

**TC. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DENEYİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE  
KALMAKTA OLAN 3-10 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN ÇOCUKLUK  
ÇAĞI TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRES DÜZEYİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**(Mahmut Çelik)  
(144102046)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN.: Prof. Dr. Mehmet Emin CEYLAN**

**İstanbul-2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

|                    |  |
|--------------------|--|
| Öğrenci No         | : 144102046  |
| Öğrenci Adı Soyadı | : Mahmut ÇELİK   |
| Anabilim Dalı      | : Klinik Psikoloji   |
| Tez Danışmanı      | : Prof.Dr. Mehmet Emin CEYLAN  |
| Tezin Başlığı      | : DENEYİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE KALMAKTA OLAN 3-10 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRES DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ |

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

|   |  |                                   |         |
|---|--|-----------------------------------|---------|
| Toplantı Tarihi   | : 20.01.2017                                     | Saati                             | : 13.00 |
| 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 BİRLİĞİ <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. (en fazla 3 ay)   |  |                                   |         |
| <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ 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 BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.   |  |                                   |         |

ile almıştır.

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı          | İmza |
|-------------------|-----------------------------|------|
| Danışman Üye      | Prof.Dr. Mehmet Emin CEYLAN |      |
| Üye               | Doç.Dr. Gül ERYILMAZ        |      |
| Üye               | Doç.Dr. Korkut ULUCAN       |      |

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Deneyimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu koruma altındaki çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih : .../.../.....

Adı SOYADI : Mahmut ÇELİK

İmza

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca varlığıyla bana pek çok şey katan, tez dönemimde danışmanım olarak bana mihmandarlık eden tanımaktan onur duyduğum kıymetli Prof. Dr. Mehmet Emin Ceylan'a teşekkür ederim.

Mesleki hayatımdaki yerinin mühim olduğu yüksek lisans eğitimimde desteklerini ve güvenini esirgemeyen Prof.Dr. Nevzat TARHAN'a teşekkür ederim.

Henüz lisans öğrencisiyken benim elimden tutan, bilgi ve tecrübelerini esirgmeden paylaşan, çok kıymetli Dr. Bülent Madi'ye teşekkür ederim.

Mesleğe profesyonel olarak ilk adımımı atarken yanımda olan, buna en büyük vesile olan, manevi anneliğini hiç esirgemeyen Yasemin Dönmez'e teşekkür ederim.

Oyun Terapisi ile tanışmamda, sevmemde, kendimi bu işe ait hissetmemde en büyük katkısı olan Mehmet TEBER'e teşekkür ederim.

Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği'nin kurulmasında öncü olan, çocuklarımızın kahramanları; başta Tamer Göde'ye, Ayşegül Güreldi'ye, Bilal Doğan'a, Uğur Gök'e, Bedia Ferhan Kırış'a, Nazan Kaya'ya, Selma Sahar'a, Zehre Dereli'ye, Fatma Anbar'a, emektar çalışanlara, gönüllülere ve pek tabi çocuklarımıza teşekkür ederim.

Maddi, manevi hayatta verdiğim her kararda bana koşulsuz destek sağlayan babam Ahmet Çelik'e, annem Hava Çelik'e ve kardeşim Merve Çelik'e teşekkür ederim.

Bu yolda benimle yola çıkan bana yoldaşlık eden kardeşten öte Çetin Alpaslan ve Yunus Kalgan'a teşekkür ederim.

Araştırmam boyunca yurt dışında olmasına rağmen katkılarını esirgemeyen çok kıymetli Emine Gürbüz hanımefendiye teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamı travmayla mücadele eden tüm çocuklara ve bu çocukların sağaltımı için çalışan ruh sağlığı çalışanlarına armağan ediyorum.

## ÖNSÖZ

Oyun her çocuk için bir ödül değil ihtiyaçtır. Bir çocuğun yaşı ne olursa olsun oyun onun için kıymetli bir olgudur. Bu olgu çocuğun fiziksel, psikomotor, duygusal, sosyal ve dil gelişimine katkı sağlamaktadır.

Oyun; çocuğun iç dünya ile dış dünya arasında yolculuk yaparken kendini bulma sürecidir. Bunu yaparken birçok problemin de çözümünü oyun kurgulayarak bulur. Dünya üzerindeki her çocuk oynamayı, sağlıklı bir gelişim dönemi geçirmeyi hak etmektedir. Ancak çeşitli durumlardan ötürü (doğal afetler, ihmal, istismar, çeşitli kayıp ve kazalar) bu sağlıklı süreç sekteye uğrayabilir. Oyun Terapisi de burada profesyonel bir çözüm olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırmada Deneyimsel Oyun Terapisi ile çeşitli sebeplerle devlet koruması altına alınmış çocuk evlerinde kalmakta olan travma sahibi çocukların sağaltımına katkı sağlamak amaçlanmıştır. Ülkemizde yeni sayılan bu tür çalışmaların artması ve Oyun terapisinin yaygınlaşmasını temenni eder, bu alana emek veren bütün ruh sağlığı çalışanlarına saygılarımı sunarım.

## ÖZET

(ÇELİK Mahmut, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

*Deneyimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 3-10 Yaş Grubu Çocukların Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Düzeyine Etkisinin İncelenmesi*

Deneyimsel oyun terapisi çocukların dünyayla deneyimsel bir şekilde karşılaştığı anlayışını benimser. Travma geçmişi olan çocuk oyun terapi odasında yaşadığı kötü anıları tekrar deneyimler ve çözümler. Travma geçmişi olan çocuklara Deneyimsel Oyun Terapisinin katkıları uluslararası anlamda birçok araştırmada yer almıştır. Türkiye’de ise bu araştırmanın ilklerden biri olarak yer alması travma geçmişi olan çocukların sağaltımı için önemli bir gelişmedir.

Bu çalışma kapsamında yaşları 3-10 arasında değişen 32 çocuğa Deneyimsel Oyun Terapisi uygulanmıştır. Çalışmanın örneklem grubu Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Çocuk Evlerinde kalmakta olan kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocuklardan oluşmaktadır. Araştırmada öntest-sontest deseni kullanılmıştır.

Örneklem grubuna araştırma öncesinde ve sonrasında Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) uygulanarak çocukların duygusal stres düzeyleri ölçülmüştür. Araştırma sonucunda Deneyimsel Oyun Terapisinin kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocukların travmaya bağlı duygusal streslerinde azalmanın görülmesinde etkili olduğu ve travma etkilerinin anlamlı düzeyde çözüme kavuştuğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Oyun, oyun terapisi, deneyimsel oyun terapisi, DOT, çocuk, travma, duygusal stres, korunmaya muhtaç çocuklar, örselenme.

## **ABSTRACT**

*The Influence of Experimental Play Therapy on Post-Childhood Trauma Emotional Levels of Children 3 to 10 years old living in orphanages*

(By Mahmut Celik, Master Thesis, Istanbul, 2017)

According to the experiential play therapy, children encounter with the world through their experiences. A child with a history of trauma replays and analyses his or her traumatic experiences during the play therapy. The benefits of Experiential Play Therapy in traumatized children have been supported in many international studies. To be studied for the first time in Turkey, the current research is very crucial for the intervention and treatment of traumatized children.

In this study, Experiential Play Therapy was administered to 32 children with an age range of 3-10. The experimental group was consisted of children living in orphanage *Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Çocuk Evi* . Pre-test and post-test design was used in the study.

In order to measure emotional stress levels, the Childhood Post-Traumatic Stress Scale (CPTS) was administered to the experimental group before and after the study. The results showed that the experiential play therapy reduced the trauma-related emotional stress levels of children in need of protection and it was concluded that the effects of trauma was significantly improved.

*Keywords:* play, play therapy, experimental play therapy, EPT, children, trauma, emotional stress, children in need of protection, abuse

# İÇİNDEKİLER

|   |     |
|---|-----|
| YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI .....  | i   |
| YEMİN METNİ.....  | ii  |
| TEŞEKKÜR.....   | iii |
| ÖNSÖZ.....  | iv  |
| ÖZET.....   | v   |
| ABSTRACT.....   | vi  |
| İÇİNDEKİLER .....   | vii |
| TABLO LİSTESİ.....  | ix  |
| KISALTMA VE SİMGELER.....   | xi  |
| GİRİŞ .....   | 1   |
| BİRİNCİ BÖLÜM .....   | 2   |
| 1.1. KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR .....  | 2   |
| 1.1.1. Çocuk ve Önemi .....   | 2   |
| 1.1.2. Korunmaya Muhtaç Çocuk Kimdir .....                                      | 3   |
| 1.1.3. Türkiye’de Çocuk Politikaları.....                                       | 3   |
| 1.1.4. SHÇEK ve Tarihçesi .....   | 4   |
| 1.1.5. Kurum Bakımı .....   | 5   |
| 1.1.6. Kurum Türleri ve Özellikleri .....                                       | 7   |
| 1.2. TRAVMA TANIMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TÜRLERİ.....                         | 11  |
| 1.2.1. Tanım.....   | 11  |
| 1.2.1.1 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında Travma ..... | 12  |
| 1.2.1.2 Çocukluk Çağı Travmaları .....  | 13  |
| 1.2.2. Çocukluk Çağı Travma Türleri.....  | 13  |
| 1.2.2.1. Cinsel İstismar .....  | 14  |
| 1.2.2.2. Fiziksel İstismar.....   | 16  |
| 1.2.2.3. Duygusal İstismar .....  | 16  |
| 1.2.2.4. İhmal .....  | 17  |
| 1.3. OYUN TERAPİSİ – TÜRLERİ VE TRAVMA TEDAVİSİNDEKİ ROLÜ.....                  | 18  |
| 1.3.1. Tanımı ve Kısa Tarihçesi.....  | 19  |
| 1.3.2. Oyun Terapisi ve Türleri .....   | 20  |
| 1.3.2.1. Psikanalitik Oyun Terapisi .....                                       | 20  |
| 1.3.2.2. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi .....                                     | 21  |
| 1.3.2.3. Gelişimsel Oyun Terapisi .....   | 22  |
| 1.3.2.4. Deneysel Oyun Terapisi .....   | 23  |
| 1.3.3. Deneysel Oyun Terapisinin Travma Tedavisindeki Rolü .....                | 25  |
| 1.4. Araştırmanın Amacı .....   | 28  |
| 1.5. Araştırmanın Önemi.....  | 28  |



|  |    |
|--|----|
| 1.6. Araştırmanın Hipotezleri.....                     | 28 |
| 1.7. Sınırlılıklar .....                               | 29 |
| 1.8. Varsayımlar .....                                 | 29 |
| İKİNCİ BÖLÜM.....                                      | 30 |
| YÖNTEM.....  | 30 |
| 2.1. Araştırmanın Yöntemi.....                         | 30 |
| 2.2. Araştırma Örnekleme.....                          | 31 |
| 2.3. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri .....    | 31 |
| 2.4. Verilerin Toplanması .....                        | 33 |
| 2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları..... | 33 |
| 2.5.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....                | 33 |
| 2.5.2 PEDS Ölçeği .....                                | 33 |
| 2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi .....             | 35 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....                                     | 36 |
| BULGULAR.....  | 36 |
| DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....                                    | 45 |
| TARTIŞMA VE YORUM.....                                 | 45 |
| BEŞİNCİ BÖLÜM.....                                     | 48 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER.....                                 | 48 |
| EKLER.....   | 50 |
| Kaynakça.....  | 54 |

## TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

|  |    |
|--|----|
| Tablo-1: Türkiye’de Çocukların Kurum Bakımına Alınma Nedenleri ( SHÇEK Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi Nihai Rapor.....  | 6  |
| Tablo-2: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013 Kasım Ayı İstatistikleri.....   | 8  |
| Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....   | 31 |
| Tablo 4. Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı.....   | 32 |
| Tablo 5. Katılımcıların Çocuk Evinde Kalma Süresi Ve Öz Aile Görüşme Durumlarına Göre Dağılımı.....  | 32 |
| Tablo 6. PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları için Betimleyici İstatistiksel Tablo.....   | 36 |
| Tablo 7: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin Cinsiyet Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.....                   | 37 |
| Tablo 8: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin Biyolojik Aile ile Görüşme Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları..... | 38 |
| Tablo 9: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin Psikiyatrik Tanı Alma Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.....      | 39 |
| Tablo 10: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin İlaç Kullanımı Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.....            | 40 |
| Tablo 11: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Değişkeni Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....                    | 41 |

|  |    |
|--|----|
| Tablo 12: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Çocuk Evinde Kaldığı Yıl Değişkeni Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması..... | 42 |
| Tablo 13. PEDS Ölçeği Alt Boyut Ön Test Toplam Puanlarının ile PEDS Ölçeği Son Test Toplam Puanlarının Aynı Gruplar için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....                          | 43 |
| Tablo 14. PEDS Ölçeği Dikkat-Hafıza Son Test Alt Boyut Toplam Puanı ile Yaş için Kruskal-Wallis Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....   | 43 |
| Tablo 15. PEDS Ölçeği Dürtüsellik Son Test Alt Boyut Toplam Puanı ile Yaş için Kruskal-Wallis Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....   | 44 |

## KISALTMA VE SİMGELER

|        |  |
|--------|--|
| APT :  | Association for Play Therapy             |
| EPT:   | Experiential Play Therapy                |
| DOT :  | Deneyimsel Oyun Terapisi                 |
| PEDS : | Pediatric Emotional Distress Scale       |
| DEHB : | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu |
| TSSB:  | Travma Sonrası Stres Bozukluğu           |
| GOT :  | Gelişimsel Oyun Terapisi                 |
| ÇMOT:  | Çocuk Merkezli Oyun Terapisi             |
| N :    | Denek Sayısı                             |
| Ort. : | Aritmetik Ortalama                       |
| S.D. : | Standart Sapma                           |
| Z :    | z puanı                                  |
| S.O. : | Sıra ortalaması                          |
| S.T. : | Sıra Toplamı                             |
| p :    | Anlamlılık Değeri                        |
| vb. :  | Ve benzeri                               |
| akt. : | Aktaran                                  |

## GİRİŞ

Dünya üzerinde yaşayan her çocuk sağlıklı bir gelişim dönemi geçirmeyi hak etmektedir. Ancak çeşitli sebeplerden (savaş, göç, ölüm, ceza infaz vb.) ötürü çocuklar ailelerinden ayrılıp kurum bakımı altında yaşamlarını sürdürmektedir. (Sloutsky, 1997) kurumda büyüyen çocuklarla ailelerinin yanında yetişen çocukları karşılaştırırken, gelişimsel süreçlerin tamamen farklı ortamlarda gerçekleştiğine dikkat çeker. Bu farklılık kimi zaman çocuğun gelişimine olumlu yansımakta kimi zaman ise gelişime olumlu bir düzeyde sirayet etmektedir.

Bununla beraber erken çocukluk döneminde deneyimlenen olumsuz yaşam olayları/travma yaşantılarının beynin işleyişini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Perry & Szalavitz, 2012).

Olumsuz çocukluk dönemi yaşantıları nörobiyolojik gelişime ve beyindeki bilişsel, duygusal ve sosyal gelişim alanları için gerekli olan bilgilerin beyindeki etkileşimine engel olur. (Elbrecht & Antcliff, 2014)

Perry (2012), sürekli ve tekrarlı olarak travmatik deneyime maruz kalan çocuğun beyinde, stres hormonunun sürekli harekete geçmesi, beynin gelişimini olumsuz anlamda etkilediğini belirtmektedir. Beyin kendini savunmaya aldığından, gelişim için herhangi bir hareket gösterememektedir.

Travmatik geçmişi olan çocuklar ele alındığında dinamiğe bir de devlet koruması altında olma faktörü eklendiğinde durum daha da zorlaşmaktadır. Çocuklar hem ailelerinden uzakta hayatlarına devam etmekte, birçoğu buna ek olarak travmatik geçmişleriyle başetmemektedirler.

Travma sonrası çocuklarla alakalı yapılan sağaltım çalışmalarından birisi de oyun terapisi yöntemidir. Oyun terapisi yöntemi, çocukların sağaltım sürecini çocuğun dilinden ve seviyesinden işleyen bir uygulamadır. Çocuğa ulaşmanın en kolay yolu onunla oyun oynamaktır. Çocuklar da kendilerini oyunla ifade ederler. Yaşadıkları travmatik geçmişi oyun yoluyla dışa vururlar. Çocuğun mahremini emanet edeceği güven ortamı sağlandığında süreç başarılı bir şekilde ilerlemekte ve çocukların sağaltımı açısından çok olumlu sonuçlar alınmaktadır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.1.KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR

#### 1.1.1 Çocuk ve Önemi

Çocuk konusu, toplumlar için geleceğin şekillenmesinde önemli bir belirleyici olmasından ötürü oldukça önemlidir. Her toplum neslini devam ettirecek sağlıklı, güçlü bireyler yetiştirmeye gayret etmektedir. Çünkü insan yavrusu yani çocuk, bir medeniyetin yaşamasında ve gelişmesindeki en büyük kaynaktır. (Salim, 2011).

