı)*	Hayır	165	98,2
	Evet	3	1,8

*Çoktan seçmeli

Araştırmaya katılan kadınların ilk sırada gelen sosyal hizmet ihtiyacının %80,4'ünün bireysel psikolojik danışmanlık, %37,5'inin aile danışmanlığı olduğu bulunmuştur. Kalan diğer gruplara bakıldığında, ilk sırada gelen sosyal hizmet ihtiyacının %17,9'unun ekonomik yardım, % 13,1'inin ihtiyaç hobi, sanat, kurs ve aktiviteleri, %9,5'inin çocuk bakımı desteği, %7,7'sinin meslek edindirme kursları, %6,5'inin iş bulma, %1,8'inin engelli ve yaşlı bakım desteği, %1,8'inin ise diğer (beslenme danışmanlığı vb.) olduğu bulunmuştur.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma da Konya İli Karatay İlçe Sağlık Müdürlüğü bağlı kuruluşu olarak faaliyet göstermekte olan Nakipoğlu 01 No.lu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri'ne başvuran 18-65 yaş arası gönüllü kadınların kaygı düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki ve kadınların sosyal hizmet ihtiyaçları incelenmiştir.

Bu amaçla, çalışmanın birinci bölümünde kaygı, benlik saygısı ve sosyal hizmet ile ilgili olduğu düşünülen görüş ve araştırmalara yer verilmiş, var olan literatür bilgisi çalışmanın amaçları doğrultusunda ortaya konulmuş; araştırmanın problemi, amacı, önemi, sayıltıları, sınırlılıkları ve tanımları gibi araştırmanın kurgusuna yönelik bilgi verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde araştırmanın modeli yanında verilerin elde edildiği evren ve örneklem, veri toplama araçları, veri toplama süreci, verilerin işlenmesi ve çözümlenmesi, araştırmada kullanılan ölçek ve envanterin güvenilirlik katsayılarının değerlendirilmesi, araştırmanın süresi ve maliyeti ile etik konulara ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde verilerin istatistiksel analizlerine ve bu analizlerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. “Tartışma” başlıklı bu bölümde ise analizler sonucunda ortaya çıkan bulgular, ilgili literatür bağlamında ve araştırmacının yorum ve değerlendirmelerine bağlı olarak tartışılmış, ayrıca konuya ilişkin daha önce gerçekleştirilmiş olan diğer araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

Bu bölüm; “Kadınları Tanıtıcı Sosyodemografik Bilgiler”, “Kadınların Sosyo Demografik Özellikleri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, “Kadınların Sosyo Demografik Özellikleri ile Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, “Kadınların Kaygı Düzeyleri ve Benlik Saygısı Düzeyleri ile Bunlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” ve “Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesi” olmak üzere beş temel başlıkta ele alınmış ve bulgular bu temel başlıklar çerçevesinde ve ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

4.1. Kadınları Tanıtıcı Sosyo-Demografik Bilgiler

Araştırma kapsamına alınan gönüllülerin tamamı kadındır. Kadınların yaşları 18 ile 65 yaş arasında değişmekte olup %30,4'ünün 18-24 yaş aralığında olduğu belirlenmiş ve yaş ortalamaları 32,7 olarak bulunmuştur.

Literatürde yer alan benzer araştırmalar incelendiğinde, Kara'nın (2016), İstanbul İli Ataşehir İlçesi'nde bir psikolojik danışmanlık merkezine başvuran kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada kadınların %24,7'sinin 31- 35 yaş aralığında ve yaş ortalamalarının 32,74 olduğu bulunmuştur. Keloğlu'nun (2017) İstanbul İli Kadıköy İlçesi'nde ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların % 28,0'ının 30-39 yaş aralığında ve yaş ortalamalarının 41,13 olduğu bulunmuş; Çelebi Çelik'in (2016) İstanbul ili Maltepe ilçesinde bulunan özel bir tıp merkezine psikolojik danışmanlık için başvuran kadınlar ile yapmış olduğu araştırma da, kadınların yaş ortalaması 28,14 olarak bulunmuştur. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçlar, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte olup danışmanlık merkezlerinden, sosyal hizmet danışmanlığı ve psikolojik danışmanlık birimlerinden danışmanlık hizmeti alan kadınların yaş ortalamalarının ağırlıklı olarak 30'lu yaşlarda kümelendiği ve genç-orta yaş grubunun danışmanlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığı ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların %53,6'sının evli, % 32,1'inin bekar olduğu; %37,5'inin çocuğunun olmadığı, %62,5'inin bir ve üzeri sayıda çocuğunun olduğu; %23,8'inin lise, %39,3'ünün üniversite düzeyin de eğitiminin olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.1.).

Literatürde yer alan benzer araştırmalar incelendiğinde, Kara'nın (2016), psikolojik danışmanlık merkezine başvuran kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %50,6'sının evli, %49,4'ünün ise bekâr olduğu; %52,6'sının bir ve üzeri sayıda çocuğunun olduğu görülmüştür. Keloğlu'nun (2017) ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %53,5'inin evli, %35,5'inin bekar olduğu bulunmuştur. Dolayısı ile

araştırmadan elde edilen bu sonuçlar, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte olup danışmanlık merkezlerinden, psikososyal danışmanlık hizmeti alan kadınların oransal olarak yarıya yakın bölümünün evli olduğu, yarıdan fazlasının çocuğunun olduğu ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların, %23,8'inin lise, %39,3'ünün üniversite düzeyinde eğitiminin olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.1.).

Literatürde yer alan benzer araştırmalar incelendiğinde, Çelebi Çelik'in (2016) araştırmasının bulgularına göre, psikolojik danışmanlık için başvuran kadınların % 26,0'sının lise mezunu, % 60,0'ının üniversite düzeyinde eğitim almış oldukları belirlenmiştir. Kara'nın (2016), psikolojik danışmanlık merkezine başvuran kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %70,1'inin üniversite düzeyinde öğrenim gördüğü bulunmuştur. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçlar, alan yazındaki genel araştırma sonuçlarından üniversite mezunu kadın oranı bakımından farklılık göstermekte olup diğer araştırmalarda üniversite mezunu kadın oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, diğer araştırmaların İstanbul gibi daha metropol bir şehirde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan kadınların %27,4'ünün gelir getirici bir işte çalıştığı; gelir getirici işlerde çalışanların %47,0'ının nitelik gerektirmeyen işlerde çalıştığı; %31,5'inin 2826-4000 TL arası düzeyde aylık gelirinin olduğu ve %56,5'inin gelir düzeyinden memnun ve çok memnun olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.1.).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Kara'nın (2016), psikolojik danışmanlık merkezine başvuran kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, kadınların %61'inin herhangi gelir getirici bir işte çalışmakta olduğu, %65,6'sının ekonomik durumunun orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Döğücü'nün (2019) Antalya İlinde ikamet eden evli kadınlarla yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların, %52,6'sının gelir getirici bir işte çalışmakta olduğu; %34,0'ının, 0-2500 TL gelire sahip olduğu bulunmuştur. Nalbantoğlu'nun

(2011) Denizli Toplum Sağlığı Merkezi Bölgelerinde yaşayan kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların çalışma statülerine bakıldığında sadece %20,8'inin formel bir işte çalıştığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Dolayısı ile konuyla ilgili literatürde, çalışan kadın oranı ile ilgili olarak farklı sonuçlar olduğu görülmüş olmakla birlikte, oranlarda ki bu farklılığın, araştırmaların sosyo-ekonomik kalkınma düzeyi farklı bölge ve şehirlerde yürütülmüş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bağlamda İstanbul İli Ataşehir İlçesi'nde yürütülen Kara'nın (2006) çalışmasında çalışan kadın oranının %61 gibi oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmanın gelir düzeyi ile ilgili bulgularının, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte olduğu ve araştırmaya katılan kadınların yaklaşık üçte birinin asgari ücret altı – düşük gelir düzeyinde gelirden olduğu ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların, %16,7'sinin sigara, %2,4'ünün alkol kullandığı ve ilk sırada tansiyon ve solunum sistemi hastalıkları gelmek üzere %15,6'sının kronik hastalığının olduğu bulunmuştur (Çizelge, 3.2. ve 3.3.).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Nalbantoğlu'nun (2011) erişkin kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %20,6'sının sigara içmekte iken %2,8'inin alkol kullandığı; %28,5'inin kronik hastalığının olduğu, hastalıkların dağılımına bakıldığında ise %7,3 ile diyabet ve %7,3 ile hipertansiyonun en sık görülen hastalıklar olduğu bulunmuştur. Özkaynak'ın (2020) Ankara ili merkez ilçe sosyal hizmet merkezlerine başvuru yapmış yetişkin kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmanın bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların %29,2'sinin kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçlar, sigara içme oranları bakımından alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte olup, sigara içen kadın oranının % 16-20 aralığında olduğu; kronik hastalık oranları yönünden ise %15,6 ile alan yazındaki genel araştırma sonuçlarından daha düşük bir orana karşılık geldiği ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte %42,3'ünün psikolojik aile içi şiddete, %28,6'sının fiziksel aile içi şiddete, %16,7'sinin ekonomik aile içi şiddete, % 3,6'sının

ise cinsel aile içi şiddete maruz kaldığı; kadınların halen %24,4'ünün psikolojik aile içi şiddete, %7,1'inin fiziksel aile içi şiddete, %5,4'ünün halen ekonomik aile içi şiddete ve %1,2'sinin ise cinsel aile içi şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Çizelge 3.4.).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Özkaynak'ın (2020) yetişkin kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmanın bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların %22,3'ünün fiziksel, %8,9'unun cinsel, %24,1'inin psikolojik ve %13,7'sinin ekonomik şiddete maruz kalmakta oldukları ve %26,6'sının halen devam eden şiddet öyküsünün olduğu bulunmuştur. Akalın ve Arıkan'ın (2017) Ankara Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine başvuran kadınlar ile gerçekleştirmiş oldukları çalışma da araştırmaya katılan kadınların, %32,8'inin fiziksel, %50,0'ının sözel, %10,7'sinin ekonomik ve %6,5'inin cinsel şiddet olmak üzere %61'inin eşinin şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların şiddet öyküsüne dair araştırmadan elde edilen bu sonuçlar kadınların geçmiş ve şimdiki şiddet deneyimlerini ayrı ayrı içerdiğinden, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile doğrudan karşılaştırma yapma imkanı bulunmamakla birlikte, araştırmalardan çıkan ortak sonuçların, tümünde de en yüksek şiddet alt başlığı oranının psikolojik şiddet olduğu, onu sırasıyla fiziksel ve ekonomik şiddetin takip ettiği, en düşük oranının ise cinsel şiddet olduğu görülmektedir. Ayrıca yapmış olduğumuz araştırmada tüm şiddet alt başlıklarında kadınların geçmişe oranla deneyimledikleri şiddet oranlarında ciddi düşüşler dikkati çekmektedir. Örneğin geçmişte psikolojik şiddete maruz kaldığını ifade edenlerin oranı %42,3 iken, halen psikolojik şiddete maruz kaldığını ifade edenlerin oranının %24,4'e gerilediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %10,7'sinin (18 kişi), boşanmış ya da ayrı yaşıyor olduğu; boşanmış ya da ayrı yaşıyor grubunda olan 18 kadının boşanma ve ayrı yaşamaya neden olarak %61,1'inin aile ile ilgili konularda sorumsuzluk şeklinde görüş bildirdiği bulunmuştur (Çizelge 3.5.).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Nalbantoğlu'nun (2011) Denizli Toplum Sağlığı Merkezi Bölgelerinde ikamet eden 20-59 yaş arası erişkin kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların %9'unun

eşi ölmüş, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayan kadınların olduğu grupta yer aldığı belirlenmiştir. Çelebi Çelik'in (2016) araştırmasının bulgularına göre, psikoloğa başvuran kadınların %3'ünün boşanmış olduğu belirlenmiş fakat boşanma nedenleri hakkında literatür bilgisine ulaşamamıştır. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen boşanmış olma ve ayrı yaşıyor olma ile ilgili bu sonuçların ve alan yazındaki genel araştırma sonuçlarının araştırma örneklem sayılarının düşük olması nedeniyle farklılık gösterdiği ve dalgalanmalar ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %4,2'sinin evinde bakım alan engelli, %3,6'sının evinde bakım alan yaşlı olduğu ve %21,4'ünün ise bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olduğu belirlenmiştir. (Çizelge 3.6.).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Özkaynak'ın (2020) Ankara ili merkez ilçe sosyal hizmet merkezlerine başvuru yapmış yetişkin kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmanın bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların %40,6'sının evinde bakım sorumluluğu katılımcıya ait olan engelli ve/veya kronik hastalığı olan kişiler olduğu bulunmuştur. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, bakım yükü yönünden alan yazındaki genel araştırma sonuçlarından oldukça düşük oranlarda olduğu görülmektedir. Bu yönüyle, danışmanlık hizmetlerine başvuran kadınların, daha az bakım yüküne sahip oldukları düşünülebilir fakat bunun için daha büyük örneklem ile ve daha fazla sayıda araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların %29,2'sinin "1 hafta-1 ay" süredir psikososyal danışmanlık hizmeti aldığı bulunmuştur (Çizelge 3.7.). Literatürde, kadınların psikososyal danışmanlık hizmeti alma sürelerini analiz eden araştırma bulgusuna rastlanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %80,4'ünün sosyal hizmet kurumlarında sunulan hizmetlerden çok memnun ve memnun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.8.). Literatürde, kadınların sosyal hizmet kurumlarında sunulan hizmetlerden memnuniyet düzeyini analiz eden araştırma bulguları incelendiğinde bizim araştırmamızdakine

benzer genel bir bulguya ulaşılammış olmakla birlikte kurum/kuruluş bazlı çeşitli araştırma sonuçlara ulaşılmış olup bu sonuçlar incelendiğinde; Çiltaş ve Çalık Var'ın (2019), Ankara ilinde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB)'na bağlı 4 farklı kadın konukevinden hizmet almakta olan kadınların kadın konuk evlerinde sunulan hizmetlerden memnun olduğu, ayrıca, katılımcı kadınların “barınma, danışmanlık ve yönlendirme” hizmetlerinden çok memnun olduğu; “psikolojik, hukuki, tıbbi ve ekonomik destek” hizmetlerinden ise memnun olduğu belirlenmiştir. Dede (2019) tarafından, suç mağduru kadınlara sosyal hizmetler temelinde verilen hizmetlerin değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmanın sonuçlarına göre, kadın konukevlerinin geliştirilmesi gereken koşulları olması yanında hizmet alan kadınların güçlenmelerine katkı sundukları, şiddeti önleme ve izleme merkezleri (ŞÖNİM)'nin ise kadınların güçlenme süreçlerine yeterince katkı sunmadığı belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen, sosyal hizmet kurumlarında sunulan hizmetlerden memnuniyet düzeyi ile ilgili yüksek oranda memnuniyet oranları ortaya koyan bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçlarından farklılık göstermesinin anlaşılabilir olduğu düşünülmektedir. Araştırmada her ne kadar gönüllülere genel olarak sosyal hizmet ihtiyaçları sorulmuş ve form ve envanterlerin doldurulması esnasında gerekli açıklamalar yapılmış olsa da, gönüllülerin bu soruyu yanıtlarken, içinde bulundukları ve halihazırda hizmet aldıkları sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık birimlerini düşünerek ve dikkate alarak bu soruya yanıt verdikleri düşünülmektedir.

