

Türkiye’de Çift ve Ailelerle Çalışan Uzmanlar: Demografik Özellikler, Eğitim ve Klinik Uygulamalar

Yudum Akyıl¹, Anıl Özge Üstünel², Sadıka Alkan³, Hüner Aydın⁴

Professionals Who Work with Couples and Families in Turkey: Demographic Characteristics, Educational Background and Clinical Practices

Öz

Çift ve aile terapisi, Türkiye’de hızla gelişmekte olan bir ruh sağlığı alanıdır. Son birkaç yılda, aile terapisi (ya da aile danışmanlığı) eğitimlerinin sayısının artmasıyla birlikte, eğitim standartlarının belirlenmesi konusunda sistematik bir çalışmaya olan ihtiyaç da belirgin bir şekilde artış göstermiştir. Bu standartların ülkemizin şartlarına uygun bir şekilde belirlenmesi ve mesleğin doğru bir şekilde gelişebilmesi için öncelikle bu alanda çalışmakta olan uzmanların bugünkü durumunun saptanması gerekmektedir. Bu araştırma, Çift ve Aile Terapileri Derneği araştırma komitesi tarafından psikoloji alanındaki e-posta gruplarına ve aile terapisi eğitim programları mezunlarına gönderilen çevrimiçi bir anket aracılığıyla, çift ve ailelerle çalışan ruh sağlığı uzmanlarının özelliklerini ve klinik uygulamalarını anlamayı hedeflemiştir. Anket beş kategoriden oluşmaktadır: Demografik özellikler, eğitim, klinik uygulamalar, danışan özellikleri, profesyonel gelişim ve yeterlilik. Araştırmaya, çift ve ailelerle çalışan 204 ruh sağlığı uzmanı katılmıştır. Araştırma bulguları, Türkiye’de ve Amerika’da aynı konuda yapılmış araştırmalarla karşılaştırılabilir olarak değerlendirilmiş, alandaki eğitim standartları ve politikaları bağlamında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çift ve aile terapistleri, klinik uygulamalar, eğitim, mesleki gelişim, Türkiye’de aile terapisi

Abstract

Marriage and family therapy is a rapidly developing profession in Turkey. Over the last couple of years the number of family therapy (or family counseling) trainings have been increasing, but the standardization is still missing. For the enhancement of this profession, it is important to first acquire knowledge regarding the current state of those who practice. This study is designed to better understand the characteristics and clinical practices of clinicians who work with couples and families using an online survey distributed to web-based psychology groups and to the graduates of family therapy training programs. The survey includes five categories: demographic characteristics, training, clinical practices, clientele characteristics, and professional development and competency. 204 clinicians participated in the study and the results are discussed comparatively with previous studies that were conducted in Turkey and the U.S. and in terms of its implications for training and policy development.

Keywords: Couple and family therapists, clinical practices, education, professional development, family therapy in Turkey

- 1 Sorumlu yazar / Corresponding author, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye. E-posta / E-mail: yudum.akyil@bilgi.edu.tr
- 2 İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye. E-posta / E-mail: anil.ustunel@kemerburgaz.edu.tr
- 3 İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye. E-posta / E-mail: sadikaalkan@gmail.com
- 4 Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye. E-posta / E-mail: huner.aydin@hotmail.com

Türkiye’de Çift ve Ailelerle Çalışan Uzmanlar: Demografik Özellikler, Eğitim ve Klinik Uygulamalar

Çift ve aile terapisi, bir ruh sağlığı meslek alanı olarak, 1950’lerden itibaren Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’da sistemik düşüncenin etkisiyle gelişmeye başlamış ve klinik psikoloji uygulamalarını etkilemiş bir akımdır (Nichols, 2013). Bu akım, Amerika Birleşik Devletleri’nin, psikiyatri, psikoloji, sosyal hizmet ve psikiyatri hemşireliği ile birlikte belirlediği beş ana ruh sağlığı mesleğinden biridir (AAMFT, American Association for Marriage and Family Therapy, 2002). Türkiye’de çiftler ve ailelerle yapılan klinik uygulamalar 1980’lerden beri devam etmekte olmasına rağmen, çift ve aile terapisinin bir meslek alanı olarak tanınırlığı, eğitimi ve uygulamaları ile ilgili standardizasyon çalışmaları son yıllarda yapılmaya başlamıştır.

Çift ve aile terapisi, döngüsellik, ilişkisellik gibi kavramları vurgulayan ve bireyin getirdiği sorunu aile sisteminin işleyişine bakarak anlamaya çalışan sistemik yaklaşımdan yola çıkarak gelişmiş bir ruh sağlığı alanıdır (Nichols, 2013). II. Dünya Savaşı’ndan sonra Amerika Birleşik Devletleri’nde askerlerin evlerine geri dönmesiyle, savaş travmalarının yalnızca askerleri değil, geride bıraktığı ailelerini de etkilediği fark edilmiştir. Böylece, bu konu ailesel bir sorun olarak ele alınmaya başlamış, çözümün de tüm aileyle çalışarak sağlanabileceği fikri gündeme gelmiştir. Buna paralel olarak, hastanelerde çalışan psikiyatrist ve uzmanlar, iyileşme gösteren şizofreni hastalarının evlerine döndükten sonra durumlarının kötüleştiğini gözlemlemiş, bunun üzerine tüm aileye odaklanmaya başlamıştır. Ayrıca, aile üyelerinden semptom gösteren kişi iyileşmeye başladığında başka bir aile üyesinin durumunun kötüleşmesi, uzmanları aile sistemini incelemeye itmiştir (Goldenberg ve Goldenberg, 2000). Tüm bu gözlemlere bağlı olarak, çeşitli sorunları anlamada bireysel terapistlerden farklı kavramsal modeller ve değerlendirme yöntemleri kullanılmasının, tüm aile üyelerinin tedavi sürecine dahil edilmesinin ve birden çok aile üyesi ile birlikte yapılan çalışmalarda ihtiyaç duyulan farklı becerilerin geliştirilmesinin gerekliliği gündeme gelmiştir.

Çift ve aile terapisinin temelini oluşturan sistemik düşüncede odak noktası birey değil, bireyin parçası olduğu sistemlerdir. Bu sistemler, öncelikle aile olmak üzere, anne-baba, kardeş alt-sistemleri ya da okul, işyeri, toplum gibi geniş sistemleri kapsamaktadır (Carr, 2001). Bu görüş çerçevesinde, bireyin sorunlarını anlamaya çalışırken onun iç süreçlerine odaklanmak yerine, ilişkisel dinamiklerin, kişilerarası örüntülerin, toplumsal ve kültürel yapıların bireyin sorunu üzerindeki etkisi, bireyin sorununun da bu düzlemler üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. Çift ve aile terapisinin ortaya çıkışıyla birlikte, ruhsal sorunlara doğrusal bir bakış yerine döngüsel bir bakış hakim olmaya başlamıştır (Nichols, 2013). Buna göre, aile üyelerinden birinin doğrusal bir sebep-sonuç ilişkisiyle

açıklanamayan davranışını, onu etkileyen ve onun etkilediği diğer aile üyelerinin davranışlarıyla bir arada ele almak gerekir. Böylece, sorunlara ve semptomlara yeni bir bakış açısı getiren çift ve aile terapisi, gerek bireyler, gerekse çift ve ailelerle ilgili sorunları ilişkisel ve sistemik bir yaklaşımla açıklamaya ve yine ilişkisel müdahalelerle tedavi etmeye çalışır. Yıllar içinde, birçok kuramcı ve uygulamacının katkılarıyla yapısal, stratejik, bilişsel-davranışçı, psikanalitik, yaşantısal aile terapisi yaklaşımları gelişmiştir (Nichols, 2013). Bu kuramcı ve uygulamacıların büyük çoğunluğu psikiyatri kökenli olup bazıları psikolog ya da sosyal çalışmacıdır (Becvar ve Becvar, 2006).

Çift ve aile terapisi, çeşitli mesleki örgütlerin kurulması ve eğitim-süpervizyon standartlarının belirlenmesiyle ayrı bir ruh sağlığı alanı olarak tanımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde çift ve aile terapisi alanındaki en büyük meslek örgütü, 1942 yılında kurulmuş ve 1976 yılında Amerikan Evlilik ve Aile Terapisi Derneği (American Association for Marriage and Family Therapy-AAMFT) adını almıştır (AAMFT, 2002). Amerika'da mesleki yetkinlikler ve etik kurallar bu dernek tarafından oluşturulmuştur. Her eyalette bu meslek için lisans veren bir kurum bulunmaktadır. Lisans alabilmek için AAMFT tarafından akredite edilmiş bir yüksek lisans ya da doktora programından mezun olduktan sonra asgari 2 yıl süpervizyon eşliğinde 1000-3000 saat (en az yarısı çift ya da ailelerle olmak şartıyla) klinik deneyim edinmek, bunun yanı sıra yetkinlik sertifikası sınavını geçmek gerekmektedir. Avrupa'da ise aile terapisti unvanı, aile ve sistemik uzmanlık adı verilen, en az 4 yılı sistemik terapi eğitiminden oluşan ve 700-900 saat klinik deneyim gerektiren 7 yıllık bir eğitim sonucunda kazanılmaktadır (EFTA, European Family Therapy Association, 2014).

Türkiye'de Çift ve Aile Terapisinin Gelişimi

Türkiye'de 1980'lerden sonra çift ve aile terapisine olan ilgi artmıştır (Korkut, 2001). Önceki yıllarda çift ve aile terapisi, klinik psikoloji ve psikolojik danışmanlık yüksek lisans programlarının içerisinde bireysel dersler olarak yerini almaya başlamış, sonrasında ise bazı özel merkezlerde eğitimler ve sertifika programları açılmıştır. Son birkaç yıldır ise sınırlı sayıda üniversitede çift ve aile terapisi yüksek lisans eğitimi verilmektedir. Bu yeni programlarla birlikte çift ve aile terapisi, sadece çift ve aile sorunlarına yönelik uygulanan ve kısa süreli eğitimlerde öğrenilebilecek birkaç teknik olmaktan çıkıp, başlı başına bir alan ve bakış açısı olarak tanınmaya başlamıştır (Arduman, 2013).

