



**TC. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE  
KALMAKTA OLAN 4-8 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN TRAVMA  
SONRASI DUYGUSAL STRESLERİNE OLAN ETKİLERİ**

**Kübra ALTUN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN.: Yard. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL**

**İstanbul-2017**

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

**GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE  
KALMAKTA OLAN 4-8 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN TRAVMA  
SONRASI DUYGUSAL STRESLERİNE OLAN ETKİLERİ**

**(Kübra ALTUN)**

**(124102064)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN.: Yard. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL**

**İstanbul-2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102064
Öğrenci Adı Soyadı	: Kübra Altun
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol
Tezin Başlığı	: GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE KALMAKTA OLAN 4-8 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRESLERİNE OLAN ETKİLERİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 24.01.2017	Saati	: 10:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
<p>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,</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ      <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (<i>en fazla 3 ay</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
<p>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,</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b></p>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Meltem Narter	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Alp Giray Kaya	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde kalmakta olan 4-8 yaş grubu koruma altındaki çocukların travma sonrası duygusal streslerine etkileri ” 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 : Kübra ALTUN

İmza

## TEŞEKKÜR

Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programına kabul almamla birlikte akademik olarak yeni bir başlangıca adım atmama,gerek psikoloji alanında gerek hayata dair çok değerli bilgiler öğrendiğim hocam Prof.Dr. Nevzat TARHAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL'a tez çalışma sürecimde vakit ayırıp her tür desteği verdiği için teşekkür ederim.

Güzel yürekleri ile bu hayatta çok değerli ve önemli çalışmalar yapan sevgili hocalarım Psik. Ayşegül GÜRELDİ ve Psik.Yasemin DÖNMEZ'e ve tüm Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği'nin kıymetli yöneticileri, çalışanları ve gönüllülerine, teşekkür ederim.

Tez çalışmamda araştırma gruplarına uygulayıcı olarak katılan çok değerli arkadaşlarım;Psik.Fatma ANBAR,Psik.İlksen ŞENOBA, Psik.Nazan KAYA, Psik.Mahmut ÇELİK, Psik.Selma SAHAR ve Psik. Zehra DERELİ' ye çok teşekkür ederim.

Çocuklar hakkında kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Uzm.Pedagog Mehmet TEBER'e çok teşekkür ederim.

Her daim bana desteğini esirgemeyen ve beraber biriktirdiğimiz tüm güzel anılarımız için biricik dostum Bedia Ferhan KIRIŞ 'a sonsuz teşekkür ederim. İyi ki seni tanıdım ve iyiki hayatımdasın...

Bana her daim inandıkları ve yanımda oldukları için annem Ferhan ATALIK ve babam Mustafa Tahir ATALIK'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Bu zorlu yolculukta şevkat ve merhametini benden esirgemeyen,tüm anlayışı ile bana destek olan sevgili eşim Rıdvan ALTUN'a sonsuz teşekkürler...

Hayatta, şuan ki duruşumu borçlu olduğum,yapmış olduğumuz güzel ve uzun sohbetlerin sahibi Zihni DANABAŞ (1936-2016) anısına...

## ÖNSÖZ

Anne karnındaki gelişen ilk duyunun dokunma duyusu olduğu düşünülmektedir. Dokunmak sağlıklı bir gelişim için çok önemlidir.Yeterince dokunulmayan çocuklar gelişimlerinde olumsuz etkilenmektedir.

Yapılan çalışmalar embriyonun dokunmaya karşı diğer duylardan çok daha önce hassasiyet geliştirdiğini göstermektedir. Sarılma, öpme,okşama gibi bebeğin ihtiyaç duyduğu tensel uyarının yeterince karşılanamadığı durumlarda bebeğin gerek fiziksel gerekse psikolojik gelişimi olumsuz etkilenmektedir.

Devlet koruması altındaki çocukların da dokunulma ihtiyaçlarının yeterince giderilemediği bilinen bir gerçektir.Çocuklar yaşadıkları bu deneyimi kelimelerle ifade edemezler.Bunları davranışlarıyla yansıtırılar.Bu durumda çocuklar yaşadıklarını terapi yöntemi ile oyunlarla çözülemeye çalışırlar.

Dr.Viola Brody tarafından geliştirilen Gelişimsel Oyun Terapisi Çocuğa doğru şekilde dokunarak,çocuğun güvenli bağlanma ve güvenli ayrışmayı deneyimlemesini ve çocuğun duygusal gelişimine katkı sağlamasını hedeflemektedir

Bu çalışmada Gelişimsel Oyun Terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 4-8 yaş grubu çocukların travma sonrası duygusal streslerine olan etkileri incelenmiştir.

Yapmış olduğum bu çalışma Dünya daki tüm çocuklara armağanımdır...

## ÖZET

(ALTUN, Kübra, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

### *Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 4-8 Yaş Grubu Çocukların Travma Sonrası Duygusal Streslerine Etkileri*

Gelişimsel Oyun Terapisi dokunmayı teröpatik araç olarak kullanan bir oyun terapisi türüdür. Bu oyun terapisinde dokunma temel iyileştirici güç olarak kabul edilir. Bu çalışma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde kalmakta olan korunmaya muhtaç çocukların travma sonrasında ortaya çıkan stres belirtilerine etkileri incelenmiştir.

Bu araştırmada İstanbul'da ikamet eden 4-8 yaş grubu 30 çocuğa Gelişimsel Oyun Terapisi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan grup Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Çocuk Evlerinde kalmakta olan kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocuklardan oluşmaktadır. Araştırmada öntest-sontest deseni kullanılmıştır.

Örnekleme grubuna araştırma öncesinde ve sonrasında Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) uygulanarak çocukların travma sonrasında ortaya çıkan stres belirtileri değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler bağımlı t testi ve wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda Gelişimsel Oyun Terapisinin kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocukların travma sonrasında ortaya çıkan stres belirtilerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Oyun, oyun terapisi, gelişimsel oyun terapisi, GOT, çocuk, travma, travma sonrası stres bozukluğu(TSSB), duygusal stres, psikolojik sorunlar, korunmaya muhtaç çocuklar, dokunma, taktil duyu.

## ABSTRACT

(ALTUN, Kübra, Master Thesis, Istanbul, 2015)

*The Effects of Developmental Play Therapy on Post Traumatic Emotional Stress of the Children 4-8 aged who have been undercared by government*

Developmental Play Therapy is a type of play therapy which is based on therapeutic touch. In this type of play therapy, touch is accepted as a power for healing. In this research the effects of Developmental Play Therapy on posttraumatic stress symptoms of children who have been undercared by government is analysed.

As a part of this research, Developmental Play Therapy was implemented for 30 children between age 4-8 in Istanbul. The Sample was chosen from the homes for children which were established by the Society for the Protection of Children in collaboration with the civil organization named Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği. In this research pretest-posttest research desing is used.

The stress symptoms of the sample group were evaluated before and after the research by Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS). The data ise analysed paired-samples t test and wilcoxon test. As a result of this research, it is founded that Developmental Play Therapy is an effective method on the symptoms of posttraumatic stress of the children who have been undercared by government.

**Keywords:** Play, play therapy, developmental play therapy, PEDS, child, trauma, post traumatic emotional stress, psychological problems, behavirol disorders, neglected children, undercared children, touch.



## İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI.....	ii
YEMİN METNİ.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
ÇOCUKLAR İNSANDIR.....	xiv
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	2
1.1. TRAVMA TANIMI VE TÜRLERİ.....	2
1.1.1. Çocukluk Dönemi Travmaları.....	4
1.1.1.1. Kayıp Travması.....	4
1.1.1.2. İstismar.....	5
1.1.1.2.1. Fiziksel İstismar.....	6
1.1.1.2.2. Cinsel İstismar.....	6
1.1.1.2.3. Duygusal İstismar.....	7
1.1.1.3. İhmal.....	8
1.1.2. Doğal Afet ve Savaşlar.....	9
1.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU.....	9
1.2.1. TSSB Belirtileri.....	10

1.2.2	Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozuklukları.....	11
1.2.2.1	Çocukluk Dönemi Travmalarının Nörobiyolojik Etkisi.....	12
1.2.2.2	Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Eşlik Eden İlgili Diğer Problemler.....	14
1.2.2.3	Çocukluk Dönemi Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi.....	14
1.3.	OYUN TERAPİSİ - TARİHSEL GELİŞİMİ VE KURAMSAL TEMELİ.....	15
1.3.1.	Çocuk Merkezli Oyun Terapisi.....	17
1.3.2.	Deneyimsel Oyun Terapisi.....	17
1.3.3.	Gelişimsel Oyun Terapisi.....	18
1.3.3.1.	Dokunma Duyusunun Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri.....	19
1.3.3.2	Dokunmanın Çocuk Ruh Sağlığı İçin Önemi.....	20
1.3.3.3	Dokunma Duyusunun Yetersizlik ve Travmatik Deneyimle İlişkili Problemler.....	21
1.3.3.4	Gelişimsel Oyun Terapisinin İşleyişi- Etki Mekanizması ve Etik Çerçeve.....	23
1.4.	KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR.....	24
1.4.1.	Çocuk Yuvaları.....	26
1.4.2.	Sevgi Evleri.....	26
1.4.3.	Çocuk Destek Merkezleri.....	26
1.4.4.	Yetiştirme yurtları.....	27
1.4.5.	Çocuk Evleri.....	27
	İKİNCİ BÖLÜM.....	29
	YÖNTEM.....	29
2.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI.....	28
2.2	ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	29
2.3.	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	29
2.4.	ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	29
2.5.	SINIRLILIKLAR.....	29
2.6.	VARSAYIMLAR.....	30

2.7	ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	31
2.7.1	Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri.....	32
2.8	VERİLERİN TOPLANMASI.....	33
2.8.1	Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	33
2.8.1.1.	Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	33
2.8.1.2	Çocuk Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği.....	33
2.9.	VERİLEN İSTATİKSEL ANALİZİ.....	34
	ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....	34
	BULGULAR.....	34
3.1	ARAŞTIRMA GRUBUNUN ÖNTEST SONTEST PUANLARININ BETİMSSEL İSTATİSTİKLERİ.....	35
3.2	ARAŞTIRMA GRUBUNUN PUANLARININ FARKLILAŞMA DURUMUNUN İNCELENMESİ.....	36
3.3	ARAŞTIRMA SONUÇLARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE FARKLILAŞMASI.....	39
3.3.1	Araştırma Grubunun Ölçek Değerlerinin Yaş Grubuna Göre Farklılaşması.....	39
3.3.2	Araştırma Grubunun Ölçek Değerlerinin Psikiyatrik Tanı Durumuna Göre Farklılaşma .....	41
3.3.3	Araştırma Grubunun Ölçek Değerlerinin İlaç Kullanma Durumuna Göre Farklılaşması.....	43
3.3.4	Araştırma Grubunun Ölçek Değerlerinin Çocuk Evinde Kalma Süresi Durumuna Göre Farklılaşması.....	45
3.3.5	Araştırma Grubunun Ölçek Değerlerinin Aile Görüşmesi Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşması.....	46
3.3.6	Araştırma Grubunun Ölçek Değerlerinin Cinsiyet Durumuna Göre Farklılaşması.....	49
	DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	51
	TARTIŞMA VE YORUM.....	51
	BEŞİNCİ BÖLÜM.....	53

SONUÇ VE ÖNERİLER .....	53
5.1 SONUÇ.....	54
5.2 ÖNERİLER.....	55
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	56
EK-2 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRES ÖLÇEĞİ.....	57
EK-3 GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİ DOKUNMA OYUNLARI.....	58
EK-4 GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİNDE KULLANILAN ÇEMBER ETKİNLİKLERİ.....	59
EK-5 ÖZGEÇMİŞ.....	60
Kaynakça.....	60

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Örneklem Gruba Ait Sosyodemografik Tablo.....	31
Tablo 2: Ölçek Puanlarının Betimsel İstatistikleri.....	35
Tablo 3: Ölçek Puanlarının Farklılaşma Durumu .....	37
Tablo 4: Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi .....	39
Tablo 5: Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanısı Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun t Testi ile İncelenmesi .....	41
Tablo 6: Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanısı Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun Mann Whitney Testi İncelenmesi.....	42
Tablo 7: Ölçek Puanlarının İlaç Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun t testi İncelenmesi.....	43
Tablo 8: Ölçek Puanlarının İlaç Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun Mann Whitney İncelenmesi.....	43
Tablo 9: Ölçek Puanlarının Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Farklılaşma Durumunun Anova İncelemesi .....	44
Tablo 10: Ölçek Puanlarının Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Farklılaşma Durumunun Kruskal Wallis İncelemesi.....	45
Tablo 11: Ölçek Puanlarının Aile Görüşmesi Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun t testi İncelenmesi .....	46
Tablo 12: Ölçek Puanlarının Aile Görüşmesi Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun Kruskal Wallis İncelemesi .....	47
Tablo 13: Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumunun t testi İncelemesi.....	48
Tablo 14: Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumunun Mann Whitney İncelenmesi .....	49

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- APT** : Association for Play Therapy
- ÇMOT** : Çocuk Merkezli Oyun Terapisi
- DOT** : Deneysel Oyun Terapisi
- GOT** : Gelişimsel 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
- DSM 4** : Ruhsal Bozuklukların Tanı Kriterleri El Kitabı-4
- DSM 5** : Ruhsal Bozuklukların Tanı Kriterleri El Kitabı-5
- PEDS** : Pediyatrik Duygusal Rahatsızlık Ölçeği (Pediatric Emotional Distress Scale)
- TSB** : Travma Sonrası Büyüme
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

## ÇOCUKLAR İNSANDIR

«Bir çocukla ilişkim, dostluğum, arkadaşlığım varsa o benim arkadaşımdır, çocuk değildir. Çocuk gibi bakmam. Aynı bir insan türü gibi bakmam. Niye bu böyle? İnanmadım hiçbir zaman çocukların, insanların çocuklara davrandığı gibi çocuk olduklarına. Basbayağı insandır onlar. Çok şeyler öğrenmemiştir daha, zenginliği azdır yaşlanmış insanlara karşılık, daha az yaşamamıştır, ama düpedüz insandır. Aynı bir yaratılmış gibi bakıyorlar. Korkunç baskılar yapıyorlar.»

Yaşar Kemal

## GİRİŞ

Dokunmak bir deneyimdir, duygudur. Dokunmak, iletişim kurmak ve bir parçası olmaktır.

Dr Viola Brody, öğretmenlik yaptığı dönemde uzun yıllar çocuklarla çalıştı. Alanda çalışırken bazı çocuklar dikkatini çekiyordu. Bunlar, depresif ebeveynlerin çocukları, yetimhanedeki çocuklar, anne babası ayrı olan çocuklar. Çocukların duygusal gelişimi ve çocuklara dokunulmadığı zaman ne oluyor? sorularını düşünüyordu. Çalışmalarını sürdürürken Benlik Gelişimi üzerine çalışan Psikolog Austin Des Lauriers ile tanıştı. Lauriers, kendilik gelişiminin bedeni taktir etme ile başladığını savunuyordu. Kendilik gelişimini ilerletebilmek için bedensel olarak kendiliğin ortaya çıkması gerektiğine inanıyordu. Benlik gelişiminde çocuğa bakım veren anneye bağlı olduğunu savunuyor ve fiziksel temasın şifalı olduğuna inanıyordu.

Dr. Viola Brody çalışmalarını sürdürürken etkilendiği bir isim din bilimcisi olan Martin Buber oldu. Martin Buber; bir bireyin *ben* dediği şeyin hissini gelişmesinin tek yolu bir başka insanla tanışması *sen* ile olduğunu belirtiyor. "Benim doğup gelişmem benim ve senin tanışmanı gerektiriyor" olduğunu savunuyordu.

Dr. Viola Brody'yi etkileyen bir diğer isim ise, Hareket Terapisti olan Janet Adler oldu. Adler, bireyin gören ya da tanık olabilmesi için önce görülen olmayı öğrenmesi gerektiğini savunuyordu.

Dr. Brody nin çocuklarla yapmış olduğu çalışmalardaki deneyimi ve Austin Des Lauriers, Martin Buber ve Janet Adler Gelişimsel Oyun Terapisini bir araya getirmekte onu yönlendirdi. 1953 yılında ruhsal kökenli bedensel hastalıkları olan çocuklarla çalışma yapmaya başladı. Çocuklara temas ederek, onları tuttu, taşıdı, yıkadı, şarkı söyledi ve kendine temas etmesine izin verdi. Bu çocukların iyileştiği gözlemlendi. 1970 yılında Gelişimsel Oyun Terapisi eğitimini vermeye başladı. Dr. Brody, Gelişimsel Oyun Terapisinin merkezinde temasın olduğunu söylüyor. Çocuğa doğru şekilde dokunarak güvenli bağlanma ve güvenli ayrışmayı deneyimlemesini sağlamak ve çocuğun duygusal gelişimine katkı sağlamasını hedeflemektedir.

Bu çalışmada devlet koruması altındaki Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocukların travmaya bağlı stres belirtilerinin Gelişimsel Oyun Terapisi üzerindeki etkisi incelenmiştir.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1.1 TRAVMA TANIMI VE TÜRLERİ

Sözcük olarak yaralanma anlamına gelen ‘Travma’, tıp alanındaki kelime anlamı , kemik ya da dokunun (kafa ya da beyin travması) hasar görmesi sonucu fiziksel yaralanmayı ifade eder. Ruhsal ve duygusal alanda ise; duyguların işlevlerini belli derecede azalmış ve işlemlerini göremez hale geldiyse bu aşamada yaralanmadan söz edilebilir. Örneğin; en basit bir olayda kişiyi şok edilip yerinden kaldırmasında, buna bağlı olarak çokça terleme gözlenmesi, buna bağlı olarak duyarlı ve uyanık halinde olması ya da bir olay yada düşünceye kişinin fazlaca takılıp geçmiş de kalması şeklinde olmaktadır. (Ruppert, 2011)

Fischer ve Riedesser (1999), Travmanın iki temel bileşenine dikkat çekmişlerdir: Travmatik deneyimin tehdit edicilik düzeyi ve travmayı deneyimleyen kişinin baş etme mekanizması. Bu bakış açısı ile travma; yaşanan durumun dehşetli çaresizlik ve kuşatılmışlık hissine kapılma, kişinin kendilik algısı ve beden bütünlüğüne dair algısında kalıcı şok etkisi bırakan deneyim olarak ifade edilmiştir. akt. (Ruppert, 2011)

Travma sonrası etki; travmaya maruz kalan kişinin baş etme mekanizması ve travmanın tehdit edicilik boyutu arasındaki ilişkiye göre değişebilmektedir. Bu iki durum arasındaki ilişkide, baş etme mekanizmasını aşan boyutta bir tehdit unsuru olduğunda bu orantısızlık, travma sonrası olumsuz etki artmasına neden olur. (Ruppert, 2011)

Travmayı sınıflandırmak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan biri Leonore Terr’in çalışmasıdır. Terr iki farklı travma tipinden bahseder;

Tip 1: Yaşam ve yaşamı idame ettirdiğimiz fonksiyonlar için şiddetli ani durumlardır. Örneğin, araba veya tren kazaları, tecavüz, silahlı saldırı ve kasırga ,sel,çığ vb.