4.2. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Kaygı (Anksiyete) Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu bölümünde; alkol kullanımı (alkol kullandığını ifade eden sadece 4 kadın), madde kullanımı (madde kullandığını ifade eden 0 kadın), kronik hastalıkların alt başlıkları (örneğin tansiyon rahatsızlığı olduğunu ifade eden sadece 6 kadın), geçmişte cinsel şiddete maruziyet (ifade eden 6 kadın), halen fiziksel şiddete maruziyet (ifade eden 12 kadın), halen ekonomik şiddet (ifade eden 9 kadın), halen

cinsel şiddet (ifade eden 2 kadın), evde bakım alan engelli (ifade eden sadece 7 kadın), evde bakım alan yaşlı (ifade eden 6 kadın) olduğu belirlenmiş olup ilgili başlıklar, sayıların analizler için çok küçük olması ve sağlıklı sonuçlar vermemesi nedeniyle kapsam dışı bırakılmış, kaygı ile ilişkilerine dair tartışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan kadınların Beck Kaygı Ölçeği puanının sosyodemografik özelliklere göre farklılaşma durumları değerlendirilmiş olup ilgili bulgular (Çizelge 3.9) üzerinde ayrıntılı olarak yer almaktadır. Araştırma bulguları değerlendirildiğinde;

Araştırmaya katılan kadınların yaşları ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Diğer araştırmalarca yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, Keloğlu'nun (2017) araştırmasında, kadınların yaşları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Yani kadınların yaşları arttıkça, kaygı ölçeğinden aldıkları puanlarda düşmektedir. Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu araştırmada, kadınların yaşları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Kara (2016) tarafından yapılan çalışmanın bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların, kaygı puanlarının, yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Erbay'ın (2015) araştırmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan çalışan ve çalışmayan kadınların yaşları ile kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Dolayısı ile literatürde yer alan sonuçlar farklılık göstermekle birlikte, genel olarak araştırmamızın sonuçlarına paralel şekilde, araştırmaya katılan kadınların yaşları ile kaygı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadığı yönünde bulgulara ulaşıtları görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Kara'nın (2016) çalışmasına göre kaygı puanlarının katılımcıların medeni durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Keloğlu'nun (2017) çalışmasının bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile ölçeklerden aldıkları kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Dolayısı ile

araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sayısı ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Diğer araştırmalarca yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, Budakoğlu ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınlarda çocuk sayısı ile kaygı şüphesi arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Erbay'ın (2015) araştırmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan çalışan ve çalışmayan kadınların çocuk sayıları ile kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Kara'nın (2016) gerçekleştirmiş olduğu araştırmanın sonuçlarına göre; araştırmada yer alan kadınların kaygı ölçeğinden almış oldukları puanların, kadınların çocuk sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiş olup çocuk sahibi olmayan katılımcıların kaygı puanlarının, iki ve daha fazla çocuk sahibi katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gezegen Ünlü'nün (2019) yapmış olduğu çalışmanın bulgularına göre; kadınların çocuk sayılarına göre psikolojik sağlıklarının risk altında olma durumu farklılık göstermektedir. Fazla çocuk sayısı ev yükünün artacağı, kadınların üzerindeki zaman baskısını yükselteceği ve her bir çocuk için fazladan çaba gerektireceği düşünüldüğünde, çocuk sayısı arttıkça kadınların psikolojik sağlıklarının olumsuz etkileneceği düşünülmektedir. Ancak elde edilen bulgular bu varsayımı desteklememektedir. Tek çocuklu kadınların, 2 çocuklu kadınların grubuna göre psikolojik sağlıklarının daha fazla risk altında olduğu ifade edilmektedir. Literatürde farklı sonuçlar görülmekte olup, konuyla ilgili olarak daha büyük örneklemle ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Diğer araştırmalarca yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, Keloğlu'nun (2017) araştırmasının bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumları ile ölçeklerden aldıkları kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunamamıştır. Çelebi Çelik'in (2016) araştırmasına göre, araştırmada yer alan kadınların, eğitim düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Kara'nın (2016) gerçekleştirmiş olduğu araştırmanın sonuçlarına göre araştırmada yer alan kadınların kaygı ölçeğinden almış oldukları puanların, kadınların öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Erbay'ın (2015) araştırmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan çalışan ve çalışmayan kadınların eğitim düzeyleri ile kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre çalışmıyor olan kadınların kaygı düzeyinin çalışıyor olan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Keloğlu'nun (2017) çalışmasının bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların çalışma durumları ile ölçeklerden aldıkları kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kara'nın (2016) gerçekleştirmiş olduğu araştırmanın sonuçlarına göre araştırmada yer alan kadınların kaygı ölçeğinden almış oldukları puanların, kadınların bir işte çalışıp çalışmamasına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Erbay'ın (2015) araştırmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınların bir işte çalışıp çalışmadıkları ile kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Budakoğlu ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarına göre, çalışmayan kadınların, çalışan kadınlara göre kaygı açısından daha riskli olduğu tespit edilmiştir. Çilli ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarına göre, gelir getirici bir işte çalışmayan ev kadınlarında kaygı alt ölçeği puan ortalaması çalışan kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bu bağlamda literatürde farklı sonuçlar görülmekte olup, araştırma bulgularının çalışma durumu ile kaygı puanı arasında fark olmadığı ile ilgili sonuçlar ortaya koyan araştırmalar ve çalışmayan kadınların, çalışan kadınlara oranla daha fazla kaygı düzeyine sahip olduğunu oraya koyan araştırmalar olarak iki ana grup sonuçlara ulaştığı görülmektedir. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak daha büyük örnekleme ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların meslekleri ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Erbay'ın (2015) araştırmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan çalışan kadınların çalıştıkları kurumlar ve çalıştıkları pozisyonlar ile kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Dolayısı ile sınırlı sayıda araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların gelir durumları ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre gelir düzeyi 2825 TL ve altı olan grubun kaygı puan sıra ortalamalarının diğer gelir gruplarına göre daha büyük olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Çıbık'ın (2019) yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre, gelir düzeyi düşük olan kadınlarda kaygı ve depresyon belirtilerinin anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır. Kara'nın (2016) gerçekleştirmiş olduğu araştırmanın sonuçlarına göre araştırmada yer alan kadınların kaygı ölçeğinden almış oldukları puanların, kadınların ekonomik düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çelebi Çelik'in (2016) çalışmasının sonuçlarına göre, araştırmada yer alan kadınların, gelir düzeyleri ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Okyay ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmanın bulgularına göre, gelir düzeyi düşük olan kadınların, gelir düzeyi yüksek olan kadınlara göre kaygı puanlarının anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu

sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile büyük oranda paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların gelir memnuniyet durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre gelir düzeyinden hiç memnun olmayan grubun kaygı puan sıra ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili literatür incelenmiş fakat kadınlarda gelir memnuniyet durumu ile kaygı düzeyi ilişkisine dair araştırma bulgusuna rastlanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sigara kullanımı ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre sigara içenlerin oluşturduğu grubun kaygı düzeyinin sigara içmeyenlerin oluşturduğu gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Altınel'in (2008) çalışmasının sonuçlarına göre, sigara içen kadınlarda kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmişti. Budakoğlu ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarına göre, sigara kullanan kadınların, sigara kullanmayan kadınlara göre kaygı düzeyi açısından daha riskli olduğu tespit edilmiştir. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile büyük oranda paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde kadınların geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı düzeyi ilişkisine dair doğrudan bir araştırma bulgusuna rastlanmamış olmakla birlikte Kara'nın (2016) gerçekleştirmiş olduğu araştırmanın sonuçlarına göre çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile kaygı ve depresyon puanları arasında, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Altınel'in (2008) çalışmasının sonuçlarına göre, çocukluk yıllarında fiziksel şiddete maruz kalmış olmak, kaygı düzeyini artıran bir etken olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde kadınların geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı düzeyi ilişkisine dair doğrudan bir araştırma bulgusuna rastlanmamış olmakla birlikte, Kara'nın (2016) gerçekleştirmiş olduğu araştırmanın sonuçlarına göre çocukluk çağı duygusal/psikolojik istismar puanları ile kaygı ve depresyon puanları arasında, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde kadınlarda geçmişte ekonomik şiddete maruz kalma ile kaygı düzeyi ilişkisine dair bulguya rastlanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalan kadınların kaygı düzeyinin halen psikolojik şiddete maruz kalmayan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, kadınlarda halen devam eden psikolojik şiddet ve kaygı ilişkisine dair bulguya rastlanmamış olup, Okyay ve arkadaşlarının (2012) yılında yapmış oldukları çalışmanın bulgularına göre, aile içi şiddet öyküsü olan kadınlarda, aile içi şiddet öyküsü olmayan kadınlara göre kaygı puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Akalın ve Arıkan'ın (2017) yapmış oldukları çalışma da, fiziksel ve sözel şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon yaşama durumu anlamlı şekilde yüksek bulunurken; ekonomik ve cinsel şiddete maruz kalanlar arasında fiziksel ve cinsel şiddet nedeniyle depresif belirti yaşayan kadın sayısının daha az olduğu tespit edilmiştir. Duygu durum bozukluklarının, kaygı bozuklukları ile yüksek oranda komorbidite gösterdiği bilinen bir olgu olup literatür bölümünde detaylı bilgi verilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların boşanmış ya da ayrı yaşama durumlarının olması ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$). Ayrıca daha önce ayrı bir madde olarak açıklandığı üzere araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, benzer sonuçlara ulaşılmış olup Kara'nın (2016) çalışmasına göre kaygı puanlarının, katılımcıların medeni durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Keloğlu'nun (2017) çalışmasının bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile ölçeklerden aldıkları kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte Keloğlu'nun (2017) çalışmasının bulgularına göre, bekar olan kadınların, ayrılmış olan kadınlara oranla, fobik kaygı ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde farklı sonuçlar görülmekte olup, konuyla ilgili olarak daha büyük örnekleme ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olması ile kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, kadınlarda bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğun olması ile kaygı ilişkisini doğrudan ele alan araştırma bulgusuna rastlanmamış olmakla birlikte, Şahin ve arkadaşlarının (2016) yılında yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre, bakım yükünün (çocuk, yaşlı, engelli, hasta...vb.) kadınların sorumluluğunda olmasının kadınların ruh sağlığı bozukluğu için bağımsız risk faktörleri olduğu ifade edilmiştir. Özkaynak'ın (2020) yetişkin kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmanın bulgularına göre, araştırmaya katılan ve çocuk sahibi olmayan kadınların psikolojik kırılganlık puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların sağlıklı hayat merkezi psikososyal danışmanlık birimlerinden danışmanlık hizmeti alma süreleri ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, danışmanlık hizmeti alma süresinin kaygı düzeyi ile ilişkisine dair araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bununla birlikte, Kara'nın (2016) çalışmasına göre araştırmaya katılan kadınların kaygı ve depresyon puanlarının daha önce psikolojik/psikiyatrik tedavi görme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. El-Wahab ve Eita'nın (2015) Mısır'da hemşirelik öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların kaygı düzeylerinde danışmanlık öncesi ve sonrası arasında anlamlı iyileşmeler olduğu bulunmuştur.

4.3. Kadınların Sosyo Demografik Özellikleri İle Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu bölümünde; alkol kullanımı (alkol kullandığını ifade eden sadece 4 kadın), madde kullanımı (madde kullandığını ifade eden kadın), kronik hastalıkların alt başlıkları (örneğin tansiyon rahatsızlığı olduğunu ifade eden sadece 6 kadın), geçmişte cinsel şiddete maruziyet (ifade eden 6 kadın olması), halen fiziksel şiddete maruziyet (ifade eden 12 kadın), halen ekonomik şiddet (ifade eden 9 kadın), halen cinsel şiddet (ifade eden 2 kadın), evde bakım alan engelli (ifade eden sadece 7 kadın), evde bakım alan yaşlı (ifade eden 6 kadın) olduğu belirlenmiş olup ilgili başlıklar, sayıların analizler için çok küçük olması nedeniyle kapsam dışı bırakılmış, benlik saygısı ile ilişkilerine dair tartışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan kadınların Coopersmith benlik saygısı envanteri puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşma durumları değerlendirilmiş olup ilgili bulgular (Çizelge 3.10) üzerinde ayrıntılı olarak yer almaktadır. Araştırma bulguları değerlendirildiğinde;

Araştırmaya katılan kadınların yaşları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Buna göre 41-45 yaş aralığında olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Çıbık'ın (2019) yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre, 43 yaş ve üzerindeki kadınların benlik saygısı düzeyinin diğer yaş grubu kadınların benlik saygısı düzeyinden anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılmaz'ın (2019) çalışmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılım sağlayan kadınların yaş gruplarına göre benlik saygısı envanterinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark olmadığı belirlenmiştir. Muslu (2001) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, şiddet görmeyen kadınlarda ileri yaşlarda benlik saygısı düzeyi, diğer kadınların benlik saygısı düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Döğücü'nün (2019) evli kadınlarla yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre, benlik saygısı ölçüm verilerinin, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu bağlamda literatürde farklı sonuçlar görülmekte olup, konuyla ilgili olarak daha büyük örneklemle ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre evli olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan, sınırlı sayıdaki diğer benzer çalışma bulguları incelendiğinde, Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak daha büyük örneklemle ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sayısı ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre çocuk sayısı 3 ve üzeri olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan, sınırlı sayıdaki diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, Çıbık (2019) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, çocuğu olan katılımcıların benlik saygısı puan ortalaması, çocuğu olmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile büyük oranda paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumu ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Çıbık (2019) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, benlik saygısına ilişkin faktörlerin, eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı görülmüştür. Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi ile benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Döğücü'nün (2019) evli kadınlarla yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre, benlik saygısı ölçüm verileri, eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Muslu'nun (2001) araştırma sonucuna göre, araştırma kapsamında yer alan kadınların (şiddet gören ve görmeyen) eğitim durumlarına göre benlik saygısı puan ortalamaları, eğitim düzeyi yükseldikçe artmış olmasına karşın, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile büyük oranda paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Çıbık (2019) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, çalışan kadınların benlik saygısı ortalamasının, çalışmayan kadınların benlik saygısı ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınların bir işte çalışıp çalışmama durumu ile benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Döğücü'nün (2019) evli kadınlarla yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre, çalışma durumu değişkeni ile benlik saygısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışan evli kadınların benlik saygısı düzeyi, çalışmayan evli kadınlara kıyasla daha fazla bulunmuştur. Muslu'nun (2001) araştırma sonucuna göre, araştırma kapsamında yer alan kadınların (şiddet gören ve görmeyen) çalışma durumunun benlik saygısı puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak daha büyük örneklemle ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların meslekleri ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre “diğer meslek” grubunun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu belirlenmiştir. Araştırmacı tarafından, mesleğiniz sorusuna diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların, bu yönde bir veri olmamakla birlikte, son yıllarda bağımsız çalışan ve pazarlama sektöründe faaliyet göstererek bu işlerden yüksek gelir elde ettiği düşünülen kişilerden oluştuğu düşünülmektedir. Bu grubun kendisini belirli bir meslek grubu içerisinde konumlandıramamakla birlikte yapmış olduğu işlerden yüksek gelir elde ettiği düşünülmektedir.

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, kadınların meslekleri ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında ilişkiye dair araştırma bulgusuna rastlanamamış olmakla birlikte Fidan'ın (2014) çalışmasının sonuçlarına göre, “eğitim görmenin ve meslek sahibi olmanın birçok açıdan kazanımlarına sahip olan kadınlarda, bireysel karar mekanizmalarının daha fazla gelişme gösterdiği, bu durumun ise onların benlik saygısı düzeyini yükselttiği yönünde bir açıklama getirilebileceği, eğitim görmenin ve meslek sahibi olarak para kazanmanın ise kadını güçlendiren ve onun benlik saygısını yükselten en temel unsurlardan olduğu” yönünde bir tespite ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların gelir durumu ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan, diğer benzer çalışmalar incelendiğinde, Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınların gelir düzeyi ile benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yılmaz'ın (2019) çalışmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınların aylık gelirine oranla benlik saygısı ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı bulunmuştur. Özcan ve arkadaşlarının (2013) ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarla yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, gelir düzeyinin benlik saygısı ölçeği puanları ile negatif ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Doğücü'nün (2019) evli kadınlarla yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre, benlik saygısı ölçüm verileri, gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Gelir düzeyi düştükçe benlik saygısında da bir azalma eğiliminin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda literatürde farklı sonuçlar görülmekte olup, konuyla ilgili olarak daha büyük örneklemle ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gelir memnuniyet durumu ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre gelirinden çok memnun olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan, sınırlı sayıdaki diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, Yılmaz'ın (2019) çalışmasının sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kadınların ekonomik durumlarını nasıl tanımladıklarına göre, benlik saygısı ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı bulunmuştur. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak daha büyük örneklemle ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sigara kullanımı ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre sigara kullanmayanların oluşturduğu grubun benlik saygısı

