



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK MERKEZLİ OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE
KALMAKTA OLAN 5-10 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN TRAVMA
SONRASI DUYGUSAL STRES DÜZEYLERİNE ETKİSİ;
RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Berra ÇİFTÇİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Sinan CANAN

İSTANBUL-2019

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK MERKEZLİ OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE
KALMAKTA OLAN 5-10 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN TRAVMA
SONRASI DUYGUSAL STRES DÜZEYLERİNE ETKİSİ;
RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Elif Berra ÇİFTCİ
164102122**

DANIŞMAN: Prof. Dr. Sinan CANAN

İSTANBUL-2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102122
Öğrenci Adı Soyadı	: Elif Berra ÇİFTÇİ
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Sinan CANAN
Tezin Başlığı	: ÇOCUK MERKEZLİ OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE KALMAKTA OLAN 5-10 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRES DÜZEYLERİNE ETKİSİ; RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 04.01.2019	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Sinan CANAN	
Üye	Doç. Dr. Gül ERYILMAZ	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 5-10 Yaş Grubu Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Düzeylerine Etkisi; Retrospektif Bir Çalışma” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları, her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Gereği için arz olunur.

04/01/2019

Elif Berra ÇİFTCİ

İmza

TEŞEKKÜRLER

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca gerek psikoloji alanında gerekse hayata dair pek çok şey öğrendiğim ve bana hayatımda dönüm noktası olacak fırsatlara ulaşabilme imkanı tanıyan Prof. Dr. Nevzat TARHAN'a teşekkür ederim.

Tez danışmanım Prof. Dr. Sinan CANAN'a tez çalışma sürecimde vakit ayırıp her tür desteği verdiği için teşekkür ederim.

Çocukları anlamamda, tanımamda, oyun terapisi ile tanışmamda ve bu işi gönülden yapmamda en büyük katkısı olan, bilgisini her daim paylaşmaya hazır ve bu süreçte daima destekçim olan kıymetli hocam Klinik Psikolog Mehmet TEBER'e teşekkür ederim.

Psikolojiye meraklı henüz lise öğrencisi iken beni alan ile ilk tanıştıran, sevdiren ve profesyonel hayatımda desteğini esirgemeyen Yasemin DÖNMEZ'e teşekkür ederim.

Fiziksel ve ruhsal dünyaları yaralanmış çocuklara güzel yürekleri ile kucak açan, hayatlarını onlara adayan, bu yola girmeme vesile olan ve araştırmamda desteklerini her daim gösteren Mutlu Yuva Derneği'nin değerleri yöneticileri ve meslektaşlarım; başta Ayşegül GÜRELDİ, Mukadder BAHADIR, Bedia Ferhan KIRIŞ, Nazan KAYA, Kevser TÜRKMEN, Fatma ANBAR, Mahmut ÇELİK, Mert HÜSREVOĞLU, Süleyman DERYA, Esra ERGENÇ ve çocuklarımızın yaralarını saran tüm çalışan ve gönüllülerimize teşekkür ederim.

Bana her daim güvendikleri ve yanımda oldukları için babam Muhlis ÇİFTÇİ'ye, annem Ayşegül ÇİFTÇİ'ye ve karşılıksız sevgiyi ilk öğreten kardeşim Ahmet Selim ÇİFTÇİ'ye teşekkür ederim.

Her daim bana desteğini esirgemeyen, çocukluğumdan itibaren yanımda olan ve güç veren seçilmiş kardeşlerim Zeynep YALÇINKAYA ve Betül Gizem ERSİN'e, ince ruhuyla hayatıma derinlik katan Merve NURAL'a teşekkür ederim.

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana yoldaşlık eden Ervanur DERELİ, Hicret KANDAZ, Zehra GÖKDEMİR ve Esra Afra YILDIRIM'a destekleri için teşekkür ederim.

Çalışmamı duygu dünyaları örselenmiş tüm çocuklara ve onların yaralarını sarmaya çalışan meslektaşlarıma adıyorum.



ÖZET

(ÇİFTÇİ, Elif Berra, Yüksek Lisans, İstanbul, 2019)

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 5-10 Yaş Grubu Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Düzeylerine Etkisi; Retrospektif Bir Çalışma

Travmalar bireylerin hayatlarında bilişsel, duygusal ve davranışsal izler bırakan olaylardır. Özellikle çocukluk çağı travmaları bireyin yetişkinlik yıllarında da etkisini devam ettirmektedir. Çocukluk çağı travması sonrasında bireylerde birçok semptom ortaya çıkmaktadır. Bu semptomların tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri de çocuk merkezli oyun terapisi. Bu çalışmanın amacı çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklardaki travma sonrası duygusal stres düzeyinin azaltılmasındaki etkisinin incelenmesidir. Çalışmaya travmatik geçmişi olan ve Mutlu Yuva Derneği Çocuk Evleri'nde kalan yaş ortalaması $7,28 \pm 1,52$ olan 16 kız ve 24 erkek olmak üzere toplam 40 çocuk katılmıştır. Çocuklara 45 dakikalık ve 12 seans olmak üzere çocuk merkezli oyun terapisi uygulanmıştır. Çocuklara terapi öncesi ve sonrası sosyodemografik veri formu ve travma sonrası duygusal stres düzeyi ölçeği uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda çocukların terapi öncesi ve sonrası duygusal stres puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucu elde edilmiş ve yapılan seanslar sonucunda katılımcıların çoğunluğunda duygusal stres düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Demografik değişkenlere göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası duygusal stres puanları için anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: *çocuk merkezli oyun terapisi, travma, duygusal stres*

SUMMARY

(CIFTCI, Elif Berra, Master Thesis, Istanbul, 2019)

The Effect of Child-centered Play Therapy On Post-Traumatic Emotional Stress Levels of a Group of 5-10 Years Old Children Who Stay at Child Houses; a Retrospective Study

Traumas are events that leave cognitive, emotional and behavioral traces in the lives of individuals. Especially childhood traumas continue to affect the individual in adulthood. Many symptoms occur in individuals after childhood trauma. One of the methods used in the treatment of these symptoms is child-centered play therapy. The aim of this study is to investigate the effect of child-centered play therapy on the reduction of post-traumatic emotional stress levels in children. A total of 40 children who stay Mutlu Yuva Derneği including 16 girls and 24 boys with a traumatic history and a mean age of 7.28 ± 1.52 were participated in the study. Children were given child-centered play therapy 45 minutes and 12 sessions. Pre-and post-therapy sociodemographic data form and post-traumatic emotional stress level scale were applied to children. As a result of the analyses, it was concluded that there was a significant difference between the emotional stress scores of children before and after therapy and the emotional stress levels of the participants decreased in the majority of the participants as a result of the sessions. According to demographic variables, there are significant differences between the participants for emotional stress scores before and after therapy.

Key words: *child-centered play therapy, trauma, emotional stress*

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

YEMİN METNİ.....	İ
TEŞEKKÜRLER	İİ
ÖZET.....	İV
SUMMARY	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLOLAR LİSTESİ.....	X
KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİ
İTHAF	XII
GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. TRAVMA TANIMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TÜRLERİ	3
1.1.1. Travma Tanımı.....	3
1.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....	4
1.1.2.1. Çocukluk Çağı Travmasının Genel Nedenleri	4
1.1.3. Çocukluk Çağı Travma Türleri	5
1.1.3.1. Çocuklarda Kayıp Travması	5
1.1.3.2. Cinsel İstismar.....	6
1.1.3.3. Fiziksel İstismar	7
1.1.3.4. Duygusal İstismar.....	8
1.1.3.5. İhmal	8
1.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	9
1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Nedir?.....	9
1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarihçesi.....	10
1.2.3. DSM-V Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	10

1.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri	13
1.2.4.1. Travmatik Olayı Tekrar Yaşama Belirtileri	13
1.2.4.2. Kaçınma ve Küntlük Belirtileri	13
1.2.4.3. Artan Uyarılmışlık Belirtileri	13
1.2.5. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Stres Bozuklukları	14
1.2.6. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi	15
1.2.6.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	15
1.2.6.2. Psikoterapi Tedavi Yaklaşımları	15
1.2.6.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Uzun Süreli Maruz Bırakma tedavisi ..	15
1.2.6.2.2. Psikodinamik Yaklaşım	16
1.2.6.2.3. Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)	16
1.2.6.2.4. Oyun Terapileri	17
1.3. KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR	17
1.3.1. Korunmaya Muhtaç Çocuk Kimdir?	17
1.3.2. Korunmaya Muhtaçlık Koşulları	18
1.3.3. Çocuk Yuvaları	18
1.3.4. Sevgi Evleri	19
1.3.5. Çocuk Destek Merkezleri	20
1.3.6. Yetiştirme Yurtları	21
1.3.7. Çocuk Evleri	22
1.4. OYUN TERAPİSİ-TARİHSEL GELİŞİMİ VE TÜRLERİ	23
1.4.1. Oyun Terapisi Nedir?	23
1.4.2. Oyun Terapisi Tarihi	24
1.4.3. Oyun Terapisi Türleri	25

1.4.3.1. Deneyimsel Oyun Terapisi.....	25
1.4.3.2. Gelişimsel Oyun Terapisi.....	26
1.4.3.3. Psikanalitik Oyun Terapisi.....	27
1.4.3.4. Kum Terapisi.....	28
1.4.3.5. Kukla Terapisi.....	29
1.4.3.6. Theraplay.....	31
1.4.3.7. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi.....	32
1.4.3.7.1. Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde Oyuncak Seçimi.....	33
1.4.3.7.2. Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Amaçları.....	34
1.4.4. Alan Dizini Çalışmaları.....	35
1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	36
1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	37
1.7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	37
1.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	37
1.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI.....	38
2. YÖNTEM.....	39
2.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	39
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	39
2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	40
2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	40
2.3.2. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS).....	40
2.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZ YÖNTEMİ.....	41
3. BULGULAR.....	42
3.1. ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	42
4. TARTIŞMA.....	52

5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKÇA	57
EKLER.....	64
Ek 1- Sosyodemografik Veri Formu	64
Ek 2- Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS).....	65
Ek 3- Özgeçmiş	66



TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Travma Tanımı İçin DSM'de Yaşanan Değişimler ve Yorumu.....	12
Tablo 2. Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı	42
Tablo 3. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri ve Açık Uçlu Soruları için Betimleyici İstatistiksel Tablo	43
Tablo 4. Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi	44
Tablo 5. Kız ve Erkeklerin Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi	45
Tablo 6. Biyolojik Aile ile Görüşme Durumuna Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi	46
Tablo 7. Psikiyatrik Tanı Durumuna Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi	47
Tablo 8. İlaç Kullanımı Durumuna Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyutları Medyanları Arası Farkın İncelenmesi	48
Tablo 9. Yaşa Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyutları Medyanları Arası Farkın İncelenmesi	49
Tablo 10. Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyutları Medyanları Arası Farkın İncelenmesi	50

KISALTMALAR LİSTESİ

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇMOT	: Çocuk Merkezli Oyun Terapisi
DOT	: Deneysel Oyun Terapisi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
GOT	: Gelişimsel Oyun Terapisi
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SPSS	: Statistical Package For Social Science
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TOKİ	: Toplu Konut İdaresi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

İTHAF

“Bir çocuğun bize tam olarak ulaşması ve bizim öğretmenimiz olması için gösterdiği meraka izin verseydik şöyle dememiz gerekirdi; teşekkür ederim çocuk adam... Bana insan olmanın heyecanını ve eğlencesini hatırlattığın için. Seninle beraber büyümeme izin verdiğin için teşekkür ederim. Çünkü unuttuğum sadeliği, güçlülüğü, bütünlüğü, merakı ve sevgiyi, benzersiz olan kendi hayatıma saygı göstermeyi tekrar öğrenebiliyorum. Akan gözyaşların, büyümenin acısını ve dünyanın çilelerini öğrenmeme izin verdiği için teşekkür ederim. Başka bir insanı sevmeyi, küçük veya büyük diğer insanlarla olmayı, hayatın akışı içerisinde yaşarken bir çiçek gibi büyüyen doğal bir hediyeymiş gibi gösterdiğin için teşekkür ederim.”

Peccei, A. (1979).

In The Name Of The Children

GİRİŞ

Travmalar kişinin günlük hayatı için sarsıcı ve baş edebilme seviyesinin üstünde olay ve durumlardır (Zara, 2004). Bu nedenle travmalar kişinin günlük ve gelecekteki psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Çocukluk çağında oluşan travmalar özellikle kişi üzerinde yıkıcı etkileri olan ve patolojilerin kaynağı olan olaylardır. Sosyoekonomik sorunlar, aile içi şiddet, ailede patoloji öyküsü, sosyal etkiler gibi birçok değişkenin etiyolojisini oluşturduğu (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009) çocukluk çağı travmaları istismar ve ihmal olarak karşımıza çıkmaktadır: fiziksel, duygusal ve cinsel istismar boyutu; fiziksel ve duygusal ihmal boyutu (Özdemir, 2010; Peker, 2017; Sezgin ve Tanör, 1996).

Travmatik olaylar sonucunda kişilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu görülmektedir. Bu patoloji travmanın kişi üzerinde yarattığı etkilerin travma sonrasında da devam etmesi ile karakterizedir (Demir, 2008). Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri genellikle şu şekilde görülmektedir: travmatik olayı tekrar yaşama, günlük hayatta kaçınma ve küntlük, artan uyarılmışlık, uykuda bozulmalar, iştahta azalmalar (Ertürk, 2014; Özgen ve Aydın, 1999). Çocukluk çağı travma mağduru olarak korunmaya muhtaç çocuklar dikkat çekmektedir. Korunmaya muhtaç çocuk, belirli bir zaman kesitinde o toplum şartlarına göre, çocuğun temel bakımı, yetişmesi, korunması ve gözetim altında tutulmasındaki yetersizlik ve aksama sebebiyle sosyal, fiziksel, ruhsal ve ahlaki yönden sağlıklı yetişkin bir birey olmasının engellenmesi koşullarını kapsamaktadır (Whitehurst ve Lonigan, 1998). Korunmaya muhtaç çocuklar için bakım ve iyileştirme olanakları çocuk yuvaları, sevgi evleri, çocuk destek merkezleri, yetiştirme yurtları ve çocuk evleri gibi devlet kurumlarında sürdürülmektedir (Çetin ve Çavuşoğlu, 2009; SHÇEK, 2011; Turanlı, 2004; Yalçın, 2014).

Travma sonrası stres bozukluklarının sağaltımında özellikle küçük yaştaki çocuklarda oyun terapisi kullanılmaktadır. Oyun terapisinde terapistler, çocukların yaşadıkları olayları, oyunlar aracılığıyla tekrar tekrar deneyimleyerek, anlamaya ve algılamaya çalışırlar (Teber, 2015). Birçok oyun terapisi çeşidi bulunmakla birlikte bu çalışmada çocuk merkezli oyun terapisi (ÇMOT) incelenmiştir. ÇMOT, Rogers (1951) tarafından geliştirilen birey merkezli terapi temellerinde gelişmiştir. Bu yaklaşımın en temelinde çocuğun bir kişi olduğu ve çocuğun terapisinin merkezi olduğu inancı hakimdir. Terapide önemli olan husus danışan ve terapist arasında kurulan sağlıklı ve verimli bir ilişkidir, bu ilişki sayesinde terapist çocukla birlikte değişim sürecini bitirmiş olur. Değişim için temel güç terapistin bilgisinden de çok çocuğun içsel dinamiği ve durum hakkındaki bilgisidir (Çelik, 2016).

1. GENEL BİLGİLER

1.1. TRAVMA TANIMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TÜRLERİ

1.1.1. Travma Tanımı

Travma kelimesi köken olarak Yunanca'daki yara ve hasar kelimelerinden gelmektedir. Sağlık alanında bu kelime bireyin vücut bütünlüğünün incinmesi, yaralanması ve hasarlanması veya şok durumlarının ifadesi için kullanılmaktadır. Psikoloji alanında ise travma kavramı, kişinin psikolojik bütünlük ve iyilik halindeki bozulma ve sarsıntı ile birlikte benlik bütünlüğünü koruyamama ile karakterizedir. Travmatik durumlar, kişinin baş etme mekanizmalarını da sekteye uğratan durumlardır. Travmatik deneyimler kişinin başa çıkma kapasitesinin çok üstünde durumlar olduğu için kişilerde derin ve ileriye etkileyecek hasarlar bırakması olası görülmektedir (Karakaya, Ağaoğlu, Coşkun, Şişmanlar ve Yıldız, 2004; Zara, 2004).

Travma kavramının tarihçesi son 200 yıllık dilimde incelenmiştir. 19. yüzyılda Ambroise Tardieu şiddet görmüş ve şiddetin ağır sonuçlarının gözlemlendiği çocuklarla çalışmalarda bulunmuştur. Bu noktada örneklem grubunu dönemin şartlarında çok kötü çalışma koşullarında çalıştırılan çocuklardan seçmiştir. Tardieu çocukların fiziksel ve psikolojik değişimlerini ve sonuçlarını da gözleme olanağı bulmuştur. Araştırma örnekleminde cinsel taciz vakalarının prevalansı da yüksek görülmüştür. Araştırma bulguları ışığında bu gibi çocuklar için 1860'ların sonunda "hırpalanmış çocuk sendromu" tanısı konulmaya başlanmıştır. Tardieu çalışması ile yeni bir alanın önünü açmış ve sosyal alanda çalışmacıların dikkatini çocukluk çağındaki travmaların çocuklar üzerindeki etkisine çekmeyi de başarmıştır (Colville ve Cream, 2009; Zara, 2004).

DSM-V'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) travma şu şekilde tanımlanmıştır;

“Kişinin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başka kişilerin fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş veya böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olması olarak tanımlanmaktadır. Kişi olay karşısında korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak yaşamıştır” (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmasına dair literatürde birçok tanımla karşılaşmak mümkündür.