Tip 2: Çaresizlik, güçsüzlük ve sıkıntı oluşturan devamlı ve tekrarlayıcı durumlar.İşkence,savaş esiriolma,cinsel ve fiziksel istismar veya zorbalığa maruz kalma gibi deneyimleri kapsar.

Tip 1 deneyimleri kısa veya bir defalık olaylarken Tip 2 deneyimleri yıllarca etkili olabilir.Örneğin bir çocuğun babası tarafından cinsel istismara maruz kalması.

2013 yılında hazırlanan Afet Raporuna göre, Türkiye’yi en çok etkileyen doğal afetler deprem ve seldir. Doğal afetler sonrası ekonomik sıkıntılar ve yas süreci etkileri azalsa da , ilerleyen zamanlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) görülme sıklığının artmaktadır. Ülkemizde Marmara Depresmi sonrası TSSB ve diğer psikolojik sorunların arttığı bilinmektedir. Doğal afetlerin travmatik etkilerinin yanı sıra insan eliyle oluşan travmaların etkilerinin çok daha fazla olduğu bilinen bir gerçekliktir. (Ersoy, 2013)

Travmatik deneyim sonrası verilen donma, kaç-savaş tepkilerini Geçtan (1975), şu şekilde sıralamıştır:

5. Travmatik olay sonrası ilk tepki, şok anıdır. Kişi olayın şoku ile sersemlemiş görünür. Zaman, mekan ve kişi algısında bozulmalar görülür. “Donma tepkisi” olarak adlandırılan bu süreçte olaya dair hafıza kaybı ve kişinin kendindeolamama halisözkonusudur.
6. Şok sürecinin ardından travmaya maruz kalan kişi yavaş yavaş telkine açık hale gelir. Tamamen dış deneytimlidir ve çevredeki kişilerin yönlendirmesi ile eyleme geçer.
7. Bu aşamada lkişi yavaş yavaş toparlanır, zaman ve mekan algısını yeniden kazanır. Gergin,kaygılı,yorgun ve dikkati dağınıktır. Travmatik olay anına bağlı olarak uyku problemleri ve uykusunda kabuslar görür.

Travmatik deneyimin süresi ,niteliği ve şiddet oranı travma sonrası kişinin etkilenme düzeyini artırır. Travmanın sonucunda pek çok psikolojik sorun ortaya çıkabilir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travma sonrasında en sık görülen psikolojik bozukluktur. Görülme oranı % 1 ile % 14 arasında değişmektedir. TSSB dışında, akut stres tepkisi, kaygı bozuklukları, travmatik yas, depresyon,

somatizasyon, alkol-madde kullanım bozuklukları ,kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar görülmektedir. (Aker, 2000)

Yapılan araştırmalarda erkeklerde 1/20 oranında kadınlarda ise 1/10 oranında TSSB etkilendiği saptanmıştır. (Ford, 2009; Koç ve ark, 2012).

### **1.1.1 Çocukluk Dönemi Travmaları**

Çocuğun ebeveyni, bakım vereni veya başka kişiler tarafından bilerek ve isteyerek gerçekleşen; çocuğun üzerinde duygusal ya da fiziksel zaiyat oluşturan, bilerek veya bilmeyerek yapılan veya yapılması gerekli olan davranışı yapmamayı kapsamaktadır. (Yurdakök & İnce, 2010)

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) (akt., Yurdakök, 2010, s. 426) göre; çocuğa yapılan her türlü kötü muamele ,çocuğun karşısındaki kişi ile kurduğu güven ilişkisi içerisinde çocuğun fiziksel,duygusal gelişimine,yaşamına zarar veren her türlü fiziksel ve \veya duygusal kötü davranış,ihmal,cinsel istismar ,ihmalkar davranış veya ticari olan ya da olmayan her türlü sömürüyü içerir.

Çocuk istismarı duygusal, cinsel ya da fiziksel istismar olarak kendi içinde ayrılırken, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır. akt (Şenkal, 2013)

#### **1.1.1.1 Kayıp Travması**

“Eğer bir insan, gerçekten istemediği halde temel ve çok önemli bir duygusal ve ruhsal bağın kaybından dolayı acı çekiyor ve o konuda bir şey yapamıyorsa, buna kayıp travması denilebilir” (Ruppert, 2011). Kayıp travması, ani ve beklenmedik durumlarda ortaya çıkar. Çocuklarda ebeveynin ani ölümü,ayrılık,boşanma,evlatlık ve koruma altına verilme ile ebeveyn ayrılma kayıp travmaları arasında sayılabilir.

Bir kaybın ‘ Travmatik’ olarak adlandırılması için, acı çeken kişinin tamamen güçsüz ve çaresiz kalması ,kaybedilen şeyin; yakın,hayati önemde bağlanmış bir duygusal ilişkide olması gerekir.

### 1.1.1.2 İstismar

İstismar; “kişinin karşısındakini bilerek ve isteyerek zarar vermesidir”. İstismara daha çok çocuklar maruz kalmaktadır. Bu durum Ülkemizde özellikle aile içi istismarların gizlenmesinden kaynaklanmaktadır. (Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi Sonuç Bildirgesi, 2014)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocuk istismarını şöyle tanımlar: "Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek uygulanan tüm davranışlar çocuğa kötü muameledir." (Korkmazlar Oral , Engin , & Büyükyazıcı, 2010)

İstismar ile ilgili yapılan araştırmalara göre çocuğun yaşı ile istismara uğrama arasında ters ilişki olup mağdurun yaşı ne kadar küçük ise istismara uğrama olasılığı o kadar yüksek olarak saptanmış.Vakaların 1/3 ü altı ayın altındaki, 1/3 ü altı ay-üç yaş arasında, 1/3 ü üç yaşından büyük çocuklardır. 12 yaşından sonra istismara uğrayan çocuk sayısında azalma görülmektedir. Son yıllarda bildirilen vakaların artması ve ihmal ve istismarın arttığının göstergesidir. Kız çocukları erkek çocuklarına oranla istismar ve\veya ihmale daha fazla uğradığı saptanmış. (%52’ye %48) Cinsel istismara uğramış mağdurların cinsiyetine bakıldığında bu oran kızlarda erkelere oranlara 3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsel istismar dışında fail %77 olasılıkla aile,%11 olasılıkla diğer akrabalar,%5 bakım veren kişi ile ilgili olmayan kişiler,%2 ise çocuğa bakım veren kişiler olarak tespit edilmiş (Kara, Biçer, & Gökalp, 2004).

#### 1.1.1.2.1 Fiziksel İstismar

Kaza olmaksızın çocuğa zarar veren ve şiddet nedeni ile çocuğun gelişim sürecini sekteye uğratan, çocuğun yetilerini olumsuz etkileyen her türlü zarar UNICEF’ in fiziksel istismar tanımı kapsamındadır.akt (Şenkal, 2013)Ayrıca istismarda zararı

veren kişi olmak esas değildir. Böyle bir ilişkiyi teşfik etmek, bu ilişkiden çıkar sağlamak ve buna duyarsız kalmak istismar kapsamındadır. Her türlü Şiddet içeren davranış kendini fiziksel olarak gösterir. Akt. (Şenkal, 2013)

Fiziksel istismarın yayagınlığı incelendiğinde, cinsiyet faklılığının (kız -erkek) bir etken olmadığı görülmektedir.Yaş faktörü fiziksel istismarın görülme sıklığını etkilemektedir. Örneğin ergenlik dönemindeki kızlarda fiziksel istismar oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir.Fiziksel istismara maruz kalma oranı 4-8 yaşları arsında daha yüksektir. (Taner & Gökler, 2004)

Fiziksel istismarı gerekteştiren bakım veren ebeveynler incelendiğinde yaş ortalaması 20 yaş ve altında tespit edilmiştir. Çocuklara annelerin, ergenlere ise babalarının fiziksel istismar oranı daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Risk etkenlerine bakıldığında yaş faktörüne ek olarak; psikiyatrik tanı, madde bağımlılığı, sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğü, ebeveynin kendi çocukluğunda da istismar ve/veya ihmale uğramış olması gibi özellikler saptanmıştır. (Taner & Gökler, 2004)

#### 1.1.1.2.2 Cinsel İstismar

UNICEF Cinsel istismarı; “ *yetişkinlerin cinsel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çocukla onun rızası olmadan ilişki kurması ve para kazanmak için çocuğun fuhuş ve pornografiye yönlenmesine yol aması*” ifadesi ile tanımlamıştır.

Cinsel istismara maruz kalan çocuklar işkence gören mahkumlara benzetilirler.Bu ocuklar yaşlarının kk olması sebebiyle fiziksel olarak ailelerine bağımlıdırlar.Aile içindeki ilişki istismar içerse de çocuklar ailelerine duygusal açıdan bağlıdır.çocuğa bakım verenin,aile dostlarının,yakın çevrenin çocuğu koruması gerekirken,çocuğu istismar etmesi sonucu,çocukta travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tüm belirtileri görülür.

TSSB'nin tanı kriterlerinin oluşturulduğu komisyonda yer alan psikiyatrist Judith L.Herman süreğen istismara maruz kalan çocukların vakalarını incelediğinde,TSSB'nin tanı kriterlerinde görülen belirtilerinden çok daha karmaşık olduğunu, ‘sıklıkla ilişki kurma ve kimlik oluşumunda bozulmaların kişilik değişimi’

ne yol açtığını belirtmiştir.Herman, çocukluk döneminde istismara uğrayanların bireysel ve çevresel nedenlerle tekrarlayıcı travmara daha açık hale geldiğini de eklemiştir. (Kellermann & Hudgings, 2013)

Yapılan araştırmalara göre cinsel istismara maruz kalan çocuğun kendisinden en az 6 yaş veya daha büyük bir yetişkin tarafından cinsel haz tatminini sağlamak amacıyla gerçekleştirdiği açıklanmaktadır. akt. (Şenkal, 2013)

Cinsel istismarın tanımlanması için penetrasyonun gerçekleşmesi şartı aranmamaktadır.Çocuğa cinsel haz odaklı herhangi bir dokunuş cinsel istismar kapsamına girmektedir.Ayrıca direkt olarak çocuğun kendisine olmasa da cinsel içerikli herhangi bir eylemi izletmek dahi cinsel istismar olarak nitelendirilmektedir.

Cinsel istismar görülme sıklığı ile ilgili yapılan bir araştırmada, 2-17 yaş kız çocuklarında %9.6, erkeklerde ise %6.7 oranında tespit edilmiştir. akt. (Tekşam, 2010). Cinsel istismar vakalarında bir uzmandan yardım alma oranı oldukça düşüktür. Cinsel istismar vakalarının bir çocuğu gizli tutulmaktadır. Bunlardan sadece %15'inin bildirildiği belirtilmektedir Cinsel istismarın gizlenme nedenleri arasında kurban olan çocuk ya da ergenlerin, korku, istismarcıyı koruma iç güdüsü, inanılmama endişesi ve kendini suçlama buna bağlı olarak utanma dile getirilmiştir. (Özdemir, 2010)

#### 1.1.1.2.3 Duygusal istismar

Ebeveyn ya da çocuğa bakım veren yetişkinlerin çocuğa yönelik hatalı davranışlarını kapsayan ve çocukta bilişsel,davranışsal,duygusal ya da ruhsal bozukluklara neden olabilen psikolojik/duygusal kötüye kullanmadır. Akt. (Şenkal, 2013) Duygusal istismara yönelik bir diğer tanımlama ise; bakım verenin çocuğa ihtiyacı olan ilgi, sevgi ve bakımı sağlamaması şeklindedir. (Bahar, Savaş, & Bahar, 2009)

Farklı tanımlamalarda değinilen önemli unsurlardan birisi de çocuğun psikolojik olarak kötüye kullanımının tekrar eden bir döngüde olmasıdır. Bağırma,alay etme,küfür etme,çocuğu küçük düşürücü hertürlü davranış ve söz, reddetme, tehdit etme,lakap takma vb, tutumlar duygusal istismar kapsamında değerlendirilmektedir. (Yurdakök &

İnce, 2010) Duygusal istismar tek başına olabileceği gibi pek çok durumda cinsel ve fiziksel istismarla birlikte görülür. Duygusal istismar sanılanın aksine oldukça yaygın görülmektedir. Duygusal istismarın cinsel ve fiziksel istismardan daha az şiddet içerdiğine dair yanlış bir kanı vardır. Sanılanın aksine duygusal istismar; diğer ihmal ve istismar türlerine göre daha yaygın ve sonuçları daha yıkıcı olabilmektedir. (Özmert, 2010)

Bu çocuklarda, kendini aile ve yakın çevreden uzaklaştırma, kendini değersiz hissetme, içine kapanma, gergin ve huzursuz davranışlarda bulunma sık rastlanır.

### **1.1.1.3 İhmal**

İhmal; bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi tedavi gibi fiziksel bakımının yapılmaması ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır. (Zoroğlu, Tüzün, Şar, & Öztürk, 2001)

İhmal en sık bildirilen (16.5) ruhsal travmadır. Bunu sıklık açısından duygusal (15.9), fiziksel (13.5), cinsel (10.7) istismar (ensest dahil) takip etmektedir. Ensest deneklerin %4.4'ü tarafından belirtilmiştir. (Zoroğlu, Tüzün, Şar, & Öztürk, 2001)

Fiziksel ihmal, büyüme- gelişme geriliği olan çocuklarda ve kazalara bağlı lezyonlarda sıklıkla görülür. İhmal, fiziksel istismara göre daha sık görülür. Fakat ölüm veya ağır yaralanmalar ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilme olasılığı yüksektir. Sebebi ise ihmal, fiziksel ve cinsel istismara göre daha soyut kalmaktadır. İhmal in çocuktaki yarattığı hasar, fiziksel istismarla benzerdir. İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en önemli unsur ihmalin pasif, istismarın aktif durum oluşturmasıdır. (Kara, Biçer, & Gökalp, 2004)

### 1.1.2 Doğal Afet ve Savaşlar

Travmaya neden olan faktörlerden bir tanesi de doğal afetlerdir. Bu tür travma yaşantısı olan çocuğun olay sırasında kendisinin, yakınlarının öleceği ile ilgili endişeye kapılması, ölü ve yaralı insanları görüp görmediği, yaşanan olayın ani olması ve yaşamı tehdit edici unsurda olmasının önemli olduğu belirtilmektedir.

Travmatik olaylardan bir diğeri de savaş yaşantısına maruz kalmaktır. Savaşın çocuklar üzerinde bedensel ve zihinsel yıkıcı etkileri olduğu bilinmektedir. (Erden & Gürdil, 2009)

## 1.2 TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) DSM-V'' te, kişinin kendisinin ya da sevdiklerinin yaşadığı ya da kişinin tanık olduğu örseleyici bir durumun ardından, korkulu rüyalar görme, örseleyici olay yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme, kişinin deneyimlediği bu olumsuz yaşantıyı çağrıştıran olay ve yere karşı tepkili olup, duygusal anlamda ise daha hassas tepkiler vermesi ya da kontrol edememesi şeklinde tanımlanmıştır.

Kişinin gerçek ya da göz korkutucu biçimde ölümle, ağır bir yaralanma, kendisinin ve ya başkalarının fiziksel bütünlüğüne karşı tehdit olayını yaşamış ,tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olması ve kişinin bu durum karşısında vermiş olduğu tepkiler yoğun korku ve çaresizlik durumlarını içerir. Kişi bu durumda örseleyici olayları yineleyici ve istemsiz bir şekilde hatırlayabilir ve korkutucu düşler görebilir. Yaşanan bu durum karşısında kişiler çözülme (dissosiyasyon) yaşarlar. Kişilerin yaşamış oldukları travmatik olayı hatırlatan uyarılarla karşılaşınca kişide ruhsal sıkıntı meydana gelir. Bu sebepten dolayı da kişi olayı çağrıştıran herşeyden kaçınma ihtiyacı duyar. Kişi bu ve benzer belirtileri bir aydan fazla yaşadığı görülürse travma sonrası stres bozukluğu söz konusu olur. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)



### 1.2.1 TSSB Belirtileri

Aşağıda DSM-V 'de travma sonrası stres bozukluğunun tanılabilmesi için gerekli belirtiler sıralanmıştır:

#### A- Travmatik olayı yeniden yaşama:

- Olayı istem dışı çok kez hatırlama,
- Olayı hatırlatan kâbus görme,
- Travmatik deneyimi yeniden yaşama hissi ya da öyle davranma
- Travmayı hatırlatan uyarıcılara karşı psikolojik ve fizyolojik tepki hali yaşama

#### B- Kaçınma:

- Kişinin yaşadığı olumsuz deneyimleri anımsatacak durum ile ilgili fiziksel ve duygusal olarak kaçınma,
- Olayı hatırlatan durum ve kişilerden kaçınma,
- Olayı hatırlatan anılardan ve dış etkenlerden örneğin insanlar, konuşmalar vb. durumlardan uzaklaşma.