düzeyinin sigara kullanan grubun benlik saygısı düzeyinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan, diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, kadınların sigara kullanımı ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasındaki ilişkiye dair bir bulguya rastlanamamış olmakla birlikte sigara kullanımı ile benlik saygısı ilişkisinin daha çok ergenleri hedef alan çalışmalarda araştırıldığı belirlenmiştir. Bu bağlamda, Tunç ve Kolburan'ın (2019) ortaokul öğrencileri ile yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre, “sigara içmeyen öğrencilerin özsaygı (benlik saygısı) ölçeğinden aldıkları puanların, sigara içen öğrencilerin özsaygı ölçeğinden aldıkları puanlara oranla daha yüksek olduğu,” yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Başaran'ın (2018) kadın ve erkek üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdikleri araştırmanın bulgularına göre, “sigara kullanan katılımcıların sigara kullanmayan katılımcılara göre daha az öz saygı düzeyine sahip oldukları” belirlenmiştir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda Abernaty ve arkadaşlarının (1995) çalışmalarının bulguları, benlik saygısının 6-8. sınıflardaki kız ergenlerin sigara içme davranışında bir faktör olabileceğini, ancak hiçbir sınıfta erkekler için bir faktör olmadığını ortaya koymuştur. Bu durum, kadınların sigara içme alışkanlığını başlatmak ve sürdürmek için farklı motivasyonlara sahip olabileceği yönünde fikirlerin gelişmesine neden olmuştur. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak kadınları hedefleyen daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yer alan, diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, şiddet türlerini farklı başlıklar altında ele alarak benlik saygısı puanları ile karşılaştıran araştırma bulgularına rastlanmamış olup ulaşılan çalışmaların konuyu aile içi şiddet başlığı altında ele aldığı görülmüştür. Bu bağlamda, Döğücü'nün (2019) Antalya İlinde ikamet eden evli kadınlarla yapmış olduğu araştırmanın bulgularına göre, araştırmaya katılan kadınların benlik saygısı ve maruz kaldıkları aile içi şiddet puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benlik saygısının artması halinde kadına yönelik şiddette azalacaktır; başka ifadeyle kadına yönelik şiddet arttığında, benlik saygısı düzeyi de azalma gösterecektir. Muslu'nun (2001) araştırma sonucuna göre, tüm değişkenlerde şiddet gören kadınların benlik saygısı puan ortalamaları, şiddet görmeyen kadınlardan anlamlı derecede düşük çıkmış olup, şiddet görmenin kadının benlik saygısını düşürücü bir faktör olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile büyük oranda paralellik gösterdiği görülmekte olup konuyla ilgili olarak daha fazla şiddet alt başlığı içerecek şekilde daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların boşanmış ya da ayrı yaşama durumunun olması ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan, diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, boşanmış olma ya da ayrı yaşama durumunun olması ile benlik saygısı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında ki ilişkiye dair doğrudan bir bulguya rastlanmamış olmakla birlikte Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılım sağlayan kadınların medeni durumları ile benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dolayısı ile konuyla ilgili daha büyük örneklem ile daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olması ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan, diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, kadınların bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olması ile benlik saygısı ölçeği puan sıra ortalamaları arasındaki farka dair bulguya rastlanmamış olmakla birlikte ve çocuk sayısı ile benlik saygısı arasındaki farkın ifade edildiği araştırma maddesinde de açıklandığı üzere, Çıbık'ın (2019) eşini kaybetmiş kadınlarla yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre, çocuğu olan katılımcıların benlik saygısı puan ortalaması, çocuğu olmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuş ve bu durum, çocuklarıyla birlikte yaşayan kadınların aileden aldıkları sosyal düzeyinin yüksek, yalnızlığının düşük olması ile açıklanmıştır. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sağlıklı hayat merkezi psikososyal danışmanlık birimlerinden danışmanlık hizmeti alma süreleri ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan, diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, sağlıklı hayat merkezlerinin oldukça yeni kuruluşlar olması nedeniyle, doğrudan sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık hizmetlerine dair araştırma bulgusuna rastlanmamış olup psikolojik danışmanlık kapsamında sınırlı sayıda araştırma bulgularına ulaşılmıştır. Bu bağlamda, Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu

araştırmanın sonuçlarına göre, “araştırmaya katılan kadınların psikoloğa başvurmuş olması ya da başvurmamış olması ile benlik saygısı alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş ve daha önce bir psikolog başvurusu olmayan kadınların benlik saygısı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu” belirlenmiştir. El-Wahab ve Eita’nın (2015) Mısır’da hemşirelik öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, benlik saygısı düzeylerinde danışmanlık öncesi ve sonrası arasında anlamlı iyileşmeler olduğu bulunmuştur. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

4.4. Kadınların Kaygı Düzeyleri ve Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeylerinin; %17,9’unun yok denecek kadar az, %22,6’sının hafif, % 24,4’ünün orta, ve %35,1’inin şiddetli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.11). Araştırmada kullanılan ölçek ve envanter ortalama değerlerinin, kaygı envanteri için, 20.82 ± 12.97 olduğu bulunmuştur. (Çizelge 3.12).

Literatürde yer alan, diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, Çelebi Çelik’in (2016) gerçekleştirdiği çalışmada, psikoloğa başvuran kadınların kaygı düzeyleri $21,54 \pm 1,40$ olarak belirlenmiş ve grubun kaygı düzeyi “orta düzeyde” olarak tanımlanmıştır. Kara’nın (2016) çalışmasında, çalışmaya katılan kadınların kaygı semptomlarının orta düzeyde ($26,55 \pm 14,78$) olduğu olduğu belirlenmiştir (0-21: düşük; 22-42: orta; 43-63 yüksek). Keloğlu (2017) tarafından ruh sağlığı hizmetlerine başvuran kadınlarla yapmış olduğu benzer farklı bir çalışma da kullanılan ölçme aracı farklı olmakla birlikte ortalama değere göre grubun kaygı düzeyinin, normal aralıkta bulunmuştur. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile büyük oranda paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmada kullanılan envanter ortalama değerlerinin, benlik saygısı envanteri için $54,49 \pm 22,54$ olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.12.). Literatürde yer alan, diğer benzer araştırma bulguları incelendiğinde, Muslu (2001) tarafından şiddet gören ve görmeyen kadınlarla yapılan ve Coopersmith Benlik Saygısı ölçeğinin kullanıldığı çalışmada, şiddet gören kadınların benlik saygısı puan ortalaması $49,04 \pm 15,07$ ve şiddet görmeyen kadınların benlik saygısı puan ortalaması $67,04 \pm 14,87$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup; kaygı ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki ($r=-0,419$, $p<0,05$) bulunmuştur (Çizelge 3.13.).

Kaygının benlik saygısı üzerinde etkisi konusunda, yapılan analizler sonucunda, kaygının benlik saygısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre, kaygıdaki bir birimlik artışın, benlik saygısında 0,727'lik bir azalışa neden olduğu ve benlik saygısı üzerindeki değişimin %17,0'ının kaygı ile açıklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.14.).

Benlik saygısının kaygı üzerindeki etkisi konusunda, yapılan analizler sonucunda, benlik saygısının, kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre, benlik saygısındaki bir birimlik artışın, kaygıda 0,241'lik bir azalışa neden olduğu ve kaygı üzerindeki değişimin %17,0'ının benlik saygısı ile açıklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.15.).

Literatürde yer alan, kaygı ve benlik saygısı ilişkisine ışık tutan diğer bilimsel çalışma sonuçları incelendiğinde, özellikle yurt dışında benlik saygısı ile başta depresyon ve kaygı olmak üzere çeşitli psikolojik düzeyler ve patolojiler arasındaki ilişkiye ışık tutmayı amaçlayan çok sayıda araştırmanın olduğu görülmüştür. Bunlardan, Greenberg ve arkadaşlarının (1992) yürütmüş olduğu çalışmada düşük benlik saygısının kaygı bozukluğu için bir kırılganlık faktörü olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır (Greenberg ve ark., 1992; Baumeister ve ark., 2003). Ehntholt ve arkadaşlarının (1999) çalışmalarının bulgularına göre, korelasyon analizleri düşük

benlik saygısının yüksek düzeyde kaygı, obsesyon ve depresyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Watson ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında benlik saygısı düzeyinin kaygı düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiği yönünde bulgulara ulaşmışlardır. Rikette, M. (2004), tarafından Mannheim Üniversitesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmanın bulgularına göre; benlik saygısı ve kaygı yapıları arasında negatif yönlü, orta boy ve güçlü korelasyonlar mevcuttu. Lee ve Hankin, (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları, kaygı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi doğrulamış, kaygı ve benlik saygısı arasında yüksek istatistiksel güç ortamının korelasyonlarını bildirmiştir. Maldonado ve arkadaşlarının (2013) erken ergenlik dönemi kaygı bozuklukları ve ergenlikten genç yetişkinliğe kadar benlik saygısı gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek üzere gerçekleştirdikleri çalışmada, herhangi bir kaygı bozukluğuna sahip olan deneklerin, ortalama olarak sağlıklı deneklere göre önemli ölçüde daha düşük bir benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur. Sowislo ve Orth (2013) tarafından yapılan bir çalışmanın bulguları göstermektedir ki, düşük benlik saygısı ve kaygı arasında simetrik bir ilişki bulunmakta olup, bu ilişkinin her iki yönde de küçük fakat muhtemel etkileri bulunmaktadır. Dolayısı ile araştırmadan elde edilen bu sonuçların, yurt dışı alan yazındaki genel araştırma sonuçları ile büyük oranda paralellik gösterdiği söylenebilir.

Yurt içi literatürde de benlik saygısı ve kaygı ilişkisine dair az sayıda olmakla birlikte çeşitli araştırma bulgularına ulaşılmıştır. Alıcı ve Cenkseven Önder (2016)'in çalışmalarında kaygı bozukluğu tanısı almayan kadın ve erkeklerin benlik saygısı düzeyinin kaygı bozukluğu tanısı almış kadın ve erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özcan ve ark., (2013)'nın hastane gençlik ünitesine başvuran 176 kadın hasta ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, sosyal görünüş kaygısı, benlik saygısı, kaygı ve depresyon belirtilerinin birbiri ile yüksek oranda ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çelebi Çelik'in (2016) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, araştırma kapsamına alınan kadınların, benlik saygısı alt ölçeğinden aldığı puanlar ile kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının (2016), araştırmalarında Beck Kaygı Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri kullanılmış olup bu iki ölçek arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuş fakat p

değeri anlamlı bulunmamıştır. Dolayısı ile konuyla ilgili olarak yurt içinde daha fazla örnekleme ve daha fazla sayıda sayı da araştırma yapılmasının, daha aydınlatıcı bulgulara ulaşılması sürecinde gerekli olduğu düşünülmektedir.

4.5. Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi

Araştırmada her ne kadar gönüllülere genel olarak sosyal hizmet ihtiyaçları sorulmuş ve form ve envanterlerin doldurulması esnasında gerekli açıklamalar yapılmış olsa da, gönüllülerin bu soruyu yanıtlarken, içinde bulundukları ve halihazırda hizmet aldıkları sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık birimlerini düşünerek ve dikkate alarak bu soruya yanıt verdikleri düşünülmektedir.

Literatürde yer alan ve kadınlarla yürütülen diğer araştırmalar incelendiğinde, kadınların sosyal hizmet ihtiyaçlarına yönelik araştırma bulgularını içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, araştırma bulguları kendi içerisinde ve özellikle araştırmacının değerlendirmeleri ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların, başvuru yapmış oldukları sosyal hizmet kurum/kuruluşları yönünden, tamamının Sağlıklı Hayat Merkezlerine başvurmuş olmakla birlikte, %38,1'inin Diğer (okul rehberlik servisi, özel danışmanlık merkezi vb.) kurum/kuruluşlara, %15,5'inin Aile Çalışma Ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü/SHM'ye, %11,9'unun Hastanelere, %10,1'inin Kaymakamlık/SYDV'na, %8,3'nün Büyükşehir Belediyesine, %2,4'ünün İlçe Belediyelere ve %2,4'ünün ise Vakıf ve Sivil Toplum Kuruluşlarına başvuru yaptıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.16.).

Araştırmanın psikososyal danışmanlık hizmetlerinin sunulduğu bir sağlık kuruluşunda yapılmış olması nedeniyle, araştırma kapsamına alınan kadınların, daha önce de yoğunluklu olarak okul rehberlik servisi, özel danışmanlık merkezi gibi yine psikolojik danışmanlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlara başvuru yapmış olmalarının anlaşılabilir bir olgu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların, sosyal hizmet kurum/kuruluşlarına başvuru amacının, %94,6'sının psikolojik destek, %19,0'ının ekonomik destek, %6,0'ının şiddete maruz kalma, %3,6'sının çocuklara yönelik destek (kreş, çim vb.), %2,4'ünün polis veya jandarma yönlendirmesi, %1,8'inin engelli ve yaşlı bakımı desteği, %1,8'inin savcılık ve/veya mahkeme kararı ve %1,8'inin ise diğer (beslenme danışmanlığı vb.) nedenlerine bağlı başvuru amaçları olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.17.).

Araştırmanın sağlıklı hayat merkezinde yürütülmüş olması ve araştırmanın örnekleminin psikososyal danışmanlık hizmetlerine özellikle psikolojik danışmanlık için başvuran kadınlardan oluşması nedeniyle, araştırmaya katılan kadınların önde gelen sosyal hizmet ihtiyaçlarını psikolojik destek olarak ifade etmelerinin anlaşılabilir bir durum olduğu değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, araştırma örnekleminin kadınlardan oluşması ve kadınların ruhsal sağlığı epidemiyoloji araştırmalarında erkeklere oranla daha fazla ruhsal sıkıntı bildirmelerinin de kadınların daha fazla psikolojik destek talebinde bulunmaları sürecinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %69,0'ının arkadaş, eş dost tanıdık aracılığı ile, %11,3'ünün diğer kurum personeli yönlendirmesi yolu ile başvuru yapmış oldukları sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarından ve çalışmalarından haberdar olduğu görülmüştür (Çizelge 3.18.)

Araştırma da kadınların, başvuru yapmış oldukları sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarından haberdar olma yolu yönünden arkadaş, eş dost tanıdık aracılığı ile haberdar olma yolunun açık ara önde olduğu görülmüştür. Psikososyal danışmanlık hizmetleri, psikolojik danışmanlık hizmetleri, terapi hizmetleri gibi ruh sağlığı hizmet sunum sistemlerinin ülkemizde görece yeni olması ve başta kadınlar olmak üzere toplum kesimlerinin bu tür hizmetleri çoğunlukla yeni deneyimliyor olmaları nedeniyle, hizmetlere ulaşım sürecinde ve danışmanlık merkezi/danışman seçiminde özellikle arkadaş, eş, dost ve tanıdık öneri ve tavsiyelerinin oldukça önemli bir etken olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %70,9'unun sosyal hizmetlere erişimi kendileri için basit ve kolay bir süreç olarak değerlendirdikleri yönünde bulgulara ulaşılmıştır (Çizelge 3.19.).

Araştırmaya katılan kadınlar için sosyal hizmetlere erişimin kendileri için basit ve kolay bir süreç olduğu, kadınların kurum ve kuruluşlara erişimde güçlük yaşamadıkları anlaşılmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü sağlıklı hayat merkezi psikososyal danışmanlık birimleri, bulunduğu il itibarıyla tüm merkez ilçelerde yerleşik danışmanlık hizmeti sunan kamusal merkezlerinde olmasının etkisiyle, ağırlıklı olarak kendi bulundukları çeperlerden başvuran almaktadır. Dolayısı ile bu durumun başvuranların ulaşımında güçlük yaşamamaları ve ulaşımı kolay bir süreç olarak değerlendirmelerinde etkisinin olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılarak sunulan hizmetlere erişimde güçlüğü çektiğini ifade eden 49 kadın katılımcının, erişimde güçlük yaratan esas neden konusunda; %36,7'sinin kurumlar ve hizmetler hakkında yeterli bilgi sahibi olmama ve %32,7'sinin ise diğer (ulaşım vb.) nedenlerden kaynaklı güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.20.).

Sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca sunulan hizmetlere erişimde güçlük yaşadığını ifade edenler için ilk sırada gelen nedenin sunulan hizmetler hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olamama olduğu belirlenmiştir. Bu durumun kadınların hem genel olarak sosyal hizmet kurumlarınca sunulan hizmetler hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları ve hem de daha önce de ifade edildiği üzere görece yeni bir model olan sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık hizmetleri sunum sistemlerinin başta kadınlar olmak üzere toplum kesimlerinin bu tür hizmetleri çoğunlukla yeni deneyimliyor olmaları nedeniyle, hizmetlere ulaşım sürecinde yeterli bilgilendirmeye ve diğer kurum ve kuruluşlarca etkin yönlendirmeye gereksinim duymaları ile ilgili olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca dönük çözümler üretilip/üretilmediğine ilişkin olarak düşünceleri sorulduğunda;

%62,5'inin ihtiyaca yönelik çözümler üretildiğini, %35,7'sinin kısmen çözümler üretildiğini düşündükleri belirlenmiştir (Çizelge 3.21.).

Araştırmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğu tarafından (%98,2 oranında) sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca dönük çözümler üretildiğini ve kısmen üretildiğini düşündükleri belirlenmiştir. Daha önce de ifade edildiği üzere araştırmada her ne kadar kadınlara genel olarak sosyal hizmet ihtiyaçları sorulmuş ve form ve envanterlerin doldurulması esnasında gerekli açıklamalar yapılmış olsa da, kadınların bu soruyu yanıtlarken, önemli oranda içinde bulundukları ve hali hazırda hizmet aldıkları sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık birimlerini düşünerek ve dikkate alarak bu soruya yanıt verdikleri düşünülmekle birlikte araştırmaya katılan kadınların, belirli oranda başta belediye sosyal yardım birimleri, sosyal hizmet merkezi vb. olmak üzere diğer sosyal hizmet kurum/kuruluşlarından da etkin olarak hizmet aldıkları anlaşılmakta olup, genel olarak sosyal hizmet sunum sistemlerinden memnun oldukları değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan ve sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca yönelik çözümler üretilmediğini düşünen 63 katılımcının, ihtiyaca dönük çözümler üretilmemesinin nedenlerine ilişkin olarak, %17,5'inin geri dönüş yapılmaması, %15,9'unun ihtiyaca yönelik uygun hizmet modelinin olmaması, %14,3'ünün hizmetlerin kapsamlı olmaması, %11,1'inin iletişim eksikliği, %9,5'inin personelin ilgisiz tutumu, %44,4'ünün diğer nedenlerden dolayı çözüm üretilmediğini düşündüğü bulunmuştur (Çizelge 3.22.).

Araştırmaya katılan ve sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca yönelik çözümler üretilmediğini düşünenlerin ise en fazla geri dönüş yapılmaması ve uygun hizmet modelinin olmaması yönünde görüş bildirdikleri bulunmuştur. Sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık birimleri çoğunlukla elle tutulur maddi yardım vb. sunmamakta olup, daha ziyade danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri sunmaktadır. Dolayısı ile hizmetlerin sunumu sürecinde özel durumlar dışında çoğu vaka da geri dönüş yapılmasını gerektirecek koşullar oluşmamakta, görüşme randevularının iptali vb. durumlarda merkezden başvuranlara doğru geri dönüşlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Dolayısı ile bu soruya verilen yanıtların büyük oranda sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık hizmetlerinden ziyade diğer sosyal hizmet kurum/kuruluş hizmetleri düşünülerek yanıtladığı değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların ilk sırada gelen sosyal hizmet ihtiyacının %80,4'ünün bireysel psikolojik danışmanlık, %37,5'inin aile danışmanlığı, %17,9'unun ekonomik yardım, % 13,1'inin ihtiyaç hobi, sanat, kurs ve aktiviteleri, %9,5'inin çocuk bakımı desteği, %7,7'sinin meslek edindirme kursları, %6,5'inin iş bulma, %1,8'inin engelli ve yaşlı bakım desteği, %1,8'inin ise diğer (beslenme danışmanlığı vb.) olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.23.).

Araştırmaya katılan kadınlar için mevcut durumda ilk sırada gelen sosyal hizmet ihtiyacının büyük oranda bireysel psikolojik danışmanlık olduğu ve onu yine bireysel danışmanlık kadar olmasa da büyük bir oranla aile danışmanlığının izlediği görülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü kuruluşun psikososyal danışmanlık merkezi olması, başvuranların çoğunluğunun psikolojik destek amacı ile başvuruda bulunmaları, yine başvuranların çoğunluğunun kadın olması, ruh sağlığı epidemiyoloji araştırmalarının ortaya koyduğu üzere kadınların ruhsal sıkıntı düzeylerinin erkeklere oranlara yüksek olması gibi nedenlerle, kadınların ilk sırada gelen ihtiyacının bireysel psikolojik danışmanlık olmasının anlaşılabilir bir durum olduğu değerlendirilmektedir. Bunun yanında, başvuran kadınlarla yapılan görüşmelerden anlaşıldığı üzere, başvuranların azımsanmayacak düzeyde önemli bir kısmının eşiyle ve eşinin ailesiyle yaşadıkları iletişim/ilişki sorunları nedeniyle, başvuran kadınlar için ikinci sırada gerekli görülen sosyal hizmet ihtiyacı olarak aile danışmanlığının ifade edilmesinin gerekli görülen bir süreç olduğu değerlendirilmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Bu araştırma, kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin belirlenerek, sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesi amacı ile yürütülmüştür. Bu kapsamda Konya Karatay İlçe Sağlık Müdürlüğü bağlı kuruluşu olarak faaliyet göstermekte olan 01 No.'lu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri'ne başvuran 18-65 yaş aralığında bulunan 168 gönüllü kadın ile çalışılmıştır. Araştırma da Sosyodemografik Form, Beck Kaygı (Ansiyete) Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri ve Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesine Dair Form Kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara bağlı olarak aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 32,7 olduğu; büyük çoğunluğunun evli, bir ve üzeri sayıda çocuğunun olduğu; çoğunluğunun lise ve üniversite düzeyinde eğitiminin olduğu; yaklaşık dörtte birinin gelir getirici herhangi bir işte çalışmadığı; gelir getirici işlerde çalışanların ise yarısına yakınının nitelik gerektirmeyen işlerde çalıştığı belirlenmiş; araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun 2826-4000 TL arası düzeyde aylık gelirinin olduğu ve yarıdan fazlasının gelir düzeyinden memnun ve çok memnun olduğu bulunmuştur.

Araştırmada ulaşılan oranlardan, sağlıklı hayat merkezleri psikososyal danışmanlık hizmetlerine daha ziyade genç-orta yaş, öğrenim düzeyi yüksek, orta gelir grubunda yer alan ve büyük çoğunluğu gelir getirici bir işte çalışmayan kadınların başvurduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınlardan yaklaşık altıda birinin sigara, kullanımının olduğu, alkol kullanım oranının çok daha düşük olduğu, ilk sırada tansiyon ve solunum sistemi

hastalıkları gelmek üzere yaklaşık her altı kadından birinin en az bir kronik hastalığının olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte yarısına yakınının psikolojik aile içi şiddete maruz kaldığı, bunu yaklaşık dörtte birlik oranla fiziksel aile içi şiddete maruz kalmanın izlediği; kadınların yaklaşık olarak dörtte birinin halen psikolojik aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların, tüm şiddet türleri içerisinde, geçmişte ve halen en fazla psikolojik şiddeti deneyimledikleri belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan her on kadından birinin boşanmış ya da ayrı yaşıyor olduğu; boşanmış ya da ayrı yaşıyor grubunda yer alan kadınların boşanma ve ayrı yaşamaya neden olarak yarısından fazlasının “aile ile ilgili konularda sorumsuzluk” şeklinde görüş bildirdiği bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların küçük bir oranının evinde bakım alan engelli ve evinde bakım alan yaşlı olduğu; yaklaşık olarak her beş kadından birinin ise bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun “1 hafta-1 ay” süredir psikososyal danışmanlık hizmeti aldığı bulunmuştur. Danışmanlık hizmetlerinin en fazla 6 ay süreyle sınırlı tutulmaya çalışıldığı merkezlerde danışmanlık hizmetlerinin büyük oranda 6 aydan önce sonlandırıldığı sadece çok küçük bir oranın 6 ay ve üzeri süredir danışmanlık hizmeti almakta olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların oldukça büyük çoğunluğunun (yaklaşık her on kadından sekizi) sosyal hizmet kurumlarında sunulan hizmetlerden çok memnun ve memnun olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile kaygı ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; kadınların yaşları, medeni

durumları, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslekleri ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile kaygı ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; çalışmıyor olanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu; gelir düzeyi 2825 TL ve altı olan grubun kaygı puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu; gelir düzeyinden hiç memnun olmayan grubun kaygı puan sıra ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu; sigara içenlerin kaygı düzeyinin içmeyen gruptan daha yüksek olduğu; geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu; geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu; ve halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalanların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile kaygı ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalma durumu; boşanmış ya da ayrı yaşama durumunun olması, bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olması ve sağlıklı hayat merkezi psikososyal danışmanlık birimlerinden danışmanlık hizmeti alma süreleri ile kaygı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; kadınların yaşları ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu görülmüş olup 41-45 yaş aralığında olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu; kadınların medeni durumları ile benlik saygısı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu görülmüş olup evli olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu; kadınların çocuk sayısı ile benlik saygısı ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu görülmüş olup 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan grubun benlik saygısı puan sıra ortalamasının diğer gruplara göre daha büyük olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; kadınların öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile benlik saygısı envanteri puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde; “diğer meslek” grubunun; gelirinden çok memnun olan; sigara kullanmayanların; geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalmayanların; geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalmayanların; geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalmayanların; halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalmayanların benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların boşanmış ya da ayrı yaşama durumunun olması, bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunun olması ve sağlıklı hayat merkezi psikososyal danışmanlık birimlerinden danışmanlık hizmeti alma süreleri ile benlik saygısı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeyleri yönünden, yaklaşık olarak dörtte birinin orta düzeyde ve yaklaşık olarak üçte birinin şiddetli düzeyde, kaygılı oldukları belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan envanter ortalama değerlerinin, kaygı ölçeği için, $20,82 \pm 12,97$; benlik saygısı envanteri için $54,49 \pm 22,54$ olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup; kaygı ile benlik saygısı arasında istatistiksel yönden anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Kaygının benlik saygısı üzerinde etkisi konusunda ise, yapılan analizler sonucunda, kaygının benlik saygısı üzerinde istatistiksel yönden anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüş olup kaygıdaki bir birimlik artışın, benlik saygısında 0,727’lik bir azalışa neden olduğu belirlenmiştir.

Benlik saygısının kaygı üzerindeki etkisi konusunda, yapılan analizler sonucunda, benlik saygısının, kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüş olup benlik saygısındaki bir birimlik artışın, kaygıda 0,241'lik bir azalışa neden olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların; başvuru yapmış oldukları sosyal hizmet kurum/kuruluşları yönünden, tamamının Sağlıklı Hayat Merkezlerine başvurmuş olmakla birlikte, büyük çoğunluğunun “Diğer (okul rehberlik servisi, özel danışmanlık merkezi vb.) kurum/kuruluşlara” da başvuru yaptıkları; neredeyse tamamının başvuru amacının psikolojik destek olduğu ve bunu ikinci büyük oranla ekonomik destek başvurularının izlediği; büyük çoğunluğunun arkadaş, eş dost tanıdık aracılığı ile başvuru yapmış oldukları sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarından haberdar olduğu; büyük çoğunluğunun sosyal hizmetlere erişim sürecinin kendileri için basit ve kolay bir süreç olarak değerlendirdikleri; hizmetlere erişimde güçlüğü çektiğini ifade edenlerin büyük çoğunluğunun erişimde güçlük yaratan esas neden konusunda; kurumlar ve hizmetler hakkında yeterli bilgi sahibi olmama ve diğer (ulaşım vb.) nedenlerden kaynaklı güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca yönelik çözümler üretildiğini düşündükleri belirlenmiş olup; ihtiyaca yönelik çözümler üretilmediğini düşünen kadınların bunun nedenlerine ilişkin olarak, sırasıyla geri dönüş yapılmaması, ihtiyaca yönelik uygun hizmet modelinin olmaması, hizmetlerin kapsamlı olmaması, iletişim eksikliği, personelin ilgisiz tutumu ve diğer nedenlerden dolayı çözüm üretilmediğini düşündükleri belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların ilk sırada gelen sosyal hizmet ihtiyacının büyük bir oranla bireysel psikolojik danışmanlık olduğu, bunu sırasıyla aile danışmanlığı, ekonomik yardım, hobi, sanat, kurs ve aktiviteleri, çocuk bakımı desteği, meslek edindirme kursları ve iş bulma ihtiyacının izlediği belirlenmiştir.

5.2. Öneriler

Araştırmanın konusu ve bulgularından yola çıkılarak, koruyucu, önleyici, tedavi edici ruh sağlığı hizmet sunum sistemi ve kapasitesinin geliştirilerek daha çağdaş, işlevsel ve hümanist bir ruh sağlığı yapılanmasına gidilmesinin ülke sağlık sistemi etkinliği ile birlikte toplum ruh sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sürecinde oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, ruh sağlığı meslek örgütlerinin görüşlerinin alınması yanında 2006 yılında hazırlanarak yürürlüğe giren “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Metni”nin önemli bir kılavuz olduğu düşünülmektedir.

Bu bağlamda sürece dair geliştirilen makro, mezzo ve mikro düzeyde öneriler aşağıda yer almaktadır:

Makro Düzey Öneriler

- Çeşitli ilgili resmi belgelerde (Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu/Belgesi, Ruh Sağlığı Yasa Taslağı), çıkarılması planlanan Ruh Sağlığı Yasası’nın temel amacının; “insan hakları ve çocuk hakları ilkelerini esas alarak bireyin ve toplumun ruh sağlığının korunması ve ruhsal yönden sağlıklı gelişiminin sağlıklı bir şekilde ilerlemesine yönelik temel ilkeleri belirlemeyi, ruh sağlığı sorunu olan bireyleri saptayarak, uygun hizmet standartlarını tanımlamayı, ruh sağlığı destek ve hizmetlerine acil erişim ihtiyacı bulunan bireylerin, ihtiyaçlarına uygun hizmetleri, olabildiğince kapsamlı ve gönüllülük temelinde almalarını, kendi iyileşme süreçlerine dahil olmalarını, bu yönde verilecek olan önleyici, destekleyici ve iyileştirici hizmetleri mümkün olan en az kısıtlayıcı ve en uygun yöntemlerle sağlamak olduğu” açıkça ifade edilmektedir. Ancak tüm bu önemine ve ruh sağlığı politikaları ve hizmet sunum sistemi için temel teşkil etmesine karşın “Ruh Sağlığı Yasası” bugüne kadar yasalaştırılmamış ve ülkemizin bugüne kadar bir ruh sağlığı yasası olmamıştır. Bu bağlamda, “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası

Raporu/Belgesi”nde de önemi açıkça ifade edilen, yasalaştırma çalışmaları uzun yıllardan beri devam ediyor olmakla birlikte bir türlü sonuçlandırılmayan ruh sağlığı yasa taslağı hazırlama çalışmalarının bir an önce sonuçlandırılarak, taslağın yasalaşmasının sağlanması, uygulama yönetmeliklerinin hazırlanması,

- Bu süreçte Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda ve Harvard Tıp Okulu’ndan Dr. Kerim Munir direktörlüğünde, ruh sağlığı alanından uzmanların katılımları ile uzun zamana yayılan çalıştayların sonucunda şekillenerek 2006 Yılında Yayınlanan “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu/Belgesi”nin başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili kamu/özel kurum ve kuruluşlarca ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonu süreçlerinde temel rehber olarak dikkate alınması, bu kapsamda yapılacak olan düzenlemeler ile mevcut ruh sağlığı hizmet sunum organizasyon yapısındaki çok başlılığının ve dağınıklığın giderilmesinin temini,
- “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu”nda vurgulandığı üzere, Ulusal Ruh Sağlığı Hizmetlerinin planlamasında, sunulmasında ve denetiminde ana yüklenici kurum olan T.C. Sağlık Bakanlığı’nın “Ruh Sağlığı Genel Müdürlüğü” yapılanması bulunmamaktadır ve ruh sağlığı hizmetleri farklı genel müdürlüklere dağılmış çeşitli ad altında farklı birimler tarafından yürütülmektedir. Bu durumun, ruh sağlığı hizmet sunumu ile kuruluşların sevk ve idaresinin tek merkezden planlanması, koordine edilmesi, görevli personelin eğitimi ve denetimi gibi tüm ruh sağlığı sisteminin organizasyonu konularında sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu ve etkin hizmet sunumuna engel teşkil ettiği düşünülmektedir. Dolayısı ile Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı merkezi örgütlenmesinin, “Genel Müdürlük” düzeyinde yapılanmasının temini,
- “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu”nda da ifadesini bulduğu şekliyle, mevcut kuruluşlara ek olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde de bir örneği olan “Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institute of Health - NIH)”

benzeri bir kuruluşun kurulması ve bunun bünyesinde yalnızca ruhsal bozukluklar konusunda araştırmaları, önerileri vb. planlayıp finanse edebilecek bir “Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health – NIMH)” benzeri yapılanmanın temini,