Yapılan tanımlamalarda ortak olarak görülen durumlar şu şekildedir: fiziksel, duygusal ve cinsel şiddetin veya ihmalin bulunması, temel bakım verenin kaybı, aile içinde ayrılıklar, sorunlu evlilikler, aile içi şiddet olayları, aile bireylerde vefat, doğal afetler ve göçler. Bir yönüyle travma sadece fiziksel olarak değil duygusal yönüyle de çocuk için önemlidir. Çocuk için duygusal yönden etkili olan aşağılanma, sevgi ve ilgiden yoksun olma, tehdit edilmesi, küçük düşürücü tavır ve tutumlar, sürekli eleştiriye maruz kalması da travmatik deneyimler olarak ele alınmaktadır. Bu gibi durumların çocuğun duygusal dünyası üzerinde yapacağı olumsuz etkiler travma bağlamında incelenmektedir. Travmatik deneyimlerin nedeni olarak her ne kadar insan faktörü göz önüne alınsa da son yıllarda kültür, eğitim, normlar ve inanç sistemi gibi kavramlarında etkinliği gösterilmiştir. İç etmenler kadar bu gibi dış etmenlerinde travmatik deneyimlerin yaşanmasında rolü olduğu bilinmektedir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

1.1.2.1. Çocukluk Çağı Travmasının Genel Nedenleri

Çocukluk çağı travmatik deneyimlerin iç ve dış olmak üzere birçok nedeni bulunmaktadır. Ancak bu nedenlerin kısaca açıklanması gerekirse şu şekilde bir sıralama yapılabilir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; Pelendecioğlu ve Bulut, 2009):

1. Aile içi maddi sorunlar
2. Kardeş sayısının fazla olması nedeniyle gerekli ilgi ve desteğin çocuklar arasında eşit sağlanamaması
3. Yaşanılan coğrafya üzerinde ekonomik sosyal desteğin az olması
4. Toplum içindeki norm, sistem ve inançların baskı yaratması, çevreden dışlanması ve beraberinde gelebilecek zorluklar
5. Aile içi şiddet, anlaşmazlık ve fiziksel şiddet durumları
6. Aile içi bireylerde görülecek muhtemel patolojiler
7. Aile içi yaşanacak kayıplar
8. Ebeveyn veya aile bireylerinde görülecek madde kullanım bozukluğu
9. Yaşanacak iç ve dış göçler
10. Sosyoekonomik durumdaki ani düşüş ve değişimler

1.1.3. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Dünya Sağlık Örgütü (2005)'nün, çocukluk çağı travmaları için yapmış olduğu tanımlamada, çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel, duygusal ve cinsel kötü davranışlar neticesinde çocuğun maruz kaldığı travma olarak açıklanmaktadır.

1.1.3.1. Çocuklarda Kayıp Travması

Ölüm her bireyde çeşitli patolojik etkiler yapmaktadır. Ancak egonun henüz gelişim evresinde olduğu çocuklarda yarattığı etki daha derindir. Kayıp onlar için iç dünyada bir karmaşa halidir. Çocuk giden kişiler için bir vedalaşma isteği duymaktadır. Aynı durum kayıplar için de geçerlidir. Bu nedenle hem ölümün gerçekliğinin kavranması hem de ölen kişinin uğurlanması noktasında çocukların törenlere katılması gereklidir. Çünkü çocuklar durumun gerçekliğine inanmak istemezler. Rüyalarında ölen kişiyi görmeleri, kişi ile ortak zaman geçirdikleri mekanlarda bulunmaları ve hep kişinin ismini anmalarının nedeni ölen kişinin tekrar döneceğine duydukları gerçekçi olmayan düşüncelerdir (Sezgin ve Tanör, 1996).

Çocuklarda genellikle gözlenen yas evreleri ve süreçleri aşağıdaki gibidir:

İnkâr: Yasa karşı verilebilecek en doğal birincil savunma mekanizmasıdır. Çocuk ölümün gerçekliğini tamamen inkâr eder ve ölen kişi ile tekrar bir araya geleceği günlerin hayalini kurar.

Öfke: Yas için ikinci aşama olarak görülen öfke ölüm olgusuna yönelik duyulan agresyonu ifade etmektedir. Bu öfke bir süre sonra yer değiştirme ile ölen kişiye de yöneltilir.

Hüzün: Kayıp sonrası yaşanan boşluğun ve ölen kişiye olan duyguların en yalın şekilde gösterilmesidir.

1.1.3.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, DSM-5'te "çocuğa cinsel sömürü" şeklinde ifade edilmiştir. Çocuğa cinsel sömürü, anne-baba, çocuğa bakım veren ya da çocuğun sorumluluğunu taşımakta olan farklı bir kişinin, cinsel doyum sağlamak amacıyla çocuğu herhangi bir cinsel eyleme dahil etmesi şeklinde açıklanmıştır. Bu kapsamda, çocuğun cinsel organlarını okşama, içine girme, ensest, çocuğa zor kullanarak cinsel ilişki kurma, oğlancılık, açık saçık şekilde görünme gibi etkinlikler olarak belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Buna doğrudan fiziksel bir dokunuş olmadan, çocuğu farklı insanların cinsel doyumunu için bazı eylemlere zorlama, kandırma, ayartma, gözünü korkutma ya da baskılama gibi anne-baba veya bakım verenin dokunmadan sömürüsü de bu gruba dahil edilmiştir. Bu kapsamda cinsel ilişki sözüyle anlatılmak istenen de cinsel içerik taşıyan ve gizli tutulmaya çalışılan temaslar olmasıdır. Cinsel istismar, çocuk istismarı türleri içerisinde saptanması ve tanı konması en zor olanıdır (Zara, 2004).

Cinsel istismar, genel sanının aksine, genel de yabancı biri tarafından değil, aile içinden ve çocuğun tanıdığı kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ensest, evlenmeleri ahlak, hukuk ve din kuralları tarafından yasaklanmış, yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişkide bulunmalarıdır (Sezgin ve Tanör, 1996).

Anne-baba ve ağabey otoritesine sahip bir birey ile çocuk veya ergen yaştaki genç arasındaki her tür cinsel ilişki ensest ilişki olarak tanımlanmaktadır. Burada önemli olan husus arada bir kan bağıının olması değil, çocuğun bağıımlı olduğu, çocuk üzerinde otoritesi olan bir birey olmasıdır. Bu kapsamda baba, ağabey, amca, kuzen gibi kan bağı olan bireyler yanında enişte, üvey baba-anne, öğretmen, bakım veren, evlat edinmiş olan bireylerde dahil edilebilir (Sönmez, 2015).

Cinsel istismar görülme sıklığı ile ilgili yapılan bir araştırmada, 2-17 yaş kız çocuklarında %9,6 ve erkeklerde ise %6,7 oranında tespit edilmiştir (Akt.: Tekçam, 2010). Cinsel istismar vakalarında bir uzmandan yardım alma oranı oldukça düşüktür. Cinsel istismar vakalarının birçoğu gizli tutulmaktadır. Bunlardan sadece %15'inin bildirildiği belirtilmektedir. Cinsel istismarın gizlenme nedenleri arasında kurban olan çocuk ya da ergenlerin, korku, istismarcıyı koruma içgüdüğü, inanılmama endişesi ve kendini suçlama buna bağılı olarak utanma dile getirilmiştir (Özdemir, 2010).

1.1.3.3. Fiziksel İstismar

Çocukluk çağı fiziksel istismarı genel olarak ebeveyn veya temel bakım veren tarafından çocuğa uygulanan dayak ve fiziksel olarak şiddet davranışlarının sergilenmesi yolu ile çocuğun bedeninin zarar görmesidir. Bu noktada sürdürülen eylemin sürekli olması ve devamlılık göstermesi fiziksel istismar tanısı için önemlidir ve fiziksel olarak travmatik deneyimlerdir. 18 yaşından küçük her çocuğun sağlığına olumsuz etki yapabilecek her türlü davranışı kapsamaktadır. Fiziksel istismar ebeveynlerin çocuklara uyguladıkları basit dayak ve ufak cezaların ötesinde daha örseleyici ve zedeleyici deneyimleri içine alan bir kavramdır (Kara ve ark., 2004; Peker, 2017).

Fiziksel istismar çoğunlukla hastanede yapılan muayenelerde ortaya çıkmaktadır ancak bu durumlarda istismarcı kişi veya kişiler durumu normalleştirerek ya da suçu çocuğun üstüne atarak olaydan uzaklaşma eğilimindedir. Bu kişiler çoğunlukla çocuk üzerinde otorite kurmak, kendi güçlerini göstermek için ya da kendi içsel çatışmalarını çocuğa yansıtma vesilesi ile içsel dinamiklerini boşalttıklarından bu gibi istismar olaylarına karışmaktadır (Erdoğan, 2017).

1.1.3.4. Duygusal İstismar

Bu kavram birçok kaynakta duygusal kötüye kullanım şeklinde tanımlanmaktadır. Duygusal istismar; kişiye yönelik onun ruhsal ve duygusal durumuna etki edecek şekilde ortaya çıkan sözlü tehdit, alay etme, küçük düşürücü davranışlar, aşağılayıcı sözler veya hakaretler şeklinde yorumlarda bulunulması, olumsuz şekilde eleştirilmesi, kötü iletişim kurulmasıdır. Duygusal istismar, yalnızca hakaretler, eleştiriler, ağır yorumlar türlerinde karşımıza çıkmaz. Ailelerin çocuklarından yeteneklerinin üzerinde beklentilerde bulunması ve çocuğa yönelik güvenli bir ortam oluşturulmaması şeklinde de karşımıza çıkmaktadır. Çocuğa dair gerçekleştirilen ağır eleştiriler, hakaret, küfür, yalnızlaştırma, herhangi bir nedenden dolayı korkutma, yıldırma çabası içerisinde bulunma, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılayamama, taşıyamayacağı sorumluluklar ve yükler yüklemek, lakap takmak, üzerinde çok fazla baskı oluşturmak ve buna benzer davranışlar duygusal istismar şeklinde nitelendirilmelidir (Sezgin ve Tanör, 1996).

Tüm bunların yanında aile içerisinde yaşanan problemlerden çoğunlukla çocuklar olumsuz şekilde etkilenmektedir. Bu nedenle aile içerisinde yaşanan tartışmalar, uyumsuzluklar, ebeveynler arasındaki sorunlar da çocuğun duygusal anlamda istismara uğramasına neden olmaktadır. Duygusal istismar oldukça sık karşımıza çıkan istismar türüdür. Çok fazla karşılaşılmamasına rağmen belirlenmesi, istismarın saptanması oldukça zordur. Bu nedenlerden dolayı yasal olarak saptanması ve kanıtlanması, yasal yollara başvurmak ve bu manada sonuçlar alabilmek oldukça zorlaşmaktadır (Peker, 2017; Sönmez, 2015).

1.1.3.5. İhmal

İhmal: Çocuğa bakım verenlerin bu yükümlülüklerini yerine getirmemeleri; çocuğun fiziksel, tıbbi, eğitimsel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması durumudur. Genellikle ihmal fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve sağlık ihmali şeklinde açıklanmaktadır. Fiziksel ihmal çocuğun beslenme, barınma, giyinme gibi temel ihtiyaçlarını gidermede yetersizlik, duygusal ihmal çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmesinde yetersizlik, eğitim ihmali okul çağında okula yollamamak, özel eğitim gibi

gereksinimlerine ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek ya da engel olmamak, okuldaki yaşamış olduğu problemleri ya da başarısızlıkları ile çok fazla ilgilenilmemesi, sağlık ihmalî çocuğun hasta olduğunda hekime getirilmemesi ya da geç bir sürede getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması ve tedavi yöntemlerine uyulmaması gibi konuları içerir (Karaaslan, 2017).

İhmal ve istismar sonucunda çocuklar, bedensel açıdan örselenebilecekleri gibi, kötü bakım şartlarına, çocukların yetersiz büyüme ve gelişim göstermeleri için bir zemin oluşumundan risk altındadırlar (Sezgin ve Tanör, 1996). Bu durumun sonucu olarak, sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, korunma, güvenli yaşam gibi şartlara sahip olmama açısından zarar görebilirler. İhmale uğrayan çocuğun, kendisini olağan bir cinsel istismardan koruması ve yardım istemesi de çok zordur. Ayrıca ihmalin var olduğu ortamda büyüyen bir çocukta cinsel istismar yaşantısı daha kolay travma etkisi bırakır. Çocuk ihmalî fiziksel ve duygusal ihmal olarak ele alınmakla beraber bunları birbirinden ayırtırmak oldukça zordur (Erdoğan, 2017).

1.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Nedir?

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik bir olayla, bir anla ya da bir durumla karşılaşılmasında kişide görülen yeniden deneyimleme, kaçınma ve küntleşme belirtileri ve aşırı derecedeki uyarılmış düzeyi ile karakterize bir sendromdur. Travmatik olaylar bireyin yaşam bütünselliğini tehlikeye sokan olaylardır. Bireylerin bu türden olayları doğrudan olarak yaşaması kadar, bu tür olayların bir başka kişinin başına gelmesine şahit olmaları ya da sevdiği kişilerin başına gelmiş olduğunu öğrenmeleri de bu türden olayların, kişinin duygusal açıdan travma yaşamasının nedeni olabilir. Travmatik olaylara kişilerin genel olarak verdiği tepkiler korku, dehşet ve çaresizlik gibi olumsuz duyguları içerir.

TSSB'da var olan belirtiler 30 günden uzun sürmektedir. Belirtilerin bir aydan az görülmesi ve disosiyasyon semptomlarının görülmesi ise Akut Stres Bozukluğu ile tanılanmaktadır. Bu bozukluk TSSB ile sıkça karıştırılmaktadır. Travma sonucunda

ortaya çıkan kaçınma, yeniden yaşama, irkilme ve diğer aşırı uyarılmışlık belirtiler ana duygusal belirtilerin alt yapısını oluşturmaktadır. Bu belirtiler kişinin sosyal ve mesleki alanlarda işlevselliğinde ve iş verimliliğinde bozulmaya neden olabilir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarihçesi

Tarihin ilk çağlarından bu yana travma sonrasında ruh sağlığının olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir. Bu durum toplumun farklı kesimleri tarafından günümüze kadar aktararak gelmiştir. Shakespeare'in Lady Macbeth karakterinin Duncan'ın ölümünü aklından bir türlü çıkartamaması ve travmayla ilişkili olan tepkilerinin canlı anlatımı bu duruma bir örnektir. Fakat, hayatı tehdit eden travmatik etmenlerin psikolojik uyum üzerine olan etkilerini anlamamızdaki en büyük adım savaş zamanındaki askerlerin tepkilerinin izlenmesi ve araştırılması ile birlikte ortaya çıkmıştır. Bunların yanı sıra büyük savaşlar travmatik nevroz tablosu ile ilgili bilgi ve deneyimlerin artmasına da katkı sağlamıştır. Birinci Dünya Savaşı'nda bu tabloyu "siper şoku" ve "asker kalbi" isimleri ile açıklamışlardır. İkinci Dünya Savaşı'nda ise benzer durumlar "muharebe yorgunluğu" ve "savaş nevrozu" adları ile açıklanmış olup askeri psikiyatristler tarafından akut travmatik stresi tedavi etmek için barbituratlar, amfetamin, insülin, eter ve karbondioksit gibi maddeler kullanılmıştır. Klinik belirtilerin kronik düzeyde olduğunu gözlemleyerek, tedaviyi kısa sürede uygulamak, travmanın yakınında olmak ve askeri göreve geri döndürmek gibi prensiplerin önemli olduğu üzerinde durulmuştur. Aynı şekilde İkinci Dünya Savaşı esnasında toplama kamplarında kaygı, motor huzursuzluk, yaşanan uyku bozuklukları, gece kâbusları, yorgunluk, fobik reaksiyonlar, aşırı düzeylerde yaşanan endişe, şüphencilik tanımlanmış ve bunlar "toplama kampı sendromu" olarak bir başlık altında toplanmıştır (Kuzgun, 2018; Öztan ve Sayar, 2015).

1.2.3. DSM-V Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri

Psikiyatri ve klinik psikolojinin kutsal kitabı olan DSM-V'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri 4 grupta toplanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014):

1- İstem dışı travmatik olayların yeniden deneyimlenmesi; kişinin olayla ilgili tekrarlanan anıları olabilir ve kabuslar görebilir. Ayrıca olayı hatırlatıcı uyarlardan yüksek miktarda rahatsızlık duyar. Örneğin savaş ortamını hatırlatan bir uçak ya da helikopter sesi, tecavüz ortamını hatırlatan karanlık gibi durumlarda kişi rahatsızlık hissedebilir.

2- Olayla ilgili uyarılardan kaçınma; travmatik olayı hatırlatıcı her şeyden kaçınma söz konusu olabilir. Örneğin canlı toprağa gömülen bir depremzedenin kapalı alanlara karşı korkusu oluşmuş ve bu alanlardan kaçınmıştır.

3- Travma sonrası diğer duygu durum ve bilişsel değişimler; bu grup altında olayın bazı önemli yerlerinin hatırlanmaması, olaya dair kendini ya da bir başkasını suçlu görme ve diğer insanlardan uzaklaşma yer alır.

4- Artan uyarılmışlık ve tepkisellik belirtileri; bu belirtiler arasında, sinirlilik hali, saldırgan davranışlar, kendine zarar verici davranışlar, uykuya dalmada ve uyanık kalmada zorluklar aşırı tetikte olma hali yer alır.

TSSB birtakım durumlarda kronik olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada TSSB tanısı alan bireylerin aradan geçen birkaç sene sonrasında yapılan görüşmelerde o bireylerin yarısında belirtilerin belirli bir kısmı hala gözlenmektedir. Görev sürelerinin üstünden 30 yıl süre geçen 15.288 savaş gazisi ile yapılan başka bir araştırmada, tıbbi hastalıklar, kaza ve intihar sebepli ölüm oranları ile TSSB arasında pozitif yönde bir ilişkinin varlığı saptanmıştır (Demir, 2008; Şar ve ark, 2012).

