



Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Kabul ve Kararlılık Terapisi Üzerine Bir Derleme

Zeynep Ülkü

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3520-7469>; E-mail: zulku9277@gmail.com

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science, Nicosia-Cyprus, <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Sosyal anksiyete bozukluğu; bireyin başkalarının değerlendirilebileceği toplumsal durumlarda yoğun korku ve kaygı yaşamasıyla nitelenen, yaşam boyu yaklaşık %5.6 prevalansıyla en sık karşılaşılan psikopatolojiler arasında yer alan bir ruh sağlığı sorunudur. Bozukluk çoğunlukla erken ergenlik döneminde başlamakta ve tedavi edilmediğinde kişinin kişilerarası ilişkilerinde, akademik ve mesleki yaşamında ciddi işlev kayıplarına yol açabilmektedir. Bilişsel davranışçı terapisinin sosyal anksiyete bozukluğu tedavisindeki etkililiği kanıtlanmış olmakla birlikte, hastaların yaklaşık üçte birinde belirtilerde anlamlı bir gerileme gözlenmemesi, alternatif ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarına olan gereksinimi gündeme getirmiştir. Bu çerçevede Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT); belirtileri doğrudan azaltmayı değil, bireyin içsel yaşantılarıyla kurduğu ilişkiyi dönüştürmeyi ve değer odaklı bir yaşam inşasını hedeflemesiyle öne çıkan üçüncü dalga bir psikoterapi yaklaşımıdır. Bu derlemenin amacı; sosyal anksiyete bozukluğunun tanımı, etiyolojisi, epidemiyolojisi, belirtileri, kuramsal temelleri ve tedavi yaklaşımlarını ele almak ve KKT'nin bu bozukluk üzerindeki etkililiğini güncel alanyazın çerçevesinde değerlendirmektir. İncelenen çalışmalar KKT'nin bekleme listesi kontrolüne kıyasla sosyal kaygı belirtilerinde geniş bir etki büyüklüğü gösterdiğini, bilişsel davranışçı terapiyle benzer düzeyde etkili olduğunu ve psikolojik esnekliğin değişim sürecinde belirleyici bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal anksiyete bozukluğu, Kabul ve Kararlılık Terapisi, psikolojik esneklik, bilişsel davranışçı terapi, üçüncü dalga psikoterapiler

Acceptance and Commitment Therapy in Social Anxiety Disorder: A Review Abstract

Social anxiety disorder is a mental health problem characterized by intense fear and anxiety experienced in social situations where one may be evaluated by others, with a lifetime prevalence of approximately 5.6%, placing it among the most common psychopathologies. The disorder typically emerges in early adolescence and, when left untreated, may lead to significant functional impairment in interpersonal relationships, academic and occupational life. Although cognitive behavioral therapy has demonstrated

Research Article

Subject: Psychology

Article Citation Information:
Ülkü, Z.; Karaaziz, M. (2026).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Kabul ve Kararlılık Terapisi Üzerine Bir Derleme, Journal of Social Research and Behavioral Sciences (SADAB Journal), (e-ISSN: 2149-178X) Vol:12, Issue:02, p. 33-59.

DOI: 10.52096/jsrbs.12.02.03

Received D.: 24.03.2026
Accepted D.: 29.04.2026

Journal of Social Research
and Behavioral Sciences

editorsadab@gmail.com

efficacy in the treatment of social anxiety disorder, the absence of meaningful symptom reduction in approximately one-third of patients has brought alternative and complementary treatment approaches to the agenda. In this context, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has emerged as a third-wave psychotherapy approach that does not aim to directly reduce symptoms but rather to transform the individual's relationship with their internal experiences and facilitate the construction of a value-driven life. The aim of this review is to address the definition, etiology, epidemiology, symptoms, theoretical foundations, and treatment approaches of social anxiety disorder, and to evaluate the effectiveness of ACT for this disorder within the framework of current literature. The reviewed studies indicate that ACT demonstrates a large effect size on social anxiety symptoms compared to waitlist controls, shows efficacy comparable to cognitive behavioral therapy, and that psychological flexibility plays a decisive role in the change process.

Keywords: Social anxiety disorder, Acceptance and Commitment Therapy, psychological flexibility, cognitive behavioral therapy, third-wave psychotherapies

Giriş

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB); bireyin, başkalarının değerlendirmesine açık olduğu en az bir toplumsal durumda yoğun bir korku ya da kaygı hissetmesi ile hem olumsuz değerlendirilecek biçimde davranmaktan hem de kaygısının fark edilebilecek belirtilerini sergilemekten çekinmesiyle nitelenen bir ruh sağlığı sorunudur (APA, 2013; Eldoğan, 2018). Söz konusu bozukluğu deneyimleyen kişiler; yabancılarla tanışma, izlenme ya da başkalarının huzurunda bir eylem sergileme gibi koşullarda şiddetli kaygıya kapılmakta; bu tür durumlardan ya uzak durmakta ya da onlara büyük bir gerginlikle göğüs germektedirler (Eldoğan, 2018). Toplumda yaklaşık %7'lik bir yaygınlığa sahip olan SAB; kişinin sosyal ilişkilerinde, eğitim ve mesleki yaşamında kayda değer güçlükler yol açan ruhsal bozukluklardan biri olarak öne çıkmaktadır (Eldoğan, 2018).

SAB'nin başlangıcı çoğunlukla ergenliğin erken ya da orta evrelerine denk gelmekte; yirmi beşli yaşların ardından ortaya çıkışı oldukça seyrek olmaktadır (Binbay & Koyuncu, 2012). Bozukluğun kökeninde tek bir sebep yerine; kalıtsal yatkınlık, yaşam içinde edinilen öğrenmeler ve mizaç özellikleri gibi pek çok faktörün birlikte etkili olduğu vurgulanmaktadır (Binbay & Koyuncu, 2012). SAB büyük ölçüde uzun seyirli bir tablo sergiler ve zamanla kronikleşebilmekte; bu süreçte mevcut tabloya depresyon, alkol kötüye kullanımı ve intihar davranışları eşlik

edebilmekte, oluşan eştanılar hastalığının gidişatını ağırlaştırarak işlev kaybına neden olabilmektedir (Binbay & Koyuncu, 2012; Evren, 2010). Özellikle alkol kullanım bozukluğunun SAB ile sıkı bir bağ taşıdığı; her iki bozukluğun bir arada bulunduğu olgularda belirtilerin daha ağır seyrettiği ve işlevsel yetersizliklerin arttığı rapor edilmektedir (Evren, 2010).

SAB'nin kişinin günlük işlevselliğini önemli ölçüde sekteye uğratması ve yaşam doyumunu azaltması, bu alanda kullanılan farklı psikoterapi tekniklerinin etkinliğinin sıkça araştırılmasına yol açmaktadır. Söz konusu yaklaşımlar arasında Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) önemli bir yer tutmaktadır. KKT; “üçüncü dalga” olarak isimlendirilen, farkındalık (mindfulness) ile kabul (acceptance) odaklı uygulamaları kapsayan bilişsel-davranışçı terapi geleneği içerisinde değerlendirilmektedir (Yavuz, 2015). İşlevsel bağlamlılık olarak adlandırılan bilimsel anlayışa ve davranışın dil ile biliş arasındaki bağına açıklayan ilişkisel çerçeve kuramına dayanan KKT, bireyin davranışlarını uzun vadeli kişisel değerlerine göre düzenlemesi üzerinde durmaktadır (Yavuz, 2015; Kul ve Türk, 2020). KKT'nin, klinik açıdan ilgi çeken çeşitli durumlardaki etkililiği randomize kontrollü araştırmalarla ortaya konmuş (Yavuz, 2015); başta kaygı bozuklukları olmak üzere geniş bir psikopatoloji alanında olumlu çıktılar ürettiği aktarılmaktadır (Vatan, 2016). Bu derlemenin amacı; sosyal anksiyete bozukluğunun tanımı, etiyolojisi, epidemiyolojisi, belirtileri ve kuramsal temelleri ile tedavi yaklaşımlarına ilişkin güncel alanyazını ele almak ve bu çerçevede Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin sosyal anksiyete bozukluğu üzerindeki etkisi incelenmektedir. Bu kapsamda hem KKT'nin kuramsal altyapısının hem de söz konusu bozukluğun tedavisindeki yerinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