- “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu” dikkate alınarak oluşturulan ve ilk toplantılarını uzun dönem önce gerçekleştiren, “Ulusal Ruh Sağlığı Konseyi”nin toplantı ve çalışmalarını ara vermeden, kesintisiz olarak sürdürmesi,
- Dünyanın birçok ülkesinde genel sağlık harcamaları içerisinde ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan payın oldukça düşük olduğu, bu oranın gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ruh sağlığı hizmetleri aleyhine çok daha düşük oranlara gerilediği bilinmektedir. “Sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olduğu tanımının da ortaya koyduğu üzere sağlık hizmetleri arasında ayırım yapılmaması ve ruh sağlığı hizmetlerine hak ettiği önemin ve bütçenin verilmesinin sağlanması,
- Toplumun genel ruhsal durumunu taramaya yönelik epidemiyolojik araştırmaların, il, bölge ve ülke düzeyinde belirli aralıklarla yapılmasının sağlanarak, toplum ruh sağlığının mevcut durumunun tespit edilmesi amacı ile epidemiyolojik araştırmalara gereken önemin verilmesi,
- Daha önce hazırlanan “Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı”nda 22. Madde olarak yer alan “Bu yasanın yürürlüğe girmesine müteakiben 1 takvim yılı içerisinde yasada tanımı yapılan meslek mensuplarının odalaşma süreci tamamlanır.” ibaresinin, yasalaşması beklenen Ruh Sağlığı Yasa Tasarısında da aynen korunarak, “Türkiye Psikiyatri Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Türk Psikologlar Derneği, vd.” ruh sağlığı meslek mensuplarının bağlı olduğu meslek örgütlerinin, odalaşmalarının sağlanması ve güçlendirilmeleri,

- “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu”nda da vurgulandığı üzere, özellikle koruyucu ruh sağlığının en ekonomik çözüm olduğu dikkate alındığında bu alanda en büyük katkı yapması muhtemel sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişimi uzmanları gibi meslek mensuplarının katkılarını sağlayacak bir insan gücü politikasının oluşturulması, görev tanımlarının belirlenmesi, planlama ve yönetim de dahil olmak üzere etkin bir şekilde konuyla ilgili tüm süreçlere dahil olmalarının sağlanması,
- Yine “Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu”nda da öneri olarak yer aldığı üzere, Üniversitelerin Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programlarına “Psikiyatrik Sosyal Hizmet” eğitiminin alınması, Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Lisansüstü Programlarının açılmasının ve yaygınlaştırılması konusunda desteklenmeleri,
- Bu araştırma bulgu ve sonuçlarının ortaya koymuş olduğu üzere kadınların sosyal hizmet ihtiyaçlarının değerlendirilmesi noktasında farklı sosyal hizmet modelleri yönünde talepleri olup yapılacak olan araştırma ve tespitler sonrası ihtiyaca dönük etkin sosyal hizmet modellerinin geliştirilmesi/var olanların güçlendirilmesinin sağlanması ve bu amaç doğrultusunda başta Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olmak üzere ilgili bakanlıklar arasında koordinasyonun güçlendirilmesi,
- Bu araştırma bulgu ve sonuçlarının ortaya koymuş olduğu üzere kadınların ilk sırada gelen sosyal hizmet ihtiyacının büyük bir oranla bireysel psikolojik danışmanlık ve bunu izleyen aile danışmanlığı olduğu görülmüştür. Bu bağlamda kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde ücretsiz danışmanlık hizmeti sunan merkezlerin (sağlıklı hayat merkezleri, belediyelerin danışmanlık merkezleri, Yeşilay Danışmanlık Merkezleri vd.) sayısının artırılarak ilgili merkezlerin çalışma ve usul ve esasları ile görevli personelin atanması ve çalıştırılmasına dönük çağdaş ve etkin bir mevzuat yapılanmasına gidilmesi, merkezlerde görevli ruh sağlığı meslek mensubu personelin (sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimci) sayısının artırılması, hizmet içi eğitimlerle

sürekli olarak desteklenmeleri, ilgili merkezlerde niceliksel ve niteliksel yönlerden güçlendirilmiş hizmet sunum sistemlerinin temini,

- Özel danışmanlık merkezleri (psikoterapi merkezi, psikolojik danışmanlık merkezi, aile danışmanlık merkezi vb.) kurulma, çalışma vb. usul ve esaslarının ilgili bakanlıkların ve ruh sağlığı merkez örgütlerinin görüşleri alınarak ve ruh sağlığı yasası ile koordineli şekilde yeniden gözden geçirilmesi, merkezlerin daha işlevsel hale getirilmesi, etkin denetimlerinin sağlanması,
- Okul rehberlik servislerinin güçlendirilmesi, okul sosyal hizmet birimlerinin kurularak ve yaygınlaştırılarak, okul rehberlik servisleri ile koordineli olarak çalışmalarının sağlanması.

Mezzo Düzey Öneriler

- Sağlık Müdürlükleri, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, Milli Eğitim Müdürlükleri, Gençlik ve Spor İl Müdürlükleri, Yeşilay ve Yerel Yönetimler başta olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından;
 - Başta kadınlar ve gençler olmak üzere, toplum kesimlerine yönelik olarak faaliyet gösteren sosyal hizmet sunum sistemlerinin geliştirilmesi, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla önem verilmesi, hizmet sunum sistemlerinin mekânsal ve personel yönünden güçlendirilmesi, danışmanlık merkezlerinin niceliksel ve niteliksel olarak kapasitelerinin artırılması,
 - Alanında uzman, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişim uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist gibi kadrolara istihdam da daha fazla yer verilmesinin sağlanması, personelin uzmanlaşmasının desteklenmesi, uzmanlığına güvenilmesi, kurum/kuruluşların hizmet

planlamaları ve karar aşamalarında ilgili personelin görüşlerinin alınması,

- İlgili kuruluşlar (Aile Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Okul Rehberlik Servisleri, Yeşilay Danışmanlık Merkezleri, İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları, Sosyal Hizmet Merkezleri, Gençlik Merkezleri vb.) arasında etkin yönlendirmelerin sağlanması, hizmetlerin planlanmasında ve sunumunda kamu kurumları ile yerel yönetimlerin birlikte karar alma ve hareket etmelerinin temini,
- İlgili uzman personelin katılımı ile hizmet alanlarla düzenli buluşmaların organize edilmesi, topluma yönelik eğitim faaliyetlerinin niceliksel ve niteliksel yönlerden güçlendirilmesi,
- Bu süreçlerde, farklı hizmetlere ihtiyaç duyduğu düşünülen hizmet alanların, başvuran sistemin uygun mikro düzey hizmetlere, kurumlara, sağlık, terapi ve danışmanlık hizmetlerine ulaşabilecekleri diğer kurum/kuruluşlara etkin yönlendirilmelerinin sağlanması,

➤ Bu araştırma bulgu ve sonuçlarının ortaya koymuş olduğu üzere kadınların önde gelen sosyal hizmet ihtiyaçları arasında meslek edindirme kursları ile hobi ve sanat kurs ve aktiviteleri yer almakta olup bu bağlamda başta kadınlar ve gençler olmak üzere tüm toplum kesimlerine yönelik olarak yerel yönetimler ve halk eğitim merkezleri başta olmak üzere ilgili kamu kurum/kuruluşlarınca hayata geçirilecek olan;

- meslek edindirme ve beceri kursları,
- hobi, sanat kurs ve aktiviteleri,
- yüzme, fitness gibi spor aktiviteleri vb.

faaliyetlerin çeşitli toplum kesimlerinin görüş ve önerilerinin alınarak planlanması, geliştirilmesi, çeşitlendirilmesi, tanıtımı ve etkin sunumlarının sağlanması,

- Genel literatür bilgisi yanında bu araştırma bulgu ve sonuçlarının da ortaya koymuş olduğu üzere çalışmayan kadınların ve alt gelir grubunda yer alan kadınların daha yüksek düzeyde kaygı oranları sergilediği ve bu etkenlerin psikopatolojiler için birer kırılganlık faktörü olmaları nedeniyle kadınların istihdamına dönük çalışmaların yoğunlaştırılması, meslek edindirme kursları başta olmak üzere diğer kurum/kuruluşlar ve hizmet sunum sistemleri ile İş ve İşçi Bulma Kurumu (İŞKUR) işbirliğinin yerel ve ülke düzeyinde geliştirilmesinin sağlanması; özellikle kadınlar ve gençler arasında istihdam oranlarının ve gelir düzeylerinin artırılmasına dönük süreçlerin geliştirilmesi,
- Genel literatür bilgisi yanında bu araştırma bulgu ve sonuçlarının da ortaya koymuş olduğu üzere, kadınların çoğunluğu başta psikolojik şiddet olmak üzere çeşitli şiddet türlerini değişen oranlarda deneyimlemekte ve yaşanan şiddetin bedensel ve ruhsal birçok olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle başta kadına yönelik şiddet olmak üzere şiddet olgusuyla etkin mücadele etmeye ve toplumda farkındalık geliştirmeye dönük etkin yasal düzenlemelere gidilmesi, bu yönde projelerin, çalışmaların geliştirilmesi, güçlendirilmesi ve halka yönelik farkındalık eğitimlerinin artırılarak sürdürülmesi,
- Genel literatür bilgisi yanında bu araştırma bulgu ve sonuçlarının da ortaya koymuş olduğu üzere, sigara başta olmak üzere bağımlılık yapıcı madde kullanmayan kadınların daha düşük kaygı düzeyleri ve daha yüksek benlik saygısı düzeyleri sergiledikleri gözlenmekte olup çeşitli toplum kesimlerine yönelik bağımlılık yapıcı madde kullanımını önlemeye dönük etkin faaliyetlerin planlanması ve sunulması yanında sigara bırakma poliklinikleri, alkol ve bağımlılık yapıcı madde tedavi merkezleri (AMATEM) gibi sağlık birimlerinin ve merkezlerin geliştirilmesi, nicelik ve nitelik yönünden güçlendirilmelerinin temini,
- Bu araştırma bulgu ve sonuçlarının ortaya koymuş olduğu üzere, kadınların sosyal hizmet kurum ve kuruluşları tarafından sunulan hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları yönünde sonuçlara ulaşılmış olup, sosyal

hizmet kurum ve kuruluşları ile bu kuruluşlar tarafında sunulan hizmetlere dönük toplum kesimlerinin bilgi düzeylerini artırmaya dönük, reklam spotu, belediye panoları vb. etkin iletişim kanallarının kullanılması yanında halka yönelik eğitimlerde bu konuyla ilgili bilgilendirme süreçleri içerisinde olunması,

Mikro Düzey Öneriler

- Somatik şikayetlerle Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran kadınların ve diğer kişilerin, ruhsal durumlarının tespitine yönelik olarak görevli personelce ayrıca duyarlı olunması, gerekli görüşme ve taramaların yapılması, uygun görülen kişilerin, ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşu psikiyatri poliklinikleri, sağlıklı hayat merkezi, danışmanlık merkezi vb. ilgili birimlere etkin yönlendirmelerinin yapılmasının temini,
- Kamusal ve/veya Özel Danışmanlık Merkezleri hizmet sunum sistemleri ile bu merkezlerde yürütülen bireysel danışmanlık, çift ve aile danışmanlığı, grup çalışması gibi müdahalelerin nicelik ve niteliğinin artırılması, merkezlerin etkin denetimlerinin yapılması, başta kadınlar, çocuk ve ergenler olmak üzere daha fazla sayıda başvurana ulaşılmasının sağlanması.
- Şehirlerde kadın ve gençler başta olmak üzere toplum kesimlerinin görüş ve önerilerinin alınması, ihtiyaç analizlerinin yapılması sonucunda planlanarak hayata geçirilecek olan kültür, sanat faaliyetleri (tiyatro, sinema, hobi kursları, sanat kursları vb.) ile sportif faaliyetlerin (salon sporları, yüzme aktiviteleri vb.) ücretsiz olarak veya düşük ücretlerle tüm toplumu kapsayacak şekilde sunulmasının temini,
- Bu araştırma bulgu ve sonuçlarının ortaya koymuş olduğu üzere, sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaca yönelik çözümler üretilmediğini düşünen

kadınların bunun nedenlerine ilişkin olarak geri dönüş yapılmaması, iletişim eksikliği ve personelin ilgisiz tutumu gibi nedenlerden dolayı çözüm üretilmediğini düşündükleri belirlenmiş olup bu eksiklerin giderilmesi için kurum ve kuruluşlarda görevli personelin iletişim becerilerinin geliştirilmesi, danışma/bilgilendirme/yönlendirme birimlerinin güçlendirilmesi, kurum ve kuruluşların insan kaynakları sistemlerinin güçlendirilmesi,

- Ruh sağlığı alanına yönelik araştırma ve çalışmaların üniversiteler başta olmak üzere ilgili diğer kurum/kuruluşları tarafından teşvik edilmesi, nicelik ve nitelik yönünden daha güçlü araştırmaların geliştirilmesi süreçleri ile bu süreçte görev alacak olan araştırmacıların desteklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Makro, mezzo ve mikro düzeylerde ifade edilen önerilerin, başta ülke genel sağlık sistemi ve ruh sağlığı alanı olmak üzere, sosyal hizmet alanına dönük olarak da önemli ve olumlu yönde yansımalarının olacağına inanılmaktadır. Bu süreçte özellikle “Ruh Sağlığı Yasası” hazırlık çalışmaları başta olmak üzere, mevcut ruh sağlığı sistemi yapılanma ve işleyişine yönelik önerilerin yanında, klinik sosyal hizmet alanının eğitim ve yapılanmasına yönelik getirilen görüş ve önerilerin, konuya atfedilen önemin artışına dönük katkıları ile birlikte birtakım hedeflere de ışık tutacağı düşünülmektedir. Gerçekleşmesi istenilen durum, genel sağlık sistemi içerisinde ruh sağlığı yapılanmasının hak ettiği ağırlığa kavuşarak, çağdaş ve insan odaklı bir hizmet sunum sistemine dönüşmesi ve bununla birlikte eşzamanlı olarak sosyal hizmet disiplininin de ruh sağlığı sistemi içerisindeki mevcut konumunu güçlendirmesi ve hak ettiği şekliyle, başta A.B.D. olmak üzere gelişmiş ülkeler düzeyine ulaşması yönündedir. Bu süreçte nihai hedefin, çağdaş ve insan odaklı bir ruh sağlığı hizmet sunum sistemi içerisinde, kapsamlı, etkili ve nitelikli hizmetler yolu ile başvuran/hasta sistemin, sorun ve sıkıntılarının giderilerek, güçlendirilmeleri ve psikososyal işlevsellik düzeylerinin geliştirilmesinin olduğu açık bir şekilde ifade edilebilir.

ÖZET

Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı ile Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği

Sağlığın en önemli bileşenlerinden olan ruh sağlığı, kişisel düzeyde bireylerin iyi oluşu yanında, toplumsal refah içinde vazgeçilmez bir alanı ifade eder. Bununla birlikte, genel sağlık uygulamaları içerisinde ruh sağlığı henüz istenilen düzeye ulaşabilmiş değildir. Ulusal ve uluslararası düzeyde yürütülen epidemiyolojik çalışmaların ortaya koyduğu üzere, yaygın ruhsal bozuklukları ifade eden duygudurum bozuklukları ve kaygı (anksiyete) bozuklukları oranlarında kadınlar, genel toplum ortalamasından oldukça daha yüksek prevalans oranları göstermektedir. Türkçede iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle ifade edilen kaygı, fiziksel ve ruhsal bir bütünlüğü ifade eden insan organizmasında değişik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan gerilimlerin yol açtığı acı verici duygusal bir deneyim olarak tanımlanmakta ve bireyin sağlığını ve yaşantısını olumsuz etkilemektedir. Kaygı (Anksiyete) bozuklukları, başta depresyon olmak üzere diğer ruhsal rahatsızlıklar ile güçlü komorbidite ilişkileri sergilemekte ve var olan tabloyu daha ağır hale getirebilmektedir. Nedenleri, işleyişi ve sonuçları üzerine çok sayıda araştırma yürütülen kaygının benlik saygısı ile olan ilişki ve etkileşimleri de araştırmacılarca çalışılmakta, aralarındaki bağ anlaşılmak istenilmektedir. Bireyin kendisini değerlendirmesinden doğan memnuniyet derecesi olarak ifade edilen benlik saygısının, ruhsal rahatsızlıklara zemin hazırlayan bir kırılmalık faktörü olduğu çeşitli araştırmacılar tarafından ortaya konulmuştur. Bununla birlikte ulusal ve uluslararası düzeyde literatür incelendiğinde kaygı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi konu edinen çalışma sayısının sınırlı olduğu, bu ilişkiyi kadınlar bağlamında ele alan çalışma sayısının ise çok daha sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, Konya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyet göstermekte olan Karatay 01 No.'lu Nakipoğlu Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Birimleri'ne başvuran 18-65 yaş arası kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada yöntem olarak nicel araştırma yöntemlerinden olan “ilişkisel tarama modeli” kullanılmıştır. Araştırma da aydınlatılmış onam formuna ek olarak Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği ve Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyacının Belirlenmesine Dair Form olmak üzere dört farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Form ve envanterler araştırmanın örneklemini oluşturan 168 kadına uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0” programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırma sonucunda kadınların; çalışma durumu, gelir durumu, gelir memnuniyet durumu, sigara kullanımı, geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalma durumu, geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalma durumu, halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalma durumu ile kaygı envanteri puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda kadınların; yaşları, medeni durumları, çocuk sayısı, meslekleri, gelir memnuniyet durumu, sigara kullanımı, geçmişte fiziksel aile içi şiddete maruz kalmaları, geçmişte psikolojik aile içi şiddete maruz kalmaları, geçmişte ekonomik aile içi şiddete maruz kalmaları, halen psikolojik aile içi şiddete maruz kalmaları ile benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan kaygı (anksiyete) ölçeği ve benlik saygısı envanterinin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmada kullanılan envanter ortalama değerlerinin, kaygı envanteri için, $20,82 \pm 12,97$; benlik saygısı envanteri için $54,49 \pm 22,54$ olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların kaygı düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup; kaygı ile benlik saygısı arasında istatistiksel yönden anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki ($r = -0,419$, $p < 0,05$) bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların ilk üç sırada gelen sosyal hizmet ihtiyacının oransal olarak sırası ile bireysel psikolojik danışmanlık, aile danışmanlığı ve ekonomik yardım olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda ruh sağlığı hizmet sunum sistemlerinin geliştirilmesi başta olmak üzere, genel toplum ruh sağlığını iyileştirmeye dönük makro, mezzo ve mikro düzeyde çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kadınlarda kaygı (anksiyete), kadınlarda benlik saygısı, kadınlarda sosyal hizmet ihtiyacı.