Tablo 1. Travma Tanımı İçin DSM’de Yaşanan Değişimler ve Yorumu

DSM	Travma Tanımı	Yorum
DSM-I	“Ciddi bir bedensel eksikliğe ya da çok yüksek emosyonel strese neden olan bir olay”	Olay tanımı net değil Bireysel travma kavramı müphem büyük bir olaya (savaş, doğal afet gibi) maruziyet vurgusu
DSM-II	“Ezici/yıkıcı çevresel bir olay”	Olay tanımı DSM-I den daha müphem Olay ile ortaya çıkan klinik uyum bozukluğu ile sınırlı
DSM-III	“Hemen her bireyde belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bir olay”	Genel geçer bir tanım çabası dikkat çekmekte
DSM-III-R	“Normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay”	Tanımı netleştirmek için olaya maruziyet şekilleri belirtilmiş Gündelik hayatta karşılaşılmayan olay tanımı ile olayı sınırlama çabası bulunmakta
DSM-IV ve DSM-IV-R	“Bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya farklı kişilerin fizik bütünlüğüne karşı bir tehdit olayı”	Bireyin verdiği öznel tepkiyi belirterek travmada öznel tepkilerin önemi üzerinde durmak Dolaylı travmatizasyonun durumunun kabulü
DSM-V	“Gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruziyet”	Travmaya uğrama yolları ayrı kriterlerle belirtilmiş İlk defa tanımlamada cinsel şiddet verilmiş Doğrudan deneyimleme vurgusu yapılarak maruziyet şekli daha da netleştirilmiş Maruziyette tartışmalı dolaylı yollar sınırlandırılmış-elektronik medya ile maruziyetin dışlanması Mesleki maruziyetin ayrı şekilde belirtilmesi

(Demir, 2008; Ertürk, 2014)

1.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri

TSSB belirtileri üç grupta toplanmaktadır.

1.2.4.1. Travmatik Olayı Tekrar Yaşama Belirtileri

Travmatik olayı çağrıştıran bir uyararla karşılaşan kişi o olayı sanki tekrar yaşıyormuşçasına hisseder ve davranışlarını o şekilde yönlendirir. Travmatik olayla ilgili canlı görsel imgeler ve o esnada yaşanan bedensel duyumların hissedilmesi ile yeniden yaşama durumu ortaya çıkar (Ertürk, 2014).

1.2.4.2. Kaçınma ve Küntlük Belirtileri

Travmatik olayı hatırlatan her faaliyet, yer ve kişilerden kaçınma görülebilir. Bu durum genelde bir tür bilinçli kaçınmadır. Sevdiklerini kaybeden kişiler yeniden sevmeye ve bağlanma konusunda korku duymalarından dolayı insanlarla yakın ilişkiye girmekten kaçınırlar. Sevgi, bağlanma nedeniyle travmatik anılar tekrar canlanabilir. Felaketlerle karşılaşanlar, yaşadıkları olayları, böyle bir deneyim yaşamamış olan insanların anlayamayacağını düşündükleri için travmadan sonra içe kapanıklılık ve yaşanan çevreye yabancılaşma gibi olumsuz bazı davranışlar gözlenebilir (Özgen ve Aydın, 1999).

1.2.4.3. Artan Uyarılmışlık Belirtileri

Bu başlık altında uyku bozuklukları daha çok ön plana çıkmaktadır. Uykuya dalmakta ya da uykuyu devam ettirmede bazı zorluklar yaşanmaktadır. Uyku görülen kabuslarla sürekli olarak bölündüğünden kabus görmemek için uykudan kaçınma gibi davranışlar gözlenebilir. Yaşanılan travmatik olayın uyku esnasında olması da bilinçli uyumama durumunun bir nedeni olabilir. Aynı şekilde bu grupta dokunma, ses, ışık gibi uyarılara aşırı seviyede irkilme gibi tepkilerde bulunma, yaşanan solunum sıkıntısı,

çarpıntı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağılı görülen bazı belirtiler de çokça önemlidir (Demir, 2008).

1.2.5. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Stres Bozuklukları

Travmatik yaşantılara ve olaylara verilen tepkiler, çocuklar ve yetişkinler açısından incelediğimizde farklı türlerde ortaya çıkabilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin türleri çocukların yaşlarına göre de birtakım farklılıklar gösterebilir (Ertürk, 2014).

Küçük yaşta olan çocuklarda bu tür belirtiler daha çok kaçınma tarzında görülürken, daha büyük yaşta olan çocuklarda ise yaşanan travmatik durumu yeniden yaşantılama ve aşırı hareketlilik şeklinde gözlenebilir. Yaşça küçük çocuklarda, daha büyük çocuklara oranla travma belirtileri daha şiddetli şekilde görülebilir çünkü yaşça büyük çocukların travmatik durum ile baş etme becerileri, sosyal destek ve duygu düzenleme becerileri diğerlerine oranla daha yüksektir. Bunun yanında küçük yaşta olan çocuklar ailelerin yaşanan travma karşısında verdikleri tepkilere daha hassas şekilde yaklaşabilirler. Yapılan araştırmalarla çocukların da travmaya yetişkin bireylere benzer şekilde tepkiler verdiği belirlenmiştir (Kuzgun, 2018).

DSM-IV'ün B kriteri çocuklarda tekrarlayan oyunlar, travmaya bağılı tekrarlı davranışlar veya kompulsif ritüeller şeklinde gözlenebileceği belirtilmiştir (Amerika Psikiyatri Birliği, 2000). Aynı şekilde çocuklar belirtilerin şiddetini veya sayısını sözel olarak anlatamayabilirler. Bunun yerine kendi yaşlarına uygun, normal faaliyetlere daha uygun ilgi kaybı, tanımadıkları insanlara karşı tutumlar veya duyguların ifadesinde azalma benzeri gibi belirtiler görülebilir. Aşırı uyarılmışlık belirtisi de aynı şekilde çocuklarda baş ağrısı veya mide ağrısı gibi somatik belirti olarak karşımıza çıkabilir (La Bash ve Papa, 2014).

1.2.6. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi

1.2.6.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

TSSB belirtilerini azaltması ve birçok belirtinin azalmasında etkili olması, kullanımının kolay olması, yan etkilerinin az olması ve iyi bir güvenlik profili çizmeleri durumundan dolayı Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI), bu bozuklukta çocuklarda ve yetişkin bireylerde en çok tercih edilen ilaçlar arasındadır. TSSB tanısı konulduktan sonra düşük doz SSRI başlanabilir ve TSSB semptomlarının şiddetine göre doz artırımına gidilebilir. Bu ilaçların içinde Fluoksetin, Sertralin ve Paroksetin'in etkili olduğu çalışmalar ile belirlenmiştir (Kuzgun, 2018).

SSRI'ların etkinliğinin gözlenebilmesi için 4-6 hafta arasında bir süre beklenmeli ve maksimum doza ulaşıldıktan sonra hastalar bir yarar görmemişse başka ilaçlarla ilaç tedavisine devam edilebilir.

1.2.6.2. Psikoterapi Tedavi Yaklaşımları

1.2.6.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Uzun Süreli Maruz Bırakma tedavisi

Bilişsel davranışçı terapi ile TSSB belirtilerinin neredeyse %70 oranında düzeldiği çalışmalar öne sürülmüştür. Kişinin kaygı düzeyinin artmasına neden olan olay, nesne, kişi ya da ortamlar ile birey karşı karşıya getirilerek, bu duruma alışmasını sağlamaya çalışmak Bilişsel Davranışçı Terapinin en sık kullandığı davranışçı tekniktir. Bireyin hem gerçek hayatta bu tür bir çevrede kalması sağlanabilir hem de imgeleme yoluyla bu tür ortamlarda bulunduğunu hayal etmesi istenebilir. Bilişsel davranışçı terapi yöntemi en genel hatları ile 4 bölümden oluşur. Bunların ilki kişiye travma ve travmayla ilişkili bozuklukların ortaya çıkışı, belirtileri ve tedavi hakkında bilgi vermeyi hedefleyen psikoeğitim aşamasıdır. Bu aşamada hastalara travmayla ilişkili uyaranlardan kaçındıkça belirtilerin süreklilik kazandığı ve şiddetinin arttığı bilgisi verilir. İkinci aşamada ise hastaya nefes egzersizlerinin ne şekilde yapılacağı ve yapılacak nefes egzersizlerinin yararları hakkında bilgi verilir ve seanslar esnasında hastayla beraber yapılır. Üçüncü aşamada maruz bırakma ve yüzleştirme tekniklerine başvurulur ve hastanın kaçındığı

nesne, birey, durum ve ortamlarda tekrarlayan şekilde yüzleştirilmesi sağlanmaktadır. Bu aşamada ilk önce hasta ile birlikte kaçınılan nesne, kişi, durum ve ortamlar belirlenir ve bunlar hastada meydana getirdikleri sıkıntı hissinin yoğunluğuna göre sıralanır (Kılıç ve Oğuz, 1999; Merrill, Guimond, Thomsen ve Milner, 2003).

1.2.6.2.2. Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik psikoterapi travmatik yaşantıya yol açabilecek emosyonel çatışmalara, bunların içerisinde de en çok geçmiş yaşamla ilgili olanlara odaklanır. Birey karşısındaki terapist tarafından empati çerçevesinde ve danışanını yargılamadan dinlendiğinde kendisine güven duygusunda, etkili düşünmede ve başa çıkma yöntemlerinde gelişme görülebilir. Bu yaklaşımda terapistin asıl görevi hastaya travmatik yaşantıyı, nesneyi, bireyi veya o durumu daha iyi tanıması sürecinde yardımcı olmaktır (Özten ve Sayar, 2015).

1.2.6.2.3. Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)

EMDR psikodinamik, bilişsel davranışçı terapi ve diğer danışan merkezli yaklaşımlarla beraber kullanılan bir yaklaşımdır. EMDR yaklaşımının TSSB üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çeşitli araştırmalarda da EMDR ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin diğer terapilere oranla daha fazla etkili olduğu saptanmıştır. EMDR yönteminde etkili olan kuramsal altyapı beynin sağ ve sol yarım kürelerinin birlikte çalışmasını sağlayarak travmatik olayın tekrar işlenmesi ve olayın eskiye oranla kişiyi daha az rahatsız etmesinin hedeflenmesidir. EMDR'da travmatik anı unutulmaz veya daha pozitif bir anı ile yer değiştirilmez tam tersi travmatik anıya yönelik duyarsızlaştırma esas alınmaktadır (Özten ve Sayar, 2015).

1.2.6.2.4. Oyun Terapileri

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde kullanılan terapi yöntemlerinden konuşmaya dayalı geleneksel yöntemler küçük çocuklar için uygun değildir. Çünkü çocukların yetişkinlere göre kelime hazneleri ve düşünme süreçleri kısıtlıdır. Bu sebeple çocuklar yaşadığı duygularını, acılarını ve korkularını kelimelerle yeteri kadar ifade edemezler. İşte burada oyun ve oyuncaklar devreye girer. Oyun çocukların yaşadığı duyguları dışarı çıkarttığı alandır. Oyuncaklar ise çocukların kelimeleri olur. Çocuk oyun ve oyuncaklar aracılığı ile içinde yaşadığı olumsuz duyguları dışarı çıkartır. Oyun terapisi yöntemi ile çocukların yaralarını bir uzman eşliğinde iyileştirebilir (Yeryüzü Doktorları ve Pedagoji Derneği, 2014).

1.3. KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR

1.3.1. Korunmaya Muhtaç Çocuk Kimdir?

Çocuklarımız, bir ülkenin geleceğini oluşturacakları için, onların yetiştirilmesi ve gerekli eğitimlerin onlara sağlanması konusunda son derece özenli davranılması gerekmektedir. Maddi, kriminal ve özürlülük durumlarına göre ayırım gözetmeksizin çocuğun korunması gereklidir. Fakat günümüzde herhangi bir alanda eksikliğin bazı çocuklarda özel ilgiye muhtaçlık doğurmaktadır ki kuramlar ve yasalarda bu çocuklar “korunmaya muhtaç çocuklar” olarak adlandırılmaktadır (Gülay, 2004).

Daha geniş manada korunmaya muhtaç çocuk, belirli bir zaman dilime göre toplum şartlarında çocuk için bakım, koruma, gözetim ve yetiştirme eylemlerinin yetersiz yapılması veya aksatılması nedeniyle çocukta oluşacak fiziksel, ruhsal, sosyal ve ahlaki yönden yetişkin bir birey olmasını engelleyen koşullarla çerçevelenmiştir. En basit anlamı ile korunmaya muhtaç çocuk hukuki ölçüde özen ve bakım verilememesi durumlarında beden ve ruh bütünlüğünde yaşanacak tehlike ile tanımlanmaktadır (Whitehurst ve Lonigan, 1998).

1.3.2. Korunmaya Muhtaçlık Koşulları

Geleceklerini güvence altına almak ve sağlam temeller atmak isteyen toplumlar, hangi yaşta ve hangi koşulda olursa olsun bütün çocuklarına sahip çıkarak onların sağlığını gözeterek iyi bir nesil yetiştirmek zorundadırlar (Gülay, 2004). Çocuk Haklarına Dair Sözleşmede aile içerisinde, ailesiz ve özel durumdaki çocukların korunup kollanması ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Örneğin, çocukların, kendi ana-babaları tarafından yetiştirilmesi, ana-babasından ayrılmaması, ailesi dışındaki bir ortamda bakım ve koruma altına alınma, istismara karşı korunması durumu bunların arasında olarak sayılabilir. Bir kısmı ise, ekonomik ve sosyal haklar grubuna girerler. Çocuğun ekonomik açıdan sömürüye, onun eğitime, sağlığına ve toplumsal gelişmesine zarar verecek çalışmalara karşı korunması gibi haklar da bu grup için örnek gösterilebilir. Hem Medeni Kanun'da hem Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu'nda hem de Çocuk Koruma Kanunu'nda korunmaya muhtaçlık şartları farklı bir söylemle açıklanmış olsa bile aslında genel değerlendirmede ortak noktaları vardır. Fakat en açık ve geniş tanımın SHÇEK Kanunu'nda yapıldığı düşünülmektedir (Yalçın, 2011).

SHÇEK kanunu ile korunmaya muhtaç çocukların belirlenmesi, korunması, bakılması ve yetiştirilmesi ile ilgili bütün eylemlerin yürütmesi SHÇEK Genel Müdürlüğüne aittir. İllerde il sosyal hizmet müdürlüğü ve ilçelerde ise ilçe sosyal hizmet müdürlüğü Genel Müdürlük adına yürütme görevini kullanmaktadır (Gülay, 2004).

1.3.3. Çocuk Yuvaları

0-12 yaş arasındaki korunmaya muhtaç çocuklar ile 12 yaşını tamamlayıp, tek başına hayatını devam ettiremeyecek durumda olanlar içerisinde kurumca himaye olunan kız çocuklarının, fiziksel, psikososyal ve duygusal gelişimleri sağlıklı, topluma faydalı kişiler olarak yetiştirmekle sorumlu Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı yatılı kurumlardır (SHÇEK Çocuk Yuvaları Yönetmeliği, 1999). Çocuk Yuvaları hala "SHÇEK Çocuk Yuvaları Yönetmeliği" ne göre aktif olarak faaliyette bulunmaktadır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, çocuk yuvalarında bulunan kışla düzenindeki sert ve soğuk ortamın, daha sıcak ve aile ortamına dönüştürebilmek için 10 kişilik grupların beraber yaşayabilecekleri evlere bölerek kuruluş bakımının kapasitesini daha da yükseltmek için çalışmaktadır. Bahsi geçen evlere de sevgi evleri adı verilmektedir (Gülay, 2004).

Çocuk yuvalarına yerleştirme sürecinde çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesine engel olmak amacıyla iki nokta önemli görülmektedir. İlk nokta çocuğun ailesinin çocuk yuvasının bulunduğu ilde olmasıdır. Korunmaya Muhtaç Çocukların Tespiti, inceleme ve Korunma Kararlarının Alınması ve Kaldırılmasına dair Yönetmeliğin 15. Maddesinde, çocuğun aynı ildeki kuruluşlara yerleştirilmezse uygun görülecek illerdeki kuruluşlardan birine gönderilmesine onay vermektedir. Dikkat edilmesi gereken ikinci önemli detay ise kardeşlere dair korunma kararı verilmiş ise mümkün olduğu ölçüde kardeşlerin aynı kuruluşa yerleştirilmesi hakkında özen gösterilmesidir. Aksi durumda parçalanmış ailelerden gelen çocukların gelişimleri için büyük önem arz eden bu uygulama, aynı zamanda çocukların birbirlerini tamamlama ve aralarındaki bağı kuvvetlendirmelerini de sağlamaktadır (Yalçın, 2014).

2016 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 6 adet çocuk yuvasında 0-12 yaşları arasında 323 çocuk kalmaktadır (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016). 2017 yılı itibari ile çocukların yüksek yararı düşünülerek çocuk yuvaları kapatılarak çocuk evlerine dönüşüm hızlandırılmıştır.

1.3.4. Sevgi Evleri

Sevgi Evleri hizmeti ile kurumsal bakım hizmeti yerine daha küçük ve sıcak birimlerde, aile ortamına yakın yapılar ve ilişkilerin olduğu bir sistem içinde çocukların büyütülebileceği küçük müstakil binalardan oluşan bir site içerisinde bakımının ve gelişiminin sağlanmasıdır ki, çocuk evdeki birçok hizmet ve aktiviteye aktif olarak katılım sağlayarak sorumluluk bilincini de bu şekilde geliştirebilir. Diğer bir deyişle, çocuk bu sayede tüketicilikten en azından bir şekilde hizmet üreticiliğine geçiş yapmaktadır. Kararlara katılım sağlar, ev içerisindeki ilişkilerinde sürekli olarak aktiftir.

Belirtilen sevgi evleri 0-18 yaş aralığındaki bireylere hizmet vermektedir. SHÇEK'in 2011/Şubat ayı verilerine göre; ülkemizde 13-18 yaş grubuna hizmet verilen toplam da 82 villa tipinde sevgi evi 847 kapasiteye sahip olup 1061 kayıtlı ve 613 birey aktif olarak kalmaktadır. 2017 yılı verilerine göre Sevgi Evleri sayısı 108'e ulaşmış ve toplam 6.208 çocuk bu hizmetten faydalanmıştır (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017).