Günümüzde, devlet politikaları arasında çocuk, bir yatırım başlığı altında değerlendirildiğinde hem güvenli hem de getirisinin uzun vadede fazla olacağını öngörmek kaçınılmazdır. Bir toplumun varlığının korunması sağlıklı, çağdaş, demokratik bir yapıya sahip olması için çocuğun her gelişim alanının (zihinsel,fiziksel,sosyal vb.) bir arada çözüm bulduğu çalışmalar desteklenmelidir (Bıyıklı,1995, s.3).

Çağdaş, demokratik ve sağlıklı bir toplum yaratılmak isteniyorsa çocuğu fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim yönünden bir bütün olarak ele alan ve evrensel değerlerle yetiştiren eğitim hizmetlerine önem verilmelidir. Bu nedenle bir toplumun çocuklarına verdiği değer onlara verdiği hizmetlerle ölçülür demek yerinde olur (Tahir'den aktaran Bıyıklı, 1995).

Normal koşullar altında çocuğun yetiştirilmesinin ve eğitilmesinin yükümlülüğü aileye; onun olmaması, dağılması veya herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi durumunda ise devlete düşer. Bu noktada da devletin söz konusu işlevi yerine getirmesi gerekmektedir. Bu sayede söz konusu toplum modeline uygun davranabilmeye dair yapılan tüm atıflar sağlıklı bir zemine oturtulabilecektir (Bıyıklı, 1995).

### **1.1.2. Korunmaya Muhtaç Çocuk Kimdir**

Geçmiş zamanlara bakıldığında korunmaya muhtaç çocuklara kimsesiz ya da yoksul çocuklar olarak tanımlamalar yapılmıştır. Ancak yoksul veya kimsesiz olmayan çocukların da korunma ihtiyacına sahip olabileceği hasebiyle, “Korunmaya Muhtaç Çocuk” kavramı doğmuştur. Kısa tanımıyla çocuğun gelişim aşamalarını tamamlayacak yeterli koşullara sahip olmayan çocuk, korunmaya muhtaç çocuk olarak adlandırılmaktadır (Salim, 2011, s.14).

Yörükoğlu(2000), ise kimsesiz teriminin altını çizerek çocukların farklı sebeplerden ötürü en doğal hakkından mahrum kalarak öz anne babasıyla yaşamını daim ettiremeyen, toplumun acıyarak baktığı ve insanların tam olarak sahip çıkmadığı çocuklar olarak tanımlamıştır.

Korunmaya muhtaç çocuk konusunda en önemli husus ise, korunmaya muhtaç çocukları korumak kadar, çocukların korunmaya muhtaç duruma gelmesini de önlemektir(Koşar,1987). Aslolan her ne kadar doğal yaşamın şartlarını korumak ise de, korunmaya muhtaç duruma geldiklerinde bu çocukların yaşadıkları olumsuz koşulları en aza indirmek söz konusu çaba yönünde paralel bir tutumdur.

### **1.1.3. Türkiye’de Çocuk Politikaları**

Türkiye’de çocuk koruma sisteminin oluşumu, Selçuklu Dönemi’nden Osmanlı İmparatorluğu’na kadar uzanmaktadır. Osmanlı’daki vakıf sistemi, korunma ihtiyacı tespit edilen, sosyal anlamda risk altında olduğu saptanan yoksullar, kimsesizler ve engellilerin temel ihtiyaçlarının giderilmesi adına oldukça önemli çalışmalara imza atılmıştır. Ancak bir tespit yapmak gerekirse Cumhuriyet sonrası Türkiye’de sosyal politikalar anlamında Avrupa’ya göre çalışmaların daha sonraları başlamasında Türk toplumunda güçlü aile bağları ve komşuluk sisteminin, sosyal destek sistemi olarak ihtiyaçların kitleselliğini önlediği gerçeği göz ardı edilmemelidir (Salim, 2011).

Anayasanın 10. Maddesinde 2010 yılında yapılan halk oylaması sonucunda getirilen değişlikle “çocukların, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirlerde pozitif ayrımcılık benimsenmiştir. Bu değişlik, çocuk politikalarında birlik ve bütünlük oluşturulacağı yönünde önemli bir gelişmedir.

Türkiye’de çocuk koruma sistemine yönelik ilk akla gelen kurum SHÇEK Genel Müdürlüğü’dür. Bu sistemin uygulanma safhasında en önemli kurum olması, çocukların bakımı ve gözetiminden 7 gün 24 saat esasına göre sorumlu olmasının yanı sıra, gündüzlü hizmet modelleriyle de çocukların korunma ihtiyacını karşılayabilmesidir(Salim, 2011).

S.O.S çocuk köyleri, korunmaya muhtaç duruma düşmüş çocuklar için sıcak aile ortamı sağlamaya çalışan, politik ve dini açıdan tamamen bağımsız özel bir yardım kuruluşlarıdır. Çocukların korunması için çağdaş bir modeldir. İlk çocuk köyü 1949 yılı Hermann Gmenier tarafından Avusturalya’da kuruldu. 0-10 yaş arası çocuklar var. S.O.S çocuk köyünün dayandığı temel ilke bir anneye, kardeşlere, bir eve ve bir köye veya mahalleye sahip olma ilkesidir(Bıyıklı, 1995). Türkiye’de de buna benzer bir çalışma girişiminde bulunulmuş ancak başarılı olunamamıştır. Ancak son yıllarda bu modele uygun bir korunmaya muhtaç çocuklara dair politikalar umut verici niteliktedir.

#### **1.1.4. SHÇEK ve Tarihçesi**

SHÇEK tarihsel gelişiminin Osmanlı Dönemi’ne kadar uzanır. I. Dünya Savaşı sonrasında yürütölen Milli Mücadele sırasında Atatürk’ün binlerce, on binlerce Türk çocuğunu kurtaran ve toplumumuzun geleceğini güvenli hale getiren spesifik olarak iki uygulamadan bahsedilebilir. Bunlardan birincisi, toplumun yarını demek olan çocuklarla ilgili olarak 10 Haziran 1921 tarihinde Türkiye’deki korunmaya muhtaç çocukların tamamını içeren ve merkezinin Ankara’da olmasını istediği Himaye-i Etfal Cemiyeti yani, Çocuk Esirgeme Kurumu’nun açılması direktifini vermiştir. Tesis tarihi 30.06.1921’dir. Kuruluş sayısı 15 yılda 189’a çıkmıştır(Türkmen, 2005).

1940’lı yılların savaş dönemi içerisinde yer alması yaşanan ekonomik ve sosyal sıkıntıları beraberinde getirmiştir. Bunun sonucunda sokağa düşen kimsesiz çocukların sayısında artış görölmüştür. Özellikle İstanbul gibi nüfusun yoğun olduğu bir vilayette kimsesiz çocuk sayısı oldukça fazladır. Savaş ve kıtlık genel manada kimsesiz çocuk sayısının artmasında temel etkenlerdendir. (Cumhuriyet Arşivi, Dosya: 203120, Fon:30.10.0 Yer: 179.236.11.S.1).



Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde nüfus yoğunluğu en fazla il olan İstanbul, her sorunda olduğu gibi kimsesiz çocukların korunmaya alınması konusunda da sayısal çoğunluktan ötürü zorluk yaşamıştır. Çocuk Esirgeme Kurumu İstanbul İl Müdürlüğü ve bütün şubelerin zabıta teşkilatıyla beraber ortak bir çalışma ile 1949 yılında korunmaya muhtaç çocuklar hakkında kanun hususunda adımlar atılmış ve ardından çalışma yasalaşmıştır (Sarıkaya, 1995).

1983 yılında ise 2828 sayılı yasa ile SHÇEK Kanunu Resmi Gazete 'de yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve Genel Merkezi kurulmuştur(Akgün'den aktaran Saraç, 2011).

Bugün ise bu kurumlar, başbakanlığa bağlı SHÇEK adı altında 81 ilde kimsesiz çocuk, genç, yaşlı, özürlü birey ve aileye gündüzlü ve yatılı hizmet sunmaktadır.

#### **1.1.5.Kurum Bakımı**

“Bir ailenin olmadığı ya da ailenin fonksiyonlarını yerine getiremediği durumlarda, kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocuklara resmi ya da özel kurumlarca geçici ya da sürekli olarak sunulan bakım hizmetlerine verilen addır. Kurum bakımı altındaki çocuklar, kendileriyle herhangi bir kan bağı olmayan aynı durumdaki çocuklarla bir arada yaşamakta ve kendileriyle biyolojik bir yakınlığı olmayan yetişkinlerce bakılmaktadırlar(Saraç, 2011, s.12).”

Çocuklar için kurum bakımından başka çare olmadığı durumlarda ise yapılabilecek en doğru şey, çocuk evleri, sevgi evleri gibi daha küçük ve aile ortamına yakın yerlerde bu çocuklara hizmet etmeli ve bu evlerin sayısı arttırılmalıdır(Saraç, 2011).

**Tablo-1:** Türkiye’de Çocukların Kurum Bakımına Alınma Nedenleri ( SHÇEK Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi Nihai Raporu

| <b>Yüzdellik Pay (%)</b> | <b>Kuruma Alınma Sebepleri</b>   |
|--------------------------|--|
| %69.5                    | Ekonomik ve sosyal yoksunluk   |
| %33.4                    | Ebeveyn terki  |
| %21.2                    | Anne/baba ceza evine girmesi   |
| %7.7                     | Aile içi/dışı cinsel istismar ve kötü muamele                            |
| %5.7                     | Anne/baba ölümü  |
| %1.5                     | Ailenin fiziksel/duygusal istismarı                                      |
| %6.6                     | Üvey annenin ya da babanın çocuğu kabul etmemesi, doğal afetler ve terör |

**Tablo-1:** Türkiye’de Çocukların Kurum Bakımına Alınma Nedenleri ( SHÇEK Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi Nihai Rapor

Bu veriler ışığında korunmaya muhtaç çocukların psikolojik olarak yaşadıkları güçlükleri kestirebilmek çok da zor gözükmemektedir. Aile sevgisi ve şefkatinden yoksun olmaları, yaşadıkları travmalar onların üzerinde birçok olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu yüzden bu çocukların ihtiyaçlarına yönelik bir hizmet sunmak devlet korumasına alınmalarıyla yeterli olmaz. Bunun yanında onların en sağlıklı koşullarda hayatlarını devam ettirebilmeleri ve mahrum kaldıkları aile sıcaklığını yaşattırabilmeleri adına ilgili devlet organları onlara en uygun koruma sağlamalıdır.

### 1.1.6. Kurum Türleri ve Özellikleri

SHÇEK Kanunu gereği bu çocukların izleniminden sorumlu profesyonel meslekler, (uzman tabip, tabip, sosyal çalışmacı, psikolog, çocuk gelişimcisi, fizyoterapist, öğretmen çocuk eğiticisi, hemşire) SHÇEK'te sürekli ve düzenli olarak istihdam edilmektedir. (T.C Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu,1983). Bu profesyonellerin çalıştığı kuruluşlarda düzenli izlenimlerin yapılamama nedenleri arasında çocukların sayılarının fazla olması, profesyonellerin kuruluş içinde kendi mesleklerine özgü görevler dışında görevler üstlenmeleri araştırmalarda belirtilmektedir(Çetin, 2008).

Kurum tipleri bakımından bu kurumlar iki grupta değerlendirilmektedir:

1)Açık Tip Kurumlar: Bakıma muhtaç çocukların okul, hastane, sinema gibi ihtiyaçları toplum içinde yer alan kurumlardan sağlanmakta, bu yolla çocukların toplum ile olan bağı kuvvetlendirilmeye çalışılmaktadır. Açık kurumlar, çocukların gelişimi açısından daha uygun bir bakım yöntemidir.

2)Kapalı Tip Kurumlar: Çocuğun dış dünya ilişkilerinin neredeyse tamamen kesildiği kapalı tip kurumlarda barınma, okul, hastane, sinema ve tüm olanaklar hep aynı mekân içinde gerçekleştirilmektedir.

Genel olarak kurum türlerine bakacak olursak:

1-Kışla Tipi Kurumlar: Çocukları toplumdan ve ailelerinden(var olduğu takdirde) için uygun bulunmayan bu kurum tipinde, çocukların hem bakımlarının hem de mesleki eğitimlerinin bir arada gerçekleştirildiği büyük binalar inşa edilmektedir. Çok sayıda çocuğun barındığı bu kışla tipi yapıların ortaya çıkardığı çok sayıdaki sakıncalar nedeniyle, bu tür hizmetler zamanla daha küçük ve sevimli binalarda sürdürülmeye başladı.

2-Okul Tipi Kurumlar: Asıl amacı, eğitim-öğretim kurumları dışında kalan zihinsel özürlü, işitsel özürlü, suçlu ya da uyumsuz çocukların eğitim- öğretimine tahsis edilmiş olan kurumlardır.

3-Ev Tipi Kurumlar: Kurumsal gelişim sürecinden gelme. Son aşama ise az sayıdaki (5-10) çocuk grubuna yönelik olan ve büyük yatakhaneler ve yemekhaneler yerine küçük odalarda yatılan ve küçük odalarda yemek masalarında yemek yenilen ünitelerden teşekkül etmektedir(Şenocak, 2005).

Gerçekte, kimsesiz ve kimsesiz çocukların gerçekleştirildiği kurumların bizzat bu amaç doğrultusunda inşa edilmiş olmaları arzu edilir bir durumdur. Ne var ki, ülkelerin sosyo ekonomik gelişmişlik durumlarına ve toplumda geçerli olan anlayışa bağlı olarak amacıyla kullanılan binaların her zaman için uygun bir plan ve proje doğrultusunda inşa edilmedikleri gözlenmektedir(Taştekel, 1992).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren kuruluşlardan olan çocuk yuvaları, SHÇEK Kanununa göre, 0-12 yaş arası korunmaya muhtaç çocuklarla gerektiğinde 12 yaşını dolduran kız çocuklarının, bedensel, eğitsel, psikososyal gelişimlerini, sağlıklı bir kişilik veya iyi alışkanlıklar kazanmalarını sağlamakla görevli ve yükümlü yatılı sosyal hizmet kuruluşları olarak tanımlanmaktadır (SHÇEK kanunu, madde 3). 2009 yılında SHÇEK tarafından 10.203 çocuğa hizmet verilmiştir.

Çocuk Evleri ise, Türkiye'de çocuk karma sistemine yönelik oluşturulan kamu politikalarından kurum akımı modeli içinde, en güncel ve en sağlıklı model olarak gözlenmektedir. Bu yöntemle toplumsal hayata ve insan ilişkilerine hazırlıklı çocuklar yetiştirilmesi amaçlanmaktadır(Salim, 2011).

Her ilin sosyal, kültürel açıdan çocuk yetiştirmeye en uygun bölgelerinde, tercihen okul ve hastanelere yakın apartman dairesi veya müstakil dairelerde, çocukların korunması hizmetini veren evlerin genel adıdır (SHÇEK Genel Müdürlüğü, Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Yay. Resmi Gazete T. 05.10.2008, Sayı: 27015).

| <b>Kurum Adları</b>                         | <b>Sayı</b> | <b>Kapasite</b> | <b>Kayıtlı Kişi Sayısı</b> | <b>Fiilen Bakılan Kişi Sayısı</b> |
|---|-------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Çocuk Evi (0-18)                            | 884         | 5.187           | 4.835                      | 4.835                             |
| Çocuk Yuvası ve Kız Yetiştirme Yurdu (0-18) | 11          | 1.151           | 848                        | 547                               |
| Çocuk Yuvası (0-12)                         | 24          | 1.895           | 1.472                      | 1.030                             |
| Sevgi Evi (0-18)                            | 61          | 5.280           | 4.856                      | 3.667                             |

**Tablo-2:** Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013 Kasım Ayı İstatistikleri

İlk olarak 2006 yılında açılan çocuk evleri aynı yılın sonu 31'e ulaşmıştır. 2007 yılı sonu 0-12 yaş grubundaki korunma ihtiyacı olan çocuklara yönelik 49, 13-18 yaş grubuna yönelik 15 çocuk evine ulaşıldı. 2008 ciddi yükseliş oldu. 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 550 kişiye ulaştı. 2009 yılı sonu 160 çocuk evi yaklaşık 1.000 çocuk oldu(SHÇEK, Faaliyet Raporu).

Çocukların aile ortamına benzer yapı ve ilişki içerisinde sağlıklı ve kendine güvenen bireyler olarak büyümeleri ve topluma kazandırılmaları hedeflenmiştir. Bu bağlamda sevgi evleri uygulaması da çocuk evlerinin temelini oluşturan asıl yapıdır. Bu yapının daha çok aile ortamının hissedildiği çocuk evlerinin sayısındaki artışın olumlu geribildirimleri söz konusu olduğundan bu evlerin sayılarının arttırılmaya ihtiyacı vardır(Yazıcı, 2012).

Çocuk evlerinin çocuklar açısından önem taşıyan bir diğer unsuru ise çocuk evlerine dışarıdan bakıldığında bu evlerin çocuk evi olduğunun belli olmamasıdır. Sosyal yaşamda en fazla karşılaştıkları problemlerin başında damgalanma gelmektedir. Çocukların barındığı evlerin kapısına bu konutlarda korunmaya muhtaç çocukların yaşadığını belirten işaret veya tabela asılmaz (Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik).