1.1.Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tanımı

Korku, içinde bulunulan anda gerçek bir tehlikeye karşı verilen duygusal bir tepkidir. Korkuda “şimdiki ana” odaklanılırken, kaygıda “ileride olabilecek” olana yönelik bir odak söz konusudur. Yani korku; o anki somut bir tehdit veya tehlikeyle bağlantılıyken kaygı, gelecekte yaşanma ihtimali bulunan durumlara işaret etmektedir. Örneğin ormanda yabani bir hayvanla karşılaşan, büyük bir patlamaya tanık olan, doğal afetlerle ya da diğer insanların saldırı ve tehditleriyle yüz yüze gelen bir kişi korku deneyimler. Kaygı ise; bireyin hâlihazırda yaşadığı veya ileride ne şekilde gerçekleşeceği belirsiz olan, hatta belki de hiçbir zaman gerçekleşmeyecek öznel bir duruma ilişkin hissettiği endişe ve tedirginlik hali olarak ifade edilebilir. Bireyler kendilerine ızdırap veren durumları yadsır, kabullenmez ve görmezden gelirler; içsel ve dışsal temaslarını

keserek savunma mekanizmalarına yönelirler. Bastırılarak bilinçaltına itilen bu durumlar ve çözüme kavuşturulamamış meseleler, kişinin sıradan koşullarda dahi huzursuz, endişeli ve kaygılı bir ruh hali içinde olmasına neden olur (Şahin, 2019).

Bireylerin sosyal ortamlarda anksiyete deneyimlemesi tarih boyunca araştırmacıların ilgi alanına girmiş olsa da bu tür anksiyetenin “sosyal anksiyete” şeklinde adlandırılması ilk kez Marks ve Gelder (1966) tarafından; kişilerin başkalarının dikkatle gözlendiklerini hissettikleri ya da bir performans sergilemek zorunda kaldıkları durumlarda yaşadıkları yoğun anksiyete olarak tanımlanmıştır (Eldoğan, 2018). Tanı el kitabının ilk iki basımında (APA, 1952; APA, 1968), psikodinamik geleneğin yönlendirmesiyle sosyal fobi başta olmak üzere tüm fobik tablolar ortak bir kategori altında değerlendirilmiş; bu bozukluğun bağımsız tanı ölçütleriyle el kitabında yer alabilmesi yalnızca üçüncü basımla (APA, 1980) gerçekleşebilmiştir (Eldoğan, 2018). Sonraki basımda (APA, 2000) tanı, “sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu)” biçiminde çifte adlandırma ile sunulmuş; en güncel basımda (APA, 2013) ise sosyal fobi ifadesi tamamen geri çekilerek yerini sosyal anksiyete bozukluğu kavramına bırakmıştır. Bu adlandırma değişikliğiyle birlikte, toplumsal koşullarda yaşanan anksiyetenin daha isabetli biçimde ifade edilebildiği vurgulanmıştır (Eldoğan, 2018).

Sosyal anksiyete bozukluğu, yaklaşık %7’lik prevalansıyla bireylerin kişilerarası ilişkilerinde, eğitim ve iş yaşamında güçlüklerle karşılaşmasına yol açan psikopatolojiler arasında sayılmaktadır (Eldoğan, 2018). Bozukluğun başlangıç dönemi erken ya da orta ergenlik yıllarına denk düşmekte olup yirmi beş yaşından sonra ortaya çıkması nadir bir durumdur (Binbay & Koyuncu, 2012). SAB’nin nedenleri üzerine yürütülen çalışmalarda tek bir etken belirlenememiş; genetik yatkınlık, öğrenme yoluyla kazanılan deneyimler ve mizaç bileşenleri (davranışsal baskılanma) gibi unsurların öne çıktığı görülmüştür (Binbay & Koyuncu, 2012). SAB çoğunlukla uzun süreli bir tablo izler ve zamanla kronik bir hastalığa dönüşebilmektedir (Binbay & Koyuncu, 2012).

Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin işlevselliğini önemli düzeyde olumsuz etkileyebilen bir rahatsızlıktır; süreç ilerledikçe mevcut klinik tabloya depresyon, alkol kötüye kullanımı ve intihar girişimleri eklenebilmekte, bu eştanılar hastalığın seyrini ağırlaştırarak işlev kaybına yol açabilmektedir (Binbay & Koyuncu, 2012). Bilhassa alkol kullanım bozukluğunun SAB ile güçlü bir ilişki içinde olduğu, bu iki bozukluğun bir arada görüldüğü hastalarda belirtilerin daha ağır seyrettiği ve yetersizliklerin daha fazla olduğu rapor edilmektedir (Evren, 2010). Ayrıca SAB tanısı

bulunan bireylerde başka bir psikiyatrik eştanıya da yüksek oranda rastlanabildiği ve bu durumun tedavi sürecini zorlaştırabildiği belirtilmektedir (Binbay & Koyuncu, 2012).

1.1.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Sosyal kaygı bozukluğunun gelişiminde tek bir nedenden ziyade birden fazla etkenin etkili olduğu görülmektedir. Söz konusu biyolojik, genetik ve psikodinamik etkenlerden hiçbirinin SAB ile doğrudan ve kesin bir bağlantısı kanıtlanmamış olmakla birlikte, bu etkenlerden birkaçının bir araya gelmesiyle SAB'nin ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Sayın, 2007). Psikodinamik etkenler kapsamında ebeveyn davranışlarının model alınması ve olumsuz yaşam deneyimleri öne çıkmaktadır (Sayın, 2007). Tüm anksiyete bozukluklarında ortak biçimde yer alan etiyolojik etkenlere ek olarak, SAB'ye özgü biçimde belirlenmiş bazı nörobiyolojik etkenlerin de bulunduğu bilinmektedir (Sayın, 2007).

1.1.1.1. Biyolojik Etkenler

Sosyal kaygı bozukluğunun aileden gelen bir geçiş kalıbı sergilediği; birinci dereceden yakınarda görülme oranının genel popülasyona kıyasla yaklaşık on kat daha yüksek olduğu bilinen bir bulgudur (Sayın, 2007). Genetik bir eğilimin var olduğu kabul edildiğinde, bozukluğun bütünüyle kalıtım yoluyla aktarılmasından çok, anksiyete bozukluklarına ve SAB'ye yatkınlık oluşturan birtakım özelliklerin kuşaktan kuşağa taşındığı öne sürülmektedir. Bu özellikler arasında üzerinde en çok durulan kavram “davranışsal inhibisyon”dur; söz konusu kavram, yeni ve tanıdık olmayan uyaranlarla karşılaşıldığında korkulu ve çekingen bir tutum sergileme eğilimini ifade etmektedir (Sayın, 2007). Yapılan araştırmalar, çocukluk yıllarında davranışsal inhibisyon belirtileri gösteren bireylerin yetişkinlik döneminde başta SAB olmak üzere panik bozukluğu ve agorafobi gibi yoğun korku ve kaçınma davranışlarıyla seyreden bozukluklara daha eğilimli olduğunu ortaya koymuştur (Sayın, 2007). SAB'nin nörobiyolojik temelleri incelendiğinde en sık vurgulanan nörotransmitterler noradrenalin, serotonin, GABA ve dopamin olarak sıralanmaktadır; bunlardan noradrenalinin aşırı etkinliği hastalığın belirtileriyle bağdaştırılırken, dopaminerjik sistemde gözlenen azalmış aktivitenin SAB'ye özgü bir bulgu olduğu kabul edilmektedir (Sayın, 2007).

Sosyal kaygı bozukluğunun şekillenmesinde aileye ve çevreye bağlı etkenlerin belirleyici bir konumda olduğu görülmektedir. Lieb ve arkadaşları (2000), 14-17 yaş aralığındaki yaklaşık üç bin ergeni ve bu ergenlerin ebeveynlerini kapsayan boylamsal araştırmalarında; ailedeki psikopatolojilerin ve anne-babaların çocuk yetiştirme tarzlarının çocuktaki sosyal fobi tablosu

üzerinde belirleyici olduğunu, sosyal fobi tanılı ebeveynlere sahip çocuklarda da bu bozukluğun ortaya çıkma riskinin yükseldiğini saptamıştır (Özdikmenli-Demir, 2009). Sosyal fobisi bulunan ergenlerin anne-babalarının yetiştirme biçimleri ele alındığında, bu ebeveynlerin çocuklarına karşı ya aşırı koruyucu ya da reddedici bir tavır sergiledikleri kayda geçirilmiştir (Özdikmenli-Demir, 2009). Bunun yanında Bögels ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında; ebeveynlerinde sosyal kaygı düzeyi yüksek olan çocuklarda da benzer biçimde yüksek sosyal kaygı saptandığı, çocuğun ailenin sosyallik düzeyine ilişkin algısı olumlu hale geldikçe sosyal kaygı düzeyinin gerilediği tespit edilmiştir (Özdikmenli-Demir, 2009). Sosyal kaygı düzeyi yüksek olan çocukların ebeveynlerinin genel olarak aşırı koruyucu, duygusal anlamda mesafeli ve katı bir yetiştirme tarzı benimsedikleri görülmektedir (Özdikmenli-Demir, 2009).