1.3.5. Çocuk Destek Merkezleri

Suç mağduru olan, suça itilen ve sokakta yaşamak zorunda kalan çocuklara hizmet veren ve destek olan merkezlerin çocukların kişisel özelliklerine göre farklı adlarla (Çocuk ve Gençlik Merkezleri, Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ve Bakım ve Sosyal Destek ve Rehabilitasyon Merkezleri) isimlendirilmesi, çocukların korunmaya muhtaçlığına ve mağdur olduklarını gösterdiğinden; 19.02.2014 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanması sonucu yürürlüğe giren 6518 Sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hususunda Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklikler Olmasına Dair Kanunda Çocuk Destek Merkezi olarak bir kez daha tanımlaması yapılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, suça itilen, suç mağduru olan, sokakta yaşayan ve bir şekilde risk altında bulunan çocukları kapsayan Çocuk Destek Merkezleri kurulumuna önderlik etmektedir. Bu tür merkezler mağdur olan çocukların temel ihtiyaçlarını gidermek, bedensel açıdan, duygusal açıdan ve sosyal birtakım ihtiyaçlarını tespit ederek gereken uygulamaları yapmak, aile ve yakın çevrelerine dönmelerini ya da diğer sosyal hizmet türlerine hazır hale gelmelerini sağlayabilmek adına hizmetler sunmaktadır (Turanlı, 2004).

Çocuk Destek Merkezleri kapsamında çocukların rehabilitasyonunun gerçekleşmesi en temel hedef olup, süreç içinde çocuğun hayatına normal ve mutlu bir şekilde devam ettirebilecek şekilde rehabilite olması ve toplumla mutlu bir şekilde yaşayabilir hale gelmesi hedeflenmektedir (Çetin ve Çavuşoğlu, 2009). 2017 yılı verilerine göre; 65 adet Çocuk Destek Merkezi'nde, 1.640 çocuğa hizmet verilmektedir (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017).

1.3.6. Yetiştirme Yurtları

13 ve 18 yaş arasında olan çocukların korunma ve bakımlarının sağlanması, belirli yaşa ve olgunluğa ulaştıklarında onlara uygun iş ve meslek gruplarına doğru yönlendirilebilmeleri için gereken araştırmaları yapmakla görevli kız çocukları ve erkek çocukları için ayrı bir şekilde inşa edilmiş olan yatılı sosyal hizmet kurumlarıdır (Yavuz, 2006).

Yetiştirme yurtlarında yaşayan korunmaya ve bakıma muhtaç olan çocukların beslenme, barınma, eğitim görme, sağlık ve bir meslek edinmeleri gibi ihtiyaçlarının sağlanması bu kapsamda korunma kararı kaldırıldıktan sonra çocuğun kendi yaşamını devam ettirebilmesini amaçlayan kurum bakımı tekniğidir. Bahsi geçen çocuklar cinsiyet ve yaş durumuna uygun şekilde yetiştirme yurtlarına yerleştirilirler. Farklı nedenlerle bir süre daha kurum bakımının içerisinde kalması gerekli görülen çocuğun 18 yaşını doldurmuş olması durumu korunma kararı ilgili mahkeme tarafından kurumdan yönlendirilen mesleki rapor ve talep doğrultusunda 25 yaşına kadar devam ettirilebilmektedir (Çetin ve Çavuşoğlu, 2009).

Yetiştirme yurtlarında kalan genç bireylerin sosyal yeteneklerinin geliştirilebilmesi, benzer kurumlarla etkileşim halinde olunabilmesi nedeniyle şehirlerin merkezlerinde yapılanmalarına özen gösterilmektedir. Bu durumun önemli bir sebebi olarak çocukların toplum ve toplumsal olaylarla daha iç içe yetiştirilmelerinin sağlanması olarak söylenebilir. Bahsedilen yurtlarda kalan gençlere verilen barınma ve beslenme imkanlarının daha iyi seviyelerde olması da çocukların gelişimlerine olumlu yönde katkı vermektedir. Bu manada çocuklara sağlanan beslenme ve barınma olanaklarının çocukların fiziksel ve sosyokültürel çerçeveden gelişimlerine uygun bir şekilde olmasına son derece dikkat edilmelidir (Browne, 2005; Yaban ve Yükselen, 2005). 2016 yılı verilerine göre 8 kuruluştaki toplam 396 çocuğa hizmet verilmektedir (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016). 2017 yılı itibari ile çocukların yüksek yararı düşünülerek yetiştirme yurtları kapatılarak çocuk evlerine dönüşüm hızlandırılmıştır.

1.3.7. Çocuk Evleri

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 2005 yılında uygulamaya konmaya başlanmıştır. Çocukları toplu bakımın getirdiği dezavantajlardan korumak ve sosyal hayata katılım ile topluma uyum sağlamaları hedeflenmiştir. Çocuk evleri ilgili kanunda “0-18 yaş arası korunmaya muhtaç çocukları korumak, bir iş veya meslek sahibi yapmak, izlemek ve desteklemekle görevli ve yükümlü olan” çocuk evlerini kapsar. Çocuk evlerinde 5-6 çocuk kalabilmektedir. Çocuk evleri güvenli sayılabilecek bir sosyal çevrede ilgili yönetmelikte belirlenen fiziki koşulları karşılayan herhangi bir apartman dairesi olabilmektedir. Çocuk Evleri herhangi resmi tabelası olmayan, komşuluk ilişkilerinin olabildiği, mutfak, banyo, salon ve yatak odalarının normal standartlarda eşyalarla döşendiği bir evdir. Çocuk Evlerinde 24 saatlik sisteme göre çalışan 3 bakım elemanı istihdam edilmektedir. Personel evin fiziki ihtiyaçları ve çocukların bakımlarını sağlamakla yükümlüdür (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008).

İlk olarak 2006 yılında açılan çocuk evleri aynı yılın sonu 31’e ulaşmıştır. 2007 yılı sonu 0-12 yaş aralığındaki korunmaya ihtiyaç duyan çocuklara yönelik 49,13-18 yaş grubuna yönelik 15 çocuk evine ulaşılmıştır. 2008 senesinde ciddi yükseliş olmuştur. Bu dönemde 0-12 yaş 64 ev sayısı, çocuk sayısı 364, 13-18 yaş evler 22, çocuk sayısı 172 ve toplamda çocuk ev sayısı 86’ya çocuk sayısı 550 kişiye ulaşmıştır. 2009 yılı sonu 160 çocuk evi yaklaşık 1.000 çocuk olmuştur (SHÇEK, 2011).

Çocuk Evleri açma ve denetleme işlemleri, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerinde oluşturulan Çocuk Evleri Koordinasyon Merkez Müdürlükleri’nce yürütülmektedir. Sivil Toplum Kuruluşları ile iş birliği protokolü imzalanmakta ve Çocuk Evleri sisteminin yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bu araştırmanın gerçekleştirildiği Mutlu Yuva Derneği iş birliği protokolü çerçevesinde Çocuk Evleri’nin açılmasını ve yaygınlaştırılmasını desteklemektedir. 2010 yılından bu yana faaliyet sürdüren dernek, 2018 yılı itibarıyla 118 çocuk evinde, 630 çocuğu desteklemektedir (Mutlu Yuva Derneği, 2018). 2017 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 1.195 çocuk evinde 6.341 çocuk kalmaktadır (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017).

1.4. OYUN TERAPİSİ-TARİHSEL GELİŞİMİ VE TÜRLERİ

1.4.1. Oyun Terapisi Nedir?

Oyun, çocukların dünyasında çok önemli bir yere sahiptir. Yetişkinler iletişimlerini çoğunlukla sözcüklerle gerçekleştirebilir, çocuklarınsa doğal iletişim aracı oyun ve oyuncaklardır. Oyun çocuklar için tamamen içgüdüseldir; hiçbir çocuk oyun oynamak için eğitim ya da zorlanma ihtiyacı duymaz. Çocuk oyunla birlikte kendisini sembolik bir dille anlatır. Landreth (2011), Oyun Terapisi İlişki Sanatı adlı kitabında; çocuğun oyun ile tecrübesini, tecrübe karşısındaki göstermiş olduğu tepkisini, tecrübeyi yaşarken hissettiği duygularını, dilek, istek ve heyecanlarını ve kendisini kabullenmesini, ortaya koyduğunu ifade eder (Akt.: Teber, 2015). Çocuklar yaşadıkları olayları, oyunlar aracılığıyla tekrar tekrar deneyimleyerek, anlamaya ve algılamaya çalışırlar. Frank (1982), çocuğun oyundaki bu rolünü şöyle belirtmiştir;

“Oyun ile çocuk kendini birikmiş geçmişinden şimdiki zamanına sürekli yönlendirir. Bu yolla dünya ile ilişkisinde yapabildiği ve yapmak zorunda olduğu her değişiklikten dolayı kendisi için yeni bir imaj keşfeder. Böylece çocuk oyununda çatışmalarını ve problemlerini çözmek için oyun materyallerini ve çoğunlukla yetişkin materyallerini kullanarak şaşkınlık ve karışıklıklarını oyun aracılığıyla gösterme girişiminde bulunur.” (Akt.: Yıldız, 2015).

Oyunun çocuğun duygu dünyasındaki bu işlevi, oyunun terapötik olarak kullanılmasını açıklar niteliktedir. Sözel olarak kendisini ifade etmek için gelişimi yetersiz olan çocuğun ruhsal tedavisinde, oyun bir terapi aracı haline gelmiştir.

Oyunun çocuk psikoterapisinde kullanımı, çocuk psikoterapisinin başlangıcı ile eş zamanlıdır. Çocuklar hakkında ilk psikolojik girişim 1909 yılında yayınlanmış, Freud ‘un “Little Hans” (Küçük Hans) adlı çocuğun fobisini anlatan yazısıdır. Bu yazı ile, çocukların yaşadığı psikolojik sorunların duygusal sebeplere dayandığı, ilk kez saptanmıştır. Zira 20. yüzyıl bitimine kadar, profesyonellerin çocuklukta bozuklukları çocuğun eğitimi ve yetişmesindeki kusurlarla ilişkilendirdiği bilinmektedir (Akt.: Tyndall-Lind, Landreth ve Giordano, 2001).

1.4.2. Oyun Terapisi Tarihi

Oyun terapisinin ortaya çıkışı çocuk alanında psikoterapinin çıkış anına denk gelmektedir. Terapötik oyun akımını ve sürecini psikoterapi literatürüne ilk kez sokan kişi Sigmund Freud olmuştur. Freud (1982) psikanaliz kuramını oluştururken bebeklik gelişimi üzerinde durmuş ve çocuklarla oynanan oyunun üç temel görevinin varlığından söz etmiştir. Bunlardan ilki çocuğun kendisini ifade edebilmesinin arttırılması durumudur. İkinci ise, arzuların başarılması, üçüncüsü ise travmatik yaşantılarla başa çıkılmasıdır (Schwartzberger, 2004). Freud (1909), ayrıca Küçük Hans'ı anlattığı bazı yazılarında oyunun önemini sıkça belirtmiştir. Küçük Hans'ın babasının aktarmış olduğu oyun faaliyetlerini Hans'ın yaşamış olduğu bilinçdışı çatışmalarını anlamlandırma da ve yorumlamada sıkça kullanmıştır. Freud psikanaliz kuramının kurucusudur. Psikanaliz, ruhsal hayatımızda olan bilinçsiz bazı içeriklerin bilinçli düzeye getirilmesini amaçlamıştır. Bilinçsiz olan içerikleri bilince getirmek amacıyla kullanılan teknik ise "serbest çağrışım"dır. Serbest çağrışım danışanın içindeki her türden düşünceyi içeriğine ayıp ya da değil, anlamlı veya anlamsız olup olmadığına bakmadan terapistine anlatmasıdır. Danışan bunu gerçekleştirirken şezlongda yatar gibi bir konumdadır. Yani psikanaliz uygulanacak olan danışan anlatarak kendisini ifade etmektedir. Psikanalizin bu tekniğinin çocuklarda ise etkin olarak kullanılamayacağı çok kısa sürede anlaşılmıştır. Çünkü çocuklar için şezlongda yatar konumda durmak çok mümkün olmamıştır (Çelik, 2017; Koçkaya, 2016).

Oyunun psikoterapi de ilk kez kullanımı Hellmuth tarafından gerçekleştirilmiştir. Hellmuth (1921), oyunu çocuk psikanalizin önemli bir kısmı olarak düşünmüştür. Hellmuth altı yaşından daha büyük olan çocuklara, çocukların evlerine giderek onlara terapi seansı vermiştir. Hellmuth terapi seanslarında daha çok çocuk resimlerine ve çocuklara ait oyuncaklara yer vermiştir. Fakat herhangi bir oyun terapisi tekniğinin üzerinde çok fazla durmamış ve bu konuda çok fazla yayın yapmamıştır (Teber, 2015).

Ülkemizde ise, Oyun Terapisi ile ilk kitabı yazan kişi Berka Özdoğan'dır. Özdoğan, kendi emekleri ve gayreti ile bastırılmış olduğu bu kitaba Çocuk ve Oyun: Çocuğa Oyunla Yardım adını koymuştur. İlk baskısı 1988 senesinde yapılan bu kitap bizim ülkemizde oyun terapisi hakkında olan ilk kapsamlı kitap olarak sayılmaktadır. Bu çerçevede yayımlanan ikinci kitap İsmail Ersevimi'nin yazmış olduğu kitabıdır. 2009

senesinde yayınlanan “Oyun ve Oyun Tedavisi” isimli kitap, oyun yöntemi ile çocukların psikolojik problemlerinin çözümünden söz eden ilk yerli kitaplardan olmuştur (Teber, 2015).

2011 senesinde oyun terapisi alanındaki öncü isimlerden olan Garry Landreth’in kitabı olan Oyun Terapisi: İlişki Sanatı Altın Kalem Yayınları tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ülkemizde oyun terapisi alanında yapılan ilk araştırma 1987 yılında Akman tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu tez, ‘Anaokulu okuyan çocuklarda gözlenen ayrılık endişesinin giderilmesinde farklı türden oyun tekniklerinin etkisi’ adı ile yayımlanmıştır (Akman, 1987). Bir sonraki tez çalışması Kaya (2007)’nin ‘Zihinsel engelli çocuklarda oyun tedavisinin etkinliğinin araştırılması’ adlı çalışmasıdır (Akt.: Bulut, 2008).

1.4.3. Oyun Terapisi Türleri

1.4.3.1. Deneyimsel Oyun Terapisi

Deneyimsel Oyun Terapisi (DOT) Byron E. Norton ve Carol Crowel Norton isimli araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve terapide uygulanmış, terapist tarafından yönlendirmenin yapılmadığı bir oyun terapisi (Teber, 2015). DOT, İlişkisel Oyun Terapisi ile Çocuk Merkezli Oyun Terapisi’nin birbiri ile sentezlenmesi ve daha da geliştirilmiş bir şeklidir. DOT çocukların çevrelerini ve dünyayı deneyimleme yolu ile algıladığı düşüncesi üzerine kurulmuştur. Bu tür çocuklar kuşklarını, sorularını ve korkularını zihinsel yol ile anlamaktan daha çok deneyimsel şekilde anlarlar ve karşısındakilere bu şekilde aktarırlar. Çünkü çocuklar onları rahatsız eden bazı duygular üzerinde detaylı şekilde düşünemezler, bunun yerine onları rahatsız eden o duyguları farklı ortamlarda, çeşitli birtakım davranışlar göstererek öğrenirler. Çocuklar 2 yaşlarından sonra sembolik oyunlar ve fantezi oyunlarını oynamaya başlarlar. Bu dönemin sonrasında çocuklar, semboller ve oyuncaklar yolu ile yaşadıkları problemleri canlandırabilirler (Sezer, Yılmaz ve Koçyiğit, 2016).

Oyunda oyuncaklar aracılığı ile canlandırmalar yapan çocuk, gerçek dünyadan uzaklaşarak sıkılmaktan kurtulabilir. DOT’ da çocuğun terapisti ile kurmuş olduğu ilişki iyileşmenin en temel bileşeni konumundadır. DOT’ da aynı Çocuk Merkezli Oyun

Terapisi gibi çocuğun iyileşmek adına çaba gösterdiğine inanmaktadır. Bunun dışında çocuk, acısını anlatacağını ve nasıl oyuna aktaracağını herkesten daha iyi bilmektedir. Bundan dolayı DOT' da terapist oyun terapi odasında çocuğa yönlendirmelerde bulunmaz. Çocuk dilediği oyuna ve oyuncak türüne yönelebilir ve istediği oyun senaryosunu kendisi istediği şekilde yazabilir ve yönetebilir. Eğer çocuk terapi sürecinde oyunlarına terapisti de katmak isterse, terapist o zaman çocukla beraber oyun oynamaya başlayabilir. DOT kapsamında terapist çocuk danışanın kendisine verdiği rolü yerine getirmektedir. Kendisi nasıl hareket etmesini dilerse o şekilde hareket eder. Çocuk kendisini güçlü terapisti daha zayıf bir konuma yerleştirebilir. Bu yol ile çocuk yaşamda yetişkinlerdeki olan gücü terapide deneyimlemiş olmaktadır. Çocuğun vermiş olduğu role bürünen terapist de çocuğun yaşamış olduklarını ve duygularını bu şekilde deneyimleme imkanı bulabilir (Altun, 2017; Çelik, 2017).

1.4.3.2. Gelişimsel Oyun Terapisi

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT), Viola Brody tarafından geliştirilmiş ve uygulanmış oyun terapi türlerinden bir tanesidir. GOT terapist tarafından yönlendirilen, kişisel ya da grup olarak uygulanabilen bir terapi çeşididir. GOT terapi esnasında dokunmayı temel almaktadır. Terapistin çocuğa dokunuşuyla, çocuk kendiliğini fark eder ve aynı zamanda terapistin de varlığının farkına varmaktadır. Böylece terapist ve çocuk arasındaki iletişim başlamış olur (Teber, 2015). GOT' un en temelinde çocuğa şefkatli bir şekilde dokunarak onunla olumlu bir iletişim kurmak ve onu iyileştirmek vardır. Bu terapi tarzında oyuncaklar yoktur, dokunmaya dair çeşitli oyunlar mevcuttur (Schottelkorb, Doumas ve Garcia, 2012).