#### C- Duygu ve bilişlerdeki kalıcı negatif değişiklikler:

- Travmatik olayların önemli bir kısmını anımsayamama (dissosiyatif amnezi),
- Kendisi ya da başkaları ile ilgili aşırı derecede olumsuz düşünce ya da beklenti içinde olma hali
- Travmatik olayların neden ve sonuçları ile ilgili olarak, kişinin kendisine ya da başkasına karşı suçlayıcı, çarpık bilişler yaşaması,
- Kişinin kendi için önemli olan faaliyetlerin, zamanla önemini yitirmesi,
- Başkalarına karşı kendini yakın hissetmemesi,
- Kişinin kendisini olumsuz duygular içinde bulması.

#### D- Aşırı Uyarılmışlık:

- Uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede zorluk yaşama,

- Kişinin dış uyaranlara karşı açık olması sebebiyle, kolay sinirlenip, yoğun öfke hali yaşayıp, varolan duruma uyum sağlayamayp, başladığı işi bitirmekte zorluk yaşaması.
- Bu belirtiler normalde bir süre sonra ortadan kalkar. Ancak bazen travmatik olayın ilk etkisi geçtikten sonra da bazı belirtiler devam edebilir ya da sonradan ortaya çıkabilir. Travma sonrası stres bozukluğunun aylarca ya da yıllarca sürdüğü görülebilir. Bu belirtilerin TSSB olarak değerlendirilebilmesi için travmatik olaydan en az altı ay sonra ortaya çıkması ve en az bir aydır sürüyor olması gerekir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

### 1.2.2 Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çocukluk döneminde gelişen TSSB’de yukarıda belirtilen semptomların dışında farklı problemler görülebilir. Çocuklarda görülen dikkat problemleri, davranışsal sorunlar ve sosyal uyum sorunları TSSB’nin belirtisi olabilmektedir.

Çocuklarda aşağıda belirtilen başlıklarla ilgili semptomlar sıkça görülmektedir.

**Sınır Sorunları:** Kişinin kendisine ait olanı diğerlerinin almak istediğini düşünmesi ya da kendisine ait olanı sahiplenme duygusunu yoğun bir şekilde yaşaması. Kişinin yaşadığı bu şüphe arkadaşlarına,aile üyelerine,patronuna karşı olabilir.Travma yaşayan çocuklarda bu durum kavga ya da saldırganlık olarak görülür.Çocuklar haklarına düşeni almak için karşısındakilerle kavga edebilirler.Çalma davranışı da sembolik olarak çocuğun kendine ait olanı almanın bir yoludur.

**Zayıf Sınırlar:** Kişinin Kurallara uymaması,karşısındakine acımasız şeyler söylemesi ve olayları değerlendirme becerisini zayıflaması olarak görülür.Çocuklarda ise durum yaşlarından daha küçükmiş gibi davranmaları(regresyon) şeklinde görülmektedir.

**Suçluluk\Utanç:** Kişinin yaşadığı travma sebebiyle kendini sorumlu hissetmesi ya da travma sırasında ki davranışın yanlış olduğuna inanması kişi de suçluluk duygusu hissetmesine neden olabilir. Suçluluk duygusu travmanın Tanrının bir cezası olduğu ya da bireyin iyi bir insan olmadığı için cezalandırıldığı düşüncesi sebebiyle de olabilir.Kişinin yaşadığı Suçluluk ve utanç duygusu ‘keşke ...Yapsaydım.Keşke

...Yapmasaydım. Benim hatam .' gibi cümleler kurmaya başlamasıyla ortaya çıkar.  
(Davis, 2013)

### **1.2.2.1 Çocukluk Dönemi Travmalarının Nörobiyolojik Etkisi**

Çocukluk dönemi travmaları oldukça sık görülmektedir. Yapılan pek çok çalışma çocukluk dönemi ihmal ve istismarı nedeniyle görülen travma sonrası stres bozukluğunu incelemiştir.

ABD'de Ulusal Travma verilerine göre çocuk koruma kurumlarına yapılan başvuru oranlarının 6 milyon olduğu belirtilmiştir. İhmal nedeniyle hayatını kaybeden çocuk sayısının ise yılda 1600 olduğu bilinmektedir. Yine ABD'de yapılan istatistiksel veri çalışmalarında Vietnam savaşı sürecinde savaşa katılan 3,14 milyon kişiden, 1 milyonunda (%30) TSSB gelişmiştir. Savaş döneminden sonraki 10 yıl boyunca, ABD'de 50 milyon çocuğun istismar ya da kötü muameleye maruz kaldığı ve 13 milyonunda(%26) TSSB geliştiği düşünülmektedir (Fırat & Baskak).

Çocukluk dönemi travmalarının uzun dönemli etkileri oluşmaktadır. Erken çocukluk dönemi travmaları beynin gelişiminde bıraktığı etki nedeniyle çocuğu gelişimsel olarak etkilemektedir. Travmanın bu uzun vadeli etkisi, neden olduğu nörobiyolojik değişimlerden kaynaklanmaktadır. Widow ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada erken dönem ihmal ve istismar öyküsü bulunan çocukların yetişkinlik döneminde depresyon görülme riskinin fazla olduğu, depresyon görülme yaşının düştüğü, nörovejetatif belirtilerin daha ciddi olduğu ve bu kişilerde madde kullanımı, intihar ve kendine zarar verme (self mutilasyon) daha fazla görüldüğü saptanmıştır akt. (Fırat & Baskak).

Erken dönem travmaların yetişkinlik dönemine ilişkin etkileri farklı çalışmalarda, farklı psikolojik rahatsızlıklar açısından incelenmiştir. Anksiyete bozuklukları ve çocukluk dönemi fiziksel ve cinsel istismarı arasındaki etkinin incelendiği bir çalışmada, istismara maruz kalan bireylerde anksiyete bozukluğu görülme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Cougles, Timpano, & Sarch-Ericson, 2010)

Travmanın; erken çocukluk ya da ergenlik döneminde; insan eliyle, özellikle bakım veren kişi tarafından ihmal ya da istismar (fiziksel/cinsel/duygusal) yoluyla uygulanmış ve tekrarlayıcı, uzamış olması travmayı gelişimsel travma haline getirir. Gelişimsel travma ilerleyen dönemlerde TSSB ile sonuçlanabilmekte ve bunun yanında kişilerde somatik belirtiler, affektif belirtiler, aleksitimi ve agresyon görülme sıklığında artış ve buna eşlik eden duygudurum bozuklukları, madde kullanımı ve intihar girişimleri görülmektedir. (Kolk, 2005)

Travma ile beyinde pek çok nörokimyasal değişim oluşmaktadır. Travma beyinde limbik sistem denilen alanda etkileşim göstermektedir. Amigdala ve Hipokampus<sup>1</sup> limbik sistemde yer alan ve beynin travma ile ilişkili olan iki önemli alanıdır. Amigdala, beynin korku, stres ya da endişe durumlarında uyarılan alanıdır. Travma yaşantısı sırasında kaç-savaş tepkisi beynin bu bölgesinde yönetilmektedir. Yapılan çalışmalar, erken dönem travma yaşantısının amigdala ve bazı nörotransmitter<sup>2</sup> taşıyıcı genler üzerinde kalıcı değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Travmanın nörobiyolojik etkisinin incelendiği bir çalışmada bir grup fare koku ve elektrok şoku ile korkutulmuş, kontrol grubu ise sadece kokuya maruz bırakılmıştır. 2 grubun karşılaştırıldığı araştırma sonuçlarına göre, gelişimsel travma ön beyin ve sosyal biliş nörobiyolojisini şekillendiren protein genlerinin ifadesini bozmaktadır. Hipokampus, beyin plastisitesinden en çok etkilenen alanıdır. Hayvanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmalarda, uzun süreli stres yaşantısı ve travmanın hipokampusün genetiğinin bozulmasına neden olduğunu göstermektedir. akt. (Fırat & Baskak)

### **1.2.2.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğuna Eşlik Eden İlgili Diğer Problemler**

Çocukluk çağında yaşanan travmalar, yetişkinlikte gerek zihinsel gerekse fiziksel olarak sağlığı olumsuz etkilemekte olup artan risk faktörleriyle bağlantılı olduğu görülmektedir. (Grote, et al., 2012)

---

<sup>1</sup> Beynin uzaysal yön bulma ve hafıza ile ilgili alanıdır.

<sup>2</sup> Nöronlar arasında veya bir nöron ile başka bir (tür) hücre arasında iletişimi sağlayan kimyasallara nörotransmitter (uyarıcılara tepki) denir.

Yapılan bir araştırmaya göre,çocukluk çağında yaşanan istismarın olumsuz psikososyal etkileri yetişkinlikte de devam etmekte olup,çocukluğunda istismar gören yetişkinin hayatını idame ettirirken kronik depresyon ve karşısına çıkan olaylara karşı kaygı geliştirdiği tespit edilmiştir. (Browne & Finkelhor, 1986)

Yapılan araştırmalar gösteriyor ki, çocukluk ağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu,depresyon,anksiyete bozuklukları,sınır kişilik bozukluğu,obsesif kompulsif bozukluk,somatizasyon,disosiyasyon ile bağlantısının olduğunu göstermiştir. (Burns, , Fischer, Jackson, & Harding, 2012) (şar, İslam, & ztrk, 2009)

Shiphoven ve arkadaşaları yapmış olduğu çalışmada, erken yaş dönemlerinde istismara ve olumsuz yaşantılara maruz kalmak, ileriki yaş dönemlerinde kişinin depresyon ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkması için zemin hazırladığını ve yaşanan duygusal ihmalin yetişkinlikte depresif bozukluk,distimini ve sosyal fobi ile ilişkisi olduğu tespit etmişlerdir. (Spinhoven, Elzinga, & Hovens, 2010)

Sonuç olarak,çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantılar,ihmal,istismara maruz kalmak yetişkinlikte psikiyatrik bozukluklarda tanı almayı büyük ölçüde etkilediği görülmektedir.

### **1.2.2.3 ocukluk Dönemi Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi**

Yapılan bir araştırmaya göre travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) tedavisinde iyileşme üç aşamada gerçekleşir.İlk aşama temel güvenliği sağlamaktır.İkinci aşama yaşanan olayı hatırlama ve kederlenmedir.üçüncü aşama gündelik yaşama yeniden bağlanmaktır (Kellermann & Hudgings, 2013).

Travmanın iyileşmesi sürecinde uygulanacak herhangi teröpatik müdahalenin etkinliği için öncelikle çocuğa bakım veren kişilerinde terapi sürecine destek olması önemlidir. Yapılan bir araştırmaya göre örseleyici olmayan ebeveyn veya bakım verenin terapi sürecine dahil olmasının, bu süreci olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Çocuğa sunulacak destekleyici ve güven verici bakımın ardından travmanın tedavisinden söz edilebilir. akt. (Göktepe, 2014)

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinin amaçlarından biri de,kayıp,istismar ve ihmal gibi ilişkisel travmalarda güveni geri kazanmak,kendine güveni geliştirmek,sevgi duyabilmesini sağlamaktır. (Perry & Szalavitz, 2012)

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

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde uygulanan yöntemlerden biri Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)'dir. EMDR, Francine Shapiro tarafından 1987 yılında geliştirilmiş bir yöntemdir.Bu yöntemle kişinin yaşamış olduğu travmatik anıya karşı kişinin duyarsızlaşmasını sağlar,varolan belirtileri azaltır ya da yok eder.

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde uygulanan yöntemlerden biri de Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemidir.Yapılan bir araştırmada çocuklarda TSSB tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi'nin, TSSB belirtilerinin azalmanın etkisi olduğu görülmüştür.akt. (Göktepe, 2014)

Oyun Terapisi, EMDR ve Bilişsel Davranışçı Terapi çocuklarda TSSB'yi tedavi etmede kullanılan tedavi yöntemleridir.

### **1.3 OYUN TERAPİSİ - TARİHSEL GELİŞİMİ VE KURAMSAL TEMELİ**

Oyun terapisi ,günümüzde çocuk psikoterapisinde kullanılan yöntemlerin başında gelmektedir. Özellikle ikibinli yılların başından itibaren ülkemizde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. (Teber, 2015)

Oyun terapisini daha iyi anlayabilmek için, oyunun çocuğun gelişimi üzerindeki etkisinin anlaşılması önemlidir. Oyun, çocuğun dünyasında sembolik öneme sahiptir. Oyun, çocuğun günlük hayatın tüm getirilerini kendi kontrolünde ve istediği gibi deneyimlediği bir araçtır. Oyun, sözel becerisi gelişimi gereği henüz tamamlanmamış

çocuğun yegane iletişim aracıdır. Landreth (2011), oyunun bu işlevini; “Oyun çocuğun dili,oyuncaklar ise kelimeleridir” ifadesi ile açıklamıştır. (Landreth, 2011)

Oyun Terapisi; “oyunun çocukların kendilerini ifade etmede doğal bir araç olduğu gerçeğine dayanmaktadır. Yetişkin terapisinin bazı türlerinde olduğu gibi, kişinin sorunlarını anlatmasına benzer olarak, oyun terapisi de çocuğa sorunlarını ve duygularını oynayarak dışa vurması için verilen bir fırsat." olarak tanımlanmıştır. (Oyun Terapileri Derneği, 2016)

Virginia Axline; “Oyun terapisi ile çocuk önemli bir kişi olduğunu, kimsenin onu eleştirmediği, ne yapması gerektiğini söylemediği, akıl vermediği, yargılamadığı ve özel dünyasına girmediği bu alanın güvenliğinde, aniden kanatlarını açabileceğini içinde duyumsar” ifadeleri ile oyun terapisinin işlevini açıklamıştır. akt. (Oyun Terapileri Derneği, 2016)

Oyun Terapisinin çocuk ruh sağlığı alanında kullanılması, psikanalizin kurucusu Freud’un Küçük Hans (Little Hans) çalışması ile başlamıştır. Freud, Küçük Hans ile ilgili makalelerinde oyunun çocuğun bilinçdışı çatışmalarını aktaran işlevini vurgulamıştır. Freud’un bu çalışmasının ardından oyun terapisi ilk olarak Hugg-Hellmuth tarafından uygulanmıştır. Ancak Hellmuth kullandığı yonteme dair herhangi yanyın yapmamıştır. Çocukların evlerinde uyguladığı terapilerinde, çocukların resimlerini ve oyuncaklarını kullanmıştır. Akt. (Teber, 2015)

İlerleyen dönemlerde psikanalizin öncülerinden olan Anna Freud ve Melanie Klein oyun terapisi yöntemini geliştirmişlerdir.

Çocuk oyun odasında oyun oynayarak, yaşadığı duygularını açığa vurur, bu duygular ile yüzleşir ve onları nasıl kontrol edeceğini ya da engelleyeceğini öğrenir. Duygusal olarak rahatladığında kendini fark eder ve kendi kararlarını alabilecek pozisyona gelir, psikolojik anlamda olgulaşacak seviyeye ulaştığının farkına varmaya başlar. Böylece kendi benliğinin farkına varır.



### 1.3.1 Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Carl Rogers'ın Danışan Merkezli yaklaşımını temel alarak ortaya çıkan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (ÇMOT), Virginia Axline tarafından 1940 yılların sonunda oyun terapisine uyarlanmış, Garry Landreth tarafından daha sistematik hale getirilmiş ve geliştirilmiştir. (Landreth, 2011)

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde amaç çocuğun kendi davranışlarının farkına varmasını sağlamaktır. Terapist çocuğu koşulsuz kabul eder ve çocukla ilgilenir, sıcak bir ilişki kurar. Çocuk oyunun konusunu, içeriğini kendisi belirler. Terapist çocuğun duygularına karşı duyarlıdır ve bu duyguları nazik bir şekilde geri ona yansıtır. Bu şekilde çocuk kendinin farkına varır. (Teber, 2015)

### 1.3.2 Deneyimsel Oyun Terapisi

Deneyimsel Oyun Terapisi (DOT) Byron E. Norton ve Carol Crowel Norton tarafından geliştirilmiştir. DOT, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ile İlişkisel Oyun Terapisinin sentezinden geliştirilmiştir. DOT çocukların dünyayı bilişsel olarak değil, deneyimsel olarak algıladığını varsayar. Çocuklar yaşadıkları duyguları, sorunları ve korkuları deneyimsel olarak algılar ve aktarırlar. (Schaefer, 2013)

DOT'un 2 temel ilkesi vardır. Birincisi, Terapistin çocuğun oyununa yönlendirme yapmaksızın dahil olmasıdır. Terapist sözel geri bildirim yerine çocuğun oyununu deneyimler. Amaç terapist çocukla oyun oynayarak, çocuğun deneyimini derinleştirmektir. İkincisi, DOT'da çocuğun terapide kullandığı materyal ve oyuncaklardır. Çocuk kendi içsel süreçlerini dışarı yansıtmak için metaforik öğeler kullanır. Terapist, çocuğu anlamak için bu metaforlara önem verir. (Schwartzemberger, Developmental Play Therapy, 2004)

Norton çifti uzun yıllar yapmış oldukları DOT çalışmalarının sonucunda, çocukların DOT seanslarında 5 aşamadan geçerek terapi sürecini tamamladıklarını görmüşlerdir. (Schaefer, 2013)

*Keşif Aşaması*, çocuk bu aşamada oyun odasını, oyuncakları, terapisti gözlemler. Çocuk bu yeni ortamda kendine dair beklentileri ile de tanışmış olur.



*Sınama Aşaması*, çocuğun terapist ile güven ilişkisini test ettiği aşamadır. Çocuğun terapistinin kendisine olan bağlılık düzeyini test eder. Çocuk kendi içindeki acıları ile yüzleşirken, terapist tarafından kendisinin her halinin kabul edilip edilmeyeceğini anlamaya çalışır. Çocuk bu aşamadan geçtiğinde hissettiği acıyı terapist ile paylaşacaktır.

*Bağımlılık aşaması*, çocuğun travmatik yaşantısını deneyimlediği aşamadır. Bunu fantezi oyunları ile yapar. Çocuk bu oyunları oynarken terapistini de oyununa davet eder. Bu aşamada oyunlar yoğun ve hareketlidir. Çocuk terapistine bağımlıdır.