SUMMARY

Assessment with Social Work Need of The Relationship Between Anxiety Level and Self-Esteem in Women: A Sample of Healthy Life Center

Mental health, which is one of the most important components of health, expresses an indispensable area in social welfare besides the well-being of individuals at personal level. However, mental health has not yet reached the desired level within general health practices. As demonstrated by epidemiological studies conducted at national and international levels, women exhibit significantly higher prevalence rates than the general population average in the rates of mood disorders and anxiety disorders that represent common mental disorders. Anxiety expressed in words such as “iç sıkıntısı”, “kaygı”, “bunaltı” in Turkish and anxiety is defined as a painful emotional experience caused by tensions caused by different causes in the human organism, which is a physical and mental integrity, and negatively affects the health and life of the individual. Anxiety disorders exhibit strong comorbidity relationships with other mental disorders, especially depression, and can make the existing table more severe. A lot of research on the causes, functioning and results of the anxiety and the relationships and interactions with the self-esteem are also studied by the researchers, and the link between them is desired to be understood. It has been demonstrated by various researchers that self-esteem, expressed as the degree of satisfaction arising from the individual's self-assessment, is a fragility factor that underpins mental illnesses. However, when the literature is examined at national and international level, it is seen that the number of studies on the relationship between anxiety and self-esteem is limited, and the number of studies dealing with this relationship in the context of women is much more limited. In this work, it is aimed to evaluate the relationship between anxiety level and self-esteem in women aged 18-65 years who applied to Karatay Nakipoglu No. 01 Healthy Life Center Psychosocial Counseling Units operating under Konya Provincial Health Directorate with social work needs.

In this research, the “relational screening model”, which is one of the quantitative research methods, was used as a method. In addition to the informed consent form, four different data collection tools were used in the study, namely the Socio-Demographic Information Form, the Coopersmith Self-Esteem Inventory, the Beck Anxiety Inventory, and the Form for Determining Women's Social Work Needs. Forms and inventories were applied to 168 women who constituted the sample of the study. The data obtained in the research were analyzed using the "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0" program.

As a result of the research, it was found that there was a statistically significant difference between women's working status, income status, income satisfaction status, smoking, past exposure to physical domestic violence, past exposure to economic domestic violence, status of current exposure to psychological domestic violence with anxiety inventory score averages. As a result of the research, it was found that there was a statistically significant difference between women's age, marital status, number of children, occupation, income satisfaction status, smoking, exposure to physical domestic violence in the past, exposure to psychological domestic violence in the past, exposure to economic domestic violence in the past and being exposed to status of current psychological domestic violence with the mean scores of the self-esteem scale.

It was determined that the anxiety inventory and self-esteem inventory used in the research were highly reliable. It was found that the average inventory values used in the study were 20.82 ± 12.97 for the anxiety inventory and 54.49 ± 22.54 for the self-esteem inventory. The relationship between the anxiety levels of the women participating in the study and their self-esteem levels was evaluated; and a statistically significant and negative relationship was found between anxiety and self-esteem ($r = -0.419$, $p < 0.05$). It has been determined that the leading top three social work needs of the women participating in the research are individual psychological counseling, family counseling and economic aid, respectively.

In line with these results, various suggestions have been developed at macro, mezzo and micro levels to improve the mental health of the general community population, especially the development of mental health service delivery systems.

Keywords: Anxiety in women, self-esteem in women, social work need in women.



KAYNAKLAR

- AUSTRALIAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (2021). Accredited Mental Health Social Worker: <https://www.clinchcounselling.com.au/accredited-mental-health-social-worker>. AASW, Melbourne, Australia. Erişim Tarihi: 21.08.2021.
- ABERNATRY TJ, MASSAD L, ROMANA-DWYER L (1995). The Relationship Between Smoking and Self Esteem. *Adolescence*, **30(120)**: 899-907.
- ALICI E, CENKSEVEN ÖNDER F (2016). Kaygı Bozukluğu Olan ve Olmayan Yetişkinlerde Sosyal Beceri ve Benlik Saygısı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt:9 Sayı:46.
- ANXIETY DISORDERS ASSOCIATION OF AMERICA (2005). Anxiety Disorders In Women: Setting A Research Agenda. ADAA, Maryland, USA.
- ANXIETY DISORDERS ASSOCIATION OF AMERICA. Treating Anxiety Disorders. Erişim:<https://adaa.org/sites/default/files/Treating%20Anxiety%20Disorders.pdf>. Erişim Tarihi: 25.02.2021
- ANXIETY UK (2012). Understanding Anxiety. Manchester, England. Erişim: <https://www.anxietyuk.org.uk/products/anxiety-condition/anxiety/nutrition-and-anxiety-a-self-help-guide/>. Erişim Tarihi: 11.03.2021.
- AKALIN A, ARIKAN Ç (2017). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Aile İçi şiddet Sıklığı ve şiddetin Depresyona Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6(2)**: 1-10.
- AKBAŞ S (2016). Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun DSM-5 Tanılama Sistemine Göre Sınıflandırılması ve Epidemiyolojileri. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry – Special Topics*; **2 (3)**.
- ALTAN ATALAY A, SARITAŞ ATALAR D (2018). Bilişsel Abartma Tarzı Ölçeği (BATÖ) Türkçe Formu'nun Psikometrik Özellikleri. *J Clin Psy*, **21 (1)**: 52-60.
- ALTINEL T (2008). Edirne şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİğİ (2014). DSM-5 TM Tanı Ölçütleri, Başvuru El Kitabı (Çev: E. Köroğlu). Ankara: HYB Yayıncılık.
- ARMUTLULU İH (2008). İşletmelerde uygulamalı istatistik. İstanbul: Alfa Yayınları.
- ARSLAN H, MERGEN H, MERGEN BE, ARSLAN E, AYYILDIZ Ü (2016). Eğitim Fakóltesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Puanlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *Medical Sciences*, ISSN:1308 7312 (NWSAMS).

- ASLAN E (1992). Benlik Kavramı ve Bireyin Yaşamındaki Etkileri. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Dergisi*, Sayı:4, 7-14.
- ASLANTÜRK H (2019). Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, Sayı: 13, 43-55.
- AUSTIN L (1958). “Dynamics and Treatment of the Client with Anxiety Hysteria,” in *Ego Psychology and Dynamic Casework*, ed. H. Parad. New York: Family Service Association of America.
- AYDIN A, TEKİNSAV SÜTCÜ S, SORİAS O (2009). Ergenlerde Sosyal Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Bir Grup Terapisi Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1):25-26.
- BAL U, ÇAKMAK S, UĞUZ Ş (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Özgü Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4):441-459.
- BALKAYA H (1992). Nevroz Oluşumunda “Görünen Ben” ile “İdeal Ben” Arasındaki Farkın Önemi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Kayseri.
- BARKER RL (2003). *The Social Work Dictionary* (5th Edition). National Association of Social Workers, Washington, DC: NASW Press.
- BAŞARAN AM (2018). 18-20 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde Sigara Kullanımı İle Özsaygı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Gelişim Psikolojisi Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- BAUMEISTER RF, CAMPBELL JD, KRUEGER JI, VOHS KD (2003). Does High Self Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, Or Healthier Lifestyles? *Psychological Science In The Public Interest*, Vol. 4, No. 1, May.
- BENTLEY KJ (2005). Women, Mental Health, and the Psychiatric Enterprise: A Review. *Health & Social Work*, Volume 30, Number 1 February, 56-63.
- BERKSUN O (2002). Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti.
- BIRD ML, WRIGHT RJ, FROST C (2016). Enhancing Women’s Health: A Call For Social Work Research. *Social Work In Health Care*, Vol.55, No.9, 732-751.
- BLACK WG JR (1991). Social Work in World War I: A Method Lost. *Social Service Review*, Vol. 65, No.3, 379-402.
- BLAND R, RENOUF N (2001). Social Work And The Mental Health Team. *Australasian Psychiatry*, Vol 9, No 3, September; 238-241.
- BORKOVEC T, RUSCIO A (2001). Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry*, 62 (suppl 11):37-42.
- BROMAN FULKS JJ, BERMAN ME, BRIAN AR, WEBSTER MJ (2004). Effects of Aerobic Exercise on Anxiety Sensivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42:125-126.

- BUDAKOĞLU İİ, MARAL İ, COŞAR B, BİRİ A, BUMİN MA (2005). 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, Cilt: 2 Sayı: 2 Sayfa: 92-97.
- BULUŞ M, CEVHER FN (2007). Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı: Önemi ve Geliştirilmesi. *Akademik Dizayn Dergisi*, 2: 52-64.
- CANADIAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (2020). Social Work Practice in Mental Health. Erişim: <https://casw-acts.ca/en/social-work-practice-mental-health>. Erişim Tarihi: 19.03.2020.
- CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (2008). Anxiety Disorders An Information Guide. Toronto, CANADA. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/anxiety-guide-en.pdf>. Erişim Tarihi: 11.03.2021.
- CEYHUN B, CEYHUN G (1994). Anksiyete Monografları Serisi 1. Hekimler Yayın Birliği. Ankara: Medikomat Basın Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti.
- CHAN DW (2003), “Hardiness and its role in the stres-burnout relationship among prospective Chinese teachers in Hong Kong”, *Teaching and Teacher Education*, Volume:19, pp.280-285.
- CORNING AF (2002). Self-Esteem As A Moderator Between Perceived Discrimination And Psychological Distress Among Women. *Journal of Counseling Psychology*, Vol.49, No.1, 117-126.
- COŞKUN R, ALTUNIŞIK R, YILDIRIM E (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı. Dokuzuncu Baskı, Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- CRAIG SL, BEJAN R, MUSKAT B (2013). Making The Invisible Visible: Are Health Social Workers Addressing The Social Determinants of Health? *Social Work In Health Care*, 52:311-331.
- ÇELEBİ ÇELİK D (2016). 20-40 Yaş Arası Psikolojik Tedavi Alan Kadınlar İle Almayanların Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Düzeyleri. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ÇIBIK T (2019). Eşini Kaybetmiş Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Destek İle Duygusal ve Sosyal Yalnızlık Arasındaki İlişkiler. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ÇINAR B (2020). Depresyon, Benlik Saygısı ve Denetim Odağı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.
- ÇITAK S (2018). Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları: Psikoterapi ve Farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med- Special Topics*, (3): 141-9.
- ÇİLLİ AS, KAYA N, BODUR S, ÖZKAN İ, KUCUR R (2004). Ev Kadınlarında ve Çalışan Evli Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 14(1):1-5.

- ÇİLTAŞ Ç, ÇALIK VAR E (2019). Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Konukevi Hizmetine İlişkin Bir Araştırma: Ankara Örneği. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, **2(1)**, 13-23.
- DEDE C (2019). Aydın ve İzmir’de Suç Mağduru Kadınlara Sosyal Hizmet Ekseninde Sunulan Psiko-Sosyal Rehabilitasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- DORE MM (1999). The Retail Method of Social Work: The Role of the New York School in the Development of Clinical Practice. *Social Service Review*, Vol. **73**, No. 2 (June 1999), pp. 168-190.
- DORFMAN RA (1996). Clinical Social Work: Definition, Practice, and Vision. New York: Published by Brunner/Mazel, Inc.
- DÖĞÜCÜ M (2019). Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddetin Benlik Saygısı ve Temel Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- DUYAN V (2010). Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları. Ankara: Aydınlar Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.
- DUYAN V, BAYIR ÖÖ (2016). Sosyal Hizmete Giriş. Birinci Baskı, Ankara: Sosyal Çalışma Yayınları.
- EHNTHOLT K, SALKOVSKIS PM, A RIMES K (1999). Obsessive-Compulsive Disorder, Anxiety Disorders, And Self Esteem: An Exploratory Study. *Behaviour Research and Therapy* **37** (1999) 771-781.
- EL-WAHAB SDA, EITA LH (2015). Impact of Counseling on Self-Esteem and Anxiety Levels Among Nursing Students. *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. **5**, No. 6, 106-113.
- ERBAY L (2015). Çalışmanın Evli Kadınlarda Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- FENNELL MJV (1997). Low Self-Esteem: A Cognitive Perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **25**, 1-25.
- FENNELL MJV (1998). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. **4**: 296-304.
- FİDAN FZ (2014). Eğitim ve Benlik Saygısı: Kadın Kimliğinin Eğitim Yoluyla Yeniden İnşası. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: **2**, Sayı: **2/2** :12-27.
- GEÇTAN E (2003). Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. İstanbul: Metis Yayınları.

- GEZEĞEN ÜNLÜ S (2019). Türkiye’de Çalışan Kadınlarda Çoklu Rollerin Psikolojik Sağlığa Etkisi. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Sakarya.
- GIACOBBE P, FLINT A (2018). Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. *Behavioral Neurology And Psychiatry*, **24 (3)**: 893–919.
- GOLDSTEIN EG (1996). What Is Clinical Social Work? Looking Back To Move Ahead. *Clinical Social Work Journal*, Vol. **24**, No. 1, Spring.
- GOLDSTEIN EG (2009). The Relationship Between Social Work and Psychoanalysis: The Future Impact of Social Workers. *Clin Soc Work J*, **37**:7–13.
- GONZÁLEZ MJ, GELMAN CR (2015). Clinical Social Work Practice in the Twenty-First Century: A Changing Landscape. *Clin Soc Work J*, **43**:257–262.
- GREENBERG J, SOLOMON S, PYSZCZYNSKI T, ROSENBLATT A, BURLING J, LYON D, SIMON L, PINEL E (1992). Why Do People Need Self-Esteem? Converging Evidence That Self Esteem Serves An Anxiety Buffering Function. *Journal of Personal and Social Psychology*, Vol.**63**, No.6, 913-922.
- GROSS C, HEN R (2004). The Developmental Origins of Anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*: Volume 5: 545.
- GÜLEÇ C (2018). Ruhun Sırları, Vaka Örnekleriyle Psikoterapiler. Ankara: Pusula Yayınevi.
- GÜVELİ GM, İŞERİ E (2016). Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry – Special Topics*; **2 (3)**.
- HAMILTON G (1947). Psychotherapy in Child Guidance. New York: Columbia University Press.
- HAMILTON G (1951). Theory And Practice of Social Case Work. New York: Columbia University Press.
- HAMILTON G (1958). “A Theory of Personality: Freud's Contribution to Social Work,” in Ego Psychology and Dynamic Casework, ed. H. Parad. New York: Family Service Association of America.
- HEATHERTON TF, VOHS KD (2000). Interpersonal Evaluations Following Threats to Self: Role of Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.**78**, No.4, 725-736.
- HETTEMA JM, NEALE MC, KENDLER KS (2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*, **158**:1568–1578.
- HOBFOLL SE, LEIBERMAN JR (1987). Personality and Social Resources in Immediate and Continued Stress Resistance Among Women. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. **52**. No. 1,18-26.
- HOFMANN SG, SMITS JAJ (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta – Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J Clin Psychiatry*, **69**: 621-623.