Son yıllarda, Türkiye'de çift ve aile terapisi ve danışmanlığı alanında kurumsal yönetmeliklerin hazırlanması konusunda çalışmalar yürütülmektedir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, 2007 yılında kendi bünyesinde, 2009 yılında ise bünyesi dışında kurulacak aile danışma merkezleriyle ilgili yönetmelikleri yayınlamıştır (Gerçek Kişiler ve

Özel Hukuk Tüzel Kişiler ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Hakkında Yönetmelik, 2007, 2009). Daha sonra Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ismini alan kurum, 2012 yılında özel aile danışma merkezleri ile ilgili yönetmelikte değişiklikler yaparak yönetmeliği yeniden yayınlamıştır (Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişiler ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Hakkında Yönetmelik, 2012). Bu yönetmeliklerle birlikte, ülkemizde özel ve devlete bağlı aile danışmanlık merkezleri açılmaya başlamış, ailelerle çalışan uzmanlara olan yoğun talebi karşılamak amacıyla birçok aile danışmanlığı sertifika programı açılmıştır (Konuk, Akyıl, Arduman, Erenel ve Sarımurat-Baydemir, 2011).

Son yapılan düzenlemelerle eğitimlerdeki ders saatinin 150 saatten 450 saate çıkarılması önemli bir gelişme olmuş, ancak bu programların içeriği, kabul edilen katılımcıların asgari özellikleri, öğretim kadrosu ve klinik deneyim fırsatları bakımından bir düzenleme henüz yapılamamıştır. Bu sebeple, ülkemizde son yıllarda çift ve aile terapisi alanında kontrolsüz bir şekilde çok sayıda eğitim programı açılmış ve çok sayıda mezun alanda çalışmaya başlamıştır. Çift ve aile terapisiyle ilgili düzenlemelerin yapılması, mesleğin yetkinlik kriterlerinin belirlenmesi ve eğitim standartlarının oluşturulması sürecinde mesleki dernekler önemli bir rol oynamaktadır. 2012 yılında kurulmuş olan Çift ve Aile Terapileri Derneği (ÇATED, n.d.) gerek yurtdışında bu alanda yüksek lisans ya da doktora eğitimini tamamlamış, gerekse Türkiye’de uzun yıllardır bu mesleğin uygulamasını yapmakta olan uzmanlar tarafından, çift ve aile terapisinin meslek olarak geliştirilmesi ve tanınmasıyla ilgili çalışmalar yapmak üzere kurulmuştur. Bu uzmanlar, kurulan derneklerin çatısı altında birleşerek ve ilgili diğer derneklerle işbirliği içinde, çift ve aile terapisi mesleğinin ülkemizde de eğitim standartlarının oluşturulması, mesleki yetkinliklerinin belirlenmesi ve lisans verilmesiyle ilgili çalışmalar yürütmektedir. ÇATED’in yanısıra Türkiye’de 1998 yılından beri faaliyet gösteren Aile ve Evlilik Terapileri Derneği (AETD, n.d.) verdiği eğitimler ve düzenlediği kongrelerle mesleğe büyük katkılarda bulunmuştur. 2014 yılında ise Türk Psikologlar Derneği çatısı altında Çift ve Aile Terapisi Birimi kurulmuş, mesleğin doğru tanınması ve halkı bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar yapmak üzere gerek kendi bünyesinde gerekse diğer birimlerle koordinasyon içinde toplantılar yapmaya başlamışlardır.

Dünyada Çift ve Aile Terapistleri

Örgütlenme, araştırma ve eğitim programları bakımından çift ve aile terapisinin meslek olarak en çok tanındığı ülke Amerika Birleşik Devletleri’dir. Son yirmi yıl içinde ABD’de çift ve aile terapistlerinin kimliği, uygulamaları, süpervizyon ve eğitim süreçleri ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlamıştır (Beaton, Dienhart, Schmidt ve Turner, 2009). Bu araştırmaların çoğu çift ve aile

terapisi derneklerinin üyeleri üzerinde yürütülmüştür. Çift ve ailelerle çalışan uzmanların demografik özellikleri ve eğitim alt yapıları, araştırılan konulardan biri olmuştur. AAMFT üyesi aile ve çift terapistleriyle yapılan araştırmalarda, tipik bir terapistin 47-52 yaşlarında, yüksek lisans eğitimini tamamlamış, özel bir klinikte ortalama 13-15 yıldır çalışan bir kadın olduğu saptanmıştır (Beaton ve ark., 2009; Doherty ve Simmons, 1996; Nelson ve Palmer, 2001; Simmons ve Doherty, 1995). Benzer şekilde Northey (2002) AAMFT üyeleriyle yürüttüğü çalışmada, katılımcıların % 58'inin kadın olduğunu, % 75'inin yüksek lisans derecesine sahip olduğunu ve % 50'sinin özel bir klinikte çalıştığını göstermiştir.

Önceki araştırmalardan farklı olarak kırsal bölgelerde çalışan çift ve aile terapistlerini araştıran Morris (2007), katılımcıların % 51'inin kadın, % 64'ünün yüksek lisans eğitimi almış olduğunu göstermiştir. Bu araştırmada, kırsal alanda çalışan terapistlerin kentsel alandakilere oranla daha deneyimli olduğu (ortalama 18 yıl) ve özel bir klinikte çalışma oranının daha düşük olduğu (% 19) saptanmıştır. Çift ve ailelerle çalışan uzmanların eğitim ve deneyim yılı dikkate alındığında, çift ve aile terapisti kimliğinin uzmanlar tarafından benimsenmesi şartıtcı değildir. Doherty ve Simmons (1996), araştırmalarına katılan uzmanların % 64'ünün kendilerini çift ve aile terapisti olarak tanımladığını belirtmiştir. Benzer şekilde, Beaton ve arkadaşları (2009), çift ve aile terapisi eğitimi almakta olan öğrencilerin % 49'unun, tüm örneklemin ise % 60'ının kendisini çift ve aile terapisti olarak tanımladığını göstermiştir. Buna göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar, kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki farklara değinmekle birlikte çift ve aile terapistlerinin çoğunlukla kadın, orta yaşlı, yüksek lisans eğitimi ve deneyimli olduğuna, çift ve aile terapisti kimliğini benimsediklerine işaret etmektedir.

Dünyada çift ve aile terapisi ve danışmanlığı uygulamaları üzerine yapılmış çalışmalarda araştırılan diğer konular, danışan grubu, terapistlerin çalışma şekilleri ve yararlandıkları modeller olmuştur. Yapılan araştırmalar, çift ve aile terapistlerinin çoğunlukla en az lise eğitimini tamamlamış farklı yaş gruplarından kadın danışanlarla çalıştığına işaret etmektedir (Doherty ve Simmons, 1996; Simmons ve Doherty, 1995). Çift ve aile terapistleri, çift ve ailelerle olduğu kadar bireylerle de çalışmaktadır. Bu konuda yapılan az sayıda çalışma, çift ve aile terapistlerinin danışanlarının yaklaşık yarısının bireylerden, yarısının ise çift ve ailelerden oluştuğunu göstermektedir (Doherty ve Simmons, 1996; Simmons ve Doherty, 1995). Diğer araştırmalara göre ise, bireysel seanslar çift ve aile terapistlerinin toplam çalışmalarının % 39'unu oluşturmaktadır (Morris, 2007; Northey, 2002).

Çift ve aile terapistlerinin en sık karşılaştığı problemler arasında depresyon, kaygı, çift sorunları, ebeveyn-çocuk ilişkisi sorunları ve davranış problemleri bulunmaktadır (Beaton ve ark., 2009; Doherty ve Simmons, 1996; Northey,

2002; Simmons ve Doherty, 1995). Yeme bozuklukları, madde bağımlılığı, cinsel sorunlar ve aile içi şiddet ise daha az karşılaşılan sorunlardır (Beaton ve ark., 2009; Doherty ve Simmons, 1996). Northey (2002) de alkol-madde bağımlılığı, işle ilgili sorunlar ve cinsel istismarın en az karşılaşılan problemler olduğunu belirtmiştir. Buna paralel olarak Beaton ve arkadaşları (2009), çift ve aile terapistlerinin çift sorunları, depresyon gibi duygudurum bozuklukları ve kaygı bozukluklarıyla çalışma konusunda daha yetkin hissettiğini, yeme bozuklukları, cinsel sorunlar ve fobilerle çalışma konusunda daha az yetkin hissettiğini saptamıştır. Bulgular, sık karşılaşılan sorun alanlarında yetkinlik hissinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Çift ve aile terapistlerinin uygulamalarında yararlandıkları modeller araştırıldığında, birden çok yaklaşımın kullanıldığı, bilişsel-davranışçı ve sistemik modellerin birinci sırada geldiği görülmektedir. Morris (2007), en sık kullanılan terapi modellerinin bilişsel-davranışçı, psikodinamik ve eklettik modeller olduğunu göstermiştir. Northey'in araştırmalarına göre (2002, 2005) bilişsel-davranışçı, davranışçı, çoklu-sistemik (multi-systemic) ve eklettik terapi modelleri en çok tercih edilen yaklaşımlardır. Benzer şekilde, Booth ve Cottone (2000) çift ve ailelerle çalışan terapistlerin büyük çoğunluğunun sistemik yaklaşımı benimsediğini veya birden çok modeli bir arada kullandığını göstermiştir. Çift ve aile terapistlerinin yanı sıra diğer ruh sağlığı çalışanlarını da içeren daha yeni bir araştırma, bilişsel-davranışçı terapi ve sistemik yaklaşımın yaygınlığını destekler niteliktedir (Cook, Biyanova, Elhai, Schnurr ve Coyne, 2010). Buna karşın, Beaton ve arkadaşları (2009) tarafından Kanada'da yapılan bir araştırma, çözüm odaklı yaklaşımlar ve öyküsel terapi (narrative therapy) yaklaşımlarının, özellikle çift ve aile terapisi öğrencileri tarafından sıklıkla kullanıldığını göstermiştir. Buna paralel olarak, son yıllarda postmodern yaklaşımlar ile dile, anlatıya ve güçlü yanlara odaklanan sosyal inşacı kuramların, süpervizyon sürecinde daha fazla tercih edildiği saptanmıştır (Booth ve Cottone, 2000; Lee, Nichols, Nichols ve Odom, 2004).