*Teröpatik büyüme aşaması*, çocuk travmatik deneyimi ile yüzleştiği için bir yas sürecindedir. Bu sebeple çocuk biraz donuktur. Yaşadığı bu deneyimle çocuk kişisel güçlenme hissini geri kazanmaya başlar.

*Sonlandırma aşaması*, çocuk bütün bu aşamalardan geçerek, oyunun gerçek yaşam temasını işlemeye başladığında artık ilişkiyi sonlandırmaya hazır hale gelmiş demektir. Çocuk bu sonlandırma aşaması için terapist tarafından hazırlanır. Bunun için birkaç seans gereklidir. Bu süreçte çocuğa destek olmak ve terapötik birlikteliği korumak önemlidir.

### **1.3.3 Gelişimsel Oyun Terapisi**

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT) Viola Brody tarafından geliştirilmiş oyun terapi yöntemlerinden biridir. GOT terapist tarafından yönlendirilen, bireysel ya da grup olarak uygulanan bir terapi yöntemidir (Schwartzenberger, Developmental Play Therapy, 2004)

GOT terapide dokunmayı temel alır. Terapistin çocuğa dokunmasıyla, çocuk kendiliğini fark eder ve aynı zamanda terapistin de kendiliğinin farkına varır. Bu şekilde iletişim başlamış olur. (Brody, The Dialogue of Touch: Developmental Play Therapy, 1992)

GOT'un temelinde çocuğa şefkatli dokunularak iyileştirmek vardır. Bu terapi yönteminde oyuncaklar yoktur, dokunmaya yönelik çeşitli oyunlar vardır. Terapist, oyunlar aracılığı ile çocuklağa dokunur. Oyunlar, çocuğun cinsel bölgeleri hariç

vücudunun her yerine dokunmayı kapsar. (Brody, The Dialogue Of Touch : Developmental Play Therapy, 1997)

Brody 20 yıllık öğretmenlik deneyiminde çocuklarla çalışmıştır.1953 yılında bir hastanede psikoterapist olarak çalışma hayatına devam eder.Brody hastanede özellikle psikosomatik çocuklarla çalışmaya başlar.Terapi de dokunmayı temel alan Brody,çocuklara sarılarak,kucaklayarak,sallayarak ve kendisine dokunulmasına izin vererek bu yöntemi kullanır. (Brody, The Dialogue Of Touch : Developmental Play Therapy, 1997)

Brody,çocuklarla yaptığı bu çalışmalardan olumlu sonuçlar alır ve 1970 yılında yapmış olduğu tüm çalışmalarını toparlar ve “Gelişimsel Oyun Terapisi” adı ile ilk eğitimini açar.1993 yılında ise bu çalışmalarını kitap haline getirir ve The Dialogue of Touch: Developmental Play Therapy (Dokunmanın Dili: Gelişimsel Oyun Terapisi) kitabını yayınlar. (Teber, 2015)

### **1.3.3.1 Dokunma Duyusunun Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri**

Hayatın ilk evrelerinden itibaren dokunma duyusu/taktil his vardır. Bebek henüz emriyo döneminde iken, gebeliğin ilk 3 haftasında gelişen primatif sinir sistemi deri hücrelerinden oluşmaktadır. Embriyo ilk taktil veriyi bu sinir sistemi sayesinde kaydeder. (Rueger, 2001)

Henüz embriyo döneminde, en ilkel hali ile başlayan dokunma ve dokunulma deneyimi bebek dünyaya geldiğinde yoğun bir dokunma ve dokunulma deneyimi ile devam eder. Zira yeni doğan bir bebeğin duyuusal ihtiyacı artar ve bebeğin bu içgüdüsel ihtiyacına karşılık sağlanan bakımda çoğunlukla dokunma temeline dayanır. Bebeğin bakımı anne ya da bakım veren tarafından içgüdüsel olarak sağlanırken adeta çocuğun ihtiyacına dönük bir dokunma diyeti uygulanmaktadır. (Erkan , 1990)

Türk Dil Kurumu dokunmayı,” deri üzerine yapılan değme, vurma, bastırma, çekme vb. etkileri alan duyu” olarak tanımlanmıştır. Dokunma; deri üzerinde hafif dokunma, derin basınç, derinin gerilmesi, titreşim, hareket, sıcaklık ve acı gibi farklı uyaranları algılayan reseptörlerin uyarılması ile gerçekleşir. (Türk Dil Kurumu, 2015)

Fiziksel olarak bu şekilde duyumsanan dokunma duyusu, beyinde çeşitli biyokimyasal reaksiyonlara neden olur ve duyuya eşlik eden bir duygu da deneyimlenir. Tensel temasın üriner stres hormonlarının (kortizol, katekolamin, nörepinefrin, epinefrin) azalmasına, seretonin ve dopamin seviyelerinin artmasına neden olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Bu tür bir biyokimyasal değişikli depresyon belirtilerinin azalmasına da neden olmaktadır. Ayrıca dokunmanın bağlanma hormonu olarak adlandırılan oksitoksin hormonunu arttırdığı bildirilmektedir. (Field, Touch for socioemotional and physical well-being: A review, 2010) Yapılan bir araştırmada, 5 dakikalık masaj dokunuşlarının ardından, stres belirleyicisi olan kalp atış hızında, tükürük kortizol ve insülin seviyelerinde azalma görülmüştür. (Lindgren, et al., 2010)

Dokunma temelinde bireysel ilgi bebeğin fiziksel ve psikolojik gelişiminde hayati önem taşımaktadır. Kurum bakımındaki yeni doğanlarla yapılan deneysel bir çalışmada; bir grup bebeğe hergün bakıcı tarafından on beş dakikada dokunulmuş ve temel bakımı ile ilgilenilmiş bu bebeklerin kontrol grubuna göre ağırlıklarının daha fazla arttığı görülmüştür.

### **1.3.3.2 Dokunmanın Çocuk Ruh Sağlığı İçin Önemi**

Yaşamın ilk evreleri olan anne karnında en önemli duyu dokunma duysudur. Embriyo ana rahmi duvarlarına dokundukça ilk fiziksel temas duyumunu deneyimler. Bu dönemde gelişen sinir sistemi basınç hareket ve dokunma duyularını algılar. Bu duyuşal uyarılar sinir sisteminin gelişimine yardım ederken, bebeğin ilk şefkatli dokunuş algısı da oluşmaya başlar. (Erkan , 1990)

Bu şefkatli dokunuş algısı bebek dünyaya geldiğinde de bebeğin en temel ihtiyacı haline gelir. Anne içgüdüsel olarak bebeğin fiziksel bakım ihtiyaçlarını giderirken, hem bebeğe hem de kendisi adına dokunma duyusunu tatmin etmektedir. Bu süreç bebeğin gelişimi için oldukça önemli olan “bağlanma”nın da gerçekleşmesine yardımcı olmaktadır. Bağlanma kuramının öncüsü Bowlby, bağlanma sürecinin bebeğin kimlik ve benlik algısını etkileyen en önemli unsur olduğuna dikkat çekmiştir. Kurama göre bağlanma kavramı; bebeğin genel bakım ihtiyaçlarını gideren bir yetişkinin varlığını hissetmesi, acıktığında ya da temizlik ihtiyacı olduğunda yaşadığı gerginliği bu

bakım verenin gidermesi ve böylece bebeğin temel güven duygusunun geliştiği süreç olarak tanımlanabilir. Bebek her ihtiyacı giderildiğinde kendisini güvenilir ve görüldüğü bir ortamda hissederek kendilik değer algısı oluşmaya başlar. (Soysal, 2005)

Tensel temasın bağlanma süreci üzerindeki etkileri yapılan çalışmalar, erken gelişim dönemlerinde kucağa alınan ve sık sık dokunulan bebeklerin fiziksel, duygusal ve kişilerarası ölçeklendirmelerde yüksek puanlar aldığını göstermektedir.

### **1.3.3.3 Dokunma Duyusunda Yetersizlik ve Travmatik Deneyimle İlişkili Problemler**

Bağlanma sürecinde oldukça hayati olan tensel temasın çeşili nedenlerle karşılanamadığı durumlarda, farklı psikolojik ve duygusal sorunlar oluşabilmektedir. Çocuklarda aksiyete, depresyon, dikkat eksikliği, öfke, bağlanma bozuklukları gibi pek çok duygusal rahatsızlık ve duygusal entegrasyon disfonksiyonu gibi bozuklukların, travma ve ebeveyn arasında ki ilişkide duygusal eksiklik nedeniyle olabileceğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır. (Schwartzenberger, Neurosensory Play Interactions in Play Therapy, 2010)

Duyusal uyarıların beyin ve sinir sisteminin gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bu duygusal uyarılar arasında dokunma duygusu hayati önem taşımaktadır. Beynin yeni verileri algılaması ve gerektiğinde yeniden işleyebilmesi için duyu sisteminin koordine bir şekilde çalışması gerekmektedir. (Schwartzenberger, Neurosensory Play Interactions in Play Therapy, 2010)

Duyular arasında bu koordinasyonun çeşitli nedenlerle bozulduğu ya da aksadığı durumlarda çeşitli bozukluklar meydana gelmektedir. Duyu Bütünleme Bozukluğu ya da Duyusal Entegrasyon Disfonksiyonu duyuların işlenmesinde oluşan sorunlardandır. Bu sorunların nedenleri saptanamamakla birlikte travmatik deneyimlerin de bu tip sorunlara neden olabileceği düşünülmektedir.

Duyu Bütünleme Bozukluğu (DBB), Kranowitz tarafından; “günlük hayata dair işlevlerin yerine getirilebilmesi için duyular aracılığıyla edinilen bilginin doğru bir şekilde işlenememesi ve gerektiğinde kullanılamaması” olarak tanımlanmıştır.

Herhangi nörolojik bozukluktan kaynaklanmayan duyu yitimi ya da işlevsizliği olarak ta tanımlanabilmektedir. (Kranowitz, 2014)

Kranowitz(1998) tarafından yazılan *The Out of Sync Children* adlı ve Türkçeye *Senkronize Olamayan Çocuk* adı ile çevrilen kitapta duyu bütünleme bozuklukları sınıflandırılmıştır. Buna göre; sürekli bir duyuya karşı aşırı açlık hali ile seyreden *Duyusal Arzu* tipi, duyu uyaranlara karşı tepkisiz olan *Az Duyusal Hassaslık* tipi ve herhangi duyu uyaranı tamamen reddeden *Aşırı Duyusal Hassaslık* tipi bulunmaktadır.

Ayrıca bu bozukluklarda duyu uyaranına ait uyarının niteliğinin ayırt edilemediği *Duyusal Ayırtetme Bozukluğu*; hareket koordinasyonunda bozukluklara neden olan *Duyusal Tabanlı Motor Bozukluklar* da bu sınıflandırma dahilindedir.

Perry ve Szalavitz'nin travma üzerine yapmış olduğu çalışmalara bakıldığında da erken çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılar beynin gelişimini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. (Perry & Szalavitz, 2012) Beyin gelişiminin bu denli etkilenmesi beynin esnekliği(Brain plasticity) yani çevresel olaylar karşısında etkilenip şekillenmesi ile açıklanmaktadır. Levine ve Kline Travmayı ; kişni yaşadığı olayda olmadığını,yaşanan olay sonrasında sinir sisteminin nasıl etkilendiği ile açıklamaktadır. (Levine & Kline, 2014) Yaşanan travmatik deneyime bağlı olarak stresin yoğun ve uzun süreli olması sinirsel (neural) yapıyı etkilemektedir.Bu durum küçük çocuklarda güvenlik geçmişine sahip olmamaları ve homeostazi<sup>3</sup> nın gelişmemesinden dolayı daha fazla etkilemektedir. (Norton, Ferriegel, & Norton, *Deneyimsel Oyun Terapisinde Somatik Travma İfadeleri*, 2011)

#### **1.3.3.4 Gelişimsel Oyun Terapisinin İşleyişi-Etki Mekanizması ve Etik Çerçeve**

Gelişimsel oyun terapisinin iyileştirici gücü kendilik kavramını geliştirmesine dayanır.Yöntemin kurucusu olan Brody, yeni doğanın kendilik gelişiminin ilk aşaması olarak tensel teması görür.Zira bir yetişkin kendiliği ile,bebek kendiliği arasında önemli

---

<sup>3</sup> Homeostazi: Hücre dışı gerçekleşen olaylarda hücrenin kendini koruma eylem

farklılıklar vardır.Bir yetişkin istek ve tercihleri ile kendiliğinin farkına varırken,bebekler ise bilişsel yetileri henüz gelişmediği için kendilik farkındalıkları sadece taktil duyuşsal uyanlar ile gelişir.

Tensel teması içeren bakım işlevleri (kucağa alınma,besleme vb.) ile bebek,diğerinin( the other) farkına varır ve kendisini ayrı bir varlık olarak algılamaya başlar. Bebeklik döneminde ki bedensel taktil uyanlarla ilk geişen kendilik Des LAuries tarafından *bedensel kendilik (The Bodyly Self)* olarak adlandırılmıştır. Şefkatli tensel temasla başlayan bedensel kendilik algısı, zamanla psikolojik benliğinin gelişmesine katkı sağlar.

Kendilik gelişimini temele alan GOT, 6 ilkeye dayanmaktadır.Buna göre; '*Dokunulmayı deneyimleyen çocuğun, kendilik algısı gelişir*'. Yani dokunulan çocuk kendisini diğerinden ayırt eder.Çocuk dokunulmayı ya kabul ya red tutumu ile cevaplandırır.Her iki tutumda da çocuğun ben ve diğeri ayrımını yaptığı kendisinin ve diğerinin varlığının kabullendiği anlaşılmaktadır.

*İyi bir dokunucu olabilmek için, yetişkinin dokunulmayı öğrenmesi ve bu konuda istekli olması gerekir;*İyileştirici dokunuşun gerçekleşebilmesi için çocuğa dokunana yetişkinin dokunulmayı kabullenmesi ve içselleştirmesi gerekmektedir.Ancak bu şekilde yetişkin dokunulma hissini anlayabilir ve doğru dokunma yöntemini iç güdüsel olarak takip edebilir.

*Dokunulmayı hissetmek için, çocuğun kendisine dokunulmasına izin vermesi gerekir:* Bu yöntemin etkili olduğu travmatik ve özellikle istismar mağduru çocuklarda dokunulmaya karşı farklı tepkiler görülebilmektedir.Kimi çocuklar kendilerini koruma refleksiile dokunulmaya aşırı tepki verirken kimiçocuklar travmatik deneyimin etkisi ile hissisleşerek tepkisiz kalabilirler.Bu nedenle terapotik dokunuşun sağlanmasında en önemli etkenlerden birisi de çocuğun dokunulmaya izin vermesidir.

*Bir çocuk kendi varlığının görüldüğünü ilk olarak dokunma aracılığıyla hisseder:*Bir bebek yaşamın ilk dakikalarından itibaren her dokunulduğunda; 'ben varım ve diğerleri tarafından görülüyorum' algısını geliştirir.

*Çocuğun dokunulmayı gerçekten hissettiği bir ilişki için, Gelişimsel Oyun Terapisi seansı terapist tarafından yönlendirilmelidir:* Her ne kadar çocuğun isteği takip edilsede terapi sürecinde asıl kontrolü terapistin sağlaması esastır. Dokunulmaya karşı tepkisel ya da tepkisiz olan çocukların ihtiyaçlarını gözlemek, çocuğa dikkatini vermek ve çocuğun ihtiyacı doğrultusunda dokunmak terapistin en önemli sorumluluğudur.

*Çocuğun dokunulma deneyimini yaşayabilmesi için, bu konuda yetkin bir yetişkinin dokunması gerekmektedir:* dokunulmanın terapotik olarak kullanımı oldukça hasssa ve profesyonel yaklaşım gerektiren bir durumdur. Bu nedenle çocuklarla bu yöntemle çalışacak yetişkinlerin doğru dokunma ve kendilerinin de dokunulmayı deneyimlediği süreçlerden geçmeleri gerekmektedir.

Dokunulma etik olarak oldukça kapsamlı değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Özellikle çocuklara dönük istismarın yaygınlaşması yada bilinir hale gelmesi meslek çalışanlarını tedirgin hale getirmiştir. Dünya da pek çok ülkede alınan yasal tedbirler çocuklarla çalışan kişilerin çocuklara dokunmaya karşı daha çekimser davranmalarını sağlamıştır. Oysa çocuğun gelişimsel olarak ihtiyacı olan şevkatli dokunuş oldukça önemlidir. Bu konuda okul öncesi öğretmenleri ile yapılan bir çalışmada öğretmenlerin çocuklara sınıf içerisinde dokunduklarında davranışsal bozukluklarının azaldığı, dikkat sürelerinin arttığı gözlemlenmiştir. (Brody, The Dialogue of Touch: Developmental Play Therapy, 1992)

#### **1.4 KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR**

Toplumun çekirdeği ve en önemli yapı taşı olan ailenin etkisi çocuk doğmadan başlayıp, çocuğun her anında devam etmektedir. Aile, bireyin gelişimi, bireysellik oluşumu, bireylerin birbirlerine karşı tutum ve davranışlarının olgunlaşmasında önemli bir yere sahiptir. Her çocuğun temelde ihtiyacı olan şey, sağlıklı bir aile ortamında büyüüp gelişmesidir. Ancak aile içi sorunlar, ebeveynin sağlık sorunları, ebeveynin ölümü, yoksulluk, ihmal, istismar gibi pek çok sebepten dolayı ebeveynin üzerine düşen görevleri gerçekleştirememesi durumunda çocuklar korumasız hale



gelebilmektedir.Aile içsel veya dışsal etkenlerden dolayı temel işlevlerini yerine getirmekte zorluklar yaşayabilmektedir.Bu travmatik deneyimlerden dolayı çocuklar devlet tarafından korunma altına alınırlar. (Yurteri Tiryaki & Baran, 2015)

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 18.maddesine göre,anne ve babanın çocukları üzerinde sorumluluklarının olduğu,bu sözleşmeyi kabul eden ülkelerin bu sorumluluğu yerine getirmedikleri taktirde devletin üstlendiğini beyan eder. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 20.maddesinde ailenin bu sorumluluğu yerine getirmediği durumda çocuğun devletten koruma ve yardım alma hakkı olduğu belirtilmiştir. (Birleşmiş Milletler, 1989)

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunun'da korunmaya muhtaç çocuk: "beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup; Ana veya babasız, ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan, ana ve babası veya her ikisi tarafından terkedilen, ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuk" şeklinde tanımlanır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün açıklamış olduğu verilere göre Türkiye'de 2015 yılında 0-18 yaş arası toplamda 12.337 çocuk koruma altına alınmıştır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

Ülkemizde çocuk koruma kuruluşları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir.