- HOLLIS F (1972). Casework: A Psychosocial Therapy, 2nd Ed. New York: Random House.
- HORNEY K (2019). Çağımızın Nevrotik Kişiliği (6. Baskı). (Çev: B. Kıcır). İstanbul: Sel Yayıncılık.
- IŞIK E, IŞIK TANER Y (2006). Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Asimetrik Paralel.
- JERATH R, CRAWFORD MW, BARNES VA, HARDEN K (2015). Self-Regulation of Breathing as a Primary Treatment for Anxiety. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, **40**:107–115.
- JOHN A, GAMARRA E, BIRD M, L.WRIGHT R, J FROST C (2016). Social Work Grand Challenges and The U.N. Sustainable Development Goals: Linking Social Work and Women's Health.
- KAĞITÇIBAŞI Ç (2019). Benlik, Aile ve İnsan Gelişimi. Beşinci Baskı, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- KALIN NH (2020). Novel Insights Into Pathological Anxiety and Anxiety-Related Disorders. *Am J Psychiatry*; **177**;3: 187–189.
- KARA Zİ (2018). Bir Psikolojik Danışmanlık Merkezine Başvuran Kadınların Çocukluk Çağı Travmaları, Öfke İfade Biçimleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Açısından İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KARAMUSTAFALIOĞLU O, YUMRUKÇAL H (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, Cilt:45, Sayı:2.
- KARASAR, N (2020). Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler (35. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- KELLEÇİ M, AŞTI N, KÜÇÜK L (2003). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **7** (2).
- KELOĞLU T (2017). Kadıköy Bölgesinde Ruh Sağlığı Hizmetine Başvurmuş 200 Kadın Vakanın Scl-90 Psikolojik Belirti Tarama Testine Göre İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Uygulamalı Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KESKİN A, ÜNLÜOĞLU İ, BİLGE U, YENİLMEZ Ç (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyete Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, **50**:344-351.
- KESSLER R.C, MCGONAGLE K, ZHAO S, NELSON C, HUGHES M, ESHLEMAN S, WITTCHEN HU, KENDLER K (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Results from the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, Vol. **51**: 8-19.

- KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, KORETZ D, R.MERIKANGAS K, RUSH J, E.WALTERS E, S.WANG P (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From The National Comorbidity Survey Replication. *American Medical Association*. Reprinted JAMA, June 18, Vol **289**: No.23 3095.
- KILIÇCI Y (2006). Okulda Ruh Sağlığı. Ankara: Anı Yayıncılık.
- KOCABAŞOĞLU N (2008). Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi No:62*: 175-184.
- KOYUN A, TAŞKIN L, TERZİOĞLU F (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **3(1)**: 67-99.
- KRAVITZ HM, SCHOTT LL, JOFFE H, CYRANOWSKI JM, BROMBERGER JT (2014). Do Anxiety Symptoms Predict Major Depressive Disorder in Midlife Women? The Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychol Med*, September; **44 (12)**: 2593–2602.
- LEE A, L.HANKIN B (2009). Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*, **38(2)**: 219-231.
- LEICHSENRING F, SALZER S (2014). A Unified Protocol for the Transdiagnostic Psychodynamic Treatment of Anxiety Disorders: An Evidence-Based Approach. *Psychotherapy*, Vol. **51**, No. 2: 224 –245.
- MALDONADO L, HUANG Y, CHEN R, KASEN S, COHEN P, CHEN H (2013). Impact of Early Adolescent Anxiety Disorders on Self-Esteem Development from Adolescence to Young Adulthood. *J Adolesc Health*, **53(2)**: 287-292.
- MARIN JM, CAMPAYO JG, YUS MCP, OLMO EZ, CUIPERS P (2019). Meditation techniques v. relaxation therapies when treating anxiety: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, **49**, 2118–2133.
- MCLAUGHLIN, AM (2002). Social Work’s Legacy: Irreconcilable Differences? *Clinical Social Work Journal*, Vol. **30**, No. 2, Summer, (c 2002).
- MCMANUS F, WAITE P & SHAFRAN R (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, **16**, 266–275.
- MERİÇ M, OFLAZ F (2013). Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Hemşirelik Uygulamasının Hastaların Tedavisiyle İlgili Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **4(3)**:109-118.
- MEYER CH (1983). Clinical Social Work in the Eco-Systems Perspective. New York: Columbia University Press.
- MUSLU L (2001). Kırsal Bölgede Eşleri Tarafından Fiziksel Şiddet Gören ve Görmeyen Kadınların Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

- MUSTAFA S, MELONASHI E, SHKEMBI F, FANAJ N, BESIMIC K (2015). Anxiety And Self-Esteem Among University Students: Comparison Between Albania And Kosovo. *Social and Behavioral Sciences*, **205**: 189-194.
- NALBANTOĞLU, D (2011). Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları ve Etkileyen Faktörler. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
- NASW FOUNDATION (2021). NASW Pioneers Biography Index. Erişim: <https://www.naswfoundation.org/Our-Work/NASW-Social-Work-Pioneers/NASW-Social-Workers-Pioneers-Bio-Index/id/627>. Erişim Tarihi: 08.09.2021.
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (2005). Standarts for Clinical Social Work in Social Work Practice. Washington, DC: USA.
- OKYAY P, ATASOYLU G, ÖNDE M, DEREBOY Ç, BEŞER E (2012). Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **23(3)**: 178-188.
- ORAL M, TUNCAY T (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, **23(2)**, 93-114.
- ÖZCAN H, SUBAŞI B, BUDAK B, ÇELİK M, GÜREL Ş.C, YILDIZ M (2013). Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*, **3(3)**:107-13.
- ÖZCAN M, UĞUZ F, ÇİLLİ A.S (2006). Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **17(4)**: 276-285.
- ÖZCAN ve GÜL ÇELİK (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry – Special Topics*; **3(2)**:115-20.
- ÖZDAMAR, K (1999). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi 1. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- ÖZDEL K (2015). Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry – Special Topics*; **8 (2)**.
- ÖZKAYNAK E (2020). Yetişkin Kadınlarda Psikolojik ve Sosyal Kırılganlığın Nedenlerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- PILLAI VK, & MALEKU A (2013). Reproductive health and social development in developing countries: Changes and interrelationships. *British Journal of Social Work*, **45**, 842-860.
- RAPEE RM, SCHNIERING CA, HUDSON JL (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, **5**: 311–41.
- RIKETTA M (2004). Does Social Desirability Inflate The Correlation Between Self-Esteem And Anxiety? *Psychological Reports*, **94**, 1232-1234.

- RICHMOND M.E (1917). Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foundation.
- RICHMOND M.E (1922). What Is Social Case Work? New York: Russell Sage Foundation.
- ROBERTS JE (2006). Self-Esteem from a Clinical Perspective. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (s. 298 –305). New York, NY: Psychology Press.
- ROSE SM, HATZENBUEHLER S (2009). Embodying Social Class: The Link Between Poverty, Income Inequality and Health. *International Social Work*, **52(4)**: 459-471.
- RUH SAĞLIĞI YASASI TASLAĞI. <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf>. Erişim Tarihi: 23.08.2021.
- SAATÇIOĞLU Ö (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt:11, Sayı:1.
- SAKMAR BALKAN E, FIŞILOĞLU H (2017). İncinebilirlik-Stres-Uyum Modeli Çerçevesinde Evlilik Uyumu. *Nesne Psikoloji Dergisi (NPD)*, Cilt 5, Sayı 9.
- SANFORD LT, DONOVAN ME (1999). Kadınlar ve Benlik Saygısı.(Çev: S.Kunt). Ankara: HYB Yayıncılık.
- SAYGILI G, KESECİOĞLU Tİ, KIRIKTAŞ H (2014). Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, Cilt:4 Sayı:2 Makale No: 21.
- SEEMAN M (1997). Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones. *Am J Psychiatry*, **154**:12.
- SERGEK E, B.OĞUZKAN S (2018). Birinci Basamakta Kadınların Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *Atlas International Referred Journal On Social Sciences*, Vol 4, Issue:15.
- SHAO J (2002). Professor of Statistics, University of Wisconsin Madison. *Verified email at Journal of the American Statistical Association*, Volume:97, Issue:457: 193-200.
- SIPORIN M (1985). Current Social Work Perspectives On Clinical Practice. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 13,198-217.
- SLAVIN-MULFORD J, HILSENROTH MJ (2012). Evidence-Based Psychodynamic Treatments for Anxiety Disorders: A Review. R.A. Levy et al. (eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice 117 and Practice-Based Evidence, Current Clinical Psychiatry*.
- SMITH EE, NOLEN-HOEKSAMA S, FREDRICKSON B, LOFTUS GR (2019). Atkinson & Hilgard, Psikolojiye Giriş, 6. Baskı. (Çev: Ö.Öncül-D.Ferhatoğlu). Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- SOCIAL WORK POLICY INSTITUTE (2020). History of Social Research in Mental Health. Erişim: http://www.socialworkpolicy.org/research/history-of-social_work-in-mental-health.html. Erişim Tarihi:19.03.2020.

- SOWISLO JF, ORTH U (2013). Does Low Self Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, Vol.139, No.1, 213-240.
- SYDSJÖ G, BLADH M, JOSEFSSON A (2018). Anxiety in Women – A Swedish National Three – Generational Cohort Study. *BMC Psychiatry*, 18:168.
- STREAN HS (1974). The Social Worker As Psychotherapist. Metuchen, N.J.: Scarecrow Press,Inc.
- STREAN HS (1978). Clinical Social Work: Theory and Practice. New York: The Free Press.
- STUART PH (2008). Community Care and the Origins of Psychiatric Social Work. *Social Work in Health Care*, 25: 3, 25-36.
- ŞAHİN E, ŞENYURT M, BABAOĞLU B, UTKU UZUN S, NALBANTOĞLU D, ZENCİR M (2016). Denizli İli Honaz İlçesinde Yaşayan Mavi Yakalı Kadınlar İle Ev Kadınlarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*; 9(1): 29-37.
- ŞAHİN M (2019). Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, Cilt 6, Sayı 10:117-135.
- TAMAM L, DEMİRKOL ME (2019). Anksiyete Bozuklukları. Bölüm 3: 1641-1643. Erişim:<https://www.researchgate.net/publication/334376120>. Erişim Tarihi: 18.04.2021.
- TAŞ TORUN Y, IŞIK TANER Y (2016). Anksiyete Bozukluklarının ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri, Ayırıcı Tanıları ve Komorbid Durumlar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry – Special Topics*; 2 (3).
- TEKİN M, TEKİN A (2014). Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4): 330-339.
- TEKİNSAV SÜTCÜ S (2015). Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (Suppl 1):1-2.
- T.C. BAŞBAKANLIK KADININ STATÜSÜ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2008). *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği*. Ankara.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2006). Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2007). “Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 21 Hedefte Gelecek: Sağlıkta Türkiye”, (Ed. YARDIM,N., vd.) Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık Turizm San. Tic. Ltd. Şti.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2020). Sağlıklı Hayat Merkezleri. Erişim: <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>. Erişim Tarihi: 22.04.2020.
- TOSUN S, AKÇA G (2014). Konya Kent Merkezinde Sosyoekonomik Özellikleri Farklı Olan Bölgelerde Yaşayan Bireylerin Sosyal Destek ve Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17:4.

- TUFAN B (1990). Benlik Saygısı Kavramı ve Yaşam Boyunca Benlik Saygısının Gelişimi. *Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:8, Sayı:1-2-3: 29-40.
- TUFAN B, YILDIZ S (1993). Geri Dönüş Sürecinde İkinci Kuşak. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi.
- TUNÇ Z, KOLBURAN ŞG (2019). Ergenlik Döneminde Benlik Saygısı ile Sigara Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi* Yıl 5, Sayı 1-Nisan, 55-70.
- TURAN N, TUFAN B (1987). Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin (SEI) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 23. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, İstanbul, 14-18 Eylül.
- TURAN N (2009). Sosyal Kişisel Çalışma. Ankara: Aydınlar Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.
- TURNER FJ (1978). Psychosocial Therapy. New York: The Free Press.
- TÜRKÇAPAR H (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek 4:12-16.
- ULUSOY M, ŞAHİN NH, ERKMEN H (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.
- ÜNSALVER BÖ, BALCIOĞLU İ (2006). Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37:115-120.
- VIDEKA L, GOLDSTEIN E (2012). 50 Years and the Future of Agency-Based Clinical Social Work Practice: Introduction to the Special Issue. *Clin Soc Work J*, 40:119-126.
- WATSON D, SULS J, HAIG J (2002). Global Self-Esteem in Relation to Structural Models of Personality and Affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 83, No. 1, 185-197.
- WHITEFORD HA, FERRARI AJ, DEGENHARDT L, REHM J, BAXTER AJ, FERRARI AJ, ERSKINE HO, CHARLSON FJ, NORMAN RE, FLAXMAN AD, JOHNS N, BURSTEIN R, JL MURRAY C, VOS T (2013). Global Burden of Disease Attribute to Mental And Substance Use Disorders: Finding From The Global Burden of Disease Study 2010, 382: 1575-86.
- WOODWARD AT, TAYLOR RJ (2018). Factors Associated With The Use of Social Workers For Assistance With Lifetime And 12-Month Behavioral Health Disorders. *Social Work Health Care*, 57(4): 267-283.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1997). Nations For Mental Health. A Focus on Women. Division of Mental Health And Prevention of Substance Abuse, (Ed. K.GOMEL M). Geneva: Switzerland.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2003). Investing in Mental Health. Geneva: Switzerland.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). Improving Health Systems And Services For Mental Health. WHO Library Cataloguing-In-Publication Data. Geneva: Switzerland.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2009). Women and Health. Today's Evidence, Tomorrow's Agenda. Geneva: Switzerland.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2017). Depression and Other Common Mental Health Estimates. Geneva: Switzerland.
- YANBASTI G (1990). Kişilik Kuramları. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No.53. Ege Üniversitesi Basımevi. Bornova-İzmir.
- YAVUZER Y, KARATAŞ Z, POLAT DEMİR B (2017). Benlik Kuramı Ölçeğinin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **18(2)**: 161-168.
- YILMAZ T (2019). Kadınlarda Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Öfkenin Yeme Tutumu İle İlişkisi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.
- ZASTROW C (2017). Sosyal Hizmete Giriş. (Ed. ÇİFTÇİ DB., vd.). Ankara: Nika Yayınevi.
- ZEIGLER-HILL V (2011). The Connections Between Self-Esteem and Psychopathology. *J Contemp Psychother*, **41**:157-164.
- ZUBAROĞLU YANARDAĞ M, ÖZMETE E (2017). Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt **28**, Sayı 1.

EKLER

EK-1: Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Ali TAHTACI** tarafından yürütülen “**Kadınlarda Kaygı Düzeyi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı İle Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; kadınlarda kaygı düzeyi ile benlik saygısı düzeyi arasındaki ilişkiyi sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirebilmektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılım sağlamak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılım sağlayan gönüllülere herhangi bir ücret ödenmeyecek olup, kendilerinden yada bağlı bulundukları sosyal güvenlik kurumundan her hangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada rahatsız edici sorular bulunabilecektir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmada kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın gönüllü olmayı ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı- Soyadı:.....

İmzası :

Tarih :

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası :

EK-2: Sosyo-Demografik Bilgi Formu (SDBF)

Sayın gönüllü;

Aşağıda sosyodemografik durumunuzla ilgili bilgileri içeren ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve size uygun olanların seçenekleri daire içine alarak işaretleyiniz, uygun gördüğünüz boşlukları tamamlayınız.

1. Yaşınız

2. Medeni durumunuz

- | | |
|-----------------|--------------------|
| A) Bekar | D) Boşanmış |
| B) Evli | E) Ayrı Yaşıyor |
| C) Dini Nikahlı | F) Eşini Kaybetmiş |

3. Çocuk Sayınız

- A) Yok B) 1 C) 2 D) 3 E) 4 ve üzeri

4. Öğrenim Düzeyiniz

- | | | | |
|--------------------|---------------|------------|-------------|
| A) Okuryazar Değil | B) Okuryazar | B) İlkokul | C) Ortaokul |
| B) D) Lise | E) Üniversite | | |

5. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Durumunuz

- A) Yok B) Sigara C) Alkol D) Madde

6. Kronik Hastalık Durumunuz

- A) Yok B) Var :.....

7. Çalışma Durumunuz

- A) Çalışıyor B) Çalışmıyor

8. Mesleğiniz

- A) Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler
B) Yöneticiler
C) Profesyonel meslek mensupları
D) Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları
E) Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar
F) Hizmet ve satış elemanları
G) Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları
H) Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar
I) Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar
J) Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

9. Ailenizin Aylık Geliri

10. Gelir Memnuniyet Düzeyiniz

- A) Çok Memnunum
B) Memnunum
C) Kararsızım
D) Memnun Değilim
E) Hiç Memnun Değilim

11. Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Danışmanlık Hizmetlerinden Ne Kadar Süredir Hizmet Almaktasınız ?