Çocuk evlerinde, hem çocukların sınırlı sayıda oluşu hem de çocuklara bakım hizmeti veren personel sayısının az olması ve sürekli değişmemesi çocukların bağlanma, güven duygusu ve kişisel gelişimi açısından olumlu bir sonuçtur. Çünkü az sayıda çocukla ilgilenen personel çocukların özelliklerine göre bakım ve ilgiyi verebilecek, çocuklarla daha yakından ilgilenecektir.

Öğrenciliklerinde okul ve mahalle arkadaşları, iş yaşamında ise iş arkadaşları arasında yuvalıklar, yurtlular gibi ifadelerle maruz kalma ve kendilerine acıma hissiyle yaklaşılması korunmaya muhtaç çocuklarda dışlanmışlık algısı yaratmakta ve üzmektedir. Okulda ve iş yaşamında arkadaşlarını davet edeceği bir evinin, yaşamını şekillendirirken kendini ait hissedeceği bir sokağın veya bir mahallenin olmaması çocuk için olumsuzluktur. Arkadaşlarını davet edeceği bir evi, top oynayacağı bir mahallesi ve sokağının bulunması yaşadığı yere aidiyet duygusunu geliştirecektir. Bunlarla birlikte çocuk evinde normal bir ev yaşantısı sürdüren çocuklar korunma kararları kalktığında tek başlarına bir ev tutup yaşayabilecek güven ve cesarete sahip olacaklardır.

Çocuk evlerinde yaşayan çocuklardan yaş grubu birbirine yakın kardeşlerin birbirinden ayrılmadan aynı evde bakım ve korunmalarının sağlanması ile kardeşlerin duygusal destekleriyle güven duyguları daha çok gelişir ve buna göre başarıları artar(Yazıcı, 2012).

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 işbirliği protokolü imzalanmakta ve Çocuk Evleri sisteminin yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bu araştırmanın gerçekleştirildiği Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği işbirliği protokolü çerçevesinde Çocuk Evlerinin açılmasını ve yaygınlaştırılmasını desteklemektedir. 2010 yılından bu yana faaliyetlerini sürdüren dernek, 2015 yılı itibariyle 44 çocuk evinde, 218 çocuğu desteklemektedir. (Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği, 2015)

## 1.2. TRAVMA TANIMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA TÜRLEİ

### 1.2.1 Tanım

Travma terimi cerrahide ve tıp biliminde yıllardır kullanılmaktadır. Travma genel tıpta, darbe sonucu meydana gelen yapısal hasar anlamına gelmektedir (Rycroft, 1972). Kelimenin yunanca kökeni ise yara anlamına gelmektedir. Türk Dil Kurumu (Tdk.gov.tr, 2016), travma terimini “sarsıntı” olarak tanımlamaktadır.

Green (1990); travmayı tanımlamak için; objektif tanımlanan bir olayın varlığı, sonrasında bireyin bu olaya karşı geliştirdiği öznel yorumu ve bireyin bu olaya karşı gösterdiği duygusal reaksiyon olarak 3 temel unsuru esas almıştır.

Travmatik olay ise; bireyin yaşamsal bütünlüğünü korumasına engel olan yaşamsal bütünlüğünü bozan, bireyi bu anlamda gerek fizyolojik gerekse psikolojik manada zorlayan ve baş etme becerilerini aşan olaylardır. Deprem, volkanik patlama, sel gibi doğal afetler, fiziksel veya cinsel saldırılar, yangın, patlama, trafik kazaları, işkence ve benzeri kötü muamele, savaş nedeniyle zorunlu irtica durumu, sevilen birinin beklenmeyen bir şekilde ölümü ya da yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanması, çocukluk dönemindeki ihmal, istismar, şiddet, taciz gibi olumsuz olaylar, travmatik yaşantılara örnek verilebilir. Bireyler bu olaylarla olayı doğrudan yaşayarak, olaya tanık olarak, olayı yaşayan insanlara yardımda bulunarak ya da olayın sevdiği bir kişinin başına geldiğini öğrenerek karşılaşabilir. Yaşanan travmatik olay karşısında birey, korku, dehşet çaresizlik, suçluluk ve utanç gibi tepkiler verebilir, çocuklarsa dağınık ya da huzursuz, saldırgan davranışlarda bulunabilir. Bu durumda yaşanan olay ‘ruhsal travmatik olay’ şeklinde tanımlanmaktadır. (Aker 2012, s.11).

### 1.2.1.1. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında Travma

Travmatik olayın tanımı ise çeşitli değişikliklerden geçmiş ve günümüzde kullanılan tanı sisteminde (DSM 5) “doğrudan, başkalarının başına gelen olaylara tanıklık etme, aile üyesi ya da yakın arkadaşın başına gelen travmatik olayı öğrenme, örseleyici yaşantının rahatsız edici ayrıntılarına meslek dolayısıyla sürekli maruz kalma yollarından biri ile gerçek ya da göz korkutucu bir ölüm, ağır yaralanma ya da cinsel saldırıya uğramış olma” şeklinde ele alınmıştır (APA, 2013).

2013’te yayımlanan DSM-V’ te (APA), TSSB ölçütlerinde bir takım değişikliklere gidilmiştir. DSM-IV’ te iki alt ölçütü bulunan A ölçütü, DSM-V’ te dört alt ölçütten oluşmaktadır. Bireyin gerçek veya göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır bir yaralanmayla karşılaşmış veya cinsel bir saldırıya uğramış olup olmadığını değerlendiren A ölçütünün dört alt ölçütleri şunlardır: “Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama” (A1), “Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme)” (A2), “Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme; aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır” (A3); ve “Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma” (A4). Son iki alt ölçüt kişinin, travmatik bir olaya dolaylı ya da ikincil yoldan maruz kalmasının, olayla doğrudan karşı karşıya kalmış bir bireyin deneyimlediği belirtilere benzer belirtiler sergileyeceğini ve TSSB geliştirme riski altında olabileceğini göstermektedir. A3 alt ölçütünde birey, özel hayatında iletişim içinde olduğu ve/veya değer verdiği bir kişinin örseleyici yaşantısına maruz kalmaktayken, A4 alt ölçütünün uygulanabilmesi için kişinin, mesleği gereği bir başkasının travmatik yaşantısına maruz kalması gerekmektedir. B ölçütünde bir değişiklik yapılmamışken; DSM-IV C ölçütünde yer alan ve bireyin kaçınma ve genel tepki düzeyinde olan azalmayı tanımlayan belirtiler, DSM-V’te C ölçütü ve D ölçütüne dağıtılmıştır. C ölçütü, yalnızca kaçınma belirtilerini tanımlarken, D ölçütü bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikleri tanımlamaktadır. E ölçütündeki belirtiler, bireyin travmatik olayla ilişkili uyarılma ve tepki gösterme belirtilerini tanımlamaktadır. F ölçütü söz konusu belirtilerin zamanı ile ilişkiliyken, G ölçütü bozukluğun gündelik ve genel işlevselliği etkilemek olarak kararlaştırılmıştır. Yine DSM-IV’ ten farklı olarak, DSM-V’ in H ölçütü bireyin yaşadığı belirtilerin herhangi bir madde kullanımı ya da



sağlık durumu ile açıklanamayacağını belirtir. DSM-V tanı ölçütlerine göre, bir bireye TSSB tanısı konabilmesi için, A, B ve C ölçütlerinden en az bir, D ve E ölçütlerinden en az iki belirtinin, ve F, G ve H ölçütlerinin varlığı söz konusu olmalıdır.

### **1.2.1.2 Çocukluk Çağı Travmaları**

Çocuk çağı travmalarını ilk ele alan kişi olan Kempe ve Helfer (1972), çocukluk çağı travmalarını, “ebeveynlerin veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği ya da girişmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı zarar görmeleri” olarak tanımlamışlardır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarını; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak; çocuk ihmalini de fiziksel, duygusal, cinsel ve eğitimsel ihmal gibi farklı alt türlere ayırarak her birinin ayrıntılı olarak tanımlamalarını yapmışlardır (Kempe ve Helfer, 1972, s. 11).

Çocukluk çağı travmaları, çocuğun sosyal, psikolojik, fiziksel gelişimini sekteye uğratan, aileleri de gerek tıbbi gerekse adli açıdan olumsuz etkileyen bir durumdur. (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004).

### **1.2.2 Çocukluk Çağı Travma Türleri**

Travma türleriyle alakalı yapılan çalışmalarda insan-doğa ayrımı sıkça karşımıza çıkmaktadır. Klasik sınıflandırma göz önünde bulundurularak travma; insan yapımı sonucu olan travma ve doğal afetler sonucu olan travma olarak iki başlıkta ele alınmıştır. Deprem, sel, fırtına, tayfun gibi olaylar doğal afetler olarak ele alınırken; savaş sonucu zorunlu irtica, endüstriyel patlamalar, olumsuz bireysel müdahaleler ise insanın neden olduğu travmalar olarak adlandırılmaktadır (Uluslararası Kızılay ve Kızılay Kurumları Birliği, 2013).

Bu çalışmada çocuklarda görülen travmatik yaşantılar araştırılırken elde edilen cevaplar bu ayrım çerçevesinde gruplandırılacak ve insanın neden olduğu travma türleriyle ilgilenilecektir. Araştırmanın örneklemini devlet koruması altında olan çocuklar

olduğundan çocukluk çağı travma türleri, çocuk istismarı türleri çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, 1999 yılında çocuk istismarının tanımını yapmıştır: Çocuğun sağlık, büyüme ve gelişmesini olumsuz olarak etkilenmesine neden olan her türlü fiziksel ve/veya duygusal, cinsel, ihmal veya ihmale neden olacak ticari reklam amaçlı ya da diğer bütün etkileme şekilleri de dâhil olmak üzere her türlü tutum ve davranışlara maruz kalması çocuk istismarı olarak kabul edilmelidir.

Çocuk istismarı denince akla ilk gelen terim cinsel istismardır. Cinsel istismarın yanında fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal kavramları da oldukça önemli kavramlardır. Devlet koruması altında olan ve dosyalarında travma öyküsü bulunan çocuklar bu çerçevede değerlendirildiğinde; istismar ve ihmalin pek çok çeşidi olmasına rağmen sonuçta benzer tepkilere sebep olurlar. Bir araştırmada 4-11 yaş arasında koruyucu bakım altına alınmış fiziksel istismar, cinsel istismar, çoklu istismar ve ihmal mağduru çocukların gösterdikleri TSSB belirtilerinde anlamlı herhangi bir fark görülmemiştir (Milot ve ark, 2010).

Fiziksel istismar ve cinsel istismar, devlet koruması altındaki çocuklarla ilgili suça sürüklenmiş çocuklarda, sosyo-ekonomik seviyesi düşük olan ailelerin çocuklarında sıklıkla görülürken, duygusal istismar toplumun her kesiminde bilfiil karşımıza çıkmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan, refah düzeyinde olan ailelerde bile duygusal istismara sıklıkla rastlanmaktadır (Öztürk, 2007).

### **1.2.2.1 Cinsel İstismar**

Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği çocuk cinsel istismarını, “rıza yaşının altında bulunan bir çocuğun cinsel açıdan olgun bir yetişkinin cinsel doyumuna yol açacak bir fiil içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması” şeklinde genişleterek tanımlamıştır. Bu tanım, cinsel fiilin herhangi bir araç kullanılarak yapıldığı veya yapılmadığı; genel ya da fiziksel temas içerdiği veya içermediği; çocuk tarafından başlatıldığı ya da başlatılmadığı ve zarar verdiği ya da vermediği gibi bütün durumları kapsamaktadır (Polat, 2001).

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu; Cinsel istismarı, “Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış” ve “Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar” olarak tanımlamıştır.

Bununla birlikte, rakamsal veriler dikkate alındığında on sekiz yaşına kadar olan kız çocukların % 12-25’inin, erkek çocukların ise % 8-10’unun cinsel istismara maruz kaldığı bilinmektedir. Ancak cinsel istismar ile cinsel oyun terimleri birbirinden ayrılmalıdır. Aynı gelişimsel düzeydeki çocukların özel bölgelerini birbirlerine teşhir etmesi veya dokunması, penetrasyon olmadıkça normal kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra örnek verecek olursak, altı yaşında bir çocuk ile üç yaşındaki bir çocuğun oral-genital bir ilişkisi gözlemlendiğinde durum normal boyuttan çıkmaktadır. Öte yandan her cinsel istismar temas ile gerçekleşmeyebilir. Teşhircilik, röntgencilik ve çocuğu pornografide kullanmak cinsel istismar türlerindedir (Kara ve ark. 2004: 143).

En çok zarara uğrayan çocuklar; 6-11 yas grubundaki çocuklardır. İkinci olarak 0-5 yas grubu, üçüncü olarak da 12-15 yas grubu gelmektedir. Çok küçük çocuklar en sık oral ve anal tacize uğrarlar. Vajinal ilişki daha çok 6-8 yaşlarında olur. Cinsel taciz ölümle sonuçlanabilir. Kızlar erkeklerden 5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalır ve tacizcilerin çoğu erkektir (Taneli, 1999).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda tekrarlayıcı, rahatsız edici düşünceler, olayla ilgili kâbuslar, uykuya dalma güçlüğü, öfke patlamaları, yoğunlaşma güçlüğü, İlköğretim sonrasında ve ergenlerde olay anını yaşıyormuş gibi hissetmeleri, olayı Anımsatan nesnelere karşı yoğun kaygı, korku tepkisi, olayı anımsatan yerler, kişiler, Görüntüler ve konuşmalardan kaçınma, yineleyici oyunlar görülebilecek davranış Şekilleridir. Ayrıca yasadıkları cinsel travmayı yeniden yasama ve tekrarlama korkusu, Cinsel kimlik bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları olabileceği gibi tersine cinsel Eylemde bulunma, sık mastürbasyon yapma, yasına uygun olmayan cinsel davranışlar, Cinsel oyunlar oynama, erişkinleri ayartıcı davranışlarda bulunma gibi davranışlar da Geliştirebilirler (Polat,2000).

Borderline kişilik bozukluğu saptanan kişilerin %85-95'inde çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü pozitif bulunmuştur. Yine cinsel istismarda bulunan kişilerin de %60-95'inde cinsel istismar öyküsü vardır (Nurcombe, 2000).

### **1.2.2.2 Fiziksel İstismar**

Çocuklarda en sık rastlanan travma türlerinden olan fiziksel istismar aynı zamanda belirlenmesi en kolay istismar türüdür. Çocuğun kaza harici yaralanması veya ebeveynleri tarafından yeterince gözetilmemesine bağlı gelişen kazaları kapsar. Kaza dışı travmalar genelde çocuğun ebeveynleri tarafından cezalandırma amaçlı olmakla beraber ebeveynlerin bireysel kontrolü kaybetmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Genellikle dövme şekliyle karşımıza çıkmaktadır ve tıbbi başvuru şekli ebeveyn tarafından durum gizlenmektedir. Morarmalar yüzdelik dilimin büyük bir kısmını oluştururken bunun yanında yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler görülmektedir (Kara ve ark., 2004)

Yaralanma ile gelen her çocukta fiziksel istismar durumu akla getirilmelidir. Yaşa uygun olmayan kendi kendine olma olasılığı çok düşük olan hasarlarda istismardan şüphelenmek gerekir. (Tıraşçı ve Gören, 2007)

Fiziksel istismarı Topbaş (2004) derecesine göre 2 şekilde açıklamıştır. Birincisi orta derecede fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir. Burada çocuğun ağzına biber sürmek, sarsmak, kulağını ve saçını çekmek, çocuğun herhangi bir yerine hafif bir şiddette veya parmakla vurma gibi cezalandırmalar söz konusudur. İkinci derece ise şiddetli fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir. Bu derecede ise çocuğa şiddetli elle veya ayakla vurmak, yakmak ve boğmak gibi cezalandırmalar söz konusudur (Runyan, Corrine, Ikeda, 2002' den akt. Topbaş, 2004: 77).

### **1.2.2.3. Duygusal İstismar**

Duygusal istismar, istismar türleri arasında, yapılan eylemler ve sonuçları açısından görülüp ölçülebilmesi daha güç olan kategoridir. UNICEF'e göre, çocuğun

nitelik, kapasite ve arzularının devamlı olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme veya terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına veya gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismardır (Kars, 1996:5).

Duygusal istismarın tanımı, çocuğun duygusal, sosyal ve kişilik gelişimini engelleyici tüm davranışları içermektedir. Bu durumlara hem aile içinde bireysel boyutta (aşğılanma, eleştirilme, reddedilme, korkutulma, tehdit edilme) hem de toplumsal ve kültürel boyutta rastlamak mümkündür. Hart ve Brassard konuyla ilgili yaptıkları araştırmalarda, doğrudan ve şiddetli duygusal istismarın, çocuklardaki birçok davranış problemleri ve öğrenme güçlükleriyle (yalancılık, hırsızlık, düşük benlik kavramı, aşırı bağımlılık, başarısızlık, depresyon, saldırganlık gibi) yakından ilişkili olduğunun altını çizmişlerdir. (Akt. Kozcu, 1991:383).