Çocuğun koruma altına alınmasındaki öncelik sırası şöyledir; şartların uygun olduğu taktirde, çocuğun öz ailesi ya da bir yakınının yanında ve kendi yaşadığı şehir önceliklidir.Evlalık verilme,koruyucu aileye verilme, bu imkanların sağlanamadığı taktirde çocuğun kurum bakımına alınması gelmektedir. (Başer, Çocuk Refahı Alanında Yeni Hizmet Modeli "Çocuk Evleri", 2013) Kurum bakımı;mahkeme kararı ile ailenin yanında desteklenmesi mümkün olmayan çocuğun, aynı fiziki şartlar altında bulunduğu toplu bakım modelidir. Ülkemizde korunmaya muhtaç çocuklar;yetiştirme yurtları,çocuk yuvaları,sevgi evleri,çocuk destek merkezleri ve çocuk evlerinde hizmet almaktadır.



### **1.4.1. Çocuk Yuvaları**

Çocuk Yuvaları “0-12 yaş arası korunmaya muhtaç çocuklar ile gerektiğinde 12 yaşını doldurup, tek başına yaşamını sürdüremeyecek durumda olanlardan Kurumca himaye olunan kız çocuklarının, bedensel, psiko-sosyal ve duygusal gelişimleri sağlıklı, topluma yararlı bireyler olarak yetiştirmekle yükümlü olan” kuruluşlar olarak tanımlanmıştır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1999)

Ülkemizde son yapılan çalışma doğrultusunda 2015 yılı verilerine göre toplam da 7 çocuk yuvasında 0-12 yaşları arasında 370 çocuk kalmaktadır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

### **1.4.2 Sevgi Evleri**

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından geliştirilen yeni bir model “Sevgi Evleri Projesi” dir.Sevgi Evleri toplu yaşamın çocukların gelişimlerine yönelik olumsuz etkilerini değerlendirerek ortaya çıkmıştır.Sevgi Evleri Projesi, küçük müstakil binaların yer aldığı site içerisindeki oluşumlardır.Bu projede asıl amaçlanan çocukların daha az sayıda ve aile ortamına benzer,sosyal çevrede yakın ilişkiler kurabilmesi hedeflenmiştir.Sevgi evlerinde 10-12 çocuk az katlı müstakil yapılarda yaşamaktadır.2015 yılı verilerine göre, 86 Sevgi Evi’nde 4.950 çocuk yaşamaktadır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

### **1.4.3. Çocuk Destek Merkezleri**

Çocuğun, kasıtlı yada istemeden suça meğil etmesi, suça sürüklenmesi,sokaktaki olumsuz olaylarla karşı karşıya gemesinden dolayı koruma altına alınıp, geçici bir süre buldukları sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Çocukların bu kuruluşlarda buldukları süre içerisinde psikososyal destek sağlanarak, aile ve yakın çevre ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmalar yapılır. 2015 yılı verilerine göre ülkemizde 60 Çocuk Destek Merkezi bulunmakta olup,1085 çocuğa bu merkezlerde destek verilmektedir. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

#### **1.4.4. Yetiştirme yurtları**

13-18 yaş ve üzerindeki korunmaya muhtaç çocukların yaşamlarını idame ettikleri yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.Ülkemizde 2015 yılı verilerine göre,13 yetiştirme yurdu olup,468 çocuk bu yurtlarda kalmaktadır. Kız yetiştirme yurtları ve çocuk yuvalarının aynı fiziki ortamda olduğu 6 kuruluşta da 294 korunmaya muhtaç çocuk kalmaktadır (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1995)

#### **1.4.5. Çocuk Evleri**

Çocuk Evleri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 2005 yılında uygulamaya başlanmıştır.Bu çalışma ile amaçlanan, çocukları toplu bakım ortamından alıp,daha az sayıda çocuk ve bakım verenle ilişki kurup, sağlıklı bağlanma,sosyal hayata katılma ve topluma uyum sağlamaları hedeflenmiştir.

Çocuk Evleri güvenli bir sosyal çevrede,ilgili yönetmeliğin koşullarını sağlayan bir apartman dairesi olabilmektedir.Apartman dairesinde yatak odaları,salon,mutfak,banyo normal standartlardaki eşyalarla döşenmiştir.Çocuk Evlerinde resmi bir tabela bulunmaz.Çocuk Evlerinde ki çalışma, 24 saatlik sistemde 3 bakım elemanı ile oluşur. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008)

Ülkemizde 2005 yılından bu yana faaliyet gösteren Çocuk Evlerinin sayısı 1027 olup,bu evlerde kalan çocukların sayısı 5297 ulaşmıştır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

Çocuk Evlerinin, sistemdeki tüm işleyişi Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü tarafından oluşturulan Çocuk Evleri Koordinasyon Merkez Müdürlükleri'nce yürütülmektedir.Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sivil toplum kuruluşları yapılacak çalışmanın işbirliğine yönelik protokol imzalayıp,bu sistemin yaygınlaşmasını amaçlamaktadır. MutluYuva Mutlu Yaşam Derneği 2010 yılında bu protokol esasına uygun olarak açılmış ve faaliyetlerini sürdürmektedir. (Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği, 2015)

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

Yöntem kısmında; araştırmanın amacı, yöntemi, önemi, hipotezi, sınırlılıklar, varsayımlar, araştırma örnekleme, örneklemelerin demografik özellikleri ve verilerin toplanması hakkında bilgilere yer verilmiştir.

#### 2.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; devlet koruması altındakierken çocuklukta ve okul çağında yaşanan travmaya bağlı stres belirtilerinin, Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (Pediatric Emotional Distress Scale) uygulayarak, bu sorunların tedavisinde Gelişimsel Oyun Terapisinin etkinliğinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

#### 2.2 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma yarı-deneysel bir araştırma olup, aynı zamanda bir değerlendirme araştırmasıdır.Çalışmada Gelişimsel Oyun Terapisinin etkinliği incelenmiştir.Araştırma kapsamında Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği'nin faaliyet alanı kapsamında desteklenen çocuk evlerinde kalmakta olan korunmaya muhtaç çocuklardan,davranış sorunları nedeniyle terapiye yönlendirilenler çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmada ki uygulayıcı ekip Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği'nde çalışan psikologlar ve gönüllülerden oluşmaktadır. Çalışma 13 hafta boyunca sürdürülmüştür. Uygulayıcı yetişkin ekip ve çocuklar 12 hafta boyunca, haftada bir gün 45 dakikalık seanslarda bir araya gelmişlerdir.Uygulamanın 1. haftası Gelişimsel Oyun Terapisi uygulamasına ilk kez katılacak olan gönüllü yetişkinlere Gelişimsel Oyun Terapisi prosedürü hakkında eğitim verilmiştir. 2. hafta çocuklar ve uygulayıcı ekibin tanıştırılması ve gönüllüler ile çocukların eşleştirilmesi gerçekleştirilmiştir. Kalan 11 haftalık seanslarda, gönüllüler eşleştikleri çocuklarla Gelişimsel Oyun Terapisi uygulamasını gerçekleştirmiştir.Çocukların psikolojik durumları terapiden önce ve

sonra ölçülmüş olup bunun için ölçek kullanılmış, Gelişimsel Oyun Terapisinin etkinliğini belirlemek amacıyla öntest-sontest yöntemi kullanılmıştır.

### **2.3 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Devlet koruması altındaki çocukların yaşamlarını idame ettirebilmeleri için daha sağlıklı koşullarda olmaları, hayata ve topluma etkin bir şekilde katılma ve uyum sağlamaları, sağlıklı bireyler olmaları için devletin çalışmaları olsa da, çocukların ruh sağlıklarına yönelik çalışmalar oldukça azdır. Bu bilgiler doğrultusunda, yapılmış olan bu çalışma ile çocukların ruh sağlıklarını iyileştirmeye yönelik oyun terapisi yöntemlerinden biri olan Gelişimsel Oyun Terapisi uygulanmıştır. Ülkemizde Çocuk Evlerinde bakımı verilen Korunmaya Muhtaç Çocuklara yönelik yapılan ilk terapötik çalışma niteliğini taşımaktadır.

### **2.4 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ**

Araştırma ‘Gelişimsel Oyun Terapisinin çocukların travma sonrası streslerinin tedavisinde etkilidir’ hipotezi ile planlanmıştır.

### **2.5 SINIRLILIKLAR**

Araştırmanın yürütülmesi ve uygulanması sürecinde bazı sınırlılıklar olmuştur. Bu sınırlılıklar aşağıda belirtilmiştir.

- Araştırma sadece Çocuk Evlerinde koruma ve bakım altına alınan korunmaya muhtaç çocuklarla sınırlandırılmıştır.
- Araştırma sonuçları Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği’nin (Pediatric Emotional Distress Scale) verileri ile sınırlıdır.
- Araştırmanın yapıldığı çalışma sürecinde çocukların psikolojilerini etkileyecek öz aile görüşmeleri, öz aileye, koruyucu aileye ya da evlatlık olarak verilme

nedeniyle evden ayrılma gibi durumlar önlenememiş, dolayısıyla değişken parametreler azaltılamamıştır.

## **2.6 VARSAYIMLAR**

- Yapılan çalışmada kullanılan ölçeklerin araştırmaya uygun olduğu düşünölmüştür.
- Bakım verenlerin ölçekleri gerçekliğe uygun olarak doldurduğu kabul edilmiştir.
- Araştırma süresince çocukların duygu durumlarını etkileyebilecek yaşam olaylarının,yapılan çalışmanın sonuçlarını etkilemediği düşünölmüştür.

## **2.7 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

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 4-8 yaş grubu 30 çocuktan oluşmaktadır. Yapılan ön değerlendirme ile çocukların terapiye uygunluğu tespit edilmiştir.

Araştırma için belirlenen 30 çocuk 5 kişilik gruplara ayrılmıştır. Araştırma kapsamında toplam 6 grup yürütölmüştür. Bu gruplardan 3 tanesi aynı Çocuk Evi'nde yaşayan çocuklardan oluşmaktadır. Diğer gruplarda ise farklı Çocuk Evleri'nden çocuklar bir araya getirilmiştir.

Araştırma kapsamında terapiler, araştırma sahibinin de içerisinde bulunduğu deneyimli oyun terapisti olan 9 psikolog ve psikoloji eğitimi olan 4 gönüllü tarafından gerçekleştirilmiştir.

### 2.7.1. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri

Bu araştırmada 30 çocuk için demografik özellikler tablo haline getirilmiş ve aşağıda gösterilmiştir. Tabloda çocuklara ait yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanısı olma, psikiyatrik ilaç kullanımı, öz aileleri ile görüşme durumu, çocuk evinde kalma süresi gibi bilgilere yer verilmiştir.

**Tablo 1: Örneklem Gruba Ait Sosyodemografik Tablo**

		n	%
Yaş	5-6 yaş	13	43,3%
	7 yaş	9	30,0%
	8 yaş	8	26,7%
Psikiyatrik tanı var mı?	Var	7	24,1%
	Yok	22	75,9%
İlaç var mı?	Var	6	22,2%
	Yok	21	77,8%
Çocuk Evinde Kalma süresi:	1 yıl ve altı	8	26,7%
	2 yıl	11	36,7%
	3-5 yıl arası	11	36,7%
Aile Görüşmesi	Var	20	66,7%
	Yok	10	33,3%
Cinsiyet	Erkek	17	56,7%
	Kız	13	43,3%

Araştırma grubuna dahil edilen çocuklardan 5-6 yaşında olanların oranı %43,3; 7 yaşında olanların oranı %30,0; 8 yaşında olanların oranı %26,7'dir.

Katılımcılardan psikiyatrik tanısı olanların oranı %24,1; tanısı olmayanların oranı %75,9; ilacı kullananların oranı %22,2; kullanmayanların oranı %77,8; çocuk evinde kalma süresi 1 yıl ve altı olanların oranı %26,7; 2 yıl olanların oranı %36,7; 3-5 yıl arası

olanların oranı %36,7; aile görüşmesi olanların oranı %66,7; olmayanların oranı %33,3'tür.

Katılımcılardan erkeklerin oranı %56,7; kızların oranı %43,3'tür.

## **2.8 VERİLERİN TOPLANMASI**

Çocuklar, araştırma uygulamasına alınmadan önce ve tamamlandıktan sonra, Çocuklar için Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği ve çocuklar ile ilgili demografik bilgilerin olduğu form çocuklar hakkında yeterli bilgi sahibi olan bakım elemanları tarafından doldurulmuştur. Toplam 30 çocuk için ölçekler tamamlandıktan sonra verilerin hesaplamaları ve değerlendirilmeleri yapılmıştır.

### **2.8.1 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmada örneklem grubundaki çocukların demografik bilgilerinin kaydedildiği demografik bilgi formu ile Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği kullanılmıştır. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği, anne-baba ya da bakım veren tarafından doldurulan formatı, çocuklara bakım veren kişilerce doldurulmuştur.

#### **2.8.1.1 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.

#### **2.8.1.2 Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği**

Pediatric Emotional Distress Scale (Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği) F. Conway Saylor tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, 2-10 yaş

arasındaki çocuklarda TSSB'na bağlı oluşan davranışsal belirtileri değerlendirir. Ölçek, 20 maddeden oluşur. Maddeler ocuğa bakım veren kişi tarafından doldurulur. Likert tipi bir ölçektir. Maddeler; neredeyse hiç, bazen, sıkla, ve çok sık olarak puanlanır. 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/ie çekilme (anxious/withdrawn) ve korku (fearful). Ölçek geliştirilirken factor analizine ölçeğin ilk 20 maddesi dahil edilmiştir; çünkü son 4 maddeyi yalnızca travmatik olaylara maruz kalmış katılımcılar tamamlamışlardır. (Saylor ve ark, 1999).

Ölçek tanısal bir ölçek olmamakla birlikte, yapılan psikometrik çalışmalar gvenirlliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. (Saylor ve ark, 1999)

## **2.9 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ**

Yapılan alışmada SPSS 21.0 ile veriler analiz edilmiş olup, uygulanacak testler normallik testi sonucuna göre belirlenmiştir.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Çalışmanın bu bölümü veri analizlerinden elde edilen bulguları içermektedir. Çeşitli alt testlere ilişkin tüm bulgular tablolar halinde verilmiştir.

#### 3.1 ARAŞTIRMA GRUBUNUN ÖNTEST SONTEST PUANLARININ BETİMSSEL İSTATİSTİKLERİ

Araştırma grubunun, *Dürtüsellik Önce* puanı ortalaması  $11,53 \pm 2,90$ ; *Korku Endişe Önce* puanı ortalaması  $6,13 \pm 2,45$ ; *Yalnızlık Uyku Önce* puanı ortalaması  $6,30 \pm 2,12$ ; *Dikkat Hafıza Önce* puanı ortalaması  $5,13 \pm 1,72$ ; *Somatizasyon Gerileme Önce* puanı ortalaması  $4,00 \pm 1,72$ ; *Diğer Önce* puanı ortalaması  $13,53 \pm 3,68$ 'dir.

*Dürtüsellik Sonra* puanı ortalaması  $8,70 \pm 2,64$ ; *Korku Endişe Sonra* puanı ortalaması  $4,93 \pm 1,70$ ; *Yalnızlık Uyku Sonra* puanı ortalaması  $5,03 \pm 1,54$ ; *Dikkat Hafıza Sonra* puanı ortalaması  $4,53 \pm 1,48$ ; *Somatizasyon Gerileme Sonra* puanı ortalaması  $3,20 \pm 1,30$ ; *Diğer Sonra* puanı ortalaması  $10,70 \pm 2,38$ 'dir.

