



TC. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE KALMAKTA
OLAN 6-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ PROBLEMLERİNE
ETKİLERİ**

(BEDİA FERHAN KIRIŞ)

(Yard. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol)

(İstanbul, 2016)

TC. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE
KALMAKTA OLAN 6-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ
PROBLEMLERİNE ETKİLERİ

(Bedia Ferhan Kırış)
(124102065)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

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

İstanbul-2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102065
Öğrenci Adı Soyadı	: Bedia Ferhan Kiriş
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol
Tezin Başlığı	: GELİŞİMSEL OYUN TERAPİSİNİN ÇOCUK EVLERİNDE KALMAKTA OLAN 6-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ PROBLEMLERİNE ETKİLERİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 13.06.2016	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> 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="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.</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. Kaan Yılcıoğlu	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde kalmakta olan 6-12 yaş grubu koruma altındaki çocukların davranış bozukluklarına 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 :Bedia Ferhan KIRIŞ

İmza:

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımın çeşitli nedenlerle sekteye uğradığı bir dönemden sonra, bana yüksek lisans eğitimi imkânı sunan Prof.Dr. Nevzat TARHAN'a teşekkür ederim.

Ruhları ve duygu dünyaları örselenmiş çocuklara kucak açan ve yaralarını sarmak için canla başla çalışan, başta Ayşegül GÜRELDİ ve Yasemin DÖNMEZ olmak üzere, tüm Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği'nin kıymetli yöneticileri, çalışanları ve gönüllülerine teşekkür ederim.

Mesleki hayatımda, çocuğu ve çocukluğu anlamak konusunda bana kazandırdığı bakış açısı ve araştırma gruplarında süpervizörlük desteği için Klinik Psikolog Mehmet TEBER'e teşekkür ederim.

Tez yazım sürecinde gösterdiği ilgi ve destek için tez danışmanım Yard. Doç.Dr. Hüseyin ÜNÜBOL'a, teşekkür ederim.

Araştırma gruplarına uygulayıcı olarak katılan değerli meslektaşlarım; Fatma ANBAR, İlksen ŞENOBA, Nazan KAYA, Mahmut ÇELİK, Merve UÇAK, Selma SAHAR ve Zehra DERELİ' ye, yaralarını sardıkları ve ruhlarına dokundukları tüm çocuklar ve kendi adıma teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimimiz boyunca her türlü desteği ve varlığı için can dostum Kübra ALTUN'a, teşekkür ederim.

Son olarak, beni her daim şefkatli dokunuşu ile sarıp sarmalayarak, belki de bu çalışmanın ilk tohumlarını eken, annem Sultan KIRIŞ ve babam Bilal KIRIŞ'a, fikirleri ile zihnimi aydınlatan, tez yazım sürecinde motivasyonumu arttıran kardeşim Av.Ferhat Tuna KIRIŞ'a teşekkür ederim.

Çalışmamı, içlerindeki bilgelikle bana her zaman rehberlik eden, tüm çocuklara adıyorum...

ÖZET

(KIRIŞ, Bedia Ferhan, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016)

Gelişimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde Kalmakta Olan 6-12 Yaş Grubu Çocukların Davranış Problemlerine 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 davranış problemlerine etkileri incelenmiştir.

Bu çalışma kapsamında, yaşları 6-12 yaşları arasında değişen 30 çocuğa, Gelişimsel Oyun Terapisi uygulanmıştır. Çalışmanın örneklem grubu, Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Çocuk Evlerinde kalmakta olan kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocuklardan oluşmaktadır. Araştırmada öntest-sontest deseni kullanılmıştır.

Örneklem grubuna araştırma öncesinde ve sonrasında 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) uygulanarak çocukların davranış sorunları ölçülmüştür. Elde edilen veriler bağımlı t testi ve wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda Gelişimsel Oyun Terapisinin kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocukların davranış sorunlarını ve psikolojik sorunları azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: oyun, oyun terapisi, gelişimsel oyun terapisi, GOT, çocuk, davranış sorunları, psikolojik sorunlar, korunmaya muhtaç çocuklar, dokunma, taktil duyu.

ABSTRACT

(KIRIŞ, Bedia Ferhan, Master Thesis, Istanbul, 2016)

The Effects of Developmental Play Therapy on Behavioral Disorders of the Children 6-12 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 behavioral disorders of children who have been undercared by government is analysed.

As a part of this research, Developmental Play Therapy implemented 30 children between age 6-12. 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 design is used.

The Behavioral Disorders of the sample group was measured before and after the research by The Child Behavioral Check List (CBCL). The data is 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 behavioral disorders of the children who have been undercared by government.

Keywords: Play, play therapy, developmental play therapy, CBCL, child, problematic behaviors, psychological problems, behavioral disorders, neglected children, undercared children, touch.

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
YEMİN METNİ.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTIMA VE SİMGELER.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL TABLOSU	xii
ÖNSÖZ	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	2
1.1. ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR	2
1.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	3
1.1.2. Karşıt Gelme Bozukluğu.....	4
1.1.3. Davranım Bozukluğu	4
1.1.4. Çocukluk Çağı Depresyonu	4
1.1.5. Tik Bozuklukları	4
1.1.6. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	5
1.1.7. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)	5
1.1.8. Özgül Fobi	5
1.1.9. Yaygın Kaygı Bozukluğu.....	5
1.1.10. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi).....	6
1.1.11. Obsesif- Kompulsif Bozukluk	6
1.1.12. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu	6
1.1.13. Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu.....	7
1.1.14. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	7
1.1.15. Beslenme Bozukluğu	7
1.1.16. Pika	8
1.1.17. Enürezis.....	8
1.1.18. Enkoprezis.....	8
1.2. OYUN TERAPİSİ - TARİHSEL GELİŞİMİ VE KURAMSAL TEMELİ.....	8
1.2.1 Çocuk Merkezli Oyun Terapisi.....	11
1.2.2 Deneyimsel Oyun Terapisi.....	11
1.2.3 Gelişimsel Oyun Terapisi.....	12

1.2.3.1.	Dokunma Duyusunun Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri	14
1.2.3.2.	Bebeklik Döneminde Dokunma ve Bağlanma Teorisi ile İlişkisi.....	16
1.2.3.3.	Dokunma Duyusunda Yetersizlikle İlişkili Sorunlar	18
1.2.3.4.	Gelişimsel Oyun Terapisinin İşleyişi ve Temel Prensipleri.....	24
1.2.3.5.	Dokunmanın Teröpatik Olarak Kullanımı ve Etik Çerçeve	28
1.3.	KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR.....	29
1.3.1	Çocuk Yuvaları	31
1.3.2	Sevgi Evleri.....	32
1.3.3	Çocuk Destek Merkezleri.....	32
1.3.4	Yetiştirme yurtları	32
1.3.5	Çocuk Evleri.....	33
1.4.	Araştırmanın Amacı.....	34
1.5.	Araştırmanın Önemi	34
1.6.	Araştırmanın Hipotezleri	34
1.7.	Sınırlılıklar	34
1.8.	Varsayımlar	35
	İKİNCİ BÖLÜM.....	35
	YÖNTEM	35
2.1.	Araştırmanın Yöntemi	36
2.2.	Araştırma Örnekleme.....	36
2.3.	Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri	37
2.4.	Verilerin Toplanması	38
2.5.	Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	39
2.5.1	Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	39
2.5.2	Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği.....	39
2.6.	Verilerin İstatistiksel Analizi	41
	ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	43
	BULGULAR.....	43
3.1.	Araştırmada Edinilen Ampirik Temelli Alt Testlere Ait Bulgular	43
3.1.1.	Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular	43
3.1.2.	Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular ..	44
3.1.3.	Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testine Ait Bulgular	45
3.1.4.	Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testine Ait Bulgular	46
3.1.5.	Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testine Ait Bulgular	46
3.1.6.	Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testine Ait Bulgular	47
3.1.7.	Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testine Ait Bulgular	48
3.1.8.	Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testine Ait Bulgular	49

3.2. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Alt Testlerine Ait Bulgular.....	50
3.2.1. DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	50
3.2.2. DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	51
3.2.3. DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	51
3.2.4. DSM Yönelimli DEHB Alt Testine Ait Bulgular	52
3.2.5. DSM Yönelimli Karşıt Olma/Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	53
3.2.6. DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular.....	54
3.3. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Alt Testlerine Ait Bulgular	55
3.3.1. 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testine Ait Bulgular	55
3.3.2. 2007 Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Testine Ait Bulgular	56
3.3.3. 2007 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	57
3.4. Araştırmaya Katılan Çocukların İç Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Testlerine Ait Bulgular	58
3.4.1. İç Yönelim Alt Testi Bulguları.....	58
3.4.2. Dışa Yönelim Alt Testine Ait Bulgular	59
3.5. Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşması	60
3.5.1. Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu.....	60
3.5.2. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşması.....	63
3.5.3. Çocuk Evlerinde Kalma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması	66
3.5.4. Öz Aile İle Görüşme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması.....	70
3.5.5. Psikiyatrik Tanı Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması.....	72
3.5.6. İlaç Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması	76
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	83
TARTIŞMA VE YORUM.....	83
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	87
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
EKLER.....	90
Kaynakça.....	101

KISALTMA VE SİMGELER

APT :	Association for Play Therapy
CBCL :	Child Behavioral Check List
ÇDDÖ :	Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği
ÇMOT :	Çocuk Merkezli Oyun Terapisi
DEHB :	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DOT :	Deneyimsel Oyun Terapisi
GOT :	Gelişimsel Oyun Terapisi
DBB:	Duyu Bütünleme Bozukluğu
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

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	37
Tablo 2. Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo 3. Katılımcıların Çocuk Evinde Kalma Süresi Ve Öz Aile Görüşme Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo 4. Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları .	43
Tablo 5. Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	43
Tablo 6. Ampirik Temelli Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	44
Tablo 7. Ampirik Temelli Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	44
Tablo 8. Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları....	45
Tablo 9. Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	45
Tablo 10. Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	46
Tablo 11. Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	46
Tablo 12. Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest- Sontest Puan Ortalamaları	47
Tablo 13. Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	47
Tablo 14. Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	47
Tablo 15. Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	48
Tablo 16. Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları.....	48
Tablo 17. Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	49
Tablo 18. Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	49
Tablo 19. Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	49
Tablo 20. DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	50
Tablo 21. DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	50
Tablo 22. DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları .	51
Tablo 23. DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	51
Tablo 24. DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	52

Tablo 25.DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	52
Tablo 26. DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	53
Tablo 27.DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	53
Tablo 28.DSM Yönelimli Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	54
Tablo 29. DSM Yönelimli Karşıt Olma Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	54
Tablo 30. DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları .	55
Tablo 31.DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	55
Tablo 32. 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	56
Tablo 33. 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	56
Tablo 34. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	56
Tablo 35. 2007 Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	57
Tablo 36. 2007 Travma Sonrasın Stres Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	57
Tablo 37. 2007 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	58
Tablo 38. İçe Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	58
Tablo 39. İçe Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	59
Tablo 40. Dışa Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	59
Tablo 41. Dışa Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	60
Tablo 42. Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşması	61
Tablo 43. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu	65
Tablo 44. Ölçek Puanlarının Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Farklılaşma Durumu	68
Tablo 45. Ölçek Puanlarının Öz Aile Görüşmesine Göre Farklılaşma Durumu	71
Tablo 46. Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Durumuna Göre Farklılaşması	75
Tablo 47. Ölçek Puanlarının İlaç Kullanım Durumuna Göre Farklılaşması	79
Tablo 48. Araştırma Sonuçları ve Türkiye Normları Karşılaştırması	81
Tablo 49.ÇDDÖ/6-18 Amprik Temelli Alt Testler ve Maddeleri	95
Tablo 50. ÇDDÖ 6/18 DSM Yönelimli Alt Testler ve Maddeleri	95
Tablo 51. ÇDDÖ 6/18 2007 Alt Testleri ve Maddeler	96
Tablo 52. ÇDDÖ 6-11 Yaş Türkiye Klinik ve Toplum Ortalama Puan Değerleri	96

ŞEKİL TABLOSU

No.	Sayfa
Şekil 1. Duyu Bütünleme Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	22



ÖNSÖZ

Dokunma duyusu, beş temel duyudan ilk gelişenidir. Fetüs, anne karnında rahim duvarlarına çarparak ilk dokunma deneyimini yaşar. Bu deneyim yaşamın her evresinde sıcak bir kucaklaşmada edinilen deneyimin ilk başlangıcıdır, yani ilk kucaklaşma... Bebek doğumdan sonra annenin ya da bakım verenin sıcak teması ile bu deneyimini sürdürür ve hayatta olduğunu, güvende olduğunu hisseder.

Çeşitli nedenlerle ebeveyn yoksunluğu yaşayan çocuklarda bu temel dokunma duyusunun karşılanamadığı bilinmektedir. Kanunda tanımlanan adı ile “Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocuklar” dünyaya geldiklerinde, bir bebeğin sağlıklı gelişebilmesi için en az beslenme kadar önemli olan bu hisleri, tatmin edilemez. Bu durum çocuğun gerek fiziksel gerekse psikolojik olarak sağlıklı gelişimini olumsuz etkilemektedir.

Dokunma eyleminin oyun terapisinde kullanılması, 1960’lı yıllara dayanmaktadır. Gelişimsel Oyun Terapisi olarak adlandırılan ve Dr.Viola Brody tarafından uygulanmaya başlanan bu oyun terapi yöntemi, şefkatli dokunuşu temel teröpatik araç olarak kullanır. Bu çalışmada Gelişimsel Oyun Terapisinin kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocuklarda görülen davranış problemlerine etkisi incelenmiştir.

GİRİŞ

Dokunma deneyimi, insan hayatının her evresinde değişik formlarda var olmuştur. Değişik kültür ve inanışlara sahip toplumlarda, dokunmanın iyileştirici bir güç olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bir şifa kaynağı olarak dokunma yöntemlerine, Mısırlıların en eski tıbbi dökümanı olan, Eber Papirüsleri'nde rastlanmaktadır. Yine eski Yunan ve Roma'da bir dokunma formu olan masajın kasları güçlendirmek ve yaraları iyileştirmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir. (Yeğen & Egemen, 2000)

Dokunma, bir şefkatin tezahürü olabileceğı gibi, şiddet ve istismar odaklı tutum ve davranışların da bir aracı olabilmektedir. Bu boyutu ile dokunma, çoğı toplumda bir tabu haline gelmiş, güvenlik gerekçeleri ile dokunma eylemine sert sınırlandırmalar getirilmiştir.

Bebeklik döneminde, dokunma duyusunun yeterince karşılanamadığı durumlarda, bebeğın sağlıklı gelişiminin olumsuz etkilendiğı bilinmektedir. Bu mahrumiyeti en çok ve derinden yaşayanlar, hiç şüphesiz Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocuklardır. Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocuklar ile ilgili literatürde pek çok betimleyici çalışma olsa da, gerek bürokratik engeller, gerekse uygun koşulların sağlanamaması nedeniyle, teröpatik müdahale programlarına çok az rastlanmaktadır. Pek çok araştırma Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocuklarda ailesi yanında yetişen çocuklara oranla çeşitli psikolojik sorunlar ve davranış problemlerinin görülme sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir. (Ayaz, ve diğeri, 2012) (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008)

Dr. Viola Brody, çocuklarla çalıştığı uzun yıllar süresince, çocukların psikolojik olarak sağaltımında dokunmanın gücünü keşfetmiş ve Gelişimsel Oyun Terapisi yöntemini geliştirmiştir. Gelişimsel Oyun Terapisi, çocuğın dokunma duyusu eksikliğinin doğru şekilde takviye edilerek, çocuğın psikolojik sorunları ve davranış problemlerini azaltmayı ve çocuğın ihtiyacı olan güvenli bağlanma ve güvenli ayrışmayı deneyimlemesini hedefler.

Bu çalışmada, ebeveyn yoksunluğu yaşayan Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocukların davranış problemleri ve psikolojik sorunlarına Gelişimsel Oyun Terapisinin etkisi incelenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

Çocukluk dönemi, fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı gelişimin sürdürülmesi için önemlidir. Ruh sağlığı -özellikle çocuklarda- tam bir sağlıklılık halinin en önemli etmenidir. Çocuğun ruhsal yönden sağlıklılık hali, fiziksel olarak sağlıklı olma ve çocuğun toplumsal işlevlerinde(ev, okul vb.) başarma yetisinin olması ile ilintili, komplike bir durumdur. (American Psychological Association, 2015)

Pek çok ruhsal bozukluğun etiyojisine bakıldığında, çocukluk dönemine ait bulgulara rastlanmaktadır. Olumsuz yaşam olayları ve çevresel etmenler, fiziksel bakım ve duygusal gelişimde yetersiz desteklenme, çocukluk döneminde bazı ruhsal bozuklukların oluşumuna neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, yaşamın ileri evrelerinde başlayan pek çok ruhsal bozukluğun, 14 yaşa kadar başladığını göstermektedir. Ayrıca bilim adamları, ruhsal bozukluklara götüren bedensel değişimlerin, semptomlar başlamadan çok daha erken başlayabileceğini öne sürmektedir. Çocukluk döneminde beynin bazı spesifik alanlarının nasıl ve ne zaman geliştiğine dair bilimsel veriler arttıkça, ruhsal bozuklukların büyük bir kısmının daha erken evrelerinin daha iyi anlaşılacağı düşünülmektedir (National Institute Of Mental Health, 2006)

Dünya’da ruhsal rahatsızlıkların giderek arttığı bilinmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması, ruhsal hastalıkların sıklığı hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmada, Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu bulunmuştur. (Erol , Kılıç , Ulusoy , Keçeci , & Şimşek, 1998) Amerika’da yaklaşık 15 milyon çocuk ve gencin ruhsal bozukluk tanısı aldığı raporlanmıştır. Bu sayıdan daha da fazla çocuk ve gencin aile, okul ve toplumsal risk faktörleri ya da genetik risk faktörleri nedeniyle ruhsal bozukluk riski altında olduğu bilinmektedir. Bu çocuk ve gençlerin yalnızca %7’si ruh sağlığı uzmanlarının yardımına ulaşabilmektedir. (Department of Health and Human Service, 2001)

Çocukluk dönemi ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisi yetişkinlik döneminde gelişecek bozuklukların önlenmesi için önemlidir. Bu nedenle çocukluk döneminde gelişen psikopatolojilerin ele alınması ve bu konuda çalışmaların yapılması da önem kazanmaktadır.

Ruhsal bozuklukla ilgili çalışmalarda olduğu gibi çocuk psikopatolojisi de 2 farklı yaklaşımla ele alınmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilki “kategorik” yaklaşımdır. Ruhsal bozuklukların belirli kriterlerle tanı ve sınıflandırmasını kapsar. DSM¹ ya da ICD² gibi bozuklukların tanımlanıp, kategorize edildiği sistemler kullanılır. Diğer yaklaşım ise “boyutsal” (dimentional) yaklaşımdır. Bu yaklaşımda ruhsal problemler için geliştirilen farklı ölçeklerle puanlandırılır. Normal, sınır ve klinik düzeyde değerlendirilen puanlar çocuğun ruhsal bozukluk seviyesini ve hangi alanda daha yoğun problem yaşadığını da gösterir. (Erol , Kılıç , Ulusoy , Keçeci , & Şimşek, 1998)

Bu çalışmada Çocuklarda görülen psikolojik rahatsızlıklar kategorik yaklaşımla ele alınmış ve DSM V tanı kitapçığında belirtilen kriterlere göre tanımlanmıştır.

1.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Genellikle ilk tanılama akademik hayatın başlaması ile ilkökul dönemlerinde ortaya çıkar. Genel olarak çocuğun toplumsal yaşantısını, sosyal faaliyetlerini ve okulla ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, gelişimsel düzeye uygun olmayan dikkat sorunları ve aşırı hareketlilik halidir. Dikkat sorunları ve aşırı hareketliliğin birlikte görüldüğü bileşik görünüm, dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm ve aşırı hareket ve dürtüselliğin baskın olduğu görünüm, olmak üzere 3 alt tipi vardır. Tanı için, sorunun en az 6 ay süre ile görülmesi gerekir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

¹ DSM-The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders :Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı kısaltmasıdır.

² ICD -International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Uluslararası hastalık sınıflamasının (UHS) kısaltmasıdır.

1.1.2. Karşıt Gelme Bozukluğu

Öfkeli/kolay kızan bir duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ya da kin besleme örüntüsünün, en az 6 ay süre ile olması halidir. Beş yaş altı çocuklarda bu durumun, haftanın çoğu günlerinde, 5 yaşını doldurmuş çocuklarda ise, haftada en az 1 kez ortaya çıkması tanı için gereklidir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.3. Davranım Bozukluğu

Toplumsal kuralları çiğneme ve kurallara karşı aşırı tepkisellik ve reddetme tutumu vardır. İnsanlara ve hayvanlara zarar verme, eşyaları kırıp dökme, dolandırıcılık ve hırsızlık gibi davranışların, 2 ay süre ile görülmesi beklenir. 3 alt tipi vardır: Semptomlardan en az birisinin, 10 yaşından önce görülmesi halinde; *Çocukluk Başlayan Tür*, 10 yaşından önce görülmemesi; *Ergenlikte Başlayan Tür*; başlangıcın saptanamaması, 10 yaşından önceye dair yeterli bilginin edinilemediği durumlar ise; *Başlangıcı Belirlenemeyen Tür* olarak tanımlanır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.4. Çocukluk Çağı Depresyonu

Depresyonun en temel belirtileri arasında yoğun bir ilgi kaybı, değersizlik hissi ve olumsuz, çökkün duygudurum sayılabilir. Buna paralel olarak, Çocukluk Dönemi Depresyonunda, çocuklarda tüm etkinliklere dönük genel bir ilgi kaybı, gelişimde yavaşlama, dikkat ve uyku sorunları görülebilir. Yetişkinlikte görülen çökkün duygu durumun yerine, çocuklarda huzursuzluk, ani değişkenlik gösteren duygu durum ve kolay kızma görülür. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.5. Tik Bozuklukları

DSM V tanı kitapçığında tik; “*birden ortaya çıkan, hızlı, yineleyici, düzensiz devinimler ve ses çıkarmalar*” ifadeleri ile tanımlanmıştır. DSM V, Tik Bozukluklarını 4 alt tip ile açıklamıştır. Geçici Tik Bozukluğu; başlangıçtan itibaren en az 1 yıl süre ile devam eden ses ve hareket tiklerinin birlikte ya da ayrı ayrı görüldüğü durumdur. Ses ya da harekete bağlı tiklerin sadece birisinin 1 yıldan daha uzun süre ile görüldüğü tip ise;

Süreğen Tik Bozukluğu'dur. Ayrıca Tourette Sendromu, hareket ve ses tiklerinin birlikte ya da ayrı ayrı farklı kombinasyonlarla, hemen hemen her gün görülmesi halidir. Tanı için, en az 1 yıl süre ile devam etmesi gerekmektedir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.6. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Çocuğun, bağlandığı kişi ya da fiziki ortamdan ayrıldığında, aşırı derecede kaygılanması ya da korkması halidir. Tanı için bu kaygı tepkisinin, en az 4 hafta süre ile devam etmesi gerekmektedir. Bu durum, çocuğun okul ve sosyal hayata dönük işlevselliğini olumsuz yönde etkiler. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.7. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Herhangi dil yetisi sorunu olmaksızın, çocuğun en az bir toplumsal ortamda konuşmaması halidir. Tanı konması için bu durumun, en az 1 ay süre ile devam etmesi ve çocuğun toplumsal işlevselliğini etkilemesi kriteri aranır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.8. Özgül Fobi

Belirli bir nesne, olay ya da durumdan aşırı derecede korkma ve kaygı duyma halidir. Çocuklarda kaygı ve korkma duygusu ağlama, tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma gibi davranışlarla kendini gösterebilir. Tanı için aşırı korkma ya da kaygı halinin en az 6 ay süre ile devam etmesi kriteri aranır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.9. Yaygın Kaygı Bozukluğu

Genel olarak, aşırı kaygılı duygu durumu ve kuruntu (kaygılı beklenti) halidir. Çocuklarda, dinginleşememe (huzursuzluk), kolay yorulma, odaklanmakta güçlük

çekme, kolay kızma, kas gerginliği, uyku bozukluğu durumlarından en az birisinin 6 ay süre ile devam etmesi ile tanı konur. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.10. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Toplumsal etkileşimi gerektirecek ortamlarda bulunma ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirmekten aşırı derecede korkma ve kaygılanma durumudur. Çocuklar için belirleyici tanı kriteri, sadece yetişkinlerin bulunduğu ortamlarda değil, kendi yaşlılarının bulunduğu ortamlarda da kaygının ortaya çıkmasıdır. Çocuklarda, korku ya da kaygı; ağlama, bağırp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir. Belirtilerin en az 6 ay süre ile devam etmesi gerekmektedir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.11. Obsesif- Kompulsif Bozukluk

Takıntılar (obsesyon) ve zorlantıların (kompulsiyon) ayrı ayrı ya da birlikte olduğu ve bu durumun kişinin kişisel ve sosyal hayatında işlevselliğinin olumsuz etkilendiği bozukluktur. Takıntılar, istem dışı itki, imge ve sürekli düşünceler olarak tanımlanır. Kişi bu takıntıları başka bir düşünce ya da eylemle bastırma, ya da yüksüzleştirme isteği ile zorlantılara başvurur. Zorlantılar, hastanın takıntıları karşısında yapmak zorunda hissettiği, yineleyici davranışlar (el yıkama, düzenleme vb.) ve zihinsel eylemlerdir.(sayı sayma, sözcükleri sessiz olarak yineleme vb.) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.12. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

Başkalarına karşı çok az toplumsal ve duygusal tepki gösterme, olumlu duygulanım kısıtlılığı, korkutucu olmayan etkileşimler sırasında bile, açıklanamayan bir biçimde, çabuk kızma, üzülme ya da korkma dönemlerinin olması ve bu durumlarda çocuğun duygusal olarak rahatlayamaması halidir. Bebeklik döneminde yeterli bakım verenin olmaması ya da bakım veren değişikliğinin sıkça yaşanması gibi durumlarda

görülür. 5 yaşından önce başlar ve en az 1 yıl süre ile devam eder. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.13. Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu

Çocuğun, tanıdık olmayan erişkinlere, etkin bir biçimde yaklaşması ve etkileşmesi (yabancılamama ve yadırgamama) halidir. 12 aydan daha uzun süre ile devam etmesi halinde tanı konur. Bakım veren sayısının çok olması, seçici bağlanmanın sağlıklı gerçekleşemediği durumlarda görülür. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.14. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Kişinin kendisine ya da sevdiklerinin başına gelen ya da tanıklık ettiği ani, istem dışı örseleyici olaylar travma olarak adlandırılır. Travma yaşantısı sonrasında, istem dışı olaylar tekrar tekrar hatırlanabilir, uyku bozukluklarına yol açabilecek düzeyde korkulu rüyalar görülebilir. Ayrıca travma yaşantısının hatırlanması ile fiziksel ve duygusal tepkiler verilebilir. Bu durum çocuklarda yaşanan olayın tekrar tekrar oyunla canlandırılması ile kendisini gösterir. Sürekli tetikte olma hali, dikkat sorunları nedeniyle işlevsizlik gibi belirtiler eşlik edebilir. Travma sonrasında çözülme(dissosiyasyon) görülebilir. Çözülme travmatik deneyimin verdiği acıdan tamamen kaçınma halidir. Vücudunun kendine ait olmaması ve zamanın kendisi dışında akması hissi olarak tanımlanabilir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013))

1.1.15. Beslenme Bozukluğu

Tipik olarak çocuğun beslenme zamanına karşı olumsuz tepki geliştirmesi, belirgin kilo kaybı, açlık hissinin olmaması ve yemekten kaçınma belirtileri ile görülür. Bu durumun, 6 yaşından önce ve en az 1 ay süre ile görülmesi tanı için gereklidir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.16. Pika

DSM V tanı sisteminde Beslenme Bozuklukları altında ele alınmaktadır. Çocuğun besleyici değeri olmayan her türlü maddeyi (pislik, dışkı, toprak, kağıt vb.) yemesi ile görülür. Tanı kriteri için süre en az 1 aydır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.17. Enürezis

En az 5 yaşında olan çocuklarda 3 ay süre ile haftada 2 kez görülen istem dışı işemidir. 3 şekilde görülebilir: Yalnızca gece görülen tip *Enürezis Nokturna*, gündüz görülmesi *Enürezis Diürna*, her iki durumda görülmesi hali ise *Enürzis Nokturna Diürna* olarak adlandırılır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.18. Enkoprezis

Çocuğun, 3 aylık sürede ayda en az 1 kez, uygunsuz yerlere isteyerek ya da istemeyerek dışkılaması sorunudur. Tanı için çocuğun 4 yaşını doldurmuş olması ya da gelişimsel olarak bu yaşın özelliklerini taşıyor olması gözetilir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.2. OYUN TERAPİSİ - TARİHSEL GELİŞİMİ VE KURAMSAL TEMELİ

Oyun, çocuğun dünyasında önemli bir role sahiptir. Yetişkinler iletişimlerini çoğunlukla kelimeye döker, çocukların ise doğal iletişim aracı oyundur. Oyun çocuk için tamamen içgüdüselidir; hiçbir çocuk oyun oynamak için zorlanmaya ya da eğitilmeye ihtiyaç duymaz.

Çocuk oyunla kendisini sembolik bir dille ifade eder. Landreth (2011), *Oyun Terapisi İlişki Sanatı* adlı kitabında; çocuğun oyun aracılığıyla tecrübesini, tecrübe karşısında tepkisini, tecrübeyi yaşarken ki duygularını, dilek, istek ve heyecanlarını ve kendisini kabullenmesini, ortaya koyduğunu ifade eder (Landreth, 2011). Çocuklar

yaşadıkları olayları, oyunlar aracılığıyla tekrar tekrar deneyimleyerek, anlamaya ve algılamaya çalışırlar. Frank(1982), çocuğun oyundaki bu rolünü şöyle belirtmiştir;

“Oyun ile çocuk kendini birikmiş geçmişinden şimdiki zamanına sürekli yönlendirir. Bu yolla dünya ile ilişkisinde yapabildiği ve yapmak zorunda olduğu her değişiklikten dolayı kendisi için yeni bir imaj keşfeder. Böylece çocuk oyununda çatışmalarını ve problemlerini çözmek için oyun materyallerini ve çoğunlukla yetişkin materyallerini kullanarak şaşkınlık ve karışıklıklarını oyun aracılığıyla gösterme girişiminde bulunur.”
Akt. (Landreth, 2011)

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

Oyunun çocuk psikoterapisinde kullanımı, çocuk psikoterapisinin başlangıcı ile eş zamanlıdır. Çocuklar hakkında ilk psikolojik girişim 1909 yılında yayınlanmış, Freud ‘un “Little Hans” (Küçük Hans) adlı çocuğun fobisini anlatan yazısıdır. Bu yazı ile, çocukların yaşadığı psikolojik sorunların duygusal sebeplere dayandığı, ilk kez saptanmıştır. Zira 20. yüzyıl bitimine kadar, profesyonellerin çocuklukta bozuklukları çocuğun eğitimi ve yetişmesindeki kusurlarla ilişkilendirdiği bilinmektedir. (Reisman, 1966; akt. (Landreth, 2011)

Oyun Terapisi, belirtilen tarihsel başlangıçtan itibaren, farklı kuramsal yaklaşımların etkisi ile gelişmiştir. Oyun Terapisi, *psikoanalitik yaklaşım*, *serbest yapısal yaklaşım* ve *birey merkezli yaklaşım*, olmak üzere 3 temel kuramsal yaklaşımla ele alınmaktadır. Her kuram, temelde çocukların duygusal problemlerine yardımcı olmayı hedefler. Ancak, terapinin uygulama yöntem ve teknikleri, terapistin rolü açısından bazı kuramsal farklılıklar bulunmaktadır (Öğretir, 2008)

Psikoanalitik Yaklaşımın Oyun Terapisine uyarlanması, Freud’un “Little Hans” (Küçük Hans) ile çocuklara yönelik ilk girişiminden sonra, Anna Freud ve Melanie Klein’in, oyunu çocukların analizinde bir araç olarak kullanmasıyla başladı. Anna Freud analizde oyunu, çocukla terapist arasında bir ilişki kurabilmek ve uyuşma sağlamak için kullanmıştır. Klein ise, oyunu çocuğun endişelerini, savunmalarını ve fantezilerini ifade etme yöntemi olarak görmüştür. (Zulliger, 2014)

Oyun Terapisinin psikoanalitik yaklaşımında, çocuğu baskılamak, eğitmek ya da yönlendirmek için herhangi bir girişim söz konusu değildir. Bu yaklaşımda oyun,

terapist-çocuk arasında iletişim kurma, çocuğu gözleme ve çocukla ilgili bilgi edinme ve yorumlanarak içe bakış sağlama aracı olarak kullanılmıştır. (Landreth, 2011)

Birey Merkezli Yaklaşım, Carl Rogers 'ın danışanı merkeze alan metodudur. Rogers bu yaklaşımı; "herhangi organik bozukluğu olmayan her insanın kendi problemlerini çözme yeteneğine sahip olduğu" hipotezine dayandırır. Terapistin rolü tam bir empati ve kabullenme ile bu iyileşmeye zemin hazırlamaktır. Bu metodu oyun terapisine uyarlayarak, çocukların tedavisinde, Virginia Axline kullanmıştır. Axline, çocuğu olduğu gibi kabul eder. Çocuk, oyun terapi odasında istediği tempoda oynar. Çocuğun tüm davranışlarının, terapist tarafından tam bir empati ile kabullenilmesi ve teröpatik ilişki, iyileştirici güçtür (Özdoğan, 2014) . *Yönlendirilmemiş Oyun Terapisi* olarak ta adlandırılan bu yöntemde, çocuğun içinde var olan kendini iyileştirme gücüne güvenilir. Çocuk, oynamama ya da oyunu istediği gibi yönlendirme hakkına sahiptir. (Landreth, 2011)

Serbest Yaklaşımlı Oyun Terapisi yöntemi, 1930'larda David Levy tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntemde, terapistin oldukça aktif görevi vardır. Bu yaklaşımda, çocuğu duygusal olarak rahatsız eden olay, oyuncaklar aracılığıyla yeniden canlandırılır. Terapi sürecinin başlangıcında uyum ve alışma için, çocuğun serbest oyun kurgulamasına müsaade edilir. Sonra terapist uygun gördüğü zamanda, stres oluşturan olayı oyun içerisinde kurgular. Böylece travmatik olayın yeniden sahnelenmesi, çocuğun acı ve gerginliğinin azalmasına neden olur. Levy'nin bu yaklaşımı, Gove Hambidge tarafından genişletilmiş ve *Yapılandırılmış Oyun Terapisi* olarak adlandırılmıştır (Landreth, 2011).

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

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

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

1.2.1 Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi(ÇMOT) temeli, Carl Rogers 'ın Birey Merkezli yaklaşımına dayanır. Axline, birey merkezli yaklaşımı, oyun terapisine uyarlamış ve bu yöntem, *yönlendirilmemiş oyun terapisi* olarak adlandırılmıştır. Axline'ın yönlendirilmemiş oyun terapisi yöntemi, Garry Landreth tarafından geliştirilmiş ve Çocuk Merkezli Oyun Terapisi adını almıştır. (Teber, 2015)

ÇMOT, çocuğun iç dünyasına, kendini iyileştirme gücüne inanır ve güvenir. Terapist çocuğun içsel yönlendirmesini, üretkenliğini, kendiliğinden iyileşme gücünü açığa çıkarmak için tamamen objektiftir. Çocuk oyununun konusunu, içeriğini ve sürecini kendisi seçer. (Landreth, 2011)

1.2.2 Deneysel Oyun Terapisi

Yönlendirilmemiş Oyun Terapisi temeline dayanan Deneysel Oyun Terapisi (DOT), Byron E. Norton ve Carol Norton tarafından geliştirilmiştir. DOT ilişkisel oyun terapisi ve çocuk merkezli oyun terapisinin bir tür sentezidir. akt. (Schwartzenberger, Experiantal Play Therapy, 2004)

DOT ve ÇMOT, teröpatik ilişkinin iyileştirici gücüne inanma ve çocuğu yönlendirmeme ilkelerinde benzerdir. İki yöntemi farklı kılan iki temel unsur vardır: terapistin rolü ve metaforik yorum.

DOT terapisti, çocuğun oyununa aktif olarak dahil olur ve çocuğun oyun içerisinde verdiği rolü aktif olarak canlandırır. DOT' de terapistin sorumluluklarından birisi de, çocuğun yaşadığı duyguları ve deneyimi sözel bildirimle yansıtmak yerine oyuna dahil olarak derinleştirmektir. Ancak terapist bunu yaparken çocuğu yönlendirmez. (Schwartzenberger, Experiantal Play Therapy, 2004)

DOT terapisti, çocuğun seanslarda kurguladığı oyunların ve kullandığı materyal ve oyuncakların metaforik anlamlarını önemser ve takip eder. Gerekğinde çocuğun tanı ve tedavisi için, veri kaynağı olarak değerlendirir. Ancak ÇMOT terapisti salt olarak çocuk ile olan ilişkiye odaklanır ve metaforik yorumlama gereği duymaz. (Teber, 2015)

DOT'un kurucuları Carol ve Byron Norton çifti uzun yıllar süren DOT uygulamaları sonucunda çocukların DOT sürecinde 5 aşamadan geçtiklerini öne sürmüştür (Schaefer, 2013)

Keşif Aşaması, terapötik sürecin başlangıç seanslarıdır. Çocuk süreci anlamaya, terapisti ve odayı tanımaya çalışmaktadır.

Sınama Aşaması, çocuğun terapistin ve oyun terapi odasının sınırlarını anlamaya çalıştığı aşamadır. Bu aşamada çocuk, terapistte karşıt tutum sergileyerek, adeta sınırlarını test eder. Terapist tarafından her halinin kabul görüp görmeyeceğini anlamaya çalışır. Bu aşamadan terapistin doğru tutumu ile geçildiğinde, çocuk acısını paylaşmak için yeterince güvenli bir ortamda olduğunu anlar.

Bağımlılık aşaması, sınama aşamasını atlatıp terapistte güvenen çocuk travmatik deneyimini oyun yoluyla kurgulamaya başlar. Fantezi oyunu olarak adlandırılan bu oyunlara güven ilişkisi kurduğu terapisti de dahil eder.

Teröpatik büyüme aşaması, çocuk, travmatik deneyimini yaşayıp sonlandırdığı için, adeta yas tutar. Çocuk bu aşamada daha durgun ve sakinidir. Odayı yeni tanıyormuşçasına keşif aşamasındaki tutumları sergiler. Travmatik deneyimi sonrası adeta yeni bir benlik oluşturur.

Sonlandırma aşaması, çocuk yeni benliğini benimser ve artık ayrılmak için hazırdır. Birkaç seanstan sonra teröpatik sürecin bitişi için çocuk hazır hale gelir.

1.2.3 Gelişimsel Oyun Terapisi

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT), Viola Brody tarafından geliştirilmiş, grup ya da bireysel olarak uygulanabilen bir oyun terapi yöntemidir. GOT şefkatli dokunuşu teröpatik araç olarak kullanır. Bu oyun terapisi yönteminde oyuncaklar yoktur, sadece

terapist ve çocuk arasındaki ilişki vardır. Ve bu ilişki, şefkatli dokunuş ile sağlanır (Brody, 1997).

Brody yöntemin temellerini, 1953'te çalışmaya başladığı bir hastanede, çocuklarla yaptığı terapi çalışmalarında atmıştır. 20 yıllık öğretmenlik deneyiminin ardından, psikoterapist olarak çalışmalarına devam etme kararı alan Brody, hastanede özellikle psikosomatik çocuklarla çalışmaya başlamıştır. Yöntemini geliştirirken, Austin Des Lauriers, filozof Martin Buber ve Janet Adler'den etkilenen Brody, dokunmayı çalışmasının merkezi haline getirmiştir. Brody hastane deneyiminde bu dokunmayı çocuklara sarılmak, kucağında taşımak, sallamak ve kendisine dokunmalarına izin vermek formlarında kullanmıştır (Brody, 1997)

1970 yılına kadar çok sayıda çocukla yaptığı çalışmalardan olumlu sonuçlar alan Brody, çalışmalarını bir araya toplamış ve Gelişimsel Oyun Terapisi (Developmental Play Therapy) adı ile ilk eğitimini açmıştır. 1993 yılında ise tüm çalışmalarını derlediği The Dialogue Of Touch: Developmental Play Therapy (Dokunmanın Dili: Gelişimsel Oyun Terapisi) adlı kitabı yayımlanmıştır (Teber, 2015).

GOT, grup olarak uygulanabildiği gibi, bireysel olarak ta uygulanabilmektedir. GOT grup uygulamaları, toplam 13 haftalık yapılandırılmış bir sürede gerçekleştirilir. Gelişimsel Oyun Terapisi materyal olarak oyuncak kullanmaz, GOT seansları terapist ve çocuğun dokunma merkezli çeşitli oyunları oynaması ile gerçekleştirilir. Bu oyunlar Viola Brody tarafından etkinliği saptanmış ve yapılandırılmış oyunlardır. Dokunma oyunları çocuğun cinsel bölgeleri hariç tüm vücuduna dokunmayı hedefler (Brody, 1997).

GOT etki mekanizmasının daha iyi anlaşılabilmesi için, yöntemin temel odak noktası olan dokunma kavramının, her yönüyle anlaşılması önemlidir. Bu amaçla, çalışmanın bu kısmında, dokunma duyusunun fizyolojik ve biyokimyasal etkileri, travma ve duyu bütünleme ile ilişkisi ele alınacaktır.

1.2.3.1. Dokunma Duyusunun Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri

Dokunma; “deri üzerine yapılan değme, vurma, bastırma, çekme vb. etkileri alan duyu” olarak tanımlanmıştır. (Türk Dil Kurumu, 2015) Dokunma kavramı, bu çalışmada şefkatli tenel teması içeren her türlü kucaklama, sarılma, öpme, okşama gibi eylemleri ifade eder.

Ashley Montagu (1971);“tüm duyular arasında dokunma duyusu olağanüstü” der ve dokunma duyusunu “Tüm duyuların anası” olarak tanımlar. Zira dokunma duyusu, embriyonun gelişiminde ilk gelişen duyudur. Gebeliğin ilk 3 haftasında, primatif bir sinir sistemi gelişir ve bu sinir sistemi deri hücrelerinden oluşur. Bu primatif sinir sistemi ile embriyo, ana rahmi duvarlarına çarparak adeta ilk dokunma deneyimini yaşamaya başlar (Rueger, 2001). Böylece, duyu-motor bilgiler insan gelişiminin erken dönemlerinde işlenmeye başlar.

Dokunma duyusunun organı deri, vücudun en büyük organıdır. Buna bağlı olarak beyin korteksinde dokunma duyusunun kapladığı alan diğer duylara kıyasla oldukça büyüktür. Deri üzerinde hafif dokunma, derin basınç, derinin gerilmesi, titreşim, hareket, sıcaklık ve acı gibi farklı uyarıları algılayan reseptörler bulunmaktadır. Bu reseptörler aracılığıyla uyarı, beynin ilgili korteksine (somato-duyusal korteks) iletilir ve “his” gerçekleşir (Tanrıdağ, 2013). Her zaman aktif ya da pasif olarak dokunma hissi duyumsanır. Herhangi dış uyarı olmasa da sadece havanın dahi, taktıl his verdiği bilinmektedir. Yani her an, dokunma deneyimi yaşanmaktadır. Aralıksız sürekli deneyimlenen tek duyu, dokunma duyusudur denilebilir. (Kranowitz, 2014)

Dokunma duyusu, sadece fiziksel uyarıyı algılamakla kalmaz, bununla ilgili emosyon da üretir. Dokunma duyusu ile açığa çıkan çeşitli biyokimyasal değişimler, kişide bu deneyimle ilgili duygulanım oluşturur. Taktıl Sistem ya da dokunma duyusu, insanın duygusal, fiziksel ve mental davranışlarında önemli bir etkendir. İnsan doğumundan itibaren organize olabilmesi, fiziksel işlevini yerine getirebilmesi, beden ve zihni senkronize edebilmesi için, daimi taktıl uyarana yani *dokunma ve dokunulmaya* ihtiyaç duyar (Kranowitz, 2014).

Dokunma Araştırmaları Enstitüsü (Touch Research Institute) tarafından açıklanan araştırma sonuçlarında, tensel temasın yoğun bir biyo-kimyasal reaksiyona neden olduğu belirtilmektedir. Buna göre tensel temas, üriner stres hormonlarının (kortizol, katalamin, nörepinefrin ,epinefrin) azalmasına, seretonin ve dopamin seviyelerinin artmasına neden olmaktadır. Bu biyokimyasal değişikliklerin depresyonu azalttığı bilinmektedir. Yeni doğan bir bebeğe sevgi dolu bir dokunuşun “bağlanma hormonu” olarak adlandırılan oksitoksin hormonunun salgılanmasına neden olduğu, bilinmektedir (Field, ve diğerleri, 1997). Dokunma masajı (Touch Massage) ile ilgili bir araştırmada 5 dakikalık masaj dokunuşlarının ardından, stres belirleyicisi olan kalp atış hızında azalma, saptanmıştır. Aynı araştırmada, katılımcıların tükürük kortizol ve insülin seviyelerinde de azalma görülmüştür (Lindgren, ve diğerleri, 2010)

Son yıllarda yeni doğan bakımında dokunmanın önemi sık sık vurgulanmaktadır. Özellikle prematüre yeni doğanda, anne ile bebeğin tensel temasını içeren *kanguru bakımı* ve *Masaj Terapi* uygulanan başlıca iki yöntemdir. *Kanguru bakımı*, sadece bezi olan çıplak bebeğin dik pozisyonda, ebeveynin çıplak göğsüne cilt cilde temas edecek şekilde tutulmasıdır. Kanguru bakımının, ebeveynle yakın teması sağlayarak, erken doğan bebeklerin kalp atışlarını, vücut ısılarını ve solunumlarını düzenlediği bilinmektedir. Yapılan alışmalar kanguru bakımı alan bebeklerin, almayanlara oranla daha hızlı kilo aldıklarını ve ağrı tepkilerinin azaldığını göstermektedir (Santrock, 2012).

Masaj Terapi ise, tarih boyunca bebeklere geleneksel olarak uygulanan bir yöntemdir. Özellikle Afrika ve Asya’da, bebeklere doğumdan sonra uzun süre gerek anne baba, gerekse ailenin diğer yeleri tarafından masaj uygulanır. Amerika’da, Yenidoğan Bakım nitesindeki erken doğan bebeklerle yapılan bir çalışma kapsamında, 5 gün boyunca bir grup bebeğe, 15 dakika orta şiddetli masaj uygulanmıştır. Araştırmacılar çalışmanın başında ve sonunda ağlama, yüz buruşturma, esneme, hapşırma, titrek kol ve bacak hareketleri, sıçrama, parmak işaretleri gibi stres davranışlarını gözlemlediler. Araştırma sonucunda, masaj uygulanan erken doğan bebekler üzerinde masajın stres azaltan etkisinin olduğu saptandı. Aynı araştırma Field ve arkadaşları (2004) tarafından genişletildi ve anneler, masaj uygulaması yapabilmeleri için eğitildi. Anneleri tarafından hafif ve orta şiddetli masaj uygulamaları yapılan

bebeklerin, Brazelton Ölçeğinde³ daha iyi performans sergiledikleri gözlemlendi. Farklı araştırmalarda benzer çalışmalar, anne karnında kokaine maruz kalan bebekler ile, depresyonlu ergen ebeveynlerin bebeklerine uygulandı yine benzer sonuçlar elde edildi. akt. (Santrock, 2012)

Tüm bu ve benzeri çalışmalar dokunma ya da tinsel temasın insanın doğumundan itibaren, fiziksel, mental ve duygusal gelişimi açısından çok önemli olduğunu yinelemektedir. Ayrıca bebeklik döneminde dokunmanın hayati önemini vurgularken, dokunmanın yetersiz olduğu durumların oluşturabileceği sorunlara da işaret etmektedir.

1.2.3.2. Bebeklik Döneminde Dokunma ve Bağlanma Teorisi ile İlişkisi

Dış dünyaya oranla oldukça stabil ve korunaklı olan ana rahmi, bebeğin ilk güvenli alanıdır. Bebek doğumla birlikte alışık olmadığı, daha sesli ve kaotik bir dünyaya maruz kalır. Bebek dünyaya geldiğinde temel bir kendilik algısı yoktur. Kendi bedensel varlığını diğerlerinden ayırt edemez. Bebek bakım veren tarafından dokunuldukça kendilik algısı gelişir, varlığının farkına varır, kendi ve diğeri arasında ayırım yapmaya başlar. Tinsel bağlantı, öğrenilen ilk iletişim türüdür (Levine & Kline, 2014). Yeni doğan bebekle kurulan tinsel iletişim, güvenlik ve sevgi algısı, neredeyse tamamen kucakta taşınma, öpülüp okşanma ve yakın tinsel temasla belirlenir (Soysal, 2005).

Bağlanma kuramı, İngiliz psikiyatrist John Bowlby (1969) tarafından öne sürülmüştür. Bağlanma kuramına göre, bebeklik döneminde bakım verenle kurulan ilişki, kişilik gelişimi, benlik algısı ve temel güven duygusunun gelişimine etki eder (Santrock, 2012). Bebeklikte bağlanma kavramı, bebeğin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması için bir kişi ile iletişimde bulunmak istemesi; korktuğunda, acıktığında o kişiyi araması ya da onunla vakit geçirmek istemesini ve bu ihtiyacın karşılanması ile rahatlama duygusunun yaşanmasını kapsar (Soysal, 2005).

Bağlanma döneminde bebeğin, emzirilme, temizlenme, pırpışlanma, sallanma gibi temel gereksinimlerinin temelinde, tinsel temas olduğu bilinmektedir. Bebeklerin,

³ Yeni doğan bebeğin nörolojik gelişimi, refleksleri ve insan ve nesnelere olan tepkilerini değerlendirmede kullanılan ölçek

oral doyumunu sağlayan kişiye bağlandıklarını öne süren Freudyen bakış açısı, bebeğin bağlanma sürecinde beslenme gereksiniminin(emme hazzı) önemli olduğunu savunmuştur. Ancak, 1958 yılında, Harry Harlow tarafından yapılan bir araştırma, bebeklerin bakım verene bağlanma sürecinde, farklı bir etkenin daha olduğunu ortaya koymuştur. Harlow (1958) deneysel çalışmasında; doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılan bebek maymunları kullandı. Bebek maymunların bulunduğu kafeslere, 2 tür vekil anne yerleştirildi. Bebek maymunların yarısı telden yapılan vekil anne tarafından beslenirken, diğer yarısı yumuşak kumaştan yapılmış vekil anne tarafından beslendi. Periyodik olarak bebek maymunların hangi vekil anne ile daha çok vakit geçirdikleri hesaplandı. Bebek maymunların, hangi annenin onları beslediğini gözetmeden, kumaştan olan vekil annenin yanında daha fazla vakit geçirdikleri saptandı. Araştırmanın ilerleyen zamanlarında Harlow, bebek maymunları korkuttu ve kumaştan yapılan vekil anne tarafından beslenen maymunlar, anneye doğru koşup ona yapışırken, telden yapılan vekil anne tarafından beslenen grupta, bu davranışlar görülmedi. Araştırma sonucunda bakım verene sağlıklı bağlanma ve güven duymanın oluşumunda sadece beslenme ihtiyacının giderilmesinin yeterli olmadığı, bununla birlikte yumuşak, güven algısı oluşturan taktil duyumuna ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. (Santrock, 2012)

Bebeklik döneminde, bebeğin sağlıklı gelişimi için, bakımda dokunmanın önemi büyüktür. Bağlanma üzerine yapılan araştırmalar, erken gelişim dönemlerinde kucağa alınan ve sık sık dokunulan bebeklerin, fiziksel, duygusal ve kişilerarası ölçeklendirmelerde yüksek puanlar aldığını göstermektedir. (Lozoff, Brittenham, Trause, Kennel, & Klaus, 1977)

Dokunma, anne ile çocuk arasında, aile bireyleri arasında ya da birbirini sevenler arasındaki duyguları, beden ritmini ve hatta beden ısısını senkronize etme işlevi görür. (Orbach, 2009)

Beden algısı olmayan ve henüz anne ile kendi bedenini bütün olarak algılayan bebek, her dokunulduğunda kendi bedeninin varlığını hisseder. İhtiyaçları giderilen bir bebek, psikolojik olarak görüldüğünü yani varlığını hisseder. İhtiyaçları giderilen bir dünya, bebek için güven duygusunun temeli ve “güvenli bağlanma” nın ise ilk kilididir. (Erkan , 1990)

1.2.3.3. Dokunma Duyusunda Yetersizlikle İlişkili Sorunlar

Dokunmanın belirtilen hayati işlevlerinden anlaşılmaktadır ki, dünyaya gelen bir bebek, gerek psikolojik gerekse fiziksel gelişim açısından, etkin bir bakım veren ilgisine muhtaçtır. Bebek, anne karnında ki yaşamın bir uzantısı olarak, “dokunulduğu bir çevreye” ihtiyaç duyar. (Erkan , 1990) Bebeği güvende ve rahat hissettirecek çevresel düzen, anne ile bebek arasında ki bağ ile gerçekleşir. Ancak, bazı durumlarda bu bağ kurulamaz. Gelişim için gerekli olan, dokunulma deneyimi yetersiz kalır.

Bebeklik döneminde güvenli bağlanamayan kişilerin, hayatlarının ileriki dönemlerinde çeşitli psikolojik ve davranışsal sorunlarının olduğu bilinmektedir. Fiziksel olarak yaşamın devamı için, insan dokunuşu elzemdir. Aşırı kalabalık yetimhanelerde kalan bebeklerin, fiziksel dokunuş eksikliği nedeniyle öldüklerini raporlayan araştırmalar bulunmaktadır. (Owen & Gillentine, 2010)

Dokunmanın iyileştirici özelliği kadar, zarar verici yönünü de dile getirmek gerekmektedir. Şefkat dokunuşlarının yetersiz olduğu durumlar bazı sorunlara yol açabileceği gibi, olumsuz dokunuşlar da çocuğun psikolojik ve fiziksel olarak zarar görmesine neden olmaktadır. Olumsuz dokunma deneyimi (istismar, şiddet vb) yaşayan çocuklarda, kendi bedenlerinden bir tür soyutlanma/dissosiasyon hali görülebilmektedir. Bu tür bir dissosiasyon halinde çocuk, bedenini adeta uyuşmuş gibi hissetmez, ya da tamamen farklı bir materyalmiş gibi algılamaya başlar. (Maclaren, 2014)

Araştırmalar, 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 göstermektedir. (Schwartzberger, Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma, 2007)

Dokunma yoksunluğu ve beden imaj algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmış, dokunma eksikliği ile yetişkinlik döneminde görülen yeme bozuklukları arasında ilişki olabileceği öne sürülmüştür. (Gupta, Gupta, Schork, & watteel, 1995) Perry ve Szalawitz (2012), Köpek Gibi Büyütülmüş Çocuk adlı gerçek vakalardan

derledikleri kitapta, yeme bozukluğu semptomları gösteren bir çocuğun sorunlarının, yetersiz bağlanma ve annesi tarafından yeterince dokunulmamasından kaynaklandığını öne sürmüşlerdir. (Perry & Szalavitz, 2012)

1.2.3.3.1. Çocukluk Dönemi Travmaları ve Duyusal Yetersizlik

Son yıllarda yapılan beyin araştırmaları erken çocukluk döneminde yaşanan pek çok olayın beynin gelişiminde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu etki beynin esnekliği kavramı ile açıklanmaktadır. Beynin esnekliği (Brain plasticity), beynin çevresel uyaranlarla etkileşiminin, gelişimini etkilediğini, yaşam olayları ile beynin “şekillenebildiğini” ifade etmektedir (Levine & Kline, 2014). Organik olarak tamamen sağlıklı bir şekilde doğsa da, beyin, yaşam fonksiyonlarını sürdürmek ve gelişebilmek için çevresel uyaranlara ihtiyaç duymaktadır. Bu uyaran, duyuşsal algıya destek olan şefkatli bir dokunuş olabileceği gibi, tehlikede olduğunu fark ettiren, acı veren bir deneyim de olabilir.

Duyular bebeğin gelişimi için önemli bir veri giriş aracıdır. Bebek dokunma, görme, tat alma, koklama, işitme olarak bilinen beş temel duyunun yanı sıra, proprioseptif duyu⁴ ile gelişimini sürdürür. Proprioseptif duyu; hareket, vestibüler sistem ve visseral sistemi kapsar. Vestibüler sistem; yön, hız, hareket ve bedenin uzay boşluğundaki konumuna dair bilgileri kaydeder. Hareket duyuları ise, kas ve iskelet sistemine, hareket algısına ait duyulardır. Visseral sistem ise, iç organlara dair duyuların algılanmasını sağlar. Tüm bu duyu sisteminde dokunma duyusu önemli bir etkiye sahiptir. Beyin tüm bu duyu sisteminin koordine çalışması ile, yeni verileri algılar ve işlemde geçirir. Beyin tarafından algılanan ve yorumlanan duyuşsal uyaranlar, yeni bilgilerin öğrenilmesi ya da hayatta kalma fonksiyonlarının devamı olarak yanıt bulur. (Kranowitz, 2014)

Gelişimsel sürecin gerektiği gibi ilerleyebilmesi için, duyu sistemlerinin organize bir şekilde çalışması gereklidir. Ancak bazı durumlarda, bu duyu çalışma sisteminin farklı aşamalarında bozukluklar oluşabilmektedir. Zaman zaman duyuşsal

⁴ Proprioseptif duyu, eklem pozisyon hissi ve kinestezi bileşenlerini içermekle birlikte sinir-kas kontrolünün sağlanması için gerekli motor planlamaya ve kas refleksine katkıda bulunarak dinamik eklem stabilitesini sağlar.

sisteme ait sorunlar, çocuklarda görülen ve DSM tanı kriterlerine göre sınıflandırılan, psikolojik sorunlar ve davranışsal problemlerle ortak semptomlar gösterebilmektedir. (Kranowitz, 2014) Ayrıca erken çocukluk döneminde deneyimlenen olumsuz yaşam olayları/travma yaşantılarının beynin işleyişini, duyuşal sistemi de olumsuz etkilediği bilinmektedir. (Perry & Szalavitz, 2012)

Olumsuz çocukluk dönemi yaşantıları, nörobiyolojik gelişime ve bilişsel, duyuşal ve duyuşal bilgilerin entegre olmasına engel olur. (Elbrecht & Antcliff, 2014) Travmatik deneyime bağlı stres, uzun süreli ve yoğun olduğunda, sinirsel yapı etkilenir, özellikle güvenlik geçmişı olmayan ve henüz homeostazi⁵ oluşmayan çocuklarda bu etki daha fazladır. (Norton, Ferriegel, & Norton, 2011)

Çocukların travma yaşantısına tepkisi, genellikle yetişkin travma tepkisinden farklıdır. Çocuklar, travmanın etkisi ile baş etmek için gerekli bilişsel ve duyuşal yeterliliğe ve benlik gelişimine sahip değildir. Travmaya maruz kalan bir çocukta; fiziksel olarak aşırı uyarılma hali-hiperaktivite, aşırı duyuşal tepki ya da tamamen donuklaşma hali, nöroendokrinolojik sorunlar ve buna bağlı olarak gelişimsel yetersizlikler görülebilir. (Schwartzenberger, *Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma*, 2007)

Travmanın nörobiyolojik etkisi üzerine çalışmalar yapan Perry (2012), sürekli ve tekrar eden travmatik deneyime maruz kalan beyinde, stres hormonunun sürekli tetiklenmesinin, beynin gelişimini etkilediğini belirtmektedir. Bu “hormonal istila” sonucunda beyin, sadece tehlike anında yaşamın devamı için programlanan “kaç ya da savaş” tepkisini sürekli olarak yaşamaktadır. Her an, yaşam için tehdit oluşturabilecek bir tehlike beklentisi nedeniyle aşırı uyarılmış dikkat hali, bir tür kısırdöngüye dönüşmektedir. Bunun sonucu olarak, günlük rutini devam ettirmek için gerekli dikkat ve odaklanma sağlanamamakta, kendini koruma dürtüsü ile aşırı bir dürtüsellik hali oluşabilmektedir. Bu durum Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ya da çeşitli davranış problemlerinin semptomları ile sonuçlanmaktadır. Perry (2012), pek çok vakada görülen dikkat sorunları, saldırgan davranışlar ve dürtü problemleri gibi semptomların, sanılanın aksine değişik adlarla kategorize edilip tanılaştıırılan,

⁵ Hücre dışı gerçekleşen olaylarda hücrenin kendini koruma eylemi.

bozukluklar nedeniyle olmadığını; Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da travmanın beyinde bıraktığı etki sonucu olduğunu belirtmiştir. (Perry & Szalavitz, 2012)

Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocuklar ile yapılan pek çok çalışma, bu görüşü destekler niteliktedir. Şimşek ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan, kurum bakımındaki çocuklarla ilgili epidemiyolojik çalışma, kurum bakımı altındaki çocukların, ailesi yanında olan çocuklara oranla daha fazla dikkat sorunları ve davranış problemleri yaşadığını göstermektedir. (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008)

“Travma olayın kendisine bağlı değil, sinir sistemine bağlıdır.” ifadesi ile Levine ve Kline (2008), yaşanan her olumsuz olayın üzerinden zaman geçse de etkisinin *beden hafızasında* kayıtlı olduğunu anlatmaktadır. (Levine & Kline, 2014) Beynin en önemli işlevlerinden birisi ilişkilendirme (attachment). Bu işlev sayesinde duyma, görme, dokunma ve koklamayla algılanan duyuşal sinyalleri bir araya getiren beyin, iletilen mesajı algılar, yorumlar ve en önemlisi hafızaya kaydeder. (Perry & Szalavitz, 2012) Travmaya eşlik eden her hangi duyuşal uyarana (şiddet içerikli bir dokunuş, herhangi koku, ses, görüntü vb.) ile; o esnada yaşanan duygu (korku, çaresizlik, kuşatılmışlık vb.) ve düşünce (tehlikedeyim!...vb.) beyin tarafından ilişkilendirilir. Böylece beyin travmatik olay varlığını sürdürmese de, ilişkilendirdiği duyuşal uyarana tekrar maruz kaldığında, beden hafızasındaki bilgi aktive olur ve duyular adeta bir tetikleyici görevi görerek, ilişkilendirilen duygu ve düşüncenin ortaya çıkmasına, sinir sisteminin travmanın stres etkisini tekrar yaşamasına neden olur. (Levine & Kline, 2014) Olumsuz dokunulma deneyimi olan bir çocuğun, şefkatli bir dokunuşa, ani ve refleksif tepki vermesi, beden hafızasından kaynaklanmaktadır.

Travmatize olmuş çocuk, tehdit oluşturan ve oluşturmeyen durumları ayırt edemez. Sürekli alarm halindedir ve tehlikeye karşı hazırlıklıdır. Bu nedenle travmayı her hangi şekilde hatırlatabilecek duyuşal bir tetikleyiciye (görüntü, koku, ses, tat ya da dokunuş) karşı aşırı tepki gösterebilir. (Schwartzberger, *Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma*, 2007)

Travma duyuşal deneyimle birlikte daha kalıcı hale gelmektedir. Travmanın bu özelliği tedavi sürecinde kullanılacak teröpatik yöntemin duyuşal yönünün de olması gerektiğine, işaret etmektedir.

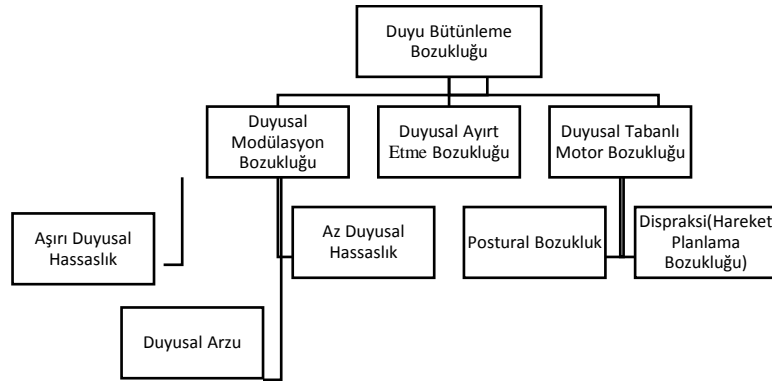
1.2.3.3.2. Duyu Bütünleme Bozuklukları

Duyu Bütünleme Bozukluğu ya da Duyusal Entegrasyon Disfonksiyonu, duyuların işlenmesinde oluşan sorunlara bağlı önemli bir rahatsızlıktır. Travma, psikofiziksel niteliği gereği bu sorunlara yol açabileceği gibi, tanımlanamayan nedenlerle de bu bozukluklar görülebilir.

Duyu Bütünleme Bozukluğu (DBB), günlük hayata dair işlevlerin yerine getirilebilmesi için duyular aracılığıyla edinilen bilginin doğru bir şekilde işlenememesi ve gerektiğinde kullanılamamasıdır. Spesifik olarak belirli bir duyuya ait yeti yitimi değil çeşitli nörolojik engellerin (organik bozukluk harici) bir araya geldiği bir spektrumdur. (Kranowitz, 2014)

Duyusal problemleri yetersiz nörolojik işlevlerle ilişkilendiren ve duyusal entegrasyon ile ilgili teoriler üreten ilk kişi iş ve uğraşı terapisti A. Jean Ayres'dir. Dr. Ayres'in başlattığı çalışmalar 2004 yılında Lucy Jane Miller önderliğinde tanısal bir terminolojiye kavuşmuştur. Bu terminoloji çalışmasının sonucunda Dr. Miller ve ekibi DBB'nun farklı versiyonlarını sınıflandırdılar. Bu sınıflandırmada Duyu Bütünleme Bozukluğu genel başlığı 3 kategoriye ayrılmıştır; Duyusal Modülasyon Bozukluğu, Duyusal Ayırt Etme Bozukluğu ve Duyusal Tabanlı Motor Bozukluk'tur. (Kranowitz, 2014.)

Şekil 1. Duyu Bütünleme Bozukluklarının Sınıflandırılması



Duyusal Modülasyon Bozukluğu ; DBB'nin en yaygın görülen türüdür. Çocuğun çeşitli duyuşsal uyarılara verdiği tepkinin yoğunluğuna göre 3 farklı çeşitte görülebilir: *Aşırı Duyusal Hassaslık* olarak adlandırılan tipte; çocuklar insanlara ve objelere dokunmaktan ve onlar tarafından dokunulmaktan olağanüstü şekilde sakınır. Kirlenmeye bazı giysilerin dokularına, yiyeceklere, ışığa ve ani dokunulmaya karşı savaş ya da kaç tepkisi gösterirler. Beş duyu aracılığıyla gelen her uyarana karşı, aşırı bir tepki söz konusudur. *Az Duyusal Hassaslık* olarak tanımlanan türünde, çocuk herhangi fiziksel neden olmaksızın, beş duyu aracılığıyla gelen uyarılara karşı tamamen tepkisizdir. *Duyusal Arzu* tipinde ise çocuk tüm duyuşsal uyarılara karşı aşırı ilgili ve açtır. Çamurda yuvarlanma, amaçsızca hareket etme, kıyafetin kenarları vb. gibi yenilmemesi gereken objeleri çiğneme ya da emme, duvarlara, mobilyalara ve insanlara sürünme, dokunmada aşırı isteklilik görülür. (Kranowitz, 2014.)

Duyusal Ayırt Etme Bozukluğu; Uyarıların farkını anlayamama, uyarının ne anlama geldiğini çözmekte zorlanma durumudur. Vücudunun neresine dokunulduğunu anlayamaz, görmeden sadece hissederek nesnelere ayırt edemez. Vücut pozisyonu ve kas kontrolünde sorun yaşar. Kendi vücudunu tanımlamakta ve konumlandırmakta güçlük çeker. Ayırt etme taktil duyu, görme, duyma ve tat alma duyuşlarının hepsinde güçlük yaşanmasına neden olabilir.

Duyusal Tabanlı Motor Bozukluk; DSM 5 tanı sisteminde, Nörogelişimsel Bozukluklar altında Gelişimsel Eşgüdüm Bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Çocuk, gelişim döneminin gerektirdiği motor becerileri yapamaz. Bu çocuklarda sık düşme, hızlı koşamama, zıplayamama, el becerilerinde yetersizlik, hareketlerde hantallık gibi belirtiler görülmektedir. Çocuğun okul ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkiler. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu ya da Dispraksi olarak ta adlandırılan bu bozukluğu Dr. Miller, Duyusal Tabanlı Motor Bozukluk olarak adlandırmış ve 2 alt kategoride tanımlamıştır. *Postüral Bozukluk*; hareket düzeni ve vücudun iki tarafını eş güdümlü kullanabilmede problem vardır. *Hareket Planlama Bozukluğu/Dispraksi*; pratik zorlukları olarak ta adlandırılır. Pratikler, bilinçsiz duyuşsal işlemleri ve bilinçli düşünceleri içerir. Bu zorluğu yaşayan çocuklar koordine ve istemli hareket etmede güçlük çeker. İnce ve Kaba motor becerileri yetersizdir. Yeni ve karmaşık bir faaliyeti yapmaktan güçlük çekerler.

1.2.3.4. Gelişimsel Oyun Terapisinin İşleyişi ve Temel Prensipleri

Brody, Gelişimsel Oyun Terapisinin teröpatik süreçte işleyişini tanımlarken, *kendilik (self)* gelişimini temele alır. Gelişimsel Oyun Terapisinin temelini ve işleyişini anlamak için kendilik (self) kavramının anlaşılması önemlidir.

Bir yetişkin ile bir yeni doğanın *kendilik farkındalığı* (awareness of the self) arasında, önemli farklılıklar vardır. Bir yetişkin, isteklerinin, hislerinin ve değerlerinin farkındadır. Yeni doğan bir bebek ise, eylemleri ve seçimleri arasında öznel bir duyuya sahip değildir (Brody, 1997). Aslında bir bebeğin kendilik algısı (sense of self), ilk olarak doğum esnasında başlar. En ilkel hali ile rahim duvarlarına çarparak edindiği taktil deneyimle kendiliğini algılamaya başlayan embirio, gelişimini tamamlayıp, ana rahminden ayrılırken, döl yatağının güçlü kasılmalarını deneyimler. Bu deneyim, bebeğin sindirim ve solunum bölgelerini harekete geçirir. Bu yoğun temas, adeta yaşam-destek sistemi için tetikleyici görevi yapar (Rueger, 2001).

Doğum esnasında yaşama tutunmayı sağlayan bu yoğun temas ile başlayan ilk *kendilik deneyimi (self-experience)*, doğum sonrasında beden farkındalığı ile devam eder. Bu farkındalık için bebeğin, sevgi ve şefkat dolu fiziksel iletişime ihtiyacı vardır. Yeni doğan bebek, annenin her kucağa alışı, dokunuşu ve öpüşü ile bedenin farklı bölümlerinin farkına varır. (Erkan , 1990) Bu farkındalık, kendilik (self) gelişiminin en önemli basamağıdır. Bu aşamadaki kendiliğe Des Lauriers, *bedensel kendilik (The bodily self)* adını verir. Bedensel kendilik, asıl olan psikolojik kendiliğin yani, "Ben" in (I'ness) temelidir.(Brody, 1997).

GOT' un temelinde kendilik gelişiminin yetersiz olduğu durumlarda, dokunma ve dokunulma deneyimini yaşatarak, çocuğun kendilik algısını geliştirmek vardır. Brody (1997), Gelişimsel Oyun Terapisinin bu temelini 6 ilkeye dayandığını belirtmiştir;

- *Dokunulmayı deneyimleyen çocuğun, kendilik algısı gelişir:* GOT seanslarında dokunulma deneyimi, çocuğun kendisine dokunan yetişkine bağlanmasını sağlar. Böylece dokunulmayı deneyimleyen çocuk kendisini "Ben" (I) olarak algılayarak, dokunan yetişkinin ise "diğeri" (Other) olarak farkına varır. Çocuk

dokunulmayı ya kabul eder ya da reddeder. Her iki tepkide de çocuk kendi ve diğeri arasındaki ayrımı farkeder. Kabul veya red tepkisi özünde bir diğerin varlığı anlamına gelir.

- *Çocuğun dokunulma deneyimini yaşayabilmesi için, bu konuda yetkin bir yetişkinin dokunması gerekmektedir:* GOT' a göre dokunma konusunda yetkin bir yetişkin dokunulma deneyimini bizzat yaşamış olmalıdır. Böylece yetişkin dokunmanın verdiği hissi ve bu hissin oluşması için dokunucunun ne yapması gerektiğini bilir.
- *İyi bir dokunucu olabilmek için, yetişkinin dokunulmayı öğrenmesi ve bu konuda istekli olması gerekir:* Kişinin kendisine dokunulmasına müsaade etmesi kolay değildir. Dokunulma deneyimi genellikle çocukluk dönemine dair anıların hatırlanmasına neden olur. Bu anılarla yüzleşmek ve dokunulmaya açık olmak kişiyi iyi bir dokunucu yapar.
- *Dokunulmayı hissetmek için, çocuğun kendisine dokunulmasına izin vermesi gerekir:* Çeşitli şekillerde istismara uğramış çocuklar dokunulmaya karşı aşırı refleksif tepkide bulunabilir ya da tamamen tepkisiz kalabilirler. Terapistin hassas ve sakin tutumu çocuğun dokunulduğunu hissetmesini ve böylece bedensel kendiliğinin farkına varmasını sağlar. Çocuk yavaş yavaş atılan her dokunma adımında, terapistle ilişki kurmaya başlar ve kendisine dokunulmasına müsaade eder.
- *Bir çocuk kendi varlığının görüldüğünü ilk olarak dokunma aracılığıyla hisseder:* Bebek doğumdan sonra varlığının başkaları tarafından görüldüğünü ilk olarak anne dokunuşu ile anlar.
- *Çocuğun dokunulmayı gerçekten hissettiği bir ilişki için, Gelişimsel Oyun Terapisi seansı terapist tarafından yönlendirilmelidir:* GOT seans sürecinde, çocuk ve terapist arasında iyileştirici bir ilişki kurmak, terapistin sorumluluğundadır. Terapist, çocuğa dokunma imkanı sağlayacak fırsatlar oluşturur. GOT terapistinin, 4 temel unsurda sorumluluk alması gerekir; Çocuğa dikkatini verme, çocuğa dokunma, çocuğun verdiği işaretleri doğru yanıtlayabilme, ihtiyaçlarına yanıt veren bir yetişkinin varlığına dair çocuğun dikkatini çekebilme.

Brody'nin GOT 'un merkezine aldığı dokunan ve dokunulan arasında ki bu

interaktif ilişki; ünlü bir Varoluşçu olan ve aynı zamanda beden felsefecisi olarak tanınan, Merleau-Ponty'nin dokunma eylemi tanımına benzetilebilir. Merleau-Ponty, dokunma eyleminde, dokunan ve dokunulan beden arasında, dokunanın aktif (sentient), dokunulananın ise pasif (sensible) olduğu bir ilişkinin olmadığını dile getirir. Zira dokunan, aynı zamanda pasiftir, dokunulan tarafından yönlendirilir. Yani dokunulabilir pek çok şey, aslında dokunan bedeni de oluşturur, var eder. Aynı şekilde dokunulan (sensible) beden de sadece pasif değildir, gizil bir aktifliğe sahiptir ki, böylece dönüşüm gerçekleşir. (Maclaren, 2014)

Viola Brody, çocuklarla yaptığı terapi çalışmalarında problemlili çocukların *kendilik/benlik gelişiminin (self development)* sekteye uğradığını adeta bloke olduğunu farketmiştir. Bu deneyimlerin sonucu olarak, Brody terapilerinde ve sonrasında geliştirdiği yönteminde, çocuğun *kendiliğini (Self)* geliştirmeyi amaç edinmiştir (Brody, 1997).

GOT, güvenli bağlanmanın en temel unsuru dokunma ihtiyacını merkeze almaktadır. Bu özelliği nedeniyle özellikle 0-2 yaşları arasında bakım verenden yeterli ilgi ve bakım görememiş, güvenli bağlanamayan çocuklarda oldukça etkilidir. GOT, dokunma odaklı oyunlarla bağlanma eksikliklerini gidererek, güvenli bağlanmanın yeniden ve sağlıklı bir şekilde deneyimlenmesini sağlar. GOT, istismar ve ihmale uğramış, olumsuz dokunulma deneyimi olan çocuklarda, bağlanma patolojilerinde etkili olduğu gibi, dokunma duyusunun yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkan, Hiperaktivite, yıkıcı davranış bozukluklarının tedavisinde de etkilidir (Schwartzenberger, Developmental Play Therapy, 2004). Ayrıca bedensel duyum ve kendilik farkındalığının oldukça az olduğu Yaygın Gelişimsel Bozukluklarda ve psikotik sorunlarda da kullanılmaktadır. (Brody, 1997)

Gelişimsel Oyun Terapisinin belirtilen sorunlara ilişkin etki mekanizmasının daha iyi anlaşılabilmesi için travma sürecinin beyindeki işleyişini anlamak önemlidir.

Travma psikofiziksel bir olaydır. Bu özelliği ve belirtilen etki mekanizmaları nedeniyle, çocukluk dönemi travmaları gibi kronik travmaların tedavisinde kullanılan teröpatik yöntem, bilişsel, duygusal ve duyuşsal açıdan bütüncül bir bakış açısına sahip olmalıdır. (Elbrecht & Antcliff, 2014)

Nörobilimsel beyin araştırmaları, dışarıdan (göz, kulak ya da tensel duyuşal reseptörlerden) gelen duyuşal uyarıların, beynin talamus denen bölgesine ulaştığını ve amigdalaya ulaşarak limbik sistemle sinaptik bağlantı sağlandığını göstermektedir. Limbik sistem, beynin duygular ve duyuşal hisler ile ilişkili alanıdır ve duyuşal beyin olarak ta adlandırılmaktadır. Duyuşal sinyal, ikincil olarak neokortekse yani beynin en üst ve gelişmiş alanına, *düşünen beyne* gönderilir. Beynin bu bölümü uyarının gerçekten tehlikeli olup olmadığını ayırt eder ve duruma uygun tepki verir. Ancak limbik sistem/duyuşal beyin, neokorteks durumun gerçek ya da algısal bir tehlike mi olduğunu analiz etmeden, tüm beyni alarma geçirir. Bu alarm aslında tehlikeye karşı yaşamın sürmesini sağlar. (Levine & Kline, 2014)

Travmatik bir tetikleyciye maruz kalan çocuklarda, davranıştan önce düşünen beynin devreye girmesi beklenemez. Posttravmatik davranışlar, duyuşal beynin hayatta kalma tepkisinin bir sonucudur. Duyuşal beyin, aynı zamanda travmatik anıların depolandığı alandır. Travmatik anılar bilinç düzeyinde öncelikli bir etki bırakmasa da, özellikle duyuşal deneyimlerde gizlidir. (Van Der Kolk & Bessel, 1994)

Travma ve duyuşal beyin arasındaki bu ilişki, travmanın tedavi metodunda yol göstermektedir. Travmatik çocukların tedavisinde, 2 önemli etkenin rol oynadığı bilinmektedir. İlk etken; kendini tehdit altında hisseden çocuğun “güvenlik” ihtiyacının giderilmesidir. Artık tehlikede olmadığını hissettirecek güvenli bir alan temini, travmanın tedavisinde hayati önem taşımaktadır. İkinci olarak, çocuğun duyuşal deneyimlerini arttırıcı ortam sağlamaktır. Duyuşal deneyimin kaygı azaltıcı ve yatıştırıcı etkisi travmanın etkisini azaltmaktadır. (Schwartzberger, *Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma*, 2007)

Gelişimsel Oyun Terapisi travmanın sağaltımı için gerekli iki tedavi unsurunu içermektedir. GOT'un duyu-motor oyunları çocuğun duyuşal olarak entegrasyonuna yardımcı olurken, teröpatik ilişki ve duyuşal bağ, çocuğun ihtiyacı olan güven algısını temin etmektedir. Bluestein (2001) GOT'u; “travmatik çocuğun ihtiyacı doğrultusunda tüm duyuşaları bütüncül olarak çalıştıran çoklu duyu-motor diyeti” olarak ifade eder. GOT oyunları ile çocuk taktil, vestibüler ve proprioseptif duyuşaları deneyimler. Bu duyu-motor aktivitelerin yatıştırıcı özelliği nedeniyle, travmatik beyni adeta normal

ritme resetler. akt. (Schwartzenger, Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma, 2007)

1.2.3.5. Dokunmanın Teröpatik Olarak Kullanımı ve Etik Çerçeve

Bilinen en eski tıbbi kayıtlara göre, dokunmanın iyileştirici unsur olarak kullanımı, 25 asır öncesine kadar uzanmaktadır. Ruh, beden ve zihni bir bütün olarak ele alan Şaman kültüründe, dokunmayı bir tedavi unsur olarak kullanmanın yaygın olduğu bilinmektedir. Anadolu'da da şifacılık kültürünün çok yaygın olduğu ve yöresel olarak çeşitli kişilerin iyileştirici gücüne inanılır. Dokunma daha çok fiziksel etkileri için kullanılmakta idi. Ancak son yıllarda dokunmanın insan gelişimi, fiziksel, duygusal ve mental sağlık için önemi yeniden farkedilmeye başlanmış, konu ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. (Zur & Nordmarken, 2015)

Dokunmanın psikoterapilerde kullanımı ile ilgili, pek çok farklı yaklaşım bulunmaktadır. Psikanalitik kuramın öncüsü Freud, dokunmanın terapist ve danışan arasında aktarımı (*transferans*)⁶ arttıracığını öne sürmüştür. Sadece psikolanalitik kuramı benimseyen uzmanlar değil, pek çok farklı kuramın temsilcileri Freud'un bu mirasını benimsemişlerdir. Terapist ve danışan arasında gerekli sınırın korunması ihtiyacı ile dokunma, psikoterapilerde sınırlandırılmış ve adeta yasaklı hale gelmiştir. (Zur & Nordmarken, 2015)

Klinik psikologların psikoterapide dokunmanın (tokalaşma, sarılma vb.) kullanımına ilişkin yaklaşımlarını irdeleyen bir çalışmada; Hunter and Struve (1998)'ün dokunmayı önerdiği aktarılmıştır. Buna göre dokunma; teröpatik ilişkiyi temin etmekte, sürdürmekte ve derinleştirmekte oldukça etkindir. Ayrıca dokunma danışanın "şimdi ve burada"⁷ kalmasını kolaylaştırır, duygusal anlamda çözülmeyi sağlar ve danışan ihtiyacı olan manevi ilgiyi alarak ilerleme kaydeder. akt. (Harrison, Jonesb, & Huws, 2012)

Pope, Tabachnick, Keith-Spiegel (1987) psikologlarla yaptıkları çalışmada, Amerika'da psikologların %41'i, danışanlarını sıklıkla kucakladıklarını ifade etmişlerdir. akt. (Zur & Nordmarken, 2015)

⁶ Psikanalitik terapilerde danışanın geçmişte diğerlerine karşı hissettiği duyguları, seans sırasında terapistte yönlendirmesini ifade eder.

⁷ Farklı psikoterapi kuramlarında danışanın geçmişte kalmasını ve düşünce dağılımlarını önlemek amacıyla terapi esnasında o ana odaklanmasını ifade eder.

Psikoterapide dokunma ile ilgili terapist ve danışanlarla yapılan 2 küçük çaplı çalışmada, terapistlerin danışanların duygusal ihtiyaçları ve karakteristik özelliklerine göre, danışana dokunma (sarılma, tokalaşma, duygusal anlarda destekleyici omuza dokunuş vb.) davranışında bulduklarını belirtmişlerdir. Danışanların çoğunluğu ise, dokunma davranışlarının, kendilerini güvende hissettirdiğini, teröpatik gelişim için desteklediğini belirtmişlerdir. (Pinson, 2002)

Dokunma duyusu cinsel içerikli anlama hapsedilmiş ve bu durum dokunma ile ilgili pek çok tabunun oluşmasına neden olmuştur. Çocukları cinsel istismardan korumak adına geliştirilen hukuki yaptırımlar, çocukların ihtiyaç duydukları şefkatli dokunuşlardan mahrum kalması ile sonuçlanmıştır. ABD’de öğretmenler ile yürütülen bir araştırmada, öğretmenlerin içgüdüsel olarak erken çocukluk dönemindeki çocuklara dokunmanın faydalı olduğunun farkında olduklarını ancak, takdir edilmeyen bir davranış olarak algılanıp, suçlanmaktan korktuklarını ortaya koymuştur. (Owen & Gillentine, 2010)

Çocukların terapisinde dokunmanın kullanımı, Oyun Terapileri Derneği (Association For Play Therapy) tarafından hazırlanan bir çalışmada ele alınmıştır. Konu ile ilgili yayımlanan makalede, dokunma ile ilgili dikkat edilmesi gereken konulara yer verilmiştir. Buna göre; oyun terapistinin, dokunmanın gelişimsel, teröpatik ve etik boyutu ile ilgili eğitilmesi birinci şarttır. Oyun terapisti dokunmanın farklı kültür ve toplumlarda algılanabilecek anlamlarına hazırlıklı olmalı, çocuk ve çocuktan sorumlu bakım verenlere seanslarda kullanılacak dokunma formları ile ilgili önceden bilgi vermeli ve aile ya da sorumlu bakım verenden yazılı izin almalıdır. Dokunmanın oyun terapisinde kullanımında temel şartlardan birisi de, çocuğun gerçek teröpatik ihtiyacının tespit edilmesi ve buna uygun bir uygulamanın gerçekleştirilmesi prensibidir. Bu ilkelerle başlatılan dokunma içerikli oyun terapisi süreci, bir süpervizör gözetiminde yürütülmelidir. Oyun Terapisti, erotik ve öfkeli dokunuşlardan kaçınmalı, özellikle istismar ve travma öyküsü olan çocukların, kötü dokunuş deneyimleri nedeniyle, dokunma prosedürlerine azami ölçüde dikkat etmeli, çocuğunu travmatik deneyimini tetikleyebilecek dokunuşlardan kaçınmalıdır. (Association For Play Therapy, 2012)

1.3. KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUKLAR

Çocuklar sağlıklı gelişimleri için, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının giderilmesine, bunun yapılabilmesi için ise, sağlıklı bir çevreye ihtiyaç duyarlar. Hiç şüphesiz bu ihtiyaçların giderilmesinde birincil sorumlu ebeveynlerdir. Çeşitli nedenlerle bu sorumluluğun yerine getirilemediği durumlarda “çocuk koruma” devreye girmektedir.

Ülkemizin de taraf olduğu Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi 18. Maddesinde, anne ve babanın çocuğun yetiştirilmesinde ortak sorumluluk taşıdıkları, bu sözleşmeyi kabul eden ülkelerin, bu sorumluluğun yerine getirilmemesi halinde, sorumluluğu üstlendiklerini beyan eder. Aynı sözleşmenin 20. maddesinde ise, bu sorumluluğun çeşitli nedenlerle yerine getirilememesi durumunda, çocuğun devletten koruma ve yardım alma hakkı olduğu belirtilir. (Birleşmiş Milletler, 1989)

Çocuğun koruma altına alınmasını gerektiren nedenlerin sıralandığı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu’nda, 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*" olarak tanımlanmaktadır (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Tanımdan anlaşılacağı üzere, çocuğun koruma altına alınmasında, ebeveynlerin yetersiz kaldığı ya da ebeveynlerin zarar verici rolünün olduğu iki durumdan bahsedilebilir.

Türkiye’de 2015 yılı verilerine göre, 0-18 yaş arası toplam 12.337 çocuk kuruluş bakımında koruma altına alınmıştır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015) Kayıt altına alınan bu sayının dışında koruma ihtiyacı olan ancak ulaşılamayan, pek çok çocuğun olduğu bilinmektedir.

Korunmaya muhtaç çocuklar dünyada pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de etkin sosyal politikalar ile ele alınması gereken ve toplumun genel yapısını etkileyen önemli bir gerçekliktir. İşsizlik, yoksulluk, göç, savaşlar gibi sosyoekonomik ve kültürel etkenler aile yapısında önemli değişikliklere neden olmaktadır. Keza aile yapısındaki değişiklikler de toplumda ki değişimi etkilemektedir. Bu etkileşimin

sonucunda, korunmaya muhtaç çocuklar gerçekliği ile karşı karşıya kalınmaktadır. (Yolcuoğlu, 2009)

Toplum ve aile yapısı arasındaki etkileşimde olumsuz döngünün kırılabilmesi için, Korunmaya Muhtaç Çocuklara dönük sağaltım programları önem kazanmaktadır. Yetişkin dönemde görülen ruhsal bozuklukların, büyük oranda çocukluk dönemi yaşam olayları ile ilgili olduğu bilinmektedir (National Institute Of Mental Health, 2006). Gerek çocukların kaldığı kuruluşların fiziksel koşullarının iyileştirilmesi, gerekse çocukların psikolojik durumlarını iyileştirici çalışmaların yapılması, çocukların topluma değer katan bireyler olarak kazandırılması için, hayati önem taşımaktadır.

Ülkemizde çocuk koruma işlemleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü merkezli yönetilmektedir. Başer(2013) çalışmasında, ülkemizde çocuk korumaya yönelik sosyal politikalarının öncelik sırasına yer vermiştir. Buna göre çocuğun, şartlar uygunsa, öz ailesi ya da bir yakının yanında, kendi yaşadığı şehir ve bölgede desteklenmesi önceliklidir. Sırasıyla; evlatlık verilme yoluyla çocuğun bakımının sağlanması, koruyucu aile yanında bakım, son olarak ta tüm bunların mümkün olmadığı durumlarda, kurum bakımına alınması, gelmektedir. Sıralamadan da anlaşılacağı üzere, toplu bakımın olası ve bilinen dezavantajlarını önlemek için, aile modelinin olduğu bakımlar önceliklidir, aile bakımından sonra kurum bakımı gelmektedir. (Başer, 2013)

Kurum bakımı; mahkeme kararı ile koruma altına alınmış olan ve aile yanında desteklenmesi mümkün olmayan çok sayıda çocuğun, aynı fiziki ortamda bulunduğu toplu bakım modeli olarak tanımlanabilir. Ülkemizde kurum bakımı; yetiştirme yurtları, sevgi evleri/çocuk yuvaları ve çocuk destek merkezleri ile 2005 yılından itibaren uygulamaya konan Çocuk Evlerini kapsamaktadır. (Yazıcı, 2012) Çalışmanın bu kısmında, korunmaya muhtaç çocuklara ülkemizde sunulan kuruluş bakımları ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

1.3.1 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). 2015 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 7 adet çocuk yuvasında 0-12 yaşları arasında 370 çocuk kalmaktadır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

1.3.2 Sevgi Evleri

Son yıllarda, toplu bakımın çocukların gelişimlerine yönelik olumsuz etkileri değerlendirilmiş ve Aile Ve Sosyal Bakanlığı tarafından, çocuk koruma kuruluşları için yeni model arayışlarına gidilmiştir. Bu kapsamda, “Sevgi Evleri Projesi” devreye girmiştir. Sevgi Evleri Projesi; çok katlı ve koğuş sisteminin olduğu toplu bakım ünitelerinin yerine, küçük müstakil binalardan oluşturulan, site içerisinde bakımın sağlanmasını kapsar. Böylece çocukların daha küçük yapılarda, daha az sayıda ve aile ortamına benzer, yakın ilişki kurabilecekleri sosyal bir çevrede olması hedeflenmiştir. Proje ile Çocuk Yuvalarının pek çoğu; az katlı ve müstakil yapıların bir arada bulunduğu site şekline dönüştürülerek, Sevgi Evleri olarak anılmaya başlanmıştır. Sevgi evlerinde, 10-12 çocuk az katlı müstakil yapılarda yaşamaktadır. 2011 yılında 3004 çocuğun bakıma alındığı Sevgi Evleri sayısı 36 iken, 2015 yılında bu sayı; 86 Sevgi Evi’nde 4.950 çocuğa ulaşmıştır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

1.3.3 Çocuk Destek Merkezleri

Çocuk Destek Merkezleri; suça sürüklenmesi, suç mağduru olması veya sokakta sosyal tehlikelerle karşı karşıya kalması sebebiyle koruma ve bakım tedbiri kararı alınan çocukların, geçici süre ile bakım ve korumalarının sağlandığı, sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Bu süre içerisinde, çocuklara psikososyal destek sağlanarak aile, yakın çevre gibi sosyal ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmalar yürütülür. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015) 2015 yılı verilerine göre; 60 Çocuk Destek Merkezinde, 1085 çocuğa hizmet verilmektedir (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

1.3.4 Yetiştirme yurtları

"Yetiştirme Yurdu" 13-18 yaş ve üzerindeki korunmaya muhtaç çocukların yaşamlarını idame ettirdiği yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1995) 2015 yılı itibariyle Türkiye’de 13 yetiştirme yurdunda 468 çocuk bulunmaktadır. Kız yetiştirme yurtları ve çocuk yuvalarının aynı fiziki ortamda olduğu

6 kuruluşta da 294 korunmaya muhtaç ocuk bulunmaktadır. (ocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

1.3.5 ocuk Evleri

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

ocuk Evleri ile korunmaya muhtaç çocuklar daha az sayıda bakım verenle ilişki kurma imkanına kavuşmuştur. Çocuğun sağlıklı bağlanma ve güven ilişkisi için oldukça önemli olan bu durum korunmaya muhtaç çocuklara psikolojik olarak daha sağlıklı ortam sunmaktadır. (Yazıcı, 2012)

ocuk Evleri açma ve denetleme işlemleri, ocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerinde oluşturulan ocuk Evleri Koordinasyon Merkez Müdürlükleri’nce yürütülmektedir. Sivil Toplum Kuruluşları ile işbirliği protokolü imzalanmakta ve ocuk Evleri sisteminin yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bu araştırmanın gerçekleştirildiği Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği, işbirliği protokolü çerçevesinde ocuk Evlerinin açılmasını ve yaygınlaştırılmasını desteklemektedir. 2010 yılından bu yana faaliyetlerini sürdüren dernek, 2015 yılı itibariyle 44 ocuk evinde, 218 çocuğu desteklemektedir. (Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği, 2015)

Ülkemizde Çocuk Evleri uygulamasının başladığı 2005 yılından bu yana yapılan yaygınlaştırma faaliyetleri sonucunda Çocuk Evleri sayısı 1027; çocuk evlerinde kalan çocuk sayısı ise, 5297'ye ulaşmıştır. (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015)

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile, erken çocukluk döneminde ihmal, istismar öyküsü olan devlet koruması altındaki çocuklarda görülen, davranış problemleri ve psikolojik sorunların tedavisinde Gelişimsel Oyun Terapisinin etkinliğinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

1.5. Araştırmanın Önemi

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

Bu çalışma, ülkemizde Çocuk Evlerinde bakımı sağlanan Korunmaya Muhtaç Çocuklara yönelik teröpatik bir uygulamanın ele alındığı ilk çalışma olması ve Gelişimsel Oyun Terapisi'ni konu edinen ilk çalışma olması açısından oldukça önemlidir.

1.6. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma “Gelişimsel Oyun Terapisi çocukların davranış problemlerinin ortadan kaldırılmasında etkilidir” hipotezi ile planlanmıştır.

DSM V'te kategorize edilmeyen, ancak çocukluk dönemi problemleri arasında sıkça karşılaşılan parmak emme, tırnak yeme, uykuda diş gıcırdatma gibi davranışlar da ele alınmıştır.

1.7. Sınırlılıklar

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

- Araştırma süresince, çocukların psikolojik sağlıklarını etkileyebilecek öz aile görüşmeleri, evden bir çocuğun -evlatlık verilme, koruyucu aile ya da öz aileye dönüş nedeniyle- ayrılışı gibi yaşam olaylarının önüne geçilememiş, değişken parametreler azaltılamamıştır.
- Araştırma sadece Çocuk Evlerinde koruma ve bakım altına alınan korunmaya muhtaç çocuklarla sınırlıdır.
- Araştırma sonuçları CBCL-Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinin verileri ile sınırlıdır.

1.8. Varsayımlar

- Araştırma süresince çocukların duygu durumunu etkileyebilecek yaşam olaylarının, sonuçları etkilemediği,
- Ölçeklerin araştırmaya uygun olduğu düşünülmüştür.
- Bakım verenlerin ölçekleri gerçekliğe uygun doldurduğu kabul edilmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

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

2.1. Araştırmanın Yöntemi

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

Araştırma için 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. Haftasında, Gelişimsel Oyun Terapisi uygulamasına çocuklar katılmamış, 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. Her seans sonrası süpervizör eşliğinde grup değerlendirmesi yapılmıştır.

Araştırmada çocukların davranış sorunları, ölçek ile ölçülmüştür. Gelişimsel Oyun Terapisinin etkinliğini belirlemek amacıyla, öntest- sontest yöntemi benimsenmiştir.

2.2. Araştırma Örneklemi

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 6-12 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 yürütülmüştür. 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. Araştırma süresince grupların teröpatik işleyişi ile ilgili süpervizyon desteği alınmıştır.

2.3. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri

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

Örneklem grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1.'de görüldüğü şekildedir. Buna göre; örneklem grubunun %56,7'si erkek; % 43,3'ü ise kız çocuklardan oluşmaktadır. Çocuklardan %50'si 6; %30'u 7 ve %20'si ise 9 yaşındadır.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	17	56,7
	Kız	13	43,3
Yaş	6 yaş	15	50,0
	7 yaş	9	30,0
	8-9 yaş	6	20,0

Örneklem grubunu psikiyatrik tanı ve ilaç kullanım durumları Tablo 2.'de paylaşılmıştır. Çocuklardan %76,7'sinin herhangi psikiyatrik tanısı yok iken; tanısı olanların oranı %23,3'tür. Tanısı DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) olanların oranı %6,7; Dürtü Kontrol Bozukluğu olanların oranı %6,7; Depresyon

olanların oranı %3,3; Davranım Bozukluğu olanların oranı %3,3; aynı anda Depresyon, Anksiyete ve Enürezis Nokturna tanısı alanların oranı %3,3'tür.

Ayrıca örneklem grubundaki çocuklardan %79,3'ü ilaç kullanmazken; %20,7'si en az bir ilaç kullanmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Psikiyatrik Tanı ve İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

		n	%
Psikiyatrik tanı	Yok	23	76,7
	Var	7	23,3
Psikiyatrik tanı	Yok	23	76,7
	DEHB	2	6,7
	Dürtü bozukluğu	2	6,7
	Depresyon	1	3,3
	Davranım bozukluğu	1	3,3
	Depresyon+Anksiyete+enürezis nokturna	1	3,3
İlaç	Yok	23	79,3
	Var	6	20,7

Örneklem grubunun çocuk evinde kalma süresi ve biyolojik aileleri ile görüşme durumlarına göre dağılımı, Tablo 3.'te belirtilmiştir. Çocuk evinde kalma süresi 1 yıl ve daha az olanların oranı %23,3; 2-3 yıl arası olanların oranı %56,7; 3 yıldan daha fazla olanların oranı %20,0'dir. Biyolojik/Öz aile görüşmesi olanların oranı %66,7; olmayanların oranı %33,3'tür.

Tablo 3. Katılımcıların Çocuk Evinde Kalma Süresi Ve Öz Aile Görüşme Durumlarına Göre Dağılımı

		n	%
Çocuk Evinde Kalma süresi	1 yıl ve daha az	7	23,3
	2-3 yıl	17	56,7
	3 yıldan daha fazla	6	20,0
Öz Aile Görüşmesi	Yok	10	33,3
	Var	20	66,7

2.4. Verilerin Toplanması

Çocuklar, terapi uygulamasına alınmadan önce ve tamamlandıktan sonra, Çocuk Davranışlarını Değerlendirme 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.

2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada örneklem grubundaki çocukların demografik bilgilerinin kaydedildiği demografik bilgi formu ile 6-18 Yaş Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist) kullanılmıştır. Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinin, anne-baba ya da bakım veren tarafından doldurulan formatı, çocuklara bakım veren kişilerce doldurulmuştur.

Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği, kullanım ve değerlendirmede pratik olması, çocukların davranış problemlerini DSM tanı sisteminin kategorizasyonuna göre verebilmesi ve Türkiye standardizasyonunun da olması nedeniyle tercih edilmiştir.

2.5.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu

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

2.5.2 Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği

Ölçek, Achenbach tarafından ilk olarak 1983 yılında geliştirilmiş, 1993 yılında revize edilen versiyonu 4-18 yaş aralığı için kullanıma sunulmuştur. 2001 yılında yeniden güncellenen ölçek; 1,5-5 yaş grubu için ve 6-18 yaş grubu için ayrı form halinde yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin orijinal adı Child Behavior Checklist'tir. Ölçek Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi'nde (ASEBA) yer alan ölçekler dizininden birisidir. Bu değerlendirme sistemi açık uçlu soruların değerlendirmeye alınmasına imkân tanımaktadır.

Ölçek toplam 4 sayfadan oluşmaktadır. Yeterlik Testi olarak adlandırılan ilk 2 sayfada, çocuğun demografik bilgileri, anne- baba ya da bakım verenin çocukla ilgili

görüş ve duyguları, çocuğun hobileri ve sağlık bilgileri yer almaktadır. Yeterlik alt testi; Okul, Etkinlik ve Sosyalite alt testlerinden oluşmaktadır.

Ölçeğin son 2 sayfası ise, çocuğun davranış problemleri ve duygusal sorunlarını ele alan 113 maddeden oluşur. Maddelerin her biri “Doğru Değil”, “Bazen ya da Biraz Doğru”, “Çok ya da Sıklıkla Doğru” seçenekleri ile değerlendirilir. Her seçenek puanlama sistemi ile değerlendirilir. Buna göre; “Doğru Değil” 0 (sıfır), “Bazen ya da Biraz Doğru” 1 (bir), “Çok ya da Sıklıkla Doğru” 2 (iki) sayısal değeri ile puanlandırılır.

Ölçeğin 113 maddelik Problem Test bölümü Ampirik Temelli Alt Testler ve DSM Uyumlu Alt Testlerden oluşmaktadır. Ampirik Temelli Alt Testleri içe yönelim ve dışa yönelim alt testleri olarak 2 ayrı grupta değerlendirilmektedir. İçe Yönelim grubu alt testleri Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon ve Somatik Yakınmalar başlıklarından oluşmaktadır. Dışa Yönelim grubu ise, Kurallara Karşı Gelme ve Saldırgan Davranışlar alt testlerinin toplamından oluşmaktadır. Her iki gruba da girmeyen Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları alt testleri de ölçekte yer almaktadır.

Ölçeğin DSM uyumlu alt testleri ise; Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu” başlıklarından oluşmaktadır. 2007 yılında yapılan düzenleme ile ölçüğe Obsesif -Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Ağır Bilişsel Tempo alt testleri de eklenmiştir. Tüm alt testlerin toplamından Toplam Problem puanı bulunur. (Erol & Şimşek, Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı, 2010)

Puanlama elle ya da bilgisayar programı yardımı ile yapılabilmektedir. 8 maddeden fazla boşluk olduğunda, ölçek değerlendirilmeye alınmaz. Ölçek puanlamasında ham puan ve T puan kullanılabilir. Araştırmalarda sendrom ölçeklerinin istatistiksel analizleri için, ham puanların kullanılması önerilmektedir. (Erol & Şimşek, Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı, 2010)

CBCL/4-18 ölçeğinin 1981 formu ilk kez Melda Akçakın ve Işık Savaşır tarafından 1983 yılında Türkçe 'ye çevrilmiş, güvenilirlik çalışması yapılarak 6-11

yaşlarında 80 çocuğa uygulanmıştır. 1991 yılına ait form, Neşe Erol ve Melda Akçakın tarafından Türkçe 'ye çevrilmiş ve 1983 yılında çevrilen versiyonu ile karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda, ölçekte bazı değişiklikler yapılmış ve son olarak, 2001 yılında CBCL/6-18 formu halini almıştır. (Erol & Şimşek, Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı, 2010)

1995-1996 yılları arasında, ölçeğin Türkiye norm çalışmaları için veri toplanmıştır. Türkiye norm çalışmalarına, 963 klinikte toplam 4278, toplum örnekleminde 5241 çocuk, dahil edilmiştir. Ölçeğin toplum örneğinde yaş ve cinsiyet farkı bulunmamaktadır. 2001 yılı formunun güvenilirlik çalışmasında “toplam problem”de iç tutarlılık katsayısı.94 bulunmuştur. (Erol & Şimşek, Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı, 2010)

CBCL/ 6-18 'in içerik geçerliliği için, klinik ve toplum örneği karşılaştırması yapılmış, ve demografik değişkenlere göre alt test puanlarının dağılımı ile her bir değişkenin etkisi, varyans yüzdesi hesaplanarak saptanmıştır. Sekiz faktör yapıllı ölçeğin Türkiye geçerliliği için, klinik ve normal örneklem üzerinde doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin standardize edilmiş faktör yük değerleri incelendiğinde, maddeler ve alt ölçekler arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Her bir maddenin faktör yük değerleri .39 ile .85 arasından anlamlı olduğu saptanmıştır. (Erol & Şimşek, Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı, 2010)

2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

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

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



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

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

3.1. Araştırmada Edinilen Ampirik Temelli Alt Testlere Ait Bulgular

3.1.1. Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan çocukların çalışma öncesi Anksiyete/Depresyon alt testinin puan ortalaması $3,90 \pm 3,18$; çalışma sonrası Anksiyete/Depresyon alt testi puan ortalaması $2,00 \pm 1,82$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları.

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	30	0	14	3,90	3,18
Anksiyete/Depresyon (Sonrası)	30	0	7	2,00	1,82

Uygulamaya alınan çocukların öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığının tespiti için Wilcoxin Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Anksiyete/Depresyon son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 22'sinin (%73,3), Anksiyete/Depresyon son puanı ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 5. Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

		n	Sıra Ort.	Z	p
Anksiyete/Depresyon (Sonrası) - Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	Negatif Sıralar	22 ^a	13,84	-3,852	0,000
	Pozitif Sıralar	3 ^b	6,83		
	Eşit	5 ^c			
	Toplam	30			

a. Anksiyete/Depresyon (Sonrası) < Anksiyete/Depresyon (Öncesi)

b. Anksiyete/Depresyon (Sonrası) > Anksiyete/Depresyon (Öncesi)

c. Anksiyete/Depresyon (Sonrası) = Anksiyete/Depresyon (Öncesi)

*p<0,05

3.1.2. Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular

Ampirik temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon alt test puan ortalamaları, Tablo 6. 'da paylaşıldığı gibidir. Buna göre, araştırmaya katılan çocukların Gelişimsel Oyun Terapisi öncesi Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon puanı ortalaması $1,87\pm 2,90$; çalışma sonrası Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon puanı ortalaması ise $1,20\pm 1,79$ ' dur.

Tablo 6. Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	30	0	12	1,87	2,90
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Sonrası)	30	0	7	1,20	1,79

Uygulamaya alınan çocukların öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığının tespiti için, Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 13'ünün (%43), Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 7. Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p
	Negatif Sıralar	13 ^d	9,96	
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Sonrası) - Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	Pozitif Sıralar	6 ^e	10,08	-1,404
	Eşit	11 ^f		0,160
	Toplam	30		

d. Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Sonrası) < Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Öncesi)

e. Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Sonrası) > Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Öncesi)

f. Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Sonrası) = Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Öncesi)

3.1.3. Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan çocukların, çalışma öncesi ampirik temelli Somatik Yakınmalar alt testinin puan ortalaması $1,33 \pm 1,97$; çalışma sonrası Somatik Yakınmalar alt testi puan ortalaması $1,10 \pm 1,73$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 8. Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Somatik Yakınmalar (Öncesi)	30	0	8	1,33	1,97
Somatik Yakınmalar (Sonrası)	30	0	6	1,10	1,73

Uygulamaya alınan çocukların öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığının tespiti için, Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Somatik Yakınmalar son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 10'unda Somatik Yakınmalar alt testi son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 9. Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p
	Negatif Sıralar	10 ^g	6,70	
Somatik Yakınmalar (Sonrası)	Pozitif Sıralar	4 ^h	9,50	
- Somatik Yakınmalar (Öncesi)	Eşit	16 ⁱ	-0,921	0,357
	Toplam	30		

g. Somatik Yakınmalar (Sonrası) < Somatik Yakınmalar (Öncesi)

h. Somatik Yakınmalar (Sonrası) > Somatik Yakınmalar (Öncesi)

i. Somatik Yakınmalar (Sonrası) = Somatik Yakınmalar (Öncesi)

3.1.4. Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan çocukların çalışma öncesi ampirik temelli Kurallara Karşı Gelme alt testinin puan ortalaması $3,57\pm 3,93$; çalışma sonrası Kurallara Karşı Gelme Davranışı alt test puanı ortalaması ise $2,53\pm 4,04$ olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)	30	0	15	3,57	3,93
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası)	30	0	19	2,53	4,04

Uygulamaya alınan çocukların Kurallara Karşı Gelme alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Kurallar Karşı Gelme son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 19'unda (%63,3) Kurallara Karşı Gelme son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 11. Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p	
Kurallara Karşı Gelme (Sonrası) – Kurallara Karşı Gelme (Öncesi)	Negatif Sıralar	19 ^j	13,63	-2,634	0,008
	Pozitif Sıralar	6 ^k	11,00		
	Eşit	5 ^l			
	Toplam	30			

j. Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) < Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)

k. Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) > Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)

l. Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) = Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)

3.1.5. Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan çocukların çalışma öncesi ampirik temelli Saldırgan Davranışlar alt testinin puan ortalaması; $10,93\pm 6,96$; çalışma sonrası Saldırgan Davranışlar alt test puanı ortalaması ise $6,23\pm 7,01$; olarak bulunmuştur.

Tablo 12. Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest- Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	30	0	33	10,93	6,96
Saldırgan Davranışlar (Sonrası)	30	0	30	6,23	7,01

Uygulamaya alınan çocukların Saldırgan Davranışlar alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Saldırgan Davranışlar alt testi son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 27'sinin (%90) Saldırgan Davranışlar son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 13. Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

		n	Sıra Ort.	Z	p
Saldırgan Davranışlar (Sonrası) - Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	Negatif Sıralar	27 ^m	14,93	-4,025	0,000
	Pozitif Sıralar	2 ⁿ	16,00		
	Eşit	1 ^o			
	Toplam	30			

m. Saldırgan Davranışlar (Sonrası) < Saldırgan Davranışlar (Öncesi)

n. Saldırgan Davranışlar (Sonrası) > Saldırgan Davranışlar (Öncesi)

o. Saldırgan Davranışlar (Sonrası) = Saldırgan Davranışlar (Öncesi)

3.1.6. Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan çocukların çalışma öncesi ampirik temelli Sosyal Sorunlar alt testinin puan ortalaması $4,90 \pm 3,16$; çalışma sonrası Sosyal Sorunlar alt test puanı ortalaması ise $3,10 \pm 2,73$ olarak bulunmuştur.

Tablo 14. Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Sosyal Sorunlar (Öncesi)	30	0	14	4,90	3,16
Sosyal Sorunlar (Sonrası)	30	1	13	3,10	2,73

Uygulamaya alınan çocukların Sosyal Sorunlar alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Sosyal Sorunlar alt testi son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 24'ünün (%80) Sosyal Sorunlar alt testi son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 15. Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

		n	Sıra Ort.	Z	p
Sosyal Sorunlar (Sonrası) – Sosyal Sorunlar (Öncesi)	Negatif Sıralar	24 ^P	14,79	-3,490	0,000
	Pozitif Sıralar	4 ^q	12,75		
	Eşit	2 ^r			
	Toplam	30			

3.1.7. Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan çocukların çalışma öncesi ampirik temelli Düşünce Sorunları alt testinin puan ortalaması $2,30 \pm 2,35$; çalışma sonrası Düşünce Sorunları alt test puanı ortalaması ise $1,33 \pm 1,90$ olarak bulunmuştur.

Tablo 16. Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Düşünce Sorunları (Öncesi)	30	0	8	2,30	2,35
Düşünce Sorunları (Sonrası)	30	0	7	1,33	1,90

Uygulamaya alınan çocukların Düşünce Sorunları alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Düşünce Sorunları son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 19'unda (%63.3) Düşünce Sorunları son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 17. Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p
Düşünce Sorunları (Sonrası) - Düşünce Sorunları (Öncesi)	Negatif Sıralar	19 ^s	12,13	-3,488 0,000
	Pozitif Sıralar	3 ^t	7,50	
	Eşit	8 ^u		
	Toplam	30		

s. Düşünce Sorunları (Sonrası) < Düşünce Sorunları (Öncesi)

t. Düşünce Sorunları (Sonrası) > Düşünce Sorunları (Öncesi)

u. Düşünce Sorunları (Sonrası) = Düşünce Sorunları (Öncesi)

3.1.8. Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan çocukların çalışma öncesi ampirik temelli Dikkat Sorunları alt testinin puan ortalaması $6,57 \pm 4,70$; çalışma sonrası Dikkat Sorunları alt test puanı ortalaması ise $4,03 \pm 4,24$ olarak bulunmuştur.

Tablo 18. Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Dikkat Sorunları (Öncesi)	30	0	17	6,57	4,70
Dikkat Sorunları (Sonrası)	30	0	14	4,03	4,24

Uygulamaya alınan çocukların Dikkat Sorunları alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Dikkat Sorunları son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 24'ünde Dikkat Sorunları son puanı ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 19. Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p
Dikkat Sorunları (Sonrası) - Dikkat Sorunları (Öncesi)	Negatif Sıralar	24 ^v	13,92	-4,040 0,000
	Pozitif Sıralar	2 ^w	8,50	
	Eşit	4 ^x		
	Toplam	30		

v. Dikkat Sorunları (Sonrası) < Dikkat Sorunları (Öncesi)

w. Dikkat Sorunları (Sonrası) > Dikkat Sorunları (Öncesi)

x. Dikkat Sorunları (Sonrası) = Dikkat Sorunları (Öncesi)

3.2. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Alt Testlerine Ait Bulgular

3.2.1. DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların DSM yönelimli Duygudurum Bozukluğu alt test puan ortalamaları, Tablo 20.'da belirtilmiştir. Buna göre, çocukların çalışma öncesi DSM yönelimli Duygudurum Bozukluğu alt test puan ortalamaları $3,067 \pm 3,051$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $1,700 \pm 2,409$ 'dır.

Tablo 20. DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Duygu-Durum Bozukluğu (Öncesi)	30	0,00	13,00	3,067	3,051
Duygu-Durum Bozukluğu (Sonrası)	30	0,00	12,00	1,700	2,409

Uygulamaya alınan çocukların DSM yönelimli Duygudurum Bozukluğu alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Duygudurum Bozukluğu alt testinin son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 19'unda (%63.3) Duygudurum Bozukluğu alt test son puanı ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 21. DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası) - Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	19 ^y	14,47		
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası) - Eşit Toplam	6 ^z	8,33	-3,051b	0.002
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası) = Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	5 ^{aa}			
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası) = Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	30			

y. Duygudurum Bozukluğu (Sonrası) < Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)

z. Duygudurum Bozukluğu (Sonrası) > Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)

aa. Duygudurum Bozukluğu (Sonrası) = Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)

3.2.2. DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların DSM yönelimli Anksiyete Bozukluğu alt test puan ortalamaları, Tablo 22. 'de belirtilmiştir. Buna göre, çocukların çalışma öncesi DSM yönelimli Anksiyete Bozukluğu alt test puan ortalamaları $2,57 \pm 2,24$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $1,47 \pm 1,53$ 'dür.

Tablo 22. DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	30	0,00	7,00	2,567	2,239
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası)	30	0,00	5,00	1,467	1,525

Uygulamaya alınan çocukların DSM yönelimli Anksiyete Bozukluğu alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Anksiyete Bozukluğu son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 21'inin (%73.3) Anksiyete Bozukluğu alt testi son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 23. DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

		n	Sıra Ort.	Z	p
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası) –	Negatif Sıralar	21 ^{ab}	11,74		
	Pozitif Sıralar	1 ^{ac}	6,50		
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	Eşit	8 ^{ad}		-3,988b	0,000
	Toplam	30			

ab. Anksiyete Bozukluğu (Sonrası) < Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)

ac. Anksiyete Bozukluğu (Sonrası) > Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)

ad. Anksiyete Bozukluğu (Sonrası) = Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)

3.2.3. DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların DSM yönelimli Somatizasyon Bozukluğu alt test puan ortalamaları Tablo 24. 'da belirtilmiştir. Buna göre çocukların çalışma öncesi DSM yönelimli Somatizasyon Bozukluğu alt test

puan ortalamaları $1,03\pm 1,57$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $0,77\pm 1,25$ 'dir.

Tablo 24. DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	30	0,00	6,00	1,033	1,564
Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası)	30	0,00	4,00	0,767	1,251

Uygulamaya alınan çocukların DSM yönelimli Somatizasyon Bozukluğu alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxin Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Somatizasyon Bozukluğu alt testi son puanı ile ilk puanı arasında fark bulunmaktadır, çocukların puanları azalmıştır. Çocuklardan 8'inin (%26.6) Somatizasyon Bozukluğu son puanı, ilk puanından daha küçüktür. Örneklem grubunun %63'ünün öntest son test puanları eşit olarak kalmıştır.

Tablo 25. DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

		n	Sıra Ort.	Z	p
Somatizasyon Bozukluğu (sonrası)	Negatif Sıralar	8ae	5,44	-,955b	0,340
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	Pozitif Sıralar	3af	7,50		
	Eşit	19ag			
	Toplam	30			

ae. Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası) < Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)

af. Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası) > Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)

ag. Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası) = Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)

3.2.4. DSM Yönelimli DEHB Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların DSM yönelimli DEHB alt test puan ortalamaları Tablo 26'da belirtilmiştir. Buna göre, çocukların çalışma öncesi DSM yönelimli DEHB $5,80\pm 3,60$; alt test puan ortalamaları aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $3,50\pm 3,47$ 'dir.

Tablo 26. DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	30	0,00	13,00	5,800	3,595
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası)	30	0,00	12,00	3,500	3,462

Uygulamaya alınan çocukların DSM yönelimli Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxin Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre DEHB alt testi son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma Tablo 27.'da belirtilmiştir. Çocuklardan 25'inde (%83.3) DEHB alt testi son puanı ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 27.DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	n	Sıra Ort	Z	p
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) - Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	25 ^{ah}	14,80		
	2 ^{ai}	4,00		
	3 ^{aj}		-4,373b	0,000
Toplam	30			

ah. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) < Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)

ai. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) > Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)

aj. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) = Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)

3.2.5. DSM Yönelimli Karşıt Olma/Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların DSM yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu alt test puan ortalamaları Tablo 28'de belirtilmiştir. Buna göre, çocukların çalışma öncesi DSM yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu alt test puan ortalamaları $3,70 \pm 2,58$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $2,30 \pm 2,48$ 'dir.

Tablo 28.DSM Yönelimli Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	30	0,00	10,00	3,700	2,575
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası)	30	0,00	10,00	2,300	2,480

Uygulamaya alınan çocukların DSM yönelimli Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında, anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için, Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu alt testi son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma Tablo 29’da belirtilmiştir. Çocuklardan 23’ünde (%76.7) Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu alt testi son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 29. DSM Yönelimli Karşıt Olma Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) - Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	23 ^{ak}	12,87		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) - Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	2 ^{al}	14,50	-3,632b	0,000
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) = Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	5 ^{am}			
Toplam	30			

ak. Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) < Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)

al. Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) > Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)

am. Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) = Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)

3.2.6. DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların DSM yönelimli Davranım Bozukluğu alt test puan ortalamaları Tablo. 30’da belirtilmiştir. Buna göre çocukların çalışma öncesi DSM yönelimli Davranım Bozukluğu alt test puan ortalamaları $5,27 \pm 4,95$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $3,23 \pm 5,22$ ’dir.

Tablo 30. DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	Ort.	ss
Davranım Bozukluğu (Öncesi)	30	0	21	5,27	4,95
Davranım Bozukluğu (Sonrası)	30	0	25	3,23	5,22

Uygulamaya alınan çocukların DSM yönelimli Davranım Bozukluğu alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için, Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Davranım Bozukluğu alt testi son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma Tablo 31’de belirtilmiştir. Çocuklardan 22’sinin (%73.2) Davranım Bozukluğu alt testi son puanı ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 31. DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

		n	Sıra Ort.	Z	p
Davranım Bozukluğu (Sonrası) - Davranım Bozukluğu (Öncesi)	Negatif Sıralar	22 ^{an}	13,41	-3,579	0,000*
	Pozitif Sıralar	3 ^{ao}	10,00		

an. Davranım Bozukluğu (Sonrası) < Davranım Bozukluğu (Öncesi)

ao. Davranım Bozukluğu (Sonrası) > Davranım Bozukluğu (Öncesi)

ap. Davranım Bozukluğu (Sonrası) = Davranım Bozukluğu (Öncesi)

3.3. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Alt Testlerine Ait Bulgular

3.3.1. 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt test puan ortalamaları Tablo 32’de belirtilmiştir. Buna göre çocukların çalışma öncesi 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt test puan ortalamaları $1,03 \pm 1,73$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $0,53 \pm 1,07$ ’dir.

Tablo 32. 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	30	0,00	8,00	1,033	1,732
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası)	30	0,00	5,00	0,533	1,074

Uygulamaya alınan çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt testi son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma Tablo 33.'de belirtilmiştir. Çocuklardan 10'nda (%33.3) 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt testi son puanı ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 33. 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

		n	SıraOrt.	Z	p
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası) - Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	Negatif Sıralar	10 ^{an}	7,75		
	Pozitif Sıralar	3 ^{ao}	4,50	-2,300b	0,210
	Eşit	17 ^{ap}			
	Toplam	30			

an. Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası) < Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)

ao. Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası) > Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)

ap. Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası) = Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)

3.3.2. 2007 Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Bozukluk alt test puan ortalamaları Tablo 34'de belirtilmiştir. Buna göre çocukların çalışma öncesi 2007 Obsesif Kompulsif Bozukluk alt test puan ortalamaları $1,03 \pm 1,22$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $0,57 \pm 0,90$ 'dır.

Tablo 34. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	30	0,00	4,00	1,033	1,217
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası)	30	0,00	3,00	0,567	0,898

Uygulamaya alınan çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Bozukluk alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için, Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Obsesif Kompulsif Bozukluk alt testi son puanı ile ilk puanı arasında, anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma, Tablo 35’de belirtilmiştir. Çocuklardan 10’unda ((%33.3) Obsesif Kompulsif Bozukluk alt testi son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 35. 2007 Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

		n	SıraOrt.	Z	p
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası) - Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	Negatif Sıralar	10 ^{aq}	7,75	-2,300b	0,210
	Pozitif Sıralar	3 ^{ar}	4,50		
	Eşit	17 ^{as}			
	Toplam	30			

aq. Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası) < Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)
ar. Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası) > Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)
as. Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası) = Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)

3.3.3. 2007 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Bozukluğu alt test puan ortalamaları Tablo 36 ‘da belirtilmiştir. Buna göre çocukların çalışma öncesi 2007 Travma Sonrası stres Bozukluğu alt test puan ortalamaları $5,53 \pm 3,74$; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise $3,50 \pm 2,64$ ’tür.

Tablo 36. 2007 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	30	0,00	18,00	5,533	3,739
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası)	30	0,00	10,00	3,500	2,636

Uygulamaya alınan çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Bozukluğu alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için, Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, Travma Sonrası Stres

Bozukluğu alt testi son puanı ile ilk puanı arasında, anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma, Tablo 37’de belirtilmiştir. Çocuklardan 24’ünde (%80) Travma Sonrası Stres Bozukluğu alt testi son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 37. 2007 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklaşması

		n	SıraOrt.	Z	p
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) - Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	Negatif Sıralar	24 ^{at}	14,25		
	Pozitif Sıralar	3 ^{au}	12,00		
	Eşit	3 ^{av}		-3,705b	0,000
	Toplam	30			

at. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) < Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)

au. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) > Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)

av. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) = Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)

3.4. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Testlerine Ait Bulgular

3.4.1. İçe Yönelim Alt Testi Bulguları

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların İçe Yönelim alt test puan ortalamaları Tablo 38’de belirtilmiştir. Buna göre çocukların çalışma öncesi İçe Yönelim alt test puan ortalamaları 7,10 iken; aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise 4.30’dur.

Tablo 38. İçe Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	Ort.	ss
İçe Yönelim (Öncesi)	30	0	34	7,10	6,90
İçe Yönelim (Sonrası)	30	0	15	4,30	4,21

Uygulamaya alınan çocukların İçe Yönelim alt testinin öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için, Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre, İçe Yönelim alt testinin son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma Tablo

39’da belirtilmiştir. Çocuklardan 21’inde (%70) İçe Yönelim alt testi son puanı, ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 39. İçe Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	n	Sıra Ort.	Z	p	
İçe Yönelim (Sonrası) - İçe Yönelim (Öncesi)	Negatif Sıralar	21 ^a	14,00	-3,017	0,00 3*
	Pozitif Sıralar	5 ^b	11,40		
	Eşit	4 ^c			
	Toplam	30			

*p<0,05

a. İçe Yönelim (Sonrası) < İçe Yönelim (Öncesi)

b. İçe Yönelim (Sonrası) > İçe Yönelim (Öncesi)

c. İçe Yönelim (Sonrası) = İçe Yönelim (Öncesi)

3.4.2. Dışa Yönelim Alt Testine Ait Bulgular

Araştırma kapsamında Gelişimsel Oyun Terapisine alınan çocukların Dışa Yönelim alt test puan ortalamaları Tablo 40’da belirtilmiştir. Buna göre çocukların çalışma öncesi Dışa Yönelim alt test puan ortalamaları 14,50 iken, aynı alt teste ait çalışma sonrası puan ortalamaları ise 8,77’dir.

Tablo 40. Dışa Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	Ort.	ss
Dışa Yönelim (Öncesi)	30	0	47	14,50	10,15
Dışa Yönelim (Sonrası)	30	0	49	8,77	10,44

Uygulamaya alınan çocukların Dışa Yönelim alt testine ait öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını saptamak için Wilcoxon Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre Dışa Yönelim alt testi son puanı ile ilk puanı arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Çocukların puanlarındaki azalma Tablo 41’de belirtilmiştir. Çocuklardan 27’sinin (%90) Dışa Yönelim alt testi son puanı ilk puanından daha küçüktür.

Tablo 41. Dışa Yönelim Alt Testleri Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	n	SıraOrt.	Z	p
	27 ^d	15,85		
Dışa Yönelim (Sonrası) - Dışa Yönelim (Öncesi)	3 ^e	12,33	-4,029	0,000*
	0 ^f			
Toplam	30			

d. Dışa Yönelim (Sonrası) < Dışa Yönelim (Öncesi)

e. Dışa Yönelim (Sonrası) > Dışa Yönelim (Öncesi)

f. Dışa Yönelim (Sonrası) = Dışa Yönelim (Öncesi)

3.5. Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılaşması

3.5.1. Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

Araştırmaya katılan çocukların tüm alt testlerde yaşa göre puan farklılaşma durumu, Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda; farklı yaş grupları arasında Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 5-6 yaşında olanların puan sıra ortalamaları 11,17; 7 yaşında olanların 18,22; 8-9 yaşında olanların 22,25'tir. Buna göre 8-9 yaşında olanların Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Farklı yaş grupları arasında Saldırgan Davranışlar (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 5-6 yaşında olanların puan sıra ortalamaları 11,53; 7 yaşında olanların 17,61; 8-9 yaşında olanların 22,25'tir. Buna göre 8-9 yaşında olanların, Saldırgan Davranışlar (Öncesi) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Farklı yaş grupları arasında Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 5-6 yaşında olanların puan sıra ortalamaları 10,87; 7 yaşında olanların 16,94; 8-9 yaşında olanların 24,92'dir. Buna göre 8-9 yaşında olanların Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Farklı yaş grupları arasında Sosyal Sorunlar (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 5-6 yaşında olanların puan sıra

ortalamları 10,93; 7 yaşında olanların 18,94; 8-9 yaşında olanların 21,75'tir. Buna göre 8-9 yaşında olanların Sosyal Sorunlar (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Farklı yaş grupları arasında Davranım Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 5-6 yaşında olanların puan sıra ortalamaları 11,97; 7 yaşında olanların 16,61; 8-9 yaşında olanların 22,67'dir. Buna göre 8-9 yaşında olanların Davranım Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Farklı yaş grupları arasında Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 5-6 yaşında olanların puan sıra ortalamaları 12,73; 7 yaşında olanların 15,78; 8-9 yaşında olanların 22,00'dir. Buna göre 8-9 yaşında olanların Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Farklı yaş grupları arasında Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 5-6 yaşında olanların puan sıra ortalamaları 12,03; 7 yaşında olanların 20,61; 8-9 yaşında olanların 16,50'dir. Buna göre 7 yaşında olanların Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Tablo 42. Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşması

Yaş	n	Sıra Ort.	X2	P	
Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	5-6 yaş	15	15,17	0,076	0,963
	7 yaş	9	16,17		
	8-9 yaş	6	15,33		
Anksiyete/Depresyon (Sonrası)	5-6 yaş	15	13,77	1,281	0,527
	7 yaş	9	16,78		
	8-9 yaş	6	17,92		
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	5-6 yaş	15	15,20	0,041	0,980
	7 yaş	9	15,89		
	8-9 yaş	6	15,67		
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Sonrası)	5-6 yaş	15	11,17	9,294	0,010*
	7 yaş	9	18,22		
	8-9 yaş	6	22,25		
Somatik Yakınmalar (Öncesi)	5-6 yaş	15	16,57	0,522	0,770
	7 yaş	9	14,61		
	8-9 yaş	6	14,17		

Somatik Yakınmalar (Sonrası)	5-6 yaş	15	14,70	2,608	0,272
	7 yaş	9	18,83		
	8-9 yaş	6	12,50		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)	5-6 yaş	15	11,53	7,422	0,024*
	7 yaş	9	17,61		
	8-9 yaş	6	22,25		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası)	5-6 yaş	15	10,87	12,019	0,002*
	7 yaş	9	16,94		
	8-9 yaş	6	24,92		
Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	5-6 yaş	15	13,40	2,000	0,368
	7 yaş	9	16,61		
	8-9 yaş	6	19,08		
Saldırgan Davranışlar (Sonrası)	5-6 yaş	15	12,83	3,373	0,185
	7 yaş	9	16,78		
	8-9 yaş	6	20,25		
Sosyal Sorunlar (Öncesi)	5-6 yaş	15	13,00	2,690	0,261
	7 yaş	9	17,11		
	8-9 yaş	6	19,33		
Sosyal Sorunlar (Sonrası)	5-6 yaş	15	10,93	8,912	0,012*
	7 yaş	9	18,94		
	8-9 yaş	6	21,75		
Düşünce Sorunları (Öncesi)	5-6 yaş	15	13,87	2,699	0,259
	7 yaş	9	19,44		
	8-9 yaş	6	13,67		
Düşünce Sorunları (Sonrası)	5-6 yaş	15	12,27	4,686	0,096
	7 yaş	9	18,94		
	8-9 yaş	6	18,42		
Dikkat Sorunları (Öncesi)	5-6 yaş	15	12,80	5,540	0,063
	7 yaş	9	15,17		
	8-9 yaş	6	22,75		
Dikkat Sorunları (Sonrası)	5-6 yaş	15	13,43	4,368	0,113
	7 yaş	9	14,56		
	8-9 yaş	6	22,08		
Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	5-6 yaş	15	14,53	0,446	0,800
	7 yaş	9	16,94		
	8-9 yaş	6	15,75		
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası)	5-6 yaş	15	13,20	2,509	0,285
	7 yaş	9	16,83		
	8-9 yaş	6	19,25		
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	5-6 yaş	15	16,10	1,289	0,525
	7 yaş	9	12,94		
	8-9 yaş	6	17,83		
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası)	5-6 yaş	15	14,43	1,365	0,505
	7 yaş	9	14,89		
	8-9 yaş	6	19,08		
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	5-6 yaş	15	16,67	0,835	0,659
	7 yaş	9	13,61		
	8-9 yaş	6	15,42		
Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası)	5-6 yaş	15	15,97	0,652	0,722
	7 yaş	9	16,17		
	8-9 yaş	6	13,33		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	5-6 yaş	15	13,00	3,095	0,213

	7 yaş	9	16,50		
	8-9 yaş	6	20,25		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası)	5-6 yaş	15	13,80		
	7 yaş	9	15,78	1,738	0,419
	8-9 yaş	6	19,33		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	5-6 yaş	15	12,93		
	7 yaş	9	17,22	2,805	0,246
	8-9 yaş	6	19,33		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası)	5-6 yaş	15	12,00		
	7 yaş	9	17,89	5,284	0,071
	8-9 yaş	6	20,67		
Davranım Bozukluğu (Öncesi)	5-6 yaş	15	12,50		
	7 yaş	9	16,39	4,849	0,089
	8-9 yaş	6	21,67		
Davranım Bozukluğu (Sonrası)	5-6 yaş	15	11,97		
	7 yaş	9	16,61	6,876	0,032*
	8-9 yaş	6	22,67		
Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	5-6 yaş	15	12,73		
	7 yaş	9	18,17	3,655	0,161
	8-9 yaş	6	18,42		
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası)	5-6 yaş	15	12,73		
	7 yaş	9	15,78	7,302	0,026*
	8-9 yaş	6	22,00		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	5-6 yaş	15	14,27		
	7 yaş	9	16,83	0,688	0,709
	8-9 yaş	6	16,58		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası)	5-6 yaş	15	12,03		
	7 yaş	9	20,61	7,413	0,025*
	8-9 yaş	6	16,50		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	5-6 yaş	15	13,20		
	7 yaş	9	16,39	2,706	0,258
	8-9 yaş	6	19,92		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası)	5-6 yaş	15	12,30		
	7 yaş	9	17,17	4,751	0,930
	8-9 yaş	6	21,00		

3.5.2. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşması

Araştırmaya dahil edilen çocukların cinsiyete göre puanlarının farklılaşma durumu, Mann Whitney Testi ile analiz edilmiştir.

Erkek ile kız grupları arasında Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 18,26; kızların 11,88'dir. Buna göre erkeklerin Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Saldırgan Davranışlar (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra

ortalamaları 19,24; kızların 10,62'dir. Buna göre erkeklerin Saldırgan Davranışlar (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Saldırgan Davranışlar (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 19,00; kızların 10,92'dir. Buna göre erkeklerin Saldırgan Davranışlar (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Sosyal Sorunlar (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 18,68; kızların 11,35'tir. Buna göre erkeklerin Sosyal Sorunlar (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Düşünce Sorunları (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 18,44; kızların 11,65'tir. Buna göre erkeklerin Düşünce Sorunları (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Dikkat Sorunları (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 18,29; kızların 11,85'tir. Buna göre ,erkeklerin Dikkat Sorunları (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Davranım Bozukluğu (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 19,29; kızların 10,54'tür. Buna göre, erkeklerin Davranım Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Davranım Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 19,09; kızların 10,81'dir. Buna göre erkeklerin Davranım Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 18,35; kızların 11,77'dir. Buna göre erkeklerin Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Erkek ile kız grupları arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin puan sıra ortalamaları 18,29; kızların 11,77'dir. Buna göre erkeklerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 43. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

Cinsiyet	n	Sıra Ort.	U	p	
Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	Erkek	17	16,59	92,000	0,457
	Kız	13	14,08		
Anksiyete/Depresyon (Sonrası)	Erkek	17	16,5	93,500	0,483
	Kız	13	14,19		
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	Erkek	17	16,47	94,000	0,509
	Kız	13	14,23		
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Sonrası)	Erkek	17	16,56	92,500	0,457
	Kız	13	14,12		
Somatik Yakınmalar (Öncesi)	Erkek	17	15,38	108,500	0,934
	Kız	13	15,65		
Somatik Yakınmalar (Sonrası)	Erkek	17	15,97	102,500	0,742
	Kız	13	14,88		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)	Erkek	17	18,26	63,500	0,048*
	Kız	13	11,88		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası)	Erkek	17	18,15	65,500	0,059
	Kız	13	12,04		
Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	Erkek	17	19,24	47,000	0,007*
	Kız	13	10,62		
Saldırgan Davranışlar (Sonrası)	Erkek	17	19	51,000	0,012*
	Kız	13	10,92		
Sosyal Sorunlar (Öncesi)	Erkek	17	17,94	69,000	0,086
	Kız	13	12,31		
Sosyal Sorunlar (Sonrası)	Erkek	17	18,68	56,500	0,022*
	Kız	13	11,35		
Düşünce Sorunları (Öncesi)	Erkek	17	18,44	60,500	0,035*
	Kız	13	11,65		
Düşünce Sorunları (Sonrası)	Erkek	17	17,76	72,000	0,113
	Kız	13	12,54		
Dikkat Sorunları (Öncesi)	Erkek	17	17,35	79,000	0,198
	Kız	13	13,08		
Dikkat Sorunları (Sonrası)	Erkek	17	18,29	63,000	0,048*
	Kız	13	11,85		

Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	Erkek	17	16,85	87,500	0,341
	Kız	13	13,73		
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası)	Erkek	17	16,41	95,000	0,536
	Kız	13	14,31		
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	Erkek	17	17,26	80,500	0,213
	Kız	13	13,19		
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası)	Erkek	17	16,82	88,000	0,363
	Kız	13	13,77		
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	Erkek	17	13,44	75,500	0,145
	Kız	13	18,19		
Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası)	Erkek	17	14,32	90,500	0,408
	Kız	13	17,04		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	Erkek	17	17,12	83,000	0,263
	Kız	13	13,38		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası)	Erkek	17	17,97	68,500	0,079
	Kız	13	12,27		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	Erkek	17	17,97	68,500	0,079
	Kız	13	12,27		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası)	Erkek	17	18,24	64,000	0,053
	Kız	13	11,92		
Davranım Bozukluğu (Öncesi)	Erkek	17	19,29	46,000	0,007*
	Kız	13	10,54		
Davranım Bozukluğu (Sonrası)	Erkek	17	19,09	49,500	0,009*
	Kız	13	10,81		
Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	Erkek	17	16,53	93,000	0,483
	Kız	13	14,15		
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası)	Erkek	17	16,65	91,000	0,432
	Kız	13	14,00		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	Erkek	17	18,35	62,000	0,043*
	Kız	13	11,77		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası)	Erkek	17	17,15	82,500	0,245
	Kız	13	13,35		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	Erkek	17	18,29	63,000	0,048*
	Kız	13	11,85		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası)	Erkek	17	18,09	66,500	0,065
	Kız	13	12,12		

3.5.3. Çocuk Evlerinde Kalma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması

Araştırmaya katılan çocukların ölçek puanlarının, çocuk evlerinde kalış sürelerine göre farklılaşma durumu, Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir.

Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında, Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süresi 1 yıl ve daha az olanların puan sıra ortalamaları 11,79; 2-3 yıl arası olanların 13,79; 3 yıldan daha fazla olanların 24,67'dir. Buna göre çocuk evinde kalma süresi 3 yıldan daha fazla olanların Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süresi 1 yıl ve daha az olanların puan sıra ortalamaları 12,57; 2-3 yıl arası olanların 13,50; 3 yıldan daha fazla olanların 24,58'dir. Buna göre çocuk evinde kalma süresi 3 yıldan daha fazla olanların Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Sosyal Sorunlar (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süresi 1 yıl ve daha az olanların puan sıra ortalamaları 11,93; 2-3 yıl arası olanların 14,32; 3 yıldan daha fazla olanların 23,00'tür. Buna göre çocuk evinde kalma süresi 3 yıldan daha fazla olanların Sosyal Sorunlar (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Duygu-Durum Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süresi 1 yıl ve daha az olanların puan sıra ortalamaları 14,00; 2-3 yıl arası olanların 13,44; 3 yıldan daha fazla olanların 23,08'dir. Buna göre çocuk evinde kalma süresi 3 yıldan daha fazla olanların Duygu-Durum Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Davranım Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süresi 1 yıl ve daha az olanların puan sıra ortalamaları 14,00; 2-3 yıl arası olanların 13,38; 3 yıldan daha fazla olanların 23,25'dir. Buna göre çocuk evinde kalma süresi 3 yıldan daha fazla olanların Davranım Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süresi 1 yıl ve daha az olanların puan sıra ortalamaları 9,00; 2-3 yıl arası olanların 16,59; 3 yıldan daha fazla olanların 20,00'dir. Buna göre çocuk evinde kalma süresi 3 yıldan daha fazla olanların Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocuk evinde kalma süresi farklı olan gruplar arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Süresi 1 yıl ve daha az olanların puan sıra ortalamaları 11,57; 2-3 yıl arası olanların 14,44; 3 yıldan daha fazla olanların 23,08'dir. Buna göre çocuk evinde kalma süresi 3 yıldan daha fazla olanların Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Tablo 44. Ölçek Puanlarının Çocuk Evinde Kalma Süresine Göre Farklılaşma Durumu

Çocuk Evinde Kalma süresi	n	Sıra Ort.	X2	p	
Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	12,21	1,338	0,512
	2-3 yıl	17	16,74		
	3 yıldan daha fazla	6	15,83		
Anksiyete/Depresyon (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	13,86	3,076	0,215
	2-3 yıl	17	14,24		
	3 yıldan daha fazla	6	21,00		
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	10,79	3,591	0,166
	2-3 yıl	17	16,06		
	3 yıldan daha fazla	6	19,42		
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	11,79	9,72	0,008*
	2-3 yıl	17	13,79		
	3 yıldan daha fazla	6	24,67		
Somatik Yakınmalar (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	15,00	0,855	0,652
	2-3 yıl	17	14,74		
	3 yıldan daha fazla	6	18,25		
Somatik Yakınmalar (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	15,43	0,465	0,792
	2-3 yıl	17	14,85		
	3 yıldan daha fazla	6	17,42		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	11,14	5,567	0,062
	2-3 yıl	17	14,91		
	3 yıldan daha fazla	6	22,25		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	12,57	8,58	0,014*
	2-3 yıl	17	13,50		
	3 yıldan daha fazla	6	24,58		
Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	13,93	2,138	0,343
	2-3 yıl	17	14,50		

	3 yıldan daha fazla	6	20,17		
Saldırgan Davranışlar (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	12,43		
	2-3 yıl	17	14,59	4,051	0,132
	3 yıldan daha fazla	6	21,67		
Sosyal Sorunlar (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	11,21		
	2-3 yıl	17	15,41	3,854	0,146
	3 yıldan daha fazla	6	20,75		
Sosyal Sorunlar (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	11,93		
	2-3 yıl	17	14,32	6,137	0,046*
	3 yıldan daha fazla	6	23,00		
Düşünce Sorunları (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	14,64		
	2-3 yıl	17	14,18	2,296	0,317
	3 yıldan daha fazla	6	20,25		
Düşünce Sorunları (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	12,29		
	2-3 yıl	17	14,32	5,912	0,052
	3 yıldan daha fazla	6	22,58		
Dikkat Sorunları (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	11,64		
	2-3 yıl	17	15,41	3,119	0,21
	3 yıldan daha fazla	6	20,25		
Dikkat Sorunları (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	12,93		
	2-3 yıl	17	15,35	1,535	0,464
	3 yıldan daha fazla	6	18,92		
Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	13,79		
	2-3 yıl	17	15,85	0,386	0,824
	3 yıldan daha fazla	6	16,50		
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	14,00		
	2-3 yıl	17	13,44	6,042	0,049*
	3 yıldan daha fazla	6	23,08		
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	11,71		
	2-3 yıl	17	16,50	1,762	0,414
	3 yıldan daha fazla	6	17,08		
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	11,50		
	2-3 yıl	17	15,62	3,149	0,207
	3 yıldan daha fazla	6	19,83		
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	12,71		
	2-3 yıl	17	16,03	1,23	0,541
	3 yıldan daha fazla	6	17,25		
Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	14,93		
	2-3 yıl	17	15,50	0,091	0,955
	3 yıldan daha fazla	6	16,17		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	12,43		
	2-3 yıl	17	15,32	2,165	0,339
	3 yıldan daha fazla	6	19,58		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	12,14		
	2-3 yıl	17	16,09	1,514	0,469
	3 yıldan daha fazla	6	17,75		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	11,64		
	2-3 yıl	17	16,26	1,926	0,382
	3 yıldan daha fazla	6	17,83		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	11,43	3,007	0,222

	2-3 yıl	17	15,68		
	3 yıldan daha fazla	6	19,75		
Davranım Bozukluğu (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	14,57	4,103	0,129
	2-3 yıl	17	13,62		
	3 yıldan daha fazla	6	21,92		
Davranım Bozukluğu (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	14,00	6,140	0,046*
	2-3 yıl	17	13,38		
	3 yıldan daha fazla	6	23,25		
Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	9,00	6,954	0,031*
	2-3 yıl	17	16,59		
	3 yıldan daha fazla	6	20,00		
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	12,86	3,262	0,196
	2-3 yıl	17	15,06		
	3 yıldan daha fazla	6	19,83		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	12,29	1,835	0,4
	2-3 yıl	17	15,82		
	3 yıldan daha fazla	6	18,33		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	13,71	2,474	0,29
	2-3 yıl	17	14,74		
	3 yıldan daha fazla	6	19,75		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	1 yıl ve daha az	7	10,14	4,71	0,095
	2-3 yıl	17	15,94		
	3 yıldan daha fazla	6	20,50		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası)	1 yıl ve daha az	7	11,57	6,229	0,044*
	2-3 yıl	17	14,44		
	3 yıldan daha fazla	6	23,08		

3.5.4. Örneklem Grubunun Öz Aile İle Görüşme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması

Araştırmaya katılan çocukların, öz aileleri ile görüşme durumlarının ölçek puanlarının farklılaşmasına etkisi, Mann Whitney Testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda; öz aile ile görüşüp görüşmeme durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete/Depresyon (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Öz aile ile görüşenlerin puan sıra ortalamaları 18,05; görüşmeyenlerin 10,40'tır. Buna göre öz aile ile görüşenlerin Anksiyete/Depresyon (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Öz aile ile görüşüp görüşmeme durumu farklı olan gruplar arasında Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Öz aile ile görüşenlerin puan sıra ortalamaları 17,98;

görüşmeyenlerin 10,55'tir. Buna göre öz aile ile görüşenlerin Sosyal İçerik Dönüklük/Depresyon (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Öz aile ile görüşüp görüşmeme durumu farklı olan gruplar arasında Duygu-Durum Bozukluğu (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Öz aile ile görüşenlerin puan sıra ortalamaları 18,18; görüşmeyenlerin 10,15'dir. Buna göre öz aile ile görüşenlerin Duygu-Durum Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Öz aile ile görüşüp görüşmeme durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Öz aile ile görüşenlerin puan sıra ortalamaları 18,50; görüşmeyenlerin 9,50'dir. Buna göre öz aile ile görüşenlerin Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 45. Ölçek Puanlarının Öz Aile Görüşmesine Göre Farklaşma Durumu

Öz Aile Görüşmesi		n	Sıra Ort.	X2	P
Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	Yok	10	10,40	49,000	0,024*
	Var	20	18,05		
Anksiyete/Depresyon (Sonrası)	Yok	10	11,85	63,500	0,109
	Var	20	17,33		
Sosyal İçerik Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	Yok	10	10,55	50,500	0,028*
	Var	20	17,98		
Sosyal İçerik Dönüklük/Depresyon (Sonrası)	Yok	10	13,30	78,000	0,350
	Var	20	16,60		
Somatik Yakınmalar (Öncesi)	Yok	10	14,40	89,000	0,650
	Var	20	16,05		
Somatik Yakınmalar (Sonrası)	Yok	10	16,20	93,000	0,779
	Var	20	15,15		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)	Yok	10	13,10	76,000	0,307
	Var	20	16,70		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası)	Yok	10	14,50	90,000	0,681
	Var	20	16,00		
Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	Yok	10	14,20	87,000	0,588
	Var	20	16,15		
Saldırgan Davranışlar (Sonrası)	Yok	10	13,05	75,500	0,286
	Var	20	16,73		
Sosyal Sorunlar (Öncesi)	Yok	10	13,55	80,500	0,397
	Var	20	16,48		
Sosyal Sorunlar (Sonrası)	Yok	10	13,55	80,500	0,397
	Var	20	16,48		
Düşünce Sorunları (Öncesi)	Yok	10	13,25	77,500	0,328

	Var	20	16,63		
Düşünce Sorunları (Sonrası)	Yok	10	14,15	86,500	0,559
	Var	20	16,18		
Dikkat Sorunları (Öncesi)	Yok	10	14,10	86,000	0,559
	Var	20	16,20		
Dikkat Sorunları (Sonrası)	Yok	10	14,75	92,500	0,746
	Var	20	15,88		
Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	Yok	10	10,15	46,500	0,017*
	Var	20	18,18		
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası)	Yok	10	13,50	80,000	0,397
	Var	20	16,50		
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	Yok	10	11,20	57,000	0,061
	Var	20	17,65		
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası)	Yok	10	11,40	59,000	0,074
	Var	20	17,55		
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	Yok	10	15,30	98,000	0,948
	Var	20	15,60		
Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası)	Yok	10	16,15	93,500	0,779
	Var	20	15,18		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	Yok	10	15,55	99,500	0,983
	Var	20	15,48		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası)	Yok	10	15,50	100,000	1,000
	Var	20	15,50		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	Yok	10	13,20	77,000	0,328
	Var	20	16,65		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası)	Yok	10	12,00	65,000	0,131
	Var	20	17,25		
Davranım Bozukluğu (Öncesi)	Yok	10	14,50	90,000	0,658
	Var	20	16,00		
Davranım Bozukluğu (Sonrası)	Yok	10	15,40	99,000	0,964
	Var	20	15,55		
Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	Yok	10	11,20	57,000	0,061
	Var	20	17,65		
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası)	Yok	10	14,00	85,000	0,530
	Var	20	16,25		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	Yok	10	9,50	40,000	0,007*
	Var	20	18,50		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası)	Yok	10	13,90	84,000	0,502
	Var	20	16,30		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	Yok	10	11,75	62,500	0,100
	Var	20	17,38		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası)	Yok	10	13,05	75,500	0,286
	Var	20	16,73		

3.5.5. Psikiyatrik Tanı Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması

Araştırmaya katılan çocukların, psikiyatrik tanısı olup olmama durumunun ölçek puanlarına etkisi, Mann Whitney Testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda; psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır

($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 22,64; tanısı olmayanların 13,33'tür. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi) puan sıra ortalamaları, daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 22,21; tanısı olmayanların 13,46'dır. Buna göre psikiyatrik tanısı olanların Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Saldırgan Davranışlar (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 23,50; tanısı olmayanların 13,07'dir. Buna göre psikiyatrik tanısı olanların Saldırgan Davranışlar (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Saldırgan Davranışlar (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 21,79; tanısı olmayanların 13,59'dur. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Saldırgan Davranışlar (Sonrası) puan sıra ortalamaları, daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Sosyal Sorunlar (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 21,21; tanısı olmayanların 13,76'dır. Buna göre psikiyatrik tanısı olanların Sosyal Sorunlar (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Dikkat Sorunları (Öncesi) açısından istatistiksel olarak, anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 23,29; tanısı olmayanların 13,13'tür. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Dikkat Sorunları (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Dikkat Sorunları (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır

($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 23,21; tanısı olmayanların 13,15'tir. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Dikkat Sorunları (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 13,22; tanısı olmayanların 23,00'dir. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 13,61; tanısı olmayanların 21,71'dir. Buna göre psikiyatrik tanısı olanların Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 13,04; tanısı olmayanların 23,57'dir. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 13,48; tanısı olmayanların 22,14'tür. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Davranım Bozukluğu (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 13,20; tanısı olmayanların 23,07'dir. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Davranım Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Davranım Bozukluğu (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır

($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların, puan sıra ortalamaları 13,70; tanısı olmayanların 21,43'tür. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Davranım Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 13,67; tanısı olmayanların 21,50'dir. Buna göre, psikiyatrik tanısı olanların Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Psikiyatrik tanısı olup olmama durumu farklı olan gruplar arasında, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikiyatrik tanısı olanların puan sıra ortalamaları 13,63; tanısı olmayanların 21,64'tür. Buna göre psikiyatrik tanısı olanların Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 46. Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Durumuna Göre Farklılaşması

Psikiyatrik tanı		n	Sıra Ort.	U	p
Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	Yok	23	14,87	66,000	0,501
	Var	7	17,57		
Anksiyete/Depresyon (Sonrası)	Yok	23	15,7	76,000	0,848
	Var	7	14,86		
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	Yok	23	16,76	51,500	0,158
	Var	7	11,36		
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon (Sonrası)	Yok	23	14,57	59,000	0,311
	Var	7	18,57		
Somatik Yakınmalar (Öncesi)	Yok	23	15,54	79,500	0,962
	Var	7	15,36		
Somatik Yakınmalar (Sonrası)	Yok	23	15,57	79,000	0,962
	Var	7	15,29		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)	Yok	23	13,33	30,500	0,012*
	Var	7	22,64		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası)	Yok	23	13,46	33,500	0,019*
	Var	7	22,21		
Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	Yok	23	13,07	24,500	0,004*
	Var	7	23,5		
Saldırgan Davranışlar (Sonrası)	Yok	23	13,59	36,500	0,029*
	Var	7	21,79		
Sosyal Sorunlar (Öncesi)	Yok	23	13,76	40,500	0,048*
	Var	7	21,21		
Sosyal Sorunlar (Sonrası)	Yok	23	13,91	44,000	0,077
	Var	7	20,71		
Düşünce Sorunları (Öncesi)	Yok	23	14,85	65,500	0,471
	Var	7	17,64		
Düşünce Sorunları (Sonrası)	Yok	23	14,26	52,000	0,174
	Var	7	17,64		

	Var	7	19,57		
Dikkat Sorunları (Öncesi)	Yok	23	13,13	26,000	0,006*
	Var	7	23,29		
Dikkat Sorunları (Sonrası)	Yok	23	13,15	26,500	0,006*
	Var	7	23,21		
Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	15,63	77,500	0,886
	Var	7	15,07		
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	15,3	76,000	0,848
	Var	7	16,14		
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	15,17	73,000	0,737
	Var	7	16,57		
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	14,74	63,000	0,413
	Var	7	18		
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	15,24	74,500	0,774
	Var	7	16,36		
Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	16,28	62,500	0,386
	Var	7	12,93		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	13,22	28,000	0,008*
	Var	7	23		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,61	37,000	0,033*
	Var	7	21,71		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	13,04	24,000	0,004*
	Var	7	23,57		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,48	34,000	0,022*
	Var	7	22,14		
Davranım Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	13,20	27,500	0,009*
	Var	7	23,07		
Davranım Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,70	39,000	0,037*
	Var	7	21,43		
Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	Yok	23	14,26	52,000	0,174
	Var	7	19,57		
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası)	Yok	23	14,57	59,000	0,311
	Var	7	18,57		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	Yok	23	15,35	77,000	0,886
	Var	7	16,00		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası)	Yok	23	14,91	67,000	0,532
	Var	7	17,43		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	13,67	38,500	0,037*
	Var	7	21,5		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,63	37,500	0,033*
	Var	7	21,64		

3.5.6. İlaç Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması

Araştırmaya katılan çocukların ilaç kullanım durumlarının ölçek puanlarına etkisi, Mann Whitney Testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda; İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Kurallara Karşı Gelme Davranışı

(Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 23,25; ilacı olmayanların 12,85'tir. Buna göre, ilacı olanların Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 22,58; ilacı olmayanların 13,02'dir. Buna göre ilacı olanların Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Saldırgan Davranışlar (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 23,08; ilacı olmayanların 12,89'dur. Buna göre, ilacı olanların Saldırgan Davranışlar (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Saldırgan Davranışlar (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 21,83; ilacı olmayanların 13,22'dir. Buna göre, ilacı olanların Saldırgan Davranışlar (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Sosyal Sorunlar (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 23,25; ilacı olmayanların 12,85'tir. Buna göre, ilacı olanların Sosyal Sorunlar (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Sosyal Sorunlar (Sonrası) açısından istatistiksel olarak, anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 22,25; ilacı olmayanların 13,11'dir. Buna göre, ilacı olanların Sosyal Sorunlar (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Dikkat Sorunları (Öncesi) açısından istatistiksel olarak, anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 24,58; ilacı olmayanların 12,50'dir. Buna göre, ilacı olanların Dikkat Sorunları (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Dikkat Sorunları (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 23,75; ilacı olmayanların 12,72'dir. Buna göre, ilacı olanların Dikkat Sorunları (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 24,00; ilacı olmayanların 12,65'tir. Buna göre ilacı olanların Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 21,58; ilacı olmayanların 13,28'dir. Buna göre ilacı olanların Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 23,58; ilacı olmayanların 12,76'dir. Buna göre ilacı olanların Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 22,08; ilacı olmayanların 13,15'tir. Buna göre, ilacı olanların Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Davranım Bozukluğu (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 12,96; ilacı olmayanların 22,83'dür. Buna göre, ilacı olanların Davranım Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında Davranım Bozukluğu (Sonrası) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı

olanların puan sıra ortalamaları 13,20; ilacı olmayanların 21,92'dir. Buna göre, ilacı olanların Davranım Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 22,42; ilacı olmayanların 13,07'dir. Buna göre ilacı olanların Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

İlacı kullanım durumu farklı olan gruplar arasında, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) açısından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlacı olanların puan sıra ortalamaları 22,67; ilacı olmayanların 13,0'dir. Buna göre ilacı olanların Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası) puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 47. Ölçek Puanlarının İlaç Kullanım Durumuna Göre Farklılaşması

	İlaç	n	Sıra Ort.	U	P
Anksiyete/Depresyon (Öncesi)	Yok	23	14,24	51,500	0,356
	Var	6	17,92		
Anksiyete/Depresyon (Sonrası)	Yok	23	14,80	64,500	0,813
	Var	6	15,75		
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Öncesi)	Yok	23	15,91	48,000	0,278
	Var	6	11,50		
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon (Sonrası)	Yok	23	13,85	42,500	0,158
	Var	6	19,42		
Somatik Yakınmalar (Öncesi)	Yok	23	14,78	64,000	0,813
	Var	6	15,83		
Somatik Yakınmalar (Sonrası)	Yok	23	14,85	65,500	0,854
	Var	6	15,58		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Öncesi)	Yok	23	12,85	19,500	0,005*
	Var	6	23,25		
Kurallara Karşı Gelme Davranışı (Sonrası)	Yok	23	13,02	23,500	0,011*
	Var	6	22,58		
Saldırgan Davranışlar (Öncesi)	Yok	23	12,89	20,500	0,006*
	Var	6	23,08		
Saldırgan Davranışlar (Sonrası)	Yok	23	13,22	28,000	0,026*
	Var	6	21,83		
Sosyal Sorunlar (Öncesi)	Yok	23	12,85	19,500	0,005*
	Var	6	23,25		
Sosyal Sorunlar (Sonrası)	Yok	23	13,11	25,500	0,016*
	Var	6	22,25		
Düşünce Sorunları (Öncesi)	Yok	23	14,26	52,000	0,384
	Var	6	17,83		
Düşünce Sorunları (Sonrası)	Yok	23	13,54	35,500	0,071
	Var	6	20,58		

Dikkat Sorunları (Öncesi)	Yok	23	12,50	11,500	0,001*
	Var	6	24,58		
Dikkat Sorunları (Sonrası)	Yok	23	12,72	16,500	0,003*
	Var	6	23,75		
Duygudurum Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	14,91	67,000	0,937
	Var	6	15,33		
Duygudurum Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	14,50	57,500	0,546
	Var	6	16,92		
Anksiyete Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	14,50	57,500	0,546
	Var	6	16,92		
Anksiyete Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,96	45,000	0,212
	Var	6	19,00		
Somatizasyon Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	14,52	58,000	0,581
	Var	6	16,83		
Somatizasyon Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	15,59	55,500	0,477
	Var	6	12,75		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	12,65	15,000	0,002*
	Var	6	24,00		
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,28	29,500	0,031*
	Var	6	21,58		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	12,76	17,500	0,003*
	Var	6	23,58		
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,15	26,500	0,019*
	Var	6	22,08		
Davranım Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	12,96	22,000	0,011*
	Var	6	22,83		
Davranım Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,20	27,500	0,022*
	Var	6	21,92		
Ağır Bilişsel Tempo (Öncesi)	Yok	23	13,59	36,500	0,080
	Var	6	20,42		
Ağır Bilişsel Tempo (Sonrası)	Yok	23	13,93	44,500	0,192
	Var	6	19,08		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Öncesi)	Yok	23	14,91	67,000	0,937
	Var	6	15,33		
Obsesif Kompulsif Bozukluk (Sonrası)	Yok	23	14,26	52,000	0,384
	Var	6	17,83		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Öncesi)	Yok	23	13,07	24,500	0,014*
	Var	6	22,42		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Sonrası)	Yok	23	13,00	23,000	0,011*
	Var	6	22,67		

Araştırma sonuçlarının, Türkiye norm değerleri ile karşılaştırılması Tablo 48. de paylaşılmıştır. Buna göre erkeklerin; Dışa Yönelim, Davranım Bozukluğu, Saldırgan Davranışlar, Dikkat Sorunları, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Kurallara Karşı Gelme Davranışı, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ön test puanları klinik ortalamasından büyüktür. Araştırma örneklem grubunda yer alan kız çocukların ise,

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu ön test puanları, klinik ortalamasından büyüktür.

Tablo 48. Araştırma Sonuçları ve Türkiye Normları Karşılaştırması

		Araştırma Sonuçları				Türkiye Normları			
		Ön Test		Son Test		Toplum		Klinik	
		Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Anksiyete/Depresyon	Kız	3,2	2,7	1,8	1,8	4,7	3,5	8,7	4,5
	Erkek	4,4	3,5	2,2	1,8	4,1	3,2	7,3	3,9
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon	Kız	1,5	2,3	0,7	0,9	2,1	2,2	3,9	3,1
	Erkek	2,2	3,3	1,6	2,2	1,9	2,1	3,4	2,9
Somatik Yakınmalar	Kız	1,5	2,1	1,0	1,7	1,2	1,9	2,7	3,1
	Erkek	1,2	2,0	1,2	1,8	1,1	1,8	2,1	2,2
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Kız	1,9	1,8	0,9	1,3	0,7	1,1	3,2	3,5
	Erkek	4,8	4,7	3,8	5,0	1,5	1,8	3,5	3,2
Saldırgan Davranışlar	Kız	7,3	3,8	3,1	3,0	3,9	4,0	9,1	6,0
	Erkek	13,7	7,6	8,6	8,2	5,2	4,8	11,2	6,8
Sosyal Sorunlar	Kız	3,6	2,0	1,8	0,8	3,0	2,5	6,0	3,5
	Erkek	5,9	3,6	4,1	3,2	3,2	2,7	6,1	3,6
Düşünce Sorunları	Kız	1,2	1,3	0,5	0,9	0,9	1,4	3,5	2,9
	Erkek	3,2	2,6	1,9	2,2	0,9	1,6	3,7	2,9
Dikkat Sorunları	Kız	5,3	4,0	2,2	2,3	2,5	2,0	5,3	3,1
	Erkek	7,5	5,1	5,5	4,8	3,0	2,2	5,5	3,0
İçer Yönelim	Kız	6,2	5,2	3,5	3,1	8,0	3,8	15,3	3,6
	Erkek	7,8	8,0	4,9	4,9	7,1	3,5	12,3	2,9
Dışer Yönelim	Kız	9,2	5,1	4,0	3,9	4,6	3,1	12,3	3,2

	Erkek	18,5	11,3	12,4	12,4	6,7	4,1	14,7	5,1
Duygudurum Bozukluğu	Kız	2,4	2,4	1,2	1,2	2,4	2,4	5,9	3,8
	Erkek	3,6	3,4	2,1	3,0	2,3	3,3	4,8	3,3
Anksiyete Bozukluğu	Kız	2,2	2,5	1,3	1,8	2,4	2,0	4,0	2,4
	Erkek	2,9	2,0	1,6	1,3	2,1	1,9	3,3	2,3
Somatizasyon Bozukluğu	Kız	1,4	1,5	0,9	1,3	0,7	1,4	1,6	2,2
	Erkek	0,8	1,6	0,6	1,2	0,6	1,3	1,1	1,5
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu	Kız	4,9	3,1	2,1	2,1	2,4	2,0	4,5	2,5
	Erkek	6,5	3,9	4,6	4,0	2,9	2,2	5,1	2,5
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu	Kız	2,7	2,3	1,3	1,5	1,6	1,8	3,6	3,2
	Erkek	4,5	2,6	3,1	2,8	2,0	1,8	4,1	2,4
Davranım Bozukluğu	Kız	2,7	2,4	0,9	1,4	1,0	1,6	2,6	3,0
	Erkek	7,2	5,5	5,0	6,3	1,8	2,4	4,5	4,4
Ağır Bilişsel Tempo	Kız	0,6	1,0	0,2	0,4	2,0	1,9	4,0	2,5
	Erkek	1,4	2,1	0,8	1,3	0,6	1,0	1,5	1,6
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kız	0,5	0,8	0,3	0,6	2,0	1,9	4,0	2,5
	Erkek	1,5	1,3	0,8	1,0	1,8	1,8	3,6	2,3
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Kız	4,0	3,0	2,4	1,9	4,8	3,7	9,9	4,9
	Erkek	6,7	3,9	4,4	2,9	4,7	3,4	9,0	4,3

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada, Gelişimsel Oyun Terapisinin, Çocuk Evlerinde kalmakta olan 6-12 yaş grubu Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocukların davranış problemlerine etkileri araştırılmıştır.

Araştırma hipotezlerinde; Gelişimsel Oyun Terapisinin çocukların davranış problemlerinin çözümlenmesinde ve çocukların psikolojik sorunlarının azaltılmasında etkili olacağı öngörülmüştür. Araştırma sonunda hipotezler doğrulanmıştır.

Araştırma sonuçları 6-18 Yaş Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) kullanılarak saptanmıştır. ÇDDÖ 'nün tüm alt testlerinde çocukların sontest puanlarının anlamlı derecede düştüğü görülmektedir.

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

Alt testlerde, örneklem grubunun en yüksek puan aldığı ve son testte en yüksek değişimin yaşandığı alt testler sırasıyla; *Saldırgan Davranışlar*, *Kurallara Karşı Gelme*

ve *Dikkat Sorunları* alt testleridir. Araştırmalar; kurum bakımında olan çocukların ailesi yanında büyüyen çocuklara oranla daha fazla *saldırgan davranışlar, dikkat sorunları* ve *karşı gelme* tutumu içinde olduklarını göstermektedir. (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008) Kurum bakımı altında kalan çocuklarda sıklıkla karşılaşılan bu sorunların bulunduğu alt testlerde, Gelişimsel Oyun Terapisi sonrasında anlamlı oranda azalma görülmüştür. Oyun terapisinin dikkat ve dil becerilerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, oyun içerikli programın çocukların dikkat becerilerine olumlu etkisinin olduğu saptamıştır (Gözalın, 2013). Araştırma sonuçları, bu çalışma ile örtüşmektedir. Özellikle erken çocukluk dönemi travmalarının nörobiyolojik etkisi nedeni ile kurum bakımı altındaki çocuklarda dikkat sorunlarının oldukça fazla oranda olduğu bilinmektedir (Ayaz, ve diğerleri, 2012). Gelişimsel Oyun Terapisi'nin gerek taktil duyu tatmini ile sağladığı duyuşsal veri; gerekse çocuk ve terapist arasında kurulan iyileştirici ilişki, dikkat ve odaklanma fonksiyonlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, Ağır Bilişsel Tempo, Somatik Yakınmalar/Somatizasyon Bozukluğu, Düşünce Sorunlar/Obsesif Kompulsif Bozukluk alt testlerinde, anlamlı oranda azalma görülmüştür. Brody (1997), GOT uygulamasını ilk olarak psikosomatik rahatsızlığı olan çocuklara uygulamış ve olumlu sonuç elde etmiştir (Brody, 1997). Araştırma sonuçları, Brody'nin çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu alt test grubu, puan farklılaşma değerinin en az olduğu alt testler olarak görülmektedir. Bu durumun, araştırma örneklem grubunun öntest puanlarında da bu alt testlerde düşük puan almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneklem grubunda, bu alt testlerde tanı ya da sorun olan çocuk sayısı azdır.

Tural (2012), ameliyat öncesi çocukların kaygı ve korku düzeylerine oyun terapisinin etkisini incelediği çalışmasında, oyun terapisinin çocukların kaygı düzeylerinin azalmasında etkin bir yöntem olduğunu saptamıştır (Tural, 2012). Araştırma sonuçlarında; Anksiyete ve duyuş durum bozuklukları ve bu alt testlerle ilişkili olan, sosyal sorunlar, Anksiyete/depresyon, Anksiyete/sosyal içe dönüklük alt testlerinde anlamlı puan farklılığı oluşmuştur. Buna göre, Gelişimsel Oyun Terapisi çocuklarda anksiyete sorunları ve duyuş durum bozukluklarında etkilidir denilebilir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu alt test sonuçları, Gelişimsel Oyun Terapisinin bu sorunun çözümünde de etkin olduğunu göstermektedir. Travmanın psikofiziksel

niteliği, duygusal ve duygusal destekli teröpatik yöntemlerin kullanılmasını gerektirmektedir. (Elbrecht & Antcliff, 2014) Gelişimsel Oyun Terapisi çocukla kabullenici ve empatik bir ilişki sağlarken, aynı zamanda dokunma duygusu ile sinir sistemine, yeni ve güvenilir dokunma verisi sağlar. (Brody, 1997) Araştırmanın sonuçları, travmatik deneyim ve Gelişimsel Oyun Terapisinin iyileştirici etkisi arasındaki bu ilişkiyi destekler niteliktedir.

Araştırma sonuçlarına göre Gelişimsel Oyun Terapisi tüm alt testlerde pozitif yönde anlamlı değişiklik sağlamıştır. Ülkemizde, Gelişimsel Oyun Terapisinin yöntem olarak kullanıldığı başka bir çalışmanın olmaması nedeniyle, araştırma farklı çalışmalar üzerinden değerlendirilememektedir. Ancak tüm oyun terapi yöntemlerinin temelinde sağlıklı güven ilişkisinin olduğu bilinmektedir. Oyun terapilerinin iyileştirici ortak niteliği ilişkidir. Bu ortak özellikler baz alınarak araştırma sonuçları diğer oyun terapi türleri ile yapılan çalışmalarla irdelenmiştir.

Araştırma sonuçları, Teber (2015), tarafından gerçekleştirilen Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin, çocukların davranış bozuklukları ve psikolojik sorunlarına etkisinin incelendiği ve sonuçların ÇDDÖ ile saptandığı çalışma ile örtüşmektedir. Bu çalışmada ÇDDÖ tüm alt testlerde oyun terapisinin olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. (Teber, 2015)

Araştırma sonuçlarının demografik bilgilere göre farklılaşması incelendiğinde erkek çocukların kız çocuklara oranla, dışa yönelim alt testlerinde daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. İlaç kullanım durumu ve Psikiyatrik tanısı olma durumuna göre sonuçlar irdelendiğinde; ilaç kullanan ve tanısı olan çocukların puan değerleri, beklenildiği üzere yüksektir.

Çocuk Evlerinde kalan çocuklar, zaman zaman biyolojik aileleri ile görüşürülmektedir. Araştırmaya dahil edilen örneklem grubun, biyolojik aileleri ile görüşme durumlarının sonuçlara etkisi incelendiğinde, ailesi ile görüşen çocukların *Anksiyete/Depresyon*, *Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon*, *Duygudurum Bozuklukları* ve *Obsesif Kompulsif Bozukluk* alt testlerinde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu durum, kurum bakımındaki çocuklarla yapılan pek çok çalışmada aileleri ile görüşen çocuklarda davranış bozuklukları ve psikolojik sorunların daha fazla olduğu bilgisini destekler niteliktedir. Zira, kurum bakımındaki pek çok çocuğun travma yaşantısında

ebeveynlerin rolünün olması, görüşme esnasında çocuğun travmasının tetiklenmesine neden olmaktadır. (Ayaz, ve diğerleri, 2012)

Araştırma sonuçlarının örneklem grubunun Çocuk Evlerinde Kalma Sürelerine göre farklılaşmaları incelendiğinde, çocuk evinde kalma süresi arttığında, alt testlerin puan değerlerinin de arttığı görülmektedir. Bu sonucun, örneklem grubuna dahil edilen çocukların profil özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Zira, herhangi kontrol grubu olmadığı için, çocuk evlerinde kalma durumunun sorunları arttırdığını öne sürmek mümkün değildir.

Anne ve baba ile güvenli ilişki temelinde bağlanma paterni geliştirmek, çocuğun dünyaya ve diğerlerine güvenebilmesi ve aslında kendi benliğinin farkına vararak kendine güvenmesini sağlar. Çocukların davranışları, bağlanma paternlerine göre gelişen benlik temsilleri ile şekillenir. Yetersiz bağlanma paterni, davranış ve uyum problemlerine, duygusal regülasyon sorunlarına ve öz saygının gelişmemesine neden olur. (Motataianu, 2015)

Bu bilgiler doğrultusunda, CBCL alt testleri ile ölçümlenen sorunların pek çoğunun temelinde,- özellikle kurum bakımı altındaki çocuklarda- patolojik bağlanma süreci yatmaktadır denilebilir. Gelişimsel Oyun Terapisi, çocuğun eksiliğini hissettiği bağlanma sürecini yeniden deneyimlemesini ve güvenli ilişki modelini algılamasını sağlar.

Bir çocuğun ihtiyacı olan tek oyuncak; kendisi ile ilgilenen, gözeten, tüm dikkatini çocuğa odaklayan ve çocukla duygusal aktiviteler aracılığıyla nitelikli vakit geçiren bir terapist, ebeveyn ya da herhangi yetişkindir. (Brody, 1997) Gelişimsel Oyun Terapisi çocuğun bu ihtiyacını karşılayarak sorunların çözümünde etkili olmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

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

Kurum bakımındaki çocukların travmatik deneyimleri gereği çeşitli psikolojik sorunlar ve davranış problemlerini daha çok yaşamaktadırlar. Çocukluk dönemindeki bu sorunlara paralel olarak, kurum bakımı altında olan çocukların yetişkinliklerinde suçta sürüklenme, madde bağımlılığı ve çeşitli psikiyatrik bozukluk risklerinin daha fazla olduğu bilinmektedir. (Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, 2014) . Çocukların travmatik deneyimlerine bağlı olarak gelişen bu sonuç, kurum bakımındaki çocuklara yönelik teröpatik müdahale programlarını içeren sosyal politikaların geliştirilmesinin önemini göstermektedir.

Ülkemizde, Kimsesiz ve Korunmaya Muhtaç Çocuklara dair, genellikle betimleyici, derleme çalışmalar ya da epidemiyolojik çalışmalar bilgi vermektedir.

(Yolcuoğlu, 2009) (Şimşek, Erol, Öztop, & Özcan, 2008) (İnce, Kasapoğlu, & Sezek, 2014) . Bu alanda gerçekleştirilen pek çok sosyal politikanın sonuca ulaşabilmesi için, çocukların erken dönem ruhsal sağaltımlarının yapılması önemlidir.

Bu çalışma ile iki önemli alana dikkat çekilmek istenmiştir: Çocukluk dönemi psikolojik sorun görülme riski yüksek olan, kurum bakımı altındaki çocuklar ve çocuk ruh sağlığı alanında kullanılan, etkin bir yöntem olan, oyun terapisi, çalışmanın odak noktasıdır.

Oyun Terapisi, çocuk ruh sağlığı alanında etkinliği farkedilen ve son yıllarda hızla yaygınlaşan bir terapi türüdür. Ülkemizde özellikle 2000’li yıllardan sonra etkinliği farkedilen oyun terapisi, çocuk ruh sağlığı alanında yaygınlaşan bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. 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. Öneriler

Araştırma bulguları doğrultusunda, araştırmanın geliştirilmesine yönelik öneriler şu şekildedir:

- Araştırma örneklem grubu, Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği’nin faaliyetleri kapsamında açılan çocuk evlerinde kalmakta olan çocuklardan oluşmaktadır. Farklı sosyodemografik özelliklerde olan örneklem grupları ile çalışmanın genellenebilirliği artırılabilir.
- Ailesi yanında kalan 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 alınmamıştır. 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



ÇOCUĞUN ADI, SOYADI	EV ADRESİ ve TEL NO:	ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız). EĞİTİMİ (Toplam kaç yıl okula gittiğinizi yazınız)
CİNSİYETİ:	YAŞI:	
BUGUNUN TARİHİ GÜN AY YIL	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ GÜN AY YIL	
SINIFI: OKULA DEVAM	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıttak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Lütfen bütün maddeleri işaretlemeye çalışınız. Teşekkür ederiz.	

EK-2 6-18 YAŞ ÇOCUK DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|---|--|
| 0 1 2 1. Yaşından çok daha çocuksu davranır | 0 1 2 34. Başkalarının ona karşı olduğu, zarar vermeye, ya da açığını yakalamaya çalıştığı hissine kapılır |
| 0 1 2 2. Anne babanın izni olmadan ıcki ıcer | 0 1 2 35. Kendini değersiz, önemsiz ya da vetersiz |
| 0 1 2 3. Çok tartışan bir çocuktur | 0 1 2 36. Bir verlerini kaza ile sık sık incitir |
| 0 1 2 4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, dersleri, işleri) bitiremez | 0 1 2 37. Çok kavga çıkarır, kavgaya karışır |
| 0 1 2 5. Hoşlandığı ya da zevk aldığı çok az şey vardır | 0 1 2 38. Çok fazla sataşılır, dalga geçilir |
| 0 1 2 6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar | 0 1 2 39. Bası belada olan kişilerle dolası |
| 0 1 2 7. Bir sevelerle övünür, baskalarına hava atar | 0 1 2 40. Olmayan sesler ve konuşmalar işitir |
| 0 1 2 8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz | 0 1 2 41. Düşünmeden hareket eder, aklına |
| 0 1 2 9. Kafasından atamadığı, onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı, okul sorunları, bilgisayar gibi) (açıklayınız) | 0 1 2 42. Başkalarıyla birlikte olmaktansa yalnız |
| 0 1 2 10. Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur | 0 1 2 43. Yalan söyler, hile yapar, aldatır |
| 0 1 2 11. Gereken gayreti göstermeden, sırtını tamamen büyüklere dayayıp herşeyi onlardan bekler | 0 1 2 44. Tırnaklarını yer |
| 0 1 2 12. Yalnızlıktan şikayet eder | 0 1 2 45. Sınırlı ve gergindir |
| 0 1 2 13. Kafası karışık, zihni bulanıktır | 0 1 2 46. Kasları ovnar, seğirmeleri ve tikleri vardır (açıklayınız): |
| 0 1 2 14. Çok ağlar | 0 1 2 47. Geceleri kabus görür |
| 0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder | 0 1 2 48. Başka çocuklar tarafından sevilmez |
| 0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder | 0 1 2 49. Kabızlık ceker |
| 0 1 2 17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider | 0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır |
| 0 1 2 18. Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur | 0 1 2 51. Başını döner, gözleri kararır |
| 0 1 2 19. Hep dikkat çekmeye çalışır | 0 1 2 52. Kendini çok suçlu hisseder |
| 0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir | 0 1 2 53. Aşırı yer |
| 0 1 2 21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir | 0 1 2 54. Sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur |
| 0 1 2 22. Evde söz dinlemez | 0 1 2 55. Fazla kiloludur |
| 0 1 2 23. Okulda söz dinlemez | 0 1 2 56. Sağlık sorunu olmadığı halde ; |
| 0 1 2 24. İştahsızdır | 0 1 2 a. Ağrı ve sızılardan yakınıır (baş ve karın ağrısı dışında) |
| 0 1 2 25. Başka çocuklarla geçinemez | |

0	1	2	57. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur	0	1	2	85. Tuhaf, alışılmadık düşünceleri vardır
0	1	2	26 Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, oralı olmaz, aldırılmaz	0	1	2	b. Başağrılarından yakınır (şikayet eder)
0	1	2	27 Kolay kıskanır	0	1	2	c. Bulantı, kusma duygusu olur
0	1	2	28 Ev, okul ya da diğer yerlerde kurallara uymaz, karşı gelir	0	1	2	d. Gözle ilgili şikayetleri olur (Gözlük dışında) (açıklayınız):
0	1	2	29 Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız) (açıklayınız):	<hr/>			
0	1	2	30 Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır	0	1	2	e. Döküntü, pullanma ya da başka cilt hastalıkları olur
0	1	2	31 Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar	0	1	2	f. Mide- karın ağrısından şikayet eder
0	1	2	32 Kusursuz, dört dörtlük ve her konuda başarılı olması gerektiğine inanır.	0	1	2	g. Kusmaları olur
0	1	2	33 Kimsenin onu sevmediğinden yakınır	0	1	2	h. Diğer (açıklayınız):



		sözcükleri tekrarlama ve bunları atamama gibi) (açıklayınız):	
0	1 2	58.	Burnunu kaşıtırır, derisini ya da vücudunu kirpiğini koparır (açıklayınız):
0	1 2	59.	Herkesin içinde cinsel organıyla oynar
0	1 2	60.	Cinsel organıyla çok fazla oynar
0	1 2	61.	Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz
0	1 2	62.	El, kol, bacak hareketlerini ayarlamada güçlük sakardır
0	1 2	63.	Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyi tercih eder
0	1 2	64.	Kendinden küçüklerle vakit geçirmeyi tercih eder
0	1 2	65.	Konuşmayı reddeder
0	1 2	66.	İstemeyerek de olsa, belli bazı davranışları tekrar eder yapar (ellerini defalarca yıkama, kapı kilidini tekrar kontrol etme gibi) (açıklayınız)
0	1 2	67.	Evden kaçır
0	1 2	68.	Çok bağırır
0	1 2	69.	Sırlarını kendine saklar, hiç kimseyle
0	1 2	70.	Olmayan şeyleri görür (açıklayınız):
0	1 2	71.	Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının hakkında ne düşünecekleri ve ne ilgili kaygı duyar
0	1 2	72.	Yangın çıkarır
0	1 2	73.	Cinsel sorunları vardır (açıklayınız):
0	1 2	74.	Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar
0	1 2	75.	Çok utangaç ve çekingendir
0	1 2	76.	Diğer çocuklardan daha az uyur
0	1 2	77.	Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha çok uyur (açıklayınız):
0	1 2	78.	Dikkati kolayca dağılır
0	1 2	79.	Konuşma problemi vardır (açıklayınız):
0	1 2	80.	Boş gözlerle bakar
0	1 2	81.	Evden birşeyler çalar
0	1 2	82.	Ev dışındaki başka yerlerden birşeyler çalar
0	1 2	83.	İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız):
0	1 2	84.	Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belli bir düzende ve sırada olmasını isteme gibi) (açıklayınız):
0	1 2	86.	İnatçı ve huysuzdur
0	1 2	87.	Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk
0	1 2	88.	Çok sık küser
0	1 2	89.	Şüphesidir, kuşku duyar
0	1 2	90.	Küfürlü ve açık saçık konuşur
0	1 2	91.	Kendini öldürmekten söz eder
0	1 2	92.	Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız):
0	1 2	93.	Çok konuşur
0	1 2	94.	Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, dalga geçer
0	1 2	95.	Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir
0	1 2	96.	Cinsel konuları fazlaca düşündür
0	1 2	97.	İnsanları tehdit eder
0	1 2	98.	Parmak emer
0	1 2	99.	Sigara içer, tütün çiğner
0	1 2	100.	Uyumakta zorlanır (açıklayınız):
0	1 2	101.	Okuldan kaçır, dersini asar
0	1 2	102.	Hareketleri yavaştır, enerjik değildir
0	1 2	103.	Mutsuz, üzgün ve çökkündür (depresyondadır)
0	1 2	104.	Çok gürültücüdür
0	1 2	105.	Sağlık sorunu olmadığı halde madde sigarayı katmayınız) (açıklayınız):
0	1 2	106.	Çevresindeki kişi ve eşyalara kasıtlı olarak zarar verir, zorbalık eder
0	1 2	107.	Gündüz altını ıslatır
0	1 2	108.	Gece yatağını ıslatır
0	1 2	109.	Mızırданır, sızlanır
0	1 2	110.	Karşı cinsiyetten biri olmayı ister
0	1 2	111.	İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz
0	1 2	112.	Evhamlıdır, her şeyi dert eder
		113.	Çocuğun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız:
0	1 2		
0	1 2		

EK-3: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği/6-18 Alt Ölçek Maddeleri ve Ölçek Değerlendirme Normları

Tablo 49.ÇDDÖ/6-18 Amprik Temelli Alt Testler ve Maddeleri

Amprik Temelli Alt Testler	Maddeleri
Anksiyete/Depresyon	14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112
Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyon	5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111
Somatik Yakınmalar	47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
Kurallara Karşı Gelme	2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99,101, 105, 106
Saldırgan Davranışlar	3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89,94, 95, 97, 104
Sosyal Sorunlar	11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79
Düşünce Sorunları	9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92,10
Dikkat Sorunları	1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80

Tablo 50. ÇDDÖ 6/18 DSM Yönelimli Alt Testler ve Maddeleri

DSM Yönelimli Alt Testler	Maddeleri
Duygudurum Bozukluğu	5, 14, 18, 24, 35, 52, 54, 76, 77, 91, 100, 102, 103
Anksiyete Bozukluğu	11, 29, 30, 45, 50, 112
Somatizasyon Bozukluğu	56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
DEHB	4, 8, 10, 41, 78, 93, 104
Karşıt Gelme Bozukluğu	3, 22, 23, 86, 95
Davranım Bozukluğu	15, 16, 21, 26, 28, 37, 39, 43, 57, 67, 72, 81, 82, 90, 97, 101, 106

Tablo 51. ÇDDÖ 6/18 2007 Alt Testleri ve Maddeler

2007 Alt Testleri	Maddeleri
Ağır Bilişsel Tempo	13, 17, 80, 102
Obsesif Kompulsif Problemler	9, 31, 32, 52, 66, 84, 85, 112
Travma Sonrası Stres Problemleri	3, 8, 9, 11, 31, 34, 45, 47, 50, 52, 69, 87, 103, 111

Tablo 52. ÇDDÖ 6-11 Yaş Türkiye Klinik ve Toplum Ortalama Puan Değerleri

		Türkiye Normları			
		Toplum		Klinik	
		Ort.	ss	Ort.	ss
Anksiyete/Depresyon	Kız	4,7	3,5	8,7	4,5
	Erkek	4,1	3,2	7,3	3,9
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon	Kız	2,1	2,2	3,9	3,1
	Erkek	1,9	2,1	3,4	2,9
Somatik Yakınmalar	Kız	1,2	1,9	2,7	3,1
	Erkek	1,1	1,8	2,1	2,2
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Kız	0,7	1,1	3,2	3,5
	Erkek	1,5	1,8	3,5	3,2
Saldırgan Davranışlar	Kız	3,9	4,0	9,1	6,0
	Erkek	5,2	4,8	11,2	6,8
Sosyal Sorunlar	Kız	3,0	2,5	6,0	3,5
	Erkek	3,2	2,7	6,1	3,6
Düşünce Sorunları	Kız	0,9	1,4	3,5	2,9
	Erkek	0,9	1,6	3,7	2,9
Dikkat Sorunları	Kız	2,5	2,0	5,3	3,1
	Erkek	3,0	2,2	5,5	3,0
İçer Yönelim	Kız	8,0	3,8	15,3	3,6
	Erkek	7,1	3,5	12,3	2,9
Dışer Yönelim	Kız	4,6	3,1	12,3	3,2
	Erkek	6,7	4,1	14,7	5,1

Duygudurum Bozukluğu	Kız	2,4	2,4	5,9	3,8
	Erkek	2,3	3,3	4,8	3,3
Anksiyete Bozukluğu	Kız	2,4	2,0	4,0	2,4
	Erkek	2,1	1,9	3,3	2,3
Somatizasyon Bozukluğu	Kız	0,7	1,4	1,6	2,2
	Erkek	0,6	1,3	1,1	1,5
Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu	Kız	2,4	2,0	4,5	2,5
	Erkek	2,9	2,2	5,1	2,5
Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu	Kız	1,6	1,8	3,6	3,2
	Erkek	2,0	1,8	4,1	2,4
Davranım Bozukluğu	Kız	1,0	1,6	2,6	3,0
	Erkek	1,8	2,4	4,5	4,4
Ağır Bilişsel Tempo	Kız	2,0	1,9	4,0	2,5
	Erkek	0,6	1,0	1,5	1,6
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kız	2,0	1,9	4,0	2,5
	Erkek	1,8	1,8	3,6	2,3
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Kız	4,8	3,7	9,9	4,9
	Erkek	4,7	3,4	9,0	4,3

EK-4 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-5 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 kaldırdığını 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-6 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı-soyadı : Bedia Ferhan Kırış

Doğum yeri : Ünye/ORDU

Doğum tarihi : 23.11.1986

Eğitim durumu :

2004-2009: İşletme /Anadolu Üniversitesi

2012- 2013:Psikoloji Lisans Tamamlama/Üsküdar Üniversitesi

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

Yabancı Dil (ler) ve düzeyi:

İngilizce; iyi seviye okuma yazma ve alt düzey konuşma.

İş deneyimi

2011-2015 Psikolog, Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği

2014-2015 Psikolog, Neşeli Çiçekler Anaokulu

2015-halen Psikolog, İncigül Anaokulu

2015-halen Oyun Terapisti Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Terapi Ofisi

Bilimsel Yayınlar Ve Çalışmalar

“Çocuk Evlerinde Koruma Altına Alınmış Çocuklarda Görülen Psikolojik Sorunlar Kullanılan Teröpatik Yöntemler Ve Etkinlik Dereceleri” Poster Bildiri -I.Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi,2014

Kaynakça

- 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
- Ayaz, M., Ayaz, A. B., Bařđul, ř. S., Karakaya, I., şişmanlar, ř. G., Yar, A., . . . Dikmen, S. (2012). 3-5 Yaş Grubu Kurum Bakımındaki Çocuklarda Ruhsal Hastalık Sıklığı ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*(23).
- 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 adresinden alındı
- Brody, V. (1997). *The Dialogue Of Touch : Developmental Play Therapy*. London: Jason Aronson Inc.
- 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 Usül ve Esasları Hakkında Yönetmelik*.
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015, Aralık). Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü: <http://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/data/544e2899369dc318044059c3/aralik%20ay.pdf> adresinden alındı
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015). *Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği*.
- 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. doi:DOI: 10.1080/17454832.2014.880932
- 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.
- 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. doi:DOI:10.1080/0300443991510102
- 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., & Dowling, M. (1997). Brief Report: Autistic Children's Attentiveness and Responsivity Improve After Touch Therapy. *Journal Of Autism and Developmental Disorders*, 27(3).
- Gözalan, E. (2013). Oyun Temelli Dikkat Eğitim Programının 5-6 yaş Çocuklarının Dikkat ve Dil Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Konya.
- Gupta, M., Gupta, A., Schork, N., & wateel, G. (1995). Perceived Touch Deprievation 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.
- 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., . . . Brulin, C. (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. doi:DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(77\)80433-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(77)80433-2)
- Maclaren, K. (2014). Touching Matters: Embodiments Of Intimacy. *Emotion, Space and Society*, 13, 95-102.
- Motataianu, I. R. (2015). Parent-child connection – emotional synchronization and playing; a possible model to combat the child's unsafe attachment. *Procadia Social And Behavioral Sciences*, 180, 1178 – 1183.
- Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği. (2015, Aralık). Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği Web sitesi: <http://www.mutluyuva.org> adresinden alındı
- National Institute Of Mental Health. (2006).
- Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2011). *Deneyimsel Oyun Terapisinde Somatik Travma İfadeleri*. Greeley: Family Psychological Services.

- 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. doi:DOI: 10.1080/03004430.2010.497207
- Öğretir, A. D. (2008). Oyun ve Oyun Terapisi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*(22), 94-100.
- Özdoğan, B. (2014). *Çocuk Ve Oyun: Çocuğa Oyunla Yardım*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- 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 alındı
- Perry, B., & Szalavitz, M. (2012). *Köpek Gibi Büyütülmüş 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.
- 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.
- Schwitzenberger, K. (2004). Developmental Play Therapy. Aralık 25, 2015 tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000> adresinden alındı
- Schwitzenberger, K. (2004, April). Experiential Play Therapy. Kasım 15, 2015 tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10001> adresinden alındı
- Schwitzenberger, K. (2007, September). Developmental Play Therapy in the Treatment of Childhood Trauma. <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10006> adresinden alındı
- Schwitzenberger, K. (2010, January). Neurosensory Play Interactions in Play Therapy. <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10008> adresinden alındı
- 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.
- Şimşek, Z., Erol, N., Öztop, D., & Özcan, Ö. Ö. (2008). Kurum Bakımındaki Çocuk ve Ergenlerde Davranış ve Duygusal Sorunların Epidemiyolojisi; Ulusal Örneklemede Kaarşılaştırmalı Bir Araştırma. *Türk Psikiyatri*, 235-246.
- 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.

- 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 adresinden alındı
- (2014). *Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi*. İstanbul.
- Van Der Kolk, & Bessel, A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5). doi:10.3109/10673229409017088
- Yazıcı, E. (2012). Korunmaya Muhtaç Çocuklar Ve Çocuk Evleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 499-525.
- Yeğen, B., & Egemen, A. (2000, Şubat). *Türk Tabipler Birliği*. <http://www.ttb.org.tr/sted/sted0200/02001.html> adresinden alındı
- Yolcuoğlu, İ. G. (2009). Türkiye'de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. *Aile Ve Toplum*.
- 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 Institute: <http://www.zurinstitute.com/touchintherapy.html> adresinden alındı