#### **1.2.2.4 İhmal**

Çocuk istismarının bir başka tipi de ihmaldir. Çocuğun barınma, giyim, beslenme ve korunma gibi temel ihtiyaçlarının bakımını üstlenen kişilerce veya sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında barındıran devlet tarafından karşılanmamasıdır. Ağır derecede ihmal ölümle sonuçlanabilmektedir (Polat, 2001).

İstismar ve ihmali ayıran önemli nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır. Çocugun en üst düzeyde gelişimini sağlayacak duygusal paylaşımın olmaması duygusal ihmal, çocugun sağlıklı gelişmesini olumsuz yönde etkileyecek şekilde tıbbi bakımı yaptırmama, geciktirme ya da önerilere uymama tıbbi ihmal, çocugun yetenek ve becerilerine uygun eğitim olanaklarından yararlanamaması ya da desteklenmemesi eğitim ihmali, kurum ve kuruluşların sorumlu oldukları alanlarda duyarsız davranmaları sonucu oluşan durumlar sosyal ihmal olarak adlandırılmaktadır. İhmal, özellikle büyüme geriliğı olan, psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (Kara ve ark., 2004).

### **1.3. OYUN TERAPİSİ – TÜRLERİ VE TRAVMA TEDAVİSİNDEKİ ROLÜ**

Oyun, çocuklar için nefes almak kadar doğaldır ve çocukların evrensel ifade biçimidir. Din, dil, etnik köken ve kültürel farklılıkların aşan bir olgudur. (Drewes, 2006). İnsanlar için oyun neredeyse yemek ve uyku kadar önemlidir. Oyunla birlikte beyinde meydana gelen fiziksel ve duyuşsal etkileşim, beyinde bu alanda sinapşların oluşumuna yardımcı olur ve bu durum nöron kaybını engeller (Perry ve Szalavitz 2012).

Oyunun çocuğun gelişimi açısından önemi Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin (1989) 31.1 maddesi tarafından da desteklenmektedir. Bu madde “çocuğun dinlenme ve boş zaman değerlendirme, yaşına uygun oyun ve eğlence etkinliklerinde bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbest biçimde katılma hakkını” tanımaktadır.

Piaget (1962) oyunu, somut tecrübe ile soyut düşünce arasında bir köprü olarak tanımlamıştır. Piaget burada oyunun sembolik fonksiyonuna dikkat çekmiştir Çocuk oyunda daha önce direkt başından geçen olayları veya dolaylı olarak tecrübe ettiği durumları sembolik olan somut nesnelere duyguları da hareketin içine katarak dışa vurur. Çocuk kendince duygusal yönden önemli olan tecrübeleri oyun ile anlamlandırır ve çözümler. Aynı zamanda çocuk sembolik oyunla anlamlandıramadığı birtakım içsel araştırmalara müdahale edebilir ve çözüme kavuşturabilmektedir. Özetle oyun çocuğun kendisini ifade etmede sembolik bir dildir.

Oyun sadece normal çocuk gelişiminin desteklenmesi için gerekli değildir, aynı zamanda pek çok terapötik gücü içinde barındırdığından çocukların duygusal ve davranış sorunları ile başa çıkmalarına yardımcı olacak bir araç niteliğindedir (Drewes, 2006).

Drewes'i destekler nitelikte olan bir araştırmada ise oyunun terapötik işleviyle

ilgili (Özdoğan,2009), çocuk deneyimlediği olumsuz yaşantılara çözüm yolu üretmek adına oyun yoluna başvurur. Oyun yolu ile çocuk bu olumsuz yaşantıların üstesinden gelir. Çocuk oyun esnasında oluşturduğu kurguyu olumsuz yaşantılar sonucu hissettiği duyguları da oyuna metaforlarla yansıtır.

### **1.3.1 Tanımı ve Kısa Tarihiçesi**

Merkezi Amerika olan Oyun Terapisi Derneği'nin sitesinde yapılan tanıma göre oyun terapisi; sistemli kuramsal bir modelin eğitimli oyun terapistlerce danışanların psikososyal sorunlarını çözümlenmelerine veya hedeflenen gelişim düzeyini yakalamalarına yardımcı olmak amacıyla oyunun sağaltıcı gücünden faydalanılarak çocuklarla yapılan terapi türüdür. (Association for Play Therapy). Bu tanımlama, oyun terapisinin sağlam kuramsal modeller üzerine inşa edilmiş bir terapötik yaklaşım olduğunun kanıtıdır.

Oyun Terapisinin ilk ortaya çıkışı çocuk psikoterapisinin ortaya çıkışıyla aynı zaman dilimindedir. Oyunun terapötik tarafını psikoterapi literatürüne dahil eden ilk kişi Sigmund Freud olmuştur. (Schaefer, 2013)

Freud (1909), Küçük Hans ile gerçekleştirdiği çalışmayla birlikte terapötik oyun fikrini ortaya atarken oyunu üç ana işlevde incelemiştir. Birincisi çocuğun kendini ifade etme becerisinin güçlenmesidir. İkincisi çocuğun ideasındaki isteklerinin gerçekleşmesi, son olarak üçüncüsü ise çocuğun deneyimlediği travmatik yaşantıların üstesinden gelmesidir ( akt. Schaefer,2013).

Oyunu terapötik olarak kullanan bir başka terapist de Anna Freud (1946) olmuştur. Anna Freud çocukla terapistin bir ittifak geliştirmesini mümkün kılması nedeniyle oyunun önemine inanmıştır.

Melanie Klein (1955), psikanalitik çerçevede çocuk terapisinde oyunun kullanılması fikrini devam ettiren terapistlerden olmuştur. Ayrıca çok küçük yaşta çocuklarla ilk çalışan psikanalistedir. Klein, oyunun bilinçdışı malzemenin bilinç düzeyine çıkmasına yardımcı olduğuna inanmaktadır. Yüze çıkan bilinçdışı malzemenin terapist tarafından çözümlenebilip yorumlanmasının önünü açmıştır. Olumsuz deneyimin anlaşılması ve özümsemesi konusundaki aşamalı yaklaşımı da oyun vasıtasıyla bu deneyimlerin yeniden yaşanması ve üzerinden gelinmesi ihtiyacını da kabul etmiştir. (akt.Schaefer,2013)

20.yüzyılın ortalarında, Virginia Axline (1947), çocuk ve oyun terapisine diğer görüşlere nazaran daha hümanist ve birey merkezli bakış açısıyla yaklaşmıştır. Axline, terapötik değişim için gerekli koşulların koşulsuz olumlu kabul, empatik anlayış ve sahicilik olduğu inancını benimsemiştir. Ayrıca çocukların düşünce, duygu, ve isteklerini oyunla kelimelerden daha iyi ifade edebildiklerini belirtmiştir. (akt. Landreth, 2011)

Belirtilen kuramsal temellerle hızla gelişen oyun terapisi, çocuk ruh sağlığı alanında etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Dünya’da oyun terapisinin kullanımı 1930’lu yıllarda başlarken, ülkemizde 2010 yılından itibaren oyun terapisine ilgi artmaya başlamıştır (Teber, 2015)

Çocuk ruh sağlığı alanında pek çok oyun terapi türü kullanılmaktadır. Teber (2015) çalışmasında alanda kullanılan oyun terapi türlerini; Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, Deneysel Oyun Terapisi, Gelişimsel Oyun Terapisi, Theraplay, Kum Terapisi, Psikanalitik Oyun Terapisi ve Kukla Terapisi olarak derlemiştir. (Teber, 2015)

Çalışmanın bu bölümünde klasik modellerin yanı sıra ülkemizde de etkin olarak kullanılan güncel oyun terapi türlerinden, Psikanalitik Oyun Terapisi, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ve Gelişimsel Oyun Terapisine ayrıca çalışmanın konusu olan Deneysel Oyun Terapisine yer verilecektir.

### **1.3.2 Oyun Terapisi Türleri**

Çalışmanın bu bölümünde klasik modellerin ardından ülkemizde de etkin olarak kullanılan güncel oyun terapi türlerinden, Psikanalitik Oyun Terapisi, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ve Gelişimsel Oyun Terapisine ayrıca çalışmanın konusu olan Deneysel Oyun Terapisine yer verilecektir.

#### **1.3.2.1 Psikanalitik Oyun Terapisi**

Psikoanalitik kuramın Oyun Terapisine dair uyarlanması, Freud’un “Little Hans” (Küçük Hans) ile çocuklara yönelik ilk çalışmasından sonra, Anna Freud ve Melanie



Klein'in oyunu çocuğun analizinde bir araç olarak kullanmasıyla başlamıştır. Anna Freud analizlerinde oyunu çocukla terapist arasında bir ilişkiel bağ kurabilmek ve çocukla terapötik bir uyum sağlamak için kullanmıştır. Klein ise, oyunu çocuğun endişelerini, içsel savunmalarını ve fantezilerini çözümlene yöntemi olarak görmüştür. (Zulliger, 2014)

Klein psikanalitik oyun terapisinde terapi odasının fiziksel şartlarını; yıkanabilir bir zeminin altını çizerek, akan su, çocuklar için ergonomik bir masa, birkaç sandalye, küçük bir kanep, birkaç yastık ve çekmeceli dolap olarak belirtmiştir. Odada bulunması gereken oyuncakları ise; tahtadan erkek ve kadın figürü, arabalar, trenler, uçaklar, hayvanlar, ağaçlar, tahta bloklar, evler, çitler, kağıt, makas, bıçak, kurşunkalemler, tebeşirler veya boyalar, yapıştırıcı, toplar ve misketler, şekil verilebilen hamurlar ve ip olarak belirtmiştir. (Klein, 1955'ten aktaran Teber )

Çocuklarda psikanaliz kuramın Oyun Terapisi uyarlamasında Winnicout'un çalışmaları da oldukça önemlidir. Winnicout oyunu, sağlıklı olmanın bir göstergesi olarak tanımlamıştır. Çünkü çocuk için oyun oynamak doğal bir davranıştır. Oyunun içeriğine fazla odaklanmak analistin çocuğu görmede zorlanacağını düşünmektedir. Oyunun kendisi zaten çocuk için iyileştirici bir eylemdir (Winnicout, 2014).

Modern analitik kuramcılar bu ilk çalışmaları genişletmişler ve yeni çalışmalarıyla çocuk terapilerinde oyunun önemine sıklıkla değinmişlerdir. Jungian Analitik Oyun Terapisi, Adlerian Oyun Terapisi ve Levy'nin Serbest Bırakma Oyun Terapisi ile psikanalitik kuram bu alana önemli katkı sağlamıştır. Bu önemli şahsiyetlerin çalışmalarından faydalanarak psikanalistler çalışmalarını günümüzde de sürdürmektedir (Schaefer, 2013).

### **1.3.2.2 Çocuk Merkezli Oyun Terapisi**

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (Child-centered play therapy); adını, birey merkezli kuramın bir parçası olduğundan almıştır. Ancak bu durumun geçerli bir sebebi daha vardır. Çocuk merkezli terapinin odağı çocuktur. Birey olarak çocuğun üzerine odaklanma, bu yaklaşımın temeli ve amacıdır (Landreth, 2011).

Bu terapi modeli ilk olarak Carl Rogers (1951) tarafından geliştirilmiş ve Rogers'in öğrencisi ve aynı zamanda çalışma arkadaşı olan Virginia Axline (1947)

tarafından çocuk merkezli bir yaklaşım olarak oyun terapisine entegre edilmiştir. ÇMOT, danışan merkezli terapide olduğu gibi belirli bir uygulama prosedürü olmaksızın çocukla birlikte olma sürecini benimsemiştir (Landreth, 2011).

Axline, terapide amacın; çocuğu değiştirmek veya kontrol etmek yerine çocuğun kendi davranışlarının farkına varmasını sağlamak ve kendini yönetmesine müsaade etmek olduğunu savunmuştur. Terapide asıl olan danışan ve terapist arasında kurulan sağlıklı ilişkidir. Çocuk bu ilişki ile birlikte büyüme ve gelişme sürecini tamamlar (Axline, 1947).

Axline'nın temellerini attığı ÇMOT, Gary Landreth ile birlikte daha sistematik bir boyut kazanmıştır. Değişim için ana gücün terapistin bilgisinden ziyade çocuğun içsel dinamiği ve bilgeliğini ön planda tutmuştur. ÇMOT 2-10 yaş arasındaki çocuklara uygulanır. Genellikle depresyon, kaygı, takıntı, öfke problemleri, korku gibi çocuk sorunlarında etkilidir (Landreth, 2011).

### **1.3.2.3 Gelişimsel Oyun Terapisi**

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT), Viola Brody tarafından geliştirilen bir yöntemdir. Terapist tarafından grup ya da bireysel olarak uygulanabilmektedir. GOT şefkatli dokunuş imgesinden yola çıkar ve bunun terapötik iyileştiriciliğiyle ilgilenir.. Bu oyun terapisi yönteminde oyuncaklar yoktur sadece terapist ve çocuk arasında kurulan doğru dokunsal ilişki vardır. Ve bu ilişki şefkatli dokunuş ile sağlanır (Brody, 1997).

Merkezi Amerika olan günümüzde oyun terapisi adına sözü geçen en büyük yapılanma olan Oyun Terapileri Derneği (Association for Play Therapy-APT) dokunmanın terapide kullanılabileceğini belirtmektedir. APT'nin dokunmanın terapötik etkisinden bahseden bir çalışması mevcuttur. Çalışmada dokunmanın çocuk gelişimi için faydalarından bahsetmekte ancak terapistlerin doğru dokunma olgusunun altını çizmektedir. Alınan eğitimler sonucunda çocuğun ihtiyacının belirlenmesi, gerekli yazılı izinlerin alınması, terapi esnasında doğru bölgelere doğru bir şekilde dokunulması, çocukla güvenli bir bağ kurulması ve süpervizyon desteğinin sağlanması gibi aşamaların sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesi önemlidir (Association for Play Therapy, 2001).

Gelişimsel oyun terapisi dokunma esaslı oyunlardan meydana gelmektedir. Çocuk

için terapi kararı verilirken öncelikli olarak bağlanma ve ilişki probleminin varlığı sorgulanmaktadır. Erken dönemde bakım verenleriyle güvenli bağlanmayı gerçekleştirememiş çocuklar ileriki zamanlarda birtakım davranış problemleriyle karşımıza çıkmaktadır. 0-2 yaş döneminde bakım vereniyle güvenli bağ kuramayan çocuğun Gelişimsel Oyun Terapisi ile doğru dokunmayla birlikte güvenli bağı tekrardan oluşturmaya yardımcı olur. Bununla beraber yanlış dokunmaya maruz kalmış (şiddete, cinsel tacize uğramış) ve erken dönemde dokunma ihtiyacı karşılanmamış (hiperaktif, ihmal edilmiş, yıkıcı davranış bozuklukları olan) çocuklarda da etkili olarak kullanılmaktadır. Otizm, Asperger, Down Sendromu, Serebral Palsy gibi tanıları olan çocuklarda da oldukça etkili bir terapi yöntemidir (Schwartzenberger, 2004).

#### **1.3.2.4 Deneyimsel Oyun Terapisi**

Deneyimsel Oyun Terapisi (Experiential Play Therapy), Byron E. Norton ve eşi Carol C. Norton tarafından literatüre kazandırılmıştır. DOT, İlişkisel Oyun Terapisi ile Çocuk Merkezli Oyun Terapisi'nin sentezi olarak karşımıza çıkmaktadır. Terapistin terapistin rolü ve çocuğun terapistin kullandığı metaforların yorumu ile diğer terapi türlerinden farklılık göstermektedir. DOT, terapist tarafından yönlendirilmenin yapılmadığı oyun terapileri kategorisinde yer almaktadır. (Schaefer, 2013)

Dil ve bilişsel beceri anlamında çocuklar yetişkinlere göre henüz olgunluk düzeyine ulaşmadığı için DOT, aktiviteyle yani oyunla iç dinamikleri çözümüleme yolunu kullanmaktadır. Çünkü kuram, çocukların dünyayı bilişsel olarak değil, deneyimsel olarak algıladığı varsayımını savunmaktadır. Çocuklar, iç dinamiklerini ( korkular, sorular, öfke ve çözümlenmemiş diğer duygular) işlerken tüm duyularını oyun esnasında tekrar deneyimler. Bunu yaparken çocuk, oyuncaklar ile kurduğu sembolik ve fantezi oyunu devreye sokar. (Schaefer, 2013)

Bir çocuğa Deneyimsel Oyun Terapisi uygulanması için bazı öncüller mevcuttur. Bu öncüllerin en önemlisi çocuğun sembolik oyun kapasitesidir. Bu beceri genellikle 2 yaş itibarıyla ortaya çıkmaktadır. Sembolik oyunu gerçekleştirebilen çocuk terapi sürecine dahil olabilir.

Deneyimsel Oyun Terapisi; başta travma geçmişi olan çocuklar olmak üzere, kaygı problemleri, çeşitli korkular, psikosomatik ağrılar, çeşitli davranış problemleri, özgüven

sorunları, yakın kaybı sonrası yas gibi olguları karşılayan çocuklarda da etkilidir (Schwartzenberger, 2004).

DOT'un kurucuları Carol ve Byron Norton çifti uzun yıllar süren DOT uygulamaları sonucunda çocukların DOT sürecinde 5 aşamadan geçtiklerini öne sürmüştür. Bu aşamalar Keşif Aşaması, Korunma için Sınama Aşaması, Bağımlılık Aşaması, Terapötik Büyüme Aşaması ve Sonlandırma Aşaması'dır (Schaefer, 2013)

*Keşif Aşaması*, terapötik sürecin başlangıç seanslarıdır. Çocuk süreci kavramaya, terapisti ve odayı tanımaya çalışmaktadır. Çocuk oyuncaklarla oyun kurmaya başlar ve oyun alanını genişletir. Çeşitli sorular sorarak güven sürecine temel atmış olur. Terapist bu aşamada yorumlayıcı ifadelerden çok gözlemsel ifadelere başvurur. Bu durum çocuğun sürece ve terapistte olan izlenimlerini olumlu anlamda geliştirmesine yardımcı olur.

*Sınama Aşaması*, çocuğun terapistin ve oyun terapi odasının sınırlarını kavramaya çalıştığı aşamadır. Bu aşamada çocuk terapistin sınırlarını test etme amacıyla çeşitli olumsuz tutum sergiler. Terapistin bu andaki koşulsuz kabul algısını oluşturması çocuğun her halinin kabul gördüğünü anlaması süreç açısından oldukça önemlidir. Koşulsuz kabul farkındalığına erişen çocuk, terapi odasında iç dinamiklerini yansıtmada güven olgusunu geliştirir. Özellikle travma gibi dışavurumu oldukça zor olan mahrem konularda bu aşamanın terapist tarafından sağlıklı yönetilmesi süreç açısından önem arz etmektedir.

*Bağımlılık aşaması*, terapide güven ortamının bütünüyle sağlanmasının ardından çocuk bu evrede, fantezi oyunlarla beraber artık travmatik deneyimi ortaya koymaya başlar. Bu oyunlara terapisti davet etmek için girişimde bulunur. Çocuk güvende olduğunu bildiği için duygusal çalkantılarını yansıtmaya hazırdır. Terapist bu aşamada çocuğun yerinde olmanın verdiği hissiyatı deneyimler. Çocuk terapisti, dış dünyanın çocuğu gördüğü gibi besler ve terapistte buna paralel davranır. Terapistin oyunda, travmanın yaşandığı zaman dilimine göre çocuğun o yaşta, o koşullar altında vermiş olabileceği tepki gibi tepki vermesi gerekmektedir. Çocuk bu aşamada travma anında yaşadığı güçsüz durumu çözümler ve gücü tekrar eline alır.

*Terapötik büyüme aşaması*, çocuğun travmatik olayları tekrar tekrar deneyimleyip sonlandırdıktan sonra travma personası için bir yas süreci başlar. Çocuğun davranışlarında donuklaşma, odada keşif aşamasında olduğu gibi gezinme

davranışı görülebilir. Artık çocuğun yeni bir kimliği vardır. Çocuk güçlendiği için oluşturduğu yeni benliği algılar ve benimser.

*Sonlandırma aşaması*, Travmatik deneyimin çözümlenmesi ve ardından yeni benliğin benimsenmesiyle artık sürecin sonlandırılması için terapist çocuğa bu durumu izah eder. Terapist ve çocuk arasında kurulan bu sağlıklı ilişkinin süreci ne kadar önemliyse bu süreci sağlıklı bir şekilde sonlandırmak o denli önemlidir. Birkaç seans süren sonlandırma aşamasının ardından çocuk süreci bitirmek için hazırdır. Çocuğun artık terapistte ihtiyacı kalmamıştır. Çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurmak için kendini hazır hisseder.

### **1.3.3 Deneyimsel Oyun Terapisinin Travma Tedavisindeki Rolü**

Genelde aileler veya çocukların bakımını üstlenen bireyler çocuklarının problemlerini belirli tanıları kullanarak uzmana aktarırlar. Aslında çoğu vakada görülen dikkat problemleri, öfke-kontrol problemi ve dürtü problemleri gibi semptomların, sanılanın aksine değişik bozukluklar nedeniyle olmadığı Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da travmanın beyinde bıraktığı etki sonucu olduğunu belirtmiştir. Kısacası bütün semptomatik durumların temelinde irili ufaklı travmaların sonucu olduğunu belirtmektedir (Perry & Szalavitz, 2012).

Travmatik geçmişi olan çocuklarda, davranıştan önce düşünen beynin devreye girerek mantıklı karar vermesi beklenemez. Travmanın etkisi sonucu ortaya çıkan bu davranışlar duygusal beynimizin hayatta kalmak için ortaya çıkardığı bir tepkidir. Travmatik anılarımız duygusal beynimizde depolanmaktadır. Travmatik davranışları etkileyen bir durum da bedenin yaşadığı duygusal deneyimlerdir. (Van Der Kolk & Bessel, 1994)

Travmayı tedavi ederken travma ile duygusal beyin arasındaki ilişki her zaman dikkate alınmaktadır. Sağaltımdaki en önemli hususlardan biri, çocuğun travma esnasında kaybettiği güveni tekrar kazanmasıdır. Çünkü çocuk kendini sürekli tehdit altında hissetmektedir. Çocuğun tehdit altında olmadığına farkına varması ve dünyayı yaşanılabilir güvenli bir yer olarak hissetmesi elzem bir durumdur. Bununla beraber bir diğer husus da çocuğun travma esnasında bedeninde yaşadığı duygusal deneyimdir. Bu olumsuz deneyim bedenin ani tepkiler vermesine yol açmaktadır. Sağaltım sürecinde

güvenli bölge teminiyle birlikte çocuk bedenini de güvenli duyuşal deneyimlere açar. Böylelikle kaygı ve ani tepkilerle bedeni savunma durumu ortadan kalkmış olur. Bu durum travmanın etkisinin azaldığının göstergesidir (Schwartzemberger, 2007)

Travma geçirmiş çocuklar oyun terapisi esnasında travma deneyimlerini tekrar canlandırırılar. Deneyimsel oyun terapistinin amacı travma esnasında çocuğun kesintiye uğramış savunmacı tepkinin serbest bırakılması için çocuğa yardımcı olmaktır. Çocukluğun erken dönem travmalarından beynin sol tarafı olumsuz etkilenir. Bu alanın olumsuz etkilenmesi faaliyet bölgesinde olan; sosyal duyuşal algı, ilişki kurabilme, bedensel faaliyetler ve vücuttaki duyum gibi faaliyetlerin aksamasına sebep olmaktadır. Bu faaliyetlere yönelik iyileşme travmanın etkisinden kurtulma açısından önemlidir (Norton, 2007).

Çocuğun travma geçmişi ile ilgili aktarımı oyun esnasında çeşitli şekilde ortaya çıkabilir. Deneyimsel Oyun Terapisi seans esnasında çocuğun duyu-motor aktarımına odaklanır. Çocuk travmayı canlandırırken motor hareketlerini kullanarak duyuşal aktarımı beraberinde getirir. Burada önemli olan husus çocuğun duyuşal deneyimlerini dikkate almaktır. Terapist çocuğun duyuşal tepkilerini özümser ve çocuğa aynı şekilde tepki verir. Böylelikle terapistin çocuğun travmasına ulaşmasına olanak sağlanır (Norton, 2007).

Deneyimsel Oyun Terapisi'nde çocuğun travmasıyla yüzleştiği ve ilk olayda hissettiği çaresizliği aşması sürecini başlatan sıralı dışavurumları Norton (2011), 4 evrede (4 S) açıklamıştır. Bu evreler; duyumsama evresi, bedensel evre, dışavurum evresi ve yatışma evresidir.

*Duyumsama Evresi (Sensory Phase);* çocuk tarafından travmatik bir tepki meydana geldiğinde çözülmüş duyumsama hatıraları tekrar yaşanır. Bu hatıralar işitsel, görsel, dokunsal, tatsal, kokusal veya motor tepkiler doğurabilir. Çoğunlukla bu duyuların hepsi birden harekete geçer. Çocuk bu durumu oyun odasında bunu işaret eden davranışlarda bulunur. Terapistin, çocuğun bu aşamadaki davranışlarına sözel geribildirimler yerine çocuğun yönelim hareketlerini pekiştiren sesler çıkararak geribildirim verir. Bu geribildirim çocuğu travma ifadesinin bedensel evresine geçirir.

*Bedensel Evre (Soma Phase);* bu evrede çocuk travmanın bedensel etkilerini terapide yansıtır. Çocuğun bedeni travma anındaki gibi tekrar aktive olur. Çocuk

içgüdüsel korunma hareketlerini oyunlarda sergiler. Çocuğun bedeni travmaya tepki gösterir. Vucutta kasılmalar, donmalar, ani tike benzer hareketler görülebilir. Bu sıkıştırılmış enerjiyi aktarma çabası bir sonraki evre olan enerjiyi bedenden atma amacı güden dışavurum evresine öncülük eder.

*Dışavurum Evresi ( Surge Phase);* çocuğun bedensel ifadelerle travma enerjisini boşaltma sürecidir. Travma esnasında hareketsiz, donuk olan çocuk oyunda bu deneyimi tekrar yaşar. Travma anında tehlike ve tehdit yüzünden çocuk kendini koruyacak gücü bulamamış ve doğru bedensel tepkiyi verememiştir. Çocuk terapi esnasında aynı ana geri döner ve öncesinde gösteremediği tepkiyi artık kendini koruyacak güce ulaştığı için o anda gösterir. Faile karşı dışa vurulan öfke ve saldırganlık duygusu bedenin deşarjına yardımcı olur. Bu evreyle beraber travmanın bütünleşmesi için yatışma evresine geçiş yolu açılır.

*Yatışma Evresi (Soothe Phase);* çocuk önceki evrede travma enerjisinin büyük bir bölümünü boşaltma fırsatı bulduğunda bedendeki travmaya olan tepkiyi serbest bırakmayı temsil eden bir yatışma tepkisi deneyimler. Bu çocuğun oyunlarda deşarjdan sonra sihirli bir sakinlik göstermesiyle gözlemlenir. Çocuk o andan sonra travma olayı sırasında kaybettiği benlik saygısını tekrar kazanmaya başlar. Çocuk güvenlik duygusunu tekrar kazanır ve kontrolün elinde olduğu gücü deneyimler. Çocuğun önceden hissettiği, hayatta kalmak için verdiği travmatik tepkilerin yerini güvende olmanın sükuneti alır.

#### **1.4. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma ile erken çocukluk döneminde ihmal, istismar öyküsü olan devlet koruması altındaki çocuklarda görülen travma sonrası psikolojik sorunların tedavisinde Deneyimsel Oyun Terapisinin etkinliğinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

#### **1.5. Araştırmanın Önemi**

Korunmaya Muhtaç Çocukların topluma sağlıklı bireyler olarak kazandırılmasına yönelik sistemi iyileştirici politikalar oluşturulsa da, çocukların ruh sağlığı ve tam bir iyilik haline erişebilmesi için yapılan bireysel sağaltım çalışmaları oldukça azdır. Deneyimsel Oyun Terapisi ise, oyun terapisi yöntemlerinden birisidir ve ülkemizde bu yöntemle ilgili bilimsel çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışma ülkemizde Çocuk Evlerinde bakımı sağlanan Korunmaya Muhtaç Çocuklara yönelik terapötik bir uygulamanın ele alındığı ender çalışmalardan biri olması açısından oldukça önemlidir.

#### **1.6. Araştırmanın Hipotezleri**

Araştırmanın iki temel hipotezi bulunmaktadır.

- Deneyimsel Oyun Terapisi çocukların travmaya bağlı ortaya çıkan psikolojik semptomların azalmasında ve sonrasında ortadan kaldırılmasında etkilidir.
- Deneyimsel Oyun Terapisi çocukların travmaya bağlı duygusal stres düzeylerini iyileştirmede etkilidir.



## 1.7. Sınırlılıklar

Araştırmanın uygulanma sürecinde bazı sınırlılıklar olmuştur. Bu sınırlılıklar şu şekilde sıralanabilir;

- Araştırma İstanbul ilindeki çocuk evlerinde yaşayan, devlet koruması altındaki çocuklar ile sınırlıdır.
- Araştırma terapiyi uygulayan terapistin bir tek kişi olması ile sınırlıdır.
- Araştırmanın sonuçları veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeğin verileri ile sınırlıdır.
- Araştırmaya katılan çocukların bakım personellerinin anketlerdeki maddeleri içtenlikle cevapladıkları varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının, araştırmanın amacına uygun olduğu kabul edilmiştir.
- Araştırma süresince çocukların psikolojik sağlıklarını etkileyebilecek öz aile görüşmeleri, evden bir çocuğun -evlatlık verilme, koruyucu aile ya da öz aileye dönüş nedeniyle- ayrılığı gibi yaşam olaylarının önüne geçilememiş, değişken parametreler azaltılamamıştır.
- Araştırma sadece Çocuk Evlerinde koruma ve bakım altına alınan korunmaya muhtaç çocuklarla sınırlıdır.

## 1.8. Varsayımlar

Araştırma süresince çocukların duygu durumunu etkileyebilecek yaşam olaylarının, sonuçları etkilemediği,

Ölçeklerin araştırmaya uygun olduğu düşünülmüştür.

Bakım verenlerin ölçekleri gerçekliğe uygun doldurduğu kabul edilmiştir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, yöntem, örneklem grubu, örneklem grubuna ait sosyo demografik veriler ve araştırma verilerinin toplanması, veri toplama araçları ve verilerin işlenmesi ve analizi sürecinde kullanılan istatistiksel yöntemlere ilişkin bilgilere yer verilecektir.

#### 2.1. Araştırmanın Yöntemi

Çalışma, yarı deneysel nitelikte olup, aynı zamanda bir değerlendirme araştırmasıdır. Çalışmada Deneysel Oyun Terapisinin etkinliği incelenmiştir. Bu kapsamda Mutlu Yuva Mutlu Yaşam 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 Mutlu Yaşam Derneği'nde çalışan psikologlardan oluşmaktadır. Çalışma her çocuk için 8 seans boyunca sürdürülmüştür. Uygulayıcı psikolog ve çocuklar 8 seans boyunca, 45 dakikalık seanslarda bir araya gelmişlerdir. Uygulamada Deneysel Oyun Terapisi'nin keşif aşaması, güveni test etme aşaması, bağlılık aşaması, terapötik büyüme aşaması ve sonlandırma aşaması süreçleri sırasıyla gerçekleşmiştir.

Araştırmada çocukların duygusal stres düzeyleri PEDS ölçeği ile ölçülmüştür. Deneysel Oyun Terapisinin etkinliğini belirlemek amacıyla öntest- sontest yöntemi benimsenmiştir.

## 2.2. Araştırma Örnekleme

Araştırmanın örneklem grubu, Mutlu Yuva Mutlu Yaşam 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 3-10 yaş grubu 32 çocuktan oluşmaktadır. Yapılan ön değerlendirme ile çocukların terapiye uygunluğu tespit edilmiştir.

Araştırma için belirlenen 32 çocuğun terapi seansları, her bir çocuk için toplamda 8 seans uygulanmak üzere planlanmıştır. Çocukların terapi süreci terapötik bağın korunması açısından tek uzmanla sürdürülmüştür.

Araştırma kapsamında terapiler, araştırma sahibi tarafından gerçekleştirilmiştir. Dernekte bulunan diğer uzmanlar öntest-sontest uygulamalarında araştırma sahibine yardımcı olmuştur. Araştırma süresince seansların teröpatik işleyişi ile ilgili süpervizyon desteği alınmıştır.

## 2.3. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri

Araştırmada terapiye alınan çocukların demografik bilgileri, tablolar halinde belirtilmiştir. Tablolarda, çocukların yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanısı olma, psikiyatrik ilaç kullanımı, öz aileleri ile görüşme durumu, psikiyatrik ilaç kullanımı çocuk evinde kalma süresi gibi bilgilere yer verilmiştir.

Örneklem grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1.'de görüldüğü şekildedir. Buna göre; örneklem grubunun %67,5'i erkek; % 37,5'i ise kız çocuklardan oluşmaktadır. Çocuklardan %9,4'ü 6; %15,6'sı 7, %34,4'ü 8, %25'i 9 ve %15,6'sı ise 10 yaşındadır.

**Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı**

|          |          | n  | %    |
|----------|----------|----|------|
| Cinsiyet | Erkek    | 20 | 67,5 |
|          | Kız      | 12 | 37,5 |
| Yaş      | 6 yaş    | 3  | 9,4  |
|          | 7 yaş    | 5  | 15,6 |
|          | 8 yaş    | 11 | 34,4 |
|          | 9-10 yaş | 13 | 40,6 |

Örneklem grubunu psikiyatrik tanı ve ilaç kullanım durumları Tablo 2.'de paylaşılmıştır. Çocuklardan %59,4'ünün herhangi psikiyatrik tanısı yok iken; tanısı olanların oranı %40,6'dır.

Ayrıca örneklem grubundaki çocuklardan %62,5'i ilaç kullanmazken; %37,5,i en az bir psikiyatrik ilaç kullanmaktadır.

**Tablo 4. Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı**

|                  |     | n  | %    |
|------------------|-----|----|------|
| Psikiyatrik tanı | Yok | 19 | 59,4 |
|                  | Var | 13 | 40,6 |
| İlaç             | Yok | 20 | 62,5 |
|                  | Var | 12 | 37,5 |

Örneklem grubunun çocuk evinde kalma süresi ve biyolojik aileleri ile görüşme durumlarına göre dağılımı Tablo 3.'te belirtilmiştir. Çocuk evinde kalma süresi 1-2 yıl arası olanların oranı %37,5; 3 yıl arası olanların oranı %4,8; 4-6 arası olanların oranı %18,8'dir. Biyolojik/Öz aile görüşmesi olanların oranı %50; olmayanların oranı %50'dir.

**Tablo 5. Katılımcıların Çocuk Evinde Kalma Süresi Ve Öz Aile Görüşme Durumlarına Göre Dağılımı**

|                           |         | n  | %    |
|---------------------------|---------|----|------|
| Çocuk Evinde Kalma süresi | 1-2 yıl | 12 | 37,5 |
|                           | 3 yıl   | 14 | 43,8 |
|                           | 4-6 yıl | 6  | 18,8 |
| Öz Aile Görüşmesi         | Yok     | 16 | 50   |
|                           | Var     | 16 | 50   |

## **2.4. Verilerin Toplanması**

Çocuklar, terapi uygulamasına alınmadan önce ve tamamlandıktan sonra, Pediatric Emotional Distress Scale (Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği) ve çocuklar ile ilgili demografik bilgilerin olduğu form çocuklar hakkında yeterli bilgi sahibi olan bakım elemanları tarafından doldurulmuştur. Toplam 32 çocuk için ölçekler tamamlandıktan sonra verilerin hesaplamaları ve değerlendirilmeleri yapılmıştır.

## **2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmada örneklem grubundaki çocukların demografik bilgilerinin kaydedildiği demografik bilgi formu ile Pediatric Emotional Distress Scale (Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği) kullanılmıştır. 2-10 yaş aralığını kapsayan ölçek, çocuk evlerinde çocukların bakımını üstlenen bakım personelleri tarafından doldurulmuştur.

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.

### **2.5.1 Sosyo-Demografik Bilgi 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 kullanım, biyolojik aile ile görüşme durumu bilgileri yer almaktadır.

### **2.5.2 Peds Ölçeği**

F. Conway Saylor tarafından 1999'da geliştirilmiş olan Pediatric Emotional Distress Scale (Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği) 2 ila 10 yaşları arasındaki çocuklarda TSSB'na bağlı olarak oluşan davranışsal belirtileri değerlendirir (Goktepe, 2014).

Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği'nin (PEDS) Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliği 2014 yılında Kübra Göktepe tarafından sonuçlandırılmıştır.

Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Maddeler çocuğa bakım veren kişiler tarafından yanıtlanır. Likert tipi bir ölçektir. Maddeler; neredeyse hiç, bazen, sıkça, ve çok sık olarak puanlanır (Goktepe, 2014).

Toplam puan 0 ila 84 arasındadır. Toplam puanın yanı sıra ölçekteki 3 farklı faktörün puanları da hesaplanabilir. Bu faktörler şunlardır; eyleme dönük davranış (acting out), kaygı/içe çekilme (anxious/withdrawn) ve korku (fearful). Ölçek geliştirilirken factor analize ölçeğin ilk 17 maddesi dahil edilmiştir çünkü son 4 maddeyi yalnızca travmatik olaylara maruz kalmış katılımcılar tamamlamışlardır. Uyarlama sırasında ölçeğe travmayı ölçtüğü düşünülen 3 madde eklenmiş, ölçeğe uygun olup olmadığı sınanmak istenmiştir. Ölçek puanlaması manuel olarak yapılabilmektedir (Goktepe, 2014).

PEDS ölçeğinin güvenilirliği 0,85 olarak bulunmuştur. PEDS ölçeği yüksek derecede güvenilir bir ölçektir. Travma alanında daha önce geliştirilmiş ölçek olan ÇDDÖ ile yeni geliştirilen PEDS ölçeğinin alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (0,88). PEDS ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır. Gözlemciler arası güvenilirlik katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur. Türkçe uyarlama sürecinde eklenen maddelerden oluşan Dikkat/Hafıza Faktörünün ayırt edici geçerliliği bulunan tek faktör olduğu saptanmıştır. Ölçeğin cinsel istismar konusunda ayırt edici geçerliliğinin olduğu bilinmektedir (Goktepe, 2014).

Çalışmanın örnekleme 225 kişiden oluşmaktadır. Bunlardan 190'ı travmatik olay yaşamış gruptan olup çocuk evlerinde kalmaktadır. 35 kişi ise travmatik yaşantısı olmadığı varsayılan ve ebeveynleriyle yaşayan gruptadır. (Goktepe, 2014).

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 (Goktepe, 2014).

## 2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Çalışmada parametrik olmayan test tekniklerinden ANOVA Tek Yönlü Korelasyon, Mann Whitney, Kruskal Wallis ve Wilcoxon testleri kullanılmıştır. Mann whitney bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında; Kruskal Wallis bağımsız k grubun ( $k>2$ ) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Wilcoxon testi ise nicel bir değişkenin ön test son test değerlerinin karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir.

Çalışmada ölçek puanlarının ön test son test karşılaştırması Wilcoxon testi ile ve ölçek puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

**Tablo 6. PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları için Betimleyici İstatistiksel Tablo**

| Değişkenler                    | Kişi Sayısı | En Küçük Değeri | En Büyük Değeri | Ortalama | Standart Sapma |
|--------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|----------|----------------|
| Dürtüsellik Ön Test            | 32          | 6,00            | 16,00           | 12,6875  | 2,38865        |
| Korku-Endişe Ön Test           | 32          | 4,00            | 12,00           | 8,4375   | 1,75862        |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | 32          | 3,00            | 12,00           | 7,9375   | 2,85044        |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | 31          | 2,00            | 8,00            | 6,0000   | 1,46059        |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | 32          | 3,00            | 8,00            | 5,5937   | 1,29164        |
| Dürtüsellik Son Test           | 32          | 4,00            | 11,00           | 6,7812   | 1,45324        |
| Korku-Endişe Son Test          | 32          | 3,00            | 6,00            | 4,2500   | ,95038         |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | 32          | 3,00            | 6,00            | 3,6875   | ,85901         |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | 32          | 2,00            | 6,00            | 3,2812   | ,95830         |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | 32          | 2,00            | 4,00            | 2,9063   | ,73438         |

32 kişi ile yapılan çalışmada PEDS ölçeği dürtüsellik ön test toplam puanı 6-16 puan aralığında (ortalama=12,69±2,39 puan), korku-endişe ön test toplam puanı 4-12 puan aralığında (ortalama=8,44±1,76 puan), yalnızlık-uyku ön test toplam puanı 3-12 puan aralığında (ortalama=7,94±2,85 puan), dikkat hafıza ön test toplam puanı 2-8 puan aralığında (ortalama=6,00±1,46puan), somatizasyon-gerileme ön test toplam puanı 3-8 puan aralığında (ortalama=5,59±1,29 puan), dürtüsellik son test toplam puanı 4-11 puan aralığında (ortalama=126,78±1,45 puan), korku-endişe son test toplam puanı 3-6 puan aralığında (ortalama=4,25±0,95 puan), yalnızlık-uyku son test toplam puanı 3-6 puan aralığında (ortalama=3,69±0,86 puan), dikkat hafıza son test toplam puanı 2-6 puan aralığında (ortalama=3,28±0,96 puan), somatizasyon-gerileme son test toplam puanı 2-4 puan aralığında (ortalama=2,90±0,73 puan) bulunmuştur.



**Tablo 7: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin Cinsiyet Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları**

| Toplam puan                    | Kategoriler | Kişi Sayısı | Ortalama | Standart Sapma | t      | Serbestlik Derecesi | p    |
|--------------------------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------|---------------------|------|
| Dürtüsellik Ön Test            | Kız         | 12          | 11,4167  | 2,81096        | -2,525 | 30                  | ,017 |
|                                | Erkek       | 20          | 13,4500  | 1,76143        |        |                     |      |
| Korku-Endişe Ön Test           | Kız         | 12          | 6,9167   | 1,44338        | -5,088 | 30                  | ,000 |
|                                | Erkek       | 20          | 9,3500   | 1,22582        |        |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | Kız         | 12          | 6,0833   | 1,83196        | -3,264 | 30                  | ,003 |
|                                | Erkek       | 20          | 9,0500   | 2,79991        |        |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | Kız         | 12          | 5,3333   | 1,77525        | -2,136 | 29                  | ,041 |
|                                | Erkek       | 19          | 6,4211   | 1,07061        |        |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | Kız         | 12          | 4,5000   | 1,08711        | -4,896 | 30                  | ,000 |
|                                | Erkek       | 20          | 6,2500   | ,91047         |        |                     |      |
| Dürtüsellik Son Test           | Kız         | 12          | 6,7500   | 1,35680        | -,093  | 30                  | ,927 |
|                                | Erkek       | 20          | 6,8000   | 1,54238        |        |                     |      |
| Korku-Endişe Son Test          | Kız         | 12          | 4,1667   | ,71774         | -,419  | 29,587              | ,678 |
|                                | Erkek       | 20          | 4,3000   | 1,08094        |        |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | Kız         | 12          | 3,2500   | ,45227         | -2,819 | 28,985              | ,009 |
|                                | Erkek       | 20          | 3,9500   | ,94451         |        |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | Kız         | 12          | 3,2500   | 1,21543        | -,141  | 30                  | ,889 |
|                                | Erkek       | 20          | 3,3000   | ,80131         |        |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | Kız         | 12          | 2,5000   | ,52223         | -2,649 | 30                  | ,013 |
|                                | Erkek       | 20          | 3,1500   | ,74516         |        |                     |      |

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre PEDS ölçeği Dürtüsellik Ön Test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(30) = -2,525$ ;  $p < 0,05$ .

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre PEDS ölçeği Korku-Endişe Ön Test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(30) = -5,088$ ;  $p < 0,05$ .

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre PEDS ölçeği Yalnızlık-Uyku Ön Test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(30) = -3,264$ ;  $p < 0,05$ .

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre PEDS ölçeği Dikkat-Hafıza Ön Test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(30) = -2,136$ ;  $p < 0,05$ .

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre PEDS ölçeği Somatizasyon-Gerileme Ön Test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(30) = -4,896$ ;  $p < 0,05$ .

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre PEDS ölçeği alt boyutları son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $p>0,05$ .

**Tablo 8: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin Biyolojik Aile ile Görüşme Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları**

| Toplam puan                    | Kategoriler | Kişi Sayısı | Ortalama | Standart Sapma | t     | Serbestlik Derecesi | p    |
|--------------------------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------|---------------------|------|
| Dürtüsellik Ön Test            | Var         | 16          | 12,8750  | 2,84898        | ,438  | 30                  | ,664 |
|                                | Yok         | 16          | 12,5000  | 1,89737        |       |                     |      |
| Korku-Endişe Ön Test           | Var         | 16          | 8,3125   | 1,40089        | -,397 | 30                  | ,694 |
|                                | Yok         | 16          | 8,5625   | 2,09662        |       |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | Var         | 16          | 7,5000   | 3,18329        | -,865 | 30                  | ,394 |
|                                | Yok         | 16          | 8,3750   | 2,50000        |       |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | Var         | 16          | 6,0625   | 1,38894        | ,242  | 29                  | ,810 |
|                                | Yok         | 15          | 5,9333   | 1,57963        |       |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | Var         | 16          | 5,5625   | 1,09354        | -,135 | 30                  | ,894 |
|                                | Yok         | 16          | 5,6250   | 1,50000        |       |                     |      |
| Dürtüsellik Son Test           | Var         | 16          | 7,0000   | 1,63299        | ,848  | 30                  | ,403 |
|                                | Yok         | 16          | 6,5625   | 1,26326        |       |                     |      |
| Korku-Endişe Son Test          | Var         | 16          | 4,5000   | ,96609         | 1,519 | 30                  | ,139 |
|                                | Yok         | 16          | 4,0000   | ,89443         |       |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | Var         | 16          | 3,6250   | ,80623         | -,406 | 30                  | ,688 |
|                                | Yok         | 16          | 3,7500   | ,93095         |       |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | Var         | 16          | 3,3125   | ,87321         | ,182  | 30                  | ,857 |
|                                | Yok         | 16          | 3,2500   | 1,06458        |       |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | Var         | 16          | 3,0000   | ,73030         | ,716  | 30                  | ,479 |
|                                | Yok         | 16          | 2,8125   | ,75000         |       |                     |      |

Araştırmaya katılanların biyolojik aile ile görüşme değişkenine göre PEDS ölçeği alt boyutları ön test ve son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $p>0,05$ .

**Tablo 9: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin Psikiyatrik Tanı Alma Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları**

| Toplam puan                    | Kategoriler | Kişi Sayısı | Ortalama | Standart Sapma | t     | Serbestlik Derecesi | p    |
|--------------------------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------|---------------------|------|
| Dürtüsellik Ön Test            | Var         | 13          | 13,0769  | 2,21591        | ,758  | 30                  | ,455 |
|                                | Yok         | 19          | 12,4211  | 2,52357        |       |                     |      |
| Korku-Endişe Ön Test           | Var         | 13          | 8,5385   | 1,39137        | ,265  | 30                  | ,793 |
|                                | Yok         | 19          | 8,3684   | 2,00584        |       |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | Var         | 13          | 7,8462   | 2,79422        | -,148 | 30                  | ,884 |
|                                | Yok         | 19          | 8,0000   | 2,96273        |       |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | Var         | 12          | 5,7500   | 1,86474        | -,752 | 29                  | ,458 |
|                                | Yok         | 19          | 6,1579   | 1,16729        |       |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | Var         | 13          | 5,6154   | 1,50214        | ,077  | 30                  | ,939 |
|                                | Yok         | 19          | 5,5789   | 1,16980        |       |                     |      |
| Dürtüsellik Son Test           | Var         | 13          | 7,0000   | 1,52753        | ,698  | 30                  | ,490 |
|                                | Yok         | 19          | 6,6316   | 1,42246        |       |                     |      |
| Korku-Endişe Son Test          | Var         | 13          | 4,6154   | ,86972         | 1,870 | 30                  | ,071 |
|                                | Yok         | 19          | 4,0000   | ,94281         |       |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | Var         | 13          | 3,8462   | ,98710         | ,861  | 30                  | ,396 |
|                                | Yok         | 19          | 3,5789   | ,76853         |       |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | Var         | 13          | 3,1538   | ,89872         | -,616 | 30                  | ,543 |
|                                | Yok         | 19          | 3,3684   | 1,01163        |       |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | Var         | 13          | 2,9231   | ,75955         | ,105  | 30                  | ,917 |
|                                | Yok         | 19          | 2,8947   | ,73747         |       |                     |      |

Araştırmaya katılanların psikiyatrik tanı alma değişkenine göre PEDS ölçeği alt boyutları ön test ve son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $p>0,05$ .

**Tablo 10: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puanları İçin İlaç Kullanımı Değişkeni Kategorileri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları**

| Toplam puan                    | Kategoriler | Kişi Sayısı | Ortalama | Standart Sapma | t      | Serbestlik Derecesi | p    |
|--------------------------------|-------------|-------------|----------|----------------|--------|---------------------|------|
| Dürtüsellik Ön Test            | Var         | 12          | 12,8333  | 2,12489        | ,263   | 30                  | ,794 |
|                                | Yok         | 20          | 12,6000  | 2,58335        |        |                     |      |
| Korku-Endişe Ön Test           | Var         | 12          | 8,6667   | 1,37069        | ,565   | 30                  | ,576 |
|                                | Yok         | 20          | 8,3000   | 1,97617        |        |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | Var         | 12          | 8,0833   | 2,77843        | ,221   | 30                  | ,827 |
|                                | Yok         | 20          | 7,8500   | 2,96071        |        |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | Var         | 11          | 5,6364   | 1,91169        | -1,029 | 29                  | ,312 |
|                                | Yok         | 20          | 6,2000   | 1,15166        |        |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | Var         | 12          | 5,6667   | 1,55700        | ,244   | 30                  | ,809 |
|                                | Yok         | 20          | 5,5500   | 1,14593        |        |                     |      |
| Dürtüsellik Son Test           | Var         | 12          | 6,6667   | ,98473         | -,341  | 30                  | ,736 |
|                                | Yok         | 20          | 6,8500   | 1,69442        |        |                     |      |
| Korku-Endişe Son Test          | Var         | 12          | 4,5833   | ,90034         | 1,573  | 30                  | ,126 |
|                                | Yok         | 20          | 4,0500   | ,94451         |        |                     |      |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | Var         | 12          | 3,9167   | ,99620         | 1,176  | 30                  | ,249 |
|                                | Yok         | 20          | 3,5500   | ,75915         |        |                     |      |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | Var         | 12          | 3,1667   | ,93744         | -,518  | 30                  | ,608 |
|                                | Yok         | 20          | 3,3500   | ,98809         |        |                     |      |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | Var         | 12          | 2,8333   | ,71774         | -,429  | 30                  | ,671 |
|                                | Yok         | 20          | 2,9500   | ,75915         |        |                     |      |

Araştırmaya katılanların ilaç kullanımı değişkenine göre PEDS ölçeği alt boyutları ön test ve son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $p>0,05$ .

**Tablo 11: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Değişkeni Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması**

|                                | Yaş | Kişi sayısı | Ortalama | Standart sapma | F     | p    |
|--------------------------------|-----|-------------|----------|----------------|-------|------|
| Dürtüsellik Ön Test            | 6   | 3           | 13,0000  | 1,00000        | ,568  | ,688 |
|                                | 7   | 5           | 12,4000  | 3,97492        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 12,1818  | 2,52262        |       |      |
|                                | 9   | 8           | 13,7500  | 1,48805        |       |      |
|                                | 10  | 5           | 12,2000  | 2,16795        |       |      |
| Korku-Endişe Ön Test           | 6   | 3           | 9,0000   | 1,00000        | ,759  | ,561 |
|                                | 7   | 5           | 7,6000   | 1,94936        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 8,0909   | 2,21154        |       |      |
|                                | 9   | 8           | 9,1250   | 1,24642        |       |      |
|                                | 10  | 5           | 8,6000   | 1,51658        |       |      |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | 6   | 3           | 9,3333   | ,57735         | ,388  | ,815 |
|                                | 7   | 5           | 8,0000   | 3,24037        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 7,1818   | 2,75021        |       |      |
|                                | 9   | 8           | 8,3750   | 2,92465        |       |      |
|                                | 10  | 5           | 8,0000   | 3,87298        |       |      |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | 6   | 2           | 7,5000   | ,70711         | ,728  | ,581 |
|                                | 7   | 5           | 5,6000   | 1,67332        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 5,7273   | 1,67874        |       |      |
|                                | 9   | 8           | 6,1250   | 1,24642        |       |      |
|                                | 10  | 5           | 6,2000   | 1,30384        |       |      |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | 6   | 3           | 6,0000   | 1,00000        | 1,182 | ,341 |
|                                | 7   | 5           | 5,2000   | 1,78885        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 5,0909   | 1,13618        |       |      |
|                                | 9   | 8           | 6,2500   | 1,16496        |       |      |
|                                | 10  | 5           | 5,8000   | 1,30384        |       |      |
| Dürtüsellik Son Test           | 6   | 3           | 7,6667   | ,57735         | ,549  | ,701 |
|                                | 7   | 5           | 6,2000   | 1,48324        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 7,0000   | 1,09545        |       |      |
|                                | 9   | 8           | 6,6250   | 1,99553        |       |      |
|                                | 10  | 5           | 6,6000   | 1,67332        |       |      |
| Korku-Endişe Son Test          | 6   | 3           | 4,6667   | ,57735         | 1,235 | ,320 |
|                                | 7   | 5           | 4,4000   | 1,14018        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 4,4545   | 1,03573        |       |      |
|                                | 9   | 8           | 3,6250   | ,91613         |       |      |
|                                | 10  | 5           | 4,4000   | ,54772         |       |      |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | 6   | 3           | 4,0000   | ,00000         | ,657  | ,627 |
|                                | 7   | 5           | 3,8000   | ,83666         |       |      |
|                                | 8   | 11          | 3,3636   | ,92442         |       |      |
|                                | 9   | 8           | 3,7500   | ,88641         |       |      |
|                                | 10  | 5           | 4,0000   | 1,00000        |       |      |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | 6   | 3           | 4,6667   | 1,15470        | 3,271 | ,026 |
|                                | 7   | 5           | 3,2000   | 1,09545        |       |      |
|                                | 8   | 11          | 2,9091   | ,94388         |       |      |
|                                | 9   | 8           | 3,0000   | ,53452         |       |      |
|                                | 10  | 5           | 3,8000   | ,44721         |       |      |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | 6   | 3           | 2,6667   | ,57735         | ,615  | ,656 |
|                                | 7   | 5           | 2,8000   | ,83666         |       |      |

|  |    |    |        |        |  |  |
|--|----|----|--------|--------|--|--|
|  | 8  | 11 | 2,7273 | ,64667 |  |  |
|  | 9  | 8  | 3,1250 | ,83452 |  |  |
|  | 10 | 5  | 3,2000 | ,83666 |  |  |

Araştırmaya katılanların yaş değişkeni kategorilerine göre PEDS ölçeği alt boyutları ön test ve son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $p>0,05$ . Dikkat-Hafıza son test toplam puan ortalamaları için varyanslar homojen olmadığı için ANOVA geçersizdir.

**Tablo 12: PEDS Ölçeği Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Çocuk Evinde Kaldığı Yıl Değişkeni Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması**

|                                | Yıl     | Kişi sayısı | Ortalama | Standart sapma | F     | p    |
|--------------------------------|---------|-------------|----------|----------------|-------|------|
| Dürtüsellik Ön Test            | 1-2 yıl | 12          | 12,5000  | 1,78377        | ,120  | ,888 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 12,9286  | 3,02462        |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 12,5000  | 2,07364        |       |      |
| Korku-Endişe Ön Test           | 1-2 yıl | 12          | 8,0833   | 2,02073        | ,543  | ,587 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 8,5000   | 1,78670        |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 9,0000   | 1,09545        |       |      |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | 1-2 yıl | 12          | 6,7500   | 2,70101        | 1,823 | ,180 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 8,5000   | 3,13172        |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 9,0000   | 1,78885        |       |      |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | 1-2 yıl | 11          | 5,7273   | 1,42063        | ,327  | ,724 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 6,2143   | 1,57766        |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 6,0000   | 1,41421        |       |      |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | 1-2 yıl | 12          | 5,1667   | 1,11464        | 1,335 | ,279 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 5,7143   | 1,13873        |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 6,1667   | 1,83485        |       |      |
| Dürtüsellik Son Test           | 1-2 yıl | 12          | 7,3333   | ,77850         | 3,798 | ,034 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 6,8571   | 1,83375        |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 5,5000   | ,54772         |       |      |
| Korku-Endişe Son Test          | 1-2 yıl | 12          | 4,0000   | ,95346         | 2,383 | ,110 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 4,6429   | ,84190         |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 3,8333   | ,98319         |       |      |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | 1-2 yıl | 12          | 3,5000   | ,67420         | ,544  | ,586 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 3,8571   | 1,02711        |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 3,6667   | ,81650         |       |      |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | 1-2 yıl | 12          | 3,4167   | 1,16450        | ,809  | ,455 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 3,3571   | ,84190         |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 2,8333   | ,75277         |       |      |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | 1-2 yıl | 12          | 2,8333   | ,57735         | ,192  | ,826 |
|                                | 3 yıl   | 14          | 3,0000   | ,78446         |       |      |
|                                | 4-6 yıl | 6           | 2,8333   | ,98319         |       |      |

Araştırmaya katılanların yaş değişkeni kategorilerine göre PEDS ölçeği alt boyutları ön test ve son test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $p>0,05$ . Dürtüsellik son test toplam puan ortalamaları için varyanslar homojen olmadığı için ANOVA geçersizdir.

**Tablo 13. PEDS Ölçeği Alt Boyut Ön Test Toplam Puanlarının ile PEDS Ölçeği Son Test Toplam Puanlarının Aynı Gruplar için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması**

|                                | Ortalama | n  | Standart Sapma | Korelasyon | p    | t      | Serbestlik Derecesi | p     |
|--------------------------------|----------|----|----------------|------------|------|--------|---------------------|-------|
| Dürtüsellik Ön Test            | 12,6875  | 32 | 2,38865        | ,639       | ,000 | 18,178 | 31                  | ,000  |
| Dürtüsellik Son Test           | 6,7813   | 32 | 1,45324        |            |      |        |                     |       |
| Korku-Endişe Ön Test           | 8,4375   | 32 | 1,75862        | ,029       | ,875 | 11,996 | 31                  | ,000, |
| Korku-Endişe Son Test          | 4,2500   | 32 | ,95038         |            |      |        |                     |       |
| Yalnızlık-Uyku Ön Test         | 7,9375   | 32 | 2,85044        | ,598       | ,000 | 9,868  | 31                  | ,000  |
| Yalnızlık-Uyku Son Test        | 3,6875   | 32 | ,85901         |            |      |        |                     |       |
| Dikkat-Hafıza Ön Test          | 6,0000   | 31 | 1,46059        | ,568       | ,001 | 12,615 | 30                  | ,000  |
| Dikkat-Hafıza Son Test         | 3,2581   | 31 | ,96498         |            |      |        |                     |       |
| Somatizasyon-Gerileme Ön Test  | 5,5938   | 32 | 1,29164        | ,435       | ,013 | 12,927 | 31                  | ,000  |
| Somatizasyon-Gerileme Son Test | 2,9063   | 32 | ,73438         |            |      |        |                     |       |

Araştırmaya katılan bireylerin PEDS Ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur:

Dürtüsellik Ön Test > Dürtüsellik Son Test

Korku-Endişe Ön Test > Korku-Endişe Son Test

Yalnızlık-Uyku Ön Test > Yalnızlık-Uyku Son Test

Dikkat-Hafıza Ön Test > Dikkat-Hafıza Son Test

Somatizasyon-Gerileme Ön Test > Somatizasyon-Gerileme Son Test

Son test puanları ön test puanlarından düşük çıkmıştır. Terapi etkili olmuştur.

**Tablo 14. PEDS Ölçeği Dikkat-Hafıza Son Test Alt Boyut Toplam Puanı ile Yaş için Kruskal-Wallis Testi Analizi ile Karşılaştırılması**

| Yaş           | Kişi Sayısı | Sıra Ortalaması | Serbestlik Derecesi | X <sup>2</sup> | p   |
|---------------|-------------|-----------------|---------------------|----------------|-----|
| 6             | 3           | 27,00           | 4                   | 8,824          | ,06 |
| 7             | 5           | 16,50           |                     |                |     |
| 8             | 11          | 13,32           |                     |                |     |
| 9             | 8           | 13,38           |                     |                |     |
| 10            | 5           | 22,20           |                     |                |     |
| <b>Toplam</b> | 32          |                 |                     |                |     |

Araştırmaya katılan kişilerin yaş değişkeni kategorilerinin PEDS Ölçeği Dikkat-Hafıza alt boyutu toplam puan medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur;  $X^2(4)=8,824$ ;  $p>0,05$ .

**Tablo 15. PEDS Ölçeği Dürtüsellik Son Test Alt Boyut Toplam Puanı ile Yaş için Kruskal-Wallis Testi Analizi ile Karşılaştırılması**

| Çocuk Evinde Geçirdiği Yıl | Kişi Sayısı | Sıra Ortalaması | Serbestlik Derecesi | X <sup>2</sup> | p    |
|----------------------------|-------------|-----------------|---------------------|----------------|------|
| 1-2 yıl                    | 12          | 20,75           | 8,989               | 2              | ,011 |
| 3 yıl                      | 14          | 16,82           |                     |                |      |
| 4-6 yıl                    | 6           | 7,25            |                     |                |      |
| Toplam                     | 32          |                 |                     |                |      |

Araştırmaya katılan kişilerin yaş değişkeni kategorilerinin PEDS Ölçeği Dürtüsellik alt boyutu toplam puan medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır;  $X^2(2)=8,989$ ;  $p<0,05$ .



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada, Deneyimsel Oyun Terapisinin, Çocuk Evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocukların travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisi araştırılmıştır.

Çalışmaya katılan çocuklar, Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği bünyesinde çocuk evlerinde kalan ve özlük dosyalarında travma öyküsü olan çocuklardır. Araştırmaya 3-10 yaş aralığında 32 çocuk katılmıştır. Bu çocuklara 8 seans Deneyimsel Oyun Terapisi uygulanmıştır. Terapiler 8 gün boyunca her gün yapılmıştır. Araştırmaya katılan çocukların bakım personellerine terapi öncesinde ve terapi sonrasında Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) doldurulmuş ve bu ölçekten elde edilen puanlar, istatistiksel analize tabi tutularak oyun terapisinin etkinliği ölçülmüştür.

Araştırma hipotezlerinde; Deneyimsel Oyun Terapisinin çocukların travma sonrası gösterdikleri psikolojik ve davranışsal semptomların azalmasında etkili olacağı öngörülmüştür. Buna bağlı olarak çocukların terapi sonrası duygusal stres düzeylerinin de azalacağı öngörüler arasındadır. Araştırma sonunda hipotezler doğrulanmıştır.

Araştırma sonuçları 2-10 Yaş PEDS Ölçeği kullanılarak saptanmıştır. PEDS'in tüm alt testlerinde çocukların son test puanlarının anlamlı derecede düştüğü görülmektedir.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde, PEDS skorlarının klinik değerde olması şartı koşulmamış, çocukların duygusal ihtiyaçları ve psikolojik sorunları gözlem ve anemnez yoluyla saptanmıştır. Bu nedenle, araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde, klinik değer normları baz alınmamış, öntest ve son test puanları arasındaki farklılığın anlamlılığına göre değerlendirilmiştir.

Alt testlerde, örneklem grubunun en yüksek puan aldığı ve son testte en yüksek değişimin yaşandığı alt testler sırasıyla *Dürtüsellik*, *Yalnızlık-Uyku*, *Korku-Endişe*, *Dikkat- Hafıza* ve *Somatizasyon-Gerileme* alt testleridir. Araştırmalar; kurum bakımında olan çocukların ailesi yanında büyüyen çocuklara oranla daha fazla travmatik belirtiler gösterdiği bilinmektedir. *Dikkat sorunları*, *uyku sorunları*, *korkular sıkça karşımıza çıkmaktadır* (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008). Devlet Koruması altında kalan travma deneyimi olan çocuklarda sıklıkla karşılaşılan bu sorunların bulunduğu alt testlerde, Deneyimsel Oyun Terapisi sonrasında anlamlı oranda azalma görülmüştür.

Araştırmada travma deneyimi olan çocukların Deneyimsel Oyun Terapisi süreci sonrası travmaya bağlı psikolojik semptomlarında azalma görülmüştür. Deneyimsel Oyun Terapisinin travma sağaltımında etkili olduğu saptanmıştır.

Travma sonrasında çocukların, birtakım psikolojik semptomları yaşamasına neden olan tekrarlayıcı travmatik adımların çözümünde (Norton ve ark, 2010), bir araştırmasında Deneyimsel Oyun Terapisi yoluyla çatışmalı yaşantılarını açığa çıkaran çocuk, erken dönem anılarını çözümlediği ve çocuğun terapi süreci sonunda travma tepkilerinden (uyku sorunları, korkular,dürtüsel davranışlar, ani duygu iniş çıkışları) kurtulduğu belirtilmiştir.

Ogava tarafından 2004 yılında, Schottelkorb tarafından 2012 yılında çocuklarla yapılan araştırmalarda aynı şekilde oyun terapisinin travmatize olmuş çocuklar üzerindeki etkisi incelenmiş ve terapinin travma semptomlarını azaltmada oldukça etkili olduğu görülmüştür.

Deneyimsel Oyun Terapisinin çocuklarda travmaya bağlı dikkat problemleri (dikkati sürdürme, odaklanma gibi ) yaşamalarının çözümünde etkili olduğu bu çalışmada görülmektedir. Travmanın olayla bağlı kalmayıp çocuğun bütün sinir sistemini etkilediğinden sağaltımın dikkat süreçlerini pozitif anlamda etki ettiği görülmektedir. Oyun terapisinin dikkat ve dil becerilerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, oyun içerikli programın çocukların dikkat becerilerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (Gözalan, 2013).

Çalışmanın alt testlerinden olan somatizasyon-gerileme alt testi, araştırma sonucunda çocukların somatik yakınmalarında azalma tespit edilmiştir. Travmaya bağlı gerçekleşen somatik belirtilerin azalmasında ve sonrasında sonlanmasında Deneyimsel Oyun Terapisi'nin etkili olduğu görülmüştür.

(Teber, 2015) 6-10 yaş aralığındaki çocuklarla yaptığı çalışmada oyun terapisinin psikolojik problemlerini somatize eden çocuklardan da bahsederek, somatik belirtilerinin tedavi edilmesinde oyun terapisinin etkili bir yöntem olduğunu saptanmıştır.

Tüm bu veriler dikkate alındığında Deneyimsel Oyun Terapisi çocuklarda travmaya bağlı *Dürtüsellik, Yalnızlık-Uyku, Korku-Endişe, Dikkat- Hafıza* ve *Somatizasyon-Gerileme* alt testlerinin içinde barındırdığı bütün semptomların tedavisinde etkili olduğu görülmüştür.

Araştırma sonuçlarına göre Deneysel Oyun Terapisi tüm alt testlerde pozitif yönde anlamlı değişiklik sağlamıştır. Ülkemizde, Deneysel Oyun Terapisinin yöntem olarak kullanıldığı başka bir çalışmanın olmaması nedeniyle, araştırma farklı çalışmalar üzerinden değerlendirilememektedir. Ancak tüm oyun terapi yöntemlerinin temelinde sağlıklı güven ve koşulsuz kabul ilişkisinin olduğu bilinmektedir. Oyun terapilerinin sağaltıcı ortak niteliği çocukla kurulan ilişkidir. Farklı terapi yöntemlerinin çocuklara farklı yaklaşım tarzları olsa da temel amaç aynı olduğundan diğer oyun terapi yöntemlerinin çalışmaları da bu araştırmada dikkate alınmıştır.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. Sonuç

Bireylerin yetişkinlik döneminde yaşadığı ruhsal problemlerin çocukluk dönemlerinde deneyimledikleri olumsuz yaşantı süreciyle bağlantılı olduğu bilinmektedir. Travmatik yaşantıların erken teşhisi ve sağaltım için müdahalede bulunulması yetişkin bireylerin psikolojik sağlığı açısından önem arz etmektedir (Bertan, Haznedaroğlu, Koln , Yurdakök, & Güçiz, 2009).

Devlet koruması altında olan çocuklar travmatik deneyimlerin yoğunluğu nedeniyle psikolojik sorunları sıklığı, aile yanında yaşamını sürdüren çocuklara nazaran daha fazla olduğu görülmektedir. Akabinde bu çocukların ileride travmatik süreçleri tekrar deneyimleme ihtimalinin yüksek olduğu varsayımı göz önünde bulundurulursa sağaltım için önemli sosyal politika çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır (Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, 2014).

Ülkemizde, Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocuklar konusuna dair, genellikle betimleyici, derleme çalışmalar ya da epidemiyolojik çalışmalar bilgi vermektedir. (Yolcuoğlu, 2009) (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008) (İnce, Kasapoğlu, & Sezek, 2014). Bu alanda yapılan araştırmaların sağaltım amaçlı, işlevsel çalışmalar haline evrilmesi kurum bakımı altında yaşamını sürdüren çocukların geleceği için önemlidir.

Bu çalışma ile, iki önemli alanın altı çizilmiştir. Öncelikle yoğun travmatik deneyimlere sahip olan koruma altındaki çocukların sağaltımıdır. İkincil olarak oyun terapisi yönteminin travma tedavisinde çocuk ruh sağlığı açısından etkin bir uygulama olduğu vurgulanmıştır.

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. Ülkemizde Deneyimsel oyun terapisi alanında işlevsel çalışmaların olmaması önemli bir ayrıntıdır. Bu bilimsel çalışmayla travma geçmişi olan çocukların öneminin altı çizilmek istenmiştir.

Çalışma sonucunda travmayı ve sonrasında karşımıza çıkan psikolojik semptomların çözümünü odak noktasına alan Deneysel Oyun Terapisi'nin travma geçmişi olan Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocukların ortaya çıkan problemlerin çözümlenmesinde etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır.

## 5.2. Öneriler

Araştırma bulguları doğrultusunda, araştırmanın geliştirilmesine yönelik öneriler şu şekildedir:

- Araştırma örneklem grubu Mutlu Yuva Mutlu Yaşam 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.
- Araştırma kapsamında gerçekleştirilen Deneysel Oyun Terapisi farklı tanıları almış çocukların sağaltımı için deneysel çalışmalar yapılabilir. Araştırmada uygulayıcı terapist çalışmayı yürüten terapisttir. Seans sayısı 8 terapi seansı olarak belirlenmiştir. Farklı uzmanlarında katılımıyla daha çok örneklem ve daha uzun terapi seansları planlanabilir. Bu manada terapistlerin de değerlendirildiği bir bileşen oluşturulabilir.
- Araştırma yalnızca Deneysel Oyun Terapisi'nin etkinliğini kapsamaktadır. Farklı terapi yöntemlerinin aynı örnekleme ile etkinliği karşılaştırılabilir.
- Araştırmada seanslar 8 gün boyunca art arda olacak şekilde planlanmıştır. Yapılacak diğer çalışmalarda çocukların gelişiminin daha uzun süre ile takip edilmesi araştırmacıların çalışmanın etkinliğini daha verimli gözlemlenmelerine yardımcı olacaktır.

## EKLER

### EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Çocuğun;

Adı Soyadı :

Cinsiyet :

Doğum Tarihi :

Kaldığı Çocuk Evi :

Çocuk Evine Geliş Tarihi :

Biyolojik Aile Görüşme : Var  Yok

Psikiyatrik Tanı : Var(*belirtiniz*)..... Yok

İlaç Kullanımı : Var(*belirtiniz*)..... Yok

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

1 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.

Değerlendirmeye alınan çocuğun ismi \_\_\_\_\_  
Çocuğun doğum tarihi (A/G/Y) \_\_\_\_\_  
Cinsiyeti (E/K) \_\_\_\_\_

- 1- Mızız davranır.
- 2- İsteklerinin hemen yerine getirilmesini ister.
- 3- 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 şikayet 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.
- 21-  
\_\_\_ hakkında oyunlar, hikayeler veya resimler oluşturur.
- 22-Konuşurken \_\_\_\_\_ 'den bahseder.
- 23-Soru sorulduğunda bile \_\_\_\_\_ hakkında konuşmaktan kaçınır.
- 24- \_\_\_\_\_ hatırlat an şeylerden korkar.

|     | Neredeyse hiç (1) | Bazen (2) | Sıkça (3) | Çok sık (4) |
|-----|-------------------|-----------|-----------|-------------|
| 1.  |                   |           |           |             |
| 2.  |                   |           |           |             |
| 3.  |                   |           |           |             |
| 4.  |                   |           |           |             |
| 5.  |                   |           |           |             |
| 6.  |                   |           |           |             |
| 7.  |                   |           |           |             |
| 8.  |                   |           |           |             |
| 9.  |                   |           |           |             |
| 10. |                   |           |           |             |
| 11. |                   |           |           |             |
| 12. |                   |           |           |             |
| 13. |                   |           |           |             |
| 14. |                   |           |           |             |
| 15. |                   |           |           |             |
| 16. |                   |           |           |             |
| 17. |                   |           |           |             |
| 18. |                   |           |           |             |
| 19. |                   |           |           |             |
| 20. |                   |           |           |             |
| 21. |                   |           |           |             |
| 22. |                   |           |           |             |
| 23. |                   |           |           |             |
| 24. |                   |           |           |             |

## EK-3 DENEYİMSEL OYUN TERAPİSİ UYGULAYICI SERTİFİKASI

### *This Is To Certify That* *Mahmut Celik*

has attained the  
Associate Level of Certification in  
Experiential Play Therapy (EPT)®

Webinar & Skype  
Location

October, 2014 – April, 2015  
Date

29 Total Contact Hours

3 Hours Individual Supervision

5 Hours Group Supervision

0 Hours History and Development of Play Therapy

30 Hours Play Therapy Sessions (Outside of Room)

15 Hours Academic Play Therapy: Techniques and Methods 6

Theories 6, Application 6

Byron E. Norton

Byron E. Norton, Ed.D.  
Licensed Psychologist

APT Registered Play Therapist/Supervisor  
PTI Certified Play Therapy-Professor  
Presenter

Family Psychological Services, P.C. • 1750 25<sup>th</sup> Avenue, Suite 200 Greeley, CO 80634 • 970-351-6688 • fpspc@aol.com

APT approved provider number # 99-075. Family Psychological Services, P.C., is approved by Play Therapy International to provide continuing education.

Carol C. Norton

Carol C. Norton, Ed.D.  
Licensed Psychologist

APT Registered Play Therapist/Supervisor  
PTI Certified Play Therapist-Professor  
Presenter & Director of Continuing Education



## EK-4 ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler :

Adı-soyadı : Mahmut Çelik

Doğum yeri : Bakırköy/ İstanbul

Doğum tarihi : 10.09.1992

### Eğitim durumu :

2010-2014: Psikoloji / İstanbul Kültür Üniversitesi

2012- 2014: İşletme Yönetim ve Organizasyon / İstanbul Kültür Üniversitesi

2014-.....:Klinik Psikoloji Yüksek Lisans/Üsküdar Üniversitesi

### Yabancı Dil (ler) ve düzeyi:

İngilizce; iyi seviye okuma yazma konuşma.

### İş deneyimi

2014-halen Psikolog, Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği

### Gönüllü Çalışmalar

2014- halen Başkan Yardımcısı Başakşehir Gençlik Meclisi

## Kaynakça

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Aker AT. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. (1. Baskı). Uzerler matbaacılık, Reklamcılık, Turizm Sanayi ve Tic. LTD, Ankara: 2012.
- Association for Play Therapy (2014). <http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158> Erişim Tarihi: 26.10.2016
- Axline, V. M. (1947). Nondrective play therapy for poor readers. *Journal of Consulting Pssychology*,.11, 61-69
- 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.
- Bıyıklı, L. (1995). Korunmaya Muhtaç Çocuklar ve S.O.S. Çocuk Köyleri. *Ankara Üniversitesi EBF Özel Eğitim Dergisi*, 2(1), 3.
- Birleşmiş Milletler. (1989). *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*. Aralık 30, 2015 tarihinde Unicef: [http://www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23c.html](http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html) adresinden alındı
- Brody, V. (1997). *The Dialogue Of Touch : Developmental Play Therapy*. London: Jason Aronson Inc.
- Cumhuriyet Arşivi, Dosya: 203120, Fon:30.10.0 Yer: 179.236.11.S.1
- Çetin, H. (2008). Korunmaya Muhtaç Çocukların Bakımı Nasıl Olmalıdır? *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.*, 3(9), 141-156.
- Drewes, A. A. (2006). Play-based interventions. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 2, 139-156)
- Elbrecht, C., & Antcliff, L. R. (2014). Being touched through touch. Trauma treatment through haptic perception at the Clay Field: Asensorimotor art therapy. *International Journal Of Art Therapy*, 19(1), 19-30. doi:DOI: 10.1080/17454832.2014.880932
- Freud, S. (1909-1955). The case of “Little Hans” and the “Rat Man” London: Hoghart Pres.
- Freud, A. (1946) the psycho-analytic Treatment of children. London: Imago
- Goktepe, K. (2014) Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Gözalan, E. (2013). Oyun Temelli Dikkat Eğitim Programının 5-6 yaş Çocuklarının Dikkat ve Dil Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Konya.
- Green, B. L. (1990). Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions1. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(20), 1632-1642.
- İnce, Z., Kasapoğlu, A., & Sezek, S. (2014). Korunmaya Muhtaç Kimsesiz Çocukların Devam Ettikleri Okulların Yöneticilerinin Bu Çocukların Sorunlarına Ve Sorunların Çözümlerine Yönelik Mesleki Donanımları. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, 39, 97-119.
- Kempe, C.H. & Helfer, R.E. (1972). *Helping the Battared Child and His Family*, Lippincott, 1972.
- Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). “Çocuk İstismarı”, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47: 140-151.
- Kara, B., Ümit, B. ve Gökalp, A. S. (2004). “Çocuk İstismarı”. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 47. Sayı
- Kars, Ö. (1996). “Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları” , Bizim Büro Basımevi, Ankara.

- Koşar, N. G. (1987). Korunmaya Muhtaç Çocuklar. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi.*, 5(1), 69-74.
- Klein, M. (1955). Psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 223-237.
- Kozcu, Ş. (1991). “Çocuk İstismarı ve İhmalı”. Aile Yazıları. T.C.Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. 2. Cilt: Ankara.
- Landreth, G. (2011). *Oyun Terapisi İlişki Sanatı*. İstanbul: Tibyan Yayıncılık.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D. and Provost, M. A., 2010, “The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers” *Child Abuse & Neglect*, 34:225-234.
- Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği*. (2015, Aralık). Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Web sitesi: <http://www.mutluyuva.org> adresinden alındı
- Norton, B. (2007). Trauma expression in play therapy. Paper presented at the 13<sup>th</sup> Annual Colorado Association for Play Therapy Conference, Denver, CO.
- Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2010). *Somatic expressions of trauma in experiential play therapy. Manuscript submitted for publication, CO*
- Nurcombe B. Child sexual abuse I: Psychopathology, *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:85-91
- Ogawa, Y. (2004). Childhood trauma and play therapy intervention for traumatized children. *Journal of Professional Counseling*, 32(1), 19-29.
- Ozturk, S. , 2007, *Çocuklarda Duygusal İstismar*, Elazığ
- Özdoğan, B. (2009). *Çocuk ve oyun* (5. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık
- Perry, B., & Szalavitz, M. (2012). *Köpek Gibi Büyütülmüş Çocuk*. İstanbul: Okuyanüs Yayınları.
- Piaget, J. (1962) *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: Rutledge
- Polat O. Çocukta cinsel istismar. *Adli Tıp Dergisi Yayınları*, İstanbul, 2000; 207-231
- Polat O. Çocuk ve Şiddet. *Derya Yayınları*, İstanbul, 2001: 82-97
- Rogers, C. (1951). *Client centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin
- Rycroft, C. (1972) *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. London: Penguin Books
- Salim, M. (2011). Geçmişten Günümüze Türkiye’de Çocuk Koruma Politikaları ve SHÇEK.
- Saraç, A. (2011). Çocuk Yuvası Bakımında Bulunan Çocukların Davranış Sorunları ve Çocuk Yuvası Personeline Yapılan Eğitimin Bu Sorunlar Üzerindeki Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim dalı*. Isparta.
- Sarıkaya, Makbule (1995). *2.Dünya Savaşı Yıllarında Türkiye’de Kimsesiz Çocuklara Yönelik Kapsamlı Bir Proje’’*, Atatürk Üniversitesi, Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, Erzurum. S.189-202.
- Schaefer, C. E. (2013). *Oyun Terapisinin Temelleri*. (B. T. Özkaya, Çev.) Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M. ve Garcia, R. (2012). Treatment of childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73.
- Schwartzberger, K. (2004). Developmental Play Therapy. Aralık 25, 2015 tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000> adresinden alındı
- Schwartzberger, K. (2007, September). Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma. <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10006> adresinden alındı
- SHÇEK Yayınları. (tarih yok). *SHÇEK Faaliyet Raporu*. Ankara.

- SHÇEK Genel M. Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Yayımlayan Resmi Gazete Tarihi: 05.10.2008, sayı:27015.
- Şenocak, Hasan (2005). *Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri*. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri ilişkileri Bölümü. S.177-220.
- Şimşek, Z., Erol, N., Öztop, D., & Özcan, Ö. Ö. (2008). Kurum Bakımındaki Çocuk ve Ergenlerde Davranış ve Duygusal Sorunların Epidemiyolojisi; Ulusal Örneklemde Kaarşılaştırmalı Bir Araştırma. *Türk Psikiyatri* , 235-246.
- Sloutsky, V. M. (1997). Institutional care and developmental outcomes of 6-and 7-year-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 20(1), 131-151.
- Taneli S, Albayrak C, Sivrioglu Y. Küçük Çocugun Cinsel Tacizi ve Tanı Zorlukları, Ed. Eksi A., Ben Hasta Degilim. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1999:531-542
- Taştekel, S. (1992). Korunmaya Muhtaç Çocuklara Yönelik Bakım Yöntemleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(314).
- Teber, M. (2015). Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuklarda Görülen Davranış Sorunlarının Çözümüne Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul
- Tıraşçı, Y., Gören, S. (2007). “Çocuk \_stismarı ve \_hmali”, *Dicle Tıp Dergisi*, 34 (1): 70-74.
- Topbaş, Murat, (2004), “İnsanlığın Büyük Ayıbı: Çocuk İstismarı”, *TSK Koruyucu Bülteni*, C.3, S.4, ss: 76-80.
- Türk Dil Kurumu*. (2016). Haziran 16, 2016 tarihinde Güncel Türkçe Sözlüğü: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56c87ba39fd097.30612749](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56c87ba39fd097.30612749) adresinden alındı
- Türkmen, B. (2005). Sosyal Risk Altındaki Çocuklar, Gençler ve Yaşlılar. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 13(1), 11-22.
- Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Kurumları Birliği. (2013). Haziran 16 2016 tarihinde resmi internet sitesi [https://www.icrc.org/en/resourcecentre/result?t=TRAUMA&r%5B0%5D=document\\_type%3A%22Article%22&r%5B1%5D=date%3A2016&r%5B2%5D=topics%3A%22International+humanitarian+law%22](https://www.icrc.org/en/resourcecentre/result?t=TRAUMA&r%5B0%5D=document_type%3A%22Article%22&r%5B1%5D=date%3A2016&r%5B2%5D=topics%3A%22International+humanitarian+law%22)
- WHO, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention” , 29-31 March 1999, WHO/HSC/PV/99.1, Geneva.
- Winnicott, D. W. (2014). *Oyun ve gerçeklik*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Van Der Kolk, & Bessel, A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5). doi:10.3109/10673229409017088
- Yazıcı, E. (2012). Korunmaya Muhtaç Çocuklar ve Çocuk Evleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 499-525.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2009). Türkiye'de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. *Aile Ve Toplum*.
- Yörükoğlu, A. (1998). *Gençlik Çağı*. İstanbul: Özgür.
- Yörükoğlu, A. (2000). *Değişen Toplumda Aile ve Çocuk*. İstanbul: Özgür.
- Zulliger, H. (2014). *Çocukta Oyunla Tedavi*. İstanbul: Cem Yayınevi.