**Tablo 2: Ölçek Puanlarının Betimsel İstatistikleri**

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	
<b>ÖN TEST</b>	Dürtüsellik Önce	30	6,00	16,00	11,53	2,90
	Korku Endişe Önce	30	3,00	12,00	6,13	2,45
	Yalnızlık Uyku Önce	30	4,00	10,00	6,30	2,12
	Dikkat Hafıza Önce	30	2,00	8,00	5,13	1,72
	Somatizasyon Gerileme Önce	30	2,00	8,00	4,00	1,72
	Diğer Önce	30	7,00	21,00	13,53	3,68
<b>SON TEST</b>	Dürtüsellik Sonra	30	4,00	13,00	8,70	2,64
	Korku Endişe Sonra	30	3,00	8,00	4,93	1,70
	Yalnızlık Uyku Sonra	30	3,00	8,00	5,03	1,54
	Dikkat Hafıza Sonra	30	2,00	8,00	4,53	1,48
	Somatizasyon Gerileme Sonra	30	2,00	7,00	3,20	1,30
	Diğer Sonra	30	6,00	15,00	10,70	2,38

### **3.2 ARAŞTIRMA GRUBUNUN PUANLARININ FARKLILAŞMA DURUMUNUN İNCELENMESİ**

Dürtüsellik Son test puanları ile Dürtüsellik Ön test puanlarının farkının incelenmesi amacıyla yapılan Wilcoxon testi sonuçları tabloda verilmiştir. Analiz sonucuna göre 25 kişinin (%83,3) Dürtüsellik Ön test puanları Dürtüsellik Son test puanlarından daha yüksektir ve bu grupta Dürtüsellik Ön test puanları Dürtüsellik Son test puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Korku Endişe Son test puanları ile Korku Endişe Ön test puanlarının farkının incelenmesi amacıyla yapılan Wilcoxon testi sonuçları tabloda verilmiştir. Analiz sonucuna göre 19 kişinin (%63,3) Korku Endişe Ön test puanları Korku Endişe Son test puanlarından daha yüksektir ve bu grupta Korku Endişe Ön test puanları Korku Endişe Son test puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Yalnızlık Uyku Son test puanları ile Yalnızlık Uyku Ön test puanlarının farkının incelenmesi amacıyla yapılan Wilcoxon testi sonuçları tabloda verilmiştir. Analiz sonucuna göre 21 kişinin (%70) Yalnızlık Uyku Son test puanları Yalnızlık Uyku Ön

test puanlarından daha yüksektir ve bu grupta Yalnızlık Uyku Son test puanları Yalnızlık Uyku Ön test puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Dikkat Hafıza Son test puanları ile Dikkat Hafıza Ön test puanlarının farkının incelenmesi amacıyla yapılan Wilcoxon testi sonuçları tabloda verilmiştir. Analiz sonucuna göre 13 kişinin (%43) Dikkat Hafıza Son test puanları Dikkat Hafıza Ön test puanlarından daha yüksektir ve bu grupta Dikkat Hafıza Son test puanları Dikkat Hafıza Ön test puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Somatizasyon Gerileme Son test puanları ile Somatizasyon Gerileme Ön test puanlarının farkının incelenmesi amacıyla yapılan Wilcoxon testi sonuçları tabloda verilmiştir. Analiz sonucuna göre 17 kişinin (%57) Somatizasyon Gerileme Son test puanları Somatizasyon Gerileme Ön test puanlarından daha yüksektir ve bu grupta Somatizasyon Gerileme Son test puanları Somatizasyon Gerileme Ön test puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Diğer Son test puanları ile Diğer Ön test puanlarının farkının incelenmesi amacıyla yapılan Wilcoxon testi sonuçları tabloda verilmiştir. Analiz sonucuna göre 28 kişinin (%93) Diğer Son test puanları Diğer Ön test puanlarından daha yüksektir ve bu grupta Diğer Son test puanları Diğer Ön test puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 3: Ölçek Puanlarının Farklılaşma Durumu**

		<b>n</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Dürtüsellik Sonra – Dürtüsellik Önce	Negatif Sıralar	25 <sup>a</sup>	13,00	<b>-4,425</b>	<b>,000</b>
	Pozitif Sıralar	0 <sup>b</sup>	0,00		
	Eşit	5 <sup>c</sup>			
	Toplam	30			
Korku Endişe Sonra – Korku Endişe Önce	Negatif Sıralar	19 <sup>d</sup>	10,79	<b>-3,788</b>	<b>,000</b>
	Pozitif Sıralar	1 <sup>e</sup>	5,00		
	Eşit	10 <sup>f</sup>			
	Toplam	30			
Yalnızlık Uyku Sonra – Yalnızlık Uyku Önce	Negatif Sıralar	21 <sup>g</sup>	11,40	<b>-3,720</b>	<b>,000</b>
	Pozitif Sıralar	1 <sup>h</sup>	13,50		
	Eşit	8 <sup>i</sup>			
	Toplam	30			
Dikkat Hafıza Sonra – Dikkat Hafıza Önce	Negatif Sıralar	13 <sup>j</sup>	8,04	<b>-2,583</b>	<b>,010</b>
	Pozitif Sıralar	2 <sup>k</sup>	7,75		
	Eşit	15 <sup>l</sup>			
	Toplam	30			
Somatizasyon Gerileme Sonra – Somatizasyon Gerileme Önce	Negatif Sıralar	17 <sup>m</sup>	9,68	<b>-3,568</b>	<b>,000</b>
	Pozitif Sıralar	1 <sup>n</sup>	6,50		
	Eşit	12 <sup>o</sup>			
	Toplam	30			
Diğer Sonra – Diğer Önce	Negatif Sıralar	28 <sup>p</sup>	15,96	<b>-4,437</b>	<b>,000</b>
	Pozitif Sıralar	2 <sup>q</sup>	9,00		
	Eşit	0 <sup>r</sup>			
	Toplam	30			

- a. Dürtüsellik Sonra < Dürtüsellik Önce
- b. Dürtüsellik Sonra > Dürtüsellik Önce
- c. Dürtüsellik Sonra = Dürtüsellik Önce
  
- d. Korku Endişe Sonra < Korku Endişe Önce
- e. Korku Endişe Sonra > Korku Endişe Önce
- f. Korku Endişe Sonra = Korku Endişe Önce
  
- g. Yalnızlık Uyku Sonra < Yalnızlık Uyku Önce
- h. Yalnızlık Uyku Sonra > Yalnızlık Uyku Önce
- i. Yalnızlık Uyku Sonra = Yalnızlık Uyku Önce
  
- j. Dikkat Hafıza Sonra < Dikkat Hafıza Önce
- k. Dikkat Hafıza Sonra > Dikkat Hafıza Önce
- l. Dikkat Hafıza Sonra = Dikkat Hafıza Önce
  
- m. Somatizasyon Gerileme Sonra < Somatizasyon Gerileme Önce
- n. Somatizasyon Gerileme Sonra > Somatizasyon Gerileme Önce
- o. Somatizasyon Gerileme Sonra = Somatizasyon Gerileme Önce
  
- p. Diğer Sonra < Diğer Önce
- q. Diğer Sonra > Diğer Önce
- r. Diğer Sonra = Diğer Önce

### **3.3 ARAŞTIRMA SONUÇLARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE FARKLILAŞMASI**

#### **3.3.1 Araştırma Grubunun ölçek değerlerinin yaş grubuna göre farklılaşması**

Araştırma grubunun yaşlara göre farklılaşması Anova ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirilmiştir. Her iki değerlendirmede de farklı yaş grupları arasında Dürtüsellik

Önce; Korku Endişe Önce; Diğer Önce; Dürtüsellik Sonra ve Diğer Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4: Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumunun İncelenmesi**

Yaş		n	Sıra Ort.	X <sup>2</sup>	p
Yalnızlık Uyku Önce	5-6 yaş	13	17,23	1,124	,570
	7 yaş	9	13,28		
	8 yaş	8	15,19		
Dikkat Hafıza Önce	5-6 yaş	13	15,77	0,370	,831
	7 yaş	9	16,44		
	8 yaş	8	14,00		
Somatizasyon Gerileme Önce	5-6 yaş	13	14,08	0,657	,720
	7 yaş	9	16,89		
	8 yaş	8	16,25		
Korku Endişe Sonra	5-6 yaş	13	18,04	2,047	,359
	7 yaş	9	13,22		
	8 yaş	8	13,94		
Yalnızlık Uyku Sonra	5-6 yaş	13	17,46	1,240	,538
	7 yaş	9	14,06		
	8 yaş	8	13,94		
Dikkat Hafıza Sonra	5-6 yaş	13	15,00	0,110	,946
	7 yaş	9	15,56		
	8 yaş	8	16,25		
Somatizasyon Gerileme Sonra	5-6 yaş	13	13,77	1,578	,454
	7 yaş	9	15,33		
	8 yaş	8	18,50		

### 3.3.2 Araştırma Grubunun ölçek değerlerinin Psikiyatrik Tanı Durumuna göre farklılaşması

Araştırma grubunun psikiyatrik tanı durumuna göre farklılaşması t testi ve mann whitney testleriyle değerlendirilmiştir.

Psikiyatrik Tanısı Olup Olmama Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan t Testine Göre;Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Dürtüsellik Önce ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Psikiyatrik tanısı olanların söz konusu ölçek için katılım düzeyleri ortalamaları 13,57; tanısı olmayanların ortalamaları 11,14'tür. Buna göre psikiyatrik tanısı olanların Dürtüsellik Önce ölçeğine katılım düzeyleri daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Dürtüsellik Sonra ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Psikiyatrik tanısı olanların söz konusu ölçek için katılım düzeyleri ortalamaları 11,14; tanısı olmayanların ortalamaları 8,05'tir. Buna göre psikiyatrik tanısı olanların Dürtüsellik Sonra ölçeğine katılım düzeyleri daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Korku Endişe Önce; Diğer Önce ve Diğer Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5: Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanısı Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun t Testi ile İncelenmesi**

Psikiyatrik tanı var mı?		n	Ortalama	ss	t	p
Dürtüsellik Önce	Var	7	13,57	1,90	2,171	,039
	Yok	22	11,14	2,75		
Korku Endişe Önce	Var	7	6,71	2,14	0,657	,517
	Yok	22	6,00	2,60		
Diğer Önce	Var	7	14,14	2,91	0,500	,621
	Yok	22	13,32	4,02		
Dürtüsellik Sonra	Var	7	11,14	1,68	3,093	,005
	Yok	22	8,05	2,46		
Diğer Sonra	Var	7	11,43	1,51	0,924	,363
	Yok	22	10,45	2,63		

Psikiyatrik Tanısı Olup Olmama Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Yalnızlık Uyku Önce; Dikkat Hafıza Önce; Somatizasyon Gerileme Önce; Korku Endişe Sonra; Yalnızlık Uyku Sonra; Dikkat Hafıza Sonra ve Somatizasyon Gerileme Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 6: Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanısı Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun Mann Whitney Testi İncelenmesi**

Psikiyatrik tanı var mı?		n	Sıra Ort.	U	p
Yalnızlık Uyku Önce	Var	7	15,93	70,500	,736
	Yok	22	14,70		
Dikkat Hafıza Önce	Var	7	19,93	42,500	,071
	Yok	22	13,43		
Somatizasyon Gerileme Önce	Var	7	18,00	56,000	,271
	Yok	22	14,05		
Korku Endişe Sonra	Var	7	16,00	70,000	,713
	Yok	22	14,68		
Yalnızlık Uyku Sonra	Var	7	13,93	69,500	,689
	Yok	22	15,34		
Dikkat Hafıza Sonra	Var	7	19,64	44,500	,081
	Yok	22	13,52		
Somatizasyon Gerileme Sonra	Var	7	18,14	55,000	,237
	Yok	22	14,00		

### **3.3.3 Araştırma Grubunun ölçek değerlerinin İlaç Kullanma Durumuna göre farklılaşması**

İlacı Olup Olmama Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan t Testine Göre: İlacı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Dürtüsellik Sonra ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). İlacı olanların söz konusu ölçek için katılım düzeyleri ortalamaları 11,33; ilacı olmayanların ortalamaları 7,95'tir. Buna göre ilacı olanların Dürtüsellik Sonra ölçeğine katılım düzeyleri daha yüksektir.

İlacı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Dürtüsellik Önce; Korku Endişe Önce; Diğer Önce ve Diğer Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 7: Ölçek Puanlarının İlaç Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun t testi İncelenmesi**

İlaç var mı?		n	Ortalama	ss	t	p
Dürtüsellik Önce	Var	6	13,67	2,07	2,001	,056
	Yok	21	11,19	2,80		
Korku Endişe Önce	Var	6	6,83	2,32	0,782	,442
	Yok	21	5,90	2,62		
Diğer Önce	Var	6	14,83	2,48	0,843	,407
	Yok	21	13,33	4,12		
Dürtüsellik Sonra	Var	6	11,33	1,75	3,105	,005
	Yok	21	7,95	2,48		
Diğer Sonra	Var	6	11,83	1,17	1,927	,068
	Yok	21	10,38	2,67		

İlacı Olup Olmama Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:İlacı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Yalnızlık Uyku Önce; Dikkat Hafıza Önce; Somatizasyon Gerileme Önce; Korku Endişe Sonra; Yalnızlık Uyku Sonra; Dikkat Hafıza Sonra ve Somatizasyon Gerileme Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8: Ölçek Puanlarının İlaç Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun Mann Whitney İncelenmesi**

İlaç var mı?		n	Sıra Ort.	U	p
Yalnızlık Uyku Önce	Var	6	15,00	57,000	,721
	Yok	21	13,71		
Dikkat Hafıza Önce	Var	6	18,17	38,000	,133
	Yok	21	12,81		
Somatizasyon Gerileme Önce	Var	6	16,08	50,500	,453
	Yok	21	13,40		
Korku Endişe Sonra	Var	6	15,25	55,500	,651
	Yok	21	13,64		
Yalnızlık Uyku Sonra	Var	6	13,75	61,500	,927
	Yok	21	14,07		
Dikkat Hafıza Sonra	Var	6	18,75	34,500	,077
	Yok	21	12,64		
Somatizasyon Gerileme Sonra	Var	6	16,92	45,500	,284
	Yok	21	13,17		

### 3.3.4 Araştırma Grubunun ölçek değerlerinin Çocuk Evinde Kalma Süresi Durumuna göre farklılaşması

Çocuk Evinde Kalma Süresi Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Anova Testine Göre: Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Dürtüsellik Önce; Korku Endişe Önce; Diğer Önce; Dürtüsellik Sonra ve Diğer Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9: Ölçek Puanlarının Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Farklılaşma Durumunun Anova İncelemesi**

Çocuk Evinde Kalma süresi	n	Ortalama	ss	F	P	
Dürtüsellik Önce	1 yıl ve altı	8	11,63	3,25	,068	,934
	2 yıl	11	11,73	3,17		
	3-4-5 yıl	11	11,27	2,61		
Korku Endişe Önce	1 yıl ve altı	8	5,25	1,98	1,099	,348
	2 yıl	11	6,00	2,00		
	3-4-5 yıl	11	6,91	3,05		
Diğer Önce	1 yıl ve altı	8	11,38	4,07	2,171	,134
	2 yıl	11	13,91	2,59		
	3-4-5 yıl	11	14,73	3,95		
Dürtüsellik Sonra	1 yıl ve altı	8	8,13	2,95	,449	,643
	2 yıl	11	9,27	2,57		
	3-4-5 yıl	11	8,55	2,62		
Diğer Sonra	1 yıl ve altı	8	9,75	3,37	,899	,419
	2 yıl	11	10,91	1,58		
	3-4-5 yıl	11	11,18	2,23		

Çocuk Evinde Kalma Süresi Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Yalnızlık Uyku Önce; Dikkat Hafıza Önce; Somatizasyon Gerileme Önce; Korku Endişe Sonra; Yalnızlık Uyku Sonra; Dikkat Hafıza Sonra ve Somatizasyon Gerileme Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10: Ölçek Puanlarının Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Farklılaşma Durumunun Kruskal Wallis İncelemesi**

Çocuk Evinde Kalma süresi	n	Sıra Ort.	X2	p	
Yalnızlık Uyku Önce	1 yıl ve altı	8	14,88	,567	,753
	2 yıl	11	17,05		
	3-5 yıl arası	11	14,41		
Dikkat Hafıza Önce	1 yıl ve altı	8	10,50	3,755	,153
	2 yıl	11	17,55		
	3-5 yıl arası	11	17,09		
Somatizasyon Gerileme Önce	1 yıl ve altı	8	11,00	3,042	,219
	2 yıl	11	17,45		
	3-5 yıl arası	11	16,82		
Korku Endişe Sonra	1 yıl ve altı	8	11,25	2,711	,258
	2 yıl	11	16,77		
	3-5 yıl arası	11	17,32		
Yalnızlık Uyku Sonra	1 yıl ve altı	8	15,63	,043	,979
	2 yıl	11	15,82		
	3-5 yıl arası	11	15,09		
Dikkat Hafıza Sonra	1 yıl ve altı	8	13,88	,462	,794
	2 yıl	11	15,68		
	3-5 yıl arası	11	16,50		
Somatizasyon Gerileme Sonra	1 yıl ve altı	8	11,25	3,109	,211
	2 yıl	11	16,05		
	3-5 yıl arası	11	18,05		

### **3.3.5 Araştırma Grubunun ölçek değerlerinin Aile Görüşmesi Olup olmama Durumuna göre farklılaşması**

Aile Görüşmesi Olup Olmama Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan t Testine Göre: Aile görüşmesi olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Diğer Önce ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Aile

görüşmesi olanların söz konusu ölçek için katılım düzeyleri ortalamaları 14,65; olmayanların ortalamaları 11,30'dur. Buna göre aile görüşmesi olanların Diğer Önce ölçeğine katılım düzeyleri daha yüksektir.

Aile görüşmesi olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Diğer Sonra ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Aile görüşmesi olanların söz konusu ölçek için katılım düzeyleri ortalamaları 11,30; olmayanların ortalamaları 9,50'dir. Buna göre aile görüşmesi olanların Diğer Sonra ölçeğine katılım düzeyleri daha yüksektir.