Türkiye'de Çift ve Aile Terapistleri

Türkiye'de çift ve aile terapisi ve danışmanlığı uygulamaları ve bu alanda çalışan uzmanlar üzerine yapılmış çok az sayıda çalışma mevcuttur. Korkut (2001, 2007) tarafından bu konuda iki betimsel nitelikli araştırma yapılmıştır. İstanbul'daki özel kliniklerde çalışan psikolojik danışman, psikolog ve klinik psikologlar arasında yapılan ilk araştırmaya göre, söz konusu grubun yaş ortalaması 35.8 olup % 83'ü kadınlardan oluşmaktadır (Korkut, 2001). Araştırma bulguları, katılımcıların ortalama 7.5 yıldır ruh sağlığı çalışanı olduğunu, büyük çoğunluğun aile danışmanlığı/terapisi eğitimini bir dizi seminer ve ders aracılığıyla aldığını göstermektedir. Psikolojik danışman, psikolog ve klinik

psikologlarla yapılan bu araştırmada, katılımcıların % 40'ı belirli bir modeli tercih etmediğini, % 25'i eklektik bir yaklaşım benimsediğini, % 12'si ise sistemik modelden yararlandığını belirtmiştir. Uluslararası standartlarla karşılaştırmalı olarak düşünüldüğünde, bu eğitimlerin süre bakımından yetersizliğine dikkat çekilmiş, eğitimlerin içeriklerinin belirsizliği ise tartışılan bir konu olmuştur (Korkut, 2001).

Korkut (2007) daha sonra yaptığı tekrar (replication) araştırmasında, ailelerle çalışan profesyonellere odaklanmış, çoğunluğunu genç kadınların oluşturduğu bir gruba ulaşmıştır. Bu grubun yaş ortalaması 36.5'tir ve % 76'sı kadındır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (% 78) aile terapisi eğitimini bağımsız sementerlerden aldığını belirtmiştir. Bu araştırmada, İstanbul'daki ruh sağlığı çalışanlarının en sık karşılaştığı problemlerin başında iletişim sorunlarının, ebeveyn-çocuk sorunlarının ve çatışmaların geldiği; en az karşılaşılan problemlerin ise cinsel sorunlar, şiddet ve alkol bağımlılığı olduğu bulunmuştur. Çalışmada, en sık tercih edilen yaklaşımların sırasıyla sistemik, stratejik, yaşantısal ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlar olduğu saptanmış ve eğitim standartlarının önemi vurgulanmıştır (Korkut, 2007).

Araştırmanın Amacı

Türkiye'de çift ve aile terapisi, tanımı ve standartları yeni oluşmakta olan bir alan olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, bu meslek alanının gelişim sürecini takip etmek, alanda çalışan uzmanları tanımak birincil öneme sahiptir. Çift ve Aile Terapileri Derneği Araştırma Komitesi tarafından yürütülen bu araştırmanın ilk hedefi, Türkiye'de çift ve ailelerle çalışan uzmanların demografik özelliklerini, eğitim durumlarını, klinik uygulamalarının niteliklerini ve profesyonel gelişim ihtiyaçlarını saptamaktır. Böylece, bu mesleğin uygulayıcılarını daha iyi tanıyarak ve mesleğin bugünkü durumunu anlayarak, gelişim yönünde atılacak adımlar belirlenebilir. İkinci hedef, elde edilen bulguları Türkiye'de yapılan önceki araştırmalarla karşılaştırmalı olarak değerlendirmek, çift ve aile terapisi alanının gelişim sürecini ve yönünü izlemektir. Üçüncü hedef, çift ve ailelerle çalışan uzmanların gelişim ihtiyaçlarını saptayarak eğitim programlarına bu doğrultuda yön vermektir.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmaya çift ve ailelerle çalışmakta olan 204 ruh sağlığı çalışanı katılmıştır. Katılımcıların % 87'si (n=177) kadın, % 13'ü (n=27) erkektir. Yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında, örneklemin % 32'sinin (n=65) 25-30 yaş arasında olduğu, örneklemin yarısından fazlasının (n=148) 40 yaş altında

olduğu ve görece genç bir grubun oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların % 63'ü (n=128) evli ya da uzun süreli ilişki içinde, % 28'i (n=57) bekar ve % 9'u (n=17) boşanmış olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan ruh sağlığı çalışanlarının % 52'si (n=107) İstanbul'da, % 46'sı (n=93) İstanbul dışında ve % 2'si (n=4) yurtdışında yaşamakta ve çalışmaktadır. Özetle, katılımcıların çoğunluğunu İstanbul'da yaşayan, evli, genç, kadın ruh sağlığı çalışanları oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan anket, çift ve ailelerle aktif olarak çalışan, ÇATED Araştırma Komitesi üyesi beş uzman tarafından geliştirilmiştir. Anket oluşturulurken, klinik gözlem ve deneyimlerin yanı sıra farklı ülkelerde yapılmış önceki araştırmaların veri toplama araçları incelenmiştir (Doherty ve Simmons, 1995; Morris, 2007; Northey, 2002). Geliştirilen anket, Demografik Özellikler, Eğitim, Klinik Uygulamalar, Danışan Özellikleri, Profesyonel Gelişim ve Yetkinlik konularında olmak üzere toplam 51 sorudan oluşmaktadır. Demografik Özellikler, katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni hal ve eğitimlerine ilişkin 5 soruyu içermektedir. Eğitim, katılımcıların aldıkları lisans, yüksek lisans ve sertifika eğitimlerine yönelik 9 sorudan oluşmaktadır. Klinik Uygulamalar, katılımcıların klinik uygulamalarının nitelikleri, kullandıkları modeller ve yetkinlik hislerine ilişkin 19 soruyu kapsamaktadır. Danışan Özellikleri, katılımcıların danışanlarının demografik özellikleri ve sorun alanlarına ilişkin 3 soruyu içermektedir. Profesyonel Gelişim ise katılımcıların gelişim ihtiyaçları, kaynakları ve beklentilerine ilişkin 15 soruyu kapsamaktadır.

İşlem

Çalışma, gönüllü katılım esasına dayanmaktadır. Geliştirilen anket, <https://tr.surveymonkey.com/> isimli bir web sitesine yüklenmiş, ruh sağlığı çalışanlarının üye olduğu e-posta gruplarına (psikoalan, psikolojik danışmanlar ve psikiyatrigrubu) gönderilmiştir. Bunun yanı sıra, ÇATED'in üye listesine, e-posta yoluyla ve facebook hesabı üzerinden ankete ilişkin bir davet iletilmiştir. Buna ek olarak, AETD üyelerine ve farklı eğitim programlarının e-posta listelerine yönlendirilmek üzere bir davet gönderilmiştir. Northey (2005), çevrimiçi anketlerin verimli ve uygun maliyetli olduğunu, bu yöntemin çift ve aile terapistlerine ilişkin araştırmalarda kullanılması gerektiğini öne sürmüştür. Northey'in (2005) önerilerine paralel olarak geliştirilen anketin yaklaşık 20-25 dakika içinde doldurulacağı öngörülmüştür. Veri, 2013 yılının Nisan ve Mayıs aylarında toplanmıştır.

Bulgular

Eğitim Durumu

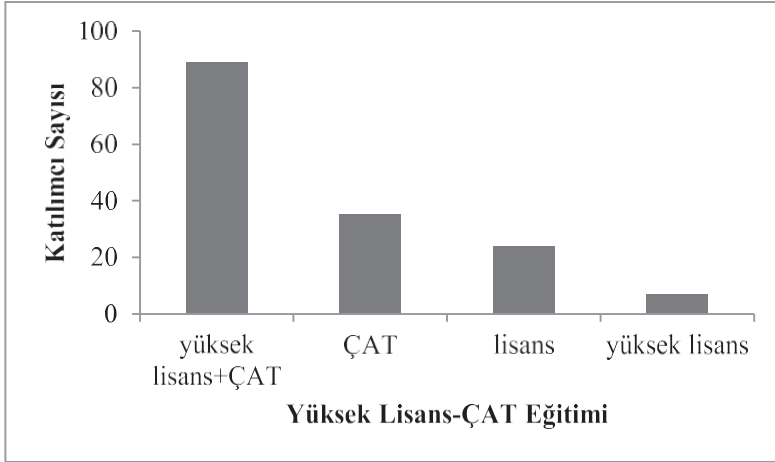
Araştırmaya katılan ruh sağlığı çalışanlarının lisans eğitimlerine bakıldığında, katılımcıların % 53'ünün (n=80) psikoloji lisans programlarından mezun olduğu görülmektedir. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık lisans programlarından mezun olan katılımcıların oranı % 17 (n=26) olup ikinci sırada gelmektedir. Bunu % 9 (n=13) ile tıp, % 7 (n=10) ile sosyal hizmetler takip etmektedir.

Örneklemin yüksek lisans eğitim durumu incelendiğinde, yüksek lisans eğitimi alan katılımcıların oranının % 57 (n=85), eğitim almayanların oranının % 36 (n=54) ve eğitimi sürmekte olanlarının oranının % 7 (n=11) olduğu görülmektedir. Yüksek lisans yapan katılımcıların alanlarına bakıldığında, % 22'si (n=21) klinik psikoloji alanında, % 19'u (n=18) psikolojik danışmanlık ve rehberlik ile eğitim bilimleri alanında, %15'i (n=14) çift ve aile terapisi ve danışmanlığı alanında yüksek lisans yapmaktadır.

Katılımcıların çift ve aile terapisi (ÇAT) alanında herhangi bir eğitim alıp almadıkları araştırıldığında, ÇAT eğitimi alanlarının oranının % 69 (n=107), almayanların oranının % 20 (n=32) ve eğitim almakta olanların oranının % 11 (n=17) olduğu görülmüştür. ÇAT eğitimi aldığını belirten katılımcılara bu eğitimi nereden aldıkları sorulmuştur. Katılımcıların % 50'si (n=59) ÇAT eğitimini özel bir danışmanlık merkezi ya da enstitüden, % 22'si (n=26) üniversitelerin sürekli eğitim merkezlerinden, % 14'ü (n=16) ise yurtdışındaki üniversitelerin yüksek lisans programlarından aldığını belirtmiştir.

Katılımcıların yüksek lisans ve ÇAT eğitimlerini birlikte alıp almadığı araştırılmıştır. Bu amaçla katılımcılar, yalnızca yüksek lisans yapanlar, yalnızca ÇAT eğitimi alanlar, yüksek lisans/eğitimi olmayanlar ve hem yüksek lisans hem de ÇAT eğitimi olanlar olarak dört gruba ayrılmıştır. Hem yüksek lisans yapmış hem de ÇAT eğitimi almış olanlar %57 (n=89), yalnızca ÇAT eğitimi almış olanlar %23 (n=35), herhangi bir eğitim almamış veya yüksek lisans yapmamış olanlar %15 (n=24), yalnızca yüksek lisans yapmış olanlar %5 oranındadır (bkz. Şekil 1).

Şekil 1. Katılımcıların Yüksek Lisans-ÇAT Eğitimi Durumlarına Göre Dağılımı



Özetle, araştırmaya katılan ruh sağlığı çalışanlarının çoğunluğunu, özel bir danışmanlık merkezinden veya bir üniversitenin sürekli eğitim merkezinden ÇAT eğitimi almış psikolog veya rehber ve psikolojik danışmanlar oluşturmaktadır.

Klinik Uygulamalar

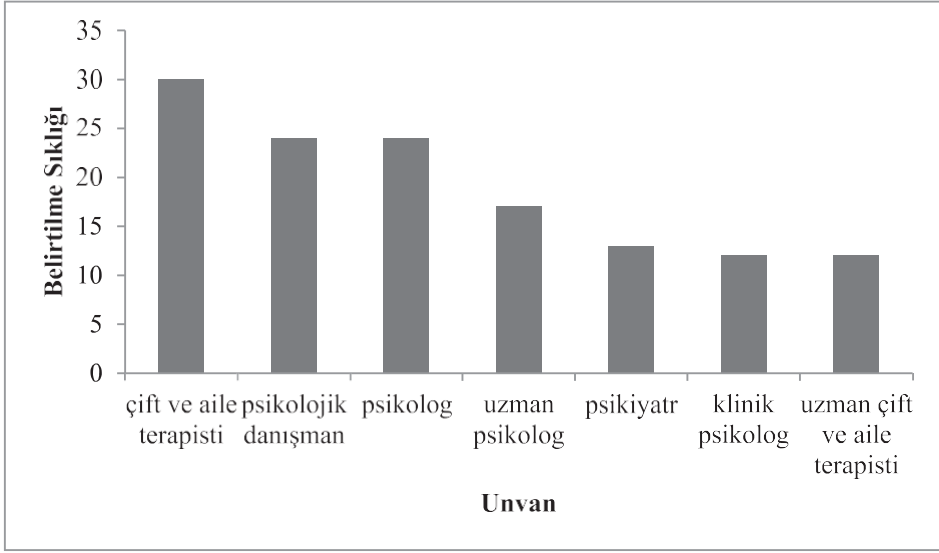
Terapi veya danışmanlık konusundaki deneyim süresi incelendiğinde, 2 yıldan az ya da 2-5 yıl deneyimi olan katılımcıların % 50 (n=54), 5-10 yıl deneyimi olanların % 23 (n=25), 10 yıldan fazla deneyimi olanların % 26 (n=28) oranında olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan ruh sağlığı çalışanları arasında, devlete bağlı bir kurumda (örn. hastane, okul, üniversite kliniği) çalışanlar örnek kitlenin % 51'ini (n=54), özel danışmanlık merkezi ya da kendi ofisinde çalışanlar ise % 49'unu (n=51) oluşturmaktadır.

Deneyim süresi ve çalışılan kurum arasındaki ilişki ki kare bağımsızlık testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, çalışılan kurum deneyim süresine göre farklılaşmaktadır ($X^2_{(3)}=16,38, p < .01; n=103$). İki yıldan az deneyimi olan katılımcıların % 86'sı devlete bağlı bir kurumda çalışırken, 2-5 yıl deneyimi olanların % 48'i, 5-10 yıl deneyimi olanların % 33'ü ve 10 yıldan fazla deneyimi olanların % 40'ı devlete bağlı bir kurumda çalışmaktadır. Buna göre, deneyim süresi arttıkça özel bir danışmanlık merkezinde ya da kendi ofisinde çalışma olasılığı artmaktadır.

Katılımcıların kendilerini profesyonel olarak nasıl adlandırdıkları ve hangi unvanları kullandıkları araştırılmıştır. Katılımcıların yarısından fazlası (n=81) kendisini tek bir unvanla tanıtmakta, % 36'sı (n=45) ise birden fazla unvan

kullanmaktadır. Katılımcıların kullandığı unvanlara bakıldığında, en sık belirtilen unvanın % 24'lük bir oranla "çift ve aile terapisti" olduğu görülmüştür. "Psikolog" unvanının belirtilme oranı % 19, "psikolojik danışman" unvanının %19, "uzman psikolog" unvanının ise %14'tür (bkz. Şekil 2).

Şekil 2. Katılımcıların Kullandığı Unvanlar

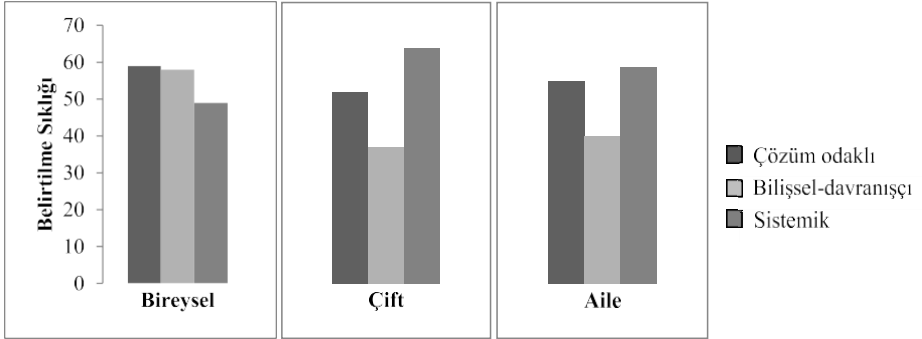


Katılımcıların klinik uygulamalarında yararlandığı psikoterapi modelleri ve yaklaşımları sorulmuştur. Klinik uygulamada kullanılan model sayısına bakıldığında, bağımlı örneklem tek yönlü varyans analizi sonuçları katılımcıların farklı danışan gruplarıyla kullandığı model sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir [birey ve aile arasında $t_{(90)} = -0.372, p > .05$; birey ve çift arasında $t_{(98)} = -0.667, p > .05$; aile ve çift arasında $t_{(86)} = 1.073, p > .05$]. Katılımcılar bireylerle (Ort. = 2.81, S = 1.53), ailelerle (Ort. = 2.95, S = 1.43) ve çiftlerle (Ort. = 2.94, S = 1.90) çalışırken ortalama üç farklı psikoterapi modelinden yararlanmaktadır.

Ailelerle çalışırken katılımcıların en sık kullandığı model % 63'lük bir oranla sistemik model olmuştur. Çözüm odaklı terapi yaklaşımı, % 59'luk bir belirtilme oranıyla ailelerle çalışmalarda en sık kullanılan ikinci model, bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı % 43'lük bir oranla üçüncü model ve oyun terapisi % 32'lik bir oranla dördüncü model olmuştur. Ailelere benzer şekilde, çiftlerle çalışırken en sık kullanılan modeller sırasıyla % 63'lük bir belirtilme oranıyla sistemik, % 51'lik bir oranla çözüm odaklı ve % 36'lık bir oranla bilişsel-davranışçı olmuştur. Dördüncü sırada ise % 32'lik bir oranla duyu odaklı terapi gelmektedir. Bireylerle çalışırken en sık kullanılan modeller

sırasıyla % 53'lük bir belirtilme oranıyla çözüm odaklı, % 52'lik bir oranla bilişsel-davranışçı ve % 43'lük bir oranla sistemik olmuştur. Bireysel terapi- de en sık yararlanılan dördüncü model ise % 35'lik bir oranla danışan odaklı yaklaşımlardır (bkz. Şekil 3).

Şekil 3. Katılımcıların Ailelerle, Çiftlerle ve Bireylerle Çalışırken Kullandığı Modeller



Katılımcıların aile ve çiftlerle çalışırken bireysel seans yapma sıklıkları ve bunun nedenleri araştırılmıştır. Ailelerle yürütülen psikoterapi çalışması boyunca, ikiden fazla bireysel seans yapan katılımcıların oranı % 58'dir (n=33); 1-2 defa bireysel seans yapan katılımcıların oranı % 26 (n=15), hiç bireysel seans yapmayan katılımcıların oranı ise % 16'dır (n=9). Çiftlerle yürütülen çalışmalarda, katılımcıların % 67'si (n=73) 1-2 defa bireysel seans yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %16'sı (n=17) çiftlerle çalışmalarında ikiden fazla bireysel seans yaptığını, % 17'si (n=18) hiç bireysel seans yapmadığını dile getirmiştir.

Ailelerle ve çiftlerle çalışırken bireysel seans yapma nedenlerine bakıldığında, en sık belirtilen ilk iki neden, % 63'lük bir belirtilme oranıyla bireysel seanslarda bazı müdahalelerin daha kolay yapılması ve % 47'lik bir oranla bireysel seanslarda bazı konuların daha rahat konuşulması olmuştur. Danışanın talep etmesi % 34'lük bir oranla üçüncü sırada, bazı aile üyelerinin seansa gelmemesi ise % 28'lik bir oranla dördüncü sırada olmuştur.

Özetle, katılımcıların çoğunluğunu, en fazla 5 yıl deneyimi olan ve devlete bağlı ya da özel bir kurumda çalışan ruh sağlığı çalışanları oluşturmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu, profesyonel kimliklerini tanıtmak için birden çok unvan kullanmakta, çalışmalarında sistemik, çözüm odaklı ve bilişsel-davranışçı olmak üzere ortalama üç yaklaşımdan yararlanmakta, ailelerle daha sık olmak üzere zaman zaman bireysel seans yapabilmektedir.

Danışan Özellikleri

Katılımcılara, gördükleri danışanların eğitim durumları ve sosyo-ekonomik (SES) seviyeleri sorulmuştur. Katılımcılar, danışanlarının büyük çoğunluğunun üniversite mezunu (% 63, n=72) olduğunu belirtmiştir. Danışanların % 33'ü (n=38) ortaokul veya lise mezunu, % 4'ü (n=5) ise ilkokul mezunudur. Danışanların katılımcılar tarafından tanımlanan SES düzeylerine bakıldığında, danışanların % 67'sinin (n=78) orta SES, % 19'unun (n=22) yüksek SES ve % 14'ünün (n=16) düşük SES gruplarında olduğu belirtilmiştir.

Farklı kurumlarda çalışan uzmanların farklı danışan profilleriyle karşılaşmış ve karşılaşmadığını anlamak için danışan eğitimi ve SES düzeyi ile çalışılan kurum arasındaki ilişki ki kare bağımsızlık testi ile analiz edilmiştir. Buna göre, danışanın SES düzeyi, çalışılan kuruma göre farklılaşmaktadır ($X^2_{(4)}=14.3, p< .01; n=102$). Özel merkezlerde çalışan uzmanların % 29'u danışanlarının yüksek SES düzeyine, % 2'si ise düşük SES düzeyine sahip olduğunu belirtmekte, devlete bağlı kurumlarda çalışan uzmanlarda ise bu oranlar % 10'a düşmekte ve % 25'e yükselmektedir. Benzer şekilde, danışanın eğitim düzeyi, çalışılan kuruma göre farklılaşmaktadır, $X^2_{(4)}=35.75, p< .001; n=102$. Özel merkezde çalışan uzmanların % 90'ı danışanlarının üniversite mezunu olduğunu belirtmekte, devlete bağlı kurumlarda çalışan kurumlarda bu oran % 30'dur.

Katılımcılardan, depresyon, boşanma, kayıp/yas, yeme bozukluğu gibi sorun alanlarıyla ne sıklıkta karşılaştıklarını dörtlü bir skala üzerinde belirtmeleri istenmiştir. Bağımlı örneklem tek yönlü varyans analizi ile katılımcıların belirli sorunlarla daha sık karşılaşmış ve karşılaşmadığı araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, klinik çalışmalarda çeşitli sorun alanlarıyla karşılaşma sıklığı farklılaşmaktadır ($F_{(11, 1089)}= 67.6, p<.001$). Bonferoni düzeltmesine göre yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, katılımcıların en sık karşılaştığı sorun alanları sırasıyla eşler arasındaki sorunlar, kaygı, ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki sorunlar ve depresyondur. Klinik ortamda en az gündeme gelen sorun alanları ise yeme bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı, aile içi şiddet ve cinsel sorunlar olmuştur (bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Çeşitli Sorun Alanlarıyla Karşılaşma Sıklığı

	Ort.	S
1.Eşler arası sorunlar	2.54	.688
2.Kaygı	2.32	.709
3.Ebeveyn-çocuk ilişkileri	2.29	.769
4.Depresyon	2.17	.792
5.Duygusal yakınlık eksikliği	2.06	.919
6.Boşanma	1.79	.769
7.Aldatma	1.64	.916
8.Kayıp/yas	1.44	.729
9.Cinsel sorunlar	1.44	.868
10.Aile içi şiddet	1.32	.851
11.Alkol-madde bağımlılığı	.96	.751
12.Yeme bozukluğu	.77	.664

Sık ve az karşılaşılan sorun alanlarının çalışılan kuruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak için 12 (eşler arası sorunlar, kaygı, ebeveyn-çocuk ilişkileri, depresyon, duygusal yakınlık eksikliği, boşanma, aldatma, kayıp/yas, cinsel sorunlar, aile içi şiddet, alkol-madde bağımlılığı, yeme bozukluğu) x 2 (devlet, özel) desende iki yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, çalışılan kurumun bir problemle karşılaşma sıklığı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir temel etkisi vardır ($F_{(1, 86)} = 9.3, p < .001$). Bonferoni düzeltmesiyle yapılmış ikili karşılaştırmalar, kendi ofisi veya özel bir danışmanlık merkezinde çalışan katılımcıların (Ort.= 1.88, S = .06), devlete bağlı kurumlarda çalışanlara (Ort.= 1.62, S = .06) oranla daha fazla sayıda problemle karşılaştığını göstermektedir ($p < .001$). Sorun alanının temel etkisi de istatistiki olarak anlamlıdır ($F_{(11, 946)} = 28.3, p < .001$). Analiz sonuçlarına göre, sorun alanı ve çalışılan kurum arasındaki istatistiki olarak anlamlı iki-yönlü bir etkileşim vardır, ($F_{(11, 946)} = 1.91, p < .05$). Bu etkileşimi anlamak için, özel merkezlerde ve devlete bağlı kurumlarda çalışan katılımcıların her bir sorun alanıyla karşılaşma sıklığı, bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, kendi ofisinde veya özel bir danışmanlık merkezinde çalışan katılımcılar, boşanma (Ort. = 1.96, S = .62), duygusal yakınlık eksikliği (Ort. = 2.31, S = .71) ve cinsel sorunlarla (Ort. = 1.73, S = .82) devlette çalışanlardan (boşanma için Ort.= 1.61, S=.81; duygusal yakınlık eksikliği için Ort.= 1.86, S = .98; cinsel sorunlar Ort.= 1.31, S = .80) daha sık karşılaşmaktadır. Diğer sorun alanlarında özel merkezlerde ve devlette çalışanlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Özetle, araştırmaya katılan ruh sağlığı çalışanları büyük ölçüde üniversite mezunu, orta SES düzeyinde, ilişkisel problemler ya da depresyon-kaygı yakınmalarıyla başvuruda bulunan danışanlarla çalışmaktadır.

Yetkinlik ve Profesyonel Gelişim

Katılımcılardan farklı sorun alanlarıyla çalışma konusundaki yetkinlik hislerini üçlü bir skala üzerinde değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların yetkinlik hislerinin sorun alanlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı bağımlı örneklem tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların yetkinlik hisleri sorun alanlarına göre farklılaşmaktadır ($F_{(8, 832)} = 63.79, p < .001$). Bu farkı yaratan sorun alanlarını saptamak için Bonferoni düzeltmesiyle yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki sorunlar, eşler arasındaki sorunlar, kaygı ve depresyon katılımcıların en yetkin hissettiği sorun alanları; aile içi şiddet, cinsel sorunlar, yeme bozukluğu ve alkol-madde bağımlılığı en yetersiz hissettiği sorun alanlardır (bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Sorun Alanlarına Göre Katılımcıların Ortalama Yetkinlik Değerlendirmeleri

	Ort.	S
1.Ebeveyn-çocuk ilişkileri	1.67	.059
2.Eşler arası sorunlar	1.60	.062
3.Kaygı	1.56	.065
4.Depresyon	1.52	.072
5.Kayıp/yas	1.24	.072
6.Aile içi şiddet	1.07	.076
7.Cinsel sorunlar	0.77	.076
8.Yeme bozukluğu	0.58	.073
9.Alkol-madde bağımlılığı	0.46	.071

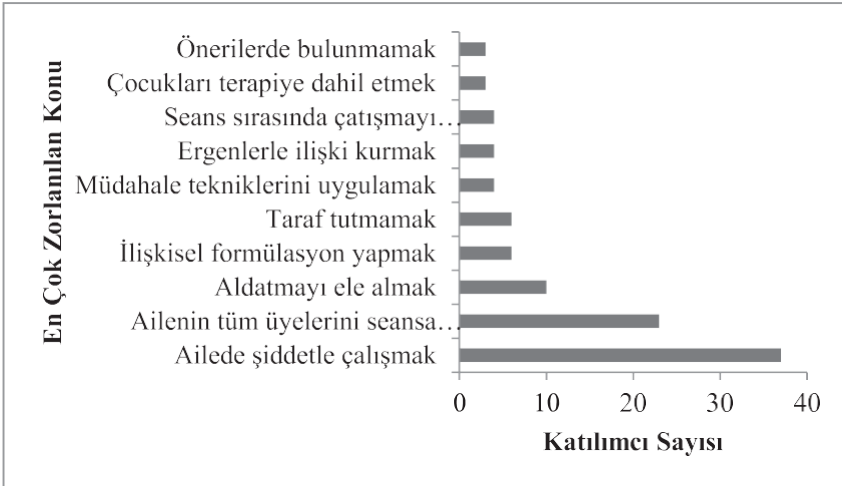
Sorun alanı ve deneyim süresinin yetkinlik üzerindeki etkisi 9 (ebeveyn-çocuk ilişkileri, eşler arası sorunlar, kaygı, depresyon, kayıp/yas, aile içi şiddet, cinsel sorunlar, yeme bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı) x 4 (2 yıldan az, 2-5 yıl, 5-10 yıl, 10 yıldan fazla) desende iki yönlü varyansanalizi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, deneyim süresinin temel etkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($F_{(3, 89)} = 10.8, p < .001$). Bonferoni düzeltmesiyle yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, 2 yıldan az deneyimi olan katılımcıların (Ort.= .894, S = .072) farklı sorun alanlarındaki yetkinlik hissi, 5-10 yıl (Ort.= 1.34, S= .074) ya da 10 yıldan fazla (Ort.= 1.4, S= .068) deneyimi olanlara oranla anlamlı ölçüde düşüktür. Benzer şekilde, 2-5 yıl deneyimi olan katılımcıların

(Ort.= 1.09, S = .068) yetkinlik hissi 10 yılda fazla deneyimi olanlardan anlamlı ölçüde düşüktür. Sorun alanının temel etkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($F_{(8, 712)} = 66.6, p < .001$). Sorun alanı ve deneyim süresi arasındaki iki-yönlü etkileşim istatistiki olarak anlamlı değildir ($F_{(24, 712)} = 1.25, p < .05$).

Sorun alanı ve çalışılan kurumun yetkinlik üzerindeki etkisi 9 (ebeveyn-çocuk ilişkileri, eşler arası sorunlar, kaygı, depresyon, kayıp/yas, aile içi şiddet, cinsel sorunlar, yeme bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı) x 2 (devlet, özel) karışık desen varyans analizi ile araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, çalışılan kurumun yetkinlik hissi üzerindeki temel etkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($F_{(1, 88)} = 7.91, p < .01$). Bonferoni düzeltmeli ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, kendi ofisinde veya özel bir danışmanlık merkezinde çalışan katılımcılar (Ort.= 1.30, S = .057), devlete bağlı kurumlarda çalışan katılımcılara oranla daha yetkin hissetmektedir (Ort.= 1.07, S = .056). Sorun alanının temel etkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($F_{(8, 704)} = 21.4, p < .001$). Sorun alanı ve çalışılan yer arasındaki iki-yönlü etkileşim istatistiki olarak anlamlı değildir ($F_{(8, 704)} = 1.79, p < .05$).

Katılımcılardan çift ve ailelerle çalışma sürecinde en çok zorlandıkları konuları belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların % 37'si en çok zorlandıkları konunun ailede şiddetle baş etmek, % 23'ü aile üyelerinin tamamını seansa getirmek ve % 10'u aldatmayı ele almak olduğunu belirtmiştir (bkz. Şekil 4).

Şekil 4. Katılımcıların Aile ve Çiftlerle Çalışırken En Çok Zorlandıkları Konular



Katılımcılara süpervizyon alıp almadıkları sorulmuştur. Katılımcıların % 66'sı (n=70) süpervizyon almaya devam ettiğini belirtmiştir. Süpervizyon alma durumu ve yaşanan şehir arasındaki ilişki ki kare bağımsızlık testi ile incelen-

miştir. Analiz sonuçlarına göre, süpervizyon alma durumu yaşanan şehre göre farklılaşmaktadır ($X^2_{(1)}=15.81, p<.001; n=105$). Süpervizyon alan katılımcıların % 71'i İstanbul'da ($n=49$), % 29'u ($n=20$) İstanbul dışında yaşamaktadır. Buna göre, İstanbul dışında yaşayanlar arasında süpervizyon alma oranı görece düşükken, İstanbul'da yaşayanlar arasında yüksektir.

Katılımcıların aldıkları süpervizyon türlerini belirtmesi istenmiştir. En sık belirtilen süpervizyon türü % 51'lik bir oranla akran süpervizyonu, ikincisi % 46'lık bir oranla yüz yüze bireysel süpervizyon olmuştur. Grup süpervizyonu % 31'lik bir belirtilme oranı ile üçüncü sırada, internet üzerinden alınan bireysel süpervizyon ise % 14 ile dördüncü sırada yer almıştır.

Katılımcılara, mesleki gelişimleri için kullandıkları kaynaklar sorulmuştur. En sık kullanılan kaynak % 80'lik bir oranla eğitim alma, ikincisi ise % 77'lik bir oranla kitap okuma olmuştur. Seminerlere katılma % 54'lük, kongrelere katılma % 50'lik, süpervizyon alma % 50'lik ve internetten araştırma yapma % 46'lık bir oranla belirtilmiştir.

Katılımcılardan mesleki bir dernekten beklentilerini belirtmeleri istenmiştir. Bağımlı örneklem tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, katılımcıların çeşitli hizmet türlerine verdikleri önem derecesi farklılaşmaktadır ($F_{(7,651)}=6.88, p<.001$). Bonferoni düzeltmesine göre yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, ÇAT alanında standartların oluşturulması, tanınırlığının artırılması ve yaygınlaştırılması öncelikli olarak önemsenen konular olurken; süpervizyon hizmeti sunması ve derneğin birleştirici bir rol üstlenmesinin görece daha az önemsendiği görülmüştür (bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Çeşitli Hizmetlere Verdiği Önem Derecesi

	Ort.	S
1.ÇAT eğitim standartlarının belirlenmesi ve korunması	1.90	.034
2.ÇAT'ın doğru tanınmasını sağlaması	1.90	.034
3.ÇAT ile ilgili yayın yapılması	1.85	.037
4.Seminer/ kongre düzenlemesi	1.79	.048
5.ÇAT'ı yaygınlaştırması	1.78	.048
6.ÇAT ile ilgili araştırmaları desteklemesi	1.77	.046
7.Süpervizyon hizmeti sunması	1.64	.066
8.ÇAT terapistlerini bir araya getirmesi	1.58	.057

Özetle, araştırmaya katılan ruh sağlığı çalışanları ilişkisel sorunlar ve depresyon-kayıgı sorunlarıyla çalışma konusunda yetkin hissetmekte, yeme bozukluğu, bağımlılık ve aile içi şiddet konularında zorlandıklarını belirtmektedir. Genel yetkinlik hissi, deneyimi görece fazla olan ve özel kuruluşlarda çalışan

katılımcılarda daha yüksektir. Katılımcıların büyük çoğunluğu süpervizyon almaya devam etmekte, akran süpervizyonunun yanı sıra yüz yüze bireysel süpervizyonu tercih etmektedir. Mesleki gelişim için kullanılan kaynakların başında eğitim ve kitaplar gelmekte, ÇAT alanına ilişkin temel beklenti ise bu alanın standartlarının belirlenmesi ve tanıtılması olarak belirtilmektedir.

Tartışma

Bu araştırma, Türkiye’de çift ve ailelerle çalışan bir grup uzmanın demografik özelliklerini, eğitim durumlarını, klinik uygulamalarını, çalıştıkları danışanların özelliklerini, profesyonel gelişim ve yetkinlikleriyle ilgili algılarını ortaya koymaktadır. Bulgular, daha önce yapılmış iki benzer araştırmadan (Korkut 2001, 2007) yaklaşık 10 yıl sonra Türkiye’de nasıl bir gelişim süreci izlendiğine ışık tutmaktadır. Araştırma bulgularının, bu meslekle ilgilenen uzmanlara, eğitimcilere, akademisyenlere ve araştırmacılara, aynı zamanda aile politikalarını geliştiren ve eğitim programlarını denetleyen kurumlara yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Araştırma bulguları, Türkiye’de çift ve ailelerle çalışan uzmanların demografik özellikler bakımından Amerika’daki meslektaşlarıyla aralarında benzerlik ve farklılıklar olduğuna işaret etmektedir. Benzerliklerden biri, bu ülkelerde çift ve ailelerle çalışan uzmanların cinsiyet dağılımıdır. Oranı Türkiye’de daha fazla olmakla ve Amerika’da bölgesel farklılıklar göstermekte birlikte, çift ve ailelerle çalışan uzmanların büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir (Beaton ve ark., 2009; Doherty ve Simmons, 1996; Morris, 2007; Northey, 2002). Yaş ve deneyim bakımından ise uzmanlar arasındaki farklılıklar dikkat çekmektedir. Önceki araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında (Beaton ve ark., 2009; Doherty ve Simmons, 1996; Nelson ve Palmer, 2001; Simmons ve Doherty, 1995), Türkiye’deki uzmanların Amerika’dakilere göre daha genç (Türkiye’de çoğunlukla 25-30 yaş aralığında, Amerika’da çoğunlukla 47-52 yaş aralığında) ve görece deneyimsiz (Türkiye’de ortalama 5 yıl, Amerika’da ortalama 13-15 yıl) olduğu görülmektedir. Bu bulgular, çift ve aile terapisinin ülkemizde yeni gelişmekte olan bir meslek alanı olduğuna işaret etmekte, genç ruh sağlığı çalışanlarının çoğunluğu oluşturduğunu göstermekte, süpervizyon ve eğitim konusunda destek verebilecek deneyimli uzmanlara olan ihtiyaca dikkat çekmektedir.

Türkiye ve Amerika’da çift ve ailelerle çalışan uzmanların eğitim durumları bakımından büyük ölçüde farklılaştığı görülmektedir. Araştırma bulgularına göre, ülkemizdeki uzmanların % 57’si yüksek lisans mezunu iken bu oran Amerika’da % 64-75 arasında değişmektedir (Morris, 2007; Northey, 2002). Bu oranlar yakın görünse dahi, Türkiye’de yüksek lisans yapmış çift ve ailelerle çalışan uzmanların yalnızca % 15’i çift ve aile terapisi alanında eğitim

almış, diğerleri ise klinik psikoloji veya psikolojik rehberlik ve danışmanlık alanlarında uzmanlaşmıştır. Bunun yanı sıra, herhangi bir yüksek lisans eğitimi ya da çift ve aile terapisi eğitimi almadan klinik uygulamalar yaptığını belirten bir grubun olması endişe verici bir durumdur. Bu bulgular, çift ve aile terapisi eğitimlerinin sayısının artmasının gerekli olduğunu, bir denetim sisteminin yürürlüğe girmesinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. ABD (AAMFT, 2002) ve Avrupa'ya (EFTA 2014) benzer şekilde bir lisans verme sisteminin oluşturulması, ruh sağlığının diğer alanlarında olacağı gibi çift ve aile terapisi alanında da ihtiyaç duyulan denetimin oluşmasını sağlayabilir.

Araştırmada, çift ve aile terapisi alanında verilen eğitimlerin niteliğini belirlemek amacıyla, katılımcılara aldıkları eğitimin teorik, pratik ve süpervizyon saat sayısı sorulmuştur. Bu bulgular, yanıtlardaki çeşitlilik nedeniyle veri analizine dahil edilmemiştir. Katılımcıların teorik eğitim konusundaki yanıtları 10 saat-4 yıl, pratik ve süpervizyon konusundaki yanıtları 4 saat-5 yıl arasında değişmektedir. Bazı eğitimler 3 yıla yayılmış olup ayda iki tam günde verilirken, diğerleri 7 tam gün boyunca sürmekte ve tamamlanmaktadır. Bu bulgular farklı eğitim süreçlerinin olduğuna işaret etmekte, eğitim programlarının temel standartlarının belirlenmesi konusundaki acil ihtiyaca dikkat çekmektedir. Belirli bir unvana sahip olan klinisyenlerin asgari standartta bir eğitimden geçmeleri gerek profesyonel, gerek etik kurallardan açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle, eğitim programlarının standartlarının belirlenmesi, mesleklaşma açısından çok önemli bir adım olacaktır.

Türkiye'de çift ve aile terapisi alanındaki eğitimlerin niteliklerinin belirsizliği ve çeşitliliği tartışılmakta olan bir konudur (Korkut, 2001, 2007). Bu tartışma, çift ve aile terapisi alanında etkisini gösteren kalite arayışı ve temel yetkinlikler (corecompetencies) yaklaşımıyla paralel süreçlere işaret etmektedir (Kaslow, Celano ve Stanton, 2005; Miller, Todahl ve Platt, 2010; Nelson, Chennai, Alexander, Crane, Johnson ve Schwaillie, 2007). Nelson ve arkadaşları (2007), "temel yetkinlikleri" etkin sağlık hizmetleri sunabilmek için gerekli olan beceriler olarak tanımlamıştır. Bu yaklaşım, çift ve aile terapistlerinin neleri bilmesi gerektiği, nelere odaklandığı, nasıl müdahalelerde bulunduğu, yaptıkları müdahaleyi nasıl değerlendirdiği ve psikoterapi sürecini nasıl yönettiği konusundaki temel becerilerin tanımlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Kaslow, Celano ve Stanton (2005) çift ve aile terapisi alanında 8 temel yetkinlik tanımlamıştır: bireyleri, çiftleri ve aileleri geniş sistemler içerisinde anlayabilme ve sistemik düşünceleri farklı durumları analiz edebilmek için kullanabilme, sistemik ölçme yöntemlerini ve işlemlerini uygulayabilme ve yorumlayabilme, çift ve aile terapisi alanında kullanılan müdahale tekniklerini uygulayabilme, okul ya da hastane gibi farklı sistemlerle işbirliği kurabilme, süpervizyon sürecine devam etme, terapistin içgörüsünü artırma yönünde çalışma, etik kuralları

öğrenme ve uygulama, bireysel ve kültürel çeşitliliği tanıma ve kabul etme.

Miller, Todahl ve Platt (2010) temel yetkinlikler yaklaşımını eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirmiştir. Miller, Todahl ve Platt'a göre (2010) temel yetkinliklerin belirsizliği ve tanımlamadaki zorluklar dikkate alınmalı, bunların tüm uzmanları standart bir çerçeveye oturtan ve esnekliğe, yaratıcılığa ket vuran bir şekilde kullanılmasına engel olunmalıdır. Eleştirilen yanları olmasına rağmen çift ve aile terapistleri için temel olan beceri ve yetkinliklerin tanımlanması, hem ülkemizde hem de dünyada sunulan eğitimlerin yeterliliğini sağlamada ve mesleki ilkelere uygun bir çalışma etiği oluşturmada etkili olacaktır.

Çift ve ailelerle çalışan uzmanların kullandığı unvanlar, Türkiye ve Amerika'daki araştırmalarda farklılık gösteren bir diğer konudur. Bu çalışmada, çift ve ailelerle çalışan uzmanların % 69'u bu alanda eğitimini tamamlamış olmasına rağmen yalnızca % 25'i "çift ve aile terapisti" unvanını kullanmaktadır. Doherty ve Simmons (1996), ABD'de yaptıkları araştırmada bu oranın % 64 olduğunu belirtmektedir. Bu farkın bir sebebi, katılımcıların almış oldukları eğitimi mesleki anlamda yeterli bulmamaları ve aldıkları bu eğitimle bir unvan kazanabilecekleri güvenini hissetmiyor olmaları olabilir. Bu sonuç, eğitim programlarının kalitesinin yükseltilmesinin, gerek teorik gerekse uygulama anlamında standartların gözden geçirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu farkın bir diğer sebebi, katılımcıların diğer unvanları kullanmayı tercih etmesi olabilir. Örneğin, ülkemizde "klinik psikolog" unvanı daha fazla geçerliliği olan ya da danışanların daha fazla güvendiği bir unvan olabilmektedir.

Kullanılan modellere bakıldığında, bu araştırmada çoğunluğun birden çok yaklaşımdan yararlandığı; sistemik, çözüm odaklı ve bilişsel davranışçı modelleri sıklıkla kullandığı; bunlara ek olarak çiftlerle duygu-odaklı yaklaşımın, çocuklarla oyun terapisinin, bireylerle danışan-odaklı yaklaşımın en çok kullanılan modeller arasında olduğu görülmüştür. Bu bulgu, eklektik, sistemik ve bilişsel-davranışçı modellerin çoğunlukla kullanıldığını gösteren araştırmaları destekler niteliktedir (Morris, 2007; Northey, 2002, 2005; Booth ve Cottone, 2000). Ancak, uzmanların % 40'ının belirli bir modeli tercih etmediğini ve sadece % 12'sinin sistemik modeli kullandığını gösteren Korkut'un 2001 yılında yaptığı çalışmayla karşılaştırdığımızda, son 10 yıl içinde sistemik yaklaşımın çok daha yaygınlaştığı, çözüm-odaklı ve duygu-odaklı yaklaşımların kullanılmaya başladığı göze çarpmaktadır. Bu değişimin, dünyada postmodern akımın yaygınlaşmasıyla uyumlu bir yönde ilerlediği görülmektedir (Beaton ve ark., 2009; Lee ve ark., 2004; Nichols, 2013).

Çift sorunları, ebeveyn-çocuk ilişkisi sorunları, kaygı ve depresyon, çift ve ailelerle çalışan uzmanların en sık karşılaştığı ve en yetkin hissettiği sorun alanlarıyken; madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, cinsel sorunlar ve aile içi şiddet hem az rastlanan, hem de yetkinlik hissinin düşük olduğu alanlardır.

Uzmanların en çok zorlandığı konular ise aile içi şiddeti ele almak, tüm aile üyelerini seansa getirmek ve aldatma durumuyla çalışmak olmuştur. Bu bulgular, Türkiye’de (Korkut, 2007) ve Amerika’da (Doherty ve Simmons, 1996; Beaton ve ark., 2009) daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla büyük bir benzerlik göstermektedir. Buna göre, belirtilen konulardaki yetkinlik hissini düşük olması Türkiye’ye özgü bir durum olmayıp ABD ve Kanada’da uzun süredir devam etmekte olan eğitim programlarının gelişmesi gereken yönlerini vurgulamaktadır (Avis, 1992; Beck-Ellsworth ve Taniguchi, 2009). Aile içi şiddet, aldatma, cinsel sorunlar gibi toplumsal cinsiyet rolleri ve iktidar ilişkileriyle yakından ilgili olan konuların sistemik düşünce içerisinde ihmal edilmiş olması sıklıkla eleştirilmiştir (Luepnitz, 1988). Buna göre, çift ve aile terapisi eğitimleri, geniş sistemlerin bir unsuru olan toplumsal cinsiyet ilişkilerine yer vermeli, bunların ruh sağlığıyla olan ilişkisini irdelemeli, aile içi ilişkilerle yakından ilgisi olan bu konularla nasıl çalışılması gerektiğine vurgu yapmalıdır.

Araştırma bulguları, çift ve ailelerle çalışan uzmanların çoğunlukla üniversite mezunu, orta SES danışanlarla çalıştığını göstermekte; bu da psikoterapi hizmetlerinin çoğunlukla belirli bir gruba ulaştığına ve toplumun her kesimi için ulaşılabilir olmadığına işaret etmektedir. Özel kurumlarda, çiftler arasında duygusal yakınlık sorunları, cinsel sorunlar ve boşanma sorunlarıyla daha fazla karşılaşmakta, çoğunlukla yüksek SES düzeyi olan ve üniversite eğitimi alan danışan gruplarıyla çalışılmaktadır. Bu bulgunun sebepleri arasında, SES ve eğitim seviyesinin artmasıyla kişilerin çift ilişkisiyle ilgili konularda yardım almaya daha açık hale gelmeleri, psikoterapi hizmetlerinden haberdar olmaları veya bu hizmetlerden yararlanacak maddi olanaklara sahip olmaları sayılabilir. Ayrıca, daha sıklıkla SES ve eğitim seviyesi daha düşük ailelerde, demokratik bir çift ilişkisinden söz edilemeyecek ataerki bir düzen olduğunu ve bu düzen içerisinde çift sorunları için terapiye gitmenin bir tabu olarak görülebileceğini de söyleyebiliriz. Hatta bazı kesimlerin sorunları konuşmanın ilişkiyi daha kötüye götüreceği hatta boşanmaya yol açabileceği fikri, onları çift terapisiyle ilgili tedirginlik hissetmelerine sebep olabilir. Simmons ve Doherty (1995), önceki araştırmalarında özel veya devlet kurumlarında çalışan çift ve aile terapistleri arasında herhangi bir fark olmadığını göstermiştir. Ancak, çift ve aile terapisinin ABD’de daha sistematik bir eğitim ve denetleme süreci olduğunu ve sağlık sistemiyle daha bütünleşmiş bir yapısı olduğunu düşünürsek, Türkiye’de özel ve devlet kurumları arasında bir farkın olması anlaşılabilir. Bu bulgulara dayanarak, gelir ve eğitim seviyesi düşük olan kitlelere çift ve aile terapisine ilişkin bilgilendirici çalışmalar yapılmalı, bunun yanı sıra psikoterapi hizmetlerinin erişilebilirliği önündeki kurumsal ve ekonomik engellerin kaldırılması yönünde çalışılmalıdır.

Buna ek olarak, özel veya devlet kurumlarında çalışan uzmanlar arasında

farklılıklar olduğu görülmektedir. Özel kurumlarda çalışan uzmanların daha deneyimli ve kendilerini genel olarak daha yetkin hissedilen uzmanlar olduğu bulunmuştur. Bu durum uzmanların eğitimlerini tamamladıktan sonra ilk olarak bir devlet kurumunda çalıştıkları, deneyim kazanarak kendilerini daha yetkin hissettikleri zaman özel merkezlerde işe girdikleri ya da kendi merkezlerini açtıkları şeklinde yorumlanabilir.

Mesleki gelişim ve süpervizyon ile ilgili sonuçlar değerlendirildiğinde, ÇAT alanında standartların oluşturulması, tanınırlığının artırılması ve yaygınlaştırılması gibi mesleğin gelişimine yönelik beklentilerin ön planda olduğu, süpervizyon ve meslektaşlarla tanışma gibi bireysel gelişime yönelik beklentilerin geri planda kaldığı görülmektedir. Süpervizyon ile ilgili beklentilerin uzmanlar tarafından görece daha az önemsenmesi dikkat çekicidir. Çift ve aile terapisinde, seans odasında birden fazla kişiyle çalışma konusunda yeterli bilgi ve beceriyi edinmek, aile sisteminin bütününe müdahale etmek gibi yetkinlikler ancak süpervizyon eşliğinde uygulama ile öğrenilebilir. Bu araştırmada ise katılımcıların % 34'ü herhangi bir süpervizyon almadığını belirtmiş, süpervizyon alma oranının İstanbul dışında daha az olduğu bulunmuştur. Bu durum, süpervizörlerin sayıca yeterliliği, erişilebilirliği ve süpervizyon sürecinin ekonomik yükü meselelerini gündeme getirmektedir. Akran süpervizyonu ve her 5 kişiden birinin aldığı internet üzerinden süpervizyon, şu anda çift ve ailelerle çalışan uzmanlar tarafından bir çözüm yolu olarak kullanılıyor olabilir. Araştırma bulgularına göre, uzmanların derneklerden ve meslek örgütlerinden öncelikli beklentileri, çift ve aile terapisinin bir meslek alanı olarak gelişmesidir. Buna göre, derneklerin çift ve aile terapisi mesleğinin geliştirilmesi, farklı meslek örgütleriyle işbirliği içinde ilgili politikalara etki edebilmesi, eğitim programlarının sahip olması gereken minimum standartlarla ilgili bir danışman kurum olarak görev yapması ve zaman içinde odalaşmaya yönelik adım atması önerilebilir. Bu sayede, çift ve aile terapisi saygın bir meslek olarak tanınacak, dolayısıyla çift ve ailelerle çalışmayı tercih eden uzmanların bu mesleğe ilişkin aidiyet hissi gelişecektir.

Araştırmanın sınırlılıklarından biri, veri toplama yöntemi olarak çevrimiçi bir anketin kullanılmasıdır. Northey (2005) kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli olduğu için bu yöntemin kullanımını desteklese dahi, ülkemizde çift ve ailelerle çalışan tüm uzmanların internete ya da mail gruplarına erişimi olmayabileceği düşünülmelidir. Ya da çift ve ailelerle çalıştığını söyleyen terapistler, kendilerini çift ve aile terapisti olarak görmüyor olabilir. Bu nedenle bulgular, katılımcı özellikleri dikkate alınarak değerlendirilmeli, çift ve ailelerle çalışan tüm uzmanları içerecek genellemeler yapılmamalıdır. İleride, yüzyüze derinlemesine görüşmelerle yapılacak niteliksel bir çalışma, çift ve aile terapistlerinin özelliklerinin, uygulamalarının ve ihtiyaçlarının çok daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Veri toplama yöntemine ilişkin bir diğer sınırlılık, tamamlanmayan anket oranının yüksek olmasıdır. Sonuçlara göre, anketi doldurmaya başlayan katılımcıların yaklaşık % 40'ı anketi bütünüyle yanıtlamamıştır. Buna bağlı olarak, toplam yanıt sayısı sorular arasında farklılık gösterebilmektedir. Northey (2005), çift ve ailelerle çevrimiçi bir anket aracılığıyla yaptığı araştırmasında geri dönüş oranının % 30 olduğunu belirtmiş; bu orandaki düşüklüğü anlamak için katılım daveti alan, ancak araştırmaya katılmamış olan kişilere ulaşmıştır. Buna göre, araştırmaya katılmama nedenlerinin başında yeterli zamanın olmaması gelmektedir; ikinci sırada teknolojik araçlara erişimin olmaması ya da teknoloji kullanımıyla ilgili rahat hissetmeme vardır. Northey (2005) araştırmalarda e-posta, posta, telefon gibi birden fazla veri toplama yönteminin bir arada kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Bu öneriler doğrultusunda, sonraki araştırmalar farklı iletişim yöntemlerini bir arada kullanarak çevrimiçi anketlerin etkinliğini artırabilir.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı, katılımcıların yanıtlarının güvenilirliğiyle ilgilidir. Katılımcılara danışanlarıyla veya klinik uygulamalarıyla ilgili sorular yöneltilmiş; uzmanlar yetkinlik hissi, belirli sorun alanlarıyla karşılaşma sıklığı gibi konulardaki yanıtlarını kendi öznel değerlendirmelerine dayanarak belirtmiştir. Sonraki araştırmalarda, danışanlar, kurum çalışanları, süpervizörler gibi farklı kaynaklardan bilgi toplanması, daha güvenilir ve kapsamlı bir sonuca ulaşmayı sağlayabilir. Örneğin, bir uzmanın yetkinliği konusunda danışanlardan veya süpervizörden geri bildirim almak önemli bir bilgi sağlayabilir. Bunun yanı sıra, niteliksel araştırma yöntemlerini kullanarak katılımcılarla derinlemesine görüşmeler yapmak, uzmanların yaşadıkları zorluklar, ihtiyaçları ve çözüm önerileri konusunda daha detaylı bilgi edinmeyi sağlayacaktır.

Bu araştırmada elde edilen bulgular, daha önce Amerika'da ve Türkiye'de yapılmış araştırmalarla karşılaştırılmıştır. Ülkemizde hızla gelişmekte olan ancak meslekleşme konusunda diğer ruh sağlığı alanlarının henüz gerisinde olan çift ve aile terapisiyle ilgili araştırma sayısı oldukça azdır. Önümüzdeki yıllarda, yüksek lisans programlarının sayısının artması, doktora programlarının açılması ve derneklerin araştırma konusuna eğilmeleriyle çift ve aile terapisiyle ilgili araştırma sayısında artış olacaktır. Yapılacak araştırmalar, hem mesleğin saygınlığını artıracak, hem de son yıllarda yetersiz donanımla açılan sertifika programlarının standartlarını yükseltmeleriyle ilgili örnek teşkil edecek uygulamaların yapılmasını teşvik edecektir.

Sonraki çalışmalar için önemli olan diğer bir nokta, dünyanın diğer ülkelerinde çift ve aile terapisinin gelişimini ve bu alanda çalışan uzmanlara ilişkin araştırmaları takip etmektir. Kültürlerarası karşılaştırmalar, görece yeni bir alan olan çift ve aile terapisinin farklı kültürlerde nasıl bir gelişim ve değişim süreci izlediğini anlamak için önemlidir. Türkiye'de çift ve aile terapisi alanı,

hem uzmanlar, hem danışanlar, hem de devlet kurumları tarafından henüz tanınmaya ve yaygınlaşmaya başlamış bir alandır. Bunun için farklı ülkelerde geliştirilen standartlar ve denetleme süreçleri incelenmeli, bunlar ülkemizdeki sağlık sistemine ve ruh sağlığı çalışanlarının ihtiyaçlarına uygun olarak yeniden tanımlanmalı ve geliştirilmelidir.

Kaynaklar

- Aile ve Evlilik Terapileri Derneği (n.d.). Hakkımızda. [[http://www.aetd.org/tr/web_1322_1/neuralnetwork.aspx?type=894](http://www.aetd.org.tr/web_1322_1/neuralnetwork.aspx?type=894) adresinden 8 Mayıs 2015 tarihinde indirilmiştir.]
- American Association for Marriage and Family Therapy (2002). About AAMFT. [http://www.aamft.org/imis15/content/about_aamft/AAMFT.aspx adresinden 12 Temmuz 2014 tarihinde indirilmiştir.]
- Arduman, E. (2013). A perspective on evolving family therapy in Turkey. *Contemporary Family Therapy*, 35(2), 364-375.
- Avis, J.M. (1992). Where are all the family therapists?: Abuse and violence within families and family therapy's response. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (3), 225-232.
- Beaton, J., Dienhart, A., Schmidt, J. ve Turner, J. (2009). Clinical practice patterns of Canadian couple/marital/family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2),193-203.
- Beck-Ellsworth, D. ve Taniguchi, N. (2009. October). *Eating disorder competence and attitude in MFT graduates and first year students*. Poster session presented at the meeting of American Association of Marriage and Family Therapy. Sacramento, CA.
- Beckvar, D. S. ve Becvar, R. J. (2006). *Family Therapy: A Systemic Integration*. Boston: Allynve Bacon.
- Booth, T. J. ve Cottone, R. R. (2000). Measurement, classification and prediction of paradigm adherence of marriage and family therapists. *The American Journal of Family Therapy*, 28(4), 329-346.
- Carr, A.(2001). *Family Therapy*. USA: John Wiley&Sons.
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P. ve Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice?: An internet study for over 2000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260-267.
- Çift ve Aile Terapileri Derneği (n.d.). Tarihçe. [<http://www.cated.org/#!cated-tarihce/cfq0> adresinden 8 Mayıs 2015 tarihinde indirilmiştir.]
- Doherty, W. J. ve Simmons, D. S. (1996). Clinical practice patterns of marriage and family therapists: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(1), 9-25.
- European Family Therapy Association (n.d.). Minimum Training Standards. [<http://efta-tic.eu/minimum-training-standards/> adresinden 12 Temmuz 2014 tarihinde indirilmiştir.]
- Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişiler ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Hakkında Yönetmelik (2007). T.C. Resmi Gazete, 26407, 18 Ocak 2007.

- Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişiler ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Hakkında Yönetmelik (2009). T.C. Resmi Gazete, 27152, 25 Şubat 2009.
- Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişiler ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Hakkında Yönetmelik (2012). T.C. Resmi Gazete, 28401, 4 Eylül 2012.
- Goldenberg, I. ve Goldenberg, H. (2000). *Family Therapy: An Overview*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Kaslow, N. J., Celano, M. P. ve Stanton, M. (2005). Training in family psychology: a competencies-based approach. *Family Process*, 44(3), 337-353.
- Konuk, E., Akyıl, Y., Arduman, E., Erenel, S. ve Sarımurat Baydemir, N. (2011, Ekim). *Türkiye’de Çift ve Aile Terapisi: Yasal Düzenlemeler ve Eğitim Standartları*. VI. Ulusal Aile ve Evlilik Terapileri Kongresi. İstanbul.
- Korkut, Y. (2001). Aile danışmanlığı ve aile terapisi hizmetleri. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 22, 111-133.
- Korkut, Y. (2007). Türkiye’de aile terapisi ve terapistlerinin durumu: eğitim standartları, terapi yönelimleri, çalışma biçimleri ve eğitim ihtiyaçları üzerine bir çalışma. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 27, 13-30.
- Lee, R. E., Nichols, D. P., Nichols, W. C. ve Odom, T. (2004). Trends in family therapy supervision: The past 25 years and into the future. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(1), 61-69.
- Luepnitz, D. A. (1988). *The Family Interpreted: Feminist Theory in Clinical Practice*. New York, USA: Basic Books.
- Miller, J. K., Todahl, J. L. ve Platt, J. J. (2010). The core competency movement in marriage and family therapy: key considerations from other disciplines. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 59-70.
- Morris, J. (2007). Characteristics and clinical practices of rural marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 439-442.
- Nelson, T. S. ve Palmer, T. R. (2001). Practitioner profiles and practice patterns for marriage and family therapists in Utah. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(3), 403-408.
- Nelson, T. S., Chenail, R. J., Alexander, J. F., Crane, D. R., Johnson, S. M. ve Schwallie, L. (2007). The development of core competencies for the practice of marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 417-438.
- Nichols, W. (2013). *Family Therapy: Concepts and Methods*. Boston, USA: Pearson.
- Northey, W. F. (2002). Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: A national survey. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), 487-494.

Northey, W. F. (2005). Studying marriage and family therapists in the 21st century: Methodological and technological issues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 99-106.

Simmons, D. S. ve Doherty, W. J. (1995). Defining who we are and what we do: clinical practice patterns of marriage and family therapists in Minnesota. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(1), 3-16.

