



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLKÖĞRETİM BİRİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNE
UYGULANAN OYUN TERAPİSİNİN PSİKOSOSYAL VE
DAVRANIŞSAL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

MURAT KÖPRÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. GÜL ÜNSAL BARLAS

İstanbul-2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLKÖĞRETİM BİRİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNE
UYGULANAN OYUN TERAPİSİNİN PSİKOSOSYAL VE
DAVRANIŞSAL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

MURAT KÖPRÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. GÜL ÜNSAL BARLAS

İstanbul-2022

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Murat Köprü

II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisansa başladığım andan itibaren engin bilgileriyle yoluma ışık tutan, ders ve tez sürecimde değerli katkılarıyla beni yönlendiren, sabırlı ve anlayışlı tutumuyla desteklerini her zaman hissettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gül ÜNSAL’a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle beni aydınlatan çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Semra KARACA’ya,

Hayatımın her anında bana güvenen, yanımda olan, sevgi ve desteğini hiç esirgemeyen ebeveynlerim, kardeşlerim ve dayılarım Ümit Çiçek ve Emin Çiçek’e

Her zaman beni en iyi eleştiren ve motive eden değerli hocam Dr.Derya Yanık

Bana güvenen ve desteğini hissettiğim hocam Dr.Şahide Akbulut’a

Değerli arkadaşlarım Dr.Hasan Yılmaz, Gülçin Soysal Yılmaz, Ahmet Köker’e

Bilim ve içimdeki öğrenme yetisi arzularının getirdiği uğraşlarda bana büyük destek olan, gözümün nuru eşim Zeynep Köprü’ye,

Nazım Hikmet’in dediği gibi “Ben sadece ölen babamdan ileri, doğacak çocuğumdan geriyim ve bir kavganın adsız neferiyim.” Benden bir adım ileri olacağını bildiğim ve o adımımda eşimle beraber yanında olmak istediğim oğlum Hezarfen’e,

Çalışmam süresince her aşamada bana destek olan, katkıda bulunan herkese bütün kalbimle teşekkür ederim.

Murat Köprü

I. BEYAN	i
II. TEŞEKKÜR	ii
III. İÇİNDEKİLER.....	iii
VI. KISALTMA VE SİMGELER	v
V. TABLOLAR	vi
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Çocuk	6
4.2. Çocuklarda Görülebilen Olumsuz Durumlar	6
4.3. Oyun.....	11
4.4. Oyun Terapi	13
4.4.1. Oyun Terapisi Tarihi	14
4.4.2. Türkiye’de Oyun Terapisi Tarihi	14
4.4.3. Oyun Terapisi Yararları	15
4.4.4. Oyun Terapisi Türleri.....	16
4.4.4.1. Deneyimsel Oyun Terapisi.....	16
4.4.4.2. Gelişimsel Oyun Terapisi.....	17
4.4.4.3. Psikanalitik Oyun Terapisi.....	17
4.4.4.4. Kum Terapisi.....	17
4.4.4.5. Kukla Terapisi.....	18
4.4.4.6. Theraplay.....	18
4.4.4.7. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi.....	19
4.4.4.7.1 Çmot’da Oyuncak Seçimi	20
4.4.4.7.2 Çmot Amaçları	21
4.4.4.7.3. Çmot İlke ve Kuralları	22
4.4.4.7.4. Çmot Fiziki Ortam	22
4.4.4.7.5. Çmot Terapistinin Rollerini	22

5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
5.1. Araştırmanın Modeli/Yöntemi.....	23
5.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	23
5.3. Araştırmanın Süreci/Uygulanması.....	24
5.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	25
5.4.2. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi (PPSC) (Ek-2)...	26
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	27
5.6. Verilerin Analizi.....	27
5.7. Araştırmanın Sınırlılığı	27
6.BULGULAR.....	28
7.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	44
7.1.ÇMOT'un PPSC Toplam ve PPSC Alt Boyutları Toplam Puanlarına Etkinliği Üzerine Bulguların Tartışılması.....	44
7.2.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	48
8.KAYNAKLAR	52
9.EKLER.....	60

VI. KISALTMA VE SİMGELER

OT	: OYUN TERAPİSİ
ÇMOT	: ÇOCUK MERKEZLİ OYUN TERAPİ
VB	: VE BENZERİ
VS	: VESAİRE
BOZ.	:BOZUKLUK



Tablo 1. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Cronbah's Alpha Değerleri.....	27
Tablo 2. Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 3. Gruplardaki Katılımcıların Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4. Gruplardaki Katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı.....	30
Tablo 5. Gruplardaki Katılımcıların ÇMOT Öncesi Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	31
Tablo 6. Gruplardaki Katılımcıların ÇMOT Sonrası Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 7. Gruplardaki Katılımcıların Eğitim Sonrası 3. Hafta Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 8. Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	34
Tablo 9. Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dikkat Alt Boyutu Toplam Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	36
Tablo 10. Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dışsallaştırma Problem Alt Boyut Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	38
Tablo 11. Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi İçselleştirme Problem Alt Boyut Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	40
Tablo 12. Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Sınıflanmamış Alt Boyut Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	42

1.ÖZET

İlköğretim Birinci Sınıf Öğrencilerine Uygulanan Oyun Terapisinin Psikososyal Ve Davranışsal Sorunlar Üzerine Etkisi

Öğrenci: Murat KÖPRÜ

Danışman: Prof. Dr. Gül ÜNSAL

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bölümü

Amaç: İlköğretim 1. sınıf öğrencilerine uygulanan çocuk merkezli oyun terapinin, çocukların psikososyal ve davranışsal sorunlar üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Randomize olmayan gruplarda ön test son test-kontrol gruplu tasarımında olan araştırmanın örneklemi, Batman ilinde bulunan 2 ilköğretim 1.sınıfta bulunan öğrenciler oluşturmıştır. Resimli Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar kontrol listesine göre 35 kesme puanı üzeri alan öğrenciler, çalışmanın deney grubunu (n=74) kesme puanı altında alan öğrenciler, çalışmanın kontrol grubunu (n=66) oluşturmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu(KBF), Resimli Psikososyal ve Davranışsal Kontrol listesi kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler Tanımlayıcı istatistiksel analizler, Mann Withney U, Ki-Kare Testi Ve Fisher's Exact Testi, Tekrarlayan Ölçümler Varyans Analizi, Tekrarlayan Ölçümlerde Çok Yönlü Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların özellikleri incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki katılımcı çocukların cinsiyet, anaokuluna gitme durumu, kronik hastalık durumu, baba eğitim durumu, baba çalışma durumu ve aile tipi gibi özellikleri arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlendi.($p>0,05$) Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılarak grupların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark olup olmadığına bakılmıştır. Puan ortalamaları arasında hem zaman ($F=133.8$, $p=0.00$) hem de zaman-grup ($F=102.8$, $p=0.00$) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir. Bu veri, oyun terapi grubunda olmanın Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinden aldıkları puan üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır.

Dikkat, Dışsallaştırma, İçselleştirme, alt boyutundan alınan puanların oyun terapisi grubunda olma ya da olmama durumundan istatistiksel olarak etkilendiğini ortaya koyduğu belirlendi. ($p<0,001$)

Sonuç: Çocuk Merkezli Oyun Terapi çocuklarda, psikososyal ve davranışsal durumlarda topluma daha uyumlu ve mevcut durumunda bulunan sorunları çözmekte etkilidir. Çocuk Merkezli Oyun Terapinin etkinliği uzun sürelidir. Bu veri, çocuklarda yaşanabilecek psikososyal ve davranışsal sorunların uygulanmasında uzun zaman sonraki iyilik hali için de yarar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Oyun Terapi, Çocuk, Davranış sorunları, ÇMOT

2.ABSTRACT

The Effect of Play Therapy Applied to Primary School First Grade Students on Psychosocial and Behavioral Problems

Student: Murat KÖPRÜ

Supervisor: Prof. Dr. Gül ÜNSAL

Department: School of Nursing, Department of Psychiatry Nursing

Aim: The aim of this study is to examine the effect of child-centered play therapy applied to primary school first grade students on children's psychosocial and behavioral problems.

Materials and Method: The sample of the research, which was in the design with pre-test and post-test control groups in non-random groups, consisted of 1st grade students in 2 primary schools in the province of Batman. According to the Pictorial Psychosocial and Behavioral Problems checklist, students who scored above 35 cut-off points formed the experimental group (n=74), and students who scored below the cut-off score formed the control group (n=66).) of the study. Data were collected using the Personal Information Form (PIF), Pictorial Psychosocial and Behavioral Checklist. The data obtained were evaluated with Descriptive statistical analyses, Mann Withney U, Chi-Square Test and Fisher's Exact Test, Analysis of Variance for Repeated Measurements, Multiple Analysis of Variance for Repeated Measurements.

Results: When the characteristics of the participants were examined, it was determined that there was no significant difference between the gender, the status of going to kindergarten, the status of chronic illness, the educational status of the father, the employment status of the father and the family type characteristics of the children in the experimental and control groups.($p>0.05$). Multidirectional analysis of variance was used in repeated measurements to determine whether there was a difference between the mean scores of the groups from the Pictorial Psychosocial and Behavioral Problems Checklist. It was determined that there was a statistically significant difference between the mean scores in terms of both time ($F=133.8$, $p=0.00$) and time-group ($F=102.8$, $p=0.00$) interactions. This data reveals that being in the play therapy group has a statistically significant effect on the scores they get from the Pictorial Psychosocial and Behavioral Problems Checklist. It was determined that the scores obtained from the sub-dimension Attention, Externalization, Internalization were statistically affected by being in the play therapy group or not. ($p<0.001$)

Conclusion: Child-Centered Play Therapy is effective in solving problems in children, psychosocial and behavioral situations, more compatible with society and in their current situation. The effectiveness of Child-Centered Play Therapy is long-term. This data also provides benefits for long-term well-being in the implementation of psychosocial and behavioral problems that may be experienced in children.

Keywords: Play Therapy, Child, Behavioral problems, Child Centered Game Therapy

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Davranış bozuklukları, şuan okullarda en temel sorun olarak bulunmaktadır. Daha önce yapılan bir çalışmada ilköğretim öğretmenleri tarafından öğrencilerde %1-2 davranış bozukluğu olduğu saptanmıştır.(Cochran, 1996) Son yıllarda çocuklarda davranım bozuklukları daha sık saptanmasına rağmen Davranış bozukluğu saptanan öğrencilere ne yapılması gerektiği konusunda danışmanlara yol gösterici bilgi oldukça azdır. (Cochran ve Cochran 1997). Davranış bozuklukları durumunda başkalarının haklarına tehdit durumu olduğundan hoş görülmemektedir, bu durumu uzun süre gösteren bireylere tanısı verilir. Bu durum hakkında literatürümüz de bilgi sınırlıdır. Eğer davranım boz. hakkında araştırmalar arttırılır ve daha fazla bilgi edinilirse bu durumun çözümü daha başarılı olacaktır. Davranış bozuklukları ileri yaşlarda, düşük sosyoekonomik durumda ve erkek bireylerde daha sık görülmektedir. Erkenden farkedilmesi tedaviyi olumlu etkilemektedir. (Özden ve Canat, 1994). Çocukta davranış bozukluğu gelişmeden önce koruyucu olarak yapılacak girişimler daha etkili ve daha az efor gerektirecektir. (Erden ve Kargı, 2005).

Anksiyete bozukluğu çocuklarda sık görülebilen problemler arasındadır. Çocuğun herhangi bir nedene bağlı olmadan duyduğu hoş gitmeyen endişe durumudur. Çocuk saldırgan davranışları ya da dürtülerinin sağaltımını yapamadığı durumlarda bu durumu yaşayabilmektedir. Çocuklarda anksiyete belirtileri yetişkinlerden farklı olabilmektedir. Bu farklılığın sebebi aile içi rollerden kaynaklı olabilmektedir. Bu anksiyete durumunun erken yaşlarda farkedilip tedavi edilmesi daha etkilidir. (Yavuzer, 2006). (Bayturan, 1995)

Çocuklar gelişim dönemlerinde gelişimin getirdiği zorlukların yanında çevresel zorluklar da yaşayabilmektedir. Bu zorluklara karşılık olarak çocukta ruhsal uyum sorunları görülebilmektedir. Düşük sosyo-ekonomik düzey çocuklarının fiziksel, mental, sosyal gelişimini olumsuz etkilemektedir. (Duncan G.J., Brooks-Gunn J., 1997) Çocukta uyum, çocuğun kendi benliği, edindiği özellikleri ve çevresiyle dengeli ilişki kurup bunun devamlılığını sağlayabilmesidir. Uyumsuz çocuk, kendi benliği ve çevresiyle dengeli ilişki kurup devam ettirebilmekte zorlanan bu yüzden gelişimleri aksayan çocuklardır. Uyumsuz çocukları duygusal bozukluk

problemleri sebebiyle saldırgan, suça yönelik davranan çocuklar olarak tanımlayan çalışmalar da mevcuttur.(Yavuzer, 1999)

Çocuk sürekli değişim gösteren bir çevre içinde yer almaktadır. Çocuğun doğuştan gelen güdü ve eğilimleri çevresinin toplum için eğittiği eğitsel baskının altındadır. Çocuğun doğuştan gelen durumu ve çevrenin bu baskısı her zaman kolayca anlaşılmadığından çatışmalar olmaktadır. Çocukta sağlıklı ve sürekli dengede olan bir gelişim görülmek isteniyorsa bu çatışmalar ertelenmemeli ve çözüme kavuşturulacak şekilde ele alınmalıdır. Bunlar etkili bir kişilik oluşumunu sağlayacaktır. (Özgür, İ.N., 1976). Günümüz uyumsuz çocuklarının geleceğin ruhsal sorunları olan yetişkinler olabileceği düşünüldüğün de, çocuklardaki ruhsal sorunların erken farkedilip bu duruma öncelik tanınmasının önemi anlaşılmaktadır. (Oswald D.P., 2001); (Suqai G., Horner R., 2002).

Oyun terapisi, gelişimsel durumdan kaynaklı problemleri çözmek terapist ve çocuk arasındaki ilişkinin en önemli kriter olduğu inancındadır. Oyun Terapisi, gelişimsel olarak çocuğun ortak dili olarak tanımlanır. (Landerth,2012) Terapistlerin danışanlardaki psikososyal sorunları engelleyip, sağlıklı şekilde büyüme ve gelişme, sorunlarını çözmek amacıyla oyunun terapötik etkisinden faydalanıp kişiler arasında süreç oluşturmak için kuramsal model yaratılması olarak tanımlanmaktadır. (Schaefer, 2013) Çeşitlerinden bağımsız olarak oyun terapilerinin çocukta çok fazla faydası bulunmaktadır; kendine güveni artar, kendini daha rahat ifade eder ,stres ve kaygısı azalır, uyumu artar, benlik algısını arttırır, yaratıcılığı artar, empati kurmasını sağlayıp sosyalliğini arttırır, karşılaştığı güçlüklerle baş etmesini sağlar, olumsuz tutumlarını değiştirmesini sağlar. (Ray ve ark., 2001; Başoğlu ve ark., 2017)

ÇMOT problem yerine çocukla ilgilenir, geçmiş zaman yerine şu an ile ilgilenir, düşünce ve yapılanlarla değil bunların hissettirdiği duygularla ilgilenir, açıklama beklemek yerine anlayış göstermekle ilgilenir, düzeltme yerine kabullenmeyle ilgilenir. Değişim terapistin becerisinden çok çocuğun içsel kaynakları ve buna hakimiyetiyle olabilmektedir. (Landreth, 2012) ÇMOT terapötik ilişkiye önem verip bu ilişkinin iyileştiriciliğine verdiği önem ve terapi boyunca yönlendirme yapmaması açısından benzetilmektedir. Farkı Deneyimsel Oyun Terapi’de çocuğun kurguladığı oyunlar ve oyuncaklarda metaforik anlamlar üzerine yoğunlaşır, ÇMOT bu oyun ve materyallerle ilgilenmez. ÇMOT’un ilgilendiği çocuk ve terapist

arasındaki ilişkidir. ÇMOT'da terapist sözlü ve sözsüz yansıtmalara kullanarak çocuğun duygu deneyimini pekiştirme amacındadır. DOT'da ise terapist çocukla beraber oyunu deneyimlemektedir. (Teber, 2015)

Bu araştırmada, İlköğretim 1.sınıf öğrencilerinde yaşanabilecek psikososyal ve davranışsal sorunların farkedilmesi, davranışsal sorunlar düzeyinin belirlenmesi, ve bu durumlarda ÇMOT'un etkinliğiyle psikolojik iyilik, çocuğun çevresiyle daha yüksek sosyal uyum sağlaması amaçlanmıştır.



4.GENEL BİLGİLER

4.1. Çocuk

Çocuk kavramı ilk çağlardan beri düşünürlerin ilgisini çekmiştir. Platon çocuklara verilen eğitimin yeteneklerine uygun olması gerektiğini savunmuştur. J.J.Rousseau çocuğun eğitiminde arzu ve dürtülerinin dikkate alınması gerektiğini savunmuştur. Pestalozzi'nin 1774 kendi çocuğu üzerine yaptığı gözlemler çocuk psikolojisinde ilk bilimsel çalışmalardandır. Sonrasında Teidemann, Darwin, Preyer diğer öncü isimlerdendir. (Yavuzer, 2005).

4.2. Çocuklarda Görülebilen Olumsuz Durumlar

APB(Amerikan Psikiyatri Birliği) insanlarda görülen ruhsal bozuklukları DSM kılavuzunda tanımlamıştır. (Köroğlu ve Güleç, 1998) DSM için güncel olarak V. Versiyonu kullanılmaktadır. Burada çocukta görülen bozukluklar şöyle sıralanmaktadır;

-Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Çocuklarda gelişimsel dikkat sorunları ve aşırı hareketlilik görülür. DEHB çocuklar engellenme durumunu kabul etmez. Tanı koyulması genelde ilkokul yıllarında olmaktadır.

-Karşıt Gelme Bozukluğu

Çocuklarda kurallara karşı olumsuz davranışlarla beraber seyreden aile, akran ve okulda ilişkiler problem yaşama dönemidir. Tanı genelde ilkokul döneminde konmaktadır.

-Davranım Bozukluğu

Çocuklarda toplum kurallarına tekrarlayıcı biçimde uymama durumudur. Bu çocuklarda eşyalara zarar verme, okuldan kaçma gibi durumlar olmaktadır. Çocukluk ve ergenlikte ortaya çıkabilmektedir.

-Beslenme Bozukluğu

Çocuklarda belirgin kilo alamama ya da kilo kaybı görülmesidir. Yemeyi reddetme, acıktığını ifade etmemesi gibi tutumlar görülmektedir.

-Pika

Çocuklarda da görülebilen beslenme ve yeme bozukluğudur. Besin değeri olmayan maddeleri sürekli tüketme eğiliminde bulunma durumudur. Tanım konması için bu hareketi en az 1 ay tekrarlama gerekmektedir.

-Tik Bozuklukları

Çocuklarda görülebilen normal davranışlardan farklılığı olan, istemsiz, ani ve tekrarlayıcı hareketlerdir. Çeşitleri bulunmaktadır.(Vokal ve motor tikleri gibi)

-Enürezis

Çocuklarda tekrar eden en az 3 ay devam eden haftada en az 2 kez olan istemsiz işeme durumudur. 5yaşla beraber çocuğa bu tanı konar.

-Enkoprezis

Çocuklarda istemli ya da istem dışı 4 yaş sonrası ayda en az 1 kez ve 3 ay tekrarlayan dışkısını tuvalet eğitimine rağmen uygunsuz yerlerde yapmasıdır.

-Ayrılma Anksiyetesi

Çocuklarda evinden ya da bağılılık duyduğu kişiden ayrıldığında yaşına uygun davranmaması durumudur. Tanı 18 yaş öncesi konur.

-Seçici Konuşmazlık

Çocuk konuşabilmesine rağmen en az bir durumda konuşmamasıdır. Bu durum 1 ay tekrar ettiğinde tanı konabilir.

-Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

Çocuklarda bakım vericinin eksik olduğu ya da sık değiştiği durumlarda ileri evrede çocuğun bulunduğu topluma uyum sağlayamamasıdır. 5 yaş öncesinde tanı konur. Çocuk ya tepki vermeme ya da uygunsuz tepki verme durumunda bulunur.

-Çocukluk Çağı Depresyonu

Çocuklarda görülen durum yetişkinlerle benzerdir. Çökkün görüntü ve durumun görüldüğü çocuklar olabilmektedir. Çocuğun gelişimsel olarak gereken kiloyu alamaması durumu da görülebilmektedir.

-Özgül Fobi

Çocuklarda özel bir durum ya da nesneye karşı yoğun kaygı duyma durumudur. Çocuk bu durumdan kaçmak ister ya da maruz kaldığında korkuyla bu duruma katlanmaktadır. Bu durum 6 ay devam ederse tanı konabilmektedir.

-Sosyal Kaygı Bozukluğu

Çocuklarda bu durum topluluk içinde değerlendirilip yargılanabileceği durumlarda endişe duymasıdır. Bu durumda çocuk rahat davranmaktan endişe duymaktadır. 6 aydan daha uzun sürdüğünde tanı koyulabilmektedir.

- Yaygın Kaygı Bozukluğu

Çocuklarda 6 aydan daha uzun süren kuruntu durumu, bunu kontrol altına alamama durumunda tanı konmaktadır. Çocukta kolay yorulma, uyku bozukluğu gibi durumlar da eşlik etmektedir.

-Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Çocukta devam eden takıntı ve yineleyici harekete zorlayan sürekli düşünce durumudur. Bu durum, çocukta kaygıya sebep olur. Çocukta zihinsel tekrarlar(sayı sayma,plakalar...) yineleyici davranışlar(eşya düzenleme,el yıkama...) gibi durumlar görülebilmektedir.

-Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çocuk için ölüm, yaralanma, bir saldırıya maruz kalma durumunda atlatamadığı şekilde tekrarlayan korkutan rüyalar görmesi, yineleyici oyunlarda bulunma görülebilmektedir. Çocuk iç ya da dış uyaranla karşılaştığı durumu hatırlatan olaylardan kaçınma girişiminde bulunur. Bu 1 aydan daha uzun sürdüğünde tanı konabilmektedir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Çocuklarda görülen ruhsal sorunları mental retardasyon ve öğrenme güçlüğü dışında dört farklı grupta toplayabiliriz:

1-Davranış boz.: Bu çocukların yaşadığı çevresiyle ilişkileri genelde gersin ve çatışmalıdır. Bu çocuklar sürekli geçimsiz, gergin, başkaldırma, kurallara uymama gibi davranışlarda bulunmaktadır.

2-Duygusal boz.: Bu çocuklar iç sorunlarını çevresine belli etmekten çok daha kendine yönelten ve kaygı yaşayan çocuklardır. Çekingenlik, uyku boz., kekemelik ve tik boz., korkular gibi durumları bulunmaktadır.

3-Alışkanlık boz.: İdrar ve dışkı kaçırma, tırnak yeme, parmak emme gibi düzensiz ve zararlı alışkanlıkların bulunmasıdır.

4-Ağır ruhsal boz.: Psikotik durumlar ya da çocuğun hayatını çok etkileyen içe kapanıklık gibi bozukluk durumlarıdır.

(Yörükoğlu, 1982):

Ülkemizde çocuk ruh sağlığı konusunda bilgi oldukça sınırlıdır. ilkokul öğrencilerinde yapılan çalışmada ruhsal uyumsuzluğun %25-47 arasında olduğunu görülmüştür. (Doğan ve ark. 1995)

Ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında veriler oldukça yetersizdir. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği kullanılarak 1367 örneklem ile yapılan çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyindeki ailelerin çocuklarında uyum bozukluğunun daha yüksek görüldüğü bulunmuştur. Bu durum yaşanan yoksunluklar çocuğun ruhsal gelişimi ve uyumunu olumsuz etkilemektedir. (Doğan ve ark. 1995)

Günümüzde öğrencilerin okul başarılarının yanında duygusal ve davranışsal gelişimine verilen önem de artmaktadır. Bunun karşılığı olarak okullarda okul içinde verilen danışmanlık hizmetlerine de daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Verilen danışmanlık hizmetinin etkinliği ayrıca sorgulanması gerekmektedir. Davranım bozukluğu olan çocuklar okul ve toplum için önemli bir sorundur. DSM-IV’de çocuklarda davranım bozukluğu en sık görülen ruhsal bozukluk olarak belirtilmiştir. (McMahon ve Wells, 1998).

Küçük yaşlarda yaşanan ruhsal problem ve uyum sorunları fazla önemsenmediğinden daha ileri yaşlarda ergenlik ve yetişkinlikte bağımsız olma ihtiyacı ve gelişimsel ödevler arttıkça bu ruhsal ve uyum bozuklukları daha ciddi sorun boyutlarına ulaşmaktadır. (Kılıççı, 2000).

Davranış boz., şuan okullarda en temel sorun olarak bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada ilköğretim öğretmenleri tarafından öğrencilerde %1-2 davranım boz. olduğu saptanmıştır. (Cochran, 1996) Davranım boz. saptanan öğrencilere ne yapılması gerektiği konusunda danışmanlara yol gösterici bilgi az olmasına rağmen, son yıllarda çocuklarda davranım boz. daha sık saptanmaktadır. (Cochran ve Cochran 1997). Davranım boz. durumunda başkalarının haklarına tehdit durumu olduğundan hoş görülmemektedir, bu durumu uzun süre gösteren bireylere tanısı verilir. Bu durum hakkında literatürümüz de bilgi sınırlıdır. Eğer davranım boz. hakkında araştırmalar artırılır ve daha fazla bilgi edinilirse bu durumun çözümü daha başarılı olacaktır. Davranım boz. ileri yaşlarda, düşük sosyoekonomik durumda ve erkek bireylerde daha sık görülmektedir. Erkenden farkedilmesi tedaviyi olumlu etkilemektedir. (Özden ve Canat, 1994). Çocukta davranım boz. gelişmeden önce koruyucu olarak yapılacak girişimler daha etkili ve daha az efor gerektirecektir. (Erden ve Kargı, 2005).

Öfke, çocuk ve yetişkinlerde günlük hayatta olumsuz sonuçlar doğuran bir duygu durumudur. Yaşamın olağan seyrinde yaşanan sorunlar kaynaklı ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda erken müdahale bu durumun ilerlemesini engellemek için oldukça önemlidir. ÇMOT bu öfke sorununda oldukça etkili bir yöntemdir. (Tekinsay,2010). (Ray,2009)

Saldırgan tutum çocuğun sosyal davranış durumunu anlamak için önemli bir kriterdir. Çocukta bulunan kızgınlık kendini göstermektedir.Çocuklar bazen bu durumu saklamak zorunda kalsada sonrasında açığa çıkmaktadır. Ebeveynlerin burada tutumu oldukça değerlidir. Çocuklar bazen bu saldırgan tutumları tam iyilik haline kavuşmadan çevresel ilişkilerini olumsuz etkilememesi için bu davranışı örtebilmektedir. (Balyiyen, 2007)

Anksiyete durumu çocuklarda sık görülebilen problemler arasındadır. Çocuğun herhangi bir nedene bağlı olmadan duyduğu hoş gitmeyen endişe durumudur. Çocuk saldırgan davranışları ya da dürtülerinin sağaltımını yapamadığı durumlarda bu durumu yaşayabilmektedir. Çocuklarda anksiyete belirtileri yetişkinlerden farklı olabilmektedir. Nedeni ise aile içindeki ilişkiler ve yaşadığı sebepli olabilmektedir. Bu anksiyete durumunun erken yaşlarda farkedilip tedavi edilmesi daha etkilidir. (Yavuzer, 2006). (Bayturan, 1995)

Çocukta uyum, çocuğun kendi benliği, edindiği özellikleri ve çevresiyle dengeli ilişki kurup bunun devamlılığını sağlayabilmesidir. Uyumsuz çocuk, kendi benliği ve çevresiyle dengeli ilişki kurup devam ettirebilmekte zorlanan bu yüzden gelişimleri aksayan çocuklardır. Uyumsuz çocukları duygusal bozukluk problemleri sebebiyle saldırgan, suça yönelik davranan çocuklar olarak tanımlayan çalışmalar da mevcuttur. (Yavuzer, 1999)

Çocuklar gelişim dönemlerinde gelişimin getirdiği zorlukların yanında çevresel zorluklar da yaşayabilmektedir. Bu zorluklara karşılık olarak çocukta ruhsal uyum sorunları görülebilmektedir. Düşük sosyo-ekonomik düzey çocuklarının fiziksel, mental, sosyal gelişimini olumsuz etkilemektedir. (Duncan G.J., Brooks-Gunn J., 1997) Yoksul ailelerin çocuklarında davranışsal ve bilişsel sorunların daha sık olduğu bildirilmektedir. (Dodge K.A., Pettit G.S., Bates J.E., 1994); (Bolger K.E., Patterson C.J., Thompson W.W., 1995).

Çocuk sürekli değişim gösteren bir çevre içinde yer almaktadır. Çocuğun doğuştan gelen güdü ve eğilimleri çevresinin toplum için eğittiği eğitsel baskının altındadır. Çocuğun doğuştan gelen durumu ve çevrenin bu baskısı her zaman kolayca anlaşılamadığından çatışmalar olmaktadır. Çocukta sağlıklı ve sürekli dengede olan bir gelişim görülmek isteniyorsa bu çatışmalar ertelenmemeli ve çözüme kavuşturulacak şekilde ele alınmalıdır. Bunlar etkili bir kişilik oluşumunu sağlayacaktır.

(Özgür, İ.N., 1976).

Günümüz uyumsuz çocuklarının geleceğin ruhsal sorunları olan yetişkinler olabileceği düşünüldüğün de, çocuklardaki ruhsal sorunların erken farkedilip bu duruma öncelik tanınmasının önemi anlaşılmaktadır.

(Oswald D.P., 2001); (Suqai G., Horner R., 2002).

Çocukluk çağı travmaları: Çeşitli şiddet durumlarında ve ihmal bulunduğu, temel bakım vericinin kaybında, aile içi kayıp ve ayrılıklarda, evlilik sorunları ve ev içi geçimsizlik durumları çocukta travma etkisi yaratabilmektedir. Çocukta travma incelendiğinde fiziksel yönünün yanında duygusal yönü de dikkat çekmektedir. Sürekli beğenilmeme, tehdit edilme, sevgisiz ve ilgisiz bırakılmış olma travmatik deneyimler olarak ele alınmaktadır. (Pelendecioğlu ve Bulut,2019) Çocukluk çoğu travma deneyimlerinin pek çok sebebi sıralanabilir; maddi yetersizlikler, kardeş sayısı fazlalığından ilgi ve eşit ilgi verme güçlüğü, sosyoekonomik durum, toplum baskısı, aile içi problemler, ailede mevcut hastalıklar, aile içi kayıplar, ailede madde kullanım öyküsü, göç durumu, ailenin durumunda öngörülemeyen hızlı değişimler. (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004: Pelendecioğlu ve Bulut 2009)

4.3. Oyun

Türkiyedeki ilk pedagojisi uzmanlarından Hasip Ahmet Aytuna İş, dıştan gelen zorunluluğu olan(ihtiyaçları karşılama zorunluluğu) Oyun, içten gelen arzuyla yapıldığını belirtip ikisinin ayrımını yapmıştır. Oyun aktivitesinde mecbur bulunma yoktur. (Aytuna, 1932).

Piaget çocukta oyunun üç aşaması olduğunu belirtmiştir.

- 1)18aya kadar alıştırmalı oyun; el ve ayaklarıyla oynama, taklit etme oyunlarıdır.
- 2)2-6yaş arası sembolik oyun; cisimlere farklı anlamlar yüklemesi(şişe kapağını direksiyon yapmak)
- 3)7-12 yaş arası ceza-kurallı oyun (Yavuzer, 2005)

Çocuklar küçük yetişkin olarak tanımlanamaz, durumlara yaklaşımı yetişkinlerden farklıdır. Bu durum oyuna bakış açısını da etkilemektedir, yetişkin için eğlenme ve boş zaman geçirmek için iken çocuklar için öğrenme aracıdır. (Başoğlu ve ark., 2017).

Oyun yoluyla çocuk günlük yaşam durumlarına hazırlık sağlar. Bu durumda dürtülerinin sağaltımını, günlük durumlarda karşılaştıkları zorlukları aşabilmesinde kolaylık sağlar. Oyun aracılığıyla kendi e kendi dışında toplumun farkındalığına ulaşabilmektedir. (Yavuzer, 2006)

Oyun çocukların otokontrol kazanmaları için uygulamalı aktivitesidir. Bu sayede çevreyle sosyal bağlar kurup, gelişimini sağlayan özellikler kazanır. (Singer ve ark., 2006)

Okul öncesi çocuğun kendini ifade etmesi için kelime dağarcığı oldukça sınırlıdır. Bu dönemde çocuklar kendini ifade etmeyi oyuncak ve oyunlarla sağlar ve bu sayede davranışsal problemleriyle başa çıkabilmesi sağlanmaktadır. (Buchalter 2004, Sherwood 2004, Terwiel 2010)

İnsanlığın varlığı kadar geçmişi olan oyun aktivitesinin, insanlığın yaşamı boyunca ihtiyaçlarına yönelik olarak değişim gösterip gelişmiştir ve önemini korumaktadır. (Erşan, 2006; Pehlivan, 2005)

Oyun aktivitesi, çocuğun iç dünyasında çok değerlidir. Yetişkinler dış dünyayla iletişimini çoğunlukla kelime dağarcıklarıyla gerçekleştirirken, çocukların bu iletişim için ihtiyaçlarını karşılayan oyun ve oyuncaklarıdır. Oyun çocuklarda doğuştandır, eğitimini almadan da zorlanmadan oyun oynayabilir. Çocuk oyun aracılığıyla sembolik bir dille kendini ifade eder. Landreth (2011)

Oyunlar, çocukların yaşamında çok değerlidir, hem eğlenip hem öğrendikleri bir etkinliktir. Duygusal, psikomotor, sosyal, bilişsel, kişilik gelişiminde yarar sağlar. Olumlu davranış kalıpları ve alışkanlıkları kazandırmakta fayda sağlar. (Sel 2000, Akandere 2002).

Çocukların duygusal ve sosyal gelişiminde oyunların önemine bakıldığında, oyunlarla sevinç, nefret, sevgiyi arayış gibi duygularını dışa vurup ifade etmesi sağlamaktadır. Çocuklar oyunlar aracılığıyla toplumun kurallarını, kişiler arası rolleri ve ilişkileri en kolay şekilde öğrenmektedir. Paylaşmayı, başkalarının varlığını ve haklarına saygı,

empati, diğer insanlarla etkili iletişim kurabilmeyi sağlayan oyunlar sayesinde çocuklar hayata hazırlanır. (Seyrek 2003).

Oyun, geçmişinin insanlığın varlığı kadar eski olduğu düşünülmektedir. Oyunlar çok eski tarihlerden itibaren farklı toplum ve kültürlerde oynanmış ve değişim-benzerlikler göstermiş bir ögedir. (Kukul, 2013)

Oynanış şekli ve oynanış araçları değişse de pek çok kültürde çocuğun vazgeçilmez eğlencesi olmuştur. (Pehlivan, 2005).

Çocuk için oyun oynarak geçirdiği vakit çok ciddi bir eylemdir. Oyun oynarken oyuncaklar ve oyuna katılanlar, zaman geçirdiği vaktin kalitesini etkilemektedir. (Artan, Çelebi Öncü ve Elibol, 2003)

Oyun çocuğun toplumsal beceriler edinmesini sağlayan ve kendi kişiliğini açığa çıkarmasını sağlayan bir araçtır. (Poyraz, 2003).

Oyun, amacı ve kuralları konusunda esnek olabilen çocuğun tüm gelişiminde etkili ve yaparken çocuğun haz duyduğu doğal öğrenme aracıdır. (Pala ve Erdem, 2011)

Oyun oynarken çocuğun sosyalleşmesi, kendi isteklerini ifade etmesi, arkadaşlarıyla paylaşım yapması sosyal ve kültürel gelişiminin yanında psikolojik açıdan gelişimi için önemlidir. Kararlar vermesi, merakını tatmin, oyun sırasında yaşanan sorunları çözmesi çocuğun zihinsel olarak gelişimini fayda sağlar. Kaslarını aktif kullanıp yeni beceriler edinmesi ve enerji kullanımı da biyolojik açıdan gelişimine katkı sağlar. Bunlar dışında da oyunun pek çok faydası bulunmaktadır.(Horzum, 2011).

4.4. Oyun Terapi

Oyun terapisi, gelişimsel durumdan kaynaklı problemleri çözmek terapist ve çocuk arasındaki ilişkinin en önemli kriter olduğu inancındadır. Oyun Terapisi, gelişimsel olarak çocuğun ortak dili olarak tanımlar. (Landerth, 2012)

Terapistlerin danışanlardaki psikososyal sorunları engelleyip, sağlıklı şekilde büyüme ve gelişme, sorunlarını çözmek amacıyla oyunun terapötik etkisinden faydalanıp kişiler arasında süreç oluşturmak için kuramsal model yaratılması olarak tanımlanmaktadır.(Schaefer, 2013)

4.4.1. Oyun Terapisi Tarihi

Oyun terapisi, çocuk psikoterapisiyle aynı zamanlarda ortaya çıkmıştır. Oyun terapötik etkisini ilk ortaya koyan çocuklarda oyunun kendini ifade etme, arzularını gerçekleştirme, travmatik yaşamını atlatabilme gibi faydalarını bildiren S.Freud oyunu psikoterapide kullanmada öncü olmuştur. (Schaefer, 2013).

Çocuğun oyunla tedavisi için ilk teknik geliştiren A.Freud olmuştur. (akt. Zulliger, 2005)

İlk oyun terapisi 19.yy'da kuramsal olarak ortaya çıkmıştır. Oyun terapiyi oluşturan kuramlar, terapiyi oluşturan terapistlerin kuramsal görüşlerinden etkilenmiştir. (Öğretir, 2008, Schafer, 1999).

OT çıkış tarihi ve çocuklarda psikoterapinin çocuklarda kullanımının çıkış zamanına denk gelmektedir. Terapötik oyun kavramını literatüre kazandıran Sigmund Freud olmuştur. Sigmund Freud psikanaliz kuramını oluştururken çocuklarla oynanan oyunun üç temel kazanımından söz etmiştir. İlki çocuğun kendini açıkça ifade edebilmesini arttırma, ikincisi arzularını başarabilmesi, üçüncüsü travmatik yaşanmışlıklarıyla baş edebilmesidir. (Schwartzenberger, 2004)

Hellmuth, oyunu 1921 yılında, psikoterapide ilk kez kullanan kişidir. Çocuk psikanalizinin büyük kısmının oyun olduğunu düşündü. Altı yaşından büyük çocukların evlerine giderek onlara resim ve oyuncakların yer aldığı oyun terapisi seansları verdi. Fakat herhangi oyun terapisi tekniğinden yararlanmamış ve çok yayını bulunmamaktadır. (Teber, 2015).

4.4.2. Türkiye’de Oyun Terapisi Tarihi

1930’larda başlayan oyun terapisi metodu, Türkiye’de daha geç tedavi yöntemi olarak yer bulmuştur. Türkiye’de bu gelişim geç olmuştur. Öncesinde başvurulması ayıp görülen ‘deli doktoru’ olarak nitelendirilen psikiyatristler sonrasında 2000li yıllarda psikoterapilerin kullanımıyla önemleri artmıştır. Toplumun gelişimiyle psikiyatristler olumlu bakış açısı gelişmeye başlamıştır. (Teber, 2014).

İbni Sina 900’lü yıllarda ‘Her halin bir hali vardır. Çocukluğun yakışığı da oyundur’ diyerek çocukta oyunun öneminden söz etmiştir. (Karaosmanoğlu, 1985)

Karaosmanoğlu, Y. (1985). İbni Sina ve eğitime dair. Sızıntı Dergisi (82).

Gazali 1000’li yıllarda çocuklar derslerinden sonrasında oyun oynaması gerektiğini ifade etmiştir. Çocuklar oyun oynamaktan alıkonulursa kalbi ve zekalarında işlevselliğin yok olacağını ifade etmiştir. (Çamdibi, 1988).

Çamdibi, M. (1988). Çocuk terbiyesinde ebeveyn ve eğiticiler. Altınoluk Dergisi, 28, 34-36.

Türkiye’de Oyun Terapi üzerine ilk kitap 1988 yılında basılan Çocuk ve Oyun: Çocuğa Oyunla Yardım adlı Berka Özdoğan’ın kitabıdır. (Özdoğan, 2009).

Oyunun çocukta psikoloji duruma etkisi üzerine ilk çalışma 1987’de ‘Anaokulu çocuklarında görülen ayrılık kaygısının giderilmesinde farklı oyun tekniklerinin etkisi’ adlı çalışma Akman tarafından yazılmıştır. (Akman, 1987).

Ülkemizde Oyun Terapisi Derneği 2012 yılında kuruldu.

4.4.3. Oyun Terapisi Yararları

Çeşitlerinden bağımsız olarak oyun terapilerinin çocukta çok fazla faydası bulunmaktadır: (Başoğul ve ark., 2017; Ray ve ark., 2001):

- Kendine güveni artar, daha rahat ifade eder.
- Stres ve kaygısı azalır
- Uyum artar
- Benlik algısını arttırır
- Yaratıcılığı artar
- Empati kurmasını sağlayıp sosyalliğini arttırır
- Karşılaştığı güçlüklerle baş etmesini sağlar
- Olumsuz tutumlarını değiştirmesini sağlar

Okul öncesi dönemdeki çocuklara oyun terapisinin fayda sağladığı durumlar:

- Aşırı duygular(kızgınlık, korku, üzüntü, endişe)
- Diğer çocuklara zarar veren saldırgan davranışlar
- Aile içi değişen durumlarda uyum sağlamada zorluk yaşamak
- Aşırı çekingen davranışlar
- Başkaları tarafından olumsuz değerlendirmekten aşırı çekinme, başkalarıyla ilişkiden kaçınma
- Ayrılma korkusu
- Özgüven problemleri

- Yeme problemleri
 - Uyku problemleri
 - Cinsel düşüncelere aşırı ilgi duyup zaman harcama
 - Fiziksel nedene bağlı olmadan baş, mide vs. ağrıları çekme
- (Pelham 1972; Johnson, Stockdale 1975; Beers 1985; Landreth 2002; Gürnal 2003, Bratton ve ark. 2005)

4.4.4. Oyun Terapisi Türleri

4.4.4.1. Deneyimsel Oyun Terapisi

Carol Crowel Norton ve Byron E.Norton adlı araştırmacılar yaratmış olup terapide uygulamıştır. Terapi boyunca yönlendirmenin olmadığı bir oyun terapisi. DOT, İlişkisel Oyun Terapi ve ÇMOT'un sentezlendiği ve daha gelişkin ortaya çıktığı bir terapidir.

Temel düşüncesi şudur; Çocuklar yaşadıkları durumları anlamaktan çok deneyimsel olarak anlarlar ve böyle aktarırlar. Çünkü çocuklar yaşadıkları acı veren durumlar üzerine detaylı düşünmezler, bunun yerine rahatsızlık yaratan bu durumu farklı ortamlarda davranışlarıyla ifade ederler. Bu ifade etme biçimi 2 yaş sonrası sembolik ve fantezi oyunları ile olur. Yaşadıkları sorunları oyuncaklarıyla canlandırabilirler. (Sezer, Yılmaz ve Koçyiğit, 2016).

Oyun oynarken oyuncaklarla yapılan canlandırmalar çocuğu gerçek dünyada yaşadığı sıkıntıdan alabilir. DOT'da çocuğun terapistle ilişkisi iyileşmesinin temel faktörüdür. DOT ve ÇMOT ortak olarak çocuğun iyi olmaya çaba gösterdiği bakış açısındadır. Bu bakış açısından dolayı DOT'da oyun odasında müdahale ve yönlendirme yapılmaz. DOT'da çocuk istediği oyunu istediği şekilde yaratabilir ve terapisti oyuna katma çocuğun isteğiyle olur. Terapist oyuna katıldığında çocuğun istekleri gibi oyunda yer bulur. Bu çocuğa gerçek yaşamda yetişkinlerde bulunan gücü, çocuğun oyunda deneyimleme şansını yaratır. Terapiste verdiği rolle, terapist çocuğun günlük yaşantısından bir rol deneyimleyip çocuğu daha iyi anlamaya çalışmaktadır. (Altun, 2017; Çelik, 2017).

4.4.4.2. Gelişimsel Oyun Terapisi

Gelişimsel oyun terapisi, V.Brody tarafından geliştirilip yaratılan bir oyun terapi çeşididir. GOT uygulanırken, uygulandığı grup ve kişileri terapist yönlendirir. Terapi boyunca odaklandığı nokta dokunma duyusudur. Terapist çocuğa dokunduğunda çocuk kendiliğini ve terapistin varlığını fark eder. Böyle çocuk-terapist ilişkisi başlar. (Teber, 2015).

Terapist, oyunlarla çocuğa ve sorunlarına ulaşır. Bu tür oyunlarda çocuğun cinsel bölgeleri dışında her yerine dokunma durumunu kapsamaktadır. V.Brody, terapi sürecinde dokunmayı hedef alarak, çocuklara sarılarak, çocukları kucaklayarak ve çocukların ona dokunmasına izin vererek bu tekniği kullanmıştır. (Teber, 2015)

4.4.4.3. Psikanalitik Oyun Terapisi

S.Freud'un Hans vakası sonrası Hermine Hug-Helmutth(1921) çocukları daha iyi anlayabilmek için terapilerde oyunun önemli olduğunun üzerinde durdu. Ve terapide oyunun kullanılmasını ilk başlatan terapisttir.Fakat çocukların kendilerini sözcüklerle ifade etmemesi kısıtlılık yaratmıştır. (Koçkaya, 2016).

Melenia Klein(1955) altı yaşlardaki çocuklarda analiz yaparken oyun yöntemlerini kullanmaya başlamıştır. (akt, Altun, 2017)

Anna Freud(1946-1965) çocukla daha uyumlu çalışabilmek için oyunu daha etkin kullanmıştır.

Bu oyun terapisiyle çocuğun bilinçaltı süreçlerine oyunla girebilme sağlanmakta ve yapılan müdahaleler sonucunu çocuk tekrar oyuncaklarıyla sergileyecek olmaktaydı. (Schwartzenberger, 2004)

4.4.4.4. Kum Terapisi

Bir çeşit oyun terapisi. Bu tekniği aktif uygularken kum, su, minyatür oyuncaklar, kum tepsi kullanılır. Sözel ifadelere bu terapide yer verilmez. Süreç boyunca kumun zaten terapötik etkisi de vardır. (Bulut, 2008)

Terapiye başlarken çocuğa biri ıslak kum dolu biri kuru kumla dolu iki tepsi verilir. Çocuk bunlardan hangisini kullanacağına kendi karar verir. Tepsinin ortasında deniz, göl gibi suyu temsil edecek mavilik bulunur. Çocuk istediğini yaratmakta özgürdür. (Altınmakas, 2010).

Bu terapisinin kökeni jung'un esaslarına dayanır. Danışan küçük oyuncak minyatürleriyle kumun üzerinde yaşadığı çatışmaları, bilinçdışı ve süreçlerini aktarabilir. Bu terapiyi ilk kez kullanan Margeret Lowenfeld olmuştur.

4.4.4.5. Kukla Terapisi

Kuklalar psikiyatri alanında terapi sürecinde tanılama ve tedavi aşamasında uzun yıllardır aktif olarak kullanılmaktadır. Terapi sürecinde kullanımı oldukça kısıtlıdır. Kuklalar terapistte özellikle çocuğun yaşamındaki önemli bireyler hakkında bilgi vermektedir. Çocuk yaşamında önemli yer edinen bu kişiler hakkında sahip olduğu fantezi ve duygularının tümünü kukla aracılığıyla terapistte anlatabilmektedir. Terapistte yansıtma yaptığı bu durumla yargılanmaz ve eleştirilmez bu sayede çocuklar kendilerini daha özgür ifade edebilir. Bender ve Waltman ilk kez terapide kuklayı kullanan araştırmacılarıdır. Bu araştırmacılar kuklanın çocuğun aileyle ilişkisi ve var olan öfkesini göstermede etkili olduğunu saptamıştır. (Schottelkorb ve ark, 2012). Kukla terapide oynanan kukla oyununda çocuklar bilinçli ya da bilinçsiz olarak kendilerini kukla yerine koyup ifade ederler. Ayrıca kuklaya sağladığı bu hakimiyet çocuğun ego gelişimine katkı sağlar. (Yıldız, 2015).

4.4.4.6. Theraplay

Kukla terapiden farklı olarak ailenin de sürece katıldığı oyun terapisi. Theraplay'da amaç ebeveynler arası ve çocukla aralarındaki ilişki bağlarını güçlendirmektir. Theraplay için özel bir oyun alanına ihtiyaç yoktur bundan dolayı sade bir oda yeterli olacaktır. İstenirse ebeveynler oyuna dahil edilebilir. (Aral. 2008: Öğretir, 2000)

Theraplay oyun terapide kullanılan 4 çeşit teknik bulunmaktadır. Yapı, bağlılık, besleme, mücadele oyun teknikleridir. Çocuk bu terapilerden hangisine ihtiyaç duyduğuna terapist karar verir. Terapist her çocuğa özel olarak oyun terapi planı ve oyun sırası belirler. Terapist çocuğun oynayacağı oyunu belirlerken Marschak Etkileşim Metodu'ndan yararlanarak karar vermektedir. Bu metod, çocuk ve ebeveyn rolünün arasındaki etkileşimi incelemektedir. (Teber, 2015).

Çocuk ve ebeveyn rolündeki daha önceden belirlenmiş sade odada terapistin oyun içi verdiği görevleri yerine getirmektedir. Bu vazifeleri yerine getirme süreçleri

ebeveynin izniyle kamera kaydına alınıp oyun terapisti tarafından daha sonra izlenip çocuğun yapı, mücadele, besleme gibi hangi bağıllık tipine ihtiyaç duyduğunu belirleyip uygulayacağı terapiye yön verir. (Teber, 2015)

4.4.4.7. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Danışan merkezli terapi kurucusun C.Rogers'in öğrencisi Axline, C.Rogers'in yetişkinlerde kabullenici yaklaşımla duygu ve ifadelerini rahatça ifade ettiği terapi modelini çocuklara yönelik uyarladı. Buna yönelik oyun odasında kabullenici bir terapi modeliyle çocukların kendi duygu durumu hakkında bilgi vereceğini ve iyileşeceğini savunmuştur. (VanFleet, Sywulak ve Sniscak, 2010).

Axline(1947) 4-12 yaş aralığındaki çocuklara yönlendirici olmayan oyun terapisi uygulayıp çocuğun gelişiminde etkinliğini fark edip, ÇMOT'un çocuklarda uygulanmasının çocuğun gelişiminde fayda sağladığını savunmuştur. (Landreth ve Bratton, 2009).

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, C.Rogers (1951) tarafından geliştirilen bireysellik merkezli temel felsefesi üzerine kurulmuştur. C.Rogers'in öğrenci ve çalışma arkadaşı Virginia Axline (1947) tarafından da temelleri atılmıştır. V.Axline sonrası Gary Lindrethle beraber bu terapinin sistematik ve fonksiyonel yapısı oluşturulmuştur.

Bu oyun terapisi yaklaşımının temelinde çocuğun kişi ve özel olduğu inancı vardır. Çocuk Merkezli Oyun Terapide danışan merkezli terapiye benzer şekilde çocukla beraber olma süreci kabullenilmektedir. (Ray, Bratton ve ark. 2001)

V.Axline için ÇMOT'da en temel hedef çocuğu kontrol ya da değiştirmek değil çocuğun kendi davranışlarının farkına varabilmesi ve kendi davranışlarını yönetebilme becerisini sağlamak olduğunu ifade etmiştir. Terapide esas amaç danışan ve terapist arasında olumlu etkileşimi sağlamaktır. Bu ilişkiden faydalanarak terapist değişim sürecini bitirebilecektir. Değişimin olması için temel güç, terapistin bilgisi değil çocuğun içsel dinamiği hakkında edindiği bilgidir. ÇMOT'a 2-10 yaş arası çocuklarda daha sık başvurulmaktadır. (Çelik, 2016).

ÇMOT'da problem yerine çocukla ilgilenir, geçmiş zaman yerine şu an ile ilgilenir, düşünce ve yapılanlarla değil bunların hissettirdiği duygularla ilgilenir, açıklama beklemek yerine anlayış göstermekle ilgilenir, düzeltme yerine kabullenmeyle ilgilenir. Değişim terapistin becerisinden çok çocuğun içsel kaynakları ve buna hakimiyetiyle olabilmektedir. (Landreth, 2012).

DOT ve ÇMOT terapötik ilişkiye önem verip bu ilişkinin iyileştiriciliğine verdiği önem ve terapi boyunca yönlendirme yapmaması açısından benzetilmektedir. Farkı DOT'da çocuğun kurguladığı oyunlar ve oyuncaklarda metaforik anlamlar üzerine yoğunlaşır, ÇMOT bu oyun ve materyallerle ilgilenmez. ÇMOT'un ilgilendiği çocuk ve terapist arasındaki ilişkidir. ÇMOT'da terapist sözlü ve sözsüz yansıtmalara kullanarak çocuğun duygu deneyimini pekiştirme amacındadır. DOT'da ise terapist çocukla beraber oyunu deneyimlemektedir. (Teber, 2015)

4.4.4.7.1 ÇMOT'da Oyuncak Seçimi

Oyunun terapilerde kullanıldığı ilk zamanlardan günümüze kadar oyuncaklar seanslarda kendine yer bulmuştur. Farklı oyun malzemeleri ve oyuncak çeşitliliği çocuğun farklı oyunlar yaratabilmesini ve bazı duygularını ifade edebilmesini kolaylaştırmaktadır. Oyun odası sadece eğlence amaçlı değil, terapötik amaca uygun olmalıdır. Bu yüzden oyuncakların seçimi ayrı önem arz etmektedir. Seçilen oyuncaklar sembolik anlama sahip olup çocuğun kendini ifade etmesini sağlayacak, engellenmelerini ortadan kaldırıp daha bireysel kontrol kazandıracak ve kendini ifade edebilmesine yardımcı olacak oyuncaklar olmalıdır. Bu durumun yanında oyuncaklar sade, kırılmayacak, basit, mekanik oyuncaklar seçilmesi çocuğun sağlığı açısından daha uygundur. (Yıldız, 2015).

Yönlendirici olmayan oyun terapisinde oyun odasında bu oyuncakların bulunması uygundur:

- Savaşçılar(Robotlar, Askerler, Polisler, Savaşçı eşyaları)
 - Peluşlar (Hayvanlar)
 - Yaratıcı malzemeler(Oyun hamuru, Kil toprak, kum havuzu)
 - Bebekler(Bez bebekler, Elbiseler)
 - Oyun evi(Ev mutfak cihazları, bulaşıklar)
 - Araçlar (Otomobil, Kamyon, Uçak)
 - Sanatsal malzemeler (boyalar, keskin olmayan maket makas)
 - 2 adet telefon
- (Koçkaya, 2016)

Oyun odası için oyuncak çantası, buradaki oyuncaklar taşınabilir ve çocuğun kendini ifade etmesini kolay kılacak oyuncaklar olmalıdır:

- Hacı yatmaz

- Maske
 - Asker
 - Bebek evi
 - Kaşık
 - Stres topu
 - Kör ya da plastik makas
 - Plastik bıçak
 - Oyun hamuru
 - Hedef/Plastik tabanca
 - Kelepçe
 - Plastik bulaşık
 - Taşıtlar
 - Mücevher
 - Abeslang
 - Telefon
 - Agresif kukla
- (Axline,2019)

4.4.4.7.2 Çmot Amaçları

Çocuklar, yetişkinler gibi sözel olarak kendilerini ifade edemediğinden oyun terapiyle kendini ifade edebilmektedirler. Oyun Terapiyle çocuklar günlük hayatta yaşadıkları sorunlarla nasıl baş edebileceğini ve sorunlara karşı geliştirdikleri olumsuz davranışları değiştirebilme becerisi kazanmaktadırlar. Oyun Terapilerin de kullanılan yöntemler açısından çok farklı çeşitleri bulunmaktadır. Terapist uygun bir oyun oynama zemini hazırlar ve bu sayede çocuğun kendi davranışlarının farkındalığını edinebilmektedir. . (Teber, 2015)

Axline, ÇMOT için hedefin çocuğun kendi farkına varma becerisini arttırması ve yönetme becerisi edinmesi olması gerektiğini savunmuştur. Terapi boyunca çocuk ve terapist arasındaki sürekli ve etkili iletişim önem arz etmektedir. Bu sayede çocuk değişim sürecini tamamlar. ÇMOT’da önemli olan terapistin bilgisinden çok terapistin çocuğun farkına varabilmesi ve çocuğun bilgeliği ve kendi dinamiğini ortaya çıkarmaktır. ÇMOT 2-10 yaş arası çocuklara uygulanabilmektedir. (Çelik, 2016).

4.4.4.7.3. Çmot İlke ve Kuralları

Axline, ÇMOT'un çocukta daha iyi bir durum sağlamak için ve terapinin başlaması, devamı, sonlandırılmasında güçlük yaşamaması için 8 temel prensip belirlemiştir:

- 1)Çocukla sıcak ilişki
- 2)Çocuğu kabullenici tutum
- 3)Çocuğun kendini ifade edebilmesi için serbestlik duygusu
- 4)Çocuğun kendi farkına varması için yansıtma yapma
- 5)Çocuğa seçim yapma şansı verip, problem çözme yeteneğine saygı duymak
- 6)Terapiye uygun davranıp aceleci davranmamak
- 7)Yönlendirme yapmayıp, çocuğun kuracağı oyunda liderliğini tanımlamak
- 8)Gerçek dünyadan kopukluğu engellemek için bazı sınırlılıklar vermek (Axline,1981).

4.4.4.7.4. Çmot Fiziki Ortam

Axline (1947) oyun terapisi için ideal katı sınırları olan bir duruma gerek olmadığını okulun bir köşesinde, çocuk ve terapist için uygun olacak boş bir oda dahi ÇMOT için terapi odası olarak kullanılabileceğini belirtmiştir. Ayrıca imkanların iyi olduğu durumlarda; ses yalıtımı, pencere tehlikesi en aza indirgenmiş, kolay temizlenen duvarları olan, darbelere dayanıklı duvar ve camları olan, kamerayla izlenebilen, aynalı izlenebilme gibi özelliklere sahip odalar yaratılabilir. (Axline, 1981).

4.4.4.7.5. Çmot Terapistinin Roller

ÇMOT'da terapist, empatiyle çocuğu olduğu gibi kabul etmelidir. Çocuğun durumunu ve duygularını yansıtma yapabilmelidir. Terapi boyunca bu durum tutarlı ve uyumlu olmalıdır.(Cochran, Nordling ve Cochran, 2010)

ÇMOT boyunca oyun liderliği çocuğa verildiğinden dolayı danışman pasif gözükmemektedir ama terapi boyunca danışman çocuğu dikkatle izleyip duygu, dile getirdiği düşünce ve davranışlarını yakalayıp çocuğa geri yansıtma da aktif rol almaktadır. (Axline, 1981)

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Modeli/Yöntemi

Bu çalışma Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin sosyo-ekonomik düzeyi farklı iki okulda öğrenim gören ilkokul 1.sınıf öğrencilerinin psikososyal ve davranışsal sorunları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı. Çalışmada yeter sayıda veriye ulaşamadığından randomize olmayan gruplarda ön test son test-kontrol gruplu tasarım ile araştırma yapılmasına karar verildi ve çalışma böyle yürütüldü.

Çocuklara uygulanan Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin etkinliği; oyun terapi öncesi-sonrası-3ay sonrasında Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesini (PPSC) ile değerlendirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini güç analizi yapılarak hesaplandı. Kırış'ın (2016) 6-12 yaşları arasındaki çocuklarda Gelişimsel Oyun Terapisinin davranış sorunları üzerine etkilerinin araştırıldığı müdahale çalışması baz alınarak, DSMV yönelimli anksiyete bozukluğu alt testi öntest-sontest puan ortalamaları ve standart sapma değerleri "Power and Sample Size" İstatistik Programında karşılaştırıldığında; iki grup ortalaması arasındaki farkın 1,1 ve standart sapma değerinin 2,2 olduğu, alfa hatanın (p değeri) 0,05, 1-beta hata (power) değerinin ise 0,80 olduğu varsayılarak yokluk hipotezinin test edilmesi için çalışmada her grup başına 33 kişinin yeterli olacağı saptandı (Kırış 2016).

Araştırmaya Batman ilinde bulunana 2 ilkokul alındı. "A" ilkokulda 400 1.sınıf öğrencisi, "B" ilkokulda 300 ilkokul 1.sınıf öğrencisi bulunmaktadır. Bu öğrencilerden Kişisel Bilgi Formu (KBF) ve Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesini (PPSC) eksiksiz ve gönüllü dolduran katılımcı veli sayısı "A" İlkokulundan 76 öğrenci velisi (33D-43K), "B" ilkokulundan 64 öğrenci velisi (41D-23K) oldu.

Çalışmada, Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinden (PPSC) kesme puanı üzerinde alanlar içinde randomize kontrol yöntemi ile belirlenen

öğrenciler çalışmanın örneklemini oluşturulması planlanmıştı. Fakat çalışmaya başlanıp Ön Testler uygulandığında katılım sağlayan tüm çocuklar örneklem kabul edilip Randomize Olmayan Gruplarda Ön Test Son Test-Kontrol Gruplu Tasarım ile araştırma yapılmasına karar verildi. Tam deneysel planlanıp randomizasyon koşullarının sağlanamadığı durumlarda, çalışma bu tip tasarıma dönüşebilmektedir. (LoBiondo -Wood ve Haber, 2002)

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin çalıştığımız gruptaki 28 kesme puanı üzerindeki çocuklar deney, geri kalan çocuklar kontrol grubu olarak kabul edilip çalışma yapıldı. 28 kesme puanını alan çocukların koşulsuz deney grubu kabul edilmesinin sebebi, kullanılan ölçekte psikososyal ve davranışsal sorunları olduğu düşünülen çocuklara daha optimal düzeyde fayda sağlamaktır.

5.3. Araştırmanın Süreci/Uygulanması

Müdahale grubundaki çocuk ve ebeveynlerine uygun olan tarihlere göre, üç hafta sürecek olan oyun terapisi 4-5 kişilik gruplar şeklinde uygulandı. Oyun terapisi haftada bir gün 45 dakikalık oturum şeklinde uygulandı.

Uygulanan oturumlarda; Çocuklarla geçirilen vakit boyunca onların oyuna terapisti kattığı ölçüde oyuna dahil olundu. Çocukların terapist ya da birbirlerine oyun boyunca sessizce yaptıkları hareketler ve söyledikleri sözler terapist tarafından sözlü şekilde tekrar edildi. Çocuklar terapi sürecinde tamamen aktif iken terapist daha pasif ve yönlendirmeyen bir pozisyondaydı. Terapilerin bitmesine 5dk kala terapist oyunun biteceği süre hakkında 'birazdan oyunu bitireceğiz' diye bilgi verdi. Sonraki terapinin haftaya devam edeceği bilgisi basit cümlelerle verildi.

Uygulama takvimi planlanırken öğrencilerin ders saatleri ve pandemi koşulları dikkate alındı. Öğrenci velilerine ve öğretmenlere seanslara düzenli olarak katılımın araştırmanın sonucunu etkileyeceği ile ilgili bilgi verildi. Araştırmacı tarafından müdahaleden önce deney ve kontrol grubuna; Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi uygulandı. Müdahaleden sonra her iki gruba son test olarak Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi tekrar uygulandı. 3ay sonra Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi tekrar uygulandı. Bu araştırmanın verileri, Batman İMKB ilkokulu ve Fatih ilkokulunda 16.05.2021-13.09.2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın akış şeması

1.	Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul ve kurum izinlerinin alınması	
2.	İlkokul 1.sınıf öğrencileri velileriyle ile toplantı yapılarak, araştırmanın amacı, içeriği ve planlanan müdahale ile ilgili kapsamlı bilgi verilmesi. Araştırmaya katılmayı kabul edenler arasından seçim yapıp örneklem grubunun belirlenmesi ve onamlarının alınması.	
3.	Tüm bireylere Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi uygulanması Kesme puanı 28 ve üzerindeki deney grubu olarak seçildi.	
	Deney Grubu (74)	Kontrol Grubu (66)
4.	Üç haftalık oyun terapisinin uygulanması	Girişim yok
	1 ay sonra son testin Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi uygulanması	1 ay sonra Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi uygulanması
	3 ay sonra Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi uygulanması	3 ay sonra Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi uygulanması

5.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler, kişisel bilgi formu ve PPSC ölçeği ile toplandı.

Araştırmanın veri toplama araçları aşağıdadır:

5.4.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) (Ek-1)

Araştırmada kullanılacak olan Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

5.4.2. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi (PPSC) (Ek-2)

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi, çocukluk çağındaki (6-16 yaş) psikososyal sorunların erken tanısı için ebeveynler tarafından çocuklarının davranışlarını değerlendirir. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ilk olarak Leiner ve ark. (2007) tarafından sağlık tarama aracı olarak kullanılmıştır (Leiner et all 2010). Ölçek toplam 35 sorudan oluşan 3'lü likert bir yapıdadır. Ölçekteki ifade ve resimlerin ebeveyn tarafından “ Doğru değil/ Asla” ,“ Bazen ya da Biraz Doğru” ve "Sıklıkla Doğru" şeklinde

değerlendirilmesi beklenmektedir. Derecelendirilen maddeler sırasıyla 0.1.2 şeklinde puanlanmaktadır. Olası skor oranı 0-70 arası olan puanlar toplanmaktadır. Ölçeğin 1'den 3'e kadar olan maddeleri ebeveynler tarafından boş bırakılırsa skor (0) değerlendirilmektedir. Eğer maddelerden 4 ve daha fazlası boş bırakılırsa anket geçersiz sayılmaktadır. Leiner ve ark. (2010) kesme oranı 6-16 yaş grubu çocuklar için 28 ve daha fazlası olarak belirtilmiştir. 5.6.17 ve 18. maddeler 4-5 yaş arası ilkokul çocukları için iptal edilmektedir ve toplam skor kalan 31 maddeye dayalı olmaktadır. Kesme oranı küçük çocuklarda 24 ve üzeridir.

PPSC Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Ardıç tarafından 2013 yılında yapılmıştır. 6-16 yaş grubu çocuğu bulunan 799 ebeveynle çalışma yürütülmüştür. Çalışma sonucunda Kapsam Geçerlik indeksi (KGI) % 92.2 bulunmuştur. Madde-toplam korelasyonları içinde sadece bir maddenin korelasyonu (#20) 0.30'un altında bulunmuştur. PPSC'nin Cronbach alpha iç tutarlılığı 0.89 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin faktör analizi, ölçekten çıkartılan bir madde olmak üzere toplamda 34 maddeye uygulanmıştır. Sonuçlar, Türkçe PPSC'in çocuklarda psikososyal ve davranışsal sorunları inceleme fırsatı veren geçerli ve güvenilir bir tarama aracı olduğunu göstermiştir. (Ardıç E., Ünsal G., 2013) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında PPSC 20.madde korelasyonunun 0.30 altında olmasından dolayı yapılan mevcut çalışmada PPSC 34 madde olarak uygulanmıştır. Çalışmamızda Cronbach's Alpha değeri kontrol listesi için 0.50 bulunmuştur.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır.

5.6. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler normal dağılıma uygunluk gösterdiği için Shapiro Wilk-W testi ile analiz edildi. ($p < 0.05$) Tanımlayıcı istatistiksel analizler (yüzdelik, minimum ve maksimum değerler, standart sapma, ortanca vb.) ve iki bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılması Ki-kare ve Fisher's Exact Testi ile gerçekleştirildi. Ölçekten ve alt

Tablo1. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Cronbah's Alpha Değerleri	
Ölçekler	Cronbah's Alpha
Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puan	0.50

boyutlarda alınan puanların zaman göre değişiminde Tekrarlayan Ölçümler Varyans Analizi ve Tekrarlayan Ölçümlerde Çok Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Tüm analizlerde güven aralığı % 95 ve anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

5.7. Araştırmanın Sınırlılığı

Çalışmada oyun terapisinin uygulanması, Covid-19 pandemisinin olduğu bir döneme denk geldiğinden katılım sınırlı oldu.

6.BULGULAR

Tablo 2: Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik özellikler	Deney Grubu (n=74)		Kontrol Grubu (n=66)		Z	p
	X ± SS	Med	X ± SS	Med		
Anne Yaşı (yıl)	35.23±6.1	34	33.29±4.9	33.5	Z=-1.9	0.054
Baba Yaşı (yıl)	39.85±6.4	39	38.24±4.7	39	Z=-1.1	0.24
Kaçıncı Çocuk	3.27±1.8	3	2.52±1.5	2	Z=-2.77	0.006
Toplam Çocuk Sayısı	4.07±1.6	4	3.48±1.4	3	Z=-2.46	0.01
Ailenin aylık geliri (TL)	2341.5±1606.4	2650	2414.3±1642.8	2550	Z=-0.11	0.90

Mann Whitney U

Gruplardaki Katılımcıların Demografik Özelliklerinin ortanca değerleri karşılaştırıldığında; anne yaşının deney grubunda 35.23±6.1 (Med.34) yıl, kontrol grubunda 33.29±4.9 (Med.33.5) yıl olduğu belirlendi. Gruplardaki katılımcıların anne yaşı benzerdi (Z=-1.9; p>0.05). Gruplardaki katılımcıların baba yaşlarının ve ailenin aylık gelir ortalamasının da benzer olduğu belirlendi (p>0.05) (Tablo2)

Katılımcıların kaçınıcı çocuk oldukları (deney grubu= 3.27 ±1.8 (Med.3); Kontrol grubu=2.52±1.5 (Med.2)) ve ailedeki toplam çocuk sayısı (deney grubu= 4.07±1.6 (Med.4); Kontrol grubu=3.48±1.4 (Med.3)) bakımından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (p<0.05) (Tablo2).

Tablo 3: Gruplardaki Katılımcıların Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=74)		Kontrol Grubu (n=66)		X ²	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
• Kadın	36	48.6	39	59.1	X ² =1.5	0.21
• Erkek	38	51.4	27	40.9		
Anaokuluna Gitme Durumu						
• Giden	45	60.8	43	65.2	X ² =0.28	0.59
• Gitmeyen	29	39.2	23	34.8		
Kronik Hastalık Durumu						
• Yok	68	91.9	58	87.9	X ² =0.62	0.30
• Var	6	8.1	8	12.1		
Anne Eğitim Durumu						
• Okuryazar Değil	15	20.3	6	9.1	X ² =11.7	0.019*
• Okuryazar	5	6.8	12	18.2		
• İlköğretim Mezunu	47	63.5	33	50		
• Lise Mezunu	6	8.1	12	18.2		
• Üniversite Mezunu	1	1.4	3	4.5		
Anne Çalışma Durumu						
• Düzenli Gelir Getiren Bir İşte Çalışan	-	-	4	6.1	F ² X ² =4.6	0.047*
• Çalışmayan	74	100	62	93.9		
Baba Eğitim Durumu						
• Okuryazar Değil	3	4.1	1	1.5	X ² =3.8	0.57
• Okuryazar	8	10.8	7	10.6		
• İlköğretim Mezunu	42	56.8	32	48.5		
• Lise Mezunu	14	18.9	13	19.7		
• Üniversite Mezunu	6	8.1	11	16.7		
• Lisans Üstü Eğitim	1	1.4	2	3		
Baba Çalışma Durumu						
• Düzenli Gelir Getiren Bir İşte Çalışan	31	41.9	31	47	X ² =5.02	0.081
• Günlük Gelir Getiren Bir İşte Çalışan	23	31.1	27	40.9		
• Çalışmayan	20	27	8	12.1		
Aile Tipi						
• Çekirdek Aile	59	79.7	59	89.4	F ² X ² =2.4	0.09
• Geniş Aile	15	20.3	7	10.6		
Aile Üyesinin Çocuğu İfade Edişı						
• Davranış Olumlu Derslerinde Başarılı	60	81.1	64	97	X ² =9.1	0.02*
• Davranış Olumlu Derslerinde Başarısız	9	12.2	1	1.5		
• Davranış Olumsuz Derslerinde Başarılı	3	4.1	1	1.5		
• Davranış Olumsuz Derslerinde Başarısız	2	2.7	-	-		
Toplam	74	100	66	100		

p< 0.05* Ki-kare testi ve Fisher's Exact Testi

Katılımcıların özellikleri incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki katılımcıların cinsiyet ($X^2=1.5$, $p=0.21$), anaokuluna gitme durumu ($X^2=0.28$, $p=0.59$), kronik hastalık durumu ($X^2=0.62$, $p=0.30$), baba eğitim durumu ($X^2=3.8$, $p=0.57$), baba çalışma durumu ($X^2=5.02$, $p=0.081$) ve aile tipi ($F X^2=2.4$, $p=0.09$) gibi özelliklerinin benzer olduğu belirlendi.

Bununla birlikte, deney ve kontrol grubundaki katılımcıların anne eğitim durumu ($X^2=11.7$, $p=0.019$), anne çalışma durumu ($F X^2=4.6$, $p=0.047$) ve aile üyesinin çocuğu ifade edişleri ($X^2=9.1$, $p=0.02$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve grupların benzer olmadığı belirlendi (Tablo3).

Tablo 4: Gruplardaki Katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

Ölçekler	Deney Grubu (n=74)			Kontrol Grubu (n=66)		
	Min- Max	X $\pm$ SS	Me d.	Min- Max	X $\pm$ SS	Med .
Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puan	28-52	31.2 $\pm$ 4.1	30	20-27	23 $\pm$ 2.2	23
Dikkat alt boyutu	4-19	8.3 $\pm$ 2.7	8	2-10	5.2 $\pm$ 1.7	5
Dışsallaştırma problem alt boyutu	2-13	6.6 $\pm$ 1.9	6.5	2-8	4.7 $\pm$ 1.3	5
İçselleştirme problem alt boyutu	4-12	8.5 $\pm$ 1.4	9	2-10	6.8 $\pm$ 1.5	7
Sınıflanmamış	5-11	7.5 $\pm$ 1.5	7	3-9	5.9 $\pm$ 1.3	6

Gruplardaki Katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar tablo4’da sunulmuştur.

Tablo 5: Gruplardaki Katılımcıların ÇMOT Öncesi Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney	Grubu	Kontrol				
	(n=74)		Grubu (n=66)				
	X ± SS	Med.	X	± SS	Med	Z	P
Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puan	31.2±4.1	30	23±2.2	23		Z=-10.2	0.00**
Dikkat alt boyutu	8.3±2.7	8	5.2±1.7	5		Z=-6.8	0.00**
Dışsallaştırma problem alt boyutu	6.6±1.9	6.5	4.7±1.3	5		Z=6.04	0.00**
İçselleştirme problem alt boyutu	8.5±1.4	9	6.8±1.5	7		Z=-5.96	0.00**
Sınıflanmamış	7.5±1.5	7	5.9±1.3	6		Z=-5.9	0.00**

P<0.001**

Gruplardaki katılımcıların eğitim öncesi Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; deney grubundaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi toplam ve alt boyut puanlarının, kontrol grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0.001) (Tablo5).

Tablo 6: Gruplardaki Katılımcıların ÇMOT Sonrası Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney (n=74)	Grubu	Kontrol (n=66)	Grubu	Z	P
	X ± SS	Med.	X ± SS	Med.		
Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puan	26.3±4.2	26	22.6±2.2	22	Z=-5.36	0.00**
Dikkat alt boyutu	7.06±2.5	7	5.3±1.7	5	Z=-4.1	0.0**
Dışsallaştırma problem alt boyutu	5.5±1.9	5	4.6±1.4	5	Z=-2.72	0.007*
İçselleştirme problem alt boyutu	7.04±1.5	7	6.7±1.5	7	Z=-0.73	0.46
Sınıflanmamış	6.4±1.6	7	5.7±1.4	6	Z=-2.5	0.01*

p<0.05*, p<0.001**

Gruplardaki katılımcıların, eğitim sonrası Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; deney grubundaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi toplam ve alt boyut puanlarının, kontrol grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulundu. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların içselleştirme problem alt boyutu hariç (p>0.05), diğer alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı (Sınıflanmamış alt boyut (p<0.05)) ve ileri derecede anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo6).

Tablo 7: Gruplardaki Katılımcıların 3. Ay Sonrası İzlemde Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney Grubu (n=74)	Med	Kontrol Grubu (n=66)	Med	Z	P
	X ± SS		X ± SS			
Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puan	26.7±4.0	26.5	22.6±2.2	22	Z=-6.26	0.00**
Dikkat alt boyutu	7.1±2.5	7	5.2±1.7	5	Z=-4.47	0.00**
Dışsallaştırma problem alt boyutu	5.7±1.9	6	4.6±1.4	5	Z=-3.2	0.001**
İçselleştirme problem alt boyutu	7.2±1.4	7	6.7±1.4	7	Z=-1.3	0.16
Sınıflanmamış	6.4±1.5	7	5.7±1.4	6	Z=-2.6	0.007*

p<0.05*, p<0.001**

3. ay Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ve alt boyut puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında; deney grubundaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi toplam ve alt boyut puanlarının, kontrol grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların içselleştirme problem alt boyutu hariç ($p>0.05$), diğer alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı (dışsallaştırma problem alt boyutu ve sınıflanmamış alt boyut ($p<0.05$)) ve ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo7).

Tablo 8: Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puan									
Çalışma Grubu		Eğitim öncesi		Eğitim Sonrası		3.Ay		F	P*
		$\bar{X} \pm SS$	Med	$\bar{X} \pm SS$	Med	$\bar{X} \pm SS$	Med		
Deney Grubu (n=74)		31.2±4.1	30	26.3±4.2	26	26.7±4.0	26.5	139.6	0.00
Kontrol Grubu (n=66)		23±2.2	23	22.6±2.2	22	22.6±2.2	22	8.5	0.002
Zaman**								133.8	0.00
Zaman-Grup**								102.8	0.00

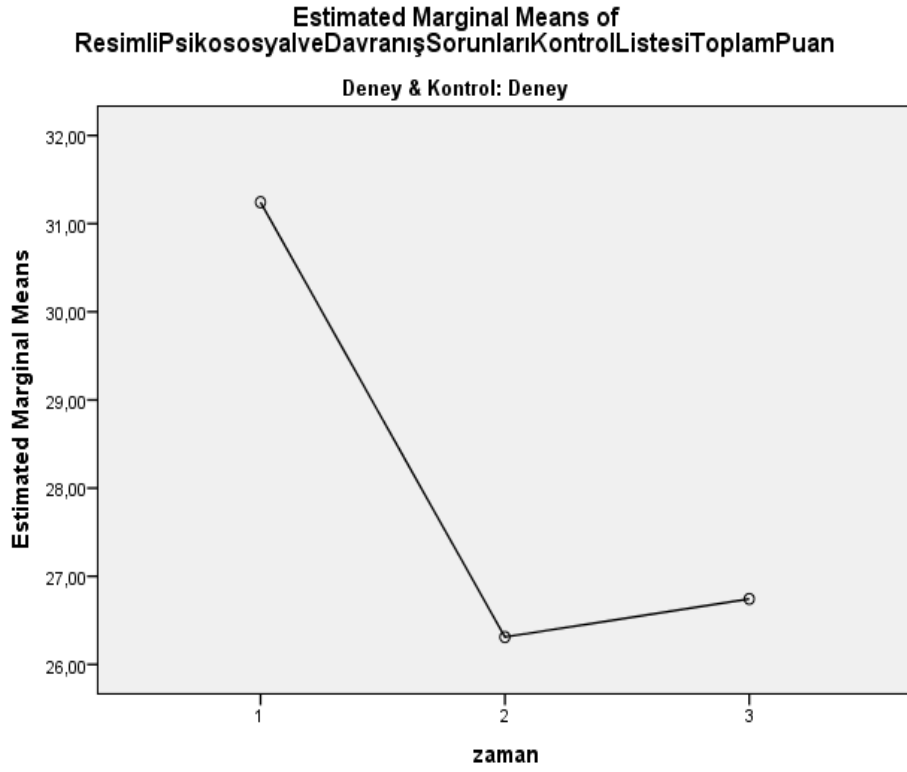
*Tekrarlayan Ölçümler Varyans Analizi

**Tekrarlayan Ölçümlerde Çok Yönlü Varyans Analizi

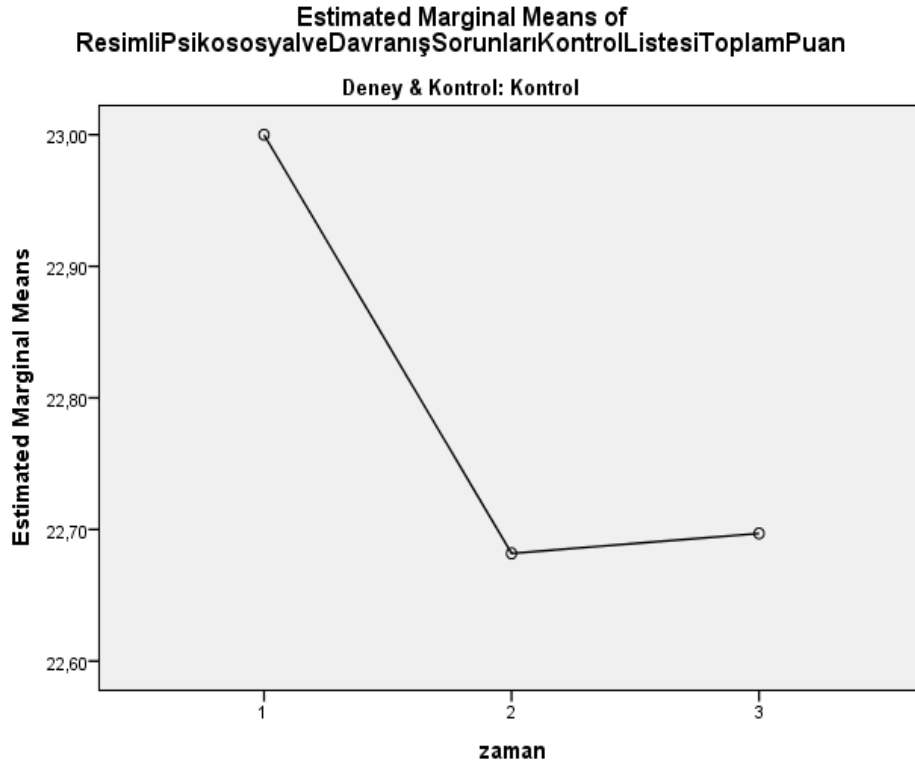
Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi ile gruplardaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinden aldıkları puan ortalamalarının zamana göre farklılığı değerlendirilmiş, hem deney grubunda ($F=139.6$, $p=0.00$), hem de kontrol grubunda ($F=8.5$, $p=0.002$) puanların zamana göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değiştiği belirlenmiştir (Tablo8, grafik 1,2).

Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılarak grupların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farka bakılmıştır. Alınan puan ortalamaları arasında zaman ($F=133.8$, $p=0.00$), zaman-grup ($F=102.8$, $p=0.00$) etkileşimi bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir (Tablo8). Bu veri, oyun terapi grubunda olmanın Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinden aldıkları puan üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo8, grafik 1,2).

Grafik1



Grafik2



Tablo 9: Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dikkat Alt Boyutu Toplam Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dikkat Alt Boyutu Toplam Puan									
Çalışma Grubu		Eğitim öncesi		Eğitim Sonrası		3. Ay		F	P*
		$\bar{X} \pm SS$	Med	$\bar{X} \pm SS$	Med	$\bar{X} \pm SS$	Med		
Deney Grubu (n=74)		8.3 $\pm$ 2.7	8	7.06 $\pm$ 2.5	7	7.1 $\pm$ 2.5	7	47.6	0.00
Kontrol Grubu (n=66)		5.2 $\pm$ 1.7	5	5.3 $\pm$ 1.7	5	5.2 $\pm$ 1.7	5	0.77	0.43
Zaman**								40.8	0.00
Zaman-Grup**								40.09	0.00

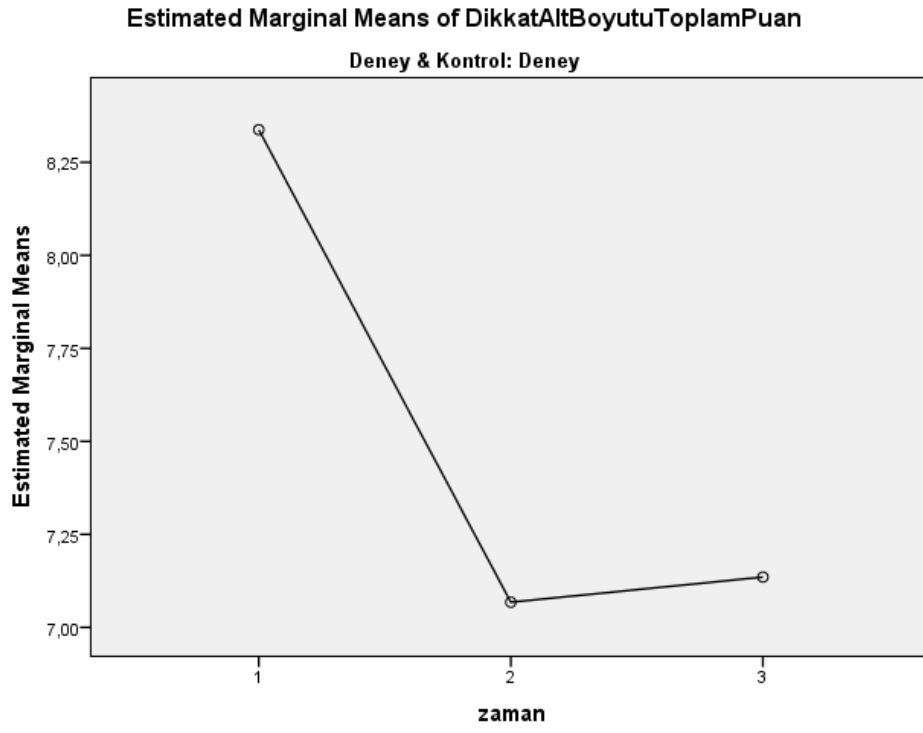
*Tekrarlayan Ölçümler Varyans Analizi

**Tekrarlayan Ölçümlerde Çok Yönlü Varyans Analizi

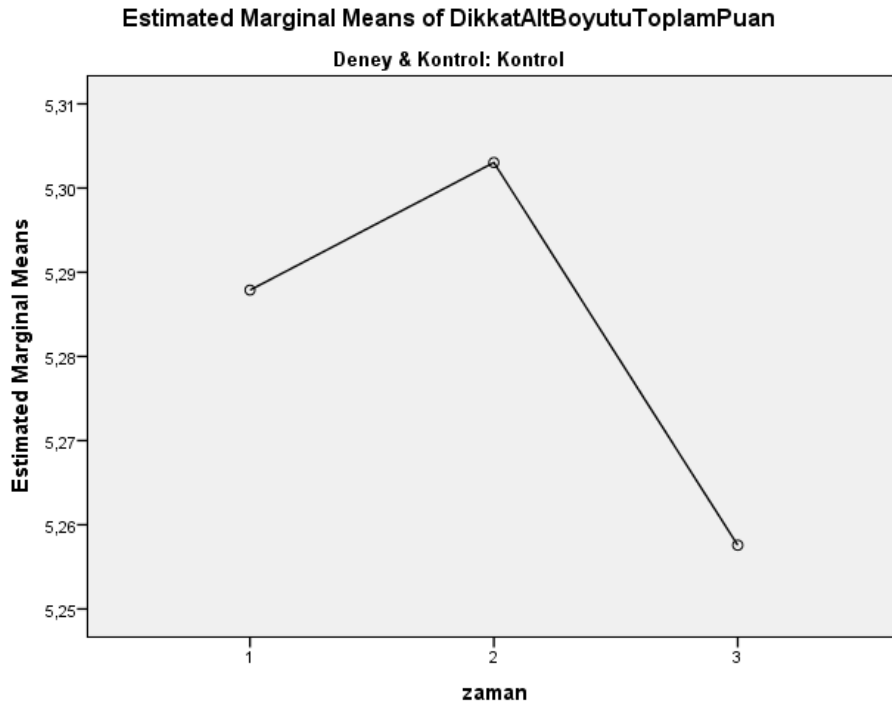
Deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dikkat Alt Boyutundan aldıkları puanların gruplarda zaman göre değişimi değerlendirilmiş ve deney grubunda (F=47.6, p=0.00) puanların zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde azaldığı belirlenirken; kontrol grubundaki katılımcıların puanlarında zaman göre değişim olmadığı, benzer kaldığı (F=0.77, p=0.43) tespit edilmiştir (Tablo9 grafik 3,4).

Deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dikkat Alt Boyutundan aldıkları puanların gruplar arasında zamana göre değişimi çok yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Grupların puan ortalamaları arasında hem zaman (F=40.8, p=0.00) hem de zaman-grup (F=40.9, p=0.00) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir (Tablo9, grafik3,4). Verimiz, Dikkat alt boyutundan alınan puanların oyun terapisi grubunda olma ya da olmama durumundan istatistiksel olarak etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Grafik3



Grafik4



Tablo 10: Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dışsallaştırma Problem Alt Boyut Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

		Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dışsallaştırma Problem Alt Boyutu Toplam Puan							
Çalışma Grubu		Eğitim öncesi		Eğitim Sonrası		3. Ay		F	P*
		$\bar{x} \pm SS$	Med	$\bar{x} \pm SS$	Med	$\bar{x} \pm SS$	Med		
Deney Grubu (n=74)		6.6±1.9	6.5	5.5±1.9	5	5.7±1.9	6	66.5	0.00
Kontrol (n=66)	Grubu	4.7±1.3	5	4.6±1.4	5	4.6±1.4	5	1.8	0.18
Zaman**								61.10	0.00
Zaman-Grup**								50.8	0.00

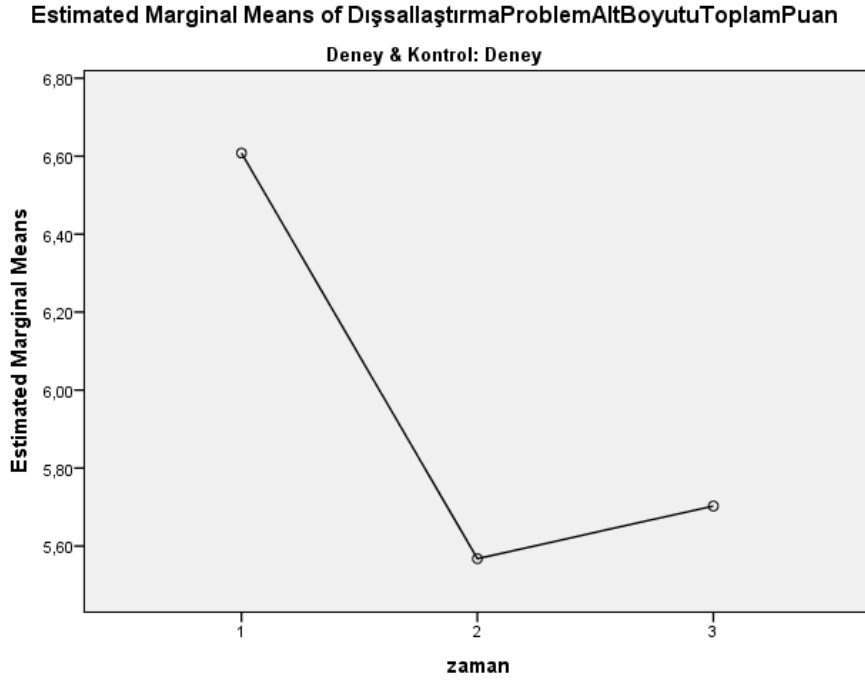
*Tekrarlayan Ölçümler Varyans Analizi

**Tekrarlayan Ölçümlerde Çok Yönlü varyans Analizi

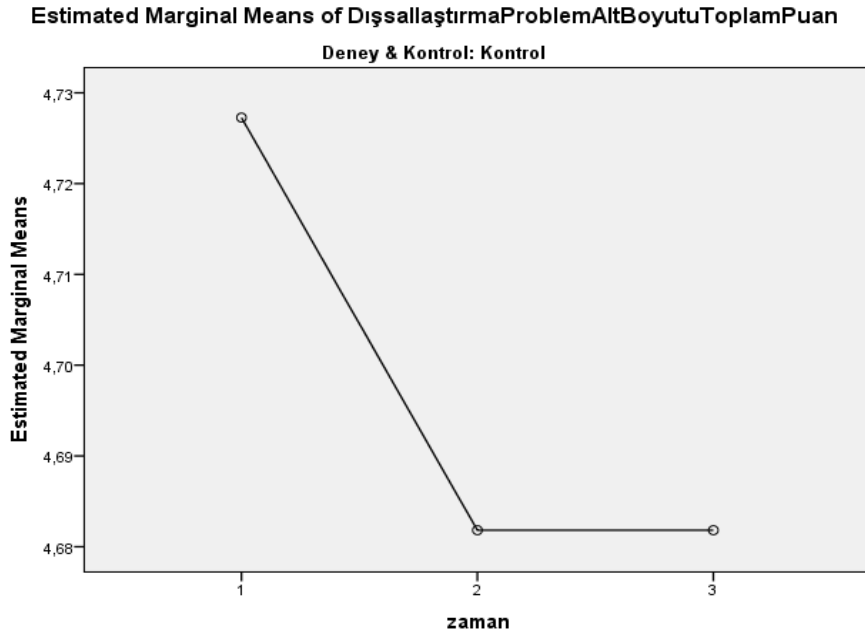
Gruplardaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dışsallaştırma Problem Alt Boyutu puanlarının, gruplarda zamana göre farklılığı tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirildiğinde; deney grubundaki katılımcıların puanlarının zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı şekilde değiştiği (F=66.5, p=0.00); bununla birlikte kontrol grubundaki katılımcıların puanlarında değişiklik olmadığı (F=1.8, p=0.18) saptanmıştır (Tablo10, grafik 5,6).

Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılarak gruplardaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dışsallaştırma Problem Alt Boyutu puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı değerlendirilmiş ve puan ortalamaları arasında hem zaman (F=61.10, p=0.00) hem de zaman-grup (F=50.8, p=0.00) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir. Bu veri, oyun terapi grubunda olmanın Dışsallaştırma Problem Alt Boyut puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğunu ortaya koymak açısından önemlidir.

Grafik5



Grafik6



Tablo 11: Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi İçselleştirme Problem Alt Boyut Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi İçselleştirme Problem Alt Boyutu Toplam Puan									
Çalışma Grubu		Eğitim öncesi		Eğitim Sonrası		3. Ay		F	P*
		$\bar{x} \pm SS$	Med	$\bar{x} \pm SS$	Med	$\bar{x} \pm SS$	Med		
Deney Grubu (n=74)		8.5±1.4	9	7.04±1.5	7	7.2±1.4	7	76.3	0.00
Kontrol (n=66)	Grubu	6.8±1.5	7	6.7±1.5	7	6.7±1.4	7	5.27	0.13
Zaman**								72.8	0.00
Zaman-Grup**								47.7	0.00

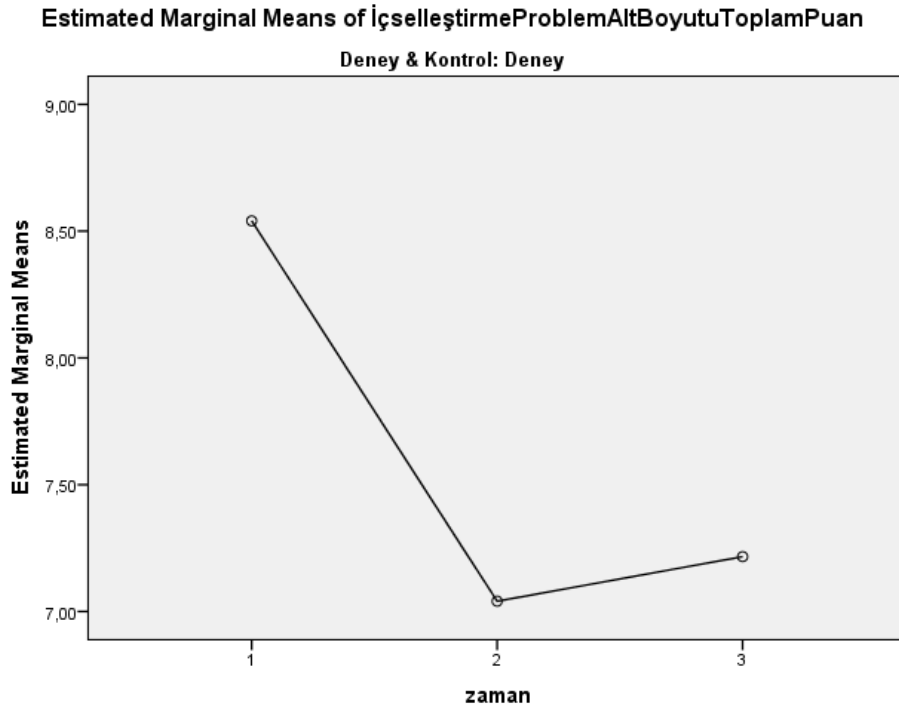
*Tekrarlayan Ölçümler Varyans Analizi

**Tekrarlayan Ölçümlerde Çok Yönlü varyans Analizi

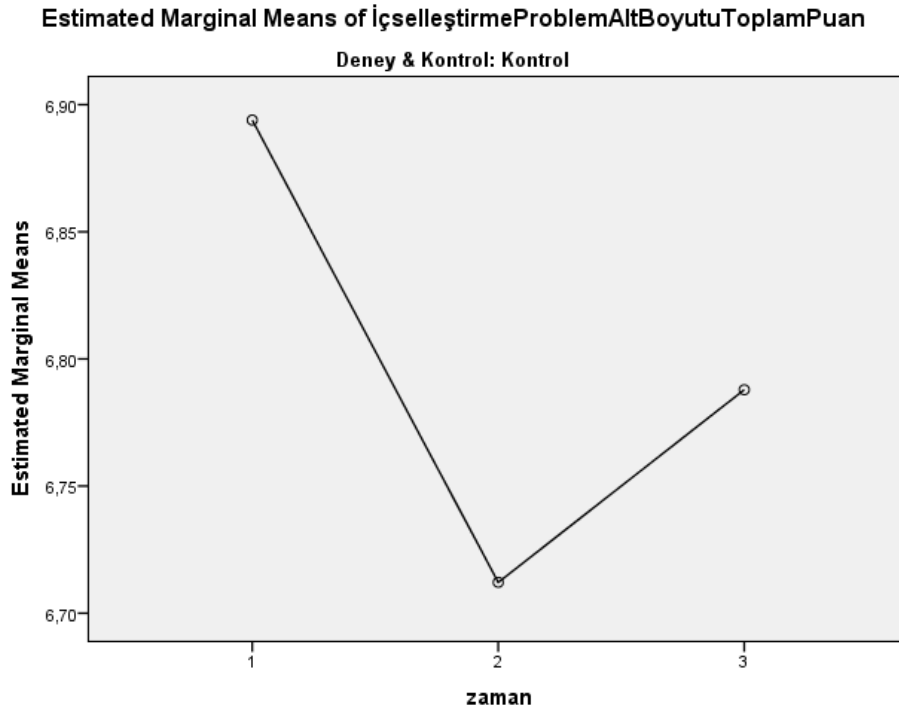
Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi ile gruplardaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi İçselleştirme Problem Alt Boyutu Toplam Puanlarının zamana göre farklılığı değerlendirildiğinde; deney grubunda (F=76.3, p=0.00) puanların zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde azaldığı belirlenirken, kontrol grubundaki katılımcıların puanlarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı, puanların benzer kaldığı belirlenmiştir (F=5.27, p=0.13) (Tablo 11, grafik 7,8).

Deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi İçselleştirme Problem Alt Boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı değerlendirilmiş ve puan ortalamaları arasında hem zaman (F=72.8, p=0.00) hem de zaman-grup (F=47.7, p=0.00) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 11, grafik 7,8).

Grafik7



Grafik8



Tablo 12: Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Sınıflanmamış Alt Boyut Puanlarının Grup İçinde ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

		Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Sınıflanmamış Alt Boyutu Toplam Puan							
		Eğitim öncesi		Eğitim Sonrası		3. Ay		F	P*
Çalışma Grubu		$\bar{X} \pm SS$	Med	$\bar{X} \pm SS$	Med	$\bar{X} \pm SS$	Med		
Deney Grubu (n=74)		7.5 $\pm$ 1.5	7	6.4 $\pm$ 1.6	7	6.4 $\pm$ 1.5	7	52.2	0.00
Kontrol Grubu (n=66)		5.9 $\pm$ 1.3	6	5.7 $\pm$ 1.4	6	5.7 $\pm$ 1.4	6	6.7	0.01
Zaman**								53.8	0.00
Zaman-Grup**								32.30	0.00

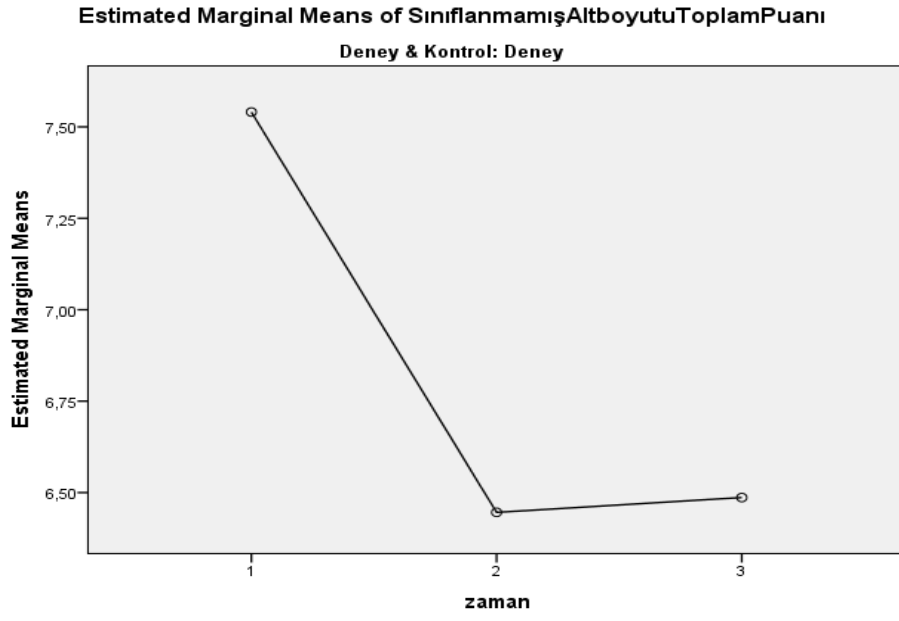
*Tekrarlayan Ölçümler Varyans Analizi

**Tekrarlayan Ölçümlerde Çok Yönlü varyans Analizi

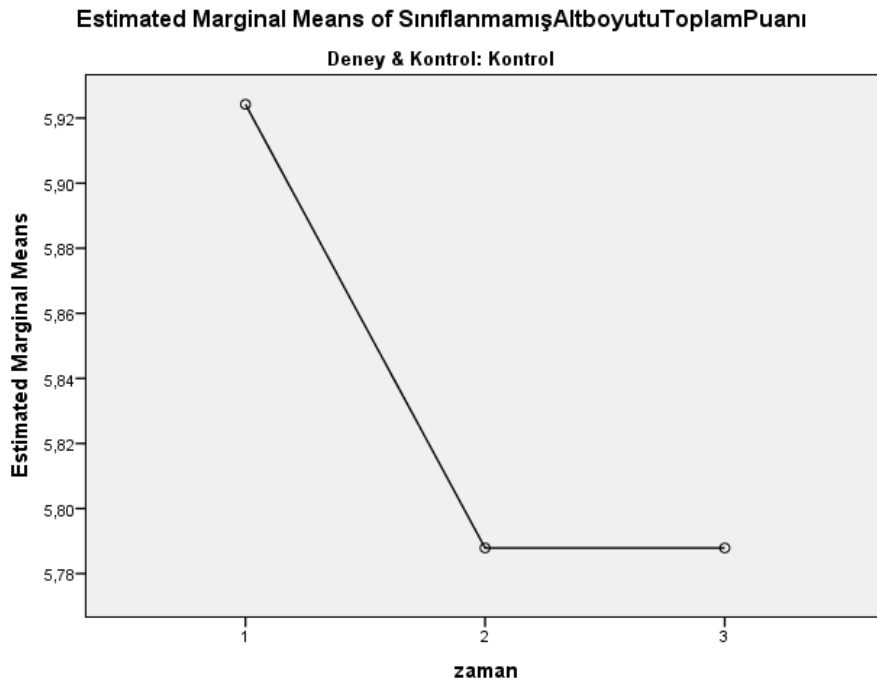
Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Sınıflanmamış Alt Boyutu puanlarının, deney ve kontrol grubunda zamana göre farklılığı değerlendirildiğinde; hem deney grubundaki katılımcıların puanlarının zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı şekilde azaldığı (F=52.2, p=0.00); hem de kontrol grubundaki katılımcıların puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (F=6.7, p=0.01) bulunmuştur (Tablo12, grafik 9,10).

Katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Sınıflanmamış Alt Boyutu puan ortalamaları arasında gruplar arasında zaman göre fark olup olmadığı değerlendirilmiş ve puan ortalamaları arasında hem zaman (F=53.8, p=0.00) hem de zaman-grup (F=32.30, p=0.00) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir. Bu veri, oyun terapi grubunda olmanın Sınıflanmamış Alt Boyut puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo12, grafik 9,10).

Grafik9



Grafik10



7.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde, ilköğretim 1.sınıf öğrencilerinde Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin (ÇMOT) psikososyal ve davranışsal sorunlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla deney-kontrol gruplu ve tekrarlayan ölçümlü desende yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda ele alınmıştır. Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen verilerin tartışılması, yorumlanması, elde edilen yeni bilgilerin açıklanması amaçlanmaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, ÇMOT sonrası öğrencilerin PPSC toplam puanlarında önemli ölçüde düşüş olurken; PPSC alt boyutlarında da azalma olmuştur. Tekrarlayan ölçümlerde çok yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, özellikle deney grubundaki öğrencilerin PPSC puanında anlamlı farklılıklar olduğu ortaya konmuştur.

ÇMOT oturumlarının içerikleri çocukları gözlemlene, terapi boyunca onların izin verdiği ve danışmanı oyuna kattığı ölçüde eşlik etme, çocuğun dışı vurduğu duygularını yansıtarak fark etmesini sağlamak ve çocuğun kendi farkına varması için teşvik etmek olmuştur. Bunun sonucunda, PPSC puanı yüksek olan deney grubundaki çocuklarda terapi sonrası daha düşük PPSC puanları elde edilmiş olup çocukların grup ÇMOT seanslarında daha uyumlu birliktelikler gösterdikleri ve oyun yaratmakta daha az zorlandıkları gözlemlenmiştir.

7.1.ÇMOT'un PPSC Toplam ve PPSC Alt Boyutları Toplam Puanlarına Etkinliği Üzerine Bulguların Tartışılması

Gruplardaki Katılımcıların Takip Sürecindeki Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Toplam Puanlarının grup içinde karşılaştırılmasına bakıldığında; Deney grubu ve kontrol grubunda, puanların zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değiştiği belirlenmiştir. Toplam puanlarının grup arası karşılaştırılmasına bakıldığında ise zaman ve zaman-grup etkileşimi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bu sonuçlar, oyun terapisinin psikososyal ve davranışsal durumlar üzerine etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Deney grubunda ÇMOT sonrası toplam PPSC puanı istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı şekilde azalmıştır.

Çocuk merkezli oyun terapinin davranışsal sorunu olan okul öğrencilerinde etkisini değerlendiren çalışmalarda (Bayat,2008 akt: Ray D., 2017), agresif davranışlar sergileyen çocuklarda (Schumann, 2010 akt: Ray D., 2017), duygusal ve davranışsal sorunları için kliniğe başvuran çocuklarda (Tsai& Ray, 2011 akt:Ray D., 2017) anksiyete durumunu azalttığı görülmektedir. Bu durum yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Landreth ve arkadaşları tarafından yürütülen iki çalışmada çocukların hem toplam davranış problemlerinin hem de içe yönelim ve dışa yönelim problemlerinin azaldığı bulunmuştur (Landreth, Kot ve Giordano, 1998) ve (Landreth, Tyndall-Lind ve Giardono, 2001). Bu çalışmada elde edilen veriler, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara benzer sonuçlara sahiptir.

Cochran ve arkadaşları (2012) ile Bratton ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmalar da ÇMOT'nin saldırgan davranışlar gösteren, karşı gelen çocuklar üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. ÇMOT aşırı uçta olan yıkıcı davranışları klinik sınırların altına taşımada oldukça etkili olmuştur. Bu durum çalışmamızda PPSC ile yapılan ölçümlerde davranış bozukluğu riski olan çocuklara uygulamış olduğumuz Çocuk Merkezli Oyun Terapinin etkinliğinin geçmiş çalışmalarla benzer sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Demirer (2021) çalışmasında 8-11 yaş aralığında olan çocuk grubunun uygulama öncesi ve sonrası ayrılık anksiyetesi, genel anksiyete, panik, sosyal fobi, OKB, depresyon, toplam kaygı ve toplam kaygı-depresyon düzeylerinin farklılaştığı görülmüştür. Uygulama sonrası ve uygulama öncesine göre 8 yaş ve sonrası olan çocuk grubunun ayrılık anksiyetesi, genel anksiyete, panik, sosyal fobi, OKB, depresyon, toplam kaygı ve toplam kaygı-depresyon düzeylerinin anlamlı derecede düştüğü tespit edilmiştir.

Bratton ve Ray'ın (2000) meta analiz çalışmasında oyun terapisinin en etkili olduğu alanlardan biri olarak davranışsal uyum ve sosyal beceriler gösterilmiştir. Ledyard (1999) ÇMOT'nin sosyalleşme becerilerini arttırarak sosyalleşme sorunlarını azalttığını bildirmektedir. Tüm bu veriler ışığında oyun terapinin çocuğun sosyal uyum becerilerini geliştirdiği söylenebilir.

Literatür incelendiğinde yapmış olduğumuz araştırma ile uyumlu çalışmalar bulunmaktadır. Axline'in(1948) Aşırı kaçınma davranışında bulunan 5 yaş grubundaki

çocuklarda yapmış olduğu “Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde” çocukların daha az gergin olduğu, daha atik davranışlar sergilediği, sözel iletişimlerinde artma, sosyal etkileşimde ilerleme kaydettiğini tespit etmiştir. Colbert’in (1971) 9 yaşındaki negatif, yıkıcı, gergin ev içerisinde tutarsız, dengesiz ayrıca uyumsuz davranışlar sergileyen bir kız çocuğunda yapmış olduğu vaka çalışmasında “Çocuk merkezli oyun terapi ‘uygulamıştır. Vaka çalışmasının sonucunda çocuğun öfkesini tanıdığı, kabul ettiği ve diğer bireylerle ilişki kurduğu, kabul edildiği, sevildiği daha uygun davranışlarda bulunmuş belirtilmiştir. (Landreth, 2009)

Perryman ve Bowers (2018) yaptıkları çalışmada çocuk merkezli oyun terapisinin etkinliğini dört farklı davranış tipi (görev dağılımı, davranış kontrolü, atılganlık ve sosyal yetenek) üzerindeki etkilerini incelemiş ve sonuç olarak çocuk merkezli oyun terapisinin çocukların duyguları ve sosyal davranışlarında etkin olduğu gözlemlenmiştir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dikkat Alt Boyutunda aldıkları toplam puanların gruplarda zamana göre değişimi değerlendirilmiş ve deney grubunda puanların zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde azaldığı belirlenirken; kontrol grubundaki katılımcıların puanlarında zaman göre değişim olmadığı, benzer kaldığı tespit edilmiştir (Tablo 9). Bu veri, PPSC ‘Dikkat’ alt boyutu toplam puanında, oyun terapisinin etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Deney grubundaki öğrencilere uygulanan ÇMOT’un PPSC ‘dikkat’ alt boyutu etkinliğine bakıldığında ÇMOT öncesi ve ÇMOT sonrası çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kontrol grubundaki öğrencilerde PPSC ‘dikkat’ alt boyutu etkinliğine bakıldığında ön test ve son test sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Dikkat alt boyutu üzerine daha önce yapılmış olan çalışmalarla benzer sonuçlar bulunmuştur. Kaduson ve Finnelly (1995) tarafından yapılan çalışmada, dikkat sorunları saptanan çocuklarda oyun terapisinin DEHB sorunlarını azalttığı belirlenmiştir. Cochran ve arkadaşları (2010), Bratton ve arkadaşları (2013) ile Yeşilyurt’un (2019) yaptığı araştırmalarda da ÇMOT’nin dikkat üzerindeki etkisi ölçülmüş ve dikkat problemlerini azalttığı görülmüştür.

Gruplardaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Dışsallaştırma Problem Alt Boyutu puanlarının, gruplarda zamana göre farklılığı tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirildiğinde; deney grubundaki katılımcıların puanlarının zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı şekilde değiştiği; bununla birlikte kontrol grubundaki katılımcıların puanlarında değişiklik olmadığı saptanmıştır (Tablo10) Bu veri, Dışsallaştırma alt boyutunda, oyun terapisinin etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Dışsallaştırma Problem Alt boyutu üzerine daha önce yapılmış çalışmalarla benzer sonuçlar bulunmuştur. Landreth ve arkadaşları tarafından yürütülen iki çalışmada çocukların hem toplam davranış problemleri hem de içe yönelim ve dışa yönelim problemlerinin azaldığı bulunmuştur (Landreth, Kot ve Giordano, 1998) ve (Landreth, Tyndall-Lind ve Giardono, 2001).

Gruplardaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi İçselleştirme Problem Alt Boyutu Toplam Puanlarının zamana göre farklılığı değerlendirildiğinde; deney grubunda puanların zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde azaldığı belirlenirken, kontrol grubundaki katılımcıların puanlarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı, puanların benzer kaldığı belirlenmiştir (Tablo 11).

İçselleştirme Alt boyutu üzerine daha önce yapılmış çalışmalarla yaptığımız çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Humble ve arkadaşları (2018) ABD’de yaptıkları geniş kapsamlı bir çalışmada birey merkezli oyun terapisinin çocuklarda içselleştirme problemleri için iyi bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada, kaygı bozukluğu tanısı almış 4-10 yaş arası 25 çocukla yapılan aile-çocuk etkileşimli psikanalitik oyun terapisi seansları sonunda, deney grubuna alınan çocukların, içselleştirme problemlerinde azalmalar olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Göttken ve ark. 2014).

Gruplardaki katılımcıların Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi Sınıflanmamış Alt Boyutu puanlarının, deney ve kontrol grubunda zamana göre farklılığı değerlendirildiğinde; hem deney grubundaki çocukların puanlarının zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı şekilde azaldığı; hem de kontrol grubundaki çocukların puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. (Tablo12)

Grupların ikisinde de zamana göre daha düşük puanlar elde edilse de deney grubuna özgü bir iyileşme ve farklılık bulunmamıştır.

Türkiye’de oyun ve oyun terapisinin çocuklarda görülen psikososyal ve davranışsal durumlara ve problemlerinin çözümüne etkisini ölçen çalışma sayısı çok kısıtlıdır. Bu açıdan çalışma, çocuk merkezli oyun terapinin etkinliğinin psikososyal ve davranışsal sorunlar kontrol listesi ile ölçüldüğü çalışma olarak Türkiye’de bir ilk olmak özelliğini taşımaktadır. Çalışmada oyun terapisinin çocukların davranış problemleri ve psikolojik problemleri üzerindeki etkisi ölçülmüştür. Elde edilen veriler, oyun terapisi yaklaşımının çocukların davranış problemlerini azaltmada ve psikolojik problemlerinin tedavisinde etkili bir müdahale aracı olabileceğini göstermektedir. Ülkemizde oyun terapisine yönelik derslere psikiyatri ve psikolojiyle ilişkili bölümlerde yer verilmemektedir. Bu nedenle ruh sağlığı alanında eğitim gören öğrenciler oyun terapisi alanında yeterince bilgi ve yeterlilik sahibi olmadan mezun olmaktadır. Bu alandaki eğitimlerin ve araştırmaların artması ile çok daha fazla çocuğun davranış problemleri ve psikolojik sorunlarına çözüm bulabileceği düşünülmektedir.

7.2.SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapmış olduğumuz çalışmadan elde edilen veriler ışığında bakıldığında Çocuk Merkezli Oyun Terapi çocuklarda; sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, kurallara karşı gelme, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, dikkat sorunları, stres problemleri gibi psikolojik problem olarak nitelendirilen alanlarda etkilidir. Ayrıca DSMV’de tanılanmış DEHB, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, karşıt Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu gibi psikolojik problemlerde ‘‘Çocuk Merkezli Oyun Terapinin’’ etkili olabileceği çalışmamızda da görülmüştür.

Bu çalışmada, ilköğretim 1.sınıf öğrencilerinde ÇMOT’un psikososyal ve davranışsal sorunlara etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma bulgularına bakarak araştırmanın sonuç hipotezleri şu şekilde değerlendirilebilir.

Hipotez 1: ÇMOT uygulanan öğrencilerde, tekrarlayan ölçümlerde PPSC toplam puanlarında daha fazla azalma olmaktadır.

Çalışmadan elde ettiğimiz bulgulara baktığımızda deney grubunun ön test son test ve kontrol test toplam puanları ortalaması sırası ile 31,2 /26,3/ 26,7 iken; kontrol grubunun ön test son test ve kontrol test toplam puanları ortalaması sırası ile 23,0 /22,6/ 22;6 bulunmuştur.

Deney grubundaki çocukların toplam puanlarındaki azalmanın kontrol grubundaki çocukların toplam puanlarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar H1 hipotezini doğrulamaktadır.

Hipotez 2: ÇMOT öğrencilerde PPSC dikkat alt boyutu toplam puanı deney grubu öğrencilerinde tekrarlayan testlerde daha düşük olmaktadır.

Deney ve Kontrol grubundaki öğrencilerin PPSC "Dikkat" alt boyutundan aldıkları puanlar tekrarlayan testlerde daha düşük çıktığı görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırılmasına baktığımızda Deney grubunda daha fazla azalma olmuş ve anlamlı bir fark çıkmıştır. Bu sonuçlar H2 hipotezini doğrulamaktadır.

Hipotez 3: ÇMOT öğrencilerde PPSC dışsallaştırma alt boyutu toplam puanı deney grubu öğrencilerinde tekrarlayan testlerde daha düşük olmaktadır.

Deney ve Kontrol grubundaki öğrencilerin PPSC "Dışsallaştırma" alt boyutundan aldıkları puanlar tekrarlayan testlerde daha düşük çıktığı görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmaya baktığımızda deney grubunda daha fazla azalma olmuş ve anlamlı bir fark çıkmıştır. Bu sonuçlar H3 hipotezini doğrulamaktadır.

Hipotez 4: ÇMOT öğrencilerde PPSC içselleştirme alt boyutu toplam puanı deney grubu öğrencilerinde tekrarlayan testlerde daha düşük olmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin PPSC "İçselleştirme" alt boyutundan aldıkları puanların tekrarlayan testlerde daha düşük çıktığı görülmüştür. Gruplar arası karşılaştırılmasına baktığımızda deney grubundaki öğrencilerin puanlarında daha fazla azalma olmuş ve anlamlı bir fark çıkmıştır. Bu sonuçlar H4 hipotezini doğrulamaktadır.

Alt Hipotez Sonuçları;

1. Deney grubundaki öğrencilere uygulanan ÇMOT'un PPSC toplam puanına etkisine bakıldığında ÇMOT öncesi ve ÇMOT sonrası toplam puanlar arasında çok yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
2. Deney grubunun PPSC toplam puan ortalamasında ön test ve tekrarlayan son test arasında ortalama 4.5 puanlık azalma, kontrol grubunda ortalama 0.6 puanlık azalma vardır.
3. Deney grubundaki öğrencilere uygulanan ÇMOT'un PPSC 'dikkat' alt boyutu etkinliğine bakıldığında ÇMOT öncesi ve ÇMOT sonrası alt boyut puanları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
4. Kontrol grubundaki öğrencilerde PPSC 'dikkat' alt boyutu etkinliğine bakıldığında ön test ve son test sonrası alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
5. Deney grubundaki öğrencilere uygulanan ÇMOT'un PPSC 'içselleştirme' alt boyutu etkinliğine bakıldığında ÇMOT öncesi ve ÇMOT sonrası alt boyut puanları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
6. Kontrol grubundaki öğrencilerde PPSC 'içselleştirme' alt boyutu puanına bakıldığında ön test ve son test sonrası alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
7. Deney grubundaki öğrencilere uygulanan ÇMOT'un PPSC 'dışsallaştırma' alt boyutu etkinliğine bakıldığında ÇMOT öncesi ve ÇMOT sonrası alt boyut puanları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
8. Kontrol grubundaki öğrencilerde PPSC 'dışsallaştırma' alt boyutu puanına bakıldığında ön test ve son test sonrası alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
9. Deney grubundaki öğrencilere uygulanan ÇMOT'un PPSC 'sınıflanmamış' alt boyutu etkinliğine bakıldığında ÇMOT öncesi ve

ÇMOT sonrası alt boyut puanları arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Öneriler;

Araştırma bulguları doğrultusunda;

- Araştırma Batman ilinde, iki devlet okulunda, ilköğretim 1.sınıf öğrencileriyle sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen bulguların genellenebilirliğini arttırmak için daha kozmopolit bir ilde, daha geniş yaş gruplarıyla ve devlet/özel okullarla beraber farklı sosyo ekonomik grubu kapsayan daha kapsamlı araştırmalar yapılması,
- Uygulanan terapinin etkisini arttırmak için oyun terapisine başlamadan önce ailelere seminer ve eğitimi verilmesi,.
- Çocuk Merkezli Oyun Terapisine ebeveynlerin veya öğretmenlerin de katılımının etkilerini araştıran ileri çalışmalar yapılması,
- İleride yapılacak araştırmalarda, randomize kontrollü olarak yürütülecek çocuk merkezli oyun terapisi çalışmaları yapılması,
- Yapılan çalışmada uygulanan grup oyun terapisinde grup olarak çalışmanın çocuklara eşlik ederken ve takip ederken yaşanan güçlükler nedeni ile Oyun terapisinin çocuklara bireysel olarak uygulanması,
- Hastanede Çocuklarla ilgili servislerde çalışan ve terapi merkezlerinde çalışan Psikiyatri hemşirelerinin ÇMOT eğitimi alarak uygulaması ve çocuklardaki psikososyal ve davranışsal durumu iyileştirmek için çalışmalar yapması önerilebilir.

8.KAYNAKLAR

1. Altınmakas, B. (2010). Çekingenlik ve saldırganlığa karşı atılganlık. Eğitimde Yansımalar Dergisi, 28, 4-6.
2. Altun, K. (2017). Gelişimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 4-8 yaş grubu çocukların travma sonrası duygusal streslerine olan etkileri. Yüksek Lisan Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). DSM-5: Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. (E. Köroğlu, Çev.) İstanbul: HYB Yayıncılık.
4. Anaokulu çocuklarında görülen ayrılık kaygısının giderilmesinde farklı oyun tekniklerinin etkisi. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi.
5. Appleyard, K., Egeland, B., Van Dolmen MH., & Sroufe L.A. (2005).When more is better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. Journal of Child Psychology and Psychiatry; 46(3);235-245
6. Aral, N. (2000). Çocuk gelişiminde oyunun önemi. Çağdaş Eğitim Dergisi, 25(265), 15- 17.
7. Ardıç E., Ünsal G. (2013) YL tezi,Resimli Psikososyal Ve Davranış Sorunları Kontrol ListesininGeçerlilik Ve Güvenirliği, İstanbul
8. Artan, I ., Çelebi Öncü, E., & Elibol, F. (2003). Alt Sosyo-Ekonomik Düzey Annelerin Ev Ortamındaki Materyalleri Çocuklarının Eğitiminde Kullanım Şekilleri. OMEP Dünya Konsey Toplantısı ve Konferansı Bildiri Kitabı I, 337-351.
9. Axline, V. M. (1948). Some observations on play therapy. Journal of Consulting Psychology, 12, 209-216.
10. Axline, V. M. (1981). Dibs İn Search of Self. New York: Ballantine Books.
11. Axline, V. M. (1981). Dibs İn Search of Self. New York: Ballantine Books.
12. Aytuna, H. A. (1932). Umumi Pedagoji. İstanbul: Ahmet Sait Matbaası
13. Balyiyen, H. (2007). İlköğretim din kültürü ve ahlak bilgisi dersi 2000 yılı müfredatının öğrenci sosyal gelişimine katkısı uygulama sonuçları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
14. Başoğlu, C., Lök, N., & Öncel, S.(2017). Çocukların aile içi şiddetten korunmasında ailelere yönelik girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(2), 123-135.

15. Başoğlu, C., Lök, N., & Öncel, S.(2017). Çocukların aile içi şiddetten korunmasında ailelere yönelik girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 123-135.
16. Bayturan, A. (1995). Gencin psikososyal gelişimi üzerinde farklı serbest zaman kuruluşlarının etkileri ve gençlik liderinin niteliği. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
17. Beers P (1985) Focused videotape feedback psychotherapy as compared with traditional play therapy in treatment of the oppositional disorder of childhood(Doctoral thesis). Illinois, University of Illinois at Urbana–Champaign
18. Bolger, K.E., Petterson, & C.J., Thompson, W.W. (1995) Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermident family economic hardship. *Child Development*. 66; 1107- 1129.
19. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L (2005) The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *ProfPsychol ResPr*, 36:376-390
20. Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y. ve Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effect of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28-42.
21. Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y. ve Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effect of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28-42.
22. Bratton, S. ve Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47-88
23. Buchalter SI (2004) *A Practical Art Therapy*. London, Jessica Kingsley Publishers.
24. Bulut, S. (2008). Erken çocukluk dönemi cinsel istismarının psikodinamik oyun terapisiyle teşhisi ve tedavisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 131-144
25. Cochran, J. L (1996) *The Status of Services To Students With Conduct Disorder By Their Elementery School*. 57,03A (Universty Microfilms No. AA196-24171).

26. Cochran, J. L. ve Cochran, N. H (1997) Counseling Children With Conduct Disorder. Pre-Conference Learning Institute Presented at The American Counseling Association World Conference, Orlando, FL.
27. Cochran, J. L., Cochran, N. H., Nordling, W. J., McAdam, A. ve Miller, D. T. (2010). Two case studies of child centered play therapy for children referred with highly disruptive behavior. *International Journal of Play Therapy*, 19(3), 130- 143
28. Cochran, J. L., Cochran, N. H., Nordling, W. J., McAdam, A. ve Miller, D. T. (2010). Two case studies of child centered play therapy for children referred with highly disruptive behavior. *International Journal of Play Therapy*, 19(3), 130- 143.
29. Cochran, N. H., Nordling, W. J., & Cochran, J. L. (2010). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
30. Çağlar, D. (1981). *Uyumsuz çocuklar ve eğitimi*, Ankara Üniversitesi Basımevi.
31. Çelik, M. (2017). Deneyimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
32. Çelik, M. (2017). Deneyimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
33. Çelik, M. (2017). Deneyimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,
34. Demirer E. (2021) Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuktaki Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi sf:107
35. Dodge, K.A., Pettit, G.S., & Bates, J.E. (1994) Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65; 649-665.
36. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G ve ark. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas, Dilek Matbaası, 1995, s.74-85.

37. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. ve ark. Sivas. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası. 1995.
38. Duncan, G.J., & Brooks-Gunn, J. (1997). Consequences of growing up poor. New York, Russell Sage Foundation.
39. Erden, G. Ve Kargı E. (2005) “Davranım bozukluklarında çevresel etkenlerin rolü,”
Türk Psikologlar Derneği Dergisi c.3.
40. Erşan, Ş. (2006). Okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden altı yaş grubundaki çocukların oyun ve çalışma (iş) ile ilgili algılarının incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
41. Göttken T, White LO, Klein AM, von Klitzing K (2014) Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: A pilot study. Psychotherapy, 51:148-158.
42. Gürnal Ş (2003) Oyun ve terapi bir arada. Çocuk ve Aile Dergisi, 64:25-28.
43. Horzum, M. B. (2011). İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılığı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Eğitim ve Bilim, 36(159), 56-68.
44. Humble JJ, Summers NL, Villarreal V, Styck KM, Sullivan JR, Hechler JM et al. (2019) Child-centered play therapy for youths who have experienced trauma: a systematic literature review. J Child Adolesc Trauma, 12:365-375.
45. Johnson P, Stockdale D (1975) Effects of puppet therapy on palmar sweating of hospitalized children. Johns Hopkins Med J, 137:1–5.
46. Kaduson, H. G. ve Finnerty, K. (1995). Self control game interventions for ADHD. International Journal of Play Therapy, 4(2), 15-29.
47. Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47, 140-151.
48. Kılıçcı, Y. (2000). 6-15 Yaş Öğrencilerinin Gelişimsel Güçleri ve Kişilik Gelişimini Kolaylaştıma, İlköğretimde Rehberlik, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
49. Kırış BF.(2016) Gelişimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 6-12 yaş grubu çocukların davranış problemlerine etkileri. (Yayımlanmamış doktora tezi) Üsküdar Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü , İstanbul
50. Koçkaya, S.(2016). Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisi uygulamalarının etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

51. Koçkaya, S.(2016). Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisi uygulamalarının etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
52. Kukul, V. (2013). Eğitsel Dijital Oyunlar. Mehmet Akif Ocak (Ed.), Oyunla ilgili tarihsel gelişimler ve yaklaşımlar. Ankara: Pegem Akademi
53. Landreth G (2002) Play Therapy: The Art of The Relationship, 2 nd ed. New York, Brunner- Routledge
54. Landreth, G. (2012). Play therapy: The art of the relationship (3rd Edition). New York, NY: Routledge
55. Landreth, G. (2012). Play therapy: The art of the relationship (3rd Edition). New York, NY: Routledge.
56. LANDRETH, G. L. (2012). Play Therapy: The Art of The Relationship. Muncie, IN: Accelerated Development.
57. Landreth, G. L., Kot, S. ve Giordano, M. (1998). Intensive child centered play therapy with child witnesses of domestic violence. International Journal of Play Therapy, 7(2), 17-36.
58. Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. Psychology in the Schools, 46(3), 281-289.
59. LANDRETH, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play Therapy in Elementary Schools. Psychology in the Schools, 46(3), 281-289.
60. Landreth, G. L., Tyndall-Lind, A. ve Giardono, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. International Journal of Play Therapy, 10(1), 53-83.
61. Ledyard, P. (1999). Play therapy with elderly: A case study. International Journal of Play Therapy, 8(2), 57-75.
62. LoBiondo-Wood,G,Haber,J.(2002) Nursing research: Methods, critical appraisal, and utilization(5th ed.) St.Louis,Missouri:Mosby Year.
63. LoBiondo-Wood,G.,&Haber,J.(2002) Nursing research: Methods, critical appraisal, and utilization(5th ed.) St.Louis,Missouri:Mosby Year
64. McMahon, R.J., Wells, K.C. (1998). “Conduct Disorders”, In E.J.Mash, R.A. Barkley (Eds), Treatment of childhood disorders, New York: Guilford Press.

65. Oswald, D.P. (2001). Child strengthis and the level of care for children with emotional and behavional disarders. *Journal of Emotional and Behavional Disders*, 9: 192-200
66. Öğretir, D. (2008). Oyun ve oyun terapisi. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22, 94-100
67. Özdoğan, B. (2009). Çocuk ve oyun (5. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
68. Özgür, İ.N. (1976) Ailede okulda çocuk ve gencin ruh sağlığı, İstanbul, Takıloğlu Matbaacılık,
69. Pala, F. K., & Erdem, M. (2011). Dijital Oyun Tercihi ve Oyun Tercih Nedeni ile Cinsiyet, Sınıf Düzeyi ve Öğrenme Stili Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Çalışma. *Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(2), 53-71
70. Pehlivan, H. (2005). Oyun ve Öğrenme. Ankara: Anı Yayınları
71. Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 1(9), 49-6
72. Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 1(9), 49-6
73. Pelham L (1972) Self-directive play therapy with socially immature kindergarten students (Doctoral thesis). North Colorado, University of Northern Colorado.
74. PERRYMAN, K. L., & BOWERS, L. (2018). “Turning The Focus to Behavioral, Emotional, and Social Well-Being: The İmpact of Child-Centered Play Therapy”. *International Journal of Play Therapy*, 27(4), pp. 227-241.
75. Poyraz, H. (2003). Okulöncesi Dönemde Oyun ve Oyuncak. (2. Basım), Ankara: Anı Yayıncılık.
76. Ray, D. (2017). Oyun Terapisinde Bilimsel Araştırmalar. D. A. Crenshaw, & A. L. Stewart içinde, *Oyun Terapisi Kapsamlı Teori ve Uygulama Rehberi* (N. Gümüştas, Çev., s. 515-532). İstanbul: Apamer Psikoloji Yayınları
77. RAY, D. C., BLANCO, P. J., SULLİVAN, J. M., & HOLLİMAN, R. (2009). “An Exploratory Study of Child-Centered Play Therapy with Aggressive Children”. *International Journal of Play Therapy*, 18(3), pp. 162
78. Ray, S., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85-108.
79. Ray, S., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85-108.

80. Schaefer, C.E. (1999). Curative factors in play therapy. *The Journal for the Professional Counselor*, 14 (1), 7 – 16.
81. Schaefer, E. C. (Ed.) (2013). *Oyun Terapisinin Temelleri*. (Çev. B. T. Özkaya). Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2. Basım.
82. Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M. & Garcia, R. (2012). Treatment of childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73
83. Schwartzenger, K. (2004). Developmental play therapy. 26.10.2018. tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000> sitesinden erişildi
84. Schwartzenger, K. (2004). Developmental play therapy. 26.10.2018. tarihinde <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000> sitesinden erişildi.
85. Sezer, T., Yılmaz, E., & Koçyiğit, S. (2016). 5-6 yaş grubu çocukların oyun becerileri ile aile-çocuk iletişimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(2), 185-204.
86. Sherwood P (2004) *The Healing Art of Clay Therapy*. Australia, ACER Press.
87. Singer D, Golinkoff RM, Hirsh-Pasek K. 2006. *Play=Learning: How play motivates and enhances children's cognitive and social-emotional growth*. New York, NY: Oxford University.
88. Sugai, G., & Horner, R. (2002). Introduction to the special series on positive behaviour support in schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10; 130-136.
89. Teber(2014).Oyun terapisi tarihi. <http://www.oyunterapileri.org/2015/02/turkiyede-oyun-terapisi.html> Erişim Tarihi: 20.10.2014
90. Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep(tez).
91. Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep(tez).
92. Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep(tez).

93. Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep(tez).
94. Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep(tez)
95. Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep(tez)
96. Terwiel DC (2010) Okul öncesi sanat eğitiminde bir malzeme olarak kilin yeri (Doktora Tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi
97. VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak C. C. (2018). Çocuk-Merkezli Oyun Terapisi. (Çev. H. U. Kural). (Ed. B. Tuncel). İstanbul, Apamer Psikoloji yayınları.
98. Yavuzer, H. (1999). Çocuk psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitabevi.
99. Yavuzer, H. (2005). Çocuk psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi
100. Yavuzer, H. (2005). Çocuk psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi.
101. Yavuzer, H. (2006) Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 29. Basım. Yavuzer, H., Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 29. Basım, 2006.
102. Yavuzer, H. (2006) Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 29. Basım. Yavuzer, H., Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 29. Basım, 2006.
103. Yeşilyurt (2019) yl tezi özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklarda çocuk merkezli oyun terapisinin; algılanan anne baba tutumlarına, anksiyetelerine ve akademik başarılarına etkisi sf:325
104. Yıldız, S. (2015). Oyun terapisiyle bütünleştirilmiş grup terapisinin çocukların utangaçlık düzeylerine etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
105. Yıldız, S. (2015). Oyun terapisiyle bütünleştirilmiş grup terapisinin çocukların utangaçlık düzeylerine etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
106. Yörükoğlu, A. (1982). Çocuk ruh sağlığı. Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi.
107. Zülliger, H. (2005). Çocukta oyunla tedavi. İstanbul: Cem Yayınları

9.EKLER

EK1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (KBF)

1. Çocuğun okul numarası/sınıf şubesi /okulu...

2. Formu dolduran ebeveynin rolü (1) ANNE (2) BABA (3) DİĞER

3. Çocuğun cinsiyeti (1) KIZ (2) ERKEK

4. Çocuğunuz anaokuluna gitti mi? (1) EVET (2) HAYIR

5. Çocuğunuz sürekli hastalığı var mı? ...
Var ise ne?

6. Kaçmıcı çocuk ...

7. Çocuk sayınız ...

8. Anne yaşı ...

9. Anne eğitim durumu (1) Okur yazar değil

(2) Okur yazar

(3) İlkokul mezunu

(4) Lise mezunu

(5) Üniversite mezunu

(6) Lisansüstü

Mesleği? ...

10. Baba yaşı ...

11. Baba eğitim durumu (1) Okur yazar değil

(2) Okur yazar

(3) İlkokul mezunu

(4) Lise mezunu

(5) Üniversite mezunu

(6) Lisansüstü

Mesleği? ...

12. Hane ortalama aylık geliri ...

13. Aile tipi (1) Çekirdek aile

(2) Geniş aile

(3) Diğer. Açıklayınız...

14. Çocuğunuzu en iyi nasıl ifade edersiniz?

(1) Davranışları olumlu-derslerinde başarılı

(2) Davranışları olumlu-derslerinde başarısız

(3) Davranışları olumsuz-derslerinde başarılı

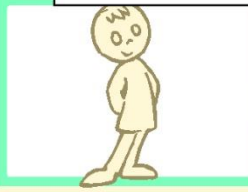
(4) Davranışları olumsuz-derslerinde başarılı

RESİMLİ PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞ SORUNLARI KONTROL LİSTESİ (R-PSDSKL)

Çocuklarda duygusal ve fiziksel sağlık beraber gider. Ebeveynler çocuklardaki davranış, duygu ya da öğrenme problemlerini ilk fark eden kişiler oldukları için , aşağıdaki sorulara cevap vererek , çocuğunuzun uygun olan en iyi bakımı almasına yardımcı olabilirsiniz

Çocuğunuzu en iyi tanımlayan durumu ilgili kutucuğa X işareti koyarak gösteriniz.

1 Ağrı ve acıdan şikayet eder.



ASLA

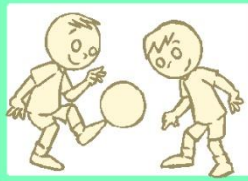


BAZEN



SIK SIK

2 Zamanının çoğunu yalnız geçirir.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

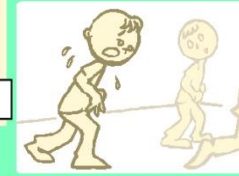
3 Çabuk yorulur , enerjisi azdır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

4 Kıpır kıpırdır, yerinde uzun süre duramaz.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

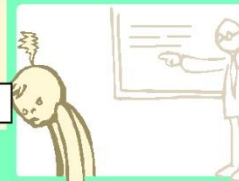
5 Öğretmeniyle sorun yaşar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK



6

Okula ilgisi azdır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

7

Motor takılmış gibi sürekli hareket eder.



ASLA



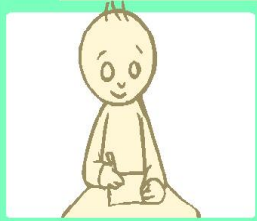
BAZEN



SIK SIK

8

Çok fazla hayal kurar, hayalcidir.



ASLA



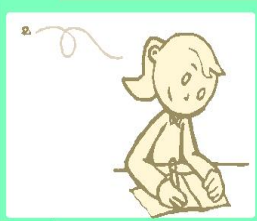
BAZEN



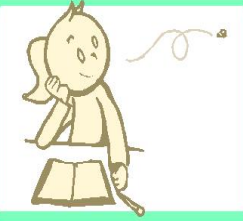
SIK SIK

9

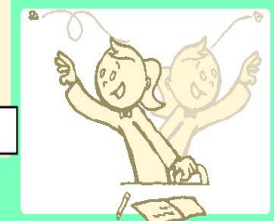
Dikkati kolay dağılır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

10

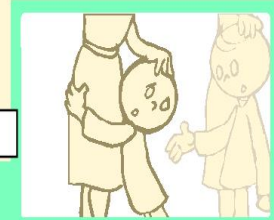
Yeni durumlardan korkar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

11

Kendini mutsuz , üzgün hisseder.



ASLA



BAZEN



SIK SIK



12

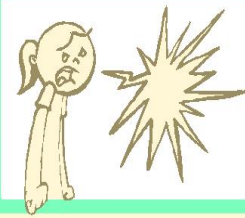
Huzursuz , öfkeli dir.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

13

Kendini umutsuz hisseder.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

14

Dikkatini toplamakta zorlanır.



ASLA



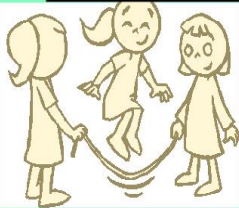
BAZEN



SIK SIK

15

Arkadaşlarına karşı ilgisi azdır.



ASLA



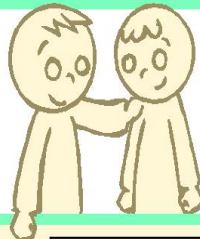
BAZEN



SIK SIK

16

Diğer çocuklarla kavga eder.



ASLA



BAZEN



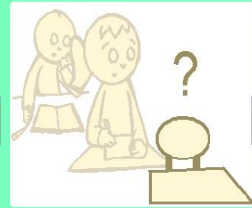
SIK SIK

17

Okula devamsızlık yapar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK



18

Okul başarısı gittikçe düşüyor.



ASLA



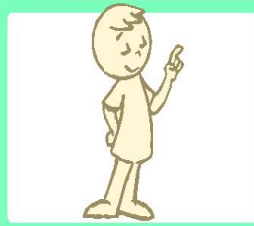
BAZEN



SIK SIK

19

Kendisini aşağılar.



ASLA



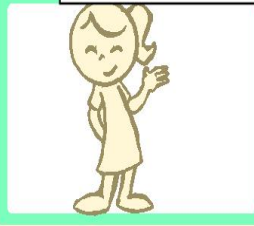
BAZEN



SIK SIK

20

Doktor tarafından herhangi bir sorun bulunmasa da doktora gider.



ASLA



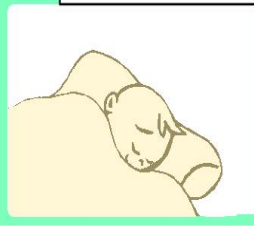
BAZEN



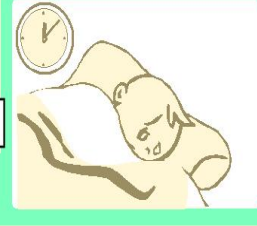
SIK SIK

21

Uyku problemi yaşar.



ASLA



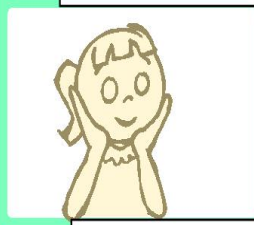
BAZEN



SIK SIK

22

Çok evhamlıdır.



ASLA



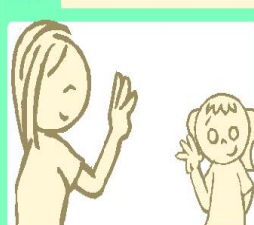
BAZEN



SIK SIK

23

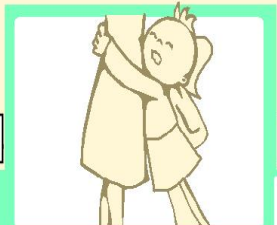
Sizinle öncesine göre daha çok birlikte olmayı ister.



ASLA



BAZEN

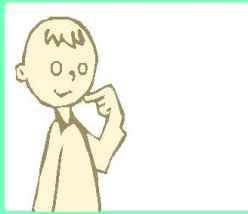


SIK SIK



24

Kendisinin kötü biri olduğunu düşünür.



ASLA



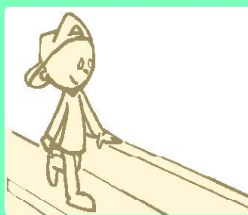
BAZEN



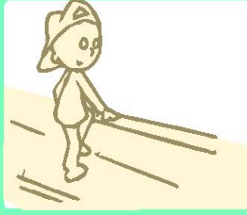
SIK SIK

25

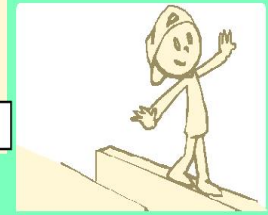
Gereksiz yere riskler alır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

26

Sık sık yaralanır.



ASLA



BAZEN



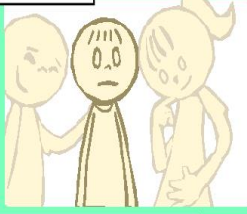
SIK SIK

27

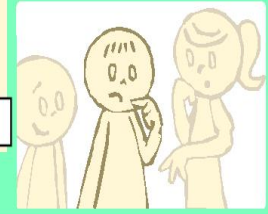
Daha az eğleniyormuş gibi görünür.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

28

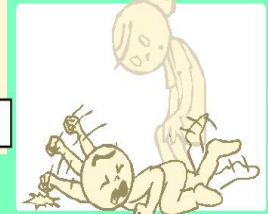
Yaştlarından daha küçükmüş gibi davranır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

29

Kurallara uymaz.



ASLA



BAZEN

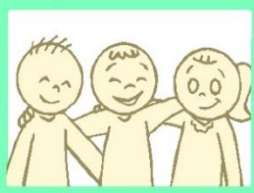


SIK SIK



30

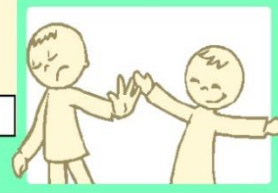
Duygularını belli etmez.



ASLA



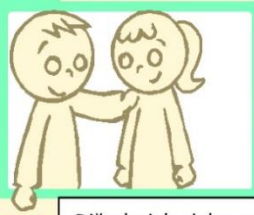
BAZEN



SIK SIK

31

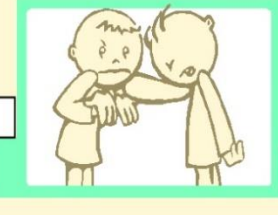
Diğer insanların duygularını anlamaz.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

32

Diğerleriyle dalga geçer.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

33

Kendi sorunları için başkalarını suçlar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

34

Kendine ait olmayan eşyaları alır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

35

Paylaşmayı reddeder.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital

Adapted by M. Leiner and P. Shirsat
Design: T. Meza

TOPLAM