Aile görüşmesi olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Dürtüsellik Önce; Korku Endişe Önce ve Dürtüsellik Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11: Ölçek Puanlarının Aile Görüşmesi Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun t testi İncelenmesi**

Aile Görüşmesi		n	Ortalama	ss	t	p
Dürtüsellik Önce	Var	20	11,45	2,96	-,219	,828
	Yok	10	11,70	2,91		
Korku Endişe Önce	Var	20	6,50	2,50	1,169	,252
	Yok	10	5,40	2,27		
Diğer Önce	Var	20	14,65	3,42	2,564	,016
	Yok	10	11,30	3,27		
Dürtüsellik Sonra	Var	20	8,65	2,54	-,144	,886
	Yok	10	8,80	2,97		
Diğer Sonra	Var	20	11,30	2,03	2,059	,049
	Yok	10	9,50	2,68		

Aile Görüşmesi Olup Olmama Durumu Farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre: Aile görüşmesi olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon Gerileme Önce ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Aile görüşmesi olanların söz konusu ölçek için puan sıra ortalamaları 17,80; olmayanların ortalamaları 10,90'dır. Buna göre aile görüşmesi olanların Somatizasyon Gerileme Önce ölçeği puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Aile görüşmesi olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Korku Endişe Sonra ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Aile görüşmesi olanların söz konusu ölçek için puan sıra ortalamaları 17,90; olmayanların ortalamaları 10,70'dir. Buna göre aile görüşmesi olanların Korku Endişe Sonra ölçeği puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Aile görüşmesi olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Yalnızlık Uyku Önce; ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Aile görüşmesi olanların söz konusu ölçek için puan sıra ortalamaları 17,63; olmayanların ortalamaları 11,25'tir. Buna göre aile görüşmesi olanların Somatizasyon Gerileme Sonra ölçeği puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

**Tablo 12: Ölçek Puanlarının Aile Görüşmesi Olup Olmama Durumuna Göre Farklılaşma Durumunun Kruskal Wallis İncelemesi**

Aile Görüşmesi		n	Sıra Ort.	U	p
Yalnızlık Uyku Önce	Var	20	17,15	67,000	,140
	Yok	10	12,20		
Dikkat Hafıza Önce	Var	20	16,75	75,000	,257
	Yok	10	13,00		
Somatizasyon Gerileme Önce	Var	20	17,80	54,000	,038
	Yok	10	10,90		
Korku Endişe Sonra	Var	20	17,90	52,000	,030
	Yok	10	10,70		
Yalnızlık Uyku Sonra	Var	20	16,73	75,500	,261
	Yok	10	13,05		
Dikkat Hafıza Sonra	Var	20	15,25	95,000	,817
	Yok	10	16,00		
Somatizasyon Gerileme Sonra	Var	20	17,63	57,500	,050
	Yok	10	11,25		

### 3.3.6 Araştırma Grubunun Ölçek Değerlerinin Cinsiyet Durumuna Göre Farklılaşması

Erkek ile Kız Grupları İçin Yapılan t Testine Göre: Erkek ile kız grupları arasında Korku Endişe Önce ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Erkeklerin söz konusu ölçek için katılım düzeyleri ortalamaları 5,29; kızların ortalamaları 7,23'tür. Buna göre kızların Korku Endişe Önce ölçeğine katılım düzeyleri daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Dürtüsellik Önce; Diğer Önce; Dürtüsellik Sonra ve Diğer Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13: Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumunun t testi İncelemesi**

Cinsiyet		n	Ortalama	ss	t	p
Dürtüsellik Önce	Erkek	17	11,76	3,23	,494	,625
	Kız	13	11,23	2,49		
Korku Endişe Önce	Erkek	17	5,29	2,11	-2,303	,029
	Kız	13	7,23	2,49		
Diğer Önce	Erkek	17	12,47	3,32	-1,885	,070
	Kız	13	14,92	3,80		
Dürtüsellik Sonra	Erkek	17	9,18	2,90	1,136	,266
	Kız	13	8,08	2,22		
Diğer Sonra	Erkek	17	10,53	2,48	-,443	,661
	Kız	13	10,92	2,33		

Erkek ile Kız Grupları İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre: Erkek ile kız gruplara arasında Yalnızlık Uyku Önce; Dikkat Hafıza Önce; Somatizasyon Gerileme Önce; Korku Endişe Sonra; Yalnızlık Uyku Sonra; Dikkat Hafıza Sonra ve Somatizasyon Gerileme Sonra ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14: Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumunun Mann Whitney İncelenmesi**

Cinsiyet		n	Sıra Ort.	U	p
Yalnızlık Uyku Önce	Erkek	17	13,12	70,000	,085
	Kız	13	18,62		
Dikkat Hafıza Önce	Erkek	17	14,79	98,500	,605
	Kız	13	16,42		
Somatizasyon Gerileme Önce	Erkek	17	15,12	104,000	,780
	Kız	13	16,00		
Korku Endişe Sonra	Erkek	17	13,35	74,000	,116
	Kız	13	18,31		
Yalnızlık Uyku Sonra	Erkek	17	14,79	98,500	,600
	Kız	13	16,42		
Dikkat Hafıza Sonra	Erkek	17	15,88	104,000	,775
	Kız	13	15,00		
Somatizasyon Gerileme Sonra	Erkek	17	14,79	98,500	,598
	Kız	13	16,42		



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmada Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde kalmakta olan 4-8 yaş grubu korunmaya muhtaç çocukların travma sonrasında ortaya çıkan stres belirtilerine etkileri araştırılmıştır.

Araştırmaya 4-8 yaş arasında 30 çocuk katılmıştır. Çocuklara 11 seans Gelişimsel Oyun Terapisi uygulanmış, her seans haftada bir yapılmıştır. Seansların öncesinde ve sonrasında çocuklara bakım veren kişiler tarafından Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) doldurtulmuş, çocukların travma sonrasında ortaya çıkan stres belirtileri değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmanın hipotezinde; Gelişimsel Oyun Terapisinin çocukların yaşadıkları travma sonrası streslerinin azalmasında etkili olacağı öngörülmüştür. Araştırmanın sonunda hipotezin doğrulandığı görülmüştür.

Araştırma sonuçları Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) kullanılarak saptanmıştır. PEDS'in tüm alt testlerinde yer alan ön-test, son-test puanlarının arasındaki farka bakıldığında anlamlı derecede düştüğü görülmektedir.

Yapılan çalışmada araştırma grubunun, ön testte yüksek puan alıp, son testte sırasıyla; *Dürtüsellik, Korku Endişe, Yalnızlık Uyku, Dikkat Hafıza, Somatizasyon Gerileme, Diğer* alt testlerinde puanların anlamlı biçimde azaldığı görülmüştür.

Çalışmada uygulanan Gelişimsel Oyun Terapisi'nin Dürtüsellik sorununu azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Dürtüsellik, sonunu düşünmeden eyleme geçme olarak tanımlanır. Çocukların sosyal uyumlarını bozan bir belirtidir. Verilen yönergeyi dinlememek, duyguları anlamakta güçlük çekme, sabırsızca davranma en belirgin özellikleridir. (Öztürk, 2015) Yaşamımızın ilk yıllarında dürtülerimiz ile hareket eder, büyüdükçe ailemizin ve sosyal çevremizin etkisiyle dürtülerimizi kontrol etmeyi öğreniriz. Devlet koruması altındaki çocukların büyürken sağlıklı rol modeli göremiyor ve temas edemiyor olması olumsuz etkilenmelerine sebep olmaktadır. Uyguladığımız Gelişimsel Oyun Terapisi ile çocuklara temas ederek, dürtüsel sorunların azalmasında etkili olduğu görülmüştür.

Gelişimsel Oyun Terapisinin etkili olduğu bir diğer alan Korku Endişe sorunlarıdır. Yapılan bir çalışmaya göre, ameliyat öncesinde çocuklara oyun terapisi uygulanmış ve çocukların korku, endişe düzeylerinin azaldığı görülmüştür. (Tural, 2012). Yapılan araştırma sonuçları, Tural'ın çalışmasını destekler niteliktedir.

Gelişimsel Oyun Terapisinin Dikkat Hafıza alanında da etkili olduğu görülmüştür. Yapılan bir araştırma da, devlet koruması altındaki çocuklarla, aile yanında büyüyen çocuklar incelenmiş, devlet koruması altındaki çocukların dikkat sorunları, saldırgan davranışlarının aile yanında büyüyen çocuklara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008) Yapılan çalışma ile Gelişimsel Oyun Terapisinin çocukların dikkat alanında da olumlu etkisi olduğu görülmüştür.

Gelişimsel Oyun Terapisi Somatizasyon Gerileme sorunlarında da etkilidir. Dr. Viola Brody, Gelişimsel Oyun Terapisini 1953 yılında psikosomatik rahatsızlığı olan çocuklara uyguladı. Bu çocuklar iyileşti. (Brody, The Dialogue Of Touch : Developmental Play Therapy, 1997) Yapılan çalışmadaki veriler ile bu araştırmanın verileri örtüşmektedir.

Dokunma duyusunu ' tüm duyuların anası' olarak ifade eden Ashley Montagu (1971), insan bedenindeki duyulara bakıldığında en olağanüstü olanının dokunma duyusu olduğunu ifade eder. (Rueger, 2001) Dokunma duyusu organı olan deri, insan bedeninin en büyük organıdır. Dokunma duyusu beyin korteksinde, diğer duyuların kapladığı alana göre daha büyük yer kaplar. Deri üzerinde farklı uyaranları algılayan reseptörler bulunmaktadır. Uyaran, reseptörler aracılığıyla beyinle ilgili korteksine (somato-duyusal korteks) iletir ve 'his' gerçekleşir. (Tanrıdağ, 2013) Böylece aktif yada pasif olarak dokunma hissi yaşanır. Dokunma duyusu, insanın duygusal, fiziksel ve mental davranışlarında oldukça etkilidir. Dokunma Araştırmaları Enstitüsü tarafından yapılan araştırmalarda Tensel temas, insan üzerinde üretilen stres hormonları seviyesinin azalmasına, serotonin ve dopamin seviyelerinin artmasına neden olduğunu belirtmektedir. (Field, et al., 1997)

Hayvanlar üzerine yapılan bir çalışma da Notre Dame Üniversitesi Bakteriyoloji Laboratuvarı başkanı Profesör James A. Reyniers tarafından gerçekleştirilmiştir. Veterinerler, yenidoğan hayvan yavrusunun annesi tarafından yalanmadığı zaman ölme oranının çok yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu konu Reyniers'in dikkatini çekmiş ve yenidoğan hayvan yavruları üzerine araştırma yapmıştır. Doğumdan sonra annesi tarafından yalanan yavru hayatta kalırken, annesi tarafından yalanmayan yavru hayvana ne oluyor? sorusu üzerinden yola çıkmıştır. Hayvanlar doğum yaptıktan sonra yavrularının cildini yalarlar. Yalama aracılığı ile deride ki

duyusal sinir uçları uyarılır. Uyarılmış sinirler iletiyi önce merkezi sinir sistemine sonra da vücudun diğer organlarına aktarır. Bu şekilde, yenidoğan bağırsaklarını ve mesanesini boşaltmayı gerçekleştirir. Uyarılmayan deri de ise organlar gelişmez ve büyük bir olasılıkla canlı hayatına son verir. (Wolynn,M)

Araştırma grubunun sosyodemografik verilere göre farklılaşması incelendiğinde,kız ve erkeklerin yaşlarına göre anlamlı fark bulunmamıştır. Psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımını incelediğimizde,ilaç kullanan ve psikiyatrik tanısı olan çocukların puan değerleri yüksektir. Araştırma grubunun Çocuk Evlerinde kalma sürelerine göre farklılaşmaları incelendiğinde, anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma grubunun Aile görüşmesi olup olmama durumu incelendiğinde, anlamlı fark bulunmuştur.

Ülkemizde, Gelişimsel Oyun Terapisi yöntemi kullanılarak yapılan yalnızca bir adet çalışma bulunmaktadır.Bu çalışma da Bedia Ferhan KIRIŞ tarafından yapılmıştır. (Kırış, 2016)

Yapılan çalışmanın sonuçları, Kırış (2016), tarafından gerçekleştirilen ‘Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 6-12 Yaş Grubu Çocukların Davranış Problemlerine Etkileri’ konulu çalışma ile incelenmiş ve bu konu ile örtüştüğü görülmüştür. Her iki çalışmada da pozitif sonuç elde edilmiştir. (Kırış, 2016)

Oyun terapisinin bir türü olan, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ÇMOT yöntemini kullanarak yapılan bir çalışma da Teber (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir. ‘Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin, çocukların davranış bozuklukları ve psikolojik sorunlarına etkisi’nin incelendiği çalışmada, çocukların problemlili davranış puanlarının anlamlı biçimde azaldığı görülmüştür. (Teber, 2015)

Tüm bu çalışmalar doğrultusunda Gelişimsel Oyun Terapisi tüm alt testlerde olumlu yönde etkili olduğu görülmüştür.

Oyun terapilerinin temeli *ilişki* ye dayanır. Çocuğun varlığını kabul etmek, önemsemek, değerli olduğunu hissettirmektir. Gelişimsel Oyun Terapisinde çocuğa temas ederek, çocuğun kendi benliğinin farkına varması ve kendini güvende hissetmesi sağlanır.

Yapılan çalışmadan elde ettiğimiz verilere dayanarak Gelişimsel Oyun Terapisi, çocuğa doğru şekilde dokunarak güvenli bağlanma ve güvenli ayrışmayı deneyimlemesini, kendini fark etmesini sağlamaktadır.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1 SONUÇ

Çocukluk dönemi psikolojik sorunlara erken müdahale sağlıklı kişilik gelişimi ve yetişkin sağlığı için önemli olduğu bilinmektedir. (Bertan, Haznedaroğlu, Koln , Yurdakök, & Güçiz, 2009)

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

Yapılan literatür taramasında, saha çalışmalarının genellikle betimleyici nitelikte olduğu, çocuklara dair varolan problemlerin çözümüne dönük çalışmaların artırılmasının gerektiği anlaşılmaktadır. (Yolcuoğlu, 2009) (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008) (İnce, Kasapoğlu, & Sezek, 2014) . Teröpatik nitelikteki müdahale programlarının uygulanması sorunların erken dönemde çözülerek ileriye dönük oluşabilecek toplumsal sorunların önüne geçebilecektir.

Bu çalışmanın iki önemli temel odak noktası bulunmaktadır. Çocukluk dönemi travmatik deneyimler, etkileri ve çocuk ruh sağlığı alanında kullanılan, etkin bir yöntem olan, oyun terapisi, çalışmasıdır.

Saha çalışmalarında yaygınlaşan oyun terapisi uygulaması 2000’li yıllardan bu yana ülkemizde yoğun olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada gerek ülkemizde gerekse dünyada çok yaygın olmayan bir oyun terapi türü olan Gelişimsel Oyun Terapisi yönteminin etkinliği ölçülmüştür.

Çalışma sonucunda dokunma odaklı oyunları temele alan Gelişimsel Oyun Terapisinin, Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocukların bağlanma yetersizlikleri ve erken dönem travmalarından kaynaklanan psikolojik sorunları ve davranışsal problemlerinin çözümünde etkin bir yöntem olduğu saptanmıştır.

## 5.2 ÖNERİLER

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 ve kurum bakımı altındaki çocuklarla kontrol gruplu, karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir.
- Araştırma kapsamında gerçekleştirilen Gelişimsel Oyun Terapileri, grup şeklinde gerçekleştirilmiş ve her çocukla farklı bir terapist/gönüllü yetişkin çalışmıştır. Terapistin terapi sürecinde etkinliği, değerlendirmeye alınamamıştır. Terapistlerin etkinliklerinin de değerlendirildiği çalışmalar gerçekleştirilebilir.
- Gelişimsel Oyun Terapisi grup ve bireysel olmak üzere 2 şekilde uygulanabilmektedir. İki farklı uygulama arasındaki etkinlik derecelerinin ölçüleceği çalışmalar yapılabilir.
- Çalışma, farklı klinik tanı alan çocuklarda etkinliği tespit edebilmek amacıyla farklı tanısı olan örneklem grupları ile geliştirilebilir.
- Gelişimsel oyun terapisinin uzun süreli etkinliğinin saptanabilmesi için, örneklem grubunun uzun vadede değerlendirildiği boylamsal çalışmalar yapılabilir.
- Kurum bakımına alınan çocuklar, koruma altına alınmadan önce yaşadıkları travmaların yanı sıra, kurum bakımı altında da toplu yaşamın getirdiği bazı olumsuzluklarla karşılaşmakta, yeniden travmatize olabilmektedirler. Özellikle çocuklara bakım veren personele dokunmanın önemi ve dokunma odaklı oyunlarla ilgili eğitim verilebilir, eğitim almayan kontrol grubu ile etkisi karşılaştırmalı olarak araştırılabilir.

## 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 ÇAĞI TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRES ÖLÇEĞİ

2 ila 10 yaşları arasında çocuğunuz varsa: Çocuğunuzun SON BİR AY İÇİNDE hangi davranışı ne kadar sık sergilediğini belirten her bir madde için numaralardan birini işaretleyiniz.

Değerlendirmeye alınan çocuğun ismi \_\_\_\_\_

Çocuğun doğum tarihi (A/G/Y) \_\_\_\_\_

Cinsiyeti (E/K) \_\_\_\_\_

- 1-Mızımız davranır.
- 2- İsteklerinin hemen yerine getirilmesini ister.
- 3-Tek başına uyumayı reddeder.
- 4-Yatmakta / uykuya dalmakta sıkıntısı vardır.
- 5-Kötü rüyalar görür.
- 6- Geçerli bir neden olmaksızın korkmuş görünür.
- 7-Endişeli görünür.
- 8- Geçerli bir sebep olmaksızın ağlar.
- 9- Üzgün ve içine kapanık görünür.
- 10-Yetişkinlere yapışır/ yalnız olmak istemez.
- 11-Aşırı hareketli görünür.
- 12-Öfke nöbetleri vardır.
- 13-Çok kolaylıkla hayal kırıklığına uğrar.
- 14-Ağrılardan, sızılardan 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- \_\_\_\_\_ hatırlatan şeylerden korkar.

	Herdeyse hiç (1)	Bazen (2)	Sürekli (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				

Çocuğunuz son bir yıl içinde ağır bir travma veya sıkıntı yaşadıysa, lütfen verilen çizgi üzerinde onu yazınız (örnek: sevdiği birinin savaşta olması, hastalık, ölüm veya kayıp, kaza, doğal afet). Daha sonra davranışını travma/sıkıntı ile alakalı olarak derecelendiriniz. (Travmayı/sıkıntıyı anlatınız.)

### **EK-3 GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİ DOKUNMA OYUNLARI**

Merhaba Oyunu: Terapist ve gönüllüler sırasıyla çocuğun yüzündeki organlarına, ellerine, parmaklarına ve dokunarak merhaba der. “Merhaba burun, kulaklar siz de merhaba” gibi

Fış Fış Kayıkçı Oyunu: Bu oyunda gönüllü ve çocuk ön öne gelecek şekilde yakın otururlar. Birbirlerinin ellerini tutarlar ve ileri geri hareket ederek “Fış Fış kayıkçı” şarkısını söylerler.

Kaygan El ve Ayaklar Oyunu: Gönüllü ve çocuk ellerine krem sürer ve el ele tutuşurlar. Çocuk ellerini gönüllünün elinden çekerek çıkarmaya çalışır.

Kapı Tıklama Oyunu: Çocuğun alınına parmakla birkaç kez vurulup ve “Evde kimse var mı?” diye sorulur. Göz altlarına işaret parmakları ile dokunulup camdan içeri bakar gibi yapılır. Sonra buruna alt tarafından hafifçe dokunularak kilit yukarı kaldırılır gibi yapılır. Çocuk kimse yok derse kapı yeniden tıklanır ve oyun devam eder.

Pışpışlama Oyunu: Çocuklar bir bebek gibi yetişkinlerin kucağına alınır. Ve ninni söyleyerek pışpışlanır.

Kurabiye Adam Oyunu: Çocukların bedeni kullanılarak bir kurabiye adam yapılır.

Tepeler ve Dereler Oyunu: Çocukların eli dik tutulur, parmaklarının üzerinden eller gezdirilir. Parmağın ucunda iken “Tepe” iki parmak arasındaki yere geldiğinde “Dere” denir.

Portre Oyunu: Gönüllü elinde bir palet ve fırça varmış gibi çocuğun yüzünü, burnunu, kulağını onun istediği renge boyar.

Sihirli Düğme Oyunu: Çocuk vücudunun herhangi bir yerinde bir sihirli düğme ve oraya dokunulduğunda yapacağı bir hareket belirler. Gönüllü çocuğa dokunarak o sihirli düğmenin yerini bulmaya çalışır.



## EK-4 GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİ'NDE KULLANILAN ÇEMBER ETKİNLİKLERİ

Liderin Merhaba Şarkısını Takip Et: Lider gruptaki bir çocuğa bakar ve onun bir özelliğini ya da yaptığı bir hareketi tanımlar. “Merhaba Ayşe” dedikten sonra grupta “Merhaba Ayşe” der. Sonra “Siyah gözlerini görüyorum” der, ya da “Elini kaldırdığımı görüyorum” grup bu cümleyi tekrar eder. Sonra liderin seçtiği bir çocuk liderliği devralır ve bu işlem herkese liderlik gelene kadar devam edilir.

Liderin El Hareketlerini Müzikle Takip Et: Lider bir el hareketi yapar ve bu esnada bir ses ya da ritim de oluşturur. Sonrasında grup bunu tekrarlar. Sonra liderin seçtiği bir çocuk bir el hareketi ve ses çıkarır, diğer üyeler tekrar eder. Her çocuk ve gönüllü lider olana kadar devam eder.

Ayaklarla Merhaba Demek: Herkes çember şeklinde oturur ve ayaklarını uzatır. Lider farklı ayak boylarına dikkat çeker. Sonra bir çocuğun ayağı ile parmak katlamasına ya da hareketine dikkat çeker ve “Hadi hep birlikte bunu yapalım” der. Bu uygulamada herkes birbirine ayağı ile Merhaba da diyebilir. Ya da grup ayakları ile hep birlikte bir köprü kurabilir.

Ellerle Merhaba Demek: Lider elini bir çocuğun elinin üzerine koyar ve Merhaba der. Bu şekilde herkes birbirinin elinin üzerine dokunarak birbirine Merhaba derler. Lider şimdi hep birlikte Merhaba diyelim diyerek tüm grubun ellerini ortada buluşturabilir.

Bunu Geç: Lider yanındaki çocuğun eline yumuşakça dokunur ve “Bu davranışı geç” der. Çocuk da aynı şekilde yanındakine dokunarak davranışı devam ettirir. Tekrar lidere geldiğinde lider liderliği bir çocuğa verir ve onun seçtiği bir hareket grupça geçilir.

## **EK-5 ÖZGEÇMİŞ**

### Kişisel Bilgiler

Adı-soyadı :Kübra ALTUN

Doğum yeri :İstanbul

Doğum tarihi :03.02.1986

### Eğitim durumu :

2006-2010: İşletme /Anadolu Üniversitesi

2012- 2013:Psikoloji Lisans Tamamlama(Bilimsel Hazırlık)  
Üsküdar Üniversitesi

2013-.....:Klinik Psikoloji Yüksek Lisans/Üsküdar Üniversitesi

### Yabancı Dil (ler) ve düzeyi:

İngilizce; orta seviye okuma yazma.

### İş deneyimi

2011-2014	Psikolog	Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği
2015-halen	Psikolog	Neşeli Çiçekler Anaokulu
2015-halen	Psikolog	Gülücük Anaokulu
2016-halen	Psikolog	İncigül Anaokulu
2016-halen	Oyun Terapisti	Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Terapi Ofisi

## Kaynakça

- Aker, T. (2000). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım*. İstanbul: Mutludoğan Ofset.
- American Psychological Association. (2015).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Association For Play Therapy. (2012). *Paper on Touch Clinical, Professional & Ethical Issues*.
- Association For Play Therapy. (2015). Kasım 12, 2015 tarihinde <http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158> adresinden alındı
- Austin, V. L., & Sciarra, D. T. (2012). *Çocuk Ve Ergenlerde Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Ayaz, M., Ayaz, A. B., Başgül, Ş. S., Karakaya, I., Şişmanlar, Ş. G., Yar, A., et al. (2012). 3-5 Yaş Grubu Kurum Bakımındaki Çocuklarda Ruhsal Hastalık Sıklığı ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*(23).
- Bahar, G., Savaş, H., & Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.
- Bair, W.-N., Barela, J. A., Whitall, J., Jeka, J. J., & Clark, J. E. (2011). Children with Developmental Coordination Disorder benefit from using vision in. *Gait and Posture*, 183-190.
- Barnett, L. (2006, Ağustos 19). Keep in touch: The importance of touch in infant development. Ocak 11, 2016 tarihinde alındı
- Başer, H. (2013). Çocuk Refahı Alanında Yeni Hizmet Modeli "Çocuk Evleri".
- Başer, H. (2013). Çocuk Refahı Alanında Yeni Hizmet Modeli "Çocuk Evleri". Konya.

- 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.
- 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. (1992). The Dialogue of Touch: Developmental Play Therapy. *Journal Of Play Therapy*, 1, 12-30.
- Brody, V. (1997). *The Dialogue Of Touch : Developmental Play Therapy*. London: Jason Aronson Inc.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Burns, , E. E., Fischer, S., Jackson, J., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36, 32–39.
- Cogle, J., Timpano, K., & Sarch-Ericson, N. (2010). Examining the Unique Relationships Between Anxiety Disorder and Childhood Physical and Sexual Abuse in The National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res*(177), 150-155.
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1995). *Yetiştirme Yurtlarının Kuruluş Ve İşleyişine İlişkin Yönetmelik*.
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1999). *Çocuk Yuvaları Yönetmeliği*.
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2008). *Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*.
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015). *Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği*.
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015, Aralık). Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü: <http://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/data/544e2899369dc318044059c3/araklik%20ay.pdf> adresinden alınmıştır

- Davis, N. (2013). *Çocuklar İçin İyileştirici Hikayeler*. (N. C. Maral, Çev.) İzmir: Yediveren Matbaacılık.
- Department of Health and Human Service. (2001).
- 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.
- Enjoying tactile touch and gaining hope when being cared for in intensive care:A phenomenological hermeneutical study* (Cilt 25). (2009). Sweden.
- Erden, G., & Gürdil, G. (2009). Savaş Yaşantılarının Ardından Çocuk ve Ergenlerde Gözlenen Travma Tepkileri ve Psiko-Sosyal Yardım Önerileri. *Türk Psikoloji Yazıları, 12*(24), 1-13.
- Erkan , F. (1990). Kriminolojide Çocuğun Psiko-sosyal Gelişimi Açısından Dokunmanın Önemi. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 145-151*.
- Erol , N., Kılıç , C., Ulusoy , M., Keçeci , M., & Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı.
- Erol, N., & Şimşek, Z. (2010). *Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı*. Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Ersoy, Ş. (2013). *2013 Afet Raporu, Dünya ve Türkiye*. Şubat 15, 2016 tarihinde [http://www.yildiz.edu.tr/images/images/2013%20AFET%20RAPORU\\_v2.pdf](http://www.yildiz.edu.tr/images/images/2013%20AFET%20RAPORU_v2.pdf) adresinden alındı
- Field, T. (1999). Preschoolers in America are Touched Less and are More Aggressive Than Preschoolers in France. *Early Child Development and Care, 151*(1), 11-17.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review, 367-383*.
- Field, T., Lasko, D., Mundy, P., Henteleff, T., Kabat, S., Talpins, S., et al. (1997). Brief Report: Autistic Children's Attentiveness and Responsivity Improve After Touch Therapy. *Journal Of Autism and Developmental Disorders, 27*(3).

- Firat, S., & Baskak, B. (tarih yok). Gelişimsel Travmanın Uzun Dönem Etkileri ve Bunlara Aracılık Eden Nörobiyolojik Mekanizmalar. *Kriz Dergisi*, 20(1-2-3), 25-41.
- Foster, G. W., Vanderven, K. D., Kroner, E. R., Carbonara, N. T., & Cohen, G. M. (1972). *Child Care Work With Emotionally Disturbed Children*. London: University Of Pittsburgh Press.
- Göktepe, K. (2014). Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeğinin Uyarılma, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul.
- Gözüalın, E. (2013). Oyun Temelli Dikkat Eğitim Programının 5-6 yaş Çocuklarının Dikkat ve Dil Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Konya.
- Grote, N. K., Spieker, S. J., Lohr, M. J., Geibel, S. L., Swartz, H. A., Frank, E., et al. (2012). Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *Depression and Anxiety*, 29, 563-573.
- Gupta, M., Gupta, A., Schork, N., & wateel, G. (1995). Perceived Touch Deprivation And Body Image: Some Observations Among Eating Disordered And Non-Clinical Subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 459-464.
- Harrison, C., Jonesb, R. S., & Huws, J. (2012, September). "We're people who don't touch": Exploring clinical psychologists'. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 277-287.
- 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.
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
- Kellermann, P. F., & Hudgings, M. K. (2013). *Travmadan Sağkalanlarla Psikodrama*. (S. Ünal, Çev.) Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kılıç, E. Ö. (1993). Çocuk Cinsel İstismarının Psikiyatrik Yönleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30(4), 453-458.
- Kırış, B. F. (2016). Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 6-12 Yaş Grubu Çocukların Davranış Problemlerine Etkileri. İstanbul.

- Kolk, V. d. (2005). Developmental Trauma Disorder:Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories. *Psychiatr Ann*, 35, 401-408.
- Korkmazlar Oral , Ü., Engin , P., & Büyükyazıcı, Z. (2010). *Türkiye de Çocuk İstismarı Ve Aile İçi Şiddet Araştırması*. UNICEF.
- Kranowitz, C. S. (2014). *Senkronize Olamayan Çocuk*. İstanbul: Pepino Yayıncılık.
- Landreth, G. (2011). *Oyun Terapisi İlişki Sanatı*. İstanbul: Tibyan Yayıncılık.
- Levine, P. A., & Kline, M. (2014). *Ey Travma Bizden Uzak Dur*. İstanbul: Doğan Kitap.
- Lindgren, L., Rundgren, S., Winsö, O., Lehtipalo, S., Wiklund, U., Karlsson, M., et al. (2010). Physiological responses to touch massage in healthy volunteers. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 105-110.
- Lozoff, B., Brittenham, G., Trause, M. A., Kennel, J., & Klaus, M. (1977). The mother-newborn relationship: Limits of adaptability. *The Journal Of Pediatrics*, 91(1), 1-12.
- Maclaren, K. (2014). Touching Matters: Embodiments Of Intimacy. *Emotion, Space and Society*, 13, 95-102.
- Moszkowski, R. J., Stack, D. M., & Chiarella, S. S. (2009). Infant touch with gaze and affective behaviors during mother–infant still-face interactions: Co-occurrence and functions of touch. *Infant Behavior And Development*, 392-403.
- Motataianu, I. R. (2015). Parent-child connection – emotional synchronization and playing; a possible model to combat the child's unsafe attachment. *Procedia Social And Behavioral Sciences*, 180, 1178 – 1183.
- Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği*. (2015). mart 15, 2016 tarihinde Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Web Sitesi: [://www.mutluyuva.org](http://www.mutluyuva.org) adresinden alındı
- Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği*. (2015, Aralık). Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Web sitesi: <http://www.mutluyuva.org> adresinden alınmıştır
- National Institute Of Mental Health. (2006).
- Norton, B., & Norton, C. (2012). *Deneyimsel Oyun Terapisi Metaforları*. Psikoloji İstanbul.

- Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2011). Deneyimsel Oyun Terapisinde Somatik Travma İfadeleri.
- Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2011). *Deneyimsel Oyun Terapisinde Somatik Travma İfadeleri*. Greeley: Family Psychological Services.
- Oğuz, T., & Kılıç, E. (1999). Çocuk Ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3), 172-181.
- Orbach, R. (2009). *Bodies*. Macmillan.
- Owen, P. M., & Gillentine, J. (2010, August 26). Please Touch The Children: Appropriate Touch in The Primary Classroom. *Early Child Development and Care*, 181(6), 857-868.
- Oyun Terapileri Derneği. (2016, Mayıs 17). Oyun Terapileri Derneği Web Sitesi: <http://www.oyunterapileriderneği.org/oyun-terapisi.html> adresinden alınmıştır
- Öğretir, A. D. (2008). Oyun ve Oyun Terapisi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*(22), 94-100.
- Özdemir, D. (2010). Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 569-582.
- Özdoğan, B. (2014). *Çocuk Ve Oyun: Çocuğa Oyunla Yardım*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Özmert, E. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin uzun süreli biyopsikosozal etkileri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 481-490.
- Parental touch, play and support in childhood are vital to well-being as an adult*. (2015, Aralık 27). PsyPost: <http://www.psypost.org/2015/12/parent-touch-play-and-support-in-childhood-are-vital-to-well-being-as-an-adult-39908> adresinden alınmıştır
- Perry, B., & Szalavitz, M. (2012). *Köpek Gibi Büyütölmüş Çocuk*. İstanbul: Okyanus Yayınları.
- Pinson, B. (2002). Touch in Therapy: An Effort to Make the Unknown Known. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2-3.
- Rueger, R. (2001). *Dokunmanın Mutluluğu*. İstanbul: Okyanus Yayıncılık.
- Ruppert, F. (2011). *Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları Ruhun Yaralarını Anlamak ve İyileştirmek*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.



- Santrock, J. (2012). *Yaşam Boyu Gelişim Gelişim Psikolojisi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Schaefer, C. E. (2013). *Oyun Terapisinin Temelleri*. (B. T. Özkaya, Çev.) Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Schwartzenberger, K. (2004). Developmental Play Therapy. Aralık 25, 2015 tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000> adresinden alındı
- Schwartzenberger, K. (2004, April). Experiantal Play Therapy. Kasım 15, 2015 tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10001> adresinden alındı
- Schwartzenberger, K. (2007, September). Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma. <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10006> adresinden alınmıştır
- Schwartzenberger, K. (2010, January). Neurosensory Play Interactions in Play Therapy. <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10008> adresinden alınmıştır
- Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2015). *Bütün Beyinli Çocuk*. İstanbul: Koridor Yayıncılık.
- Soysal, A. Ş. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 88-99.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., & Hovens, J. G. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103–112.
- Şar, V., İslam, S., & Öztürk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 670-677.
- Şenkal, İ. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- 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.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk İstismar ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*(35), 82-86.

- Tanrıdağ, O. (2013). *Temel Beyin Bilgisine Ve Nöro-Davranışsal Sendromlara Giriş*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Teber, M. (2015). Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuklarda Görülen Davranış Sorunlarının Çözümüne Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Tekşam, Ö. (2010). Çocuk Acil Ünitesi'nde istismar ve ihmal vakalarının tanınması ve. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 435-450.
- Tural, E. (2012). Ameliyat Öncesi Dönemde Çocuklara Verilen Eğitim Ve Terapötik Oyun Yöntemlerinin Çocuğun Kaygı, Korku Ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. İzmir.
- Türk Dil Kurumu*. (2015). Aralık 15, 2015 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
- (2014). *Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi*. İstanbul.
- Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi Sonuç Bildirgesi. (2014). *Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi*. İstanbul.
- Uslu, R., & Öztürk Kılıç, E. (tarih yok). Çocukların Travmatik Bir Olaya İlişkin Yaşantıları: Betimleyici Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 8(2), 1-16.
- 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).
- Wuthnow, S. (1997). Healing Touch Controversies. *Journal of Religion and Health*, 36(3).
- Yalom, I. D., & Steiner, H. (2014). *Okul öncesi Çocuklarının Terapisi*. İstanbul: Prestij Yayınları.
- Yazıcı, E. (2012). Korunmaya Muhtaç Çocuklar Ve Çocuk Evleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 499-525.
- Yeğen, B., & Egemen, A. (2000, Şubat). *Türk Tabipler Birliği*. <http://www.ttb.org.tr/sted/sted0200/02001.html> adresinden alınmıştır
- Yeryüzü Doktorları ve Pedagoji Derneği. (2014). *Soma Oyun Terapisi Projesi Sonuç Raporu*. İstanbul.

- Yolcuoğlu, İ. G. (2009). Türkiye'de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. *Aile Ve Toplum*.
- Yurdakök, K., & İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423-433.
- Yurteri Tiryaki, A., & Baran, G. (2015). Kurum Bakımı Deneyimi Olan Kadınların Çocuk Dönemi Kurum Yaşantıları:Nitel Bir Çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(1), 23-44.
- Yüksel, Ş. (tarih yok). Travmatik Yaraların Açığa Çıkmasında ve Onarılmasında Görüşme Ortamı. *Klinik Gelişim*, 11-17.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., & Öztürk, M. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.
- Zulliger, H. (2014). *Çocukta Oyunla Tedavi*. İstanbul: Cem Yayınevi.
- Zulliger, H. (2014). *Çocukta Oyunla Tedavi*. İstanbul: Cem Yayınevi.
- Zur, O., & Nordmarken, N. (2015, Aralık 15). *To Touch Or Not To Touch: Exploring the Myth of Prohibition On Touch In Psychotherapy And Counseling*. Zur İnstitute: <http://www.zurinstitute.com/touchintherapy.html> adresinden alınmıştır