



**T.C.**  
**İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı**  
**Klinik Psikoloji Bilim Dalı**

**FILIAL TERAPİNİN BAKIM ELEMANLARININ**  
**ÖZ-YETERLİK VE KAYGI DÜZEYLERİ İLE KORUNMA**  
**İHTİYACI OLAN ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ SORUNLARI**  
**ÜZERİNE ETKİSİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Sevil YAVUZ**

**115601108**

**Danışman: Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ**

**İSTANBUL, 2017**



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**FILIAL TERAPİNİN BAKIM ELEMANLARININ  
ÖZ-YETERLİK VE KAYGI DÜZEYLERİ İLE  
KORUNMA İHTİYACI OLAN ÇOCUKLARIN  
DAVRANIŞ SORUNLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Tezi Hazırlayan: **Sevil YAVUZ**

## KABUL VE ONAY


T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
DOKTORA SINAV TUTANAĞI

08.11.2017

Enstitümüz *Klinik Psikoloji* Doktora Programı öğrencilerinden *115601108* numaralı *Sevil YAVUZ'un* "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**FİLİAL TERAPİNİN BAKIM ELEMANLARININ ÖZ-YETERLİK VE KAYGI DÜZEYLERİ İLE KORUNMA İHTİYACI OLAN ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ SORUNLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 23.10.2017 tarih ve 2017/20 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (90) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~başarılı~~/oybirliği ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.


İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

  
DANIŞMAN  
PROF.DR. MEHMET ENGİN DENİZ

  
ÜYE  
YRD.DOÇ.DR. MUZAFFER ŞAHİN

  
ÜYE  
DOÇ.DR. MURAT ERKİRAN

  
ÜYE  
DOÇ.DR. ÖMER FARUK ŞİMŞEK

  
ÜYE  
YRD.DOÇ.DR. ÇİĞDEM YAVUZ GÜLER

## YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “Filial Terapinin Bakım Elemanlarının Öz-yeterlik ve Kaygı Düzeyleri ile Korunma İhtiyacı olan Çocukların Davranış Sorunları Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

08/11/2017

**Sevil YAVUZ**

## ÖZET

# FILIAL TERAPİNİN BAKIM ELEMANLARININ ÖZ-YETERLİK VE KAYGI DÜZEYLERİ İLE KORUNMA İHTİYACI OLAN ÇOCUKLARIN DAVRANIŞ SORUNLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Sevil YAVUZ

Doktora Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ

Kasım, 2017 - 155 sayfa

Bu araştırmanın amacı Filial terapinin bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeyleri ile korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları üzerine etkisini incelemektir. Araştırmaya İstanbul ili Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası'nda çalışan 21 bakım elemanı ve 3-4 yaş grubundaki 70 korunma ihtiyacı olan çocuk katılmıştır. Araştırmada deney grubunda 21 bakım elemanı ve ilgilendiği 33 korunma ihtiyacı olan çocuk ile kontrol grubunda 37 korunma ihtiyacı olan çocuk yer almıştır. Bakım elemanlarına, 10 haftalık Filial terapi eğitimi ve 3 oturum süpervizyon verilmiş ve deney grubundaki çocuklara 10 oturum oyun seansı uygulamaları sağlanmıştır. Araştırmada bakım elemanlarının kaygı düzeyleri Beck Anksiyete Ölçeği ile; öz-yeterlik düzeyleri Genel Öz-yeterlik Ölçeği ile; çocukların davranış sorunları Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği ile eğitimden önce, sonra ölçülmüş ve eğitimden 2 ay sonra da izleme testleri yapılmıştır. Araştırma sonunda Filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz yeterlik düzeylerini arttırmada ve kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocukların davranış sorunlarını azaltmada da etkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Filial terapi, öz-yeterlik, kaygı, davranış sorunları, korunma ihtiyacı olan çocuklar, bakım elemanı

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF FILIAL THERAPY ON THE SELF EFFICACY AND ANXIETY LEVEL OF CAREGIVERS AND BEHAVIORAL PROBLEMS OF INSTITUTIONALIZED CHILDREN

Sevil YAVUZ

Doctorate Thesis, Psychology Department

Supervisor: Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ

November, 2017- 155 pages

The purpose of this study was to investigate the effect of Filial therapy on the self-efficacy and anxiety levels of caregivers and behavioral problems of institutionalized children. This research was conducted with a sample of 21 caregivers and 3-5 year old 70 institutionalized children at Bahçelievler Şeyh Zayed Children Center. 21 caregivers and 33 children were assigned to the experimental group and 37 children to the control group. Each caregiver completed a ten week Filial therapy training program and participated in three supervision meeting and also applied ten week play sessions to the children in the experimental group. Data was obtained by using The General Self-Efficacy Scale, Beck Anxiety Inventory and Preschool Behavior Questionnaire at pre-test, post-test and 2 months follow up intervals. The results of this study suggested that Filial therapy training program was significantly effective in increasing the self-efficacy level and decreasing the anxiety level of caregivers. It was also effective in decreasing the behavioral problems of institutionalized children. The results were discussed within the context of its theoretical background.

**Key Words:** Filial therapy, self-efficacy, anxiety, behavioral problem, institutionalized children, caregiver

Oğlum Ali'ye



## ÖNSÖZ

Korunma ihtiyacı olan çocuklar çeşitli travma geçmişi ile yuvaya gelmektedir ya da anne baba sevgisinden yoksun grup ortamında büyümektedir. Bu çocuklara kurumda her ne kadar iyi bakılsa da aile ortamında anne babasıyla büyüyen çocuklarla karşılaştırıldıklarında gelişimlerinde gerilik olduğu ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanamadığı bu alanda yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır. Bu çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılayacak müdahale programlarının geliştirilmesi çocukların sağlıklı gelişimi için çok önemlidir. Çocukların tedavisinde etkili bir model olan çocuk merkezli oyun terapisini içeren Filial Terapi ise bakım vereni sürece katarak çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamaktadır. 10-Oturumluk Filial Terapi üzerine ülkemizde ilk olan bu tez çalışmasının gelecekte korunma ihtiyacı olan çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılayacak projelerin geliştirilmesine örnek olacağı umulmaktadır.

Bu çalışmada, yoğun akademik çalışmaları arasında zamanını ayırarak bana yol gösteren ve yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ'e ilgi ve desteğinden ötürü teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, çalışmanın konusunu seçmekte bana yol gösteren Doç. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK'e, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. A. Muzaffer ŞAHİN'e, Doç. Dr. Murat Erkıran'a, Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YAVUZ GÜLER'e ve Yrd. Doç. Dr. Seydi Ahmet SATICI'ya teşekkürü bir borç bilirim. Bu çalışmanın Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sürecinde destek olan Sevgili Elif ESEN'e minnettarlığımı sunar, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ve Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası çalışanlarına desteklerinden ötürü çok teşekkür ederim. Ayrıca çalışmam boyunca bana destek olan aileme ve zamanından çaldığım sevgili oğlum Ali'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**İSTANBUL, 2017**

**Öğr. Gör. Sevil YAVUZ**



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
YEMİN METNİ.....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
İTHAF.....	v
ÖNSÖZ .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ .....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xiv
EKLER LİSTESİ .....	xv

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ

<b>1.1.</b> Araştırmanın Amacı .....	10
<b>1.1.1.</b> Araştırmanın Hipotezi .....	10
<b>1.1.1.1.</b> Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının Öz- Yeterlik Düzeylerine Yönelik Denenceler.....	11
<b>1.1.1.2.</b> Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının Kaygı Düzeylerine Yönelik Denenceler.....	11
<b>1.1.1.3.</b> Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Düzeylerine Yönelik Denenceler.....	12
<b>1.2.</b> Araştırmanın Önemi .....	13
<b>1.3.</b> Sayıtlar .....	15
<b>1.4.</b> Sınırlılıklar .....	15
<b>1.5.</b> Araştırmanın Tanımları .....	16

## 2. BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Filial Terapi .....	18
2.1.1. Oyun Terapisi .....	18
2.1.2. Oyun Terapisi Tarihi .....	23
2.1.3. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi .....	31
2.1.4. Filial Terapi .....	36
2.1.5. İlgili araştırmalar .....	45
2.2. Çocuklarda Davranış Sorunları .....	50
2.2.1. Kavgacı ve Saldırgan Davranışlar .....	55
2.2.2. Endişeli ve Ağlamaklı Olma Davranışı .....	58
2.2.3. Dikkatsizlik ve Aşırı Hareketlilik .....	60
2.3. Kaygı .....	63
2.3.1. Kaygı Türleri .....	66
2.3.2. Çalışanlarda Kaygı .....	67
2.4. Öz-yeterlik .....	67
2.4.1. Öz-yeterlik Kaynakları Nelerdir? .....	69
2.4.2. Çalışanlarda Öz-yeterlik .....	70

## 3. BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Deseni .....	71
3.2. Araştırma Grubu .....	72
3.3. Veri Toplama Araçları .....	73
<u>3.3.1.</u> Kişisel Bilgi Formu .....	73
<u>3.3.2.</u> Genel Öz-yeterlik Ölçeği (GÖZÖ) .....	73
<u>3.3.3.</u> Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) .....	74
<u>3.3.4.</u> Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği (ODSTÖ) .....	75
3.4. Deneysel Yöntem .....	76
<u>3.4.1.</u> 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi .....	76

<b>3.4.2.</b>	<b>Deney ve Kontrol Gruplarına Uygulanan İşlemler</b>	78
<b>3.4.2.1.</b>	<b>Deney Grubuna Uygulanan İşlemler</b>	78
<b>3.4.2.2.</b>	<b>Süpervizyon Oturumları</b>	86
<b>3.4.2.3.</b>	<b>Oyun Seansları</b>	86
<b>3.4.2.4.</b>	<b>Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler</b>	87
<b>3.5.</b>	<b>Verilerin Analizi</b>	87

## **4. BÖLÜM**

### **BULGULAR**

<b>4.1.</b>	<b>Denencelerin Test Edilmesi</b>	88
<b>4.1.1.</b>	<b>Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının Öz-Yeterlik Düzeylerine İlişkin Bulgular</b>	88
<b>4.1.2.</b>	<b>Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular</b>	92
<b>4.1.3.</b>	<b>Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Düzeylerine İlişkin Bulgular</b>	95

## **5. BÖLÜM**

### **TARTIŞMA**

<b>5.1.</b>	<b>Öz-yeterliğe İlişkin Bulgunun Tartışılması</b>	103
<b>5.2.</b>	<b>Kaygıya İlişkin Bulgunun Tartışılması</b>	106
<b>5.3.</b>	<b>Davranış Sorunlarına İlişkin Bulgunun Tartışılması</b>	108
<b>5.4.</b>	<b>Sonuç</b>	110
<b>5.5.</b>	<b>Öneriler</b>	111
<b>KAYNAKÇA</b>		113
<b>EKLER</b>		136
<b>Ek-1.</b>	<b>Kişisel Bilgi Formu</b>	136
<b>Ek-2.</b>	<b>Genel Öz-yeterlilik Ölçeği</b>	137
<b>Ek-3.</b>	<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	138

___Ek-4. Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği .....	139
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	140



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>GÖZÖ</b>	: Genel Öz-yeterlik Ölçeği
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>ODSTÖ</b>	: Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>APT</b>	: Oyun Terapisi Derneği
<b>BAPT</b>	: Oyun Terapistleri Derneği

## TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
<b>Tablo 1.</b> Araştırma Deseni.....	71
<b>Tablo 2.</b> Eğitimi Alan Bakım Elemanlarına İlişkin Bilgiler.....	72
<b>Tablo 3.</b> 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitim İçeriği.....	78
<b>Tablo 4.</b> Bakım Elemanlarının Öz-Yeterliklerine Yönelik Friedman Testi Sonuçları.....	88
<b>Tablo 5.</b> Filial Terapi Eğitiminin Ön-test/Son-test Öz-yeterlik Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	89
<b>Tablo 6.</b> Filial Terapi Eğitiminin Ön-test/İzleme Öz-yeterlik Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	90
<b>Tablo 7.</b> Filial Terapi Eğitiminin Son-test/İzleme Öz-yeterlik Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	91
<b>Tablo 8.</b> Bakım Elemanlarının Öz-yeterliklerine Yönelik Friedman Testi Sonuçları.....	92
<b>Tablo 9.</b> Filial Terapi Eğitimi Ön-test/Son-test Kaygı Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	93
<b>Tablo 10.</b> Filial Terapi Eğitimi Ön-test/İzleme Kaygı Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	94
<b>Tablo 11.</b> Filial Terapi Eğitimi Son-test/İzleme Kaygı Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	94
<b>Tablo 12.</b> Davranış Sorunları Ön-Test Değerlerine İlişkin Mann-Whitney <i>U</i> Testi.....	96
<b>Tablo 13.</b> Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Ön-test/Son-test Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	97

<b>Tablo 14.</b> Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Ön-test/İzleme Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	98
<b>Tablo 15.</b> Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Son-test/İzleme Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	99
<b>Tablo 16.</b> Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Son-Test Davranış Sorunları Düzeyleri, Kontrol Grubundaki Çocukların Son-Test Düzeylerine İlişkin Mann-Whitney <i>U</i> Testi .....	100
<b>Tablo 17.</b> Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların İzleme Testi Davranış Sorunları Düzeyleri, Kontrol Grubundaki Çocukların İzleme Testlerine İlişkin Mann-Whitney <i>U</i> Testi .....	101
<b>Tablo 18.</b> Kontrol Grubu Davranış Sorunları Ön-test, Son-test ve İzlemeye Yönelik Friedman Testi Sonuçları.....	102

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Sayfa**

<b>Şekil 1.</b>	İşlemin Öz-yeterlik Düzeyine Etkisi... ..	92
<b>Şekil 2.</b>	İşlemin Kaygı Düzeyine Etkisi... ..	95
<b>Şekil 3.</b>	İşlemin Davranış Sorunları Düzeyine Etkisi... ..	102





## EKLER LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Ek-1.</b>	Kişisel Bilgi Formu... ..136
<b>Ek-2.</b>	Genel Öz-yeterlik Ölçeği... .. 137
<b>Ek-3.</b>	Beck Anksiyete Ölçeği... .. 138
<b>Ek-4.</b>	Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği..... 139

## 1. BÖLÜM

### 1. GİRİŞ

Her çocuğun sevgi dolu bir ailede büyümeye hakkı vardır. Diğer taraftan dünyada ve ülkemizde birçok çocuk çeşitli nedenlerden dolayı anne ve baba bakımından yoksun büyümektedir. Dünyada aile bakımı dışında yaşayan çocuk sayısı kesin olarak bilinmemekle birlikte tahmini, 17.800.000 çocuğun anne ve babasını kaybettiği, 2.000.000 çocuğun kurum bakımında yaşadığı, 1.800.000 çocuğun cinsel sömürüye ya da pornografiye konu olduğu, 100.000 çocuğun ise ağır işlerde çalıştırıldığı tahmin edilmektedir (Lancet, 2011, akt: Erol ve Münir, 2012). Avrupa Birliği'nin, 2002-2003 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü ve Birmingham Üniversitesi ile işbirliği içinde yürüttüğü Türkiye'nin de içinde bulunduğu 33 Avrupa ülkesini kapsayan Daphne Programında 3 yaş ve altında olan yaklaşık 23.099 çocuğa yuvalarda bakım verildiği saptanmıştır (Erol ve Münir, 2012: 120).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2017 Mayıs ayı Çocuğa Yönelik Hizmetler raporunda ise kuruluş bakımı altında bulunan çocuk sayısı 13.623, koruma altına alınmadan aile yanında destek verilen çocuk sayısı 93.943, aileye döndürülen çocuk sayısı 11.264, evlat edindirilen (bugüne kadar toplam sayı 15.101) çocuk sayısı 76, koruyucu aile yanında bakımı sağlanan çocuk sayısı 5.154, koruyucu aile sayısı 4.236, özel kreş ve gündüz bakım evlerinde ücretsiz bakılan çocuk sayısı 2.044 olarak açıklanmıştır (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017).

Bu çocukların bir kısmı bebelik döneminden itibaren kurum bakımına bırakılmıştır. Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalar, kurum bakımında büyüyen çocukların kurumda sunulan şartlardan dolayı aile yanında büyüyen çocuklara göre daha fazla ruhsal problemler yaşadığını ortaya koymuştur (Erol ve Münir, 2012; Sloutsky, 1997). Çünkü kurum bakımı altında yaşamak, fiziksel, zihinsel, algısal, sosyal ve duygusal alanlarda birçok uyarıcı eksikliğini barındırır (MacLean, 2003). Sloutsky (1997) yaptığı araştırmalarda kurumda büyüyen çocuklarla, ailelerinin yanında yetişen çocukları karşılaştırmış ve bu çocukların gelişimsel süreçlerin tamamen farklı ortamlarda gerçekleştiğini ortaya

koymuştur. Romanya yetimhanelerinde yetişen çocukların Wechsler IQ puanlarının, bilişsel gelişimlerinin, sosyal yetkinliklerinin, kendilerinin ve başkalarının duygularını anlayabilme yetilerinin ve bireyselliklerinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermiş ve bunun sebebini kurumlardaki sosyal ve duygusal yoksunluklara bağlamıştır. Başka bir araştırma da ise 6-17 yaş arasındaki çocukların ruh sağlığı farklı bakım modellerine göre karşılaştırılmıştır. Bu araştırmaya koruyucu aile yanında bakılan 39 çocuk, kurum bakımı altındaki 62 çocuk ve öz ailesi yanında yaşayan 62 çocuk katılmıştır (Üstüner ve diğerleri, 2005). Araştırma sonucunda çocuklarda sorunlu davranışların görülme sıklığının; öz ailesi yanında yaşayan çocuklarda %9.7, koruyucu aile yanında yaşayan çocuklarda %12.9, kurum bakımındaki çocuklarda ise % 43.5 olduğu, puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise çocuk yuvasında büyüyen çocukların ortalamalarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Koruyucu ailede ve kendi ailesi yanında büyüyen çocukların toplam problem puanları arasında ise anlamlı bir fark görülmemiştir.

Kurumlarda daha çok sağlık, hijyen, beslenme ve bakıma odaklanıldığı fakat sosyal ilişkilerin daha sınırlı kaldığı belirtilmiştir (Muhamedrahimov ve diğerleri, 2004). Bu durum ülkemizde de pek farklı değildir. Yuvalarda öncelikli olarak çocukların maddi gereksinimlerinin karşılanmaya çalışıldığı fakat toplumsal ve psikolojik gelişimleri için uygun ortamların hazırlanmasında yetersiz kaldığı söylenebilir (Çivi, Altuhul ve Yayıcı, 1993). Yörükoğlu'nun Türkiye'de yaptığı çalışmada, yuva çocuklarının iyi bir yaşam ortamında yeterli fiziksel bakım almalarına rağmen, duygusal gelişimleri açısından anneli büyüyen çocuklara göre çok geri kaldıkları bulunmuştur. Ayrıca Yörükoğlu (1968) sallanma ve parmak emme gibi stereotipik davranış bozukluklarının yuva çocukları arasında sıklıkla gözlemlendiğini rapor etmiş ve bunları önemli ölçüde anne yoksunluğuna bağlamıştır (akt. Çivi, Altuhul ve Yayıcı, 1993).

Kaler ve Freeman'in (1994) Romanya yetimhanelerinde kalan çocuklarla yaptıkları çalışmada yetimhanedeki çocuklarının hiçbirinin Bayley Çocuk Gelişim Envanteri'ne göre kronolojik yaşı seviyesinde işlev göstermediğini ve gelişimlerinin geri olduğunu ortaya çıkarmıştır. Benzer şekilde Geliştirilmiş Denver Ön Tarama Gelişim Testi

ile yapılan ölçümlerde Romanya yetimhanesindeki çocuklarının %78'inde kişisel-sosyal gelişim, ince motor gelişimi, kaba motor gelişimi ve dil gelişimi alanlarında kronolojik yaşlarına göre gerilik gösterdikleri bulunmuştur (Morrison ve diğerleri, 1995). Kurum bakımı altında yaşayan çocukların fiziksel gelişimlerinde de kurumdan çıktıktan sonra bile bazı gerilikler gözlemlendiğine dair veriler vardır (MacLean, 2003).

Sloutsky'nın (1997) çalışmasındaki diğer çarpıcı bulgu, çocuğun kuruma çok küçük yaşta yerleştirilmesinin ve kurumda uzun süre kalmasının Wechsler IQ puanları üzerinde olumsuz etki yarattığının ortaya çıkmasıdır. Kurumda kalma süresiyle gelişimsel gerilik seviyesi arasında bulunan bu ilişki başka çalışmalarla da desteklenmiştir. Kurumda büyüyen çocuklarda görülen dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi sorunlar okul döneminde de devam etmektedir (MacLean, 2003). Sloutsky (1997) kurumlardaki bilişsel yoksunluğun nedenini, kurumda yaşayan çocuklara kıyasla aileleriyle ev ortamında yaşayan çocukların hem ev içinde, hem de ev dışında birçok farklı nesneyi görme ve onları birebir keşfetme imkanına daha fazla sahip olmaları, kurumda yaşayan çocuklara personel sayısındaki yetersizlik ve kendilerine zarar verme ihtimalleri yüzünden böyle bir imkanın sağlanamayışı ile açıklanmaktadır. Türkiye'deki kurum bakımında bulunan çocuklar için de aynı sonuçlar geçerlidir. Bu çocuklarla yapılan araştırmalarda, çocukların gelişimlerinde gerilik olduğu ve verilen eğitimler sonucunda ise gelişimlerinin hızlandığı görülmüştür (Alıcı, 2008; Koloğlugil, 2008; Özdemir ve diğerleri, 2008).

Ayrıca yapılan araştırmalar kurumda yaşayan çocukların sadece gelişimsel olarak risk altında olmadıklarını, duygusal gelişimin temeli olan bağlanma konusunda da risk altında olduklarını göstermiştir (Vorra ve diğerleri, 1998). Bir bebeğin 6 aydan daha uzun süre kurum bakımında kalmasının bağlanma ve duygusal alanda ciddi problemlere neden olduğu bilinmektedir (Stovall ve Doizer, 2000). John Bowlby'nin (1960) bağlanma üzerine yaptığı çalışmalarda iyi kurgulanmış bir bağlanmanın özellikle duygusal gelişim için çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Çocuğun kendine güveni ve diğer insanlara bağlanma, güvенеbilme, onlarla ilişki kurabilme, uyumlu olma kapasitesi de

erken dönemde bir yetişkinle kurulan bağ üzerinden şekillenerek gelişir (akt. MacLean, 2003). Yetişkin, çocuğun işaretlerini, mesajlarını ve ihtiyaçlarını doğru okuyarak, bunlara yerinde karşılıklar vererek ve duygusal yönden her zaman ulaşılabilir olarak duyarlılığını ortaya koymalıdır (Muhamedrahimov ve diğerleri, 2004). Bu bağlamda, özellikle kurumlarda bakım veren yetişkinlerin sürekli değişiklik gösteren vardiyalar dahilinde çalışması ve bu yüzden çocukların sabit bir kişi yerine birçok bakım elemanı ile karşılaşması kurumlarda yaygın olan fakat birçok çalışmada olumsuz etkileri ortaya konulmuş bir durumdur. Bu çalışmalarda bakım veren yetişkin başına düşen çocuk sayısının önemi ve ilişkinin sürekliliği de vurgulanmıştır (Vorria ve diğerleri, 1998).

Yukarıdaki araştırmalar özellikle küçük yaşlarda kurum bakımı altına alınmış çocukların genel olarak nitelikli bir yaşam sürdürme imkanı açısından dezavantajlı olduklarını, bireysel ilgi ve sevgi gereksinimlerinin karşılanması ve her alanda gelişimlerinin desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Türkiye’de 13.000’den fazla korunma ihtiyacı olan çocuklara Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü yuva ve yurtlarında bakılmaktadır (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017). Mevcut sistem içerisinde toplumdaki bireylerin sosyal sorumluluk bilinci ile hareket ederek bu dezavantajlı gruplara destek olmaları ve bu yolla topluma fayda sağlamaları çok büyük önem taşımaktadır.

Bu amaçla Türkiye’de yapılmış ve etkisi kanıtlanmış projeler mevcuttur. Bu projelerden biri 2006-2007 yılları arasında Bahçeşehir Üniversitesi tarafından Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Göztepe Semiha Şakir Çocuk Yuvası’nda koruma altında bulunan 3-6 yaş grubundaki çocuklara uygulanan “Korunmaya Muhtaç Çocukların Gelişimlerinin Desteklenmesi Projesi”dir (Özdemir ve diğerleri, 2008). Çalışma sonunda ön test’e göre son test’te yaşı ile uyumlu normal gelişim gösteren çocukların sayısında bir artış, anormal ve şüpheli gelişim gösteren çocukların sayısında ise önemli bir azalma olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu projelere başka bir örnek ise 2004-2006 yılları arasında Bahçelievler Çocuk Yuvası’nda koruma altında bulunan 0-3 yaş grubundaki çocuklara destek olmak için Koç Üniversitesi tarafından geliştirilen Koç Üniversitesi Gönüllüleri

Minik Yürekler Projesi'dir. Proje öncesi, kurumdaki her bir üniteye yaklaşık 30 çocuğa 2 anne düştüğü için çocuklar hiç bir tensel-duygusal temasla karşılaşmadığı, sabit figür bulamadığı, bireysel gönüllülerin ise sadece bir kaç çocukla ilgilenebildiği için o dönemde çocuklarda yoğun olarak kafa vurma, göz teması kuramama, kendini yere atma gibi davranışlar gözlenmiştir. Projeye birlikte çocuklarda birebir ilişki kurma yoluyla bağlanma, göz teması kurma, kafa vurma, kendini yere atma, gönüllülere yapışma vb. davranışlarda sönme, çocukların ince ve kaba motor hareketlerinde ve oyun oynayabilme becerilerinde ise gelişmeler gözlemlenmiştir (Koç Üniversitesi, 2004-2006).

Bu projenin etkisinden yola çıkarak Bilgi Üniversitesi çatısı altında Minik Adımlar (MAP) projesi geliştirilmiştir. Projede, İstanbul İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvasında koruma altında bulunan 0-3 yaş arası çocukların bakımına ve gelişimini destek olmak, duygusal ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla bakım elemanlarına ve tüm çalışanlara eğitim ve seminer verilmiştir. Her grup çalışmasına 10-12 bakıcı katılmış ve proje 12 hafta sürmüştür. Çalışma sonunda gruba katılan bakıcı anneler grup çalışmalarını destekleyici bulmuştur (Alıcı, 2008).

İstanbul Bilgi Üniversitesi öğretim görevlileri ve gönüllü uzmanlar bu çalışmanın başarısıyla sadece bakıcı anneleri desteklemeyi amaçlayan daha geniş kapsamlı bir proje daha geliştirmiştir. Proje, Bahçelievler Çocuk Esirgeme Kurumu 12-24 ay çocuk yuvasında çalışan bakıcı annelere yönelik 20 haftalık eğitim ve süpervizyon destek grubunu yürütmeyi, bu çalışmanın bakıcı anneler üzerindeki etkilerini ölçmeyi ve bu etkinin çocukların gelişimsel kazanımlarıyla olan ilişkisini araştırmayı amaçlamıştır. Araştırma sonunda deney grubundaki bakıcı annelerin, kontrol grubundaki bakıcı annelere göre her puan türünde olumlu gelişmeler gösterdiği, çocukların gelişim puanlarının da önemli ölçüde arttığı, davranış problemlerinin ise önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (Koloğlugil, 2008).

Yukarıdaki araştırma sonuçlarında görüldüğü gibi korunma ihtiyacı olan çocuklara uygulanan her projeler ister çocukları, isterse bakım elemanlarını hedef alsın mutlaka bir fark yaratmış ve etkili olmuştur. Diğer taraftan bu

çocukların duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını doğrudan karşılamayı amaçlayan, oyun terapisini içeren müdahale programları geliştirilmemiştir. Bu durum Türkiye’de oyun terapisi kavramının ve oyun terapisi eğitimlerinin yeterince yaygınlaşmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer taraftan Türkiye’de oyunu konu alan araştırmalar çok kısıtlı olsa da yurtdışında bu konuda yüzlerce çalışma yapılmıştır. Oyun terapilerini içeren meta analiz araştırmalarında oyun terapisinin orta dereceden yüksek dereceye değişen tedavi etkisine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (LeBlanc ve Ritchie, 2001; Bratton ve diğerleri, 2005). Ayrıca bu çalışmalarda ruh sağlığı uzmanı olmayan ebeveynler, öğretmenler, bakıcılar ve mentörler tarafından uygulanan filial oyun terapisinin, daha az terapi sayısı içermesine rağmen, ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanan oyun terapisinden daha etkili olduğu bulunmuştur. Filial terapinin, küçük çocuklarla çalışma imkanı vermesi, gelişimlerine uygun olması, farklı kültürlerde ve problem alanlarında kullanılabilmesi gibi oyun terapisinin tüm güçlü yanlarını içermesinin yanı sıra, ebeveyni terapi sürecine terapötik bir araç olarak dahil etmesi, ebeveynin terapistte gösterdiği direnci kırması, terapistin zamanından tasarruf etmesi, tüm aile ilişkilerini güçlendirmesi ve sorunları kaynağında çözmesi gibi birçok avantajı da içermektedir (Vanfleet, 2013).

Bu model sadece öz anne ve babasıyla yaşayan çocukların anne babalarıyla iletişimlerini geliştirmekte kullanılmamış, evlat edinmiş ailelerle, koruyucu ailelerle ve birçok sivil toplum kuruluşu tarafından geliştirilen müdahale programları kapsamında korunma ihtiyacı olan çocuklara da uygulanmıştır. Evlat edinmiş ailelerle yapılan bir araştırmada, filial terapi eğitimi alan ailelerin ebeveynlik stresinin azaldığı, ebeveynlik kabulünün arttığı, çocuklarının davranış problemlerinin azaldığı, duygusal kontrollerinin ise arttığı ortaya çıkmıştır (Topham ve diğerleri, 2011). Carnes-Host (2010) da filial terapinin etkisini ölçmek için evlat edinmiş 61 ebeveyn ve çocuklarıyla yaptığı çalışmada benzer sonuçları bulmuştur. Vanfleet (2003) ise evlat edinmiş bir aile ile çalışmış, filial terapinin aile ilişkilerini geliştirdiğini, ebeveynle çocuk arasındaki bağı güçlendirdiğini ve davranış problemlerini azalttığını rapor etmiştir. Ginsberg’de (1989) evlat edinmiş ailelerle çalışmış ve bir kaç vaka sunumunda benzer tema ve sonuçları rapor etmiştir.

Dezavantajlı ailelere ve çocuklara destek olan Head Start Okullarında da filial terapi eğitimi verilmiştir. Head Start Okuluna devam eden dezavantajlı 6 aile ile yapılan çalışmada çocukların davranış problemlerinin, ebeveynlerin ise stres düzeylerinin düştüğü hem nitel, hem de nicel verilerle bulunmuştur (Lindo ve diğerleri, 2012). Saayman'ın (2010) Güney Afrika'da 3-4 yaşlarında 6 çocuğa bakan koruyucu bir aile ile yaptığı çalışmada, çocukların davranışlarında pozitif gelişmeler görülmüş, ebeveyn ile çocuklar arasındaki güvenli bağlanmanın güçlendiği ve ebeveyn becerilerinin ise arttığı bulunmuştur. Çocuk ve Gençleri Koruma Ajansı (Cosner, 1990) ihmal ve istismar edilmiş çocuklar ve ailelerine bir müdahale programı olarak çalışan personeline filial terapi eğitimi vermiştir. 3 yıllık program boyunca toplam 18 bakım elemanı, 140 çocuk, 80 yetişkin, 70 aile ile çalışılmıştır. Resmi verilere ve personel notlarına göre ebeveynlerin, % 50'sinin çocuğu ile daha pozitif iletişim kurduğu, % 30'unun kendine daha fazla güvendiği, kendini daha yetkin ve daha az karmaşık hissettiği, % 15'inin çocuklarını daha sosyal bulduğu ve % 11'inin ise daha anlayışlı olduğu bildirilmiştir (Ginsberg, 2002).

Benzer şekilde Morrison Bennett ve Bratton (2011) ise Head Start Okulundaki klinik düzeyde davranış sorunları olan çocuklara bir müdahale programı olarak filial terapi eğitimini öğretmenlere ve yardımcı personele vermiştir. Çalışma sonunda öğretmenlerin ve yardımcı personelin, terapötik becerileri öğrenebildikleri ve çocukların davranışlarını değiştirmede çok etkili oldukları görülmüştür. Ayrıca öğretmenlerin duygusal ve davranışsal sorunları olan çocukların ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağını bilmediklerini ve kurumda tüm gün çalışan bir ruh sağlığı uzmanı olmadığı için bu sorunlar karşısında tek kaldıklarını ve bu noktada filial terapi müdahalesinin çok gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Bizde de durum bundan farklı değildir. Çocuk yuvasında her grupta tüm gün çalışan bir psikolog olmadığı için bakım elemanları, çeşitli travma geçmişleriyle gelen korunma ihtiyacı olan çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta tek kalmakta, sadece çok ciddi düzeyde problemleri olan çocuklara dışarıdaki hastanelerden psikolojik destek sağlanmaktadır. Filial terapinin en güçlü yanı olan öğretmenler ve bakım elemanları gibi çocukların hayatındaki önemli kişileri terapötik bir araç olarak terapi sürecine dahil etmesi,



hem çocuk, hem de bakım veren birey için faydalıdır. Çünkü bu sürece katılmak, bakım veren yetişkinin oyun terapisinin çocuk için doğru bir tedavi yöntemi olduğunu anlamasını, ruh sağlığı uzmanından destek almasını ve ruh sağlığı uzmanına gerek kalmadan çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılama, onları anlama ve iletişim kurma becerisi kazanmasını sağlar (Shaw ve Magnuson, 2006, akt. Carnes-Holt, 2010). Özellikle ciddi travmalarla kuruma gelen çocuklarla çalışmanın zorlukları düşünüldüğünde bakım elemanlarının bu becerileri kazanması hem kendileri, hem de çocuklar için önemlidir. Çünkü bakım elemanların çocuklarla iletişimde yaşadıkları zorluklar ve bu zorluklar karşısında çaresiz kalmaları öz-yeterliklerini ve kaygı düzeylerini etkileyeceği düşünülmektedir.

Öz-yeterlik, bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı olarak tanımlanmıştır (Magil, 1993). Sosyal Bilişsel Kuram'a göre başarılı bir şekilde tamamlanmış herhangi bir performans bu alanla ilgili olan diğer alanlara da genellenebilmekte ve genel yetkinliği etkilemektedir (Bandura, 1977). Dolayısıyla filial terapi eğitiminde kazanılacak becerilerin bakım elemanlarının kendi yapabilirliklerine olan inançlarını güçlendireceği ve öz-yeterliklerini artıracığı düşünülmektedir. Çünkü filial terapi eğitimi ile bakım elemanları, hem eğitim veren uzmandan destek alma, hem de eğitime katılan iş arkadaşlarıyla ortak sorunlarını paylaşarak duygusal yüklerini hafifletme fırsatı bulacağı düşünülmektedir.

Benzer şekilde gerilme, endişe ve üzüntü gibi öznel duyuların uyarılmasıyla şekillenen ve hoş gitmeyen duygusal durum olarak nitelendirilen kaygının (Spielberger, 1972), çocukla ilgilenilen işlerde çalışıldığında yaşanılmasının kaçınılmaz olduğu söylenebilir. Rol belirsizliği, çocukların davranış problemleriyle uğraşmak, iletişim sorunları yaşamak bireylerde kaygıyı tetiklemektedir (Riggss, 2002). Bakım elemanları, sürekli değişen vardiya saatlerinin, ağır travmaları olan çocuklara duydukları üzüntülerinin ve bu çocuklarla çalışmanın yarattığı diğer zorlukların, kaygı ve stres yarattığı düşünülmektedir. Bakım elemanlarının bu iş stresinden çıkıp eğitim oturumları için her hafta iki saatte olsa, aynı duyguları paylaşan diğer bakım elemanlarıyla bir araya gelmelerinin onlar için grup psikoterapisi rolü göreceğini söyleyebiliriz. Böylece bakım elemanlarının çocuklarla iletişim

becerilerinin gelişmesinin ve grup desteğinin oluşmasının yaşadıkları kaygıyı azaltacağı düşünülmektedir.

Bakım elemanlarının kendilerini yeterli hissetmeleri ve kaygı düzeylerinin düşük olması çocukların gelişimi için de çok önemlidir. Çünkü bu çocuklara bakım veren, çocukların anne babası değil, kurum da çalışan bu bakım elemanlarıdır. Kurumda yaşayan çocuklar kronik ihmal, istismar ve sabit bakıcıların olmayışından dolayı bağlanma problemi yaşar ve yeni bakıcılarla nasıl bağ kuracağını bilmediklerinden dirençli davranırlar. Genel olarak kötü muameleye maruz kalmış çocuklar kendilerinin özel olduğunu dahi keşfedemezler. Çocuk ile yeni bir bakıcı arasındaki ilişki ise çocuğun tüm gelişimi için kritiktir ve çocuklar ihtiyaçlarını zamanında karşılayan duyarlı ve tutarlı bir bakıcının varlığına ihtiyaç duymaktadır (Stovall ve Doizer, 2000). Bakım elemanlarının bu çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılayacak becerileri kazanmaları ise çocukların psikolojik destek alma ihtiyacını azaltacak ve gelişimlerine destek olacaktır. Filial terapi ise oyunun gücünü kullanarak bakım elemanlarına bu becerileri kazandırmakta ve çocuk için iyileştirici bir atmosfer oluşturmaktadır (Landreth ve Bratton, 2006). Oyun seansları ile bakım veren yetişkin, çocuğun duygularına ve ihtiyaçlarına daha duyarlı ve destekleyici olmayı öğrenir ve çocuğa gösterdiği empati derecesi artar (Limberg & Ammen, 2008, akt. Saayman, 2010). Filial terapinin özellikle “Buradayım, seni duyuyorum, seni anlıyorum, seni önemsiyorum” mesajları iyileştirici etki yaratır ve bakıcı ile çocuk arasında güvenli bağlanmanın oluşması için güvenli bir alan oluşturur (Landreth ve Bratton, 2006: 84).

Landreth (2006) filial terapiyi, oyun terapisi eğitimi almış terapistin ebeveyne, sunumlar, oyun seansları gösterimleri, evde oyun seansı uygulamaları ve süpervizyon ile kendi çocuklarının gelişiminde terapötik rol üstlenmeyi öğreten eşsiz bir model olarak tanımlamıştır (Landreth, 2006). Ebeveynler, çocuklarıyla ilişkilerini güçlendirmek için etkin dinleme, duyguları anlama, öz güvenini yükseltme, evde oyun seansı uygulamaları yapma gibi çocuk merkezli oyun terapisi becerilerini kazanır ve anlayış ve kabulün olduğu atmosferi kurmayı öğrenirler (Landreth, 2006: 11). Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ise Axline (1947) tarafından geliştirilmiş, bireyin kendini geliştirme kapasitesine inanan, hümanistik bir yaklaşım olan Carl

Rogers'ın (1951) Danışan Merkezli Terapi (Client-Centered Therapy) ilkelerine dayan yönlendirilmemiş oyun terapisi çeşididir. Hümanistik bir yaklaşımdan geldiği için ebeveynler, oyun seanslarında çocukları yönlendirmez sadece rehberlik eder (Landreth, 2006). Aynı zamanda oyun seanslarının sınırları da vardır. Bu sınırlar terapinin çerçevesini çizer ve güvenlik hissi verir. En önemli kural çocuk, kendine, oyuncaklara ve terapistte zarar veremez. Ebeveynler, yönlendirilmemiş bu oyun seansı oturumlarında çocuğun kendini iyileştirme, kendini keşfetme kapasitesine inanır ve onu yönlendirmez sadece rehberlik eder.

Tüm bu özellikleri ile filial terapi, bakım elemanlarının korunma ihtiyacı olan çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılayarak davranış problemlerini azaltmalarında, kendilerini yeterli hissetmelerinde ve kaygı düzeylerini düşürmelerinde etkili olacağı düşünülmüştür.

## **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası'nda çalışan bakım elemanlarına terapötik oyun becerileri kazandıracak, çocukların duygusal gelişimlerine ve ruh sağlığına destek olacak 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi vererek, bu eğitimin bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeyi ile korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları üzerindeki etkisini ölçmektir.

### **1.1.1. Araştırmanın Hipotezi**

Bu araştırma sonunda 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi alan deney grubundaki bakım elemanları ile deney ve kontrol grubundaki çocuklara uygulanacak ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmayacağı öngörülmüştür.

### **1.1.1.1. Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının Öz-Yeterlik Düzeylerine Yönelik Denenceler**

**Denence 1.** 10-Oturumluk Filial Terapi eğitime katılan bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyleri anlamlı düzeyde yükselecek ve bu etki izleme ölçümü sonunda da değişmeyecektir.

**Denence 1a:** Filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının son-test öz-yeterlik düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.

**Denence 1b:** Filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının izleme-test öz-yeterlik düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.

**Denence 1c:** Filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının son-test öz-yeterlik düzeyleri ile izleme öz-yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır.

### **1.1.1.2. Filial Terapi Eğitime Katılan Bakım Elemanlarının Kaygı Düzeylerine Yönelik Denenceler**

**Denence 2.** 10-Oturumluk filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının kaygı düzeyleri anlamlı düzeyde düşecek ve bu etki izleme ölçümü sonunda da değişmeyecektir.

**Denence 2a:** Filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının son-test kaygı düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

**Denence 2b:** Filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının izleme-test kaygı düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

**Denence 2c:** Filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının, son-test kaygı düzeyleri ile izleme düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır.

### **1.1.13. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Düzeylerine Yönelik Denenceler**

**Denence 3.** 10-Oturumluk filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği koruma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyleri kontrol grubunda yer alan çocuklara göre anlamlı düzeyde düşecek ve bu etki izleme ölçümü sonunda da değişmeyecektir.

**Denence 3a:** Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların son-test davranış sorunları düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

**Denence 3b:** Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korumaya ihtiyacı olan çocukların izleme-test davranış sorunları düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

**Denence 3c:** Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların son-test davranış sorunları düzeyleri ile izleme düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır.

**Denence 3d:** Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların son-test davranış sorunları düzeyleri, kontrol grubundaki çocukların son-test düzeylerine göre anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

**Denence 3e:** Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların izleme testi davranış sorunları düzeyleri, kontrol grubundaki çocukların izleme testi düzeylerine göre anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

**Denence 3f:** Kontrol grubunda yer alan filial terapi eğitimine katılmayan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların, davranış sorunları düzeyleri ön-test, son-test ve izleme testi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır.

## 1.2. Araştırmanın Önemi

Bu araştırmanın amacı, 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi ile bakım elemanlarına terapötik oyun becerileri kazandırarak korunma ihtiyacı olan çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamalarına, davranış ve uyum sorunlarını çözmelerine, çocukları daha iyi anlamalarına, ilişkilerini geliştirmelerine, işlerindeki yetkinliklerini arttırmalarına ve kaygı düzeylerini azaltmalarına destek olmaktır. Bu çalışmada korunma ihtiyacı olan bir grup çocuğa oyun terapisi uygulayarak bu terapinin etkisini ölçmek yerine, bakım elemanlarına bu becerileri kazandırarak çocuklara oyun seansı oyun uygulamalarını sağlayan filial terapi eğitimini vermenin birkaç nedeni vardır.

Öncelikle resmi adı Ebeveyn-Çocuk İlişkisi Terapisi (Child-Parent Relationship Therapy: CRPT) olan 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi, toplam 33 deneysel araştırma ve 800 katılımcı ile çocuk psikoterapisinde etkili bir tedavi protokolü olduğunu kanıtlamıştır (Landreth ve Bratton, 2006).

İkinci olarak, araştırmalar bir gönüllünün korunma ihtiyacı olan çocuklarla kısa süreli iletişimde bulunarak terapi seanslarından sonra gitmesinin çocukların bağlanma ve duygusal süreçlerini olumsuz etkilediğini, terk edilme travmasını yenilediğini göstermiştir (Mochi ve Vanfleet, 2009). Bu çalışma, çocuk yuvasında düzenli çalışan bakım elemanlarına oyun terapisi uygulayabilme becerisi kazandırıldığı için dışardan gelen bir terapistin çocuklarda yaratacağı terk edilme travmasını önleneceği düşünülmüştür.

Üçüncü neden ise terapötik oyun becerileri kazanan bu bakım elemanlarının, ihtiyacı olan çocuklara eğitimden sonra da oyun seansı uygulamalarını sağlayarak daha fazla çocuğun tedavi edilmesini sağlamaktır. Böylece ruh sağlığı uzmanlarının zamanından ve psikolojik destek hizmetlerine ayrılan harcamalardan da tasarruf etmek amaçlanmıştır. Yapılan araştırmalar, öğretmenler ve bakıcıların da ebeveynler gibi çocukların tedavilerinde terapötik bir rol alabileceklerini ve uyguladıkları oyun seansları ile çocukların iyileşmelerine destek olabileceklerini kanıtlamıştır (Baggerly ve Landreth, 2001; Robinson, 2003; Brown, 2003; Carnes-Host, 2010, Ginsberg, 1989; Hess ve diğerleri, 2004; Jones, Thine ve Bratton, 2002; Post ve diğerleri, 2004; Smith ve Landreth, 2004; Topham ve diğerleri, 2011; Vanfleet, 2003).

Ayrıca daha önce Türkiye’de korunma ihtiyacı olan çocukların zihinsel, duygusal ve sosyal becerilerini desteklemek için oyun etkinliklerini içeren çalışmalar (Koç Üniversitesi, 2004-2006; Koloğlugil, 2008; Özdemir, 2008) yapılmış olsa da çocukların psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak amacı ile oyunun terapötik gücünden faydalanan, oyun terapisini içeren bir çalışma yapılmamıştır. Bu araştırma ise Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı çocuk yuvasındaki çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için oyun terapisini kullanan ilk müdahale çalışmasıdır. Ayrıca daha önce filial terapi ilkelerinden faydalanılarak geliştirilen “Anne Çocuk İlişkisini Oyunla Geliştirme Eğitim Programı” adlı bir çalışma yapılmıştır (Akgün ve Yeşilyaprak 2010). Fakat bu çalışma, Türkiye’de Landreth’in 10-Oturumluk Filial Terapi protokolüne bağlı kalınarak yapılan ilk araştırma örneğidir. Bu nedenle bu araştırmanın, 10-Oturumluk Filial Terapinin etkisi üzerine Türkiye’de ilk defa bir müdahale programı olarak Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı çocuk yuvasında uygulanacak olması, gelecekte korunma ihtiyacı olan çocukların ruh sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan projelerin geliştirilmesine ve çok kısıtlı sayı da olsa oyun terapisini eğitimi almış diğer uzmanların da bu tür çalışmalar yapmasına örnek olacağı umulmaktadır.

Ayrıca yurtdışında filial terapi, evlat edinmiş aileler, koruyucu aileler ve birçok sivil toplum kuruluşu tarafından geliştirilen müdahale programları kapsamında korunma ihtiyacı olan çocuklara uygulanmış olsa da Türkiye’deki gibi kurum sistemi ile bakılan korunma ihtiyacı olan çocuklara uygulanmamıştır. Çünkü yurtdışında korunma ihtiyacı olan çocuklara, Türkiye’deki kurum sisteminden farklı olarak, sosyal hizmetler denetimindeki koruyucu anne baba tarafından 6 ila 10 çocuğun bakıldığı bir evde bakılmaktadır ve bu çocuklarla yapılan araştırma sayısı da çok kısıtlıdır. Bu açıdan bakıldığında bu çalışma kurum sistemi ile bakılan korunma ihtiyacı olan çocuklarla yapılan ilk çalışma örneği olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte bu çalışma, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı yuvalarda, okul ve hastaneler gibi diğer kurumlarda bulunan dezavantajlı çocuklara destek olmayı amaçlayan daha kapsamlı filial terapi müdahale projelerin geliştirilmesinde pilot çalışma niteliği taşımaktadır.

Bu araştırmada, bakım elemanlarına çocuk psikoterapisinde etkili bir tedavi protokolü olduğunu kanıtlamış 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi verilmiştir (Landreth ve Bratton, 2006). Bu araştırmanın amacı, bakım elemanlarına filial terapi eğitimi vererek işlerindeki yeterliliklerini arttırmak, kaygı d¼zeylerini d¼ř¼rmek ve korunma ihtiyacı olan çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamalarına, onları daha iyi anlamalarına ve çocukların davranış sorunlarını azaltmalarına destek olmaktır.

### **1.3. Sayıtlar**

1. Katılımcıların, araştırmada kullanılacak ölçekleri içtenlikle yanıtlayacakları,
2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının, ölç¼lmek üzere hazırlandığı özellikleri ölçebilme gücüne sahip olduğu,
3. Bakım elemanlarının tümünün verilen eğitim ile terapötik oyun becerileri kazanabilecekleri ve çocuklara oyun seansı yapabilecekleri varsayılmaktadır.

### **1.4. Sınırlılıklar**

1. Bu araştırma 2016-2017 yılları içinde Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstanbul ili Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası'nda çalışan ve araştırmaya katılan bakım elemanları ve bu bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocuklarla sınırlıdır.
2. Bu araştırmada toplanacak veriler araştırma ölçeklerinden alınan bilgilerle sınırlıdır.
3. Bu araştırmanın örneklemi, 3-5 yaş grubuyla çalışan bakım elemanları ile sınırlıdır. Diğer yaş gruplarında çalışan bakım elemanları ve çocuklar araştırma dışında tutulmuştur.
4. Bu araştırma, bakım elemanlarının filial terapi eğitimi araştırmacı uzmandan alması ile sınırlıdır.
5. Bu araştırmada çocukların davranış sorunlarıyla ilgili toplanan veriler, bakım elemanlarından alınan bilgilerle sınırlıdır.



## 1.5. Araştırmanın Tanımları

**Bakım Elemanı:** İstanbul ili Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası'nda koruma altında bulunan çocukların bakımından sorumlu kadın personeldir.

**Korunma İhtiyacı Olan Çocuk:** Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası tarafından korunmaya alınmış, bakımı üstlenilen 3-5 yaş grubundaki çocuklardır.

**Çocuk Merkezli Oyun Terapisi:** Virginia Axline (1947) tarafından Carl Rogers'ın (1951) Danışan Merkezli Terapi ilkelerinden faydalanılarak geliştirilmiş, yönlendirmesiz, çocuğun doğuştan kendini yönetmeye ve iyileştirmeye yönelik içsel kaynakları olduğuna inanan ve kendini keşfetmesine izin veren yönlendirilmemiş oyun terapisi modelidir (Landreth ve Sweeney, 1997).

**Filial Terapi Eğitimi:** Bernard Guerney (1964) tarafından ebeveyn çocuk arasındaki ilişkiyi güçlendirmek amacıyla geliştirilmiş, ebeveynin terapi sürecine doğrudan katıldığı ve eğitilmiş oyun terapistinden eğitim ve süpervizyon alarak çocuğunun duygusal ve davranışsal sorunlarını çözdüğü psiko-eğitimsel bir modeldir (L. Guerney, 1997).

**Terapötik Oyun Becerileri:** Filial terapi eğitimi kapsamında bakım elemanlarına öğretilen duyguları yansıtma, cesaretlendirme, sınır koyma, yanında olma, koşulsuz sevgi ve kabul gibi çocuk merkezli oyun terapisi becerileridir.

**Oyun Seansları:** Bakım elemanlarının terapötik oyun becerilerini kullanarak korunma ihtiyacı olan çocuklara, her hafta 30 dakika özel oyun odasında uyguladıkları özel oyun oturumlarıdır.

**Genel Öz-Yeterlik:** Bireylerin farklı durumlar karşısında bu durumların üstesinden gelebileceklerine yönelik kendilerine olan inancıdır (Bandura, 1997).

**Kaygı Düzeyi:** Klinik durumlarda “anksiyete” kavramı olarak da kullanılan kaygı, gerilme, endişe ve üzüntü gibi öznel duyuların uyarılmasıyla şekillenen ve hoş gitmeyen duygusal durumlardır (Spielberger, 1972).

**Davranış Sorunları:** Davranış sorunları, Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeğinde kavgacı olmak, bencil olmak ve zorbalık; endişeli ve korku dolu olmak, tik ve konuşma bozuklukları; ifade zorlukları ve hareketlerini kontrol etmekte zorluk; sakin olmama, kıpır kıpır olma ve dikkatsizlik gibi davranışlar olarak sıralanmıştır (Kanlıkılıçer, 2005: 11).



## 2. BÖLÜM

### 2. KURAMSAL ÇERÇEVE

Kuramsal çerçeve bölümünde öncelikle filial oyun terapisini daha iyi betimleyebilmek amacıyla oyun terapisi, oyun terapisi tarihi, çocuk merkezli oyun terapisi, filial terapi ve ilgili araştırmalara değinilmiştir. Ardından çocuklardaki davranış sorunları ile ilgili kuramsal çerçeveye yer verilmiş ve sonrasında kaygı ve öz-yeterlik ile ilgili kuramsal çerçeve sunulmuştur.

#### 2.1. Filial Terapi

##### 2.1.1. Oyun Terapisi

Oyun, ilk çağ filozoflarından bu yana eğitimin ve psikolojinin konusu olmuştur. Birçok kuramcı oyunun doğası ile ilgili farklı görüşler öne sürmüş ve oyunu çocukların gelişimiyle birlikte değerlendirmiştir. Klasik metinler oyun ve oyuncağın insanoğlu kadar eski olduğunu göstermektedir. Eski Mısır'da Orta Krallık döneminden kalan duvar resimlerinde oyun tahtasında oynanan oyunlar, Efes harabelerinde Roma'dan kalma mermer bloklar üzerinde üçtaş ve dokuztaş oyun yerleri belirlenmiş ve çocukların tahta bebeklerle oynadıkları arkeolojik çalışmalarla ortaya çıkmıştır (Aral, Gürsoy ve Köksal, 2001).

Oyunun önemi ile ilgili ilk yayınlar ise Platon'un *The Republic ve The Laws* eserine dayanır. Platon, çocukların yeteneklerine göre eğitim alması ve bu yeteneklerine uygun oyuncaklarla oynaması gerektiğini vurgulamıştır (Smith, 2010). Çocukların minyatür yetişkin gibi görüldüğü 18. yüzyılda Jean Jacques Rousseau, 1762'de basılan *Emile* adlı eserinde çocukların yetişkinlerin küçük bir modeli olmadığını, çocukların arı ve temiz doğduğunu, çocukların sağlıklı gelişimleri için oyun ve hareketin önemli olduğunu ve oyunun çocukları anlamının anahtarı olduğunu belirtmiştir (akt. Sevinç, 2004).

20. yüzyılda çocukların yetişkinlerden farklı olduğu, problemlerinin de, tedavilerinin de yetişkinlerden farklı şekilde ele alınması gerektiği anlaşılmaya başlanmıştır. Fredrich Frobel (1903), oyunun bilinç ve bilinç dışı anlam içerdiğini belirtmiş, Roma'da kendi okulunu kuran Maria Montessori (1906) ise

çocukların doğasını yetişkinlerden farklı görmüş ve çocuğun işinin oyun olduğunu, oyun oynarken çocukların kendini yarattığını vurgulamıştır. Montessori'ye göre, çocukların bunu başarabilmesi için serbest hareket edebilecekleri ve kendi kendilerini eğitebilecekleri, çocuklara özel düzenlenmiş “çocuk ev”lerinde (Casa dei Bambini) yaşamaları gerekir (akt. Aral, Gürsoy ve Köksal, 2001: 21). Jean Piaget de çocukların bilişsel süreçlerinin yetişkinlerden farklı çalıştığını vurgulamış, oyunun dış dünyadan alınan uyaranları özümleme (assimilation) ve uyumsama (accomodation) sistemine yerleştirme yolu olduğunu ve zihinsel gelişimlerini desteklediğini belirtmiştir. Piaget (1969) oyunun şu üç evrede geliştiğini savunmuştur: çocuğun bir nesneyi tutma, atma gibi davranışlar gösterdiği “alıştırmalı oyun” (0-2 yaş); çevresindeki bireylerin kimliklerini temsil ettiği “sembolik oyun” (2-7 yaş); çevresindeki kuralları benimsediği “kuralı oyun” (11-12 yaş) (akt. Sevinç, 2004).

Görüldüğü gibi oyunun öneminin anlaşılması, çocukların gelişiminin yetişkinlerden farklı olduğunun anlaşılmasıyla paralel gelişmiş ve çocukların oyun yolu ile geliştiği ve kendini ifade ettiği birçok kuramcı tarafından kabul edilmiştir. Sigmund Freud, “Her çocuk oyun içinde yaratıcı bir yazar gibi hareket eder, kendisine ait bir dünya yaratır ve kendi dünyasındakileri kendisini hoşnut edecek şekilde yeniden düzenler” diyerek oyunun çocuğun uyumunu kolaylaştırmadaki rolünü vurgulamıştır (akt. Levy, 2013: 43). Freud'e göre oyun, aynı zamanda çocuğun korkularını, engellemelerini ve sosyal çatışmalarını çözdüğü, sosyal olarak olgunlaşmasına ve öz benliğini bulmasına yardımcı olan bir araçtır (Kottman, 2001). Garry Landreth (2011)'a göre oyun, çocuğun dili, oyuncaklar ise kelimeleridir. “Kuşlar uçar, balıklar yüzer, çocuklar oyun oynar” sözleriyle oyunun çocuk için ne kadar doğal bir uğraş olduğunu belirtmiştir. Oyun, sadece doğuştan gelen doğal bir eğilim değil, çocuğun iletişim kurması, kendi dünyasında uzmanlaşması ve ait olduğu aile ve kültürde kimliğini oluşturması gibi birçok alanda çocuğa yardım eden bir aktivitedir (Sweeney ve Skurja, 2001). Oyunun doğası konusunda oyun terapistleri, oyunun şu özelliklerini kabul eder: (a) doğuştan gelen bir güdüdür; (b) çocuğun gelişimini destekleyen güçlü bir araçtır; (c) çocuğun dünyasını anlatır; (d) çocuğun iletişim aracıdır; (e) çocuğun sosyalleşmesine destek olur; (f) çocuğu özgürleştirir ve stresten arındırır; (g) problemlerini çözer; (h) güç ve kontrol kazandırır; (i) her yerde gerçekleşir (Vanfleet, Sywulak ve Sniscak, 2010: 8-9).

Oyunun doğası ve işlevi her ne kadar farklı tanımlansa da çocukların bedensel ve ruhsal gelişimindeki önemi herkes tarafından anlaşılmış ve tüm dünyada tanınmıştır. Türkiye'nin de dahil olduğu 193 ülke tarafından kabul edilen Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları sözleşmesinin 31. maddesinde çocukların dinlenme ve oyun oynama haklarına sahip oldukları belirtilmiştir (Birleşmiş Milletler, 1989). Oyun, sadece çocukların gelişimlerinde ve eğitimlerinde değil, tedavilerinde de önemli bir role sahiptir. Schaefer (2002), oyunun çocukların tedavisinde kullanılmasını üç nedenle açıklamıştır a) oyun, çocuğun doğal iletişim dilidir çünkü çocuklar kendilerini sözcüklerle ifade edemezler; (b) 3-5 yaş arasında gelişen fantezi oyunları çocukların kendi dünyalarına girme şansı verir; (b) oyun, çocukların yetişkinlere gösterdiği direnci kırar ve terapistin eğlenceli oyunlar ile çocuklarla ilişki kurmasını sağlar. Axline (1969) ve Hughes ve Baker (1990) da oyunun şu özelliklerinden dolayı çocuklar için etkin bir tedavi aracı olduğunu savunmuştur:

1. Oyun, çocuğun kişilik özelliklerini ve çatışmalarını sembolik anlam taşıyan materyallere ve oyuncaklara yansıtmasını sağlar.
2. Oyun, çocuğun iç dünyasını açığa çıkartan bir iletişim dilidir ve terapist, çocuğun oyunu gözleyerek oyunun sembolik anlamlarını anlar.
3. Çocuklar aynı oyunu tekrar tekrar oynayarak çözümsüz görülen konular üzerinde kontrol ve otorite kazanır. Oyun, çocuğun bunu başarabileceği güvenli ortamı sağlar.
4. Oyun, çocuğa saldırganlık duygularını kontrollü bir şekilde ifade etme fırsatı verir.
5. Çocuk terapistle konuşurken kaygı duyabilir ya da rahatsız olabilir. Oyun oynamak ise bu gerilimi azaltır (akt. Bulut, 2008: 134-135).

Çocuklarla iletişim kurmada oyunun sağladığı bu avantajlar, oyuna terapötik güç katar. Schaefer ve Drewes da oyunun terapötik gücünü şu şekilde açıklamıştır:

“Kendini ifade etme, bilinç dışına erişim, doğrudan ve dolaylı öğrenme, duygusal boşalma, başa çıkma becerisini arttırma, katarsis, olumlu duygulanım, yüceltme, bağlanma ve ilişkiyi geliştirme, ahlaki yargı, empati, güç/kontrol, yeterlilik ve öz denetim, benlik algısı, hızlanmış gelişim, yaratıcı düşünme becerisi, fantezinin dengelenmesi, gerçekliğin sınanması, davranışsal prova, dayanışma ilişkisi inşa etme, olumsuz duygulanımın karşı şartlandırılması” (Schaefer ve Drewes, 2013: 16-21).

Kısacası oyun, tüm bu özelliklerinden dolayı çocukların tedavisinde etkin bir araç olarak 20. yüzyıldan bu yana kullanılmaktadır. Oyunun terapötik gücünden faydalanan tedavi yöntemlerine ise genel olarak “oyun terapisi” denmektedir. Oyun gibi, oyun terapisi de her kuramcı tarafından farklı tanımlanmış ve her kuram kendi adını taşıyan oyun terapisi modelini geliştirmiştir. Oyun terapisi, çocukların yetişkinler gibi iletişim kuramaması gerçeğine dayanır. Çünkü yetişkinlerle iletişim kurmak, hem sözel yetenek, hem de soyut düşünme becerisi gerektirir ve çocuklar bunu yapamaz. Çocuklar, oyun yoluyla iletişim kurdukları için oyun terapisi, çocuğun iletişim dünyasına girmemizi sağlar ve çocuğu yetişkinin sözel dünyasına girmeye zorlamaz (Sweeney ve Skurja, 2001). Vanfleet (2005) oyun terapisini, çocuğun oyuna olan doğal eğiliminin, kendini ifade etmesi, sorunlarını çözmesi, iletişim ve ilişki kurması için güvenli bir terapötik ortamının oluşturulmasında kullanılan kapsamlı bir alan olarak tanımlamıştır. Garry Landreth’a (2002) göre oyun terapisi, özel olarak seçilmiş oyun materyalleri ile güvenli bir terapötik ortamda, çocuğun doğal iletişim aracı olan oyun yoluyla çocuğun kendini keşfettiği ve ifade ettiği, eğitilmiş oyun terapisti ile çocuk arasındaki dinamik bir süreçtir.

Amerika’da yer alan Oyun Terapisi Derneği’ne (*Association for Play Therapy: APT*) göre oyun terapisi, eğitilmiş oyun terapistlerinin danışanlarının psikososyal sorunlarını önlemelerine ya da çözmelerine, ideal büyüme ve gelişimi gerçekleştirmelerine destek olmak amacı ile kişiler arası sürecin oluşturulmasında oyunun terapötik gücünden faydalanan kuramsal bir modelin düzenli bir şekilde kullanılmasıdır. Lisanslı ruh sağlığı uzmanları, 3-12 yaş grubundaki çocuklarının kendilerini daha iyi ifade etmeleri ve problemlerini çözmeleri için çocuğun gelişimine saygı duyan, çocuğun dili olan oyunu kullanır (APT, 2017).

İngiltere’de yer alan Oyun Terapistleri Derneği (*British Association of Play Therapists: BAPT*) ise oyun terapisini, çocuğun geçmiş ya da gelecekle ilgili, bilinç düzeyinde ya da bilinç dışında hayatını etkileyen gündemindeki konuları kendi hızında keşfettiği, terapistle çocuk arasındaki dinamik bir süreç olarak tanımlamıştır. Çocuğun büyümeye ve değişime yönelik kaynakları ~~arak~~ temel iletişim aracının oyun olduğu çocuk merkezli oyun terapisinde kurulan terapötik ittifakla ortaya çıkar (BAPT, 2017).

Yukarıdaki tanımlar her ne kadar farklı olsa da oyun terapisinin tanımı konusunda bir kaç ortak noktada birleştikleri görülmektedir. Oyun terapisti: (a) çocukla terapist arasında dinamik bir süreçtir; (b) oyunun terapötik gücünden faydalanılır; (c) çocuğun doğal olarak kendini keşfettiği ve sorunlarını çözdüğü güvenli bir ortamdır; (d) sistemli bir kuramsal modeldir; (e) eğitim almış terapistler tarafından uygulanır.

Kısacası oyun terapisti, yönlendirme, yorumlama, tedavi süresi ve ebeveyni sürece dahil etmesi açısından değişen çeşitli terapötik müdahale yöntemlerini tanımlayan genel bir kavramdır (Osterweil, 1986; akt. Johnson ve diğerleri, 1999). Oyun terapistlerini, bu tanımla paralel olarak yönlendirilmiş veya yapısal, yönlendirilmemiş veya çocuk merkezli ve aile odaklı oyun terapistleri olmak üzere üç kategori içinde inceleyebiliriz.

- 1- Yönlendirilmiş oyun terapistlerinde terapist aktiftir, çocuğun oyunu yönlendirir ve yorumlar. Bilişsel-Davranışçı Oyun Terapisti (*Cognitive-Behavioral Play Therapy*), Serbest Bırakma Oyun Terapisti (*Release Play Therapy*), Gelişimsel Temas Terapisti (*Developmental Touch Therapy*) ve diğer yapısal oyun terapistleri bu gruba girer.
- 2- Yönlendirilmemiş, çocuk merkezli oyun terapistlerinde terapist çocuğun kendini iyileştirme ve yönlendirme kapasitesine güvenir ve çocuğu yönlendirmek yerine, destekleyici bir rol üstlenir. Çocuk Merkezli Oyun Terapisti (*Child-Centred Play Therapy*) ve Deneyimsel Oyun Terapisti (*Experiential Play Therapy*) bunlardan en çok bilinenlerindedir. Diğer çeşitleri her ne kadar çocuk odaklı da olsa biraz yönlendirmeyi içerir.

- 3- Aile odaklı oyun terapilerinde amaç, ebeveyn-çocuk ilişkisini güçlendirmektir. Bunun için ebeveynler, terapi sürecinde terapötik bir görev üstlenirler ve çocuklarıyla olan bağlarını güçlendirmeleri ve problemlerini çözmeleri için beceriler kazanırlar. Bu oyun terapileri, Theraplay gibi yetişkin tarafından yönlendirilmeli de olabilir, Filial Terapi gibi çocuk tarafından yönlendirilen de olabilir (Vanfleet, Sywulak, & Sniscak, 2010: 13).

Bunun yanı sıra birçok kuram çocuklarla çalışmak için oyunun terapötik gücünden faydalanmış ve kendi kuramsal çerçevesinde kendi oyun terapisi modelini oluşturmuştur. Bilişsel-Davranışçı Oyun Terapisi, Adlerian Oyun Terapisi, Gestalt Oyun Terapisi, Psikanalitik Oyun Terapisi bunlardan en çok bilenen oyun terapisi modelleridir.

### **2.1.2. Oyun Terapisi Tarihi**

Oyun terapisinin tarihine bakıldığında temelleri erken dönem psikanalistler tarafından atılmıştır. Oyun terapisinin gelişimi de oyunun gelişimi gibi çocuklarla yapılan çalışmalara dayanmaktadır. 1890'lı yıllarda çocuk çalışmaları hareketini başlatan G. Stanley Hall, 1909 yılında çocuk psikoterapisini desteklemek için kurucusu olduğu Clark Üniversitesi'ne Sigmund Freud'u ve Carl Jung'u konuşmacı olarak davet etmiştir. Bu üniversitede, Freud'un 5 yaşındaki Küçük Hans vakasını, Jung'un ise 4 yaşındaki Anna vakasını paylaşması ve sunumların İngilizce olarak yayınlanması çocuk psikoterapisinin Amerika'da başlangıcı olarak kabul edilmiştir (Johnson, 2016).

Sigmund Freud (1909), Hug-Hellmuth (1921) ve Melanie Klein (1932), Anna Freud (1928) gibi erken dönem analistleri, psikanalitik kuramın geçerli kılınmasında çocukların tedavisine önem vermiş ve bu çalışmaları 20. yüzyılın yeni modeli olan oyun terapisinin gelişmesini sağlamıştır. Psikanalistler, oyunu yetişkinlerin rüyası gibi çocukların bilinç dışı zihinlerine giden bir yol olarak kabul etmiştir. Çocukların divana oturup yetişkinler gibi konuşarak serbest çağrışım yapmadıklarını fark etmeleri ise onları "oyunu" bilinç dışının



keşfedilmesinde bir araç olarak kullanmaya yönlendirmiştir. Çünkü oyun;

1. Çatışmalı materyalin bilince çıkışı üzerindeki ego kontrolünü gevşetir.
2. Bu materyallerin rüyalardaki gibi sembolik ve kılık değiştirmiş bir formda bilince girmesine izin verir.
3. Çocukların korkularını, arzularını ve ihtiyaçlarını doğal olarak ifade edilebilecekleri, gelişimsel düzeyi ile uyumlu bir ortam sağlar.
4. Çocukların terapötik biçimde gözlemlenmesini ve ilişki kurulmasını sağlar (Levy, 2013: 43-44).

Ayrıca erken dönem analistlerinden Waelder (1932) oyunun, üstünlük duygusunun gelişmesine, arzularının tatmin edilmesine ve yıkıcı deneyimlerin özümsemesine imkan sağladığını vurgulamıştır. Ayrıca oyun; çocuğun deneyimlerini pasiften aktife dönüştürür, gerçekliğin ve süper egonun taleplerinden geçici olarak kaçmaya destek olur, gerçek nesnelere (önemli kişilerin içselleştirilmiş temsili) hakkında fantezi için bir yol oluşturur. Oyunun bu özellikleri çocukların analizi için bir rota oluşturmuştur (akt. Levy, 2013: 44)

İlk olarak Freud (1909), Küçük Hans'ın at fobisini tedavi etmek için oyunun terapötik gücünden faydalanmış ve Küçük Hans'ın babası tarafından aktarılan oyunları Hans'ın bilinç dışı materyalinin yorumlanmasında kullanmıştır. Freud'a göre oyun; kendini serbest bir şekilde ifade etme, arzuları gerçekleştirme ve travmatik yaşantıların üstesinden gelme gibi üç ana işleve sahiptir. Oyun sırasında çocuk, travmatik olayın üstesinden gelmek için güç ve kontrolü elinde tutarak bu travmatik olayı tekrar tekrar canlandırır. Bu durum çocuğun bastırılmış anılarını bilince getirmesini ve duygularını uygun şekilde serbest bırakmasını sağlar. Bu duygusal boşalmanın katarsisten farklı ise duyguların basitçe serbest bırakılmasından daha çok deneyimin tekrar tekrar yaşanarak üstesinden gelinmesidir (Nash ve Schaefer, 2013).

Hermine Hug-Hellmuth (1921) ise Freud'dan farklı olarak, oyunu, terapide dolaylı değil, doğrudan kullanmış ve çocukları evde ziyaret ederek, yönlendirme yapmadan, doğal ortamda oyunlarını izlemiştir. Yayınlarında herhangi bir terapi tekniğinden söz etmemiş olsa da, yetişkin psikanalizinin

çocuklarla başarılı olmadığını görmüş ve çocuğun içsel çatışmalarını daha iyi yansıtan, kendini daha iyi ifade ettiği oyunun çocuk analizinde kullanabileceğini belirtmiştir (Paul-Elling, 2003).

Freud'ın kızı Anna Freud'da (1928) çocuklarla direk çalışmış ve ilk defa çocukların oyunla tedavi edilmesi ile ilgili teknik bilgiler vermiştir. A. Freud, çocuk analizinde oyunu daha çok ilişki kurma yolu olarak görmüş ve çocuğun oyunlarını gözlemleyerek yorumlamıştır. Bu yaklaşımda önce çocukla ilişki kurabilmek için çocuğun seçtiği oyuncakla istediği gibi oynamasına izin verilir, sonra ise acele etmeden uzun süren oyun gözlemlerinin ardından oyunlardaki bilinç dışı gizli temalar bulunur ve bu temalar yorumlanarak bilince çıkması sağlanır (Zulliger, 2005). Fakat A. Freud, oyunda çocukların davranışlarının tamamen metaforik veya sembolik olabileceğine inanmadığı için oyunun kendisini terapötik görmemiş ve geçmiş yaşam öyküsünü öğrenme, rüyalarının yorumu, serbest çağrışım ve boyama gibi geleneksel terapötik yöntemlere bağlı kalmıştır (Kottman, 2001).

Oyun terapisini kullanan diğer bir psikanalist olan Melenia Klein (1932) ise 6 yaşından küçük çocuklarla çalışmış ve oyunun işlevini A. Freud'dan farklı tanımlamıştır. Klein için oyun, A. Freud'un inandığı gibi çocukla ilişki kurmanın değil, çocuğun kendini doğal olarak ifade etmesinin aracıdır ve yetişkinlerle kullanılan serbest çağrışım ile eşit bilinç dışı materyali içerir. Ayrıca Klein, çocuğun oyununu A. Freud gibi uzun süren gözlemler sonucunda değil, bir şey fark eder etmez bilinç dışıyla bağlantı kurmak için o anda yorumlar (Paul-Elling, 2003; Kottman, 2001). Klein (1955) minyatür oyuncakların terapide kullanılmasına da öncülük etmiş ve çocukların minyatür oyuncaklarla oynarken gerçek nesne ve insanların temsili olarak bu nesnelere üzerinde kontrol duygusunu geliştirdiğini savunmuştur (Nash ve Schaefer, 2013). Margareth Lowenfeld (1939) ise bu fikri geliştirerek "Dünya Tekniği"ni (*The World Technique*) geliştirmiştir. Bu teknikte çocuklardan kendi dünyalarını oluşturacak minyatürleri seçmeleri ve bunları kum tepsisinde düzenlemeleri istenir. Bu tepsilere ise bilinç dışı malzemenin dışı vurumu olarak değerlendirilir. Lowenfeld ile birlikte çalışan Dora Kalff çocukların kumdaki çalışmalarının Jung'un bahsettiği içsel psişik süreçlere denk geldiğini görmüş ve Kum Tepsisi Terapisi'ni geliştirmiştir (Kalff, 2003). Kısaca, A. Freud ve Klein her ne kadar

farklı bakış açılarına sahip olsa da, bilinç dışı materyalin bilince çıkarılmasında çocuğun oyununu yorumlama yolunu seçmiş ve çalışmaları oyun terapisinin temelini oluşturmuştur.

Diğer taraftan çocuğun bilinç dışı materyalini, oyunlarını yorumlayarak yüzeye çıkarmaya çalışan bu yaklaşımların tersine İsviçreli çocuk analisti Hans Zulliger (1935), oyunun iyileştirici güce sahip olduğunu vurgulamıştır. Zulliger, çocukların kendilerine herhangi bir yorum yapılmadan sadece oyun oynayarak iyileştiklerini görmüş ve çocukların oyun sonrası yapılan yorumlara ihtiyacı olmadığını belirtmiştir (akt. Zulliger, 2005). Benzer şekilde psikanalistin öncülerinden biri olan Donald Winnicott'da (1955) kendinden önceki analistleri oyunun içeriğine aşırı odaklandıkları için eleştirmiş ve oyunun kendisinin tedavi edici güce sahip olduğunu savunmuştur. Winnicott oyunu, içsel ve dışsal gerçekliğin birbirine karıştığı bir "geçiş alanı" olarak görmüş ve oyunu yorumlama çabasına girmeden de terapi yapılabileceğini ve erken yapılan yorumların ise çocuğu kısıtladığını belirtmiştir (akt. Levy, 2013).

Oyun terapisinde ikinci önemli gelişme ise David Levy (1938), Joseph Solomon (1938) ve Gove Hambridge (1955) öncülüğünde oyun terapisinin daha sistematik hale gelmesidir (Landreth, 2011). Levy (1938), travma yaşamış 10 yaşın altındaki çocukları tedavi etmek için Serbest Bırakma Oyun Terapisini (*Release Play Therapy*) geliştirmiştir. Levy'e göre çocuklar güvenli bir ortam olan oyun odasında yaşadıkları travmalarla ilgili oyuncaklarla oynarsa travma ile ilgili olumsuz duygularını serbest bırakır ve arınırlar. Bu yaklaşım Freud'un tekrarlama zorunluluğu (*repetition compulsion*) kuramına dayanır. Önce çocuğun istediği gibi oyun oynamasına izin verilir, ardından çocuk hazır olduğunda ise travmatik olay oyuncaklarla sahnelenir ve çocukla birlikte oynanır. Bu süreçte çocuk pasif rolden, yapıcı olarak aktif role geçer. Bu terapi ile nesnelere fırlatılarak veya balonlar patlatılarak saldırgan duygular; biberon emerek çocuksu zevkler; oyuncak bebek emzirilerek kardeşler arası rekabet duyguları ve diğer stres yaşantılarının yarattığı duygular serbest bırakılır (Landreth, 2011; Vanfleet, Sywulak ve Sniscak, 2010).

Solomon (1938) ise hareketli ve saldırgan çocuklarla çalışmak için Freud'un boşalma (*abreactive effect*) kavramına dayanan Aktif Oyun Terapisi'ni (*active play therapy*) geliştirmiştir. Solomon'a göre çocuklar günlük hayatta gördüğü ön yargılı tepkilerden farklı olarak oyun sırasında terapist tarafından kabul edildiğini hisseder ve negatif duygularını, saldırgan dürtülerini ve gerileme davranışlarını daha uygun bir hale dönüştürür (O'Connor, Schaefer ve Braverman, 2016). Hambridge (1955) ise Levy'nin çalışmalarını Yapılandırılmış Oyun Terapisi başlığı altında genişletmiş ve daha yönlendirici bir yol izlemiştir. Hambridge terapide, çocukla ilişki kurduktan hemen sonra, çocuktan stres yaşadığı durumu oyuncaklarla canlandırmasını istemiştir. Çünkü oyun terapisinde travmatik sahnelerinin tekrar tekrar oynanması öncelikle boşalım sağlar ve travma ile ilgili konuların çözümlenmesine destek olur ve benzer durumla çocuğun baş etme becerisini artırır (Paul-Elling, 2003).

Kısacası Levy (1938), Solomon (1938) ve Hambridge (1955) oyun terapisinde oynan oyunun içeriğine odaklanmış ve çocukla terapist arasındaki ilişkiyi önemli görmemişlerdir. Otto Rank (1936) ise psikanalistlerin aksine terapistle danışan arasında kurulan ilişkinin değişim için en önemli araç olduğunu vurgulamış ve bu ilişkinin şifalandırıcı güce sahip olduğuna inanmıştır. Rank, Carl Rogers, Frederick Allen, Jesse Taft ve Clark Moustakas gibi kuramcılarını etkileyerek ilişkinin kendisinin iyileştirici olduğunu savunan İlişkisel Oyun Terapisi'nin (*Relationship Play Therapy*) gelişmesini sağlamış ve bu çalışmalar oyun terapisinin dördüncü büyük gelişimi olarak kabul edilmiştir (Landreth, 2002).

Otto Rank'ın (1936) çalışmalarıyla gelişen ilişkisel oyun terapisinde, çocukla terapist arasındaki duygusal ilişki iyileştiricidir ve geçmiş değil, şimdiki zamana önemlidir (O'Connor, 1991, akt. Paul-Elling, 2003). Frederic Allen (1942), çocuğun kendini gerçekleştirme becerisine sahip olduğuna inanmış ve terapi sırasında çocuğun neyle oynayacağı ve oyununu nasıl yönlendireceği konusunda özgür bırakılması gerektiğini vurgulamıştır (Landreth, 2011). Jesse Taft'a (1993) göre ise çocukla terapist arasında kurulan ilişki gerçek hayattaki ilişkinin örneğidir ve ayrılma kaygısını kontrol edebilmek için terapinin bitiş tarihi terapinin başında belirlenmelidir (Kottman, 2001). Moustakas'a (1959)

göre de çocukla kurulan güvenli bir terapötik ilişki, çocuğun içsel süreçlerini keşfetmesinin ve bireyselleşmesinin temel aracıdır. İlişkisel oyun terapisinde terapist ve çocuk terapötik ilişkide birlikte büyür ve gelişir. Terapist hiçbir yönlendirme yapmadan çocuğun kendi büyüme kapasitesini koşulsuz kabul etmeli ve buna inanmalıdır (Kottman, 2001). Ayrıca Moustakas (1959) terapide, ilişkinin önemli olduğunu fakat terapötik etkinin otomatik gerçekleşmediğini belirtmiş ve çocuğa şu mesajların verilmesi gerektiğini vurgulamıştır: (a) varlığına saygı duymak ve kendi problemlerini çözebileceğine inanmak; (b) duygularını ifade etmesine izin vermek (c) koşulsuz kabul etmek (Glass, 1986: 15).

Bixer (1949) ve Ginott (1959) ise diğer kuramcılardan farklı olarak terapinin en önemli aracının sınırların geliştirilmesi ve pekiştirilmesi olduğunu belirterek oyun terapisine yeni bir boyut katmıştır. Bixer (1949), “sınırlar terapidir” diyerek sınırların terapötik gücünü vurgulamıştır (akt. Kottman, 2001: 1). Sınırlar, oyun odasında terapistin danışanına koşulsuz kabulünü sürdürebilmesi ve bu ilişkinin diğer ilişkilerden farklı olması için gereklidir. En önemli sınırlar ise çocuğun, terapistin ve eşyaların güvenliği sağlayan sınırlardır. Ginott’a (1959) göre sınırlar, özellikle yetişkinler tarafından tutarsız tepkilere maruz kalmış, ilişkilerini tepkili ve saldırgan davranışlarla test etmek zorunda kalan çocuklar için iyileşmenin anahtarıdır (Kottman, 2001).

Virginia Axline (1947) oyun terapisine yeni bir soluk getirmiş ve Carl Rogers (1951) tarafından geliştirilen Danışan Merkezli Terapi (*Client-Centred Therapy*) ilkelerini oyun terapisine uyarlayarak günümüzde uzmanlar tarafından en çok kullanılan Yönlendirmesiz, Danışan-Merkezli Oyun Terapisini (*Nondirective, Client-Centred Play Therapy*) geliştirmiştir. Axline’nın bu çalışmaları oyun terapisinin dördüncü ana basamağını oluşturur (Landreth, 2002). Axline (1947), çocuğun doğuştan getirdiği iyileşme kapasitesinin ancak koşulsuz kabul ve güvenin olduğu bir ilişkide ortaya çıkarılabileceğini savunmuştur. Terapistin yapması gereken ise çocuğun oyunu yorumlamak ya da davranışlarını övmek değil, böyle bir ortamı sağlamaktır. Çocuk özel olarak düzenlenmiş oyun odasında oyunu istediği gibi kendi yönlendirir ve kendini keşfeder.

Ayrıca Moustakas (1959), Louise Guerney (1983) ve Garry Landreth'in (2002) çalışmaları oyun terapisine ayrıca önemli bir katkı sağlamıştır ve bu çalışmaları da oyun terapisinin beşinci ana basamağı olarak kabul edilebilir (Ray, et al., 2001). Garry Landreth (1991), Axline'nın (1947) çalışmalarını, Ginott (1959) ve Moustakas'ın (1959) çalışmalarından da aldığı fikirlerle geliştirmiş ve kendi oyun terapisi yaklaşımı olan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (*Child-Centred Play Therapy*) modelini geliştirmiştir. Landreth'a göre oyun terapisinde kurulan ilişki de diğer ilişkilerden farklı olmalı, terapi ortamı da diğer mekanlardan farklı olmalıdır ki, çocuk doğuştan getirdiği gelişme kapasitesini ve iyileşme gücü ortaya çıkarsın (Landreth, 2011). Bernard Guerney (1964) ve Louise Guerney ise Axline'nın yönlendirmesiz, danışan odaklı oyun terapisi ilkelerinden faydalanarak ebeveynlere eğitim ve süpervizyon vererek, evde çocuklarıyla oyun seansı yapmalarını içeren, yeni bir terapi modeli olan Filial Terapi'yi geliştirmiştir.

20. yüzyılın sonlarında oyun terapisi alanındaki gelişmeler birbirini takip etmiş, 1970'lerde Jernberg (1979) ebeveyn çocuk arasındaki bağı güçlendirmeyi amaçlayan Theraplay adlı oyun terapisini, Brody (1978) Gelişimsel Temas Terapisini (*Developmental Touch Therapy*) geliştirmiştir (Kottman, 2001). Ayrıca birçok kuram kendi kurumsal ilkelerine uygun şekilde oyunun terapötik gücünden faydalanmış ve kendi isimlerini taşıyan oyun terapisi modelini geliştirmiştir. Bunlardan biri de bilişsel davranışçı müdahale tekniklerini içeren Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi modelidir (Knell, 1993). Bu yaklaşımda amaç çocuğun çatışmalı davranış ve duygularına paralel oyun senaryolarını oluşturarak baş etme becerisi geliştirmesine, farklı ve uyumlu davranış seçeneğini deneyimlemesine destek olmaktır (akt. Kottman, 2001). Oaklander (1978) ise Gestalt terapisinin kurucusu Perls'in (1973) Gestalt kavramlarına bağlı kalarak Gestalt Oyun Terapisini geliştirmiştir (Oaklander, 2001). Diğer yaklaşımlardan çok farklı olarak O'Connor (1991) ise sadece çocuğa odaklanmamış, çocuğu etkileyen birçok katmanın olduğunu vurgulayarak Ekosistemik Oyun Terapisi'ni geliştirmiştir.

Oyun terapisinin önemi giderek artarken bu gelişmelere bir yenisi daha eklenmiş, 1982 yılında Amerika'da Charles Schaefer ve Kevin O'Connor'un

fikir babası olduğu Oyun Terapisi Derneği ve 1992 yılında İngiltere’de Oyun Terapistleri Derneği kurulmuştur. Bu dernekler dünyanın çeşitli ülkelerindeki uzmanlara eğitim ve süpervizyon vererek oyun terapisinin gelişmesine ve oyun terapisinin günümüzdeki saygınlığını kazanmasına destek olmuştur.

60 yıldan uzun süredir araştırılan, en köklü araştırma ve müdahale tarihine sahip olan oyun terapisinin çocuklar üzerindeki etkisi birçok araştırma ile kanıtlanmıştır (Ray, 2006). Oyun terapisinin ilk araştırması Dulsky’nin 1942 yılında zeka ve duygusal problemler arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada yönlendirilmemiş oyun terapisinin çocukların sosyal ve duygusal uyumunu arttırdığı ve zekaya etkisi olmadığı bulunmuştur (akt. Ray, 2006). Oyun terapisinin aile içi şiddet gören çocuklar üzerindeki etkisi ölçülmüş ve iki hafta boyunca her gün oyun terapisi alan çocukların içe ve dışa yönelimli davranış sorunlarında anlamlı oranda azalma gözlenmiştir (Landreth, Kot ve Giordano, 1998). Kot’da (1995) aynı konuyu araştırmış ve yönlendirilmemiş oyun terapisinin aile içi şiddet görmüş çocukların davranış problemlerini anlamlı düzeyde azalttığını bulmuştur. Oyun ve sanat terapisinin anne veya babası alkol ve madde bağımlısı olan çocuklar üzerindeki etkisine bakılmış ve çocukların depresyon ve hiperaktivite seviyelerinde iyileşme, problemleri davranışlarında ise azalma görülmüştür (Springer ve diğerleri, 1992). Oyun terapisinin yıkıcı davranış sorunları üzerindeki etkisi de araştırılmış ve çocukların davranış bozukluklarını iyileştirmede etkili olduğu bulunmuştur. Dogra ve Veeraghavan (1994), davranım bozukluğu tanısı almış çocuklarla yaptığı çalışmada, yönlendirilmemiş oyun terapisi ve aile danışmanlığı desteği alan çocukların evdeki ve okuldaki uyumlarının arttığını, saldırgan davranışlarının azaldığını bulmuştur. Başka bir çalışmada ise oyun terapisinin yıkıcı davranış sorunları üzerindeki etkisi incelenmiş ve oyun terapisinden sonra çocukların yıkıcı davranışlarında, öfkelerinde, hiperaktivite ve dikkat eksikliğinde önemli ölçüde azalma görülmüştür (Bratton ve diğerleri, 2013).

Türkiye’de ise uzmanlarının oyun terapisine olan ilgileri son birkaç yıldır artmış ve bu alanda eğitimler vermeye başlanmıştır. Durum böyle olunca da Türkiye’de oyun terapisinin çocukların tedavisinde kullanılmasıyla ilgili araştırmalar yok denecek kadar azdır. Ülkemizde oyun terapisiyle ilgili gelişimleri şu şekilde sıralayabiliriz.

Akman (1987) oyunun ayrılık kaygısı yaşayan anaokulu öğrencileri üzerindeki etkisini, Kaya (2005) oyun terapisinin zihinsel engelli çocukların üzerindeki etkisini incelemiş ve pozitif etki bulmuştur. Tural (2012) ise ameliyata girecek çocukların kaygısını azaltmak için oyunun gücünden yararlanmış ve oyunun çocukların kaygılarını azaltmada ve tıbbi müdahalelere karşı işbirliklerini arttırmada etkili olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Orhan (2014) da periferik damar yolu açılırken çocukların kaygısını azaltmak için çocuklarla bu tıbbi işlemi canlandırmayı içeren oyunlar oynamış ve çocukların kaygılarının azaldığını görmüştür. Ayrıca 6 yaşındaki tek bir anaokulu öğrencisi ile oyun terapisinin çekingenlik üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmada oyun terapisinin çekingenlik davranışında anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Koçkaya ve Siyez, 2017). Sezici (2013) ise okul öncesi çocuklarla çalışmış ve çocukların psikososyal ve davranışsal becerilerinde artış bulmuştur. Gözalan (2013) oyun temelli dikkat programının, Durualp ve Aral (2010) ise oyun temelli sosyal beceri eğitiminin etkisini incelemiş ve çocuklarda pozitif gelişim gözlemişlerdir. Bu çalışmaların yanı sıra oyun terapisi hakkında birkaç bilimsel makale de yayımlanmıştır. Bulut (2008) psikodinamik oyun terapisi yaklaşımı hakkında, Öğretir (2008) oyun ve oyun terapisi hakkında, Bugay ve Delevi (2011) kum terapisi hakkında, Gençer ve Aksoy (2016) ise Theraplay hakkında makale yazmıştır.

### **2.1.3. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi**

Çocuk merkezli oyun terapisi, Virginia Axline'nın Oyun Terapisi (*Play Therapy*) ve Benliğini Arayan Çocuk Dibs (*Dibs: In Search of Self*) kitapları ile 1947'den beri çocuk psikolojisinin önemli bir konusu olmuştur. Bu yaklaşım çocukların büyüme, gelişme, kendini yönlendirme ve kendini gerçekleştirmeye yönelik doğuştan gelen bir kapasiteye sahip olduğu inancına dayanır (Axline, 1947). Temelleri ise bireyin kendini geliştirme kapasitesine inanan hümanistik bir yaklaşım olan Carl Rogers'ın (1951) Danışan Merkezli Terapisine (*Client-Centered Therapy*) dayanmaktadır. Axline (1947) danışan merkezli terapi ilkelerini oyun terapisine uyarlamış ve Danışan Merkezli Oyun Terapisi'ni geliştirmiştir.



Çocuk merkezli teoride kişilik yapısı üç temel kavramla açıklanır (a) birey (*the person*): çocuğun tümü, duyguları, düşünceleri, davranışları, fiziksel varlığı; (b) fenomenal alan (*the phenomenal field*): çocuğun deneyimleri, bilinçte ya da bilinç dışında, içerden ya da dışardan; (c) benlik (*the self*): değişen, gelişen kendisi. Çocuk sürekli olarak kendi gelişim ve değişim döngüsü içindedir. Bu nedenle oyun terapisinde yönlendirme yapmadan çocuk için anlayışlı, sıcak, samimi bir atmosfer oluşturulursa çocuk da kendini gerçekleştirebilir (Landreth ve Sweeney, 1997).

Axline'a göre danışan merkezli, yönlendirmesiz oyun terapisi, çocukların doğal iletişim aracıdır ve problemler üzerinde yetişkinler konuşarak, çocuklar oynayarak çalışır. Bu terapi çocuğu yargılamadan, değiştirmeye çalışmadan, baskı yapmadan olduğu gibi kabul eder ve kendini keşfetmesine izin verir. Ayrıca çocuğun olumsuz bir davranışını daha olumlu hale getirmek gibi yetişkinlerin mesajlarını içermez ya da çocuğa "Senin bir problemin var. Bende seni düzelteceğim" demez. Eğer öyle bir yaklaşım sergilenirse çocuk aktif ya da pasif bir şekilde direnç gösterir (Axline, 1947). Axline, çocuğun kendini gerçekleştirmesinde çocukla kurulan ilişkinin önemini vurgulamış ve bu ilişkinin kurulmasına rehberlik edecek ilkeleri 1947 yılında açıklamıştır. Landreth ise 1991 yılında bu ilkeleri düzenleyerek aşağıdaki sekiz ilke olarak güncellemiştir:

1. Terapist, çocukla içten bir şekilde ilgilenir ve sıcak bir ilişki geliştirir.
2. Terapist, çocuğu olduğu gibi koşulsuz kabul eder ve bazı özelliklerinin dahi farklı olmasını beklemez.
3. Terapist, çocuğun kendini özgürce keşfetmesi ve ifade etmesi için güvende olduğunu ve anlayışla karşılanacağını hissettirir.
4. Terapist, çocuğun duygularına her zaman duyarlıdır ve bu duyguları nazikçe ona yansıtarak çocuğun kendini anlamasına yardımcı olur.
5. Terapist, çocuğun sorumlu hareket etme kapasitesine derinden inanır, kendi problemlerini çözme becerisine kesintisiz saygı duyar ve buna müsaade eder.
6. Terapist, çocuğun içsel yönelimine güvenir ve ilişkinin her alanını yönetmesine izin verir ve aksi bir duruma direnir.

7. Terapist, terapötik sürecin doğal ilerleyişine saygı duyar ve süreci hızlandırmaya çalışmaz (Landreth ve Bratton, 2006: 5).

Axline (1947) tarafından temelleri atılan Yönlendirmesiz, Danışan Merkezli Oyun Terapisi, Gary Landreth (1991) tarafından daha sistematik hale getirilmiş ve 2-10 yaş arası çocuklara uygulanan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (*Child-Centred Play Therapy*) adını almıştır. Landreth, 1988 yılında Kuzey Texas Üniversitesi'nde kurduğu Oyun Terapisi Merkezi'nde (*Center for Play Therapy*) oyun terapisi ve filial terapi üzerine çalışmalarına devam etmektedir (Center for Play Therapy, 2017). Landreth, çocuk merkezli oyun terapisini, terapistin çocukla birlikte terapötik ilişki içinde yaşadığı, çocuğun gelişimi için çocuğa ve çocuğun içsel kapasitesine derinden duyulan inanç olarak tanımlar. Empati, sıcaklık, anlayış içeren bu terapötik ilişkide çocuk anlaşılabilir, kabul edilmiş, saygı duyulmuş hisseder, duygularını rahatça açıklar, problemlerin üstesinden gelir (Landreth ve Sweeney, 2013).

Çocuk merkezli oyun terapisi, terapist odaya girince başlayıp çıkınca biten bir takım teknikler kümesi değil, çocukların büyümeleri ve kendilerini yönetmeleri için onlara ve onların doğuştan getirdiği kapasitelerine inanan bir felsefedir. Bu yaklaşımda çocukların kendileri hakkındaki en iyi bilgiye kendilerinin sahip olduğuna inanılır ve içsel kaynaklarını ortaya çıkarabilmeleri için kendilerini yönlendirmelerine izin verilir (Landreth ve Sweeney, 1997). Çünkü bu yaklaşımda çocuk: (a) minyatür yetişkin değil, insandır; (b) eşsizdir ve saygı gösterilmeye layıktır; (c) dirençlidir; (d) büyümeye ve olgunlaşmaya doğal eğilimi vardır; (e) kendilerini olumlu şekilde yönlendirme becerisine sahiptir; (f) doğal dili oyundur; (g) sessiz kalma hakkı vardır; (h) terapi deneyimini olması gereken yere götürecektir; (i) büyümesi hızlandırılmaz (Landreth, 2011).

Çocuk merkezli oyun terapisi çocuğun problemi yerine çocuğa, geçmişini yerine şüana, düşünce ve hareketleri yerine duygulara, açıklama yapmak yerine anlamaya, düzeltme yerine kabul etmeye odaklanır. Değişimi sağlayan terapistin bilgisi değil, çocuğun büyümeye ve gelişmeye yönelik içsel kaynaklarıdır ve çocukla kurulan bu terapötik ilişkinin çocuğun doğal olan iyileşme kaynaklarını harekete geçireceğine inanılır (Landreth, 2011; Sweeney ve Landreth, 2013).

Oyun terapisinin yaşayan kurucularından Clark Moustakas (1956) da terapötik süreçte ve tüm içsel gelişim sürecinde çocuk ile terapist arasındaki canlı ilişkinin terapinin en önemli boyutu olduğunu, hatta tek önemli gerçeği olduğunu vurgulamıştır (akt. Northon, 2008: 5). Byron E. Norton ve Carol Norton'a (2008) göre terapist güvenilir bir ilişki sağladıkça çocuk da oyununa içerik ekler ve acısıyla bu ilişkinin desteği ile yüzleşebilir. Terapist, çocukla destekleyici ve yönlendirmesiz bir ilişki kurmazsa çocuğu acısıyla yüzleştiremez. Bu o kadar önemli bir kavramdır ki, çocukla terapi yapmak, çocukla birlikte neyle karşılaşacağını ve kaç defa çıkacağını bilmediğin bir yolculuğa çıkmaktır. Hatta terapist bu yolculuk sırasında çocuğun içsel pişişesinde ne olduğunu dahi bilmez. Bu durum her ne kadar terapist için rahatsız edici olsa da, iyi bir terapinin en önemli özelliğidir. Kısacası terapistin rolü, çocuğun kendi yolunu çizmesine destek olmak ve onu takip etmektir. Çünkü terapi sürecinde önemli olan, çocuğun zaferi, yönelimi ve yaratıcılığıdır, terapistin ki değil. Axline (1964) terapistin rolünü şöyle özetler; “Sen anne değilsin. Sen öğretmen değilsin, Sen annelerle bağlantılı herhangi bir kulübe de üye değilsin. Peki sen kimsin? Aslında fark etmez. Sen oyun odasında çocuk için harika bir insansın” (Axline, 1986).

Moustakas terapistin inancı ve yaklaşımı ne olursa olsun terapistin, çocuğa saygı duyması, çocuğun sessizliğini ve sözel açıklamalarını kabul etmesi ve çocuğun kendi hayatını yönetmedeki potansiyeline inanması gerektiğini vurgulamıştır (1997: 21). Landreth terapistinin davranışının, motivasyonunun, beklentilerinin ve ihtiyaçlarının ve çocuk hakkındaki düşüncelerinin terapötik ilişkinin kazanımında ve gelişmesinde önemli etkileri olduğunu belirtmiş ve oyun terapistinin farkında olması gereken kavramları şu şekilde sıralamıştır:

1. Çocuğu değiştirmeye mi çalışıyorsunuz? Eğer bunu yapıyorsanız bu, çocuk tarafından zekice kabullenilmiş olabilir mi?
2. Çocuğun oynamasını mı ümit ediyorsunuz? O zaman çocuk, yönünü belirlemede gerçekten özgür mü?
3. Çocuğun bazı davranışlarını daha mı çok beğeniyorsunuz? Eğer sadece belirli davranışlarını onaylıyorsanız böyle bir durumda çocuk takdir edildiğini hissedebilir mi?

4. Dağınıklığa tahammül edemiyor musunuz? O zaman çocuk, dağınık olma ihtiyacını ifade etmede özgür mü?
5. Çocuğu acı ve zorluklardan kurtarmak mı istiyorsunuz? Eğer çocuğun acısına dayanamıyorsanız çocuk, içindeki gücü ve kaynağı keşfedebilir mi?
6. Çocuk tarafından sevilme ihtiyacı mı hissediyorsunuz? Eğer bunun farkında değilseniz yeterli sınırlar koyabilir misiniz?
7. Çocukla beraberken kendinizi güvende hissediyor musunuz? Eğer siz güvende hissetmiyorsanız çocuk güvende hissedebilir mi?
8. Çocuğa güveniyor musunuz? Eğer siz ona güvenmiyorsanız çocuğun size güvenmesi mümkün mü?
9. Çocuğun belirli işlerle uğraşmasını mı umuyorsunuz? Eğer beklentiniz buysa çocuk kendini keşfetmede özgür mü? (Landreth, 2011: 83-84)

Çocuk merkezli oyun terapisinde diğerk önemli bir konu da sınırlardır. Sweeney ve Landreth (1997) çocuk merkezli oyun terapisinde çocuğun tamamen özgür olmadığını, her istediğini yapamayacağını, sınırların terapötik bir ilişki için gerekli olduğunu ve çocuğun ilişkide sorumluluk alması için konulması gerektiğini vurgulamıştır (Landreth ve Bratton, 2006: 5). Benzer şekilde Moustakas da terapide sınırların hayati ve gerekli olduğunu vurgulamıştır. Moustakas'a (1997) göre sınırlar her ilişkide vardır ve insanlar kendi sınırları, yetenekleri ve yapıları içinde gelişmekte ve büyümekte özgürdür. Sınırlar, her şeyden önce terapötik ilişkinin de sınırlarını çizer. Sweeney ve Landreth oyun terapisinde sınır koymanın amacını şu şekilde özetler: (a) terapötik ilişkinin sınırını çizer; (b) çocuk ve terapist için hem duygusal, hem de fiziksel güvenliği sağlar; (c) çocuğun güvenliğini terapistin önemsedğini gösterir; (d) terapistteki gerçekliği korur; (e) terapistin çocuğa pozitif davranmasını sağlar; (f) çocuğun, negatif duygularını zarar vermeden ve suçluluk duymadan açıklamasını sağlar; (g) istikrar ve tutarlılık sağlar; (i) çocuğun sorumluluğunu ve oto kontrolünü artırır; (h) oyun odasını korur; (j) terapistin profesyonel, etik ve hukuki standartlarını devam ettirir (Sweeney ve Landreth, 1997: 24). Bütün bu nedenlerden dolayı belli sınırlar çizilmeden oyun terapisi yapılamaz. Kısacası sınırlar hem terapötik etki için, hem de terapistin etik standartları için gereklidir.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi'nin, sınırları olduğu gibi hedefleri de vardır fakat bunlar çocuğun başarması için değil, terapötik bir ilişkinin oluşturulması için gereklidir. Bu ilişkinin hedefleri; çocuğun kendini güvende hissedeceği bir atmosferin oluşturulması, duygusal dünyasını ifade etmeye cesaretlendirmesi, çocuğun dünyasının anlaşılması ve kabul edilmesi, karar verme yetkisini kolaylaştırması, kendini özgür hissetmesi, sorumluluk alma fırsatı vermesi ve kontrol hissini geliştirmesidir (Landreth, 2011: 142-143). Bu hedefleri başarmış bir ilişki içinde çocuğun şu alanlarda gelişmesi amaçlanır: (a) daha olumlu benlik kavramı geliştirme; (b) daha fazla benlik sorumluluğuna sahip olma; (c) daha çok içsel denetimli olma; (ç) daha fazla kendini kabul etme; (d) zorluklara karşı daha dirençli ve güçlü olma; (f) kendi kararlarını alma; (g) kontrol duygusunu deneyimleme; (h) çabalama sürecine duyarlı olabilme; (ı) kendi içsel değerlendirme kaynağı geliştirme; (j) kendine daha çok güvenme (Landreth, 2011: 71). Landreth (2011), oyun odasında bulunması gereken oyuncakları ise bebek ailesi, oyuncak ev, kuklalar gibi gerçek hayat oyuncakları; silahlar, dinazorlar, askerler gibi saldırgan oyuncaklar; su ve kum gibi duygusal rahatlama sağlayan oyuncaklar olmak üzere üç guruba ayırmıştır ve özellikle su ve kum oyunlarının, temizlik kaygısı yaşamadan oyun odasında bulundurulması gerektiğini vurgulamıştır.

#### **2.1.4. Filial Terapi**

Filial terapi, her ne kadar yeni bir model olsa da temelleri 20. yüzyılın başlarında atılmıştır. 1909 yılında Sigmund Freud'un (1955) 5 yaşındaki Küçük Hans'ın at fobisini tedavi etmek için Hans'ın babasını terapötik sürece dahil etmesi, filial terapinin ilk örneği olarak kabul edilir. Freud, Hans'ın babasının çocuk hakkında en iyi bilgiye sahip olduğu için tedavi sürecinde etkili olabileceğini düşünmüş ve evde oğluyla oynaması için oyun etkinlikleri öğretmiştir. Daha sonra ise Hans'ın babasıyla bu oyun seansları üzerine konuşarak danışmanlık sunmuştur (akt. Paul-Elling, 2003). Benzer şekilde Dorothy Baruch (1949) ebeveynlerin çocuklarıyla olan iletişim problemlerini çözmeleri, çocuklarının kendini ifade etmeleri ve iyileşmeleri için Axline'ın

yönlendirmesiz oyun seanslarını evde uygulamalarını önermiştir. Bonnard'da (1950) takıntı problemi olan bir çocuğun annesinden evde oyun seansı yapmasını istemiştir (akt. Glass, 1986).

Natalie Fuchs (1957) ise babası Carl Rogers'ın danışmanlığında kızının tuvalet eğitimi ile ilgili kaygılarını azaltmak için Virginia Axline'in (1947) çocuk merkezli oyun terapisi prensiplerine göre evde düzenli oyun seansı yapmış ve kızında da, kendinde de olumlu değişimler gözlediğini yayınladığı bir makalede paylaşmıştır (Paul-Elling, 2003). Moustakas (1959) ve Makowsky'de (1952) çocuklarıyla problem yaşayan ebeveynlere, çocuklarıyla çocuk merkezli oyun terapisi prensiplerine göre oynamalarını önermiştir. Clark Moustakas (1959) ebeveynlere oyun terapisi teknikleri öğretmenin, ebeveyn çocuk ilişkisini geliştirdiğini, çocukların duygularını ifade etmelerine ve duygusal gerginlikten arınmalarına yardımcı olduğunu vurgulamıştır. Fakat ebeveynlere oyun seanslarını nasıl uygulayacaklarıyla ilgili bir eğitim ve süpervizyon vermemiştir. Filial terapinin bu ilk uygulamaları iki yönden farklılık gösteriyordu: (a) ebeveynler düzenli bir eğitime katılmamış ya da süpervizyon almamıştı; (b) yaşadıklarını destekleyici bir grup ortamını da paylaşamıyorlardı (Vanfleet, 2013).

Bernard Guerney ilk defa 1964 yılında "*Journal of Consulting Psychology*"de yayınladığı "*Filial therapy: Description and rationale*" adlı makale ile filial terapiyi tanıtmıştır. Guerney (1964) bu modeli geliştirmesine neden olan konuları şu şekilde sıralamıştır;

1. Çocukların problemleri gerçekten patolojilerinden kaynaklanmıyor, sert disiplin şekli, gerçekçi olmayan beklentiler, çocuğun duygularını anlayamama gibi ebeveynlerin ebeveynlik bilgi ve becerilerinin eksikliğinden kaynaklanıyordu.
2. Ebeveynlerin çocuklarıyla terapötik bir oyunda olmalarının, çocuklarını daha iyi anlamalarını sağlayacağını, çocuklarını ve duygularını yanlış anlama döngüsünü kıracağını düşünmüştür.
3. Baruch (1949) ve Moustakas (1959) ebeveynlere çocuklarıyla yaşadıkları problemlerin çözümünde yönlendirilmemiş oyun seansı uygulamalarını önermiş ama sistematik bir eğitim ve süpervizyon

verilmemiştir. Ebeveynler, sistematik bir şekilde eğitilir, süpervizyon verilir ve duygusal olarak desteklenirse çocuklarının problemlerini çözmeye terapötik oyun seanslarını uygulayabilirler.

4. Ebeveynlere çocuklarının değişimi için terapötik bir sorumluluk verilirse hiçbir şey bilmedikleri bir tedavi yöntemine gösterecekleri tepkiyi göstermeyecek ve dirençleri kırılacaktır.
5. Çocuğun terapistle kuracağı terapötik ilişki, çocuğun ebeveyni ile kuracağı ilişkiden daha etkili olacaktır. Çünkü ebeveynler, çocukların hayatındaki en önemli varlıklardır (L. Guerny, 2000: 2-3).

Bunların yanı sıra ruh sağlığı hizmetlerindeki problemler ve ruh sağlığı hizmetlerine duyulan ihtiyacın çok fazla olması B. Guerny’i yeni ve etkili bir terapi model olan terapistin zamandan tasarruf etmeyi sağlayan, Filial Terapi modelini geliştirmeye yönlendirmiştir. Guerny’in eşi, Louise Guerny de eşinin çalışmalarını desteklemiş ve sonrasında Filial Terapiyi Çocukla İlişkiyi Zenginleştiren Aile Terapisi (*Child Relationship Enhancement Family Therapy*) olarak tanımlasalar da adı Filial Terapi olarak kalmıştır.

Louise Guerny (1997) filial terapiyi, ebeveynin terapi sürecine doğrudan katıldığı, eğitimli oyun terapistinden eğitim ve süpervizyon alarak çocuğunun duygusal ve davranışsal sorunlarını çözdüğü bir metot olarak tanımlamış ve üç temel amacını şu şekilde sıralamıştır: (a) çocuktaki problemleri azaltmak; (b) ebeveyne oyun terapisi becerilerini kazandırmak ve bu becerileri oyun seanslarında ve günlük hayatta uygulayabilmesi için destek olmak; (c) ebeveyn çocuk ilişkisini geliştirmek (Guerny, 1997: 131). Benzer şekilde Vanfleet (2005) filial terapinin amacını, çocuğun problemlerini ve kaygılarını kaynağında çözerek daha iyi baş edebilme ve problem çözme becerisi geliştirmelerini; aile içi iletişimin artmasıyla ve anne babaların geliştirdikleri becerilerle gelecekte karşılaşılabilecekleri problemleri bağımsız ve başarılı bir biçimde çözmelerini sağlamak şeklinde tanımlamıştır (Sweeney ve Skurja, 2001). Landreth ise filial terapiyi şu şekilde tanımlar:

“Filial terapi, oyun terapisi eğitimi almış terapistin ebeveyne, sunumlar, oyun seansları gösterimleri, evde oyun seansı uygulamaları ve süpervizyon ile kendi çocuklarının gelişiminde terapötik rol üstlenmeyi öğreten eşsiz bir modeldir.

Ebeveynler, çocuklarıyla ilişkilerini güçlendirmek için etkin dinleme, duyguları anlama, öz güvenini yükseltme, evde seçilen oyuncaklarla oyun seansı uygulamaları yapma gibi çocuk merkezli oyun terapisi becerilerini kazanır ve hem çocukları, hem de kendi gelişimleri için yargısız, anlayış ve kabulün olduğu atmosferi kurmayı öğrenirler (Landreth, 2006: 11).”

Filial terapi, hümanistik, psikodinamik, bilişsel, kişilerarası, bağlanma, davranışsal, aile sistemleri ve toplum psikolojisi gibi kuramlardan faydalanılarak geliştirilmiştir (Vanfleet, 2011). Filial terapi, her şeyden önce bir aile terapisi modelidir fakat ebeveyn-çocuk ilişkisini kuvvetlendirmek ve problemleri çözmek için oyunun gücünü kullanır. Ebeveynleri gelişim sürecine terapötik bir araç olarak dahil eder ve ebeveynleri kendi çocukları hakkında dünyanın en iyi uzmanı olarak görür (Vanfleet, 2013). Çünkü ebeveynlerin çocuklarıyla çatışmalı ve zarar görmüş ilişkileri de olsa, ebeveynlik becerileri zayıf da olsa, çocuklarıyla birlikte yaşadıkları için çocuklarının tepkilerini, ilgilerini, eğilimlerini herhangi bir terapistten çok daha iyi bilirler ve ilişkileri samimidir (Vanfleet, 2013: 155).

Filial terapi aynı zamanda psiko-eğitimsel bir müdahale olarak nitelendirilebilir. Çünkü psiko-eğitimsel yaklaşımlar insanların, bilgi ve beceri eksikliklerinden dolayı karşılaştıkları problemlerle baş edemediklerini düşünür. Müdahale ise ihtiyaç duyulan bu bilgi ve becerilerin belirlenmesi, öğretilmesi ve kendi hayatlarına uyarlanmasına yardım etmektir. Benzer şekilde filial terapi, aile problemlerinin ebeveyn becerilerinin eksikliğinden kaynaklandığını ve bu konuda eğitim alınırsa, bunların biteceğine inanır. Terapistlerin, hem klinisyen hem de eğitmen rolü vardır ve ebeveynlere yapılandırma, empatik dinleme, duygularını yansıtma, çocuğun liderliğini takip etme, sınır koyma gibi çocuk merkezli oyun terapisi becerilerini ve oyun seanslarını nasıl yöneteceklerini öğretir. Bu süreç boyunca ebeveynleri süpervizyonla destekler ve bu becerileri oyun seansları dışına taşımaları için cesaretlendirir (Vanfleet, 2013: 154).

Filial terapi çocuk merkezli oyun terapisinin temel felsefesini kabul eder ve oyunu çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade ettiği, travmatik deneyimlerinin üstesinden geldiği, başa çıkma becerilerini kazandığı önemli bir araç olarak görür (Guernsey, 2000). Çocuk merkezli oyun terapisinde olduğu gibi filial terapi



de çocuğun büyüme ve iyileşme kapasitesine inanır ve çocuğun kendi sorunlarını çözmesinde ve daha olumlu benlik algısı geliştirmesinde sorumluluğu ona bırakır (Vanfleet, 2013).

Çocuk merkezli oyun terapisinden farkı, çocuğa oyun terapisini uygulayanın terapist değil, ebeveyn olmasıdır. Çocuk merkezli oyun terapisinde olduğu gibi filial terapi de ilişkiye önem verir fakat buradaki ilişki terapistle çocuk arasında değil, ebeveyn ile çocuk arasındadır. Filial terapinin ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiye önem vermesi, ebeveynleri terapötik bir araç olarak sürece katması ve kendi çocuklarına evlerinde oyun seansı uygulama imkanı vermesi, hem çocuğu hem ebeveyni, hem de tüm aileyi güçlendirir. Bu nedenle filial terapinin çocuklarla, ebeveynlerle ve tüm aile ile olmak üzere üç ana amacı vardır. Çocuklarla ilgili amaçları; (a) duyguları yapıcı ve doğru şekilde tanımlama ve ifade etme; (b) öz saygı ve öz güvenlerini arttırma; (c) davranış problemlerini azaltma; (d) problem çözme becerilerini geliştirme; (e) korku ve diğer duygular üzerinde üstünlük kurma; (f) öz düzenlemeyi arttırma; (g) olumlu sosyal davranışlar geliştirme; (h) ebeveynlerine güvenmelerine yardım etme (Vanfleet, 2013: 156).

Ebeveynle ilgili amaçları; (a) çocukları için daha gerçekçi beklentiler geliştirme; (b) çocuk gelişimi bilgilerinin artması; (c) çocukların duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını anlama becerisi geliştirme; (d) çocuklarının gelişimlerinin bir parçası olarak oyunlarına değer vermeleri; (e) ebeveynlik beceri ve güvenlerinin artması; (f) çocuklarıyla daha yakın ve doyumlu bir ilişki gerçekleştirme; (g) çocuklarına olan güvenlerinin artması; (h) empati ve kabul etme kapasitelerinin artması; (i) sınır koyma becerilerini geliştirme; (j) aile içi iletişimin artması; (k) çocuklarıyla daha sık oynamaları ve daha keyifli zaman geçirmeleri (Vanfleet, 2013: 156).

Tüm aile ile ilgili amaçları: (a) birbirlerinden daha çok keyif almaları; (b) mevcut problemleri en temel düzeyde çözmeleri; (c) kişiler arası iletişim ve problem çözme becerilerinin artması; (d) birbiriyle etkileşimlerinin artması; (e) daha uyumlu ve aile yaşamından daha fazla doyum alarak işlev göstermeleri (Vanfleet, 2013). Sonuç olarak filial terapi, aile içinde ebeveyn çocuk ilişkisini güçlendirmeye odaklanırken eşler arasındaki işbirliğini ve tüm ailenin işleyişini

de geliştirir (Vanfleet, 2013: 156). Wickstorm (2009) yaptığı çalışmada filial terapinin, ailede iyileşmiş ebeveyn çocuk ilişkisi, iyileşmiş evlilik ve eşler arası ilişki, kardeşler arası ilişki ve tüm geniş aile üyelerinin ilişkilerinin gelişmesi gibi dört değişikliği ortaya çıkardığını kanıtlamıştır.

Ebeveynin terapötik bir araç olarak terapi sürecine direk dahil edilmesi filial terapinin güçlü bir klinik model olmasını sağlıyor ve birçok avantajı beraberinde getiriyor (Wickstorm, 2010). Stover ve B. Guerney (1967) bu modelin avantajlarını şu şekilde belirtmiştir: (a) terapistin zaman kazandırır; (b) ebeveynin terapisti rakip olarak görmesine engel olur; (c) ebeveynin problemler karşısında kendisini çaresiz hissetmesini ve kendini suçlamasını önler; (d) terapi sonucunda değişen çocuğa ebeveynin uyum sağlamasını kolaylaştırır. Bu model sadece çocuğun duygusal problemlerini çözmez, ebeveyn çocuk arasındaki ilişkiyi de kuvvetlendirir.

Filial terapinin bu avantajlarının araştırılması ve geliştirilmesi için başta Louise Guerney, Michael Andronico, Lullian Stover, Jay Fidler olmak üzere Bernard Guerney ve ekibi 1966 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsünden (*National Institute of Mental Health*) destek fonu kazanmıştır (L. Guerney, 2000). İlk olarak ebeveynlerin çocuk merkezli oyun terapisi becerilerini öğrenmedeki yeterliliği araştırılmış ve filial terapi eğitiminden sonra annelerin yansıtıcı açıklamalarının arttığı, yönlendirmelerinin azaldığı, annelerdeki değişikliğin çocuğun davranışlarını da olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Stover ve B. Guerney, 1967). Guerney ve Stover bu araştırmanın sonucunu 1971 yılında daha kapsamlı bir araştırma ile desteklemiştir. 51 anne ve çocuklarıyla yaptıkları çalışmada, annelerin empati becerilerinin arttığını, çocukların psikososyal uyumlarının geliştiğini ve davranış problemlerinin azaldığını bulunmuştur. Oxman (1972), Guerney ve Stover'ın bu çalışmasında eğitim alan anneleri, eğitim almayan anneler ile karşılaştırmış ve deney grubundaki çocukların davranışlarında anlamlı bir gelişme görmüş, annelerin ise çocuklarını hayal ettiklerine yakın algıladıklarını görmüştür (Landtresh ve Bratton, 2006). Louise Guerney (1975) ise Guerney ve Stover'ın bu çalışmasının takip çalışmasını yapmış ve ulaştıkları 42 anneden %76'sı çocuklarındaki iyileşmenin 1 ile 3 yıl arasında devam ettiğini bildirmiştir. Bu sonuç filial terapi

eğitiminin pozitif etkisinin tüm ailede 3 yıla kadar devam ettiğini göstermektedir (Landreth ve Bratton, 2006).

Filial terapinin pozitif etkisi diğer çalışma sonuçlarıyla da desteklenmiştir. Andronico, B. Guerney, Fidler, ve L. Guerney (1967), filial terapinin didaktik ve dinamik elementlerini araştırmış ve bu elementlerin çocuğun fiziksel ve davranışsal semptomlarını azalttığını, ebeveyn ile çocuklar arasındaki uyumu ve akademik performansı arttırdığını ortaya çıkarmıştır (akt. Glass, 1986). Guerney, Stover ve Andronico (1967) ise dezavantajlı çocuklarının akademik performansını artırması amacı ile filial terapiyi bu çocukların ebeveynlerine öğretmiş ve eğitim sonunda ebeveynlerin çocuklarının akademik başarısını ve motivasyonu desteklediğini görmüştür (akt. Glass, 1986). Guerney, Stover ve DeMerritt (1968), Stover, B. Guerney ve O'Connell (1971) oyun terapisi seansı sırasında ebeveynlerin gösterdiği empati düzeyini ölçmüş ve çocukla ebeveyn arasında gelişen empati yoğunluğunun terapi sürecinde ve çocuğun değişimi açısından önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir (akt. Sweeney ve Skurja, 2001). Sywulak (1977), filial terapinin etkisini 2 ve 4 ay aralıklı ölçümlerle incelemiş ve hem ebeveynlik kabulünde, hem de çocukların uyumunda istatistiksel olarak önemli bir gelişme görmüştür (akt. Glass, 1986). Sensue (1981) ise bu araştırmanın 6 ay ve 3 yıl sonrası ölçümlerini yapmış ve deney grubundaki ebeveynlerin ebeveynlik kabullerinin ve çocuklarındaki iyileşmesinin anlamlı derecede devam ettiğini, eğitimin evdeki pozitif değişimde de etkili olduğunu bulmuştur. Bu çalışmaların yanı sıra ilk gelişme dönemlerinde yapılan diğer araştırma sonuçları da bu modelinin etkisini kanıtlamıştır. Boll (1972) yaptığı çalışmada annelerin çocuğun iyileşme sürecinde önemli bir müdahale aracı olabileceğini; Kezur (1980), hem annelerin hem de çocukların öz güvenlerinin arttığını ve ilişkilerinde pozitif değişiklikler olduğunu bulmuştur. Lebovitz (1982) yaptığı çalışmada deney grubundaki ebeveynlerin ebeveynlik kabulü ve ilgisinin arttığını, çocuklarının davranış problemlerinin azaldığını ortaya çıkarmıştır. Ayrıca Glass (1986), yaptığı deneysel araştırmada, kontrol grubundaki ebeveynlerde hiçbir ilerleme görmezken, deney grubundaki ebeveynlerin çocuklarına olan koşulsuz sevgilerinin arttığını, çocuklarının öz güvenlerinin yükseldiğini, ailedeki çatışmaların ve çocuklardaki davranış problemlerinin azaldığını ortaya çıkarmıştır.

Wall (1979) ise ebeveyn tarafından yapılan oyun terapisini (filial terapi), terapistin yaptığı oyun terapisi ve ebeveynler tarafından yapılan serbest oyun seansları ile karşılaştırmış ve filial terapi grubundaki ebeveynlerin empati becerilerinin geliştiğini, çocukların uyumlu davranışlarının önemli derece arttığını bulmuştur. Bu durum çocuğun negatif duygularının terapistten daha çok anne tarafından kabulünün, çocuk için daha etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Payton da (1980) yaptığı bir araştırmada ebeveyn ile öğretmen ve mentör gibi diğer profesyonelleri karşılaştırmış ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme yaklaşımlarında ve çocukların psikososyal uyumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme bulmuştur. Ayrıca Paul-Elling (2003) ebeveynlerle lisans öğrencilerinin oyun terapisi becerilerini öğrenme performanslarını karşılaştırılmış ve iki grup arasında empati ölçeğinin toplam puanında istatistiksel bir fark bulunsa da, çocukla iletişim ve çocuğun kendini yönlendirmesine izin verme alt ölçeklerinde puanların eşit olduğunu, ebeveynlerin öntest ve sontest puan farklarının da yüksek olduğunu görmüştür. Öğrencilerin daha önceden temel danışma becerileri eğitimi aldığı düşünüldüğünde ebeveynlerin oyun terapisi becerilerini lisans öğrencileri ile benzer seviyede öğrenebileceğini söyleyebiliriz. Ebeveynlerin bu becerileri kazanmalarındaki başarısı sadece filial terapinin etkisi değil, Guerney'nin (1964) açıkladığı gibi çocuğun hayatında ebeveynin duygusal olarak terapistten daha önemli olmasıyla açıklanabilir

İlk dönemlerde yapılan ilk araştırmalar filial terapinin farklı alanlardaki etkisini de kanıtlamıştır. Andronico ve Blake (1971) kekemelik sorunu yaşayan çocuklara filial terapi tekniklerini uygulamış ve çocukla kurulan iletişimin ve çevresinin kekemeliği azaltmada terapötik bir etkiye sahip olduğunu, tüm ailenin duygusal atmosferi değiştikçe, kekemelik derecesinin de hafiflediğini belirtmiştir (akt. Glass, 1986). Gilmore (1971) benzer bir çalışmayı öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların öz saygısını geliştirmek için yapmış ve ebeveyni terapist olarak kullanmanın çocuğun akademik ve sosyal işlevselliğini önemli derecede arttırdığını ve sadece çocukların öz güvenini değil, ailedeki iletişimi de arttırdığını vurgulamıştır (akt. Landreth ve Bratton, 2006). Clark (1996), filial terapinin davranış bozukluğu üzerindeki etkisini incelemiş ve deney grubundaki çocukların davranış problemlerinde anlamlı düzeyde düşüş gözlemiştir. Ayrıca davranım bozukluğu, karşıt-gelme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite

bozukluğu tanısı almış çocuklar ve ebeveynlerle yapılan çalışmada, bu çocukların eğitimden 2 sene sonraki ölçümlerinde 13 çocuktan 11'nin artık tanı almadığını ortaya çıkarmıştır (Eyberg ve diğerleri, 2001).

Bu model sadece ebeveynlere eğitim vermek için kullanılmamış, öğretmenler ve akran destek grubu öğrencileri gibi çocuklarla iletişim içinde olan ve onların gelişimlerine destek olabilecek alan dışı uzmanların eğitiminde de kullanılmıştır. Smith ve Landreth (2004), duyma problemi olan anaokulu çocuklarının öğretmenleriyle deneysel çalışma yapmış ve deney grubundaki öğretmenlerin öğrencileriyle kurdukları empati düzeylerinde artış, çocukların davranış sorunlarında ise azalma olduğu görülmüştür. Başka bir araştırmada, risk grubundaki anaokulu öğrencilere oyun seansı yapmaları için anaokulu öğretmenlerine 10 oturumluk filial terapi eğitimi ve bu becerileri sınıf geneline taşımaları için 13 oturumluk ekstra bir eğitim daha verilmiştir. Deney grubundaki öğretmenlerin oyun becerilerinde ve empati düzeylerinde anlamlı bir artış bulunmuş ve filial terapi becerilerini sınıf ortamına da genelledikleri görülmüştür. Çocukların genel davranış sorunlarında, içe yönelim ve davranışsal semptomlarında azalma, uyum becerilerinde ise anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir (Post ve diğerleri, 2004). Bir yıl sonra yapılan takip çalışmasında da bu anlamlı farkın kazanılan becerilerinin sınıf ortamında kullanılması hariç devam ettiği bulunmuştur. Öğretmenler ise genel olarak eğitimin öğretmenlik öz güvenlerine, sınıf yönetimi becerilerine ve çocuklarla olan ilişkilerine destek olduğunu belirtmiştir (Hess ve diğerleri, 2005).

Brown (2003) yaptığı çalışmada deney grubundaki anaokulu lisans öğrencilerine, zorunlu ders içeriğine göre uyarlanmış filial terapi eğitimi vermiş ve seçtikleri çocuklarla oyun seansı yapmalarını istemiştir. Eğitim sonunda, deney grubundaki lisans öğrencilerinin çocuklara gösterdikleri empati düzeylerinde ve oyun terapisi bilgi ve becerilerinde anlamlı artış görülmüştür. Crane ve Brown (2003) aynı çalışmayı insan kaynakları lisans öğrencileri ile yapmış ve benzer sonuçları bulunmuştur.

Jones, Rhine ve Bratton (2002), çok yaratıcı bir araştırmaya imza atmış, öğretmenler yerine Akran Destek ve Liderliği Programı'na katılan lise öğrencilerine, uyum problemi yaşayan çocuklara destek olmaları amacıyla filial

terapi eğitimini vermiştir. Eğitimi alan lise öğrencileri süpervizyon desteği ile seçtikleri çocuklara her hafta 20 dakikalık oyun seansı uygulamış, kontrol grubundaki lise öğrencileri ise klasik akran kursuna devam etmiştir. Kontrol grubundaki lise öğrencilerinin empati düzeylerinin anlamlı derecede arttığı ve oyun terapisi uyguladıkları çocukların davranış sorunlarının ise anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur. Baggerly ve Landreth (2001) ve Robinson (2003) ise okul başarısı ve uyumu açısından riskli olan anaokulu öğrencilerine mentörlük eden 5. sınıf öğrencilerine filial terapi eğitimi vermiştir. Baggerly ve Landreth'ın (2001) yaptığı çalışmada, istatikselsel olarak anlamlı olmasa da deney grubundaki çocukların davranış sorunlarının genelinde, somatik şikayetlerinde ve saldırgan davranışlarında azalma görülmüştür. Bu sonuçlar detaylı gözlem ve öğretmenlerin nitel bilgileri ile desteklenmiş ve çocukların yeterlik, öz denetim, öz saygısı, öz güven, yaratıcılık ve iletişim becerileri gibi alanlarda geliştiği görülmüştür. Robinson (2003) ise yaptığı deneysel çalışmada deney grubundaki öğrencilerin anaokulu çocuklarıyla iletişimlerinde daha fazla empati gösterdiğini bulmuştur.

Bir oyun terapisi çeşidi olan filial terapi çalışmaları, oyun terapisi meta analiz çalışmalarına dahil edilmiş ve tedavi etkisi incelemiştir. LeBlanc ve Ritchie (2001) ve Bratton ve diğerleri (2005) tarafından yapılan meta analiz çalışmalarında, ebeveyn katılımını içeren filial terapinin en büyük tedavi etkisine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. En etkili tedavi süresinin 35-40 hafta olarak belirlendiği bu çalışmalarda araştırmadaki tedavilerin çoğunun 14 haftadan daha kısa sürmesine rağmen orta ve yüksek derecede etki göstermesinin filial terapinin gücünden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır (Cornett ve Bratton, 2015). Filial terapi, hem ebeveynlere hem de alan dışı diğer uzmanlara, çocukları tedavi etme olanağı sağlaması ve diğer birçok avantajlarından dolayı zamanla büyük ilgi görmüş ve önce 9-12 ay süren orijinal grup terapisi modeli, 16-24 hafta olarak kısaltılmış; daha sonra Landreth (1991) tarafından 10- Oturumluk Filial Terapi (*10-Session Filial Therapy*) modeli ve Rise Vanfleet tarafından Bireysel Filial Terapi (Individual Filial Therapy) modeli geliştirilmiştir. Ayrıca bir müdahale programı olarak uygulanan filial terapi eğitimi, verilen mekanın ve eğitim verilen grubun ihtiyaçlarına göre de adapte edilmiştir (Vanfleet, 2011: 19).

Rise Vanfleet (2005) orijinal modeli, 6-8 kişiden oluşan ebeveyn grubu yerine, bireysel ailelerle çalışmak için özel bir aile terapisi modeli olarak uyarlamıştır. Bireysel Filial Terapi, Guerney'in orijinal modeliyle neredeyse aynıdır ve tüm temel özelliklerini taşır. Bu model bir saatlik 15-20 seansı içerir, ailedeki tüm çocukları sürece dahil eder ve terapi sayısı ihtiyaca göre arttırılabilmektedir.

Garry Landreth ise grup olarak verilen orijinal filial terapi eğitimini kısaltarak 10- Oturumluk Filial Terapi protokolünü geliştirmiş, daha sonra adını Ebeveyn- Çocuk İlişkisi Terapisi (*Child-Parent Relationship Therapy*) olarak güncellemiş ve Sue Bratton ile birlikte kaleme aldığı eğitim kılavuzunu yayınlamıştır (Brotton, Landreth, Kellam ve Blackard, 2006). Bu araştırmada bakım elemanlarına bu kılavuza bağlı kalınarak eğitim verilmiştir. Toplam 10 hafta süren bu modelde ilk üç hafta ebeveyne eğitim verilir, 4. hafta ile 9. hafta arasında eğitimle birlikte evde çocuklarıyla yaptığı yönlendirmesiz oyun seanslarıyla ilgili süpervizyon da verilir, 10. haftada ise değerlendirme ve kapanış yapılır. Fakat ebeveynlere çocuklarıyla yaptıkları oyun seanslarına devam etmeleri istenir. 10 haftalık eğitim içeriği şu şekildedir: (a) filial terapinin amaçları ve yansıtıcı yanıtlama becerisi; (b) oyun terapisinin temel ilkeleri; (c) oyun terapisi becerileri ve süreci; (d) süpervizyon ve sınır koyma becerisi; (e) oyun terapisi becerilerin gözden geçirilmesi; (f) süpervizyon ve seçenek sunma; (g) süpervizyon ve öz saygı; (h) süpervizyon ve ödüle karşı cesaretlendirme; (i) süpervizyon ve becerilerin terapi dışına taşınması (j) süpervizyon ve değerlendirme (Landreth ve Brotton, 2006).

Filial terapi, ister uzun, ister kısa süreli olsun, ister grup eğitimi, ister bireysel aile eğitimine dayalı olsun çok çeşitli kültürlerde ve çok çeşitli popülasyonlarda ve çok çeşitli mekanlarda uygulanabilirliğini kanıtlamıştır (Guerney, 2000). Yapılan araştırmalar filial terapinin ebeveynlik yaklaşımlarında (ebeveynin empati becerisi, çocuğunu kabulü, ebeveynlik stresi, aile atmosferi, ebeveynlik öz güveni) ve çocuklarda (çocuğun uyumu, davranış problemleri, oyun davranışları, öz güveni) olumlu değişmelere yol açan güçlü bir müdahale modeli olduğunu kanıtlamıştır (Rennie ve Landreth, 2000).

### 2.1.5. İlgili araştırmalar

Filial terapi ile ilgili ilk yapılan alışmalar Guerny ve ekibinin filial terapinin etkisini ölçmek için yaptığı çalışmalara dayanmaktadır. Bu çalışmalara bir önceki bölümde detaylı olarak yer verilmiştir. Bu bölümde ise sadece Landreth tarafından geliştirilen resmi adı Ebeveyn-ocuk İlişkisi Terapisi (*Child-Parent Relationship Therapy: CRPT*) olan 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimini konu alan araştırmalara yer verilmiştir. Toplam 33 araştırma (24 araştırma ise Landreth ve Bratton'ın süpervizörlüğünde ilerlemiş) ve 800 katılımcı ile 10-Oturumluk Filial Terapi ocuk psikoterapisinde etkili bir tedavi protokolü olduğunu kanıtlamıştır (Landreth ve Bratton, 2006).

10-Oturumluk Filial Terapi'nin etkisi evli çiftler, tek ebeveynler, evlatlık edinmiş ebeveynler, tutuklu ebeveynler gibi farklı ebeveyn gruplarıyla incelenmiştir. Bratton ve Landreth (1995) tarafından eşinden ayrılmış 43 ebeveynle yapılan deneysel çalışma sonunda ebeveyn kabulünün arttığı, ebeveynlik stresinin ve çocuklardaki davranış problemlerinin azaldığı grlmştir. Ayrıca ebeveynler kendilerini ebeveyn olarak daha yeterli gördüklerini ve çocuklarının öz güvenlerinin arttığını da bildirmişlerdir. Bu sonuçlar Glass'ın (1986) yaptığı çalışma sonuçlarıyla paraleldir. Ayrıca Cleveland ve Landreth (1997), ebeveynleri daha önce filial terapi eğitimine katılmış, yaşları 3 ile 8 arası değişen 5 çocukla mülakat yapmış, "Oyun seanslarında ne hoşuna gidiyordu, Duygu ve düşüncelerin nedir?" diye sormuştur. Çocuklar her ne kadar sözel olarak kendilerini kısıtlı ifade etseler de kendilerinde ve ebeveynleriyle olan ilişkilerinde iyileşmeler hissettiklerini bildirmişlerdir.

Bavin-Hoffman, Jennings ve Landreth (1996), 1991 ile 1994 yılları arasında filial terapi eğitimi alan 20 evli çift ile filial terapi eğitiminin etkisi üzerine yarı yapılandırılmış mülakat yapılmış ve çocukların öz kontrol ve davranışlarını değerlendirmek için ise iki tane ölçek doldurmaları istenmiştir. Ayrıca eğitimi veren terapistlerden de bilgi alınmıştır. Araştırma sonunda ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkilerinde iyileşme, eşleriyle olan iletişimlerinde iyileşme, çocukların öz kontrolünde artış ve saldırganlık düzeylerinde azalma olmak üzere üç ana gelişme grlmştir. Lathi (1992) ise filial terapinin anneler



ve çocuklar üzerindeki etkisini derinlemesine öğrenmek için 3 anne ile yaptığı çalışmada annelerdeki olumlu değişiklikleri şu şekilde sıralamıştır; artmış yeterlilik duygusu, çocuğu kontrol etme ihtiyacında azalma, çocuğunun ve kendi ihtiyaçlarının farkına varma, çocuğuna ve eşine daha yakın hissetme, iletişim becerilerinde ve yeterlilik duygusunda artma, gerçekçi beklentiler geliştirme. Çocuklarda ise davranışlarının sorumluluğunu alma, içe yönelimli davranışlarda düşme, iletişim ve mutluluğun artması gibi olumlu gelişmeler gözlenmiştir. Siegel ve Hartzell (2004) da yaptığı çalışmada ebeveynlerin duygusal olarak çocuklarına ve oyunlarındaki sözsüz ipuçlarına daha duyarlı olduğunu, daha fazla empati ve kabul gösterdiklerini bulmuştur (akt. Carnes-Host, 2010).

10-Oturumluk Filial Terapi modelinin etkisi tutuklu anne ve babalar üzerinde de incelemiştir. Harris ve Landreth (1997) tutuklu annelere filial terapi eğitimi vermiş ve anneler haftada bir cezaevine ziyaretlerine gelen çocuklarına oyun seansı uygulamışlardır. Araştırma sonucunda annelerin ebeveynlik kabulü ve empati düzeylerini anlamlı derecede artarken, çocukların davranış problemleri ise anlamlı derecede azalmıştır. Aynı araştırma tutuklu babalarla da yapılmış ve araştırma sonunda deney grubundaki babaların ebeveynlik kabulleri ve çocukların öz güvenleri artmış; ebeveynlik stresi ve davranış problemleri ise anlamlı düzeyde azalmıştır (Landreth ve Lobaugh, 1998).

Bu model sadece öz anne ve babasıyla yaşayan çocukların anne babalarıyla iletişimlerini geliştirmede kullanılmamış, evlat edinilmiş çocukların anne babalarıyla iletişimlerini geliştirmede de kullanılmış ve başarılı bulunmuştur (Carnes-Host, 2010; Ginsberg, 1989; Topham ve diğerleri, 2011; Vanfleet, 2003).

Smith ve Landreth (2003) aile içi şiddet yaşamış anneler ve çocuklarına bir müdahale programı olarak filial terapi eğitimi bu grubun özelliklerine göre 3-4 hafta içinde 12 oturum olarak verilmiştir. Deney grubundaki korunma evlerinde kalan anneler ve şiddete tanıklık etmiş çocukların öz güvenlerinde ve ebeveynlerin ebeveynlik kabulü ve empati düzeylerinde anlamlı artış görülmüştür. Daha sonra Smith ve Landreth bu araştırmanın verilerini, aynı şekilde aile içi şiddete tanıklık etmiş ve korunma evlerinde kalan çocuklarla daha önce yapılmış iki araştırmanın (Landreth, Kot

ve Giordano, 1998; Tyndall-Lind, Landreth ve Giordano, 2001) verileriyle karşılaştırmış ve filial terapinin profesyonel terapist tarafından yapılan bireysel ya da grup oyun terapileriyle eşit derecede etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Landreth ve Bratton, 2006).

Costas ve Landreth (1999) cinsel istismara maruz kalmış çocuklar ve ebeveynleriyle yaptığı deneysel çalışmada, deney grubundaki ebeveynlerin ebeveynlik kabulünde anlamlı artış, ebeveynlik stresinde anlamlı azalma görülmüştür. Çocukların davranışlarında, kaygı düzeylerinde, duygusal uyumlarında ve öz güvenlerinde her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da gözle görülür iyileşmeler görülmüştür. Ray'ın (2003) duygusal problemleri olan ve bağlanma problemi yaşama potansiyeli olan anneler ve çocuklarıyla yaptığı çalışmada, ebeveynlerinin stresinde ve çocuklarının davranış sorunlarında anlamlı azalma görülmüştür.

Çin, Kore, Almanya, İsrail, İspanya gibi farklı kültürlerdeki ebeveynlere de filial terapi eğitimi verilmiş ve filial terapinin farklı kültürlerde etkili olduğu yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Chau ve Landreth (1997) Amerika'da yaşayan 34 göçmen Çinli ebeveyn ve çocukları ile yaptığı deneysel çalışmada ebeveyn kabulü, empati düzeyi, ebeveynlik stresi ve çocukların davranış problemleri gibi tüm alanlarda anlamlı değişiklikler görülmüştür. Yuen, Landreth ve Baggerly (2002), Chau ve Landreth'in çalışmasını Kanada'da yaşayan göçmen Çinli ebeveynler ve çocuklarıyla tekrarlamış ve benzer sonuçlara ulaşmıştır.

Glover ve Landreth (2000) yerli Amerikalı ebeveynler ve çocuklarıyla yaptığı deneysel çalışmada, deney grubundaki ebeveynlerin empati düzeylerinin arttığı, çocukların davranış sorunlarının ise azaldığı görülmüştür. Solis, Meyers ve Varjas (2004), Afrikan Amerikalı ebeveynlerinin filial terapi eğitimine bakışını değerlendirmiş ve ebeveynler kendilerinde, çocuklarında ve çocuklarıyla olan ilişkilerinde pozitif değişimler gördüğünü belirtmişlerdir. Ebeveynler en çok zorlandıkları beceri olarak, çocuklarının oyun sırasında kendilerini yönlendirmelerine izin vermeleri olduğunu dile getirmişlerdir.

Jang (2000), Kore'de yaşayan Koreli 30 anne ve çocuklarıyla deneysel bir çalışma yapmış, deney grubuna 4 hafta boyunca haftada 2 defa eğitim

vermiştir. Araştırma sonunda annelerin oyun seansı sırasında gösterdikleri empati düzeylerinin anlamlı derece arttığı, ebeveynlik kabulü ve stresleri ve çocukların davranış sorunları gibi diğer alanlarda ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da iyileşme gözlenmiştir. Nitel veriler de annelerin kendinde ve çocuklarında olumlu gelişmeler olduğunu desteklemiştir. Lee ve Landreth (2003) ise aynı araştırmayı Amerika’da yaşayan 36 göçmen Koreli anne ve çocuklarıyla yapmış ve deney grubundaki annelerin ebeveynlik kabullerinde ve empati düzeylerinde anlamlı bir artış, ebeveynlik streslerinde ise anlamlı bir azalma görmüştür.

Kidron (2004) ise İsrail’de yaşayan İsraili anne ve çocuklarıyla yaptığı deneysel çalışmada, deney grubundaki ebeveynlerin empati düzeylerinde ve ebeveynlik kabullerinde anlamlı derecede artış, çocuklarının dışa yönelimli davranış sorunlarında ise anlamlı derecede azalma görülmüştür. Kidron ve Landreth, İsraili ailelerle yapılan araştırmayı 2010 yılında tekrarlamış ve çocukların içe yönelim, dışa yönelim ve toplam davranış puanlarının anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur.

Grskovic ve Goetze (2008), filial terapinin Almanya’da yaşayan anneler üzerindeki etkisini incelemiş, çocukların davranış sorunlarında azalma, ebeveynlerin çocuklarını anlaması, kabul etmesi, empati göstermesinde artma ve genel olarak çocuklarıyla ilişkilerinde pozitif etki görmüştür. Ayrıca Garza, Kinsworthy ve Watts (2009), İspanyol ailelerle çalışmış; Edwards, Ladner ve White (2007), Jamaikalı annelerle çalışmış; Lim ve Ogawa (2014) ise Sudanlı mülteci bir baba ve oğlu ile çalışmış ve filial terapinin bu farklı kültürlerde de etkili olduğu bulunmuştur.

Bratton ve diğerleri (2005) tarafından yapılan 93 deneysel araştırmanın dahil edildiği meta analiz çalışmalarının 67’sinde oyun terapisi ruh sağlığı uzmanları tarafından, 26’sında ise ruh sağlığı uzmanından süpervizyon alan ebeveyn, öğretmen ve mentör gibi ruh sağlığı uzmanı olmayan uzmanlar tarafından yapılmıştır. Analizde öncelikle ruh sağlığı uzmanları ile ruh sağlığı uzmanı olmayan grup karşılaştırılmış ve ruh sağlığı uzmanı olmayan grubun tedavi etkisinin daha az seans uygulamalarına rağmen 1.05, ruh sağlığı uzmanlarının tedavi etkisinin ise 0.72 olduğu bulunmuştur. Bunun üzerine

araştırmacılar, bu etkinin ebeveyn katılımından kaynaklandığını düşünerek tek başına ebeveyn tarafından yapılan filial terapinin etkisine bakmış ve etkinin 1.15 gibi yüksek olduğunu bulmuştur. Ayrıca araştırmacı sadece net bir protokole sahip olan 10-Oturumluk Filial Terapi üzerine yapılan araştırmaları analiz etmiş ve bu etkinin 1.25 ile çok daha yüksek olduğunu bulmuştur (Cornett ve Bratton, 2015; Landreth, 2006). Bu sonuçlar, ebeveynin terapi sürecine katılmasının tedavi etkisini arttırmada önemli bir faktör olduğunu gösteren LeBlanc ve Ritchie'in (2001) çalışmasıyla da paraleldir. Bu sonuçlar ebeveyni terapötik araç olarak sürece katmanın, terapist tarafından yapılan oyun terapisinden çok daha etkili olduğunu ve ebeveynlerin çocuklarını iyileştirmelerindeki çarpıcı etkisini göstermektedir.

Türkiye'deki yayınlar incelendiğinde ise filial terapiyi konu alan çalışmaların çok kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu yayınların biri "Ebeveyn-Çocuk İlişkisi Üzerine Odaklanan Bir Oyun Terapisi Yaklaşımı: Filial Terapi" adlı makale (Tortaşmış Özkaya, 2015); diğeri ise filial terapi ilkelerinden faydalanarak hazırlanan "Anne Çocuk İlişkisini Oyunla Geliştirme Eğitim Programının Etkililiği" başlıklı doktora çalışmasıdır (Akgün ve Yeşilyaprak, 2010). Akgün ve Yeşilyaprak (2010) tarafından yapılan bu araştırmada, Rise Vanfleet'in Bireysel Filial Terapi modelinden faydalanarak geliştirilen ve ebeveyn rehberliğini de içeren "Anne Çocuk İlişkisini Oyunla Geliştirme Eğitimi", 4-5 yaş arasında çocuğu olan annelere vermiştir. Kontrol, deney ve plasebo grubu olmak üzere 3 gruptan oluşan çalışmada eğitim alan annelerin çocukları ile arasındaki ilişkilerinde anlamlı oranda gelişme olduğu görülmüştür. Diğer taraftan Türkiye'de 10-Oturumluk Filial Terapi (*Child-Parent Relationship Therapy: CRPT*) kılavuzuna bağlı kalınarak yapılan bir çalışmaya yapılmamıştır.

Türkiye'de filial terapinin adı yeni duyulmaya başlanmış olsa da 10-Oturumluk Filial Terapi modeli üzerine yurtdışında birçok araştırma yapılmıştır. Araştırmalarda, ebeveynlik ile ilgili ebeveyn kabulü, stresi, empati ve aile ortamı; çocukla ilgili uyum ve davranış problemleri, oyun seansındaki davranışlar, öz güven gibi değişkenler incelenmiştir. Bu araştırmalarda genel olarak filial terapinin ebeveynlik kabulünü, öz güveni ve empatiyi geliştirdiği; tüm aile dinamiklerinde ve çocukların davranışlarında pozitif gelişme sağlayan

etkili bir müdahale programı olduğu kanıtlanmıştır (Rennie ve Landreth, 2000: 31). Bu etki, filial terapinin sadece ebeveyni terapi sürecine katmasıyla değil, bunu nasıl yaptığıyla da ilgilidir. Bu önemli noktaları şu şekilde özetleyebiliriz: (a) ebeveyn sürece terapötik araç olarak aktif bir şekilde katılır; (b) ebeveynler bu alanda eğitimli ruh sağlığı uzmanından eğitim alır; (c) ebeveynlere öğrendikleri bu becerileri uygulama fırsatı ve süpervizyon verilir (d) ruh sağlığı uzmanlarının 10-Oturumluk Filial Terapi kılavuzu içeriğine bağlı kalır. Ayrıca bu modelin diğer güçlü yanı ise eğitimin grup ortamında veriliyor olmasıdır. Grup ortamı, hem ebeveynlere birbirinden öğrenme şansı verir, hem de ruh sağlığı uzmanının zamanından tasarruf etmelerini sağlar. Böylece ruh sağlığı uzmanı, aynı anda birçok çocuğa ve aileye destek olmuş olur (Landreth ve Bratton, 2006: 474).

## **2.2. Çocuklarda Davranış Sorunları**

Erken çocukluk döneminde anne babalar ve anaokulu öğretmenleri çok çeşitli davranış sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Bunların bir kısmı çocuğun yeme, uyku, banyo gibi rutinleriyle ilgiliyken, bazıları ise hırçınlık, saldırganlık, inatlaşma gibi duygusal çatışmaları sonucu verdiği tepkilerle ilgilidir. Çocuklarda davranış sorunlarını anlamak için öncelikle davranışı tanımlamak gerekir. Davranış, başkaları tarafından doğrudan gözlemlenebilen, kişi ya da olaylara gösterdiğimiz tepki ve eylemlerimizdir. Davranış sorunları ise toplumda uygun görülen değerlerin ve kuralların hiçe sayıldığı, tekrarlayıcı bir biçimde sürekli olarak görülen davranış örüntüsüdür (Dursun, 2010). Araştırmalar, davranış problemlerinin %10 ile % 15'inin okul öncesi dönemdeki çocuklarda görüldüğünü göstermiştir (Campbell, 1995). Ayrıca küçük çocuklar, duygusal sorunlarının tümünü dışa vuramadığı için dışarıdan belirti göstermeyen çocukların tam anlamıyla dengeli ya da uyumlu olduğu söylenemez (Dursun, 2010).

Çünkü gelişim sürecinde çocuğun davranışlarını normal ya da normlara uygun değil diye kesin bir şekilde ayırmak mümkün değildir. Çocuklar büyürken

bir takım zorluklarla karşılaşmaktadırlar ve stresli durumlarla başa çıkabilmek için davranış sorunları sergilerler. Çocuklar tepkilerini korku, kaygı, endişe ve dikkatsizlik gibi “içe dönük” davranış problemleriyle ya da saldırganlık, uyumsuzluk, aşırı hareketlilik, itaatsizlik, düşmanlık ve saldırganlık gibi “dışa dönük” davranış problemleriyle gösterirler (Campbell, 1995: 114). Ayrıca çocuklar dış baskılara bağlı olarak geçici bir davranış problemi de sergileyebilirler. Bu nedenle problemleri bir davranışı normal davranıştan ayırt etmek için davranışların şiddetini, sürekliliğini ve gelişim dönemine uygunluğunu, çocuğun genel durumuna ve becerilerine etkisini değerlendirmek gerekir (Campbell, 1995). Benzer şekilde gelişim psikologları da bir davranışın problemleri olarak kabul edilmesi için, yaşa uygunluk, yoğunluk, süreklilik, cinsel rol beklentileri ve kültürel faktörler gibi ölçütler belirlemiştirler (Yavuzer, 2008). Örneğin erkeklerin kızlara oranla daha saldırgan olması beklenirken, kızların daha saldırgan davranış sergilemesi davranış sorunu olarak kabul edilir. Aynı şekilde her gelişim döneminde çocukların kendine özgü davranışları vardır. Bir davranış, küçük yaşta normal görülürken, daha büyük yaşta davranış sorunu olarak kabul edilir (Weikart, 1998).

Davranış sorunları gösteren çocuklar, arkadaşları tarafından dışlanır ve onlardan öğrenebilecekleri becerilerden yoksun kalır. Çünkü olumlu davranış sergileyen çocuklar daha fazla arkadaş edinerek daha fazla beceri kazanır (Erbaş, 2002). Ayrıca davranış problemleri anaokulunda öğretmenlerin etkinliklerini ve program planlarını gerçekleştirmelerini de zorlaştırır ve daha yavaş ilerlemelerine neden olur (Al-Sahel, 2006).

Ayrıca davranış problemlerinin kaynağını bulmak ve erken müdahale etmek çocuğun gelişimi ve uyumu açısından oldukça önemlidir. Kanlıklıçer (2005) davranış sorunlarının kaynağını şu şekilde sıralamıştır: (a) çocuğun dışlanması ve zorbalık görmesi gibi diğer çocuklarla yaşadığı sorunlar; (b) kendisinden kaynaklanan biyolojik ve fiziksel engellerin yarattığı sorunlar; (c) aile ile okul eğitimi arasındaki uyumsuzluklar. Çocuğun kendi özelliklerinin yanı sıra anne, baba ve çocuk arasındaki karşılıklı iletişim, rol model olan anne ve babanın tutumu gelişmekte olan çocuğun kişiliğini ve davranışlarını etkilemektedir (Yavuzer, 2008). Okul

öncesi dönemdeki çocuklar ve aileleriyle yapılan uzun dönemli bir araştırmada, davranış problemlerinin aileler üzerindeki etkisine ve ailelerin de bu problemleri ortaya çıkmasındaki etkisine bakılmış; her iki tarafın da birbirlerinin yıkıcı davranışlarını örnek aldıkları ve çocukların bir ebeveynden gördüğü yıkıcı davranışı taklit ederek diğer ebeveyne uyguladıkları bulunmuştur (Lavigueur, Saucier ve Tremblay, 1995).

Bunun yanı sıra aile dinamiklerinin davranış problemlerin ortaya çıkmasındaki etkisi yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Anne ve baba arasındaki problemler, aile bütünlüğünün bozulması, çocuğun stresli bir aile ortamında büyümesi, ekonomik zorluklar, çocuğun uzun süre aile dışında kalması, ailenin çocukla yeteri kadar ilgilenememesi, ebeveynlerden biri tarafından terk edilmesi ve baba yokluğu gibi faktörler çocuklarda inatçılık, tırnak yeme, yalan söyleme, alt ıslatma, iştahsızlık ve çalma gibi davranış problemlerine neden olmaktadır (Anselmi ve diğerleri, 2004; Ziyalar, 1984). Aile dinamikleri içinde çocuğun gelişimini ve davranışlarını etkileyen en önemli faktör şüphesiz annedir. Annenin psikolojik problemlerinin olması, çocuğa yeterli ilgi ve sevgi gösterememesi çocuğun duygusal ve bilişsel gelişiminde duraklamaya, bedensel rahatsızlıklara, dikkat eksikliği ve hiperaktiviteye, okula uyum sorunlarına, depresyona, kaygıya, korkuya ve saldırganlık gibi davranış problemlerine neden olmaktadır (Gürşimşek ve diğerleri, 2006). Ayrıca annenin eğitim durumu düştükçe davranış sorunları da artmaktadır (Baran, 1989).

Çocuklarda görülen bu davranış problemlerinin gruplanması uzmanların problemleri tanımlamasına destek olacaktır. Balcıoğlu (2000) çocukların davranış ve uyum sorunlarını dört başlıkta toplamıştır: (1) sürekli sinirlilik, hırçınlık, geçimsizlik, saldırganlık, okuldan kaçma, çalma gibi davranış problemleri; (2) kaygı, korku, endişe, uyku bozuklukları, kekemelik ve tikler gibi duygusal bozukluklar; (3) parmak emme, alt ıslatma, dışkı kaçırmaya gibi alışkanlık bozuklukları; (4) psikoz gibi çocuğun uyumunu her alanda bozan ağır ruhsal bozukluklar. Benzer şekilde Ankey (1992) ise davranış sorunlarını psikotik, alışkanlık ve nevroitik bozukluklar olarak derecelendirmiştir. Weiss, Maciolek ve Reio (2001) davranış sorunlarını: (1) Kaygı ve ilişkili davranışlar: sürekli ağlamaklı olma, suratını asma, donuk olma, yeni ortamlardan kaçma, tırnak yeme, ve olumsuz duygu durum içerisinde bulunma; (2) Yıkıcı saldırgan

davranışlar: diğerlerine fiziksel olarak zarar verme, bağırma, karşılık verme, söz dinlememe; (3) Sosyalleşmeye hazırlık davranışları: paylaşma, yardım etme, diğerlerini rahat ettirme, tartışmayı ve kavgayı durdurabilme, bir başkasını gruba dahil edebilme ve övgüde bulunabilme olmak üzere üç alanda incelemiştir.

Bu davranışlar normal çocuklarda da gözlenir fakat bu davranışların süreklilik göstermesi problemdir. Uyumsuz çocuklarda bu davranışların bazıları ya da çoğu sürekli (Campbell, 1997). Bu tür davranışların ciddi boyutta ve sürekli olması durumunda Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) klavuzu kriterlerine göre tanı konulur. Bu klavuzda çocuklarda görülen ciddi ruhsal bozukluklar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, beslenme bozukluğu, tik bozuklukları, pika, konuşmazlık, ayrılma anksiyetesi, enkoprezis, enürezis, tepkisel bağlanma bozuklukları, çocukluk çağı depresyonu, özgül fobi, sosyal kaygı bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu olarak sıralanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Yıkıcı davranış bozuklukları ise karşıt olma- karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu olarak iki başlıkta incelenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007). Karşıt olma-karşı gelme bozukluğunda çocuklar yetişkinlerle sık tartışır, onların kurallarına uymayı kabul etmez, başkalarını kasıtlı rahatsız eder, hatalarından başkalarını sorumlu tutar, nefret dolu davranır, sürekli başkalarının sınırlarını zorlar ve direnç gösterirler ancak şiddet uygulamazlar. Davranım bozukluğu, başta bireyin kendisini daha sonra çevresini olumsuz yönde etkilemektedir. DSM-V-TR tanı ölçütlerine göre; davranım bozukluğu son 1 yıl içinde, insanlara ve hayvanlara yönelik saldırgan tavırlar sergileme ve şiddet uygulama, tehdit etme, sürekli bir kavgaya karışma hali, sık sık okuldan ve evden kaçma, yalan söyleme, hırsızlık, gasp etme, yangın çıkarma, başkalarını cinsel eyleme zorlama, cinsel içerikli yazışmalar, yanında zarar verici eşya taşıma gibi davranışlardan en az üçünün olduğu ve en az bir kriterinin son 6 ayda görüldüğü yineleyici ve sürekli davranış örüntüsüdür. Bu belirtilerin 10 yaşından önce gözlemlenmesi “çocukluk dönemi”, 10 yaş ve sonrasında gözlemlenmesi “ergenlik dönemi” davranım bozukluğu olarak tanımlanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).



Çocukluk dönemi ortaya çıkan davranım bozukluğu başka problemlere neden olması ve daha kalıcı olması açısından seyri daha ciddidir. Yapılan araştırmalar okul öncesi dönemde ortaya çıkan davranış problemlerinin ergenlikte devam etme oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Shaw ve diğerleri (1998) okul öncesi dönemdeki çocuklarla yaptıkları çalışmada, çocukların % 50'sinin davranış sorunlarını ilköğretim ve ortaöğretim çağında göstermeye devam ettiğini bulmuştur. Keenan ve diğerleri (1999) ise 2 yaşından itibaren gözlemlenen saldırganlık ve itaatsizlik gibi mizaç ve davranış sorunlarının, sonraki yaşlarda davranış problemlerinin işareti olduğunu belirtmiştir. Campell ve Ewing (1990) yaptığı kapsamlı bir araştırmada 3 yaşından önce aileleri tarafından başa çıkması güç olarak tanımlanan çocukların problemleri anaokulu döneminde de devam ediyorsa, 9 yaşında DSM-IV-TR tanı kriterine göre yıkıcı davranış problemleri tanısı alma olasılığın % 90 olduğunu bulmuştur. Erken çocukluk dönemindeki DSM tanı kriterini karşılamayan belirtilerinin erken dönemde fark edilip önlem alınması daha ciddi problemlerin önüne geçecektir. Bu belirtileri erken fark etmek amacıyla geliştirilen Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği'nde davranış sorunları, üç başlık altında incelemektedir;

- Kavgacı-saldırgan olmak: Kavgacı olmak, bencil olmak ve zorbalık gibi davranışları içerir.
- Endişeli-ağlamaklı olmak: Endişeli, korku dolu olma, tik ve konuşma bozuklukları, ifade zorlukları gibi davranışları içerir.
- Aşırı Hareketli-Dikkatsiz olmak: Hareketlerini kontrol etmekte zorluk, sakin olmama, kıpır kıpır olma ve dikkatsizliği içerir (Kanlıklıçer, 2005: 24-31).

Aşağıda bu davranış sorunları detaylı bir şekilde incelenmiştir.

## 2.2.1. Kavgacı ve Saldırgan Davranışlar

Kavgacı ve saldırgan olma kategorisi zorbalık, kavgacı ve bencil olmak gibi davranışları içerir (Kanlıklıçer, 2005). Küçük çocuklar duygularını kontrol etmekte zorlanır ve stresli bir durumla karşılaştıklarında vurma, itme, tepinme ve bağırma gibi tepkiler verir. Çocukların yaşı büyüdükçe bu saldırgan davranışların derecesi artar ve başkalarına zarar verecek davranışlar sergiler.

Kültürden kültüre saldırgan olarak kabul edilen davranışlar değiştiği için saldırganlığı tanımlamak zordur. Bir davranış bir toplumda saldırganlık olarak kabul edilirken, başka bir toplumda tam tersi doğrudur. Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde saldırganlık, “saldırgan olma durumu, saldırgan bir biçimde davranma ve bireyin kendi düşünce ve davranışlarını dıştaki direnmelere karşı, zorla karşısındakine benimsetme çabası” olarak tanımlanmıştır (TDK, 1998).

Saldırganlık, aşırı hareketlilik gibi “dışa” yansıtılan; endişe, korku ve dikkat problemleri gibi “içe” yansıtılan davranışlar olarak iki türdür (Halpern, 2004). Çocuk içinden gelen saldırganlığı bebeklik döneminde olduğu gibi dışa vurur. İstekleri engellenen bebek ağlayarak, altını ıslatarak, soluğunu tutarak, morararak ve kusarak öfkesini gösterir. Yürümeye başladığında ise vurarak, atarak, ısırarak, yere yatarak saldırganlığını boşaltır. Bazen de dışa vurmadığı düşmanca duygularını başını duvara vurarak kendisine yöneltir (Yenibaş, 2002, s.140). Ayrıca çocuklar büyürken yetişkinler gibi stresli bir durumla başa çıkma yolu olarak saldırgan davranışlar sergilerler. Genellikle şiddet, saldırganlık ve öfke karıştırılan kavramlardır. Saldırganlığın daha iyi anlaşılabilmesi için saldırganlıkla yakından ilişkili olan bu kavramların da açıklanması gerekir (Yavuz-Gümüş, 2011). Şiddet, saldırganlığın davranışa yansımış halidir ve saldırganlığın altında yer alır. Olweus’a (1999) göre şiddet, bireyin fiziksel olarak ya da herhangi bir nesne kullanarak, diğer bireyi ciddi biçimde yaralaması ya da zarar vermesidir. Aslında temelde şiddet de bir saldırganlık biçimidir fakat fiziksel gücün kullanımına dayalıdır ve eşit olmayan güç ilişkisi, sürekli olması ve kasıtlı yapılması gibi özellikleri barındırır.

Öfke ile saldırganlık arasındaki ilişkiyi ise şu şekilde açıklayabiliriz: öfke, insandaki en doğal duygulardan biridir ve saldırganlığın duygusal

temellerinden birini oluşturur. Bireyin, kaygı ve korku gibi rahatsız edici bir durumda verdiği ilk tepkilerden biri öfkelenmektir. Saldırganlık ise genellikle öfkenin doğrudan ifadesi olarak ortaya çıkar (Köknel, 1995). Kısacası öfke kavramı bir duyguyu, saldırganlık kavramı ise bir davranışı ifade etmektedir.

Saldırgan davranışların nedenlerini bilmek, çocuğun uyumlu davranış geliştirmesi ve arkadaş ilişkilerinin iyileştirmesi için oldukça önemlidir. Saldırganlığın tanımı gibi kaynağı da kuramcılar tarafından farklı şekilde açıklanmaktadır. Bu kuramları şu şekilde gruplayabiliriz; (a) saldırganlığın doğuştan kazanılmış bir özellik olduğunu vurgulayan psikanalitik, etiyoloji ve biyoloji kuramları; (b) saldırganlığın sosyalleşme sürecinde öğrendiğini savunan sosyal öğrenme, engellenme-saldırganlık ve şiddetin kuşaklar arası geçiş kuramı; (c) Fromn, Rusell gibi araştırmacılar ve genel saldırganlık modeli gibi bu iki görüşü de belli oranda kabul eden eklektik yaklaşımlar (Gümüş Yavuz, 2011).

Psikanalitik, etiyoloji ve biyoloji kuramı gibi içgüdü kuramları saldırganlığı içgüdüsel ve biyolojik nedenlere bağlar ve açlık, susuzluk ve cinsel uyarılma gibi doğuştan gelen, insanın doğasında yer alan bir eğilim olarak tanımlar. Bu görüşlerini ise saldırganlık davranışının tüm türlerde gözlenen ortak bir davranış olmasına dayandırır (Gümüş Yavuz, 2011).

Sosyal öğrenme, engellenme-saldırganlık ve şiddetin kuşaklararası geçiş kuramları, saldırganlığın toplumsallaşma sürecinde öğrenilen bir davranış olduğunu savunur. İçgüdü kuramının aksine öğrenme kuramı, saldırganlığın birkaç nedenden değil, direkt olarak saldırganlığa maruz kalma, saldırgan modeller, çevrede strese neden olan kalabalık, gürültü ve sıcaklık gibi çok çeşitli nedenlerden dolayı ortaya çıkabileceğini ve çeşitli koşullar altında artabileceğini savunur (Gümüş Yavuz, 2011). Bandura yaptığı deneylerden birinde, deney grubu olan çocuklara oyuncak bebeğe saldıran yetişkinlerin olduğu filmler; kontrol grubuna ise saldırgan davranışları olmayan yetişkinlerin olduğu filmler seyrettirmiştir. Daha sonra çocuklar, gözlem odasında oyuncak bebekle tek başına bırakılmış ve deney grubundaki çocukların oyuncak bebeğe karşı saldırgan davranışlarında kontrol grubuna göre anlamlı bir artışın olduğu gözlenmiştir (Bandura, Ross, and Ross, 1963a, akt. Gümüş Yavuz, 2011).

Bandura bu deneylerden sonra saldırganlığın, tepkilerin pekiştirilmesi ve modelden öğrenme olmak üzere iki şekilde öğrenildiği sonucuna varmıştır. Anne-babalar tarafından verilen ceza, saldırgan davranışların onaylanması, övülmesi ve saldırgan davranışlar sayesinde istediğini elde etmek pekiştirme; çocuğun çevresinde bulunan saldırgan nitelikteki modelleri gözlemleyerek öğrenmesi ise modelden öğrenme örneğidir (Gümüş Yavuz, 2011). Benzer şekilde günümüzde psikologların birçoğu saldırganlığın yalnız doğuştan gelen faktörlere indirgenemeyeceği, öğrenmenin saldırganlık davranışının türü ve miktarı üzerindeki önemli etkiye sahip olduğunu savunur.

Ailedeki sorunlar, çatışma ve huzursuzluk kavga ile çözümleniyorsa çocuk da sorunlarını çözerken aynı yolları kullanır. Kağıtçıbaşı'na (1999) göre eğer anne babalar birbirlerine öfkeli ve saldırganlık içeren davranışlarda bulunuyor ve çocuklar çevresinde sorunların öfke ve saldırganlık yoluyla çözüldüğünü görüyorsa, saldırganlığı sorun çözme yolu olarak öğrenirler ve bunu kendi yaşamlarında uygularlar. Okul öncesi çocuklar ve aileleriyle yapılan bir çalışmada, saldırganlığın saldırganlık içeren problem çözme kalıpları ve annelerinin sert disiplin uygulaması ile ilgili olduğu ortaya çıkmıştır (Pettit ve diğerleri, 2002).

Tremblay, Nagin ve Sequin (2004), 5 aylıktan 42 aya kadar takip ettiği 502 çocuk ve anneleri ile yaptığı kapsamlı çalışmada yüksek düzeyde saldırganlık problemi gösteren çocukların düşük sosyoekonomik statüden geldiği, küçük kardeşe sahip oldukları, annelerinin küçük yaşta anne olduğu, hamilelik sırasında sigara kullandıkları, okudukları okulda disiplin sorunları yaşadıkları ve saldırgan davranışlar gösterdikleri görülmüş ve bu çocukların, ailelerinden olumsuz sosyal davranışları öğrendikleri ve uyguladıkları ortaya çıkmıştır. Daly ve Wilson (1985), fiziksel olarak hırpalanmış ve hırpalanmamış 5 yaşındaki çocukların saldırganlık puanları karşılaştırılmış ve fiziksel olarak hırpalanmış çocukların saldırganlık puanlarının daha yüksek olduğunu görülmüştür. Kalaycıoğlu ve Rittersberger (1995) şiddeti öğrenme konusunda aile içi şiddetin nesilden nesile geçtiğini ifade etmiş ve şiddet döngüsü olabileceğini savunmuştur. Bunların yanı sıra çocuk akran ilişkisi, sevgi yetersizliği, ölüm, boşanma veya terk edilme gibi durumlarla ailenin dağılması

sonucu çocuğun duygusal açıdan zarar görmesi de saldırganlığa neden olabilmektedir (Olwens, 1981; Stein, 1997, akt. Kanlıklıçer, 2005).

### **2.2.2. Endişeli ve Ağlamaklı Olma Davranışı**

Çocuklarda görülen diğer davranış problemlerinden biri de endişeli ve ağlamaklı olma durumudur. Bu kategori, endişe, korku dolu olma, tik ve konuşma bozuklukları gibi ifade zorluklarını içerir (Kanlıklıçer, 2005). Bu davranışların temelinde kaygı ve korkular vardır. Kaygı, iç ve dış dünyadan kaynaklanan tehlike olasılığında ya da tehlikeli olarak algılanan bir durum karşısında yaşanan bir duygudur ve birey sanki bir şey olacakmış gibi kendini alarm durumunda hisseder (Işık, 1996).

Çocuklarda kaygı yaratan durumlar ruhsal tepkilerinin temellerini oluşturur. Bebeklik döneminde anneye bağımlı olan bebeğin temel ihtiyaçlarının karşılanmaması ya da bağımsız davranmasına izin vermeyecek düzeyde koruyucu yaklaşılması çocukta güvensizlik ve kaygı yaratır (Yavuz, 2016). Günlük hayattaki rutinlerini etkileyen herhangi bir şeyin yitimi, aniden memeden kesilme gibi yoksunluklar da bebeklerde kaygıya neden olur. Erkek çocuklarda iğdiş edilme, kızlarda ise cinsel organının erkeklerden farklı olduğunun 3-4 yaşlarında anlaşılması kaygı yaratırken, ilerleyen yaşlarda okula başlama, kardeşinin doğumu, arkadaş edinememe, arkadaşları tarafından istenmeme gibi durumlar kaygı yaratır. Ergenlikte ise anne-babanın baskıcı tutumları, bireyin fiziki görünüşü, varlığını tehdit eden tehlikeler, içsel çatışmalar, sosyal çatışmalar, arkadaş ilişkileri ve karşı cinsle kurulan ilişkiler kaygı yaratabilir (Çifter, 1985).

Korku ve kaygılar okul öncesi dönemde sıklıkla görülür (Ankay, 1992). Çocuklarda görülen korkular yaşa bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Çocuğun gelişimiyle paralel olarak anneden ayrılma kaygısı, kardeş kaygısı, okul kaygısı ve arkadaş edinme kaygısı gibi kaygıları yaşaması normaldir. Çocukların hayatlarında farklı olaylara bağlı olarak yaşadığı bu tür kaygılar normal sayılırken, çok farklı bir durum yokken sürekli kaygı yaşaması patolojik olarak değerlendirilir (Çifter, 1985; Sims ve Owen, 1993).

Çocuklarda sık görülen korku türü okul korkusudur. Okul korkusunun okula gitmek istememe ve gitmeme durumu olarak kendini gösterir ve okul öncesi dönemde ağlama, tepinme, kusma gibi belirtileri içerir. Okul korkusunun kaynağında anneden ayrılma korkusu vardır. Bu durum aile bireylerinin birbirine bağlılığı ve bağımlılığından kaynaklanır ve bir aile nevrozudur (Öztürk, 1997: 421). Baklaya ve Tuğrul (1998), okul öncesi eğitime devam eden 3-6 yaş arasındaki 200 çocukla okula uyum sürecini etkileyen faktörleri araştırmış ve araştırma sonucunda, 3-4 yaşlarındaki çocukların 5-6 yaş çocuklarından, kız çocuklarının erkeklerden, kardeşi olmayan çocukların olanlardan daha kaygılı olduğunu bulmuştur. İlk yıllarda başlayan bu tür korkular, çocukların yaşantılarının zenginleşmesi ile ortadan kalkmaya başlar.

Okul öncesi dönemde çocukların sözel yetenekleri kısıtlı olduğu için kaygıları genelde depresif görünüm, içe kapanma, uyku ve iştah bozuklukları olarak kendini gösterir. Miller'a (2004) göre anaokulu çocukları arasında korkuların yaygın olmasının nedeni, 3-4 yaş civarında zengin hayal dünyalarında fanteziyle ilgili gerçeği birbirinden ayırt etmekte zorluk yaşamaları ve hayallerini abartmalarıdır. Benzer şekilde küçük çocuklar korku ve kaygılarını da abartma eğilimindedirler. Bu gerçeği değerlendirme yeteneklerinin zayıf olmasından kaynaklanır. Çocuklar yaşadıkları korkuları gerçek sandıkları gibi başkalarının da aynı korkuları yaşadıklarına inanırlar. Kaygı ve korkularını dışarı vuramayan çocuklar da kendileriyle savaşır ve yorgun düşerler. En küçük bir dış baskıda dengeleri kolayca bozulur (Yörükoğlu, 1978: 217).

Okul öncesi dönemdeki çocukların yaşadıkları geçmiş deneyimleri de korkuya sebep olur. Çocuklar yaşadıkları olumsuz bir deneyimi tekrar tekrar yaşayacağını düşünür ve bu nedenle yoğun korku yaşarlar. Ayrıca duydukları, gördükleri ve televizyonda izledikleri şeyler çocukların korkularının kaynağını oluşturur. Bu nedenle korku reaksiyonunun gelişmesinde; bir olayın doğrudan çocuğun başına gelmesinin yanı sıra, çevresinden edindiği bilgiler de aynı rolü oynayabilir (Yavuz, 2016).

Okul öncesi dönemde kaygı kadar tikler, konuşmada takılma ve kekemelik gibi sorunlar da çok sık görülür. Özellikle konuşma ritminde

duraklamalar çocuklar arasında sık karşılaşılan bir sorundur. Böyle bir dönemde aile çocuğa, “Yavaş konuş”, “Öyle konuşma”, “Nefes al önce” gibi sözlerle baskı yapmazsa, süreç rahat atlatılır ve akıcılıktaki bu sorun kalıcı hale gelmez. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yayınladığı Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması’na (International Classification of Diseases, ICD) göre kekemelik, “söylemek istediğini bilmesine karşın, bir sesin istem dışı tekrarlanması veya kesilmesi sonucu, kişinin söylemek istediğini söyleyememesine neden olan konuşma ritmindeki bozukluklar” olarak ifade edilmektedir (DSÖ, 1992).

Tikler ise motor ya da vocal kasların istemsiz kasılmaları sonucu ortaya çıkan; ani, aralıklı ve ritmik olmayan istemsiz hareketlerdir. Motor tikler, göz kırpması, baş sallama ve omuz silme gibi basit hareketler olabileceği gibi birçok istemsiz hareketin aynı anda ortaya çıktığı kompleks tikler de olabilir. Vokal tikler de basit boğaz temizleme sesinden karmaşık sesler çıkarmaya, çeşitli konuşma bozukluklarından koprolaliye kadar değişkenlik gösterebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

### **2.2.3. Dikkatsizlik ve Aşırı Hareketlilik**

Aşırı hareketli ve dikkatsiz olma kategorisi, kıpır kıpır olma, hareketlerini kontrol etmekte zorlanma ve dikkatsizliği içerir (Kanlıklıçer, 2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Küçük çocuklarda bu bozukluğun daha hafif belirtileri dikkat çekmektedir. Ergenlik öncesi dönemdeki çocuklarda görülme sıklığı %3 ile %7 arasında değişmekte ve erkeklerde kızlara oranla 2-9 kat daha sık görülmektedir. DEHB, çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan ataklık, dikkat süresinin kısalığı ve hiperaktivite ve zayıf akran ilişkileri ile kendini gösteren; çocuk psikiyatrisi alanında üzerinde en çok araştırma yapılmış bozukluklardan biridir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DEHB tanısı alan çocuklar aşırı hareketlidir ve arkadaşlık ilişkilerinde uzun süreli değildir. Düşünmeden akıllarına geleni yapar. Engelleme ve

kurallara uyma dayanıklılıkları düşüktür (Ankay, 1992: 112). Bu çocuklar zihinsel çaba gerektiren etkinliklerden kaçma, okul çalışmalarında dikkatsiz hatalar yapma, ayrıntılara inmede ve okul işlerini ve faaliyetleri tamamlamada başarısızlık gösterme gibi davranışlar sergilemektedirler (Reis, 2002: 175).

DEHB tanısı pek çok çocukta ilkokula başladıktan sonra konulsa da iki yaşına kadar olan çocukların bu bozukluğa sahip olduğu tanımlanır. Cutspec (2003), dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik üzerine 10.000'e yakın makale taramış ve makalelerin sadece %10'unun okul öncesi dönemdeki çocuklar üzerine yapılan araştırmalardan elde edildiğini görülmüştür. Bu makale sonuçlarına göre 7 yaş ve sonrasında DEHB tanısı almış çocukların, 7 yaşından önce de belirtilere sahip olduğu görülmüştür. Bebekliklerinde dikkatsiz ve aşırı hareketli olan çocuklar, yürümeye başladıklarında dikkatsizlik ve dağınıklık gibi davranışları sergilemiş, okul öncesi dönemde ise dürtüsellik, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve zayıf akran ilişkileri gibi davranış sorunları yaşamıştır.

DEHB belirtileri küçük çocuklarda gözlenmesine rağmen bu yaşlardaki çocuklara tanı koymak şu zorlukları içermektedir: (a) küçük çocuklarda uygun ya da uygunsuz davranışın yaşla birlikte değişmesi; (b) hareketlilik ve dikkatsizliğin başka hastalıkların yan belirtisi olma ihtimali; (c) çevresel faktörlerin bu yaş grubu üzerinde çok büyük etkisi olması; (d) resmi değerlendirme araçlarının genellikle küçük çocuklar için geliştirilmemiş olması; (e) gelişim evrelerinin çocuklar arasında değişiklik göstermesi (Kanlıklıçer, 2005: 31).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5'te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) DEHB tanısı, dikkat eksiliği, hiperaktif-dürtüsel ve birleşik tip olmak üzere üç grupta incelenmiştir. **Dikkat eksikliği** kategorisinde; detaylara dikkat etmeme, sürekli hata yapma, dikkatini korumada sıkıntı yaşama ev kolayca dağılma, dinlemez görünme, verilen komutları izlemede güçlük çekme, organizasyon sorunu yaşama ve eşyalarını kaybetme, günlük işlerini unutma ve yoğun düşünme gerektiren işlerden kaçınma gibi belirtiler belirgindir.



**Hiperaktif-dürtüsellik** kategorisinde ise durduğu yerde duramama, ellerin, ayakların kıpır kıpır olması, uzun süre oturmada sıkıntı yaşama, çocukken koşma ya da tırmanma davranışı, yetişkinlikte yerinde duramama, sessizce bir şeyle meşgul olmada sıkıntı yaşama, motor takılmış gibi veya düz duvara tırmanırcasına hareketli olma, çok konuşma, karşıdaki kişi sorusunu bitirmeden cevap verme, bekleme gerektiren ya da sırayla yapılan işlerde sıkıntı yaşama ve başkalarının sözünü kesme gibi belirtiler belirgindir. Birleşik kategorisinde ise dikkat eksikliği ve hiperaktif-dürtüsellik grubundan da belirtilere rastlanır. Bu tanıyı alabilmesi için bu belirtilerin en az altısı, en az 6 ay süreyle ısrarla devam etmeli ve/veya giderek artmalı, öğrenme güçlükleri yaşanmalı ve uyum sorunları yaratmalıdır. DEHB, sadece çocukluk dönemlerinde işlevselliğini etkilemez, tedavi edilmez ise daha sonraki yaşam dönemlerinde de bireyin sosyal ve eğitimsel sorunlar yaşanmasına neden olabilir. Bu nedenle hastalığın erken teşhis edilerek tedavi edilmesi önem taşımaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DEHB'li çocuklar çok hareketli oldukları için dikkatlerini belirli bir konuya odaklayamazlar ve zekaları üstün olsa bile bu akademik başarılarına yansımaz. Araştırmalar okul öncesi dönemde dikkat problemi olan çocukların sonraki yıllardaki akademik başarılarının düşük olduğunu göstermektedir. Barrigo ve diğerleri (2002), yaptıkları bir araştırmada, okul öncesi dönemde görülen dikkat problemi ve tedavi edilemeyen dikkat probleminin sonraki okul performansını ciddi boyutlarda etkilediğini ve not ortalamasını düşürdüğünü ortaya koymuştur. Bu nedenle erken dönemde yapılacak tedaviler çocukların ileri yaşlardaki uyumlarını ve başarılarını olumlu yönde etkileyecektir (akt. Kanlıklıçer, 2005: 119).

DEHB'in ruhsal nedenlerden çok yapısal bir bozukluktan kaynaklandığına dair görüşler yaygındır. Çünkü aşırı hareketlilik dışında bedensel bir bozuklukları yoktur. Kimi çocukta denge bozuklukları olabileceği gibi kimi çocukta da algılama bozuklukları ile de kendisini gösterebilir (Yörükoğlu, 1978: 265). Yapılan çalışmalar, DEHB'nin nöropsikiyatrik bir bozukluk olduğunu, beynin işlevsel ve morfolojik anormalliklerinin bu bozukluğun etyolojisinde rol oynadığını desteklemektedir. Yeni görüntüleme

teknikleriyle beynin fonksiyonel aktivitesinin değerlendirilmesi araştırmacıları DEHB'de olası nörobiyolojik etkenlere odaklanmaya yöneltmiştir (Hanwella ve diğerleri, 2011). DEHB’i inceleyen çalışmalar fizyolojik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörleri de vurgulamaktadır. DEHB’li çocuklar oldukça düzenli ve açık kuralları olan bir evde yetiştirilirse ve doğru davranışlar vurgulanırsa, bu çocukların daha yumuşak bir yapı gösterdikleri vurgulanmaktadır (Braun ve diğerleri, 2006).

### 2.3. Kaygı

İnsanoğlunun temel duygularından biri olan kaygı (Öner ve Le Compte, 1985), Latince “anxious” kelimesinden türetildiği ifade edilmektedir (Beck ve diğerleri, 1985). Bu kelime incelendiğinde, boğulma ve nefesi kesilme anlamlarına gelen Latince “angere”den geldiği anlaşılmaktadır (Aydın, 2016). Dilimizde ise kaygının, üzüntü ve endişe duyulan düşünce, tasa anlamında kullanıldığı görülmektedir (TDK, 2017). Tüm bunların yanı sıra psikoloji alanyazın incelendiğinde kaygı, gerilme, endişe ve üzüntü gibi öznel duyguların uyarılmasıyla şekillenen ve hoşla gitmeyen duygusal durum olarak nitelendirilmektedir (Spielberger, 1972). Başka bir ifadeyle kaygı, bireyin yaşamını tehdit eden veya tehdit olarak algılanan, huzursuzluk yaratan korku ve endişe duygusudur.

Klinik durumlarda “anksiyete” kavramı olarak da kullanılan “kaygı” için sıkıntı, bunalma, boğulma, can sıkıntısı gibi ifadelerin kullanıldığı görülmekte ve ayırıcı özellik olarak da kaygının nedeni belirsiz ya da nedensiz olarak gerçekleşmesidir (Kara, 2008). Dolayısıyla bilişsel süreçler kaygının oluşmasında önemli bir role sahiptir.

Kaygı sonucunda bireyler, çeşitli fiziksel ve ruhsal sorunlar ve yakınmalar yaşayabilmektedir. Köknel’e (1982) göre kaygı yaşayan bireylerde ağız kuruluğu, baş dönmesi, çarpıntı, halsizlik, tansiyon, mide sorunları, titreme ve terleme gibi fiziksel sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlarla birlikte kaygı, sesin değişmesi, suratın solması ve ağzın kuruması gibi de sonuçlar da oluşturabilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1995). Ruhsal açıdan incelendiğinde ise

kaygının bireylerde huzursuzluğa, gerilime, gerginliğe ve paniğe neden olabileceği aktarılmaktadır (Kaya ve Varol, 2004; Köknel, 1982).

Kaygı ile korku kavramların birbirleri ile karıştırıldıklarına sıkça rastlanılmaktadır. Bu bakımdan bu iki kavramın farklarına dikkat çekmekte yarar vardır. Yukarıda da değinildiği üzere kaygı belirli bir durum ya da nesneye bağlı olarak gerçekleşmemekte, nedeni ve kaynağı tam olarak saptanamamaktadır. Diğer taraftan korku da ise belirgin bir durum ya da nesne karşısında bireyin vermiş olduğu tepkiden söz edilmektedir. Örneğin yüksek sesli bir gök gürültüsünden bir birey korkabilir ve bu korkusunun kaynağını kolayca ifade edebilir. Ancak kaygı için bu söz konusu olmayabilir. Kaygılanan bir bireye kaygısının nedenini sorulduğunda genelde “bilmiyorum” cevabıyla karşılaşılır. Kaygı ile korku arasındaki ayırmada, kaynağın belirginliğinin yanı sıra şiddet ve süre açısından da farklılıklar bulunmaktadır. Korku kaygıya göre daha şiddetlidir, bununla birlikte korku kaygıya göre daha kısa sürmektedir (Cüceloğlu, 2012).

Kaygı, yalnızca dış dünyada olup biten nesnel durumlardan değil, aynı zamanda bireyin içsel yaşantıları, dürtüleri, geçmiş yaşantıları nedeniyle de ortaya çıkabilir (İşlek, 2016). Dolayısıyla kaygıyı daha detaylı anlayabilmek amacıyla kuramların görüşlerinin irdelenmesi gerekmektedir.

Kaygıyı, ruh bilimi alanında ilk defa kullanan bilim insanının Sigmund Freud olduğu belirtilmektedir (McCabe ve diğerleri, 2003). Freud, bireylerin ilk kaygılarını doğum anında yaşadıklarını ile açıklamaktadır. Psikanalitik kurama göre kaygı, fiziksel ya da sosyal çevreden gelebilecek tehlikeli durumlara yönelik bireyi, tetikte tutma, uyarma ve uyum sağlama mekanizmasını harekete geçirme ile yaşamını sürdürebilmeleri açısından işlevsel katkı sunduğu anlaşılmaktadır (Tokuşçu, 2006). Diğer taraftan kaygı, irrasyonel bir durum alırsa uyum sağlayıcı işlevini kaybetmekte ve bireyler için normal dışı davranışların meydana gelmesine sebep olabilmektedir.

Freud'un yanı sıra psikanalitik görüş içerisinde Karen Horney kaygı üzerine düşüncelerini dile getirmiştir. Tehlike algısı durumunda beliren bir duygu olarak kaygıyı nitelendiren Horney (1998), kaygının onaylanmamış bir

çocukluk döneminden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Freud'un aksine Horney, kaygıyı uyum işlevine sahip görmemiş, ağır ve katlanılması zor bir duygu olarak ifade etmiştir.

Psikanalitik kuramla birlikte Bilişsel kuram da kaygı ile ilgili görüşler geliştirmiştir. Bilişsel kurama göre kaygının kökeninde bilişsel çarpıtmalar, başka bir ifadeyle bireylerin abartılı, seçici, küçümseyici, aşırı genelleyici ve etiketleyici otomatik düşünceleri yer almaktadır. Bu şekildeki bireyler kaygı bozukluğu potansiyeline sahip görülmektedir. Bilişsel kuramda başat mekanizmasının eksikliği ile işlevsiz düşünce, inançlar ve bilişsel değerlendirmeler, bireyleri kaygıya karşı eğilimli kılmaktadır (Beck ve diğerleri, 1985). Bununla birlikte tehlikeli durumlarda bireylerin şemalarının da kaygı bozukluğunda önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (Beck, 2009).

Davranışçı kuramda kaygı öğrenmenin bir ürünü olarak değerlendirilmektedir. Tepki şartlaması açısından kaygı, koşulsuz bir tepki olarak koşulsuz bir uyarıcı tarafından meydana getirilmektedir. Bu arada koşullu bir uyarıcı ile koşulsuz uyarıcı bitişikleştirilerek ve eşleştirilerek tekrar eden koşullu uyarıcı sonunda da bireyler, yine koşullu tepki olarak kaygı yaşayabilmektedirler. Ayrıca, kaygının kaçınma/kaçma koşullanması ile de oluşabileceği öne sürülmektedir (Cain ve LeDoux, 2008). Ardından bireyler tepki genellemesi ile kaygıyı yaşam boyu sürdürebilmektedirler.

Son olarak varoluşçu kuramdan da kaygı ile ilgili bilgiler edinilmektedir. Bu kurama göre bireylerin kendi varoluş sorumluluklarını üzerlerine almadaki karşılaşılan güçlükler kaygıya yol açabilir. Ayrıca ölüm zamanının bilinmemesi de bireylerin kaygılarının artmasına neden olabilmektedir (Yalom, 2001). Nitekim, Kierkegaard da kaygının ölüme kadar devam edece bir hastalık olduğunu vurgulamıştır (Cesur, 2017). Diğer bir varoluşçu bilim insanı olan Heidegger'e göre de bireyler kendi varoluşları için bir sebep aramakta ve bu arayış neticesinde yalnızlıklarının farkına vararak kaygıları artmaktadır (Tokuçcu, 2006).

Kaygıyı daha iyi betimleyebilmek amacıyla araştırmacılar, kaygıyı farklı

türde kavramlaştırdıkları görülmektedir. Öncelikle Freud'un kaygı için ortaya koyduğu üç türe değinilecektir; gerçeklik (nesnel) kaygısı, nevrotik kaygı ve ahlaki (moral) kaygı.

Gerçeklik kaygısında dış dünyadan gelebilecek ve bireye zarar verebilecek tehditlerin oluşturduğu kaygı ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle bu kaygı dünyadaki nesnel tehlikelerin korkusundan kaynaklanmaktadır. Nevrotik kaygı da bireyler kaygılarının farkında olmadan, içgüdülerini kontrol edemedikleri için, meydana gelen sonuçlardan ve verilecek olan tepkilerden korktuklarından dolayı oluşan korkuları betimlemektedir (Özdemir, 2013). Ahlaki kaygı da ise geçmişte yapılan farklı bir davranışın cezalandırılması sonucunda sonradan yeni cezalarında gelebileceğine yönelik bir nevi suçluluğu ve utancı barındıran kaygıyı içermektedir (İşlek, 2016).

### **2.3.1. Kaygı Türleri**

Tüm bunlara ek olarak Freud (2013) travmatik ve sinyal kaygısında da bahsetmektedir. Travmatik kaygıda, bireyin egosunun içsel veya dışsal kökenli bir tehdit durumunda baskılanması ve başa çıkılamaz olunmasıdır. Sinyal kaygısı ise bir nevi savunma mekanizmasını harekete geçirici işlev görmekte ve egonun travmatik kaygı sonucunda baskılanmasına karşı buz kırıcı bir rol üstlenmektedir (Clemens, 2003).

Son olarak Spielberger'in kaygıyı "sürekli kaygı" ve "durumluk kaygı" olmak üzere ikiye ayırdığı görülmektedir. Sürekli kaygı, bireyin bir kişilik özelliği olarak kaygılanmaya meyilli olduğunu ifade etmektedir (Eysenck, 2004). Sürekli kaygıya sahip bireylerin en belirgin özelliklerinden biri olarak hata yapma korkularının yüksek olması gösterilmektedir (Spielberger, 1972). Durumluk kaygı ile belirtilmek istenen ise bireylerin belirli bir zaman diliminde yoğunluk açısından değişkenlik gösteren geçici kaygısal durumudur. Durumluk kaygı, birey için tehdit edici bir durumun varlığı ile ortaya çıkabilir, ardından kaygı düzeyi azalabilir.

### 2.3.2. Çalışanlarda Kaygı

Kaygı, çalışanlarda farklı düzeyde ve farklı nedenlerle kendini gösterebilir. Özellikle çocuklarla ilgilenilen işlerde çalışıldığında mesleki anlamda kaygı yaşanmasının kaçınılmaz olduğu anlaşılmaktadır. Çocuk eğiticileri için rol ve sorumlulukların tam olarak netleştirilememesi, başka bir ifadeyle rol belirsizliği, davranış problemleriyle uğraşmak, iletişim sorunları yaşamak bireylerde kaygıyı tetikleyebilmektedir (Riggs, 2002).

Ülkemizde çalışanlarla yapılan kaygı araştırmalarına göre, kaygının, iyimserlik duyguların ve ruh halinin düzenlenmesi ile negatif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Ağal, 2015). Bununla birlikte aynı çalışmada, kaygının duygusal zeka ile negatif yöndeki ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Deniz'in (2015) çalışanların kaygılarını incelediği çalışmasında da kaygı ile depresyon arasında pozitif yönde güçlü ilişki bulunmuştur. Bu araştırmada kaygının obsesif-kompulsif bozukluk ile de pozitif yönde ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

### 2.4. Öz-Yeterlik

Öz-yeterlik, Albert Bandura tarafından psikolojiye kazandırılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Schultz ve Schultz, 2007). Dolayısıyla öz-yeterliği iyi anlamlandırabilmek amacıyla Bandura'nın geliştirmiş olduğu ve öz-yeterliğinde ortaya çıktığı Sosyal Bilişsel Kuram'a kısa değinilmesinde yarar vardır. Sosyal Bilişsel Kuram, bireyleri edilgen birer varlık olarak görülmemekte ve zihinsel süreçleri, başka bir ifadeyle düşünmeyi kullanarak etkin bir varlık olduklarını belirtmektedir (Burger, 2006). Bu kurama göre bireyler yalnızca içsel ya da yalnızca dışsal uyarıcılar tarafından hareket ettirilmemektedir (Bandura, 1997). Bandura'nın karşılıklı belirleyicilik olarak nitelendirdiği modele göre içsel ve dışsal uyarıcıların hepsi birbirilerini etkileyebilmektedir. Daha açık ifade etmek gerekirse; kişisel faktörler, çevresel faktörler ve davranış bir döngü halinde birbirlerini yönlendirebilmektedir. Belirtilen bu modele göre kimi zaman kişisel faktörlerden kaynaklı olarak çevresel faktörler şekillenebilmekte ya da davranış etkilenebilmektedir. Bunlarla birlikte aynı zamanda bireyin bir

davranışından kaynaklı olarak çevresel faktörler değişebilmektedir. Bu noktada karşılıklı belirleyicilik modelinin, kişisel faktörler bağlamında yer alan öz-yeterlik bireyler için oldukça önemli hale gelmektedir (Smith, 2010).

Bireylerin farklı durumlar karşısında bu durumların üstesinden gelebileceklerine yönelik kendilerine olan inancını ifade eden öz-yeterlik, bireylerin motive olmalarını etkileyebilmektedir (Bandura, 1997). Birey olumlu bir öz-yeterliğe sahip ise bir işi yapabileceğine yönelik inancı yüksek olacak ve dolayısıyla kendine güveni artacaktır. Diğer taraftan olumsuz bir öz-yeterliğe sahip ise işi başaramayacağına yönelik bir inanç oluşacak, kırılganlık artacak ve kısa sürede işten vazgeçmeyi deneyecektir (Bandura ve diğerleri, 1996).

Öz-yeterlik düzeyi yüksek olan bireyler, olaylara ve durumlara daha iyimser yaklaşabilmekte ve dolayısıyla güçlükler karşısında dahi yılmadan, ısrarcı bir şekilde sonuca gitmeyi hedeflemektedirler (Bandura, 1997). Öz-yeterliği düşük düzeyde olan bireyler ise olaylara ve durumlara daha kötümser bakabilmekte, dolayısıyla da kendi cesaretlerini zedeleyici düşünceler ürettikleri için başarısız bir şekilde kendilerini engellemektedirler. Tüm bunların yanı sıra güçlü bir öz-yeterlik algısına sahip bireyler ile zayıf bir öz-yeterlik algısına sahip bireyler karşılaştırıldıklarında başarı ve hayal kırıklığı açısından da farklılaşmaktadır. Güçlü öz-yeterliğe sahipler problemle karşılaştıklarında dahi yılmadan işlere odaklanmaları ve başaracaklarına olan inançları onlara sonuca ulaşmayı ve eğer başarısızlık olursa bile hızlı bir şekilde hayal kırıklıklarını giderip yeni işlere odaklanmaları önemli bir özellik olarak görülmektedir.

Öz-yeterlik günümüzde hala popülerliğini korumakta ve birçok psikolojik değişkenle ilişkili olduğu görülmektedir. Örneğin öz-yeterliğin depresyon, anksiyete ve stres ile negatif yönde ilişkili olduğu ve bu değişkenleri anlamlı biçimde yordadığı belirtilmektedir (Akın, 2008). Bununla birlikte uyum, işlev bozukluğu, duygusal problemler ve yaşam doyumu ile de anlamlı ilişkilerin olduğu belirtilmektedir (Luszczynska, Gutierrez-Dona ve Schwarzer, 2005; Martinez, 2003). Bu şekilde psikolojik olarak bireylerin gelişiminde önemli bir rol oynayan öz-yeterliğin nelerden beslendiğinin de bilinmesi, başka bir ifadeyle öz-yeterliğin kaynaklarına da değinilmesi gerekmektedir.

#### 2.4.1. Öz-yeterlik Kaynakları Nelerdir?

Öz-yeterliği etkileyebilecek kaynaklar ele alındığında karşımıza dört önemli yapının olduğu çıkmaktadır. Bunlar; kişisel deneyimler, dolaylı deneyimler, sözel ikna, psikolojik ve duygusal durum olarak belirtilmektedir. Bunlar aşağıda kısaca ele alınmıştır.

Kişisel deneyimler öz-yeterliğin en önemli kaynağı olarak belirtilmektedir (Gruber, 2011; Patterson, 2011). Bireylerin yaşamlarında daha önceden deneyimlemiş, gerçekleştirmiş oldukları davranışlara ilişkin çıkarımları ifade eden kişisel deneyimler; kişisel başarılar, geçmiş başarılar, performans başarıları şeklinde de ifade edilebilmektedir. Geçmişte bir işi başarılı bir şekilde gerçekleştirebilme bireylerin benzer işlerde yine aynı başarıyı yapabileceklerine yönelik bir inanç geliştirmelerine neden olabilmektedir. Ancak kişisel deneyimi sonucunda başarısızlıkla sonuçlanan bir iş sonrasında ise yine öz-yeterliğin şekillenmesinde etkili olarak öz-yeterliğin zayıflamasına neden olabilecektir.

Öz-yeterliğin şekillenmesinde etkili olan diğer kaynak dolaylı deneyimlerdir. Bandura (1997) bireylerin yalnızca deneme-yanılma yoluyla yeni bilgileri edinemeyeceklerini, bunun yanı sıra model alarak ya da gözlem yoluyla da öğrenebileceklerini ifade etmektedir. Bu bakımdan başkalarını gözlemleyerek bireyler, gözlemledikleri durumun sonuçlarına göre kendilerine yönelik çıkarımlar yapmakta ve öz-yeterliklerini şekillendirebilmektedir. Ancak gözlem yaptığı birey başarılı bir şekilde olayın üstesinden gelirse gözlem yapan da kendisinin de yapabileceğini düşünerek öz-yeterliğini güçlendirebilmektedir. Ancak bu noktada model alınan bireyin özelliklerinin de önemli olduğu belirtilmelidir. Bandura'ya (1997) göre model alınan kişi yaş-uzmanlık, benzerlik ve performans açısından iyi olması önemli faktörlerdir.

Yukarıda belirtilen iki faktörün yanı sıra sözel iknada öz-yeterliği şekillendirebilmektedir. Sözel iknada çevresi tarafından bireye yönelik olumlu ve olumsuz geribildirimler yer almaktadır. Çevresi tarafından cesaretlendirilen bireyler işe başlamalarında ve işi yapabileceklerine ilişkin inançlarında bir artış olmakta ve öz-yeterlikleri güçlenmektedir. Diğer taraftan çevresi tarafından



cesaretlendirilmeyen ve kötümser mesajlar alan bireylerin ise öz-yeterlikleri zayıflayabilmektedir (Bandura, 1997).

Öz-yeterliğin şekillenmesinde son kaynak olarak psikolojik ve duygusal durum yer almaktadır. Bireyler stresli olduklarında kendi yapabilirliklerine yönelik inançları zayıflayabilmektedir (Gruber, 2011). Bunun yanı sıra psikolojik ruh hali açısından kaygılı hissetme ve gerilim yaşanması ve artması da kendi inançlarına yönelik olumsuz çıkarımlar yapmalarına neden olabilmekte ve önlerinde büyük bir engelin olduğu düşüncesine kapılabilmektedirler. Bu bakımdan bireyler karşılaştıkları durumu iyi yönetemeyip öz-yeterliklerini düşürebilmektedir (Lewis, 2006).

#### **2.4.2. Çalışanlarda Öz-yeterlik**

Alanyazın incelendiğinde çalışanlarda öz-yeterliğin duygusal tükenme ve duyusuzlaşma ile negatif yönde ilişkili olduğu ilk göze çarpmaktadır (Karahana, 2008). Bununla birlikte öz-yeterliğin iş doyumunu ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği de görülmektedir (Burhan, 2016). Yine bu çalışmada, öz-yeterliğin artmasıyla çalışanların iş doyumlarının da yükseldiği saptanmıştır. Son olarak bir diğer çalışmada da çalışanlarda öz-yeterliği yordayacak değişkenler incelendiğinde sosyal karşılaştırma, gelir düzeyi ile örgütsel aidiyetin öz-yeterliğin anlamlı birer yordayıcıları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Güven, 2008).

### 3. BÖLÜM

#### 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde; araştırmanın deseni, araştırma gruplarının oluşturulması, araştırmada kullanılan ölçme araçları, filial terapiye göre hazırlanmış eğitim programının uygulaması, deney ve kontrol grubuna uygulanan deneysel işlemler ve verilerin analiz teknikleri hakkında bilgi verilmiştir.

##### 3.1. Araştırma Deseni

Bu çalışma, filial terapi eğitiminin, bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeyleri ile bu bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tablo 1’de de görüleceği üzere, bakım elemanları için tek grup öntest – sontest – izleme olmak üzere çalışma desenlenmiştir. Korunma ihtiyacı olan çocuklar için 2x3’lük karışık desen (split-plot faktöryel desen) kullanılmıştır. Split-plot desende, deney (eğitim verilen bakım elemanlarının ilgilendiği çocuklar) – kontrol gruplarının oluşturulduğu ve öntest – sontest – izleme ölçümlerini gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır (Büyüköztürk, 2002). Araştırma deseni Tablo 1’de yer almaktadır.

**Tablo 1. Araştırma Deseni**

Gruplar	Ön-test	İşlem	Son-test	İzleme
Bakım Elemanları	GÖZÖ	10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi	GÖZÖ	GÖZÖ
	BAÖ		BAÖ	BAÖ
Korunma İhtiyacı olan Çocuklar	Deney ODSÖ	10 oturum oyun seansı uygulanmıştır.	ODSÖ	ODSÖ
	Kontrol ODSÖ	10 oturum oyun seansı uygulanmıştır	ODSÖ	ODSÖ

Not: GÖZÖ Genel Öz-yeterlik Ölçeği; BAÖ Beck Anksiyete Ölçeği, ODSÖ Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği; İzleme 2 ay aradan sonra gerçekleştirilmiştir.

### 3.2. Araştırma Grubu

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası'nda çalışan bakım elemanları ve korunma ihtiyacı olan çocuklardan oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul ili Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası'nda çalışan 21 bakım elemanı ve 3-5 yaş grubundaki 70 korunma ihtiyacı olan çocuk oluşturmaktadır. Araştırmada, deney grubuna 21 bakım elemanı ve ilgilendiği 33 korunma ihtiyacı olan çocuk ile kontrol grubunda 37 korunma ihtiyacı olan çocuk rastgele örneklem tekniği ile seçilmiştir. Bakım elemanlarına yönelik demografik bilgiler Tablo 2'de yer almaktadır.

**Tablo 2. Eğitimi Alan Bakım Elemanlarına İlişkin Bilgiler**

Değişken	N	%
<i>Yaş</i>		
20 – 30 arası	1	4.8
41 ve üzeri	20	95.2
<i>Eğitim düzeyi</i>		
Ortaokul	1	4.8
Lise	12	57.1
Önlisans	6	28.6
Lisans	1	4.8
<i>Çalışma yılı</i>		
1 yıl	9	42.9
2 yıl	9	42.9
4 yıl	3	14.3
<i>Medeni durum</i>		
Bekar	7	33.3
Evli	12	57.1

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada öncelikle bakım elemanlarının demografik bilgilerini elde edebilmek amacıyla Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Bununla birlikte, araştırmada bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeylerini elde edebilmek için Genel Öz-yeterlik Ölçeği ve kaygı düzeylerini elde edebilmek için Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeylerini elde edebilmek için ise Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği kullanılmıştır. Aşağıda araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçları ile ilgili detaylı bilgiler sunulmuştur.

#### 3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından hazırlanan 4 adet sorudan oluşmaktadır ve bu formda araştırmaya katılan bakım elemanlarının yaşı, kaç yıldır kurumda çalıştıkları, medeni durumları ve eğitim düzeyleri yer almaktadır. Kişisel Bilgi Formu Ek- 1’de sunulmuştur.

#### 3.3.2. Genel Öz-yeterlik Ölçeği (GÖZÖ)

Genel Öz-yeterlik Ölçeğinin orijinal formu ilk olarak 20 madde olarak Jerusalem ve Schwarzer (1981) tarafından geliştirilmiş ve daha sonra 10 maddelik formu oluşturulmuştur (Jerusalem ve Schwarzer, 1992, akt. Erci, 2005). GÖZÖ’nün derecelendirmesi Likert tipi olup 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 40’tır. Kişilerin aldıkları puanların yükselmesi genel yeterlilik inancı düzeylerinin de yükseldiği biçiminde yorumlanmaktadır.

Orijinal ölçeğin değişik kültürlerde ve farklı örneklem gruplarında geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. İlk olarak Schwarzer ve Schroder (1997) tarafından ölçeğin üç farklı kültürde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı sırasıyla .84, .81 ve .91 olarak hesaplanmıştır. Almanya’da yapılan diğer bir çalışmada ise ölçeğin test-tekrar test güvenirliği  $r = .67$  olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, 2846 öğrenci ile yapılan test-tekrar test güvenirliği  $r = .55$  olarak bulunmuştur.

Öz-yeterlilik ölçeğinin evrensel bir yapı gösterdiğine ilişkin 23 ülkeden toplam 17.553 kişi ile yapılan çalışmada (Schwarzer, ve Scholz, 2000) temel bileşenler analizinde ölçeğin tek boyutlu bir yapı gösterdiği ve faktör yüklerinin ise .54 ile .75 arasında dağılım gösterdiği; iç tutarlık katsayılarının ise .76 ile .90 arasında değiştiği bulunmuştur.

Ülkemizde Genel Öz-yeterlilik Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin ilk çalışma Erci (2005) tarafından bir sağlık ocağına başvuran 130 yetişkin üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği  $r = .83$ ; iç tutarlık katsayısı  $\alpha = .89$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde toplam test korelasyon katsayıları 0.64 – 0.78 arasında değiştiği faktör yüklerinin ise .64 ile .79 arasında dağılım gösterdiği rapor edilmiştir. Diğer bir çalışma da Çapri ve Çelikkaleli (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar, GÖZÖ'nün tek boyutlu yapısını ortaya koymuştur ve tek boyutlu yapı toplam varyansın % 46'sını açıkladığını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı .87 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısının .92 olduğu ifade edilmiştir (Çapri ve Çelikkaleli, 2008). Genel Öz-yeterlilik Ölçeğine yönelik örnek maddeler Ek-2'de sunulmuştur.

### 3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeği, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. 21 maddeden oluşan BAÖ, 0–3 arası puanlanan 4'lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçeğin toplam puanından alınan yüksek değerler, yüksek anksiyete düzeyini gösterirken alınan düşük değerler ise düşük anksiyete düzeyine işaret etmektedir (akt. Ulusoy, Şahin ve Erkman, 1998).

BAÖ'nün ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy, Şahin ve Erkman (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .57 olarak hesaplanmıştır. Ölçüt bağıntılı geçerlik çalışmasında BAÖ'nün Otomatik Düşünceler Ölçeği ile  $r = .41$ , Sürekli Kaygı Envanteri ile  $r = .53$  ilişkileri saptanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda

ölçeğin “Sübjektif Belirtiler” ile “Somatik Belirtiler” olmak üzere iki boyutu olduğu ve ayrıca toplam puan üzerinden de incelemelerin yapılabileceği belirtilmiştir. Bu araştırmada toplam puan üzerinden işlemler gerçekleştirilmiştir. Beck Anksiyete Ölçeğine yönelik örnek maddeleri Ek-3’de sunulmuştur.

### **3.3.4. Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği (ODSTÖ)**

Behar (1976) tarafından geliştirilen Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği, ruh sağlığı profesyonellerinin okul öncesi dönemdeki çocukların duygusal problemlerini işaret eden belirtileri ya da belirtiler kümesini erken fark etmelerini sağlayacak bir tarama aracı oluşturmak için kullanılmaktadır. Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her madde “Geçerli Değil” 0, “Bazen Geçerli” 1 ve “Kesinlikle Geçerli” 2 şeklinde puanlanmaktadır (akt. Kanlıkılıçer, 2005).

Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi ve geçerlik güvenirlik çalışması ilk defa Kanlıkılıçer tarafından 2005 yılında İstanbul’un 8 farklı ilçesinde 241’i özel ve 413’ü resmi okul öncesi eğitim kurumu olmak üzere bu okullara devam eden 3-6 yaş arası toplam 654 öğrenci ve 54 öğretmenin katılımı ile yapılmıştır. Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği’nin iç tutarlık güvenilirliği için yapılan analizler sonucunda testin Cronbach alfa değeri .92 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin minimum iç tutarlılığı Guttman ve Sperman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan ilkinin alfa katsayısı .86 ve ikinci grubun alfa katsayısı .83 olarak bulunmuştur. Bunun sonucunda ölçeğin yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğu söylenebilir (Kanlıkılıçer, 2005). Yapılan faktör analizleri sonucunda kavgacı/saldırgan, endişeli/ağlamaklı, aşırı hareketli/dikkatsiz olmak üzere 3 alt boyut ortaya konulmuştur ve faktör yapısı açısından ölçeğin özgün formu ile örtüştüğü görülmüştür. Sırasıyla faktörler toplam varyansın %32, %9 ve %5’ini açıkladıkları ifade edilmiştir. Ölçekte ayrıca toplam puan da elde edilmektedir. Bu çalışmada da toplam puan üzerinden işlemler gerçekleştirilmiştir. Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeğine yönelik örnek maddeleri Ek-4’de sunulmuştur.

### 3.4. Deneyisel Yöntem

#### 3.4.1. 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi

Araştırmacı, Yoğunlaştırılmış Filial Terapi eğitimini Guernsey’ın öğrencisi ve Bireysel Filial Terapi modelini geliştiren lisanslı oyun terapisti Rise Vanfleet’ten, 10-Oturumluk Filial Terapi eğitimini lisanslı oyun terapisti Reyhana Saadet’ten almıştır. Bu çalışmada bakım elemanlarına Filial Terapi eğitimi, 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi kılavuzundan (Landreth, Bratton, Kellam ve Blackard, 2006) faydalanılarak Garry Landreth’in bilgisi dahilinde verilmiştir. Ayrıca lisanslı oyun terapisti Reyhana Saadet’in 2012-2013 yılı eğitim programı 5. eğitim modülü notlarından faydalanılmıştır.

Eğitim kılavuzun dili, ödevleri ve aktiviteleri anne babaları ve çocuklarını hedeflemektedir. Yapılan filial terapi araştırmalarında eğitim, üvey anne baba, koruyucu anne baba gibi farklı anne baba popülasyonlarına ve öğrenciler, öğretmenler, gönüllüler gibi anne babalardan farklı popülasyonlara uygulanmış olsa da bu farklı gruplar için ayrı bir eğitim kılavuzu geliştirilmemiştir. Bu nedenle bu çalışmada bakım elemanlarının ihtiyaçlarına ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının kanunlarına göre eğitim kılavuzunun temel prensiplerine bağlı kalarak eğitimin içeriğinde ve sunum şeklinde değişiklikler yapılmıştır.

Çocuk yuvası tarafından korunmaya alınmış çocuklar fiziki olarak aynı evde yaşayan ebeveyn ve çocuklardan farklı olarak, aynı bakım elemanı ile tüm gün ve geceyi birlikte geçirmemektedirler. Her grupta vardiyalı çalışan dört bakım elemanı ve hafta içi her gün düzenli olarak çocukların eğitiminden sorumlu olan bir bakım elemanı olmak üzere toplam beş bakım elemanı çalışmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada hem vardiyalı çalışan bakım elemanlarından, hem de hafta içi her gün düzenli çalışan bakım elemanlarından iki ayrı eğitim grubu oluşturulmuştur. Eğitim, vardiyalı çalışan bakım elemanlarına her Pazartesi günü saat 09:00- 11:00 arası, düzenli çalışan bakım elemanlarına ise her Pazartesi günü saat 12:30-14:30 arasında 10 hafta verilmiştir.

Bakım elemanları, oyun seansı oturumlarını çocuk yuvasında hazırlanan oyun terapi odasında uygulamışlardır. Oyun terapi odası hafta içi her gün randevu sistemi ile bakım elemanları tarafından ortak kullanılmıştır. Her bakım elemanı yuvada eğitim için seçtiği çocukla 30 dakikalık oyun seansı oturumu gerçekleştirmiş ve odayı toplayıp bir sonraki bakım elemanı için düzenli bırakmıştır. Bakım elemanları deney grubundaki her çocuğa 10 oturum oyun seansı uygulayabilmeleri için 10 haftalık eğitim bittikten sonra 3 hafta daha süpervizyon oturumlarına devam edilmiştir. Böylece bu çalışma toplam 13 hafta sürmüştür.

Kurum içinde ses ve video kaydının yasak olması nedeniyle süpervizyon için bakım elemanlarından oyun seansı oturumlarını videoya kaydetmeleri istenmemiş, bunun yerine eğitim sırasında canlı oyun seansı yapmaları istenmiştir. Oyun seansı oturumları, kurulan canlı yayın sistemi ile eğitim sınıfının hemen yanındaki oyun terapi odasında eğitim saatinde yapılmış ve katılımcılar tarafından canlı yayınla izlenmiştir. Her bakım elemanının oyun seansı oturumu, en az bir defa canlı yayınla izlenerek süpervizyon verilmiştir. Çocuklar onları izleyen bakım elemanlarını oyun terapi odasına girerken ve çıkarken görmesi engellenmiştir. Böylece çocukların canlı oyun seansı sırasında diğer zamanlarda katıldığı oyun seansı oturumlarından farklı davranması önlenmiştir.

Eğitim sırasında bu grubun doğası nedeniyle ebeveynleri ve çocuklarını hedefleyen eğitim kılavuzundaki bazı ev ödevlerinin uygulanması mümkün olmamıştır. Çünkü filial terapinin hedefi, ebeveynlerin kendi çocuklarına özel ilgi göstererek onları daha iyi tanımaları ve aralarındaki bağı güçlendirmesidir. Bakım elemanları, 12 çocuğun olduğu bir grup dinamiğinde aynı anda birçok çocukla ilgilenmekle sorumlu olduklarından seçtikleri çocuğa özel ilgi göstermenin çok zor olduğunu, özel ilgi gösterdiklerinde ise diğer çocukların bu çocuğu kıskanmasına ya da çocuğun grup etkinliklerinde daha farklı davranmasına neden olduğunu bildirmişlerdir. Buna rağmen oyun seansı oturumları sırasında ayrılan 30 dakikalık özel oyun zamanı, bakım elemanlarının bu ilgiyi göstermelerine yardımcı olmuş ve çocukların kendini daha özel hissettikleri bilgisi bakım elemanları tarafından verilmiştir.



### 3.4.2. Deney ve Kontrol Gruplarına Uygulanan İşlemler

#### 3.4.2.1. Deney Grubuna Uygulanan İşlemler

**Tablo 3. 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitim İçeriği**

Oturumlar	Bakım elemanlarına verilen Eğitim Konuları	Kurallar	Çocuklara Uygulanan Oyun Seansı
1	-Giriş ve Duyguları Yanıtlama -Nedir ve Nasıl Yapılır?	Kural 1-3	-
2	-Duygu Yanıtlama ve Yansıtımlı İletişim -Filial Terapinin Temel İlkeleri -Oyun Terapisi Videosu, Oyun Seansı Oyuncakları Listesi	Kural 4	-
3	-Oyun Seansında Yapılacaklar ve Yapılmayacaklar -Oyun Seansı Süreci İlkeleri	Kural 5	-
4	-3 Aşamalı Sınır Koyma Becerisi -Duyguyu Yansıt, Limit Koy, Kabul edilir bir seçenek sun ve süpervizyon	Kural 6 Kural 7	1. Oyun seansı oturumu
5	-Kabul Edilemez Davranışla Baş Etme Yolları, Oyun Seansı Becerileri Formu ve süpervizyon	Kural 8	2. Oyun seansı oturumu
6	-Seçenek Sunma 101: Sorumluluk Öğretmek ve Karar Vermek -İleri Seviyede Seçim Verme: Seçimleri Sonuç Olarak Sağlama - Oreo Kurabiyesi Seçim Verme Metodu -Seans Becerileri ve Ebeveyn Oyun Seansı formunu -Oyun Seansı Sırasında Sık Karşılaşılan Problemler ve süpervizyon	Kural 9 Kural 10	3.Oyun seansı oturumu
7	-Pozitif Kişilik Sıfatları -Öz Saygı Geliştiren Yanıtlar ve süpervizyon	Kural 11	4.Oyun seansı oturumu
8	-Cesaretlendirmeye Karşı Övgü - Süpervizyon	Kural 12	5.Oyun seansı oturumu
9	-İleri Derecede Sınır Koyma: Karşı-Gelme Sonuçları olarak Seçimler Verme -Yapılandırılmış Oyuncak Bebek Oyunu -Sınır Koymayı Oyun Seansı Oturumunun Dışına Genelleme ve süpervizyon	Kural 13 Kural 14	6.Oyun seansı oturumu
10	-Değişmez Kurallar, Hatırlanması Gereken Diğer Şeyler, Değerlendirme ve süpervizyon	Kural 15	7.Oyun seansı oturumu
	11.,12. Ve 13. hafta süpervizyona oturumlarına devam edildi ve son oturumda bakım elemanlarına Katılım Belgesi dağıtıldı.		8., 9., 10. Oyun seansı oturumu

## 1. OTURUM

İlk oturumda eğitime katılan bakım elemanlarıyla tanışıldı. Her grup üyesine yaka kartı takıldı ve filial terapi ve eğitim oturumlarının işleyişi hakkında genel bilgi verildi. Birinci oturumun ebeveyn notları katılımcılara dağıtıldı. Birinci eğitim oturumunda “Duyguları Yanıtlama” ve “Nedir ve Nasıl Yapılır?” formları dağıtıldı ve filial terapinin aşağıdaki değişmez kuralları örneklerle açıklandı.

**Kural 1:** Bardağın boş tarafını değil, dolu tarafına odaklan. Simidin ortasındaki boşluğa değil, etrafındaki hamuruna odaklan. filial terapi eğitimi sorunlara değil, sizin ve çocuğunuzun güçlü yönlerine odaklanır. Bu nedenle soruna değil, ilişkiye odaklanın.

**Kural 2:** Termometre değil, termostat olun. Tepki vermek yerine karşılık (yansıtma yapın) verin. Çocuğun duyguları sizin duygularınız değil. Bu nedenle duygularınızın onunla birlikte artıp azalması gerekmez.

**Kural 3:** En önemlisi ne yaptığın değil, yaptığını yaptıktan sonra ne yaptığıdır. Tabi ki hata yapabiliriz. Önemli olan hatalarımızı nasıl düzelttiğimizdir.

Bu oturumda ayrıca “Yansıtma” becerisi şu özellikleri ile tanıtıldı. Yansıtma, yönlendirmek değil, takip etmektir. Soru sormak yerine, durumu ifade etmektir. Davranışlarını, duygularını ve bağlantıları yansıtmaktır. “Her zaman sana katılıyorum, seni mutlu etmeliyim, sorunlarını ben çözerim” mesajları yerine; “Buradayım, seni duyuyorum, seni anlıyorum, seni önemsiyorum” mesajlarını nasıl verebilecekleri örneklerle anlatıldı. Duygularla ilgili çalışma formları dolduruldu.

Ödev olarak ilgilendikleri çocukların daha önce fark etmediği fiziksel bir özelliğini fark etmeleri istendi. Ayrıca “Duygu Yanıtlama” alıştırmalarını yapmaları ve kesintisiz 30 saniyelik ilgi patlaması yapmaları istendi.

## 2. OTURUM

Eğitimin ikinci oturumunda bakım elemanları ile bir önceki oturumda verilen ödevler üzerine konuşuldu ve konuyla ilgili sorular cevaplandı. “Filial Terapinin Temel İlkeleri” ve aşağıdaki değişmez kural açıklandı.

**Kural 4:** Ayak parmakları burnu takip eder. Gözleriniz, kulaklarınız ve vücudunuzun tamamı çocuk odaklı olsun.

“Buradayım, seni duyuyorum, seni anlıyorum, seni önemsiyorum” mesajlarını içeren duygu yanıtlama becerisi canlandırma tekniği ile uygulandı. Oyun terapisi videosu izletildi (Landtreth, 2011).

“Oyun Seansı Oyuncakları” listesi” ve “Yansıtımlı İletişim” ödev kağıdı dağıtıldı. Fakat oyuncakları temin etmeleri, terapiyi yapacakları yeri ve zamanı belirlemeleri istenmedi. Çünkü bu çalışma için kurumda oyun