- A) 1 Hafta B) 1 Hafta - 1 Ay C) 1 Ay- 3 Ay D) 3 Ay - 6 Ay
E) 6 Ay ve Üzeri

12. Evde bakıma ihtiyacı olan ve bakım verdiğiniz engelli ya da yaşlı var mı?

- A) Yok
- B) Engelli Var
- C) Yaşlı Var

13. Bakıma ihtiyacı olan yaşta çocuğunuz var mı?

- A) Yok
- B) Var

14. Geçmişte aile içinde şiddete maruz kaldınız mı? Yanıtınız “Evet” ise birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- A) Hayır kalmadım
- B) Evet, fiziksel şiddete maruz kaldım
- C) Evet, psikolojik şiddete maruz kaldım
- D) Evet, ekonomik şiddete maruz kaldım
- E) Evet, cinsel şiddete maruz kaldım

15. Halen aile içinde şiddete maruz kalıyor musunuz?

- A) Hayır kalmıyorum
- B) Evet, fiziksel şiddete maruz kalıyorum
- C) Evet, psikolojik şiddete maruz kalıyorum
- D) Evet, ekonomik şiddete maruz kalıyorum
- E) Evet, cinsel şiddete maruz kalıyorum

16. Boşanmış ya da ayrı yaşıyorsanız nedeni aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- A) Şiddete maruz kalma
- B) Aşırı geçimsizlik
- C) Aldatma
- D) Aile ile ilgili konularda sorumsuzluk

17. Sosyal hizmet kurum veya kuruluşuna yapmış olduğunuz başvuru sürecinde, ihtiyaçlarınıza dönük üretilen çözümlerden duyduğunuz memnuniyet nedir?

- A) Çok memnunum
- B) Memnunum
- C) Kararsızım
- D) Memnun değilim
- E) Hiç memnun değilim

EK-3: Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?

	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları.	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.	0	1	2	3
4. Gevşeyememe.	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik.	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı.	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu.	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma.	0	1	2	3
10. Sinirlilik.	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu.	0	1	2	3
12. Ellerde titreme.	0	1	2	3
13. Titreklik.	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu.	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük.	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu.	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.	0	1	2	3
19. Baygınlık.	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması.	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan).	0	1	2	3

© Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56, 893-897.

Uyarlama: Ulusoy, M. Sahin, N.H., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties, Journal of Cognitive Psychotherapy 12 (2): 163-172.

EK-4: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE)

Sayın gönüllü,

Aşağıda bazı kişilerin kendileri ile ilgili duygularını belirten ifadeler bulunmaktadır. Bu konuda sizin düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu cümlelerden size uygun olanların yanına benim gibi anlamında “evet”, uygun olmayanların yanına ise benim gibi değil anlamında “hayır” cevabını işaretleyiniz.

		<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
1	Sık sık “keşke başka birisi olsam” diye düşünürüm.	()	()
2	Başkalarının önünde konuşmak bana zor geliyor.	()	()
3	Eğer elimde olsaydı kendimdeki birçok şeyi değiştirmek isterdim.	()	()
4	Karar vermede fazla zorluk çekmem.	()	()
5	İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.	()	()
6	Evde kolayca moralim bozulur.	()	()
7	Yeni şeylere kolay alışamam.	()	()
8	Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.	()	()
9	Genellikle ailem benden çok şey bekler.	()	()
10	Ailem genellikle duygularıma önem verir.	()	()
11	Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.	()	()
12	Benim yerimde olmak oldukça zordur.	()	()
13	Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.	()	()
14	Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.	()	()
15	Kendimi yetersiz buluyorum.	()	()
16	Sık sık evden uzakta olmayı düşünüyorum.	()	()
17	Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.	()	()
18	Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim.	()	()

19	Söylenecek bir sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.	()	()
20	Ailem benim duygularımı anlar.	()	()
21	Çok sevilen bir kimse değilim.	()	()
22	Genellikle ailemin beni dışladığını sanıyorum.	()	()
23	Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.	()	()
24	Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam.	()	()
25	Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.	()	()



EK-5: Kadınların Sosyal Hizmet İhtiyacının Belirlenmesine Dair Form

Sayın gönüllü,

Aşağıda sosyal hizmet ihtiyacı ile ilgili bilgileri içeren ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve size uygun olanların seçenekleri daire içine alarak işaretleyiniz, uygun gördüğünüz boşlukları tamamlayınız.

1. Şu ana kadar başvuru yaptığınız sosyal hizmet kurum/kuruluşları aşağıdakilerden hangisi veya hangileriydi ? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü / Sosyal Hizmet Merkezi
- b) Kaymakamlık (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı)
- c) Büyükşehir Belediyesi
- d) İlçe Belediyesi
- e) Dernek, Vakıf veya Sivil Toplum Kuruluşu
- f) Sağlıklı Hayat Merkezi
- g) Diğer.....

2. Başvuru amacınız tam olarak aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ile ilgiliydi? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Ekonomik Destek
- b) Psikolojik Destek
- c) Şiddete Maruz Kalma
- d) Kadın Sığınma Evi Başvurusu veya Bilgi Alma Süreci
- e) Engelli ve/veya Yaşlı Bakımı Desteği
- f) Çocuklara Yönelik Destek (Kreş, Çim vb.)
- g) Polis veya Jandarma Yönlendirmesi
- h) Mahkeme veya Savcılık Kararı ve Yönlendirmesi
- i) Diğer.....

3. Başvuruda bulunduğunuz sosyal hizmet kurum/kuruluşları ve sundukları hizmetlerden nasıl haberdar oldunuz ?

- a) Gazete, radyo televizyon gibi kitle iletişim araçları aracılığı ile
- b) Belediye afiş ve panoları aracılığı ile
- c) İnternet aracılığı ile
- d) Arkadaş, eş dost, tanıdık aracılığı ile
- e) Diğer Kurum/kurum personeli yönlendirmesi ile (Öğretmen, Polis, Görevli vb.)
- f) Diğer.....

4) Sosyal hizmet kurum ve kuruluşları tarafından sunulan hizmetlere erişim sürecinizi, erişim kolaylığı ve güçlüğü yönünden nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Erişim benim için oldukça basit ve kolay bir süreçti
- b) Erişim benim için kısmen güç bir süreçti
- c) Erişim benim için zorlu bir süreçti
- d) Erişim benim için engellerle dolu çok zorlu bir süreçti

(4. soruda a seçeneğini işaretleyen katılımcılar lütfen 5. Soruda işaretleme yapmayarak 6. Soruya geçiniz)

5) Sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarına erişimin sizin için güçlük yaratan bir durum olduğunu düşünüyorsanız, erişimde güçlük yaratan esas neden sizce tam olarak neydi ?

- a) Kurumlar ve hizmetler hakkında yeterli bilgi sahibi olmamam
- b) Kurum ve hizmetler için diğer kurum ve personel tarafından yeterli bilgilendirme ve yönlendirme yapılmaması (Muhtar, Polis, Memur vb.)
- c) Kamu kurum ve personelinin de sosyal hizmet kurum ve hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması
- d) Aile ilişkilerinden kaynaklı engeller (Eş, baba gibi diğer aile üyelerinden izin alamamak vb.)
- e) Diğer.....

6) Sosyal hizmet kurum veya kuruluşuna yapmış olduğunuz başvuru sürecinde, ihtiyaçlarınıza dönük çözümler üretildiğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Kısmen
- c) Hayır

(6. soruda a seçeneğini işaretleyen katılımcılar lütfen 7. Soruda işaretleme yapmayarak 8. Soruya geçiniz)

7) İhtiyaçlarınıza yönelik olarak çözüm üretilemediğini düşünüyorsanız buna yol açan etken sizce aşağıdakilerden hangisi veya hangileri ile ilgiliydi? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) İhtiyaca Dönük Uygun Hizmet Modelinin Olmaması
- b) Hizmetlerin Kapsamlı Olmaması
- c) Personelin İlgisiz Tutumu
- d) İletişim Eksikliği
- e) Geri Dönüş Yapılmaması.
- f) Diğer.....

8) Sosyal hizmetlere erişimde şu anda ilk sırada gelen ihtiyacınız aşağıdakilerden hangisi veya hangileridir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Bireysel Psikolojik Danışmanlık
- b) Aile Danışmanlığı
- c) Ekonomik Yardım
- d) Engelli ve Yaşlı Bakımı Desteği
- e) Çocuk Bakımı Desteği
- f) İş Bulma
- g) Meslek Edindirme Kursları
- h) Hobi, sanat kurs ve aktiviteleri
- i) Diğer.....

EK-6: Beck Kaygı (Anksiyete) Ölçeği Uygulama İzinleri

11.12.2019

Gmail - Beck Anksiyete Ölçeği Kullanım İzin Talebi



Beck Anksiyete Ölçeği Kullanım İzin Talebi

3 ileti

10 Aralık 2019 14:08

Merhaba Hocam;

İsmim Ali TAHTACI, Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşu olan Konya Karatay Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)'de Sosyal Hizmet Danışmanlığı biriminde görev yapmaktayım, ayrıca Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet A.B.D. Tezli Sosyal Hizmet Y.Lisans Programı kayıtlı öğrencisiyim.

Prof. Dr. Emine ÖZMETE danışmanlığında yürütmekte olduğum yüksek lisans tez araştırma konu başlığım "*Kadınlarda Anksiyete (Kaygı) Düzeyi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı İle Değerlendirilmesi*" olup araştırma çalışmamda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını çalışma arkadaşlarınızla birlikte yapmış olduğunuz "*Beck Anksiyete Ölçeği*"ni kullanmak istiyorum. İlgili ölçeğin kullanımı hususunda, gerekli iznin tarafıma verilmesi yönündeki talebimi arz eder, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ali TAHTACI

Kararay/KONYA

10 Aralık 2019 14:56

Merhaba;

Ölçeği kullanabilirsiniz.Selam ve saygılarımla

www.uskudar.edu.tr

Prof. Dr. Hüsnü Erkmen

Tıbbi Direktörlük | Psikiyatri Uzmanı I Poliklinik Hekimi

[Alıntılanan metin gizlendi]

10 Aralık 2019 15:04

**Beck Anksiyete Ölçeği**

3 ileti

10 Aralık 2019 14:38

İyi Günler Hocam;

İsmim Ali TAHTACI, Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşu olan Konya Karatay Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)'de Sosyal Hizmet Danışmanlığı biriminde görev yapmaktayım, ayrıca Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet A.B.D. Tezli Sosyal Hizmet Y.Lisans Programı kayıtlı öğrencisiyim.

Prof. Dr. Emine ÖZMETE danışmanlığında yürütmekte olduğum yüksek lisans tez araştırma konu başlığım "*Kadınlarda Anksiyete (Kaygı) Düzeyi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı İle Değerlendirilmesi*" olup araştırma çalışmamda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "*Beck Anksiyete Ölçeği*"ni kullanmak istiyorum.

İlgili ölçeğin kullanımı hususunda, gerekli iznin tarafıma verilmesi yönündeki talebimi arz eder, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ali TAHTACI

Karatay/KONYA

18 Aralık 2019 14:51

Ali Bey merhaba

İlgili çalışmanızda BAÖ ni kullanabilirsiniz.

Ayrıca meramınızı bu kadar düzgün ifade eden bir e-posta yazdığınız için size ayrıca teşekkür eder, çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Selamlar

M.Ulusoy

23 Aralık 2019 12:23

Anlayış ve desteğiniz için tekrar teşekkür eder, iyi günler dilerim hocam.

**Beck Anksiyete Ölçeği**

1 mesaj

12 Aralık 2019 02:06

Merhaba Ali,

Beck Anksiyete Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

3 eklenti**BAÖ Puanlama Formu.pdf**
73K**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ İ2010.pdf**
100K**Turkish version of the Beck Anxiety Inventory psychometric properties.pdf**
499K

EK-7: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Uygulama İzni

11.12.2019

Gmail - İzin isteği



İzin isteği

2 ileti

10 Aralık 2019 22:10

Sevgili Ali Tahtacı
Prof. Dr. Nihal Turan ile birlikte Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirdiğimiz Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğini, araştırmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Pro. Dr. Beril Tufan

iPhone’umdan gönderildi

11 Aralık 2019 09:17

Anlayış ve desteğiniz için teşekkür eder, iyi günler dilerim Beril Hocam.

EK-8: Etik Kurul Onay Yazısı



T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

04 Ağustos 2020

Sayı : 56786525-050.04.04 / 56677
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

Sayın Ali TAHTACI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi: 14/05/2020 tarihli başvurunuz.

"Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı ile Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği" başlıklı projesi ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 24/07/2020 tarihli toplantısında alınan 14/202 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :24/07/2020
Toplantı Sayısı :14
Karar Sayısı :202

202-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet yüksek lisans öğrencilerinden **Ali Tahtacı**'nın "Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı ile Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği" başlıklı projesi ile ilgili 14/05/2020 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Ali Tahtacı**'nın "Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyal Hizmet İhtiyacı ile Değerlendirilmesi: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği" başlıklı projesi ile ilgili önerilen düzeltmeler yapılmış olup, projede etik açıdan ya da yöntem açısından herhangi bir sorun yoktur. Araştırmanın yapılacağı kurumdaki izin alınması, izin belgelerinin Etik Kurul'a gönderilmesi; COVID-19 salgını nedeniyle, araştırma sırasında gönüllülerle yüz yüze yapılacak olan tüm görüşmelerde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen COVID-19 enfeksiyonuna karşı alınması gerekli önlemlere titizlikle uyulması ve çalışma takvimi de dahil araştırmada oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

EK-9: Kurum Uygulama İzin Yazısı



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 86737044-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri

Sayın Ali TAHTACI

İlgi : 13/8/2020 tarihli dilekçeniz

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.

Uzm.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ek:
Yazı (2 Sayfa)



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 86737044-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz.Dr. Tarık ACAR
Başkan

O L U R
.../.../2020

e-imzalıdır.
Prof.Dr.Mehmet KOÇ
İl Sağlık Müdürü

BİLİMSEL, ARAŞTIRMA, TEZ, ANKET KOMİSYON KARAR LİSTESİ 22.12.2020

NO	İSİM	ARAŞTIRMANIN ADI	YAPILACAĞI YER
1	Uz.Dr. Abdullah DEMİRBAŞ	İkinci parmak uzunluğunun dördüncü parmak uzunluğuna oranının hidradenitis supprativa hastalarla ilişkisi	Konya Numune Hastanesi
2	Uz.Dr. Abdullah DEMİRBAŞ	Çocukluk çağı psoriasis hastalarının klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi	Konya Numune Hastanesi
3	Op.Dr. Alper VARMAN	Benign meme lezyonlarında nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı, ortalama trombosit hacmi ve nötrofil monosit oranının değerlendirilmesi	Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
4	Uz.Dr. Esma KELEŞ ALP	İndirekt Hiperbilirubinemi nedeniyle fototerapi uygulanan yenidoğan vakalarının değerlendirilmesi	Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
5	Ali TAHTACI	Kadınlarda anksiyete düzeyi ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesi	Karatay Nakipoğlu 01 No'lu Sağlıklı Hayat Merkezi
6	ETHIC Medikal Araştırma LTD.	Türkiye'de Gerçek Yaşam Koşullarında Edoksaban Tedavisi altındaki Atriyal Fibrilasyonlu Olgularda Tedavinin Güvenliğinin Değerlendirilmesi	Konya Numune Hastanesi (Uzm.Dr. Erkan BORAZAN)
7	Arş.Gör.Dr. Raziye ÇELEN	Anne Sütü Sağma ve Saklamaya Yönelik Bilgi ve Uygulamaların Anne Bebek Bağlanması, Yetersiz Süt Algısı ve Emzirme Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi	Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Beyhekim Devlet Hastanesi
8	Şenol KAYAPUNAR	Analog ve Dijital İştme Cihazlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi	Beyşehir Devlet Hastanesi
9	Arş.Gör.Dr. İlknur EKİZ ATAŞER	Kriz Zamanlarında Çalışmak: Sağlık Çalışanlarının Pandemi İle İmtihani	Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
10	Uzm.Dr. Nadire Seval GÜNDEM	Konya Bölgesinde Çocuk Yaş Gruplarında Hepatit A Seroprevalansı	Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
11	Dr. Öğr. Üyesi Ebru BAYRAK	Hekimlerin Prebiyotik ve Probiyotiklerle İlgili Tutum, Davranış ve Tüketim Sıklıklarının İncelenmesi	Kamu Hastaneleri ve Aile Sağlık Merkezleri
12	Hatice KARAKUŞAK	Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Yaşlı ve Alzheimer Hastalığı Algısı	Konya Numune Hastanesi
13	Durdane DELİCE	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Paramediklerin Bradikardi Tanı ve Tedavi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	Konya İl Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği ve İlçe Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları
14	Serap BATI	Konya İli Kamu Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Yayılımını Etkileyen Faktörler Hakkındaki Görüşleri	Konya Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlar

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2f5e412a-a373-43d8-a146-96c217cbbade kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.