Terapist, oyunlar aracılığı ile çocuğa ve sorun alanına ulaşır. Bu tür oyunlar, çocuğun cinsel bölgeleri hariç bedeninin birçok yerine dokunmayı kapsamaktadır. Brody 20 yıllık öğretmenlik hayatında uzun süre çocuklarla çalışmıştır. 1953 senesinde ise, bir hastanede psikoterapist olarak çalışma hayatına devam etmiştir. Brody hastanede özellikle psikosomatik bozukluğu olan çocuklarla çalışmaya başlamıştır. Terapi sürecinde dokunmayı hedefleyen Brody, çocuklara sarılarak, onları kucaklayarak, sallayarak ve çocukların ona dokunmasına izin vererek bu tekniği kullanır. Brody,

çocuklarla yapmış olduğu bu araştırmalardan olumlu sonuçlar alır ve 1970 senesinde yapmış olduğu bütün araştırmaları toplarlar ve “Gelişimsel Oyun Terapisi” adı ile ilk eğitimini açmıştır (Teber, 2015).

GOT etki mekanizmasının daha iyi anlaşılabilmesi için, yöntemin temel odak noktası olan dokunma kavramını her yönüyle anlaşılması önemlidir. Dokunma duyusunun fizyolojik ve biyokimyasal etkileri, travma ve duyu bütünleme ile ilişkisi Gelişimsel Oyun Terapisinin işleyişinin daha iyi anlaşılması için önemlidir (Kırış,2016).

1.4.3.3.Psikanalitik Oyun Terapisi

Freud’un Hans’ının sonrasında Hermine Hug-Hellmuth (1921) çocuk analizlerinin daha sonrasında oyunun oldukça önemli olduğunun üzerinde duran ve terapi esnasında çocuğun kendisini anlatabilmesi için oyun malzemeleri ile oynama fırsatı veren ilk terapisttir. Anna Freud ve Melanie Klein’in araştırmasından daha önce bulunmasına rağmen terapi adına önemli girişiminde bulunamamıştır. Ancak çocuklara dair yetişkin terapisi yöntemlerine başvurmadaki güçlüklerle dikkati çekmiştir. Günümüzde bizim karşımıza çıkan çocuklar için yetişkinlerle birlikte gelişmiş yöntemlere başvurma ve çocuk analizinin yetişkin psikanalizinden daha farklı olduğunun saptanması gibi bazı sorunların yaklaşık olarak aynısının o zamanlarda da var olduğunu görebiliyoruz. Analistler yetişkin kişilerin tam tersine çocukların kaygılarını sözel olarak aktarmadıklarını fark etmişlerdir. Bunun yanı sıra yetişkinlerin tersine çocuklar geçmiş yaşamlarını araştırmada ya da gelişim basamaklarını tartışmada ilgisiz görünmüşler ve zamanın çoğunda serbest bir arkadaşlık teklifini geri çevirmişlerdir (Koçkaya, 2016).

Sonuç olarak 1900’lü yılların başında çocuklarla terapi yapan terapistlerin çocuklar hakkındaki fikirleri bir araya getirilerek dolaylı şekilde terapi bağlantısı yoluna gitmişlerdir. 1919’da Melanie Klein (1955) altı yaş grubunda olan çocukların analiz sürecinde oyun yöntemlerini kullanmaya başlamışlardır. Bunun yanında Klein, çocukların oyunlarının yetişkin bireylerin serbest katılımını gerçekleştirerek daha motive edici bir şekilde kararlaştırıldığını ileri sürmüştür. Terapide analizler sözel katılım yerine oyunu getirerek sürdürülmüştür (akt, Altun, 2017). Böylelikle oyun terapisi yöntemi

çocuğun bilinçaltı süreçlerine direkt olarak bir giriş sağlamıştır. Bu müdahalenin sonucu olarak çocuk oyunlarında ek malzemelerin ve oyuncakların sergilendiğini söylemiştir.

Aynı süreç dahilinde Anna Freud (1946\1965) çocukla bir uyum ve ahenk sağlayabilmek için çocuğu teşvik ve motive aracı olarak oyunu sıkça kullanmıştır. Klein' in aksine çocuğun oyunlarının ve yapmış olduğu çizimlerin arkasında yatan bilinçsiz motivasyona bir yorum getirmeden önce çocuk ve terapist arasında var olan duygusal ilişkinin gelişmesine çokça vurgu yapmıştır. Hem Klein hem de Fried bu süreçte geçmişte yaşanan olumsuz durumları kapatmanın ve egoyu güçlendirmenin önemi üzerinde durmuşlardır. Yine iki araştırmacı da çocukların kendisini özgürce ifade etme ve anlatma yolunun oyun olduğuna inanmışlardır (Yıldız, 2015; Teber, 2015). Melanie Klein (1955), çocukları huzursuz eden kaygılarını, savunmalarını ve fantezilerini rahat bir şekilde ifade edebilmeleri için onları yönlendiren tekniğin oyun olduğunu sıkça belirtmiştir. Melanie Klein ile Anna Freud arasında olan en belirgin fark, Klein' in çocukların oyununda var olan bilinçaltı ve bilinç öncesi düzeyde olan bazı anlamların yorumuna olan inancıdır. Her oyun faaliyetinde özellikle cinsel açıdan sembolik birtakım kavramlar saptamıştır. Ayrıca bilinçaltının kavranmasının ve çözümlenmesinin, terapinin asıl görevi olduğuna ve bunun terapist ile çocuk arasında ki aktarım ilişkisinin detaylı şekilde analizi ile başarılı olmada en iyi yol olduğunu kabul etmiştir. Anna Freud (1946-1965), çocukların oyun sürecini, çocuğun iç dünyasını çözümlmek ve anlamak için çocuğun terapist karşısındaki olumlu bazı duygularını kolaylaştırmada ilk yol olarak ele almıştır. Asıl hedef onu sevmesi için çocuğun dikkatinin o yöne çekmekti. Oyunu doğrudan yorumlama en az seviyedeydi ve oyun durumunda her şeyi sembolik bir şekil olarak görmemesi için uyarılırdı. İki araştırmacı arasındaki temel fark bu şekildedir (Schwartzberger, 2004).

1.4.3.4. Kum Terapisi

Kum Terapisi, oyun terapisinin bir yöntemidir. Bu tekniğin içerisinde kum, su, çok sayıda minyatürden oyuncaklar ve kum tepsi aktif olarak kullanılır. Bu terapi türü sözel olmayan bir terapi türüdür ve çocuk bireylerde, ergenlerde ve yetişkinlerde sıkça kullanılır. Bu süreçte zaten kumun terapötik bir etkisi vardır. Çocuklar kumla birlikte

oynamaya fazlasıyla heveslidir ve birçok yetişkin birey çocukluk çağında kumla birlikte eğlenceli vakit geçirmiştir (Bulut, 2008). Kum terapisi esnasında terapist, danışına iki adet kum tepsi verir. Bu tepsilere birisinde kuru kum, diğerinde ise ıslak kum bulunmaktadır. Danışan bu tepsilere hangisini kullanacağını kendisi tercih etmektedir. Bu tepsinin boyu bireylerin ilk baktığı anda görebileceği büyüklükte olmalıdır. Yani ölçüleri gözün görme alanına göre seçilmiştir. Tepsinin iç kısmı mavi renkte boyanmıştır ve buradaki mavilik deniz, nehir ve suyu temsil etmektedir. Bu terapide esnasında terapist danışanına yüzlerce belki binlerce minyatür bir arada sunmaktadır (Altınmakas, 2010).

Bu terapi türünün temelleri Jung'un terapi esaslarına dayanır ve onun terapi ilkelerinin izlerini taşımaktadır. Bu nedenle kollektif bilinçdışı, arketipler gibi kavramlar bu terapinin temelini ve kurgusunu oluşturmaktadır. Danışan, küçük oyuncak minyatürler yardımı ile kumun üstüne yaşamış olduğu çatışmalarını, bilinçdışında olan süreçlerini kolaylıkla aktarır. Bilinçdışının yüzeye getirilmesi ile bilinç bir şekilde aktive edilir, bilinçdışı ile bilinç arasında gerekli bağ kurulur. Bu süreç iyileşmeyi ve değişimi başlatmaktadır. Kumun terapi sürecinde ilk kez kullanımı bir pediatrist olan İngiliz Margeret Lowenfield tarafından 1920'li yılların son döneminde başlamıştır. Lowenfield çocuklarla olan araştırmalarında çocuklarla iletişime geçmenin yollarını araştırmıştır (Teber, 2015).

1.4.3.5. Kukla Terapisi

Kuklalar ruh sağlığı alanında ve terapi sürecinde hem tanılama, hem de tedavi sürecinde uzun yıllardır aktif olarak kullanılmaktadır. Ancak kuklanın terapi sürecinde aktif kullanımı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır. Kuklalar bize temel olarak çocuğun yaşamındaki önemli bireyler hakkında bilgiler vermektedir. Çocuk bu önemli bireyler hakkındaki fantezilerini ve duygularını kukla aracılığıyla bize aktarmaktadır. Kukla gerçek bir birey olmadığından dolayı çocuk rahatça öfkesini kuklaya aktarabilmektedir. Bu yansıtma sebebi ile yargılanması ve eleştirilmesi gibi bir durum yaşanmaz. Bu da çocukların kukla aracılığı ile düşüncelerini ve duygularını daha özgür şekilde ifade etmelerine şans tanımaktadır. Kuklanın çocuk psikoterapisinde ilk kez ve en geniş kapsamlı kullanımı 1935'li senelerde Bender ve Waltman isimli araştırmacılar tarafından

gerçekleştirilmiştir. Bu iki araştırmacı New York'ta yer alan Bellevue Hastanesinin Psikiyatri bölümünün olan çocuklara kukla terapisi ile tedavi uygulamışlardır. Kukla terapisi yoluyla çocukların anlatmakta zorlandığı duygu, düşünce ve çatışmaları anlatabildiklerini gözlemlemişlerdir. Daha sonrasında bu hastanedeki çocuklar için “Afrika'daki Casper” ismiyle bir kukla oyunu üretmişlerdir.

Casper isimli oyun yabancıların çok fazla olduğu dünyaya giden küçük bir çocuğu temsil etmektedir. Bu oyun süresince çocukların kuklalarla etkileşim halinde olması sağlanmış, daha sonrasında ise kukla üzerine çocuklarla tartışarak çocukların hislerini kukla oyununa yansıtmalarına izin vermişler ve bu durumu gözlemlemişlerdir (Altun, 2015).

Bender ve Waltman, kuklanın çocukta var olan öfkesini ve anne-baba ve kardeşleri ile arasında olan çarpık ilişkisini göstermede çok etkin bir yöntem olduğunu saptamıştır. Öfke ve sevginin dengeli bir şekilde karşı tarafa ifadesinin çocukta bulunan sorunları çözümlediğine inanmışlardır. Kukla oyununda gerçek terapötik gücün oyun sonrasında olan tartışma bölümü olduğunun üstünde durmuşlardır. Bu oyun ve buna benzer oyunlar haricinde Bender ve Waltman kukla oyunları için atölyeler açmışlar ve buralarda çocukların kendileri için kuklalarını üretebilmelerine yardımcı olmuşlardır (Schottelkorb ve ark, 2012).

Kukla terapisini kullanmaya erken başlayanlardan biri İsviçre'li Rampert'tir. Rampert (1938) çocuklarla yapmış olduğu terapötik araştırmaları arttırmak maksadıyla araştırmalarında kuklaları da kullanmıştır, kuklalarla çocuklar üzerinde birçok araştırma yapmışlar ve çocukların sözcüklerle anlatamadıklarını duygu ve düşüncelerini kuklalarla ifade ettiklerini gözlemlemişlerdir. Kukla oyununun içerisinde çocuklar kendilerini bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde kendilerini bir kuklanın yerine koyarlar. Bunların yanında çocuk kukla üzerine elini takarak kuklaya tam hakimiyet kurması ile de çocuk egosunu genişletir ve geliştirir (Yıldız, 2015).

1.4.3.6. Theraplay

Theraplay, aynı kukla terapi gibi bir tür oyun terapisi tekniğidir. Bu oyun terapi tekniğinde aile de oyun terapisi sürecine dahil olur. Theraplay' in hedefi ana-baba ile çocuk arasında var olan bağları sağlamlaştırmaktır. Theraplay tekniği için özel ve farklı bir oyun odasına gerek yoktur. Bu terapi sürecinde oyuncaklardan çok oyunlar ön plana çıkmaktadır. Bundan dolayı farklı oyun terapilerinin tersine oyuncaklarla dolu bir odada değil, daha sade bir odada yerde oturur şekilde terapi seansı yapılır. Terapiye ana-baba da dâhil olabilir (Aral. 2008: Öğretir, 2000).

Theraplay tekniğinde oyunlar 4 farklı kategoride bulunur. Bunlar şu şekildedir: yapı oyunları, bağıllık oyunları, besleme oyunları ve mücadele oyunlarıdır. Çocukların bu dört kategori içerisinde hangi oyun türüne daha çok ihtiyaç duyduğu Theraplay terapistinin kendisi belirlemektedir. Yani Theraplay' de her çocuğa özgün bir oyun ve terapi planı belirlenir ve seans esnasında bu oyunlar sırası ile oynanmaktadır. Terapist hangi çocuk danışan için ne çeşit oyunların tercih edilmesi gerektiğine Marschak Etkileşim Metodu'nu kullanarak karar vermektedir. Bu teknik çocuklar ile onlara bakım veren kişiler arasındaki iletişimi gözlemleyebilmek için geliştirilmiş ve yapılandırılmış bir metottur. İlk görüşmenin sonrasında terapist çocuğa bakım veren kişiye çocukla birlikte yapacağı bir birtakım görevler verir (Teber, 2015).

Çocuk ve ona bakım veren birey sade bir odada verilen bu vazifeleri gerçekleştirirler. Bu süreç kamera ile kayıt altına alınır. Terapist daha sonrasında bu kamera kaydını tekrar tekrar izleyerek çocuğun yapı, mücadele, besleme gibi bazı bağıllık türlerinden hangisine daha çok ihtiyaç duyduğunu belirler ve buna göre terapisini uygulama planını çizer (Teber, 2015).

1.4.3.7. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (ÇMOT), Carl Rogers (1951) tarafından geliştirilmiş olan birey merkezli kuramın temel felsefesi üzerine kurulmuştur. Rogers'ın öğrencisi ve aynı zamanda çalışma arkadaşı olan Virginia Axline (1947) tarafından ise geliştirilmiştir. Axline'nın temellerini attığı ÇMOT, Gary Landreth ile birlikte daha sistematik ve fonksiyonel bir yapı haline gelmiştir (Ray, Bratton, Rhine ve Jones, 2001).

Bu yaklaşımın en temelinde çocuğun bir kişi olduğu ve çocuğun terapinin merkezi olduğu inancı hakimdir. ÇMOT' de, danışan merkezli terapidekine benzer, belirli bir uygulama durumu olmaksızın çocukla beraber olma süreci kabullenilmiştir (Ray, Bratton, Rhine ve Jones, 2001). Axline, terapide en temel hedefin; çocuğu değiştirmek ya da kontrol etmek değil çocuğun kendi davranışlarının bir şekilde farkına varmasını sağlamak ve kendini yönetebilmesine izin vermek olduğunun üzerinde durulmuştur. Terapide önemli olan husus danışan ve terapist arasında kurulan sağlıklı ve verimli bir ilişkidir, bu ilişki sayesinde terapist çocukla birlikte değişim sürecini bitirmiş olur. Değişim için temel güç terapistin bilgisinden de çok çocuğun içsel dinamiği ve durum hakkındaki bilgisidir. ÇMOT 2-10 yaş arasındaki çocuklara daha sık uygulanmaktadır (Çelik, 2016).

ÇMOT'de problem yerine çocuk, geçmiş yerine şu an, düşünce ve hareketler yerine duygular, açıklama yerine anlayış, düzeltme yerine kabullenme önemlidir. Terapist komut vermesi yerine çocuğun terapötik süreci yönetmesi esastır. Değişim için ana güç terapistin bilgisi değil, çocuğun içsel kaynakları ve bilgeliğidir (Landreth, 2012).

DOT ve ÇMOT, terapötik ilişkinin iyileştirici gücüne inanma ve çocuğu yönlendirmeme ilkelerinde benzerdir. İki yöntemi farklı kılan iki temel unsur vardır: terapistin rolü ve metaforik yorum (Kırış,2016). DOT terapisti çocuğun seanslarda kurguladığı oyunların ve kullandığı materyal ve oyuncakların metaforik anlamlarını önemser ve takip eder. Gerektiğinde çocuğun tanı ve tedavisi için veri kaynağı olarak değerlendirir. Ancak ÇMOT terapisti salt olarak çocuk ile olan ilişkiye odaklanır ve metaforik yorumlama gereği duymaz. ÇMOT'de terapist sözel yollarla geri bildirimlerde, yansımalarda bulunarak çocuğun deneyimini pekiştirir. DOT'da ise terapist sözel geri bildirim, içeriği aktarmak yerine daha çok çocukla birlikte çocuğun oyununu deneyimler. (Teber, 2015).

1.4.3.7.1. Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde Oyuncak Seçimi

Oyun terapisi uygulamalarının başlangıcından bugüne oyuncaklar aktif olarak seansta kullanılmaktadır. Oyun odasında birbirinden farklı oyuncakların ve oyun malzemelerinin bulunmasının çocuğun oyununu farklılaştırılmasına yardımcı olacağı ve bu yolla bastırılmış olduğu bazı duygularının da açığa çıkmasını kolaylaştıracağı öngörülmektedir. Oyun odası çocuğun sadece eğleneceği ve hoşça vakit geçireceği bir mekan olmadığından seçilen oyuncakların da gelişigüzel seçilmemesi ve terapötik bir amaca hizmet vermek için seçilmesi gerekmektedir. Seçilen oyuncakların çocuğun sorunlarını yansıtabileceği ve sembolik ifadeye uygun, bireysel kontrolünü kazanabilmesine yardımcı olan, engellenme duygusunu yaşamayacağı ve kendi iç dünyasını rahat bir şekilde ifade etmesine yardımcı oyuncaklar olmasına özen göstermelidir. Bunun yanında oyuncakların, sade, basit; kolay bir şekilde kırılmayacak, çok gürültü yapmayan ve ses çıkartmayan, yapılandırılmamış oyuncaklar olmasına dikkat edilmeli, mekanik oyuncaklar, bilgisayar oyunları, elektronik eşyalar, pilli ya da bataryalı oyuncakların oyun odasında olması çocukların sağlığı açısından riskli olabilir (Yıldız, 2015).

Oyun odasında var olan eşyalar terapistin kurumsal eğilimine göre farklılık göstermekle birlikte yönlendirici olmayan oyun terapisine göre oyun odasında bulunabilecek oyuncaklar aşağıdaki gibidir (Koçkaya, 2016):

- Oyuncak robotlar, askerler ve asker eşyaları,
- Dinozorlar, pelüş gibi oyuncak hayvanlar,
- Plastik mutfak eşyaları,
- Oyun evi ve ev eşyaları; masa, sandalye, bebek yatağı, fırın, paspas, yemek kapları gibi,
- Bebek elbiseleri, çamaşır askısı ve çamaşır ipi, elbise sepeti, bezden bebekler,
- Mum boyalar, kil toprak, parmak boya, oyun hamuru,

- Kum, su, leğen, kum havuzu,
- Ahşap çiviler, ahşap tokmak,
- Kâğıt veya yumuşak materyal bebek,
- Oyuncak araçlar; otomobil, kamyon, uçaklar,
- Sanat eşyaları, boyama kalemi seti, keçeli boyama kalem seti, pastel boyalar kâğıt, bant, keskin olmayan bir makas,
- En az iki adet oyuncak cep telefonu.

1.4.3.7.2. Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Amaçları

Büyük kişiler gibi rahatlıkla duygularını gösteremeyen çocuklar oyun terapisi ile kendilerini ifade etmeyi öğrenmektedirler. Günlük hayatta problemler yaşayan ve duygularını kolay bir şekilde gösteremeyen çocuklar oyun terapileri ile yaşadıkları sorunlarla baş etmeyi öğrenmekte ve olumsuz olan davranışlarını değiştirebilmektedir. Bu aşamada hedef çocuğun kendisini iyi hissetmesini sağlamak ve psikolojik problemlerin yok olmasına yardım etmektedir. Birden fazla farklı yöntemle uygulanan oyun terapileri seanslarına ailelerin de katıldığı terapiler bulunmaktadır. Oyun terapisi uzmanının kullandığı yöntemler daha profesyonel ve ustaca olmaktadır. Çocukla empati ve terapötik ilişki kuran terapist, hedefe yönelik çalışmalarla çocuk için uygun olan oyun zeminini hazırlamaktadır. Bu yaklaşımda amaç çocuğun kendi davranışlarının farkına varmasını sağlamak ve kendini yönetmesine izin vermektir. (Teber, 2015).

1.4.4. Alan Dizini Çalışmaları

Oyun çocukların gelişimleri için gerekli bir araçtır. Çocuğun gelişimi ve gelişim basamaklarındaki ihtiyaçları oyun terapisi için en önemli faktördür (Perry and Szalavitz, 2006). Oyun terapisinde çocuk sosyal olarak gelişecek, geçmiş deneyimlerini yansıtacak, enerjisini boşaltacak, duygu ve düşüncelerini yansıtacaktır (Gil and Drewes, 2005). Bu bölümde çocuk merkezli oyun terapisinin travmatik deneyimi olan çocuklarda etkinliği ile ilgili alan dizin çalışmalarına yer verilecektir.

Çocuk merkezli terapinin duygusal stresin azaltılmasındaki etkisinin terapinin çocuğa kazandırdığı kendine yönelim, duygusal ve davranışsal büyümenin farkına varma fenomenleri ile açıklanabilir (Landreth, 2012). Terapi süresince çocuk geçmiş travmatik deneyimleri terapi odasına taşımakta ve tekrar deneyimlemektedir. Terapistin oyun terapisi ile çocuğa kazandırdığı farkındalık, kendiliğın önemi ve başa çıkma için destek çocuğun duygusal stresinin azalmasında faydalı olmaktadır.

Çocuk merkezli oyun terapilerinde diğer oyun terapilerinin aksine çocuğun terapinin merkezine alınmasının da iyileştirici bir rolü olduğu düşünülmektedir (Wilkins, 2010). Rogers (1957) çalışmalarına benzer olarak, patolojilerin sağaltımında ve terapötik iş birliğinin oluşmasındaki ilk adım olan karşılıklı güven çocuk merkezli oyun terapilerinde daha ön planda olmaktadır. Çocuğun patolojik belirtilerinin azalmasındaki etmenlerden birisi olarak da bu durum gösterilmektedir.

Herman (1997) ve Webb (1991) çocukların travmatik deneyimlerini bütünleştirmeleri ve travmalarını çözüme kavuşturmalarını önermektedir. Bu noktada oyun terapisi çocukların travmatik deneyimlerini sözel olmayan yollarla aktardığı bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuğu merkeze alarak bu ipuçlarını takip etmesi sağaltımda en önemli role sahiptir.

Crane (2005) çalışmasında çocuk merkezli oyun terapisini Maslow Hiyerarşisi'ne uygunluğu ile açıklamıştır. Çocuk merkezli oyun terapisi içeriği gereği Maslow'un güven, sevilme ve kabul edilme basamaklarında çocukların ihtiyaçlarını karşılamakta ve terapinin iyileştirici rolüne bu yönleri ile katkıda bulunmaktadır.

Gargona (2013)'e göre çocuk merkezli oyun terapisi ilk olarak travmatik çocuğun tehdit hissetmeden zorlu düşünce, duygu ve davranışlarını gösterme imkanı tanımaktadır. İkinci olarak terapist farklı oyunlar deneyerek çocuğun bu oyunlara tepkisini değerlendirmektedir. Çocuk ilerleyen seanslarda anı ve rüyalarını hatırlayabilmekte ve bunlar hakkında konuşabilmektedir. Bu nedenle çocuk merkezli oyun terapisi çocuğa kendini keşfetme ve kendini gerçekleştirme olanağı sağlar. Bu teknikler çocuğun zedelenmiş egosunu tamir etmesi yolu ile kendine güvenme yeteneğini güçlendirmektedir.

Yoshida (2014) çocuk merkezli oyun terapisinin travma sonrası stres bozukluğu yaşayan çocuklarda etkinliğinin terapistin duygu koçluğu rolü ile açıklamaktadır. Terapistler travmatik deneyimlerin getirildiği terapilerde çocukların duygu, düşünce ve davranışlarını gözlemlemektedir. Bu noktalarda yaptıkları yorumlar ve verdikleri destekleyici konuşmalar çocukların duygusal ve bilişsel dünyalarının yeniden düzenlenmesinde yararlı olacak ve terapinin iyileştirici rolüne katkı sağlayacaktır.

Baggery (2004) sokak çocuklarında yaptığı çalışmasında çocuk merkezli oyun terapisinin etkisini incelemiştir. Birçok travmatik deneyimi olan çocuklarda yapılan terapiler sonrasında kendilik değerinin yükseldiği, olumsuz düşüncelerin ve stresin azaldığı görülmüştür. Shen (2002) tarafından yapılan çalışmada, deprem mağduru Çinli çocuk örnekleme ile yapılan terapiler sonucunda çocuklardaki stres, depresyon ve uyum sağlamada zorluk gibi semptomların iyileştiği görülmüştür.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmanın amacı çocuk merkezli oyun terapisinin çocuk evlerinde kalan ve erken dönem çocukluk dönemlerinde istismar ve ihmal öyküsü olan 5-10 yaş grubu çocukların travma sonrası duygusal stres düzeylerine etkisinin incelenmesidir.

1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Çocuklarda travmanın sağaltımı için çeşitli terapi yöntemleri denenmekle birlikte bu yöntemler yetişkinler için tasarlanmış olup çocuklara hitap etmemektedir. Çocukların bilişsel ve duygusal süreçleri yetişkinler gibi işlememektedir. Çocukların daha iyi anlaşılması noktasında oyuncaklar ve oyun terapisi devreye girmektedir. Bu çalışmada çocuklarda görülen birçok patolojide etkin olan çocuk merkezli oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan çocukların travma sonrası duygusal stres düzeyinin iyileştirilmesinde etkinliği bilimsel olarak gösterilecektir.

Bu çalışma, Çocuk Evlerinde bakımı sağlanan ve Korunmaya Muhtaç Çocuklara yönelik terapötik bir uygulamanın ele alındığı ender çalışmalardan biri olması ve yaşamlarının ilerleyen dönemlerine daha sağlıklı dönmeleri, topluma yararlı birer birey olmaları yönünden oldukça önemlidir.

1.7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

H₁: çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası çocukların travma sonrası duygusal stres puanları anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir.

H₂: demografik bilgilere göre çocukların terapi öncesi ve sonrası travma sonrası duygusal stres puanları için anlamlı bir farklılık vardır.

1.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmada yer alan sınırlılıklar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Çalışmanın sonuçları Mutlu Yuva Derneği Çocuk Evleri'nde kalan çocuklar ile sınırlıdır.
- Terapi süreci terapiyi uygulayan beş psikolog ile sınırlıdır.
- Elde edilen bulgular kullanılan ölçek verileri ile sınırlıdır.

- Çocuk merkezli oyun terapisinin etkinliği travma sonrası duygusal duygusal stres düzeyleri ile sınırlıdır.
- Araştırma süresinde çocukların psikolojik sağlıklarını etkileyebilecek öz aile görüşmeleri, evden bir çocuğun –evlatlık verilme, koruyucu aile ya da öz aileye dönüş nedeniyle- ayrılışı gibi yaşam olaylarının önüne geçilememiş, değişken parametreler azaltılamamıştır.

1.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Yapılan çalışmada:

- Kullanılan ölçeğin ölçülmek istenilen kavramı ölçtüğü varsayılmıştır.
- Katılımcıların anket formunu içten ve gerçeği yansıtır şekilde cevapladığı varsayılmıştır.
- Terapi uygulayıcısı psikologların çocuk merkezli oyun terapisi ilkelerine uygun olarak seanslarını yürüttükleri varsayılmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Yapılan çalışma yarı deneysel desende tasarlanmış öncesi-sonrası çalışmasıdır. Çalışma retrospektif bir çalışma olması nedeniyle araştırmacı önceden toplanan verileri analize almıştır. Çalışmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisi'nin etkinliği incelenmiştir. Bu kapsamda Mutlu Yuva Derneği'nin faaliyet alanı dahilinde desteklenen, çocuk evlerinde kalmakta olan korunmaya muhtaç çocuklardan, özlük dosyalarında travma geçmişi saptanan çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma için uygulayıcı ekip; Mutlu Yuva Derneği'nde çalışan psikolog-oyun terapistlerinden oluşmaktadır. Bu süreçte beş psikolog-terapist 40 çocuğun her birine 12 seans ve her seans 45 dakika olmak üzere çocuk merkezli oyun terapisi uygulamıştır. Araştırma süresince terapötik işleyiş ile ilgili süpervizyon desteği alınmıştır. Terapi süreci Ocak-Haziran 2018 arasında sürdürülmüş ve sonrasında veriler toplanmıştır.

Çocuklara terapi öncesi ve bitiminde Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) uygulanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklem grubu, Mutlu Yuva Derneği'nin Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile imzalamış olduğu "Çocuk Evlerinin Açılması ve İşletilmesine İlişkin Protokol" kapsamında açılan Çocuk Evlerinde kalmakta olan korunmaya muhtaç çocuklardan oluşmaktadır. Örneklem grubu herhangi nörolojik, fiziksel rahatsızlığı bulunmayan, özlük dosyalarında travma öyküsü saptanan 5-10 yaş grubundan yaş ortalaması $7,28 \pm 1,52$ olan 16 kız ve 24 erkek olmak üzere toplam 40 çocuktan oluşmaktadır. Katılımcıların çocuk evince bulunma süreleri 1-7 yıl arasında ortalama $2,92 \pm 1,69$ yıl olduğu görülmüştür.

2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çocuklar, terapi uygulamasına alınmadan önce ve tamamlandıktan sonra, Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği ve çocuklar ile ilgili demografik bilgilerin olduğu formlar çocuklar hakkında yeterli bilgi sahibi olan bakım elemanları tarafından doldurulmuştur. Toplam 40 çocuk için ölçekler tamamlandıktan sonra verilerin hesaplanması ve değerlendirilmeleri yapılmıştır.

Yapılan çalışmada anket veri toplama tekniği kullanılmıştır. Anket formunda yer alan ölçekler aşağıda verilmiştir.

2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmada kullanılan sosyo-demografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda çocuğun ad, soyad, yaş, cinsiyet bilgilerinin yanı sıra kaldığı çocuk evi ve kalma süresi, psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımı, biyolojik aile ile görüşme durumu bilgileri yer almaktadır. Veri formu Ek 1’de verilmiştir.

2.3.2. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS)

Saylor ve arkadaşları (1999) tarafından 2-10 yaş çocukların travma sonrası duygusal stres düzeylerinin ölçülmesi için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Göktepe (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçekte 4’ü açık uçlu ve 20’si 4’lü Likert tipinde olmak üzere toplam 24 soru bulunmaktadır. Analizlere Likert tipinde olan 20 soru alınmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında 5 altboyutu olduğu görülmüştür. Bu altboyutlar sırası ile dürtüsellik, korku-endişe, yalnızlık-uyku, dikkat/hafıza ve somatizasyon/gerileme altboyutlarıdır. Ölçeğin orijinal çalışmasında 0,85’lik geçerlilik katsayısı ve Türkçe uyarlama çalışmasında 0,84 değerinde geçerlilik katsayısı elde edilmiştir. Bu çalışmada 0,91 değerinde geçerlilik katsayısı hesaplanmıştır.

Çalışmanın örneklemini 225 kişiden oluşmaktadır. Bunlardan 190'ı travmatik olay yaşamış gruptan olup çocuk evlerinde kalmaktadır. 35 kişi ise travmatik yaşantısı olmadığı varsayılan ve ebeveynleriyle yaşayan gruplardır. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS), kullanım ve değerlendirmede pratik olması, çocukların travmaya bağlı ortaya çıkan semptomları DSM tanı sistemine uygun olması ve koruma altındaki çocuklara daha önceki çalışmalarda hizmet etmiş olması nedeniyle tercih edilmiştir. Ölçeğin Türkiye standardizasyonunun da olması, ölçeğin tercih sebeplerindedir. Genel olarak bakıldığında, Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve Türkçe Versiyonunun Türk örnekleminde çocukluk çağı travma sonrası stres belirtilerinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği görülmüştür (Göktepe, 2014).

2.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZ YÖNTEMİ

Toplanan verilerin analiz edilmesinde SPSS.24 (Statistical Package For Social Science) paket veri programı kullanılmıştır. Parametrik ve parametrik olmayan testlerin belirlenmesi noktasında verilerin normallik dağılımı incelenmiştir. Kolmogorov-Smirnov test istatistiği sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği bulunmuş ve parametrik olmayan testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Demografik bilgilerin dağılımı için frekans analizi, ölçek ve altboyut toplam puanları için betimleyici tablo, terapi öncesi ve sonrası ölçek ve altboyut puanları arası farklılığın incelenmesi için Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, iki kategorili değişkenlerin puanları arası farklılık için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenlerin puanları arası farklılık için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Elde edilen veriler istatistiksel olarak $p=0,05$; $p=0,01$ ve $p=0,001$ anlamlılık düzeyine göre incelenmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 2. Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kız	16	40,0
	Erkek	24	60,0
Biyolojik aile ile görüşme	Var	27	67,5
	Yok	13	32,5
Psikiyatrik tanı	Var	11	27,5
	Yok	29	72,5
Tanı	Davranış bozukluğu	2	5,0
	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	6	15,0
	Depresyon	2	5,0
	Dürtüsellik	1	2,5
İlaç	Var	10	25,0
	Yok	30	75,0
İlaç kullanımı	Metilfenidat Hidroklorür	3	7,5
	Risperidon	6	15,0
	İmipramin Hidroklorür	1	2,5

Yapılan çalışmada 16'ı kız (%40,0) ve 24'ü erkek (%60,0) olmak üzere toplam 40 kişi katılmıştır. Biyolojik ailesi ile görüşen 27 kişi (%67,5) ve görüşmeyen 13 kişi (%32,5) vardır. Katılımcılar içinde 11 kişinin (%27,5) psikiyatrik bir tanısı varken 29 kişinin (%72,5) yoktur. Tanısı davranış bozukluğu olan 2 kişi (%5,0), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 6 kişi (%15,0), depresyon olan 2 kişi (%5,0) ve dürtüsellik olan 1 kişi (%2,5) bulunmaktadır.

İlaç kullanan 10 katılımcı (%25,0) ve kullanmayan 30 katılımcı (%75,0) vardır. Etken maddesi Metilfenidat Hidroklorür kullanan 3 kişi (%7,5), Risperidon kullanan 6 kişi (%15,0) ve İmipramin Hidroklorür kullanan 1 kişi (%2,5) bulunmaktadır.

Tablo 3. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri ve Açık Uçlu Soruları için Betimleyici İstatistiksel Tablo

Değişkenler	n	Min.	Max.	\bar{x}	ss
Yaş	40	5	10	7,27	1,52
Çocuk evinde bulunma süresi	40	1	7	2,93	1,69
PEDS Ölçeği ilk ölçüm	40	20	48	32,75	8,20
Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	40	4	16	10,15	3,87
Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	40	3	12	7,50	2,74
Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	40	3	10	5,20	1,64
Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	40	2	8	5,83	1,69
Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	40	2	8	4,07	1,49
PEDS Ölçeği son ölçüm	40	15	25	18,47	2,18
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm	40	4	9	5,53	1,18
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm	40	3	6	3,87	0,91
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm	40	3	5	3,45	0,68
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm	40	2	5	3,15	0,80
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm	40	2	4	2,48	0,55

Çalışma demografik verileri yaş ve çocuk evinde bulunma süresi ile Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve altboyutları için ön test ve son test ölçümlerinin en küçük-büyük değer, ortalama ve standart sapma gibi betimleyici istatistiksel değerleri tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 4. Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi

Terapi Öncesi-Sonrası Sonuçlar	Risk grubu	n	Medyan	z	p
PEDS Ölçeği son ölçüm - PEDS Ölçeği ilk ölçüm	Negatif sıra	40	20,50	-5,514	0,000***
	Pozitif sıra	0	0,00		
	Eşit sıra	0			
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm - Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	Negatif sıra	37	19,00	-5,321	0,000***
	Pozitif sıra	0	0,00		
	Eşit sıra	3			
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm - Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	Negatif sıra	37	19,00	-5,316	0,000***
	Pozitif sıra	0	0,00		
	Eşit sıra	3			
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm - Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	Negatif sıra	28	15,36	-4,633	0,000***
	Pozitif sıra	1	5,00		
	Eşit sıra	11			
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm - Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	Negatif sıra	37	19,00	-5,335	0,000***
	Pozitif sıra	0	0,00		
	Eşit sıra	3			
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm - Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	Negatif sıra	29	15,00	-4,790	0,000***
	Pozitif sıra	0	0,00		
	Eşit sıra	11			

***p<0,001

Çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası, çocukların ölçek ve altboyut medyanları arasındaki farklılık Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda çocukların terapi öncesi ve sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ($z=-5,514$; $p<0,001$), dürtüsellik altboyutu ($z=-5,321$; $p<0,001$), korku-endişe altboyutu ($z=-5,316$; $p<0,001$), yalnızlık-uyku altboyutu ($z=-4,633$; $p<0,001$), dikkat/hafıza altboyutu ($z=-5,335$; $p<0,001$) ve somatizasyon/gerileme altboyutu ($z=-4,790$; $p<0,001$) medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Terapi sonrasında 40 çocuğun Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) medyanı, 37 çocuğun dürtüsellik altboyutu medyanı, 37 çocuğun korku-endişe altboyutu medyanı, 28 çocuğun yalnızlık-uyku altboyutu medyanı, 37 çocuğun dikkat/hafıza altboyutu medyanı ve 29 çocuğun somatizasyon/gerileme altboyutu medyanının düştüğü görülmüştür.

Tablo 5. Kız ve Erkeklerin Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Altboyut	Cinsiyet	n	medyan	z	p
PEDS Ölçeği ilk ölçüm	Kız	16	23,88	-1,493	0,135
	Erkek	24	18,25		
Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	Kız	16	20,53	-0,014	0,989
	Erkek	24	20,48		
Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	Kız	16	24,28	-1,683	0,092
	Erkek	24	17,98		
Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	Kız	16	24,28	-1,702	0,089
	Erkek	24	17,98		
Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	Kız	16	21,22	-0,325	0,745
	Erkek	24	20,02		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	Kız	16	26,16	-2,589	0,010*
	Erkek	24	16,73		
PEDS Ölçeği son ölçüm	Kız	16	24,34	-1,725	0,085
	Erkek	24	17,94		
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm	Kız	16	21,56	-0,491	0,624
	Erkek	24	19,79		
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm	Kız	16	25,13	-2,176	0,030*
	Erkek	24	17,42		
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm	Kız	16	22,69	-1,147	0,251
	Erkek	24	19,04		
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm	Kız	16	19,56	-0,442	0,659
	Erkek	24	21,13		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm	Kız	16	23,03	-1,285	0,199
	Erkek	24	18,81		

*p<0,05

Çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası, çocukların cinsiyete göre ölçek ve altboyut medyanları arasındaki farklılık Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda kız ve erkek çocukların terapi öncesi somatizasyon/gerileme altboyutu ($z=-2,589$; $p<0,05$) ve terapi sonrası korku-endişe altboyutu ($z=-2,176$; $p<0,05$) medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Kız çocukların terapi öncesi somatizasyon/gerileme ve terapi sonrası korku-endişe medyanlarının erkek çocuklara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Biyolojik Aile ile Görüşme Durumuna Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Altboyut	Aile ile görüşme	n	medyan	z	p
PEDS Ölçeği ilk ölçüm	Var	27	20,04	-0,362	0,718
	Yok	13	21,46		
Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	Var	27	20,24	-0,204	0,838
	Yok	13	21,04		
Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	Var	27	19,94	-0,436	0,663
	Yok	13	21,65		
Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	Var	27	20,35	-0,118	0,906
	Yok	13	20,81		
Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	Var	27	20,13	-0,296	0,767
	Yok	13	21,27		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	Var	27	21,00	-0,404	0,686
	Yok	13	19,46		
PEDS Ölçeği son ölçüm	Var	27	22,07	-1,247	0,212
	Yok	13	17,23		
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm	Var	27	21,50	-0,815	0,415
	Yok	13	18,42		
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm	Var	27	21,54	-0,861	0,389
	Yok	13	18,35		
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm	Var	27	21,61	-1,029	0,304
	Yok	13	18,19		
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm	Var	27	21,00	-0,416	0,677
	Yok	13	19,46		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm	Var	27	20,50	0,000	1,000
	Yok	13	20,50		

Çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası, çocukların biyolojik aile ile görüşme durumlarına göre ölçek ve altboyut medyanları arasındaki farklılık Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre çocukların biyolojik aileleri ile görüşüp görüşmemelerine göre Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve altboyut medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Psikiyatrik Tanı Durumuna Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyut Medyanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Altboyut	Psikiyatrik tanı	n	medyan	z	p
PEDS Ölçeği ilk ölçüm	Var	11	25,68	-1,729	0,084
	Yok	29	18,53		
Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	Var	11	26,05	-1,864	0,062
	Yok	29	18,40		
Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	Var	11	21,95	-0,488	0,625
	Yok	29	19,95		
Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	Var	11	22,05	-0,525	0,600
	Yok	29	19,91		
Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	Var	11	26,14	-1,923	0,054
	Yok	29	18,36		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	Var	11	23,09	-0,894	0,371
	Yok	29	19,52		
PEDS Ölçeği son ölçüm	Var	11	30,82	-3,493	0,000***
	Yok	29	16,59		
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm	Var	11	28,82	-2,898	0,004**
	Yok	29	17,34		
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm	Var	11	26,00	-1,952	0,051
	Yok	29	18,41		
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm	Var	11	25,23	-1,870	0,061
	Yok	29	18,71		
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm	Var	11	24,64	-1,471	0,141
	Yok	29	18,93		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm	Var	11	19,41	-0,418	0,676
	Yok	29	20,91		

p<0,01; *p<0,001

Çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası, çocukların psikiyatrik tanılarının olup olmaması durumlarına göre ölçek ve altboyut medyanları arasındaki farklılık Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre psikiyatrik tanısı olan ve olmayan çocukların terapi sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ($z=-3,493$; $p<0,001$) ve dürtüsellik altboyutu ($z=-2,898$; $p<0,01$) medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Psikiyatrik tanısı olan çocukların terapi sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği ve dürtüsellik altboyutu medyanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 8. İlaç Kullanımı Durumuna Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyutları Medyanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Altboyut	İlaç kullanımı	n	medyan	z	p
PEDS Ölçeği ilk ölçüm	Var	10	25,75	-1,642	0,101
	Yok	30	18,75		
Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	Var	10	25,50	-1,575	0,115
	Yok	30	18,83		
Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	Var	10	22,15	-0,519	0,604
	Yok	30	19,95		
Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	Var	10	23,10	-0,828	0,408
	Yok	30	19,63		
Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	Var	10	25,25	-1,519	0,129
	Yok	30	18,92		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	Var	10	25,05	-1,473	0,141
	Yok	30	18,98		
PEDS Ölçeği son ölçüm	Var	10	30,00	-3,015	0,003**
	Yok	30	17,33		
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm	Var	10	28,10	-2,482	0,013*
	Yok	30	17,97		
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm	Var	10	24,65	-1,381	0,167
	Yok	30	19,12		
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm	Var	10	24,60	-1,521	0,128
	Yok	30	19,13		
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm	Var	10	23,80	-1,100	0,271
	Yok	30	19,40		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm	Var	10	20,20	-1,108	0,914
	Yok	30	20,60		

*p<0,05; **p<0,01

Çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası, çocukların ilaç kullanıp kullanmama durumlarına göre ölçek ve altboyut medyanları arasındaki farklılık Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre ilaç kullanan ve kullanmayan çocukların Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ($z=-3,015$; $p<0,01$) ve dürtüsellik altboyutu ($z=-2,482$; $p<0,05$) medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. İlaç kullanan çocukların terapi sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği ve dürtüsellik altboyutu medyanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Yaşa Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyutları Medyanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Altboyut	Yaş	n	medyan	χ^2	p
PEDS Ölçeği ilk ölçüm	5-6 yaş arası	14	20,86	0,273	0,873
	7-8 yaş arası	17	19,47		
	9-10 yaş arası	9	21,89		
Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	5-6 yaş arası	14	22,96	1,202	0,548
	7-8 yaş arası	17	18,38		
	9-10 yaş arası	9	20,67		
Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	5-6 yaş arası	14	19,50	1,720	0,423
	7-8 yaş arası	17	18,97		
	9-10 yaş arası	9	24,94		
Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	5-6 yaş arası	14	21,71	0,266	0,875
	7-8 yaş arası	17	19,59		
	9-10 yaş arası	9	20,33		
Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	5-6 yaş arası	14	20,57	0,059	0,971
	7-8 yaş arası	17	20,85		
	9-10 yaş arası	9	19,72		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	5-6 yaş arası	14	18,39	0,150	0,563
	7-8 yaş arası	17	20,62		
	9-10 yaş arası	9	23,56		
PEDS Ölçeği son ölçüm	5-6 yaş arası	14	19,54	0,259	0,878
	7-8 yaş arası	17	21,56		
	9-10 yaş arası	9	20,00		
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm	5-6 yaş arası	14	18,71	0,904	0,636
	7-8 yaş arası	17	22,41		
	9-10 yaş arası	9	19,67		
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm	5-6 yaş arası	14	20,21	0,067	0,967
	7-8 yaş arası	17	20,29		
	9-10 yaş arası	9	21,33		
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm	5-6 yaş arası	14	21,21	0,777	0,678
	7-8 yaş arası	17	18,97		
	9-10 yaş arası	9	22,28		
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm	5-6 yaş arası	14	20,00	0,095	0,954
	7-8 yaş arası	17	21,12		
	9-10 yaş arası	9	20,11		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm	5-6 yaş arası	14	21,25	0,269	0,874
	7-8 yaş arası	17	19,53		
	9-10 yaş arası	9	21,17		

Çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası, çocukların yaşlarına göre ölçek ve altboyut medyanları arasındaki farklılık Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre çocukların yaşlarına göre Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve altboyut medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Terapi Öncesi ve Sonrası Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ve Altboyutları Medyanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek/Altboyut	Çocuk evinde kalma süresi	n	medyan	z	p
PEDS Ölçeği ilk ölçüm	2 yıl ve altı	22	26,55	-3,621	0,000***
	3 yıl ve üstü	18	13,11		
Dürtüsellik altboyutu ilk ölçüm	2 yıl ve altı	22	25,57	-3,057	0,002**
	3 yıl ve üstü	18	14,31		
Korku-Endişe altboyutu ilk ölçüm	2 yıl ve altı	22	26,09	-3,369	0,001**
	3 yıl ve üstü	18	13,67		
Yalnızlık-Uyku altboyutu ilk ölçüm	2 yıl ve altı	22	23,45	-1,801	0,072
	3 yıl ve üstü	18	16,89		
Dikkat/Hafıza altboyutu ilk ölçüm	2 yıl ve altı	22	25,52	-3,077	0,002**
	3 yıl ve üstü	18	14,36		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu ilk ölçüm	2 yıl ve altı	22	21,18	-0,423	0,673
	3 yıl ve üstü	18	19,67		
PEDS Ölçeği son ölçüm	2 yıl ve altı	22	23,73	-1,961	0,050
	3 yıl ve üstü	18	16,56		
Dürtüsellik altboyutu son ölçüm	2 yıl ve altı	22	23,07	-1,606	0,108
	3 yıl ve üstü	18	17,36		
Korku-Endişe altboyutu son ölçüm	2 yıl ve altı	22	23,50	-1,911	0,056
	3 yıl ve üstü	18	16,83		
Yalnızlık-Uyku altboyutu son ölçüm	2 yıl ve altı	22	23,45	-1,801	0,072
	3 yıl ve üstü	18	16,89		
Dikkat/Hafıza altboyutu son ölçüm	2 yıl ve altı	22	21,59	-0,696	0,486
	3 yıl ve üstü	18	19,17		
Somatizasyon/Gerileme altboyutu son ölçüm	2 yıl ve altı	22	18,11	-1,640	0,101
	3 yıl ve üstü	18	23,42		

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası, çocukların çocuk evinde kalma sürelerine göre ölçek ve altboyut medyanları arasındaki farklılık Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre çocukların terapi öncesi Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) ($z=-3,621$; $p<0,001$), dürtüsellik altboyutu ($z=-3,057$; $p<0,01$), korku-endişe altboyutu ($z=-3,368$; $p<0,01$) ve dikkat/hafıza altboyutu ($z=-3,077$; $p<0,01$) medyanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. 2 yıl ve altı sürede çocuk evinde olan çocukların terapi öncesi ölçek ve altboyut medyanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Terapi sonrasında bu farklılık ortadan kalkmıştır.



4. TARTIŞMA

Bu çalışmada çocuk merkezli oyun terapisinin 5-10 yaş grubundaki çocukların travma sonrası duygusal stres düzeylerine etkisi incelenmiştir. Bu amaçla çocuklara 45 dakikalık sürede 12 seans boyunca çocuk merkezli oyun terapisi uygulanmıştır. Terapi öncesi ve sonrası çocuklara Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği uygulanmış ve terapinin etkinliği incelenmeye çalışılmıştır.

Araştırmada iki hipotez ele alınmıştır. İlk hipotezde çocuk merkezli oyun terapisi öncesi ve sonrası çocukların travma sonrası duygusal stres puanlarının anlamlı bir şekilde farklılık göstermesi öngörülmektedir. İkinci hipotezde ise demografik bilgilere göre çocukların terapi öncesi ve sonrası travma sonrası duygusal stres puanları için anlamlı bir farklılık bulunması öngörüler arasındadır. Araştırma sonunda ilk hipotez tamamen doğrulanmış, ikinci hipotez ise kısmen doğrulanmıştır. Demografik bilgilere göre yaş ve biyolojik aile görüşmesinin olup olmaması duygusal stres puanları için anlamlı farklılık oluşturmazken, psikiyatrik tanı, ilaç kullanımı, çocuk evinde kalma süresi ve cinsiyet değişkenlerine göre anlamlı farklılık bulunmuştur.

Yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar testi sonrasında çocukların terapi öncesi ve sonrası duygusal stres puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 2). Terapi sonrasında 40 çocuk için Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği medyanı düşen 40 çocuk, dürtüsellik altboyutu için medyanı düşen 37 çocuk, korku-endişe altboyutu için medyanı düşen 37 çocuk, yalnızlık-uyku altboyutu için medyanı düşen 28 çocuk, dikkat-hafıza altboyutu için medyanı düşen 37 çocuk ve somatizasyon-gerileme altboyutu için medyanı düşen 29 çocuk bulunmaktadır. Analiz sonucu değerlendirildiğinde çocuk merkezli oyun terapisinin çocukların, çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeylerini azaltan bir etkisi olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular travma sonrası semptomların azaltılmasında çocuk merkezli oyun terapisinin etkinliğini gösteren alan dizin çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir (Baggery, 2004; Shen, 2002; Stulmaker ve Ray, 2015).

Travmatik geçmişi olan çocuklarda ocuk merkezli oyun terapisi sonrasında duygusal stres düzeyinin düşmesi terapistin duygu koçluğu rolü ile açıklanabilir. ocuk oyun oynarken travmatik olayları oyun odasına taşıtmaktadır ve bu süreçte travma ile ilgili duygu, düşünce ve davranışları gözlemlenebilmektedir. Terapist bu noktada uygun terapötik dil ve becerileri ile çocukla iletişim kurmakta ve onun duygu ve düşünce yapısını tekrar düzenlemesine olanak sağlamaktadır. Seanslar ilerledikçe ocuk zedelenmiş egosunu tamire olanak bulacak ve kendilik değeri yükselecektir. Travmatik olaylara karşı bakış açısı değişecek ve travmatik olayın kendisinde yarattığı duygu ve düşünce yapıları farklılaşarak patoloji semptomları azalacaktır (Gargona, 2013; Yoshida, 2014).

ocuk merkezli oyun terapisinde, çocuğun kendini güvende hissetmesi karşılıklı bir etkileşimin başlamasında etken rol oynamaktadır. ocuk Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçlar piramidindeki güven basamağını terapisti aracılığı ile karşılamaktadır. Diğer noktada terapistin empatik dinlemesi, karşılıklı etkileşimleri ve çocuğa karşı olumlu tutumları bir başka basamak olan sevilme ve kabul edilmenin zeminini oluşurmaktadır. Travma sonrası çocuklarda ocuk merkezli oyun terapisinin iyileştirici rolü bu gibi temel ihtiyaçların karşılanması ile de açıklanabilir (Crane, 2005).

ocuk merkezli oyun terapisi aynı zamanda çocuğa kendine yönelim, duygusal ve davranışsal olgunluk bilinci kazandırmaktadır. Terapi sürecinde ocuk travmatik olayları tekrar deneyimlemektedir. Bu noktada terapist çocuğa kendini tanınması, olaylara yönelik farkındalık ve başa çıkma becerileri ile destek olması çocuğun duygusal stresinin azalmasında etkili olmaktadır (Landreth, 2012).

Diğer oyun terapilerinin aksine ocuk merkezli oyun terapisinde çocuğun merkeze alınmasının bile iyileştirici rolü olduğu düşünülmektedir. Çocuğun terapi sürecini yönlendirmesi ve kendini zgr hissetmesi kendini açıklama ve zgven geliştirmesi noktalarında faydalı olmaktadır. Bu sayede terapötik iş birliği daha kolay kurulacak ve karşılıklı güven ortamı sağlanacaktır (Wilkins, 2010).

Demografik değişkenlere göre yapılan analiz sonuçları incelendiğinde komorbidite tanı durumu ve ilaç kullanımına göre katılımcıların terapi öncesi anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen terapi sonrası çocukluk ağı Travma Sonrası Duygusal

Stres Ölçeği ve dürtüsellik altboyutu medyanları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 7-8). Travma geçmişi olan katılımcılar içinde davranış bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve dürtüsellik tanılarının; Metilfenidat Hidroklorür, Risperidon ve İmipramin Hidroklorür etken maddeli ilaçların kullanımının da olduğu göz önüne alınırsa bu gibi danışanlarda komorbidite bozukluğun prognozu ya da kullanılan ilacın bir etkisi olarak terapi sonrası duygusal stres düzeyinde artışlar gözlenebilir. Çocuğun süreç içerisinde maruz kaldığı stres faktörleri ve değişkenler göz önünde bulundurulmalıdır. İlerleyen çalışmalar için çocuk merkezli oyun terapisinin dürtüsellik üzerine etkisi incelenebilir.

Araştırma grubunun biyolojik aile ile görüşmesi olup olmama durumu ve yaş farklılıkları incelendiğinde, anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet değişkenine bakıldığında terapi öncesi kız çocuklarının somatizasyon/gerileme altboyutu medyanının erkek çocuklarına oranla daha yüksek olduğu ancak terapi sonrasında bu farklılığın ortadan kalktığı görülmüştür. Yine kız çocuklarının terapi öncesi anlamlı bir fark olmamasına rağmen terapi sonrası korku/endişe altboyutu medyanının erkek çocuklarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun kız çocuklarının travma ile çalışmada terapinin iyileştirici etkisinin yanı sıra travma ile yüzleşmenin kaygı, endişe ve korkuyu gün yüzüne çıkarttığını düşündürebilir.

Çocuk merkezli oyun terapisinin iyileştirici rolü katılımcıların çocuk evinde kalma süreleri değişkeni için yapılan analiz sonucunda da görülmektedir. Çocuk merkezli oyun terapisi öncesinde katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği ve altboyutları için anlamlı farklılık bulunurken terapi sonrasında bu anlamlılık ortadan kalmıştır (Bkz. Tablo 10). 2 yıl ve altı sürede çocuk evinde kalan çocukların medyanlarında düşüş görülmüştür. Bu durum çocuk evine yeni adaptasyon sağlayan çocukların travmalarının daha taze olması ve terapi sonrasında uyumun, travma sağaltımının gerçekleşmiş olması olarak değerlendirilebilir. Bulunan bu sonuçlar oyun terapisinin travma sonrası duygusal stres düzeyini iyileştirici etkisini göstermekte ve araştırmanın iç tutarlılığını yükselmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocukluk döneminde olumsuz yaşantıların, yetişkin dönemine uzanan ruh sağlığına etkisi bilinmektedir. Çocukluk döneminde psikolojik sorunların erken farkedilmesi ve terapötik müdahalenin yapılması sağlıklı bir yetişkinlik için önemlidir. (Bertan, Haznedaroğlu, Koln , Yurdakök, & Güçiz, 2009).

Çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıların ileriye dönük etkisi en çok kurum çocuklarında görülmektedir. Kurum yaşantısı olan çocukların yetişkinliklerinde suça sürüklenme, madde bağımlılığı ve çeşitli psikiyatrik bozukluk risklerinin daha fazla olduğu bilinmektedir. (Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, 2014).

Bu çalışma ile iki önemli alana dikkat çekilmiştir. İlk olarak çocukluk çağı travmatik yaşantı geçmişi olan ve devlet koruması altında bulunan çocukların sağaltımıdır. İkincil olarak çocuk ruh sağlığında oyun terapisinin etkinliğidir.

Oyun Terapisi, çocuk ruh sağlığı alanında etkinliği kabul gören ve son yıllarda hızla yaygınlaşan bir terapi türüdür. Çocuklara ulaşmada oyunun bir araç olarak kullanılması sağaltım sürecini olumlu anlamda etkilemektedir. Ülkemizde de alanında etkin yabancı hocaların uzmanları eğitmesiyle beraber 2000’li yıllar itibariyle oyun terapisinin gelişim gösterdiğini görmekteyiz (Çelik,2016).

Bu çalışma, çocuk merkezli oyun terapisinin, devlet koruması altında bulunan ve travmatik yaşantı geçmişi olan çocukların sağaltımına yönelik etkisini ölçen ender çalışmalardan biri olması yönünden oldukça önemlidir.

Yapılan çalışma sonucunda çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda, travma sonrası duygusal stres düzeylerini azaltıcı bir etki gösterdiği ve iyileştirici rolü olan bir terapi modeli olduğu görülmüştür. Diğer yandan çocuklarda travmanın yanında komorbidite bir tanı olması durumunda terapinin uygulanmasında dikkatli olunması gerektiği görülmüştür. Cinsiyet değişkenine bakıldığında kız ver erkek çocukların terapi öncesi ve sonrasında farklı semptomlar sergileyebileceği görülmüştür. Son olarak

çocukların çocuk evinde kalma sürelerine göre kısa süredir çocuk evinde kalan çocuklarda etkinliğinin uzun süredir kalan çocuklarla benzer olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmanın en büyük kısıtlılığı örneklemin Mutlu Yuva Derneği Çocuk Evleri'nde kalan çocukların olmasıdır. Bu durum elde edilen bulguların evrene genellenmesi noktasında kısıtlılık oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmanın yarı deneysel modelde planlanması katılımcı sayısının az olmasına neden olmaktadır. Tez çalışma süresinin kısıtlı olması ve tanınan sürede çalışmanın bitirilmesi noktası bu kısıtlılığın kaynağı olarak görülmektedir.

İlerleyen çalışmalar için:

- Farklı oyun terapisi türlerinin kendi içlerinde karşılaştırıldığı yarı deneysel modeldeki çalışmalar oyun terapi çeşitleri içinde hangilerinin hangi patolojilerde daha etkili olduğu noktasında alan dizine güncel bilgiler kazandıracaktır.
- Yaş grubunun ve demografik bilgilerin daha geniş olduğu bir örnekleme yapılacak çalışmalar elde edilecek bilgilerin daha çeşitli olmasına imkan tanıyacaktır.
- Araştırma örneklem grubu, Mutlu Yuva Derneği'nin faaliyetleri kapsamında açılan çocuk evlerinde kalmakta olan çocuklardan oluşmaktadır. Farklı sosyodemografik özelliklerde olan örneklem grupları ile çalışmanın genellenebilirliği artırılabilir.
- Ailesi yanında kalan travmatik deneyimi olan çocuklar ve kurum bakımı altındaki travmatik deneyimi olan çocuklarla kontrol gruplu, karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir.
- Çalışma, farklı klinik tanı alan çocuklarda etkinliği tespit edebilmek amacıyla farklı tanısı olan örneklem grupları ile geliştirilebilir.

KAYNAKÇA

- Akdemir, A. & Önder, M.E. (2000). Travmanın biyolojisi. *3P Dergisi*, 8(1), 5-8.
- Altınmakas, B. (2010). Çekingenlik ve saldırganlığa karşı atılganlık. *Eğitimde Yansımalar Dergisi*, 28, 4-6.
- Altun, K. (2017). Gelişimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 4-8 yaş grubu çocukların travma sonrası duygusal streslerine olan etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2010). DSM-IV: Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev.: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev.: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aral, N. (2000). Çocuk gelişiminde oyunun önemi. *Çağdaş Eğitim Dergisi*, 25(265), 15-17.
- Baggerly, J. (2004). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 13(2), 31-51.
- Bertan, M., Haznedaroğlu, D., Koln, P., Yurdakök, K., & Güçiz, B. D. (2009). Ülkemizde Erken Çocukluk Gelişimine İlişkin Yapılan Çalışmaların Derlenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52, 1-8.
- Browne, K. (2005). A European Survey Of The Number And Characteristics Of Children Less Than Three Years Old In Residential Care At Risk Of Harm. *Adoption & Fostering Journal*, 4(29), 23-33.
- Bulut, I. (1995). Korunmaya muhtaç gençlerin sosyal grup çalışması gereksinimi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2(2), 70-75.

- Bulut, S. (2008). Erken çocukluk dönemi cinsel istismarının psikodinamik oyun terapisiyle teşhisi ve tedavisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 131-144.
- Bulut, S. (2008). Seçici konuşmamazlık (selective mutizm): Sebepleri ve tedavi yaklaşımları. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 52-65.
- Colville, G., & Cream, P. (2009). Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right? *Journal of Intensive Care Medicine*, 35, 919-923.
- Crane, S. C. M. (2005). Child-centered play therapy and parent-child interaction therapy: a practice-based case study exploration of two play therapies as trauma treatment. Published Doctor of Psychology dissertation, University of Northern Colorado.
- Çelik, M. (2017). Deneyimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çetin, H., & Çavuşoğlu, H. (2009) Yetiştirme yurdunda ve aileleri ile yaşayan adölesanların benlik saygıları ve psikolojik belirtilerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4), 137-144
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2008). *Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*.
- Demir, M. (2008). Çocuk ve ergenlerin cinsel istismarı sonrasında akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu özelliklerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa.
- Erdoğan, H. (2017). Kardiyovasküler rahatsızlıkları olan bireylerde depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmalarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Ertürk, A.A. (2014). Çocukluk çağı travmaları, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve disosiyatif yaşantıların şizofreninin klinik özellikleri üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Gargano, J. (2013). The effectiveness of child-centered play therapy as an intervention for children who have experienced trauma. Southern Connecticut State University.
- Gil, E., Drewes, A. (2005). Cultural Issues in Play Therapy. New York, NY: The Guilford Press.
- Göktepe, K. (2014). Çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres ölçeğinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gülay, H. (2004). Korunmaya muhtaç çocuklarla ailesi ile yaşayan 6 yaş çocuklarının sosyal becerilerinin karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Herman, J. (1997). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books.
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
- Karaaslan, İ. (2017). Şiddet eğiliminin kişilik tipolojileri ve çocukluk çağı travması ile ilişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karakaya, I., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Şişmanlar, Ş. G., & Yıldız, Ö. (2004). Marmara depreminden üç buçuk yıl sonra ergenlerde TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 257-263.
- Kılıç, E.Z., & Oğuz TF. (1999). Çocuk ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3), 172-181.

- Kırış, B. F. (2016). Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 6-12 Yaş Grubu Çocukların Davranış Problemlerine Etkileri. İstanbul.
- Koçkaya, S.(2016). Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisi uygulamalarının etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kuzgun, B.T. (2018). The association between posttraumatic stress disorder and trauma-related guilt, shame, fear, and sense of control in women with sexual trauma. Doktora Tezi, Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- La Bash, H., & Papa, A. (2014). Shame and PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 159-166.
- Landreth, G. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd Edition). New York, NY: Routledge.
- Merrill, L., Guimond, J., Thomsen, C., & Milner, J. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 987-996.
- Öğretir, A. D. (2008). Oyun ve Oyun Terapisi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(22), 94-100.
- Özgen, F.A., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- Özten, E., & Sayar GH. (2015). Eşik altı travma sonrası stres bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 348-355.
- Peker, E. (2017). Çocukluk çağı travmaları, yetişkinlik döneminde bağlanma biçimi ve öz anlayış arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 1(9), 49-62.
- Perry, B.D., & Szalavitz, M. (2006). *The Boy Who was Raised as a Dog and Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook: What Traumatized Children Can Teach us about Loss, Love, and Healing*. New York: Basic Books.
- Ray, S., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85-108.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Saylor, C.F., Swenson, C.C., Reynolds, S.S., & Taylor, M. (1999) .The Pediatric Emotional Distress Scale: A Brief Screening Measure for Young Children Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 70-81.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M. & Garcia, R. (2012). Treatment of childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73.
- Schwartzenberger, K. (2004). Developmental play therapy. 26.10.2018. tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000> sitesinden erişildi.
- Sezer, T., Yılmaz, E., & Koyiğit, S. (2016). 5-6 yaş grubu çocukların oyun becerileri ile aile-ocuk iletişimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(2), 185-204.
- Sezgin A. U., & ktem Tanör . (1996). Çocukluk ağı cinsel istismarı ensest, evdeki terör, kadına yönelik şiddet. İstanbul: Mor atı Kitapları.
- SHÇEK ocuk Yuvaları Yönetmeliği. *Resmi Gazete Tarihi: 7 Ocak 1999, Sayısı: 23576*.
- SHÇEK, (2011). Ailesiz Büyüyen ocuklar ve Yaşadıkları Sorunlar. 18.10.2018 tarihinde <http://www.shcek.gov.tr> siteden alınmıştır.

- Shen, Y. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 43–63.
- Sönmez, S. (2015). Çocukluk çağında ruhsal travma yaşamış yetişkin bireylerin depresyon düzeylerinin ve yaşam doyumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 57, 127-133.
- Şar, V., Öztürk E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32(4), 1054-1063.
- Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep(tez).
- Turanlı, K. (2004). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi Çerçevesinde Çocuğun Sömürüden Korunma Hakkı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Tyndall-Lind, A., Ladreth, G. & Giordano, M. (2001). İntensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53-83.
- Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi Sonuç Bildirgesi. (2014). *Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi*. İstanbul.
- Webb, N.B. (1991). Play therapy with children in crisis: A casebook for practitioners. New York: The Guilford Press.
- Whitehurst, G. J., & Lonigan, C. J. (1998). Child development and emergent literacy. *Child Development*, 69, 848-872.

- Wilkins, P. (2010). *Person-centered therapy: 100 key points*. London, England: Routledge.
- World Health Organization. (2005). *World report on violence and health*, Geneva: World Health Organization.
- Yaban, H., & Yükselen, A. (2007). Korunmaya muhtaç yedi-on bir yaş grubundaki çocukların sosyal problem çözme becerilerinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18 (1), 49-67.
- Yalçın, A. (2011). Çocuk koruma kanunu kapsamında korunmaya muhtaç çocukların gelecek kaygılarının incelenmesi: Afyonkarahisar örneği. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Yavuz, C.(2006). Korunmaya muhtaç çocukların koruma ve bakım altına alınma nedenleri. Yüksek Lisans Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Yeryüzü Doktorları ve Pedagoji Derneği. (2014). *Soma Oyun Terapisi Projesi Sonuç Raporu*. İstanbul.
- Yıldız, S. (2015). Oyun terapisiyle bütünleştirilmiş grup terapisinin çocukların utangaçlık düzeylerine etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yoshida, R. (2014). *The Value of Play Therapy: Exploring the Use of Therapeutic Doll Play in Working With Sexually Abused Children*. Massachusetts School of Professional Psychology.
- Zara, A. (2004). Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 103-113.

EKLER

Ek 1- Sosyodemografik Veri Formu

Çocuğun;

Adı-Soyadı :
Cinsiyet :
Doğum Tarihi :
Kaldığı Çocuk Evi :
Çocuk Evine Geliş Tarihi :
Biyolojik Aile ile Görüşme : VAR YOK
Psikiyatrik Tanı : VAR (belirtiniz)..... YOK
İlaç Kullanımı : VAR (belirtiniz)..... YOK

Ek 2- Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS)

<i>2 ila 10 yaşları arasında çocuğunuz varsa: Çocuğunuzun SON BİR AY İÇİNDE hangi davranışı ne kadar sık sergilediğini belirten her bir madde için numaralardan birini işaretleyiniz.</i>	Neredeyse hiç	bazen	Sık sık	Çok sık
1. Mızımız davranır.				
2. İsteklerinin hemen yerine getirilmesini ister.				
3. Tek başına uyumayı reddeder.				
4. Yatmakta / uykuya dalmakta sıkıntısı vardır.				
5. Kötü rüyalar görür.				
6. Geçerli bir neden olmaksızın korkmuş görünür.				
7. Endişeli görünür.				
8. Geçerli bir sebep olmaksızın ağlar.				
9. Üzgün ve içine kapanık görünür.				
10. Yetişkinlere yapışır/ yalnız olmak istemez.				
11. Aşırı hareketli görünür.				
12. Öfke nöbetleri vardır.				
13. Çok kolaylıkla hayal kırıklığına uğrar.				
14. Ağrılardan, sızılardan şikâyet eder.				
15. Yaşından beklenenden daha çocukça davranır (örnek: alt ıslatma, bebekçe konuşma, parmak emme).				
16. Çok kolay ürker.				
17. Saldırganca davranır.				
18. Yemek zamanı yemek yemeyi reddeder.				
19. Dikkatini toplamakta zorlanır.				
20. Eşyalarını bir yerlerde unuttur.				

Ek 3- Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler :

Adı – Soyadı : Elif Berra ÇİFTÇİ

Doğum Yeri : İstanbul

Doğum Tarihi : 23.10.1993

Eğitim Durumu :

2011-2016 : Psikoloji / Üsküdar Üniversitesi

2014-2016 : Çocuk Gelişimi (İkinci Üniversite) / Atatürk Üniversitesi

2016-..... : Klinik Psikoloji Yüksek Lisans / Üsküdar Üniversitesi

Yabancı Dil (ler) ve Düzeyi :

İngilizce : iyi seviye okuma, yazma ve konuşma

İş Deneyimi :

2016-halen : Psikolog - Mutlu Yuva Derneği

2018-halen : Psikolojik Test Uzmanı - Ahenk Çocuk