1.1.1.2. Psikolojik Faktörler

Sosyal kaygı bozukluğunun gelişim sürecinde psikolojik etkenler içinde en çok ele alınan kavramlardan biri davranışsal ketlenmedir. Davranışsal ketlenmenin kaygı bozukluğu belirtileriyle benzerlik göstermesi —yani geri çekilme, konuşmaktan imtina etme, sosyal ortamlarda bulunmaktan kaçınma, farklı ortam ve kişilerle bir arada olmaktan çekinme ile artan fizyolojik uyarılma gibi özellikleri paylaşması— bu iki olgunun birlikte incelenmesini zorunlu kılmıştır (Özdikmenli-Demir, 2009). Rosenbaum ve arkadaşlarının (1991), 21 aylıkken başlayıp yedi yaşına dek izledikleri çocuklarla yürüttükleri araştırmada; yüksek düzeyde davranışsal ketlenme sergileyen çocukların ebeveynlerinde sosyal fobi gibi anksiyete bozukluklarına rastlanma riskinin de daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özdikmenli-Demir, 2009). Bunun yanı sıra Gest'in (1997) 8-12 yaş arasındaki çocuklarla gerçekleştirdiği araştırmada, çocukluk döneminde gözlemlenen davranışsal ketlenmenin ileriki yaşlarda da sürdüğü; çocukken çekingen ve sıkılgan bir tutum sergileyen, yeni sosyal durumlar karşısında kaygılanan çocukların genç yetişkinlik yıllarında da benzer davranışsal sıkıntılar ve kaygılar yaşadığı görülmüştür (Özdikmenli-Demir, 2009). Söz konusu bulgular; davranışsal ketlenmenin yalnızca çocukluğa özgü bir mizaç özelliği olmadığını, ileri yaş dönemlerinde de sürekliliğini koruyarak sosyal kaygı bozukluğunun gelişiminde belirleyici bir psikolojik risk faktörü olarak işlev görebildiğini göstermektedir (Özdikmenli-Demir, 2009).

1.1.1.3. Sosyal Faktörler

Sosyal kaygı bozukluğunun ortaya çıkışında etkili olan sosyal etkenler arasında en sık tartışılan kavramlardan biri ebeveyn tutumlarıdır. Alanyazın incelendiğinde, sosyal fobinin

çocukluk evresinde anne-babaların reddedici, aşırı koruyucu ve kollayıcı tavırlarının bir sonucu olarak şekillendiği belirtilmektedir (Terlemez, 2018). Alloman ve Crandall'ın (1972) araştırmasında; otoriter ve aşırı koruyucu ebeveyn tarzlarının çocuğun sosyal kaygı geliştirmesinde belirleyici bir rol üstlendiği, bu kısıtlayıcı yaklaşımların çocuğun bağımsızlık, özerklik ve yetilerinin önüne geçtiği, bu durumun da ileri yaşlarda çocuğun ebeveyne bağımlılığı olarak geri döndüğü ifade edilmektedir (Terlemez, 2018). Bögels ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise; ebeveynin çocuğun özerk davranışlarına aşırı koruyucu ya da reddedici biçimde tepki verdiği durumlarda, çocuğun bağımsızlık girişimlerini utangaçlık veya kaygıyla eşleştirmeyi öğrendiği saptanmış; aile içindeki sosyalleşmenin yetersizliği, başkalarının yapacağı değerlendirmelere fazla önem verme, çocuğu izole etme ve duygusal desteğin eksik kalması gibi sosyal yetiştirme örüntülerinin tamamının sosyal kaygıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Terlemez, 2018). Benzer biçimde Erhan ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, ebeveynin ilgisiz ve dışlayıcı davranışlarının çocukta güçlü bir onaylanma ve kabul görme gereksinimi yaratabildiği; anne ve babanın çocuğun asıl ihtiyaçlarına yeterli özeni göstermemesinin ise çocukta yanlış değerlendirilme korkusunun gelişmesine ortam hazırlayabildiği belirtilmektedir (Terlemez, 2018).

Sosyal kaygının gelişiminde ebeveyn tutumlarının yanında ailenin kendi kaygı seviyesinin ve aile içi davranış kalıplarının da önemli bir işlev üstlendiği bilinmektedir. Öztürk ve arkadaşlarının (2005) Türkiye'de yürüttüğü çalışmada; sosyal fobi tanılı çocukların annelerinde %23 gibi dikkat çekici bir oranda sosyal fobi saptanmış, bu çocukların sosyal ortamlardan ısrarla uzak durma davranışı gösterdikleri ve annelerinde de belirgin düzeyde kaçınma davranışının bulunduğu tespit edilmiştir (Terlemez, 2018). Bu bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde; aşırı koruyucu ve reddedici ebeveyn tutumlarının, aile içi etkileşim kalıplarının ve ailedeki kaygı düzeyinin sosyal kaygı bozukluğunun ortaya çıkışında önemli bir sosyal risk faktörü olarak işlev görebildiği anlaşılmaktadır (Terlemez, 2018).

1.1.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Sosyal kaygı bozukluğu, toplumda gözlenen psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en sık karşılaşılan ilk dört bozukluk içinde yerini almaktadır (Yücel ve Kurtoğlu, 2023). Dünya genelinde farklı coğrafyaları kapsayan epidemiyolojik araştırmalara dayanılarak, bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %5.6, on iki aylık prevalansının ise %2.6 düzeyinde olduğu hesaplanmıştır (Gök ve İnözü, 2023). Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında ise rahatsızlığın kadınlarda erkeklerden

yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Ulusoy ve Kahraman, 2024). Toplum bazlı araştırmalarda kadınlardaki yaygınlık belirgin biçimde daha yüksek olmasına karşı; sosyokültürel etkenler ve iş yaşamının gerektirdiği koşullar nedeniyle tedavi amacıyla kliniklere başvuran kesimin büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır (Binbay ve Koyuncu, 2012). Türkiye’de belirli gelişimsel grupları konu alan kesitsel taramalarda; örneğin üniversite öğrencileri arasında klinik düzeyde sosyal kaygı belirtilerine rastlanma oranının %48.8 gibi oldukça yüksek seviyelere ulaşabildiği aktarılmaktadır (Karaşar, 2014). Uluslararası alanyazında bu yüksek prevalans değerlerinin yalnızca Batı toplumlarına özgü olmadığı, farklı sosyokültürel yapılarla sahip bölgelerde lise dönemindeki ergenler üzerinde yapılan çalışmaların da %27.5 oranında benzer yüksek riskler bildirdiği görülmektedir (Hajure vd., 2020).

1.1.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Belirtileri

Sosyal kaygı bozukluğu; bireyin, başkalarınınca değerlendirilebileceği durumlarda kesintisiz biçimde aşığılanma, mahcubiyet ya da rezil olma korkusuyla içine düştüğü bir kaygı tablosudur (Ulusoy ve Kahraman, 2024). Sosyal kaygının başlangıç yaşı genellikle erken ve orta ergenlik dönemine denk gelmekte; geç çocukluk ile ergenliğin ilk yılları, belirtilerin başlangıçta ortaya çıktığı dönemler olarak öne çıkmaktadır (Ulusoy ve Kahraman, 2024). Sosyal kaygıda sık karşılaşılan belirtiler arasında titreme, yüz kızarması, terleme, endişeli, sıkıcı veya yetersiz görünme korkuları yer almakta; bunun bir sonucu olarak kişi yeni biriyle tanışmaktan, kalabalık önünde konuşmaktan, görüşlerini başkalarıyla paylaşmaktan, hatta akranlarıyla bağ kurmaktan dahi geri durabilmektedir (Gök ve İnözü, 2023). Sosyal kaygı bozukluğunda en yaygın gözlenen tablolardan biri topluluk önünde konuşma ya da sunum yapma esnasında yoğun kaygı deneyimlemek olup; bu bozukluğu yaşıyan bireylerde en sık görülen özelliğin “topluluk önünde konuşmaktan kaçınma” olduğu rapor edilmektedir (Karaşar, 2014). Sosyal kaygısı bulunan bireyler karşılıklı bir etkileşimi başlatma isteği taşımaz; konuşmaları sınırlı sayıda, aralıklı ve kısa sürelidir, iç dünyalarını yeterince dışa vurmaz ve kimi zaman sosyal kaygı tetikleyen ilişkiden tamamen geri çekilirler (Öztürk, 2014). Bu bireyler, karşılarındaki kişiler üzerinde olumlu bir izlenim bırakmaktansa hâlihazırdaki sosyal imajlarını koruma yoluna gider; diğer insanlarla daha yüzeysel bağlantılar kurmayı tercih eder, gülümseme, uyumlu davranma ve sözlü iletişim yerine baş hareketleriyle yanıt verme eğilimi sergilerler (Öztürk, 2014). Sosyal kaygı bozukluğunun ortaya çıkışında, bireylerin “hepsi benim suçum”, “ben yanlış yapıyorum”, “yetersizim” şeklinde kendilerine dönük yargılayıcı ve mahkûm edici bilişsel sapmalar barındıran olumsuz kendiliğinden

gelen düşüncelerinin belirleyici bir etkisi olduğu aktarılmaktadır (Yücel ve Kurtoğlu, 2024). Bu belirtiler; bireyin işlevselliğini ciddi düzeyde sekteye uğratabilmekte, mesleki ve akademik performansta, kişilerarası ilişkilerde (iş, arkadaşlık, romantik bağlar, aile içi ilişkiler) bozulmalara, sosyal etkinliklerde gerilemeye, düşük öz değerlilik duygusuna, yalnızlığa, duygudurum bozuklukları ile madde kullanım bozukluklarında artan riske neden olmaktadır (Gök ve İnözü, 2023). Bu patolojinin doğasında bulunan sosyal ketlenme ve bireysel ızdırap göz önünde bulundurulduğunda; sosyal kaygı bozukluğunun belirtileri çoğu zaman başkaları tarafından utangaçlıkla karıştırılmakta ya da bireyin kendisi tarafından bir kişilik kusuru olarak yorumlanmakta; bu yanlış algılar nedeniyle SAB sıklıkla teşhis edilememekte ve tedavisiz kalmaktadır (Gök ve İnözü, 2023).

1.1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Kuramsal Temellerle Açıklanması

1.1.4.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuram içinde kaygı, merkezi bir konumda yer alan temel kavramlardan biridir. Freud, kaygı nevrozu vakalarına dair ilk yorumlarında, bastırılan dürtü enerjisinin dönüşerek kaygı biçiminde dışa vurulduğunu öne sürmüştür. İlerleyen yıllarda kaleme aldığı “Ketlenme, Belirti ve Kaygı” başlıklı yapıtında ise ilk kuramını yeniden ele alarak kaygıyı; ayrılma ve nesne yitimi korkusu karşısında benlik sınırında beliren bir duygulanım olarak betimlemiştir. Bunun yanı sıra söz konusu yapıtta, kaygıyı doğuran etkenin bastırma olduğu görüşünden uzaklaşarak kaygının bastırmayı yarattığını dile getirmiştir. Psikanalitik perspektifte nevrozun tanımı; Ödipal evredeki sorunsaldan kaynaklanan, organik bir nedenselliğe dayanmayan, içsel ruhsal çatışmalarla bağlantılı ve belirtilere yönelik bilinçdışı düşlemleri barındıran ruhsal bir yapı olarak ortaya konulmaktadır. Bu çerçevede sosyal kaygı bozukluğu da; bireyin bilinçdışında yaşadığı çatışmaların ve ayrılık kaygısının yol açtığı, başkaları tarafından değerlendirilme korkusuyla benlik sınırında beliren bir duygulanım biçiminde yorumlanabilmektedir (Kakırman Moroğlu ve Özcan, 2024).

1.1.4.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı görüşe göre sosyal kaygı, kazanılmış davranış kalıplarının ürünüdür. Kişi; yaklaşım alma, koşullanma veya bilgi aktarımı yollarından biriyle sosyal kaygıyı edinmektedir (Öztürk, 2014). Kişi, günlük yaşamı içinde kaygı doğuran bir sosyal durumla karşılaştığında kaygı belirtileri sergilemekte; ileride benzer bir deneyimle yüz yüze geldiğinde de aynı gerginliği bir kez daha hissetmektedir (Öztürk, 2014). Birey artık ilgili olumsuz sosyal duruma koşullanmış halde

olup, bu durumun her tekrar etmesinde kaygı yaşamakta; koşullandığı durumun yaşattığı olumsuz deneyimlerden korunmak amacıyla sık sık kaçma davranışına yönelmektedir (Öztürk, 2014). Modelleme aracılığıyla edinilen öğrenmede birey, etrafındaki kendisine önemli gelen kişileri gözlemleyerek öğrenir; başkalarının deneyimlediği kaygıyı izlemek ya da onlardan sosyal koşullara dair hatalı çıkarımlar edinmek, benzer durumlarda sosyal kaygı geliştirmesinde belirleyici olmaktadır (Öztürk, 2014). Bilgi aktarımıyla öğrenmede de sözlü ya da sözsüz yolla, başka bir deyişle tutumlar aracılığıyla sosyal ortamların tehdit içerdiğine ilişkin bilginin kişiye iletilmesiyle sosyal kaygı şekillenmektedir (Öztürk, 2014). Sosyal kaygıya sahip kişilerin kayda değer bir bölümünün, geçmişte deneyimledikleri mahcup edici bir toplumsal yaşantının ardından sosyal kaygı geliştirdiği veya hâlihazırdaki sosyal kaygılarının daha şiddetli seviyelere taşındığı görülmektedir (Öztürk, 2014).

1.1.4.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel perspektif; bireylerin taşıdıkları belirli düşünce, inanç ve olayları algılama tarzlarının, sosyal kaygının ortaya çıkışında ya da en azından mevcut sosyal kaygının pekişmesinde etkili olduğunu öne çıkarmaktadır (Öztürk, 2014). Bu görüşe göre sosyal kaygının zemininde bilişin yanlış yönlendirilmesi bulunmakta; hatalı düşüncenin sonucunda olumsuz davranışlar ve duygusal sıkıntılar baş göstermekte, edinilen kusurlu bir bilişsel şema sosyal kaygının doğuşuna yol açmaktadır (Öztürk, 2014). Hatalı inançların ardından edinilen yaşantılar ve bu yaşantılardan türetilen çıkarımlar kişinin kendini tehdit altında hissetmesine ve dolayısıyla sosyal kaygı geliştirmesine sebep olmaktadır (Öztürk, 2014). Oluşan kaygı tabloları, olumsuz inanç şemasını daha da pekiştirerek ek sosyal sorunlar doğurmakta, bireyin sosyal performansını ve kişilerarası ilişkilere yoğunlaşmasını sekteye uğratmaktadır (Öztürk, 2014). Sosyal kaygı yaşayanların kendilerini sosyal ortamlarda tehdit altında hissetmelerine neden olan çeşitli varsayımları bulunmaktadır; bu kişiler sosyal performansa ilişkin belirgin biçimde yüksek beklentilere sahip olup gerek konuşmalarının pürüzsüz ve akıcı seyretmesi gerektiğine gerekse her zaman zeki ve parlak görünmek zorunda olduklarına inanmaktadırlar (Öztürk, 2014). Bunun yanında bu kişiler kendiliğinden bir biçimde, sosyal çevrede dile getirdiklerinin sıkıcı bulunduğunu ve başkalarının kendilerini beğenmediğini düşünmektedirler (Öztürk, 2014).

1.1.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun DSM 5 Sınıflandırılması ve Tarihesi

Bireylerin toplumsal koşullarda kaygı deneyimlemesi tarih boyunca araştırmacıların ilgi alanına girmiştir; ancak söz konusu kaygı tablosuna verilen “sosyal anksiyete” adı ilk kez Marks

ve Gelder (1966) tarafından; bireylerin başkalarınınca dikkatle gözlendiklerini algıladıkları veya bir performans sergilemeleri gereken koşullarda yaşadıkları yoğun kaygı biçiminde tanımlanmıştır (Eldoğan, 2018). Tanı el kitabının ilk basımında (APA, 1952) ve ikinci basımında (APA, 1968), psikodinamik geleneğin fobik tabloların altında onaylanmayan içsel dürtülerin bulunduğu öncülünden yola çıkılarak, sosyal fobi de içinde olmak üzere tüm fobik bozukluklar ortak bir kategoride toplanmıştır (Eldoğan, 2018). Sosyal fobinin kendine özgü tanı kriterleriyle el kitabında konum kazanması ise üçüncü basımla (APA, 1980) gerçekleşmiştir (Eldoğan, 2018). Üçüncü basımda sosyal fobiye ilişkin verilen tanı ölçütlerinin ardından gerçekleştirilen incelemelerde, bazı bireylerin korku ve anksiyete yaşadıkları sosyal ortamların sayısının kayda değer biçimde fazla olabildiği görülmüş; bunun üzerine gözden geçirilmiş üçüncü basımda (APA, 1987) sosyal anksiyetenin bir veya daha fazla ortamda görülebileceği şeklinde bir ölçüt güncellemesine gidilmiş ve “sosyal ortamların büyük bölümünde” yoğun anksiyete ile korku yaşamayla nitelenen “yaygın” belirleyicisi eklenmiştir (Eldoğan, 2018). Dördüncü basımın gözden geçirilmiş hâlinde (APA, 2000) bu tanı kategorisi “sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu)” şeklinde konumlanmış; dördüncü basımdan itibaren sosyal fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu terimlerinin birbiri yerine kullanımı bu basımda da sürdürülmüştür (Eldoğan, 2018). Beşinci basımda (APA, 2013) ise sosyal fobi ifadesinin yerini sosyal anksiyete bozukluğu kavramı almış, tanı kategorisindeki bu isim değişikliğiyle birlikte sosyal koşullara ilişkin deneyimlenen anksiyetenin daha isabetli biçimde ifade edilebildiği vurgulanmıştır (Eldoğan, 2018). DSM'nin en güncel basımı olan DSM-5'te sosyal anksiyete bozukluğu aşağıdaki tanı ölçütleri ile yer bulmuştur (APA, 2013):

A. Kişi, başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da anksiyete yaşar. Örnekler arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir şekilde davranmaktan ya da anksiyete duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkaları tarafından dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da anksiyete doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da anksiyete ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da anksiyete, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma ve toplumsal-kültürel bağlama göre orantısızdır.

F. Korku, anksiyete ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay veya daha uzun sürer.

G. Korku, anksiyete ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

H. Korku, anksiyete ya da kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, anksiyete ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, anksiyete ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı düzeydedir.

Belirleyici: Yalnızca Eylem Gerçekleştirme Sırasında: Korku toplum içinde konuşma ya da performans sergileme ile sınırlıysa. (APA 2013).

DSM-5 ve önceki DSM basımlarında sosyal anksiyete bozukluğunu nitelendiren ölçütlerde pek çok değişikliğe gidilmiştir. Bununla beraber, en güncel basımda dahi tanı ölçütlerinin sosyal anksiyete bozukluğunun tüm boyutlarını kapsama konusunda yetersiz kaldığını öne süren görüşler bulunmaktadır (Eldoğan, 2018). Bu çerçevede; mevcut tanı kategorisinde tanımlanamayan alt grupların araştırmalar yoluyla belirlenmesi ile incelenmesi sürecinin, var olan tanı sisteminde göze çarpan bu sınırlılıkları aşma ihtiyacından doğduğu düşünölmektedir.

1.1.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi

Sosyal anksiyete bozukluğu; oldukça yaygın görölen, kayda değer düzeyde işlev kaybına yol açan önemli bir ruhsal sağlık problemidir (Fıstıkçı vd., 2015). Bilişsel model çerçevesinde, sosyal anksiyete bozukluğu bulunan kişiler dışlanacakları ya da gülünç ya da küçük düşürücü bir

konuma düşürülecekleri yönündeki bozulmuş bilişler ve kanaatleri sebebiyle toplumsal ortamlarda bulduklarında veya bulunmayı tasarladıklarında anksiyete deneyimlemekte; bu noktada bilişsel davranışçı terapi, sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkinliği kanıtlanmış yöntemlerden biri olarak kabul görmektedir (Fıstıkçı vd., 2015). Geleneksel bilişsel davranışçı terapi; işlevsiz bilişlerin belirlenip değiştirilmesi ile kademeli alıştırmaları kapsamakta; üzerinde en çok araştırma yapılan biçim olan bilişsel-davranışçı grup uygulaması haftalık 2,5 saatlik oturumlar halinde 12 haftalık bir program olarak yürütülmekte olup bu süreçte bilişsel yeniden yapılandırma ile davranış deneyleri yer almaktadır (Fıstıkçı vd., 2015). Geleneksel bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında belli ölçüde yarar sağladığı saptanmış olmakla birlikte, hastaların yaklaşık üçte birinde belirtilerde kayda değer bir gerileme gözlenmemekte; bu sebeple sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde daha etkin sonuç verebilecek bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarının araştırılması devam etmektedir (Fıstıkçı vd., 2015). Son dönemlerde yürütülen araştırmalar; sosyal anksiyete bozukluğunda dikkat yanlılığı, yanlış bilgi işleme, dikkat eğitimi, yargı yanlılıkları, çevrim içi tabanlı bilişsel davranışçı yaklaşımlar ile toplumsal güçlüklerle maruz bırakma uygulaması üzerinde yoğunlaşmakta; sanal gerçeklik ortamında alıştırma tedavisi ile farkındalık temelli yaklaşımlar da sosyal anksiyete bozukluğunda etkili tedavi seçenekleri arasında ele alınmaktadır (Fıstıkçı vd., 2015). Farkındalık temeli üzerine inşa edilmiş olan kabul ve kararlılık terapisinde hedef; yaşantının ayırdına varılmasıdır ve bireyin düşüncesinin içeriğine saplanıp kalarak elindeki diğer işlevsel kaynakları kullanamamasının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır (Fıstıkçı vd., 2015). Kabul ve kararlılık temelli yaklaşımların sosyal anksiyete bozukluğunda yararlı olduğunu ortaya koyan yayınların alanyazında yer aldığı da rapor edilmektedir (Fıstıkçı vd., 2015).

1.2. KKT Tanımı

Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin İngilizcedeki açılımı "Acceptance and Commitment Therapy" olup literatürde olarak ACT şeklinde kısaltarak kullanılmaktadır. KKT; bilişsel davranışçı terapilerin tarihsel gelişiminde üçüncü kuşak yaklaşımlar içinde yer alan, bilinçli farkındalık, içgörü, ve kabule dayalı yaklaşımların ön plana çıktığı ve etkin biçimde uygulandığı modellerden biridir. Üçüncü kuşak yaklaşımlarda odak noktası içsel yaşantılara kaymış olup ana izlek; içsel deneyimlere yönelik farkındalık geliştirmektir. Bu kuşakta içsel duyuları dönüştürmek yerine kabullenme vurgusu ön planda tutulmaktadır. Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin temel hedefi; belirtilerle zorlayıcı düşünce veya duygular arasındaki ilişkinin yeniden

biçimlendirilmesi, başka bir deyişle bu ilişkiye yeni bir nitelik kazandırılmasıdır. Söz konusu yeni yapıda; belirtilerin kaynağı olduğu varsayılan düşünce ya da duygulardan kaçınmak yerine asıl niyetin söz konusu düşünce ve duygulara daha çok yaklaşmak, onlara daha derinden bakmak olduğu görülmektedir. Bu nedenle belirtilerin gerilemesi terapinin başlıca hedefi olarak ele alınmamakta; düşünce ile duygulara yönelmenin doğal bir yan kazanımı olarak değerlendirilmektedir.

1. *Aşama: Bilişsel defüzyon*
2. *Aşama: Kabul*
3. *Aşama: An'a odaklanma*
4. *Aşama: Gözlemleyen kendilikten faydalanma*
5. *Aşama: Kişisel değerler*
6. *Aşama: Vaat edilen eylemler*

Bu aşamaların ilki olan bilişsel difüzyon aşamasında; düşünce, duygu ve yaşantıların ne biçimde algılandığından çok gerçekte ne olduklarının fark edilmesine odaklanılmaktadır (Vatan, 2016). İkincisi olan kabul aşamasında düşüncelerin, duyguların ve olayların herhangi bir müdahaleye uğramadan oldukları biçimiyle yaşanması amaçlanmakta; bu süreç esasen, önüne bir engel koymadan suyun kendi yolunu bulmasına izin verme şeklinde değerlendirilebilmektedir (Vatan, 2016). Üçüncü aşama olan an'a odaklanma aşamasında, şimdi ve burada gerçekleşene yönelme, anın içine dahil olma, şu an ve burada yaşananların gözlemcisi değil deneyimleyicisi konumunda bulunma amaçlanmaktadır.

Dördüncü aşama olan gözlemleyen kendilikten faydalanma aşamasında; düşünce, duygu ve yaşantıları izleyen kendiliğin sağladığı bilgilerden öz farkındalığın geliştirilmesi amacıyla yararlanılmaktadır (Vatan, 2016). Beşinci aşama olan kişisel değerler aşaması; ideal benliğin önemli bileşenlerinin keşfedilmesini ifade etmektedir (Vatan, 2016). Son aşama olan vaat edilen eylemler aşamasında ise kişinin değerlerine dayalı hedefler belirlenmekte ve bu hedeflerin sorumluluğu üstlenilerek hedeflere doğru ilerleme amaçlanmakta; bu basamakta maruziyet, beceri kazandırma, hedef saptama ve söz konusu hedeflere kademeli biçimde ilerleyiş gibi davranışçı terapilerin temel tekniklerinden yararlanılmaktadır (Vatan, 2016). Söz konusu esnekliğin var olmamasının ise psikolojik katılık olarak da nitelendirilebildiği görülmektedir (Vatan, 2016). Kabul ve kararlılık terapisinin etkililiğine ilişkin kanıt temelli bulgular; anksiyete bozuklukları, takıntı-zorlantı bozukluğu, madde suistimali, depresyon, cinsellikle ilgili işlev güçlükleri, yeme

bozuklukları ile psikoz gibi oldukça kapsamlı bir psikopatoloji alanından elde edilmekte; yürütülen çalışmalar kabul ve kararlılık terapisinin etkinliği ile etkililiğini destekleyici nitelikte sonuçlar ortaya koymaktadır (Vatan, 2016).

1.2.1. KKT Tarihçesi

Kabul ve Kararlılık Terapisi; davranışçı terapilerin tarihsel gelişimi içinde üçüncü dalga yaklaşımlar arasında konumlanan, davranışçı bir psikoterapi modeli olarak şekillenmiştir (Hayes, 2004). Davranışçı terapilerin ilk dalgası 1950’li yıllarda klasik koşullanma ve edimsel öğrenme uygulamalarına dayanan, doğrudan davranış değişikliğini amaçlayan müdahalelerle gün yüzüne çıkmış; ikinci dalga ise sosyal öğrenme ile bilişsel ilkelerin yönlendirdiği, bilişsel hedefleri davranışsal ve duygusal hedeflerle bir arada ele alan benzer doğrudan değişim girişimleriyle kendini göstermiştir (Hayes, 2004). Var olan alanyazındaki bazı çelişkiler ve felsefi açıdan yaşanan dönüşümler, üçüncü dalganın ortaya çıkışına ortam hazırlamış; Kabul ve Kararlılık Terapisi de bu süreçte hem davranışçı hem de bilişsel kanattan doğan ve alanı farklı bir yöne taşıyan yeni müdahale yaklaşımlarından biri olarak konumlanmıştır (Hayes, 2004).

KKT’nin kuramsal alt yapısını şekillendiren ve İlişkisel Çerçeve Kuramı’na (Relational Frame Theory) öne süren isimlerden biri, KKT’nin geliştiricilerinden Steven C. Hayes’tir (Akdağ, 2024). Hayes ve çalışma arkadaşlarının yürüttüğü araştırmalarla KKT; bireylerin dil ve bilişinin temelinden hareketle insan davranışını anlamaya yönelik kapsamlı bir deneysel araştırma programı olan İlişkisel Çerçeve Kuramı’na yaslanan, açıkça bağlamsalcı ve süreç odaklı bir psikoterapi modeli halini almıştır (Hayes, 2004). KKT’nin temel başvuru kitabı olan “Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change”; 1999 yılında Hayes, Strosahl ve Wilson tarafından yayımlanmış ve bu sayede KKT’nin temel ilkeleri ile uygulama esasları sistematik bir biçimde alanyazına aktarılmıştır (Baş ve Dirik, 2019).

Sonraki dönemlerde KKT; klinik düzeydeki sorunlu davranışları yalnızca biçimsel boyutuyla değil işlevsel boyutuyla da ele alan bir model olarak gelişimini sürdürmüştür; bu yönü, birinci ve ikinci dalganın davranışçı terapileriyle kıyaslandığında belirgin bir felsefi farklılık olarak değerlendirilmektedir (Akdağ, 2024). KKT’nin tedavi modeli; psikolojik esnekliği temsil eden altı temel bileşeni içermekte olup bu bileşenler an’da olmak, değerler, kabul, ayrışma, bağlamsal benlik ve değerler doğrultusunda davranışlar olarak sıralanmaktadır (Baş ve Dirik, 2019). Diğer geleneksel bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımlarından farklı olarak KKT’nin asıl hedefi psikolojik belirtileri azaltmak değil; kişinin belirtilerle olan ilişkisini dönüştürerek değer odaklı bir yaşama

ulaşmasını mümkün kılmaktır (Baş ve Dirik, 2019). Günümüzde KKT; Amerikan Psikoloji Derneği Klinik Psikoloji Topluluğu'nun (Division 12) sıraladığı kanıt temelli tedaviler arasında yer almakta ve kronik ağrı, depresyon, kaygı bozuklukları, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar ile psikoz gibi pek çok rahatsızlıkta etkililiği gösterilmiş bir tedavi yaklaşımı olarak kabul görmektedir (Baş ve Dirik, 2019).

1.2.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT); bilişsel davranışçı terapilerin “üçüncü dalga” şeklinde adlandırılan ekolünde konumlanan, farkındalık (mindfulness) ve kabul (acceptance) odaklı uygulamaları içeren davranışçı bir psikoterapi yaklaşımıdır (Yavuz, 2015). Alanyazın gözden geçirildiğinde KKT'nin etkili olduğunu ortaya koyan çalışma ve araştırmaların başta depresyon, kaygı, kronik ağrı ve somatik sağlık problemleri olmak üzere geniş bir alana yayıldığı dikkat çekmektedir (Kul ve Türk, 2020). KKT; geleneksel bilişsel davranışçı terapiden farklı olarak duygu, düşünce, imaj ya da dürtü gibi herhangi bir içsel yaşantıyı değiştirmeyi, bu yaşantıların sıklığını veya yoğunluğunu azaltmayı hedeflememekte; bireyin söz konusu içsel deneyimlerle kurduğu ilişkiyi dönüştürmeye yoğunlaşmaktadır (Kul ve Türk, 2020). Bu yaklaşıma göre; içsel yaşantıların gereksiz, etkisiz ve işlev bozucu biçimde sıklığını, yoğunluğunu ve formunu değiştirme çabası olarak nitelendirilen yaşantısal kaçınma, birçok psikopatolojik klinik tabloyla bağlantılı bir durumdur (Yavuz, 2015). İçsel sembolik tehditlerden uzaklaşma çabası paradoksal sonuçlar üretebilmekte; acıdan kurtulmak için başvuru yöntem bir süre sonra acının kaynağına dönüşebilmektedir (Kul ve Türk, 2020). KKT bu noktada; bireyin kontrolü dışında yaşanan ve onu olumsuz etkileyen olay veya durumları olduğu gibi kabullenmesine ve yaşamını daha anlamlı ve doyurucu kılabilecek davranışları sürdürmesine dayanmaktadır (Kul ve Türk, 2020). Bu süreç ilerledikçe danışanın; olumsuz duygu, düşünce, duyum ve anılarını sanki birer ziyaretçiymiş gibi karşılayıp onlarla mücadeleye girişmeden zihninde bir alan açması, kaçındığı uyaranlara kendi değerleriyle örtüşür biçimde yaklaşması beklenmektedir (Kul ve Türk, 2020). Sonuç itibarıyla KKT'nin özünde yatan amaç; bireyin psikolojik esneklik düzeyinin artırılması, başka bir ifadeyle danışanın kendi içsel yaşantılarına dikkat ve açıklıkla yönelerek anla temas halinde, değerleri doğrultusunda davranabilme kararlılığını kazanmasıdır (Kul ve Türk, 2020).

KKT'nin "esnek altıgen modeli" olarak da bilinen altı temel terapötik sürecinin ilki olan an ile temas sürecinde; danışanın geçmişe yönelik yorumları ve geleceğe ilişkin varsayımları yerine an içinde yaşadıklarına odaklanması, sosyal ortamlarda deneyimlediği kaygıyı şu an ve burada yaşanan bir içsel deneyim olarak fark etmesi hedeflenmektedir (Kul ve Türk, 2020). İkinci süreç olan kabul aşamasında ise danışanın; sosyal ortamlarda yaşadığı kaygıya, değerlendirilme korkusuna ve buna eşlik eden acı verici duygu, anı ve dürtülere zihninde bir alan açması; bunlarla mücadeleye girişmek yerine söz konusu yaşantılara hareket alanı tanıyarak onların orada bulunmasına izin vermesi amaçlanmaktadır (Kul ve Türk, 2020). Üçüncü süreç olan bilişsel ayrışma sürecinde danışan; sosyal kaygıyla birlikte beliren duygu, düşünce ve hatıraları kendisi ve çevresiyle ilgili gerçekler olarak değil, yalnızca birer içsel yaşantı niteliği taşıyan fenomenler olarak tanımlayabilme becerisini kazanmakta ve düşünce ile o düşünceyi düşünen kişi arasında bir mesafe koymaktadır (Kul ve Türk, 2020). Söz konusu süreçte danışana, "Değersizim" demek yerine "Değersiz olduğum düşüncesine sahibim" ya da "Zihnimden değersiz olduğuma dair bir düşünce geçti" gibi ifade biçimlerine başvurması önerilmektedir (Kul ve Türk, 2020). Dördüncü süreç olan bağlamsal benlik sürecinde danışan; kendisi ile dış dünya arasında bir sınır çekerek anlık duygu, düşünce ve algılarının ötesine geçmekte ve benliğini bu yaşantılarından bağımsız biçimde gözlemleyebilmektedir (Kul ve Türk, 2020). Beşinci süreç olan değerler sürecinde, danışana "Nasıl bir hayat istersin?" ve "Bu yaşamda senin için önemli ve anlam taşıyan şeyler nelerdir?" gibi sorular yöneltilerek bireyin değerlerini keşfetmesine destek olunmakta; böylece sosyal yaşamında neye değer verdiği belirginleşmektedir (Kul ve Türk, 2020). Altıncı ve son süreç olan kararlı eylem aşamasında ise danışanın; belirlediği değerler doğrultusunda hareket edeceğini sözel biçimde dile getirmesi, ardından bu yönde gerçekleştireceği davranışsal süreçleri açık şekilde ortaya koyması sağlanmakta ve değerlerin sürdürülebilir, değer odaklı davranışlara dönüştürülmesi hedeflenmektedir (Kul ve Türk, 2020). KKT'nin seans yapısına genel olarak bakıldığında; sürecin farkındalık egzersizleri, bir önceki seansın değerlendirilmesi, temel müdahaleler ve ev ödevi olmak üzere dört bileşenden oluştuğu görülmektedir (Kul ve Türk, 2020).

1.3.İlgili Araştırmalar

Mattikoppa ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, sosyal anksiyete bozukluğu tanılı bireylerde Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin (KKT) etkinliği incelenmiştir. Çalışmada PubMed, PsycINFO, Ovid MEDLINE ve gri literatür (ClinicalTrials.gov,

BASE) veri tabanlarında Şubat 2024'e kadar yapılan tarama sonucunda 442 çalışmaya ulaşılmış; dahil etme kriterlerine uyan 9 randomize kontrollü çalışma sistematik derlemeye dahil edilmiş ve 6 çalışma meta-analize alınmıştır. Söz konusu çalışmalarda KKT, 6 çalışmada bekleme listesi kontrol grupları ile, 3 çalışmada ise bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın birincil sonuç değişkeni sosyal kaygı belirtilerinin azaltılması, ikincil sonuç değişkeni ise yaşam kalitesi olarak belirlenmiş; dahil edilen çalışmaların kalitesi Cochrane RoB-1 aracıyla değerlendirilmiştir. Meta-analiz sonucunda KKT'nin bekleme listesi kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında sosyal kaygı belirtileri üzerinde anlamlı düzeyde büyük bir etki gösterdiği ($g = -1.28$; %95 GA: $-1.88, -0.69$) saptanmış; BDT ile karşılaştırıldığında ise iki tedavi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Mattikoppa ve ark., 2025).

López-Pinar ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışmasında, ergenlerde KKT'nin kaygı ve depresyon belirtileri üzerindeki etkinliği ile psikolojik esnekliğin değişim mekanizması olarak rolü incelenmiştir. Çalışmaya, randomize kontrollü çalışma deseniyle yürütülmüş araştırmalar dahil edilmiş; KKT, hem aktif kontrol koşulları (olağan tedavi ve bilişsel davranışçı terapi) hem de pasif kontrol koşulları (bekleme listesi) ile karşılaştırılmıştır. Dahil edilen çalışmalardaki müdahalelerin ortalama oturum sayısı 8.52 olarak belirlenmiştir. Değişkenlerin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçeklerin psikolojik esneklik için Gençler İçin Kaçınma ve Birleşme Ölçeği (AFQ-Y) ile kaygı ve depresyon belirtileri için Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) olduğu saptanmıştır. Meta-analiz sonucunda KKT'nin depresyon belirtilerini azaltmada aktif kontrol koşullarına, anılan tüm sonuçlarda ise pasif kontrol koşullarına kıyasla daha üstün olduğu; ancak BDT ile karşılaştırıldığında anlamlı bir üstünlük göstermediği saptanmıştır. Ayrıca psikolojik esnekliğin hem depresyon hem de kaygı belirtilerindeki iyileşmeyi anlamlı düzeyde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (López-Pinar ve ark., 2025).

Karaaziz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerinde sosyal görünüş kaygısı üzerinde grup formatında uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin (KKT) uygulanabilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan üniversite öğrencileri yansız atama yöntemiyle deney grubu ($n=22$) ile kontrol grubu ($n=17$) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Deney grubuna toplam 8 oturumdan oluşan grup formatlı KKT müdahalesi uygulanmış, kontrol grubu ise herhangi bir müdahale almamıştır. Veriler tüm katılımcılardan başlangıç (ön-test), müdahale sonrası (son-test) ve müdahalenin sonlandırılmasından 3 hafta sonra (izlem) olmak üzere

üç ölçüm noktasında toplanmıştır. Değerlendirmede demografik bilgi formu, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SAAS) ve Kabul ve Eylem Anketi-II (AAQ-II) kullanılmıştır. Çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yürütülmüştür. Çalışma sonucunda son-test ölçümünde deney grubunun sosyal görünüş kaygısı puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur (Karaaziz ve ark., 2024).

Alves ve arkadaşlarının yaptığı vaka çalışmasında, sosyal anksiyete bozukluğu olan ergenler için geliştirdikleri “ACT@TeenSAD” adlı manuelize Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) yaklaşımının ön değerlendirmesi yapılmıştır. Söz konusu müdahale, videokonferans yoluyla sunulan ve her biri 90 dakikalık 10 haftalık oturum ile bunlara ek olarak 2 destek oturumundan oluşmaktadır. ACT@TeenSAD, sosyal anksiyete bozukluğunun temel patolojik süreçlerini hedef alarak danışanların psikolojik esneklik düzeylerini arttırmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın etkililiği tek bir ergen kız katılımcı üzerinden değerlendirilmiş; ölçümlerde Ergenler için Sosyal Anksiyete ve Kaçınma Ölçeği (SAASA) gibi araçlar kullanılmıştır. Elde edilen ön bulgular, ergen sosyal anksiyete bozukluğu için uyarlanan ACT@TeenSAD müdahalesinin uygulanabilir ve umut verici bir yaklaşım olduğuna işaret etmektedir (Alves ve ark., 2023).

Vally ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü çalışmada, Orta Doğu'daki üniversite öğrencilerinde kaygılı duygulanım, depresyon ve psikolojik iyi oluş üzerinde internet aracılığıyla sunulan bir Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) programının uygulanabilirliği ve etkinliği incelenmiştir. Çalışmaya toplam 129 katılımcı dahil edilmiş; bu katılımcılar rastgele atama yöntemiyle KKT programı veya bekleme listesi kontrol grubuna ayrılmıştır. Deney grubuna araştırmacılar tarafından KKT ilkelerine dayalı olarak hazırlanmış 4 modüllük internet tabanlı bir müdahale programı uygulanmıştır. Değerlendirmeler tüm katılımcılardan başlangıç ve müdahale sonrası olmak üzere iki ölçüm noktasında toplanmış; ölçüm araçlarında genelleştirilmiş kaygı, sosyal kaygı, depresif duygulanım ve iyi oluşu değerlendiren ölçekler kullanılmıştır. Söz konusu çalışma; Orta Doğu kültüründe psikolojik yardım arayışını kısıtlayan sosyokültürel engellere alternatif olarak internet aracılığıyla sunulan, kendi kendine yönlendirilen KKT programlarının üniversite öğrencileri açısından umut verici bir psikososyal müdahale olabileceğine işaret etmektedir (Vally ve ark., 2024).

Keshavarz'ın yaptığı yarı deneysel çalışmada, üniversite öğrencileri üzerinde Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin (KKT) sosyal kaygı, akademik performans ve yurt özlemi üzerindeki etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın evrenini İmam Humeyni Uluslararası Üniversitesi öğrencileri oluşturmuş; amaçlı örnekleme yöntemiyle yüksek düzeyde sosyal kaygı ve yurt özlemi yaşayan 30 öğrenci seçilerek rastgele atama yoluyla deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Deney grubuna 90 dakikalık 8 oturumdan oluşan KKT temelli bir müdahale uygulanmış, kontrol grubu ise herhangi bir müdahale almamıştır. Verilerin analizinde kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda KKT'nin deney grubunda sosyal kaygıyı ve yurt özlemini anlamlı düzeyde azalttığı, akademik performansı ise anlamlı düzeyde arttırdığı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu bulgular doğrultusunda KKT'nin öğrenci danışmanlık merkezlerinde uygulanmasının önerildiği belirtilmektedir (Keshavarz, 2025).

Sonuç ve Öneriler

Sosyal anksiyete bozukluğu, bireyin kişilerarası ilişkilerini, akademik ve mesleki işlevselliğini ciddi biçimde sekteye uğratan, toplumda sıkça karşılaşılan bir ruh sağlığı sorunudur. Bilişsel davranışçı terapinin bu alandaki etkililiği uzun süredir kabul görmekle birlikte, hastaların önemli bir bölümünde yeterli yanıt alınamaması farklı tedavi seçeneklerinin gündeme gelmesine yol açmıştır. Bu noktada Kabul ve Kararlılık Terapisi; belirtileri ortadan kaldırmaya değil, bireyin içsel yaşantılarıyla kurduğu ilişkiyi yeniden biçimlendirmeye ve değerleri doğrultusunda hareket etme kararlılığına odaklanmasıyla sosyal anksiyete bozukluğunun doğasıyla uyumlu bir yaklaşım sunmaktadır. Bu derlemede ele alınan güncel çalışmalar; söz konusu terapinin bekleme listesi koşullarına kıyasla sosyal kaygı belirtilerinde belirgin azalmalar sağladığını, bilişsel davranışçı terapiyle benzer düzeyde etkili olabildiğini ve psikolojik esnekliğin iyileşme sürecinde anlamlı bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, geleneksel yaklaşımlardan yeterli yarar göremeyen bireylerde Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin alternatif ya da tamamlayıcı bir seçenek olarak değerlendirilmesi; ruh sağlığı uzmanlarının farkındalık, kabul ve değer temelli müdahale becerilerini geliştirmeleri önerilmektedir. Gelecek araştırmaların ise özellikle Türkiye örneğinde, daha geniş katılımlı ve uzun dönemli izlem verilerine yer veren çalışmalarla bu alanın güçlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, A. (2024). Obsesif kompulsif bozuklukta; klasik bilişsel davranışçı terapi ve yeni nesil kabul ve kararlılık terapisi, karşılaştırmalı müdahale yaklaşımları. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 7(13), 45-61.
- Alves, F., Figueiredo, D. V., & Vagos, P. (2023). Acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder in adolescence: Preliminary appraisal based on a case study approach. *Clinical Case Studies*, 22(4), 343–362. <https://doi.org/10.1177/15346501221144069>
- APA (American Psychiatric Association). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Baskı)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Baş, S. ve Dirik, G. (2019). Kanser tanısı olan kişilerde kabul ve kararlılık terapisi uygulamaları: Sistematik bir derleme. *Psikoloji Çalışmaları*, 39(2), 459-485.
- Binbay, Z. & Koyuncu, A. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 1-13.
- Eldoğan, D. (2018). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri: Heterojen Bir Tanı Kategorisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 212-227.
- Evren, C. (2010). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 473-515.
- Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Erten, E., Duran, Ş. & Sungur, M. Z. (2015). Sosyal anksiyete bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi: Güncel kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 229-243.
- Gök, B. G., & İnözü, M. (2023). Sosyal kaygı bozukluğu: Mevcut yaygınlık, eşanı ve bozulma durumu. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(3), 448-467.
- Hajure, M., Tariku, M., Abdu, Z. ve diğerleri. (2020). Sağlık bilimleri öğrencileri arasında sosyal fobinin yaygınlığı ve ilişkili faktörler: Mettu kenti, Güneybatı Etiyopya (2019). *The Open Public Health Journal*. <https://doi.org/10.2174/1874944502013010373>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- Kakırman Moroğlu, A. & Özcan, C. (2024). Kaygı nevrozunun psikanalitik kuram üzerinden incelenmesi: Bir vaka örneği. *Journal of Clinical Psychology Research*, 8(2), 283-293.

- Karaaziz, M., Razzaghi, P., Keskindağ, B., & Güney, H. (2024). Brief report: A feasibility study of acceptance and commitment therapy in group format for social appearance anxiety. *Current Psychology*, 43(5), 4798–4802. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04693-z>
- Karaşar, B. (2014). Öğretmen adaylarının bağlanma stilleri ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(1), 27-49.
- Keshavarz, S. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on social anxiety, academic performance, and homesickness among international students at Imam Khomeini International University. *Health Nexus*, 3(3), 1–8. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.3.3.15>
- Kul, A., & Türk, F. (2020). Kabul ve adanmışlık terapisi (ACT) üzerine bir derleme çalışması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 16(29 Ekim Özel Sayısı), 3773-3805.
- López-Pinar, C., Lara-Merín, L., & Macías, J. (2025). Process of change and efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) for anxiety and depression symptoms in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 368, 633–644. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.076>
- Mattikoppa, N. V., Harshitha, G. S., Yahiya, G. K. M., & Paluru, M. S. (2025). Efficacy of acceptance and commitment therapy in social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry Spectrum*, 4(1), 111–120. https://doi.org/10.4103/jopsys.jopsys_23_24
- Özdikmenli-Demir, G. (2009). Sosyal Fobinin Etiyolojisinin İncelenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Araştırmalara Genel Bir Bakış. *Journal of Academic Inquiries*, 4(1), 101-123.
- Öztürk, A. (2014). Sosyal kaygıyı açıklayan yaklaşımlar. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(48), 15-26.
- Sayın, A. (2007). Sosyal anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(Ek 2), 3-10.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 6(10), 117-135.

- Terlemez, M. (2018). Sosyal fobi'nin spora etkileri. *Iğdır Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 1(1), 35–40.
- Uslusoy, Ö., & Kahraman, S. (2024). Sosyal kaygı düzeyi üzerinde EMDR terapisinin uygulanması ve etkisinin incelenmesi. *Humanistic Perspective*, 6(3), 297-314.
- Vally, Z., Shah, H., Varga, S.-I., Hassan, W., Kashakesh, M., Albreiki, W., Helmy, M., & Alhalaiqa, F. (2024). An internet-delivered acceptance and commitment therapy program for anxious affect, depression, and wellbeing: A randomized, parallel, two-group, waitlist-controlled trial in a Middle Eastern sample of college students. *PLOS One*, 19(12), e0313243. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313243>
- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.
- Yücel, D., & Kurtoğlu, M. B. (2024). ÖZ ŞEFKATİN SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİNDE BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN ARACILIK ROLÜ. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1), 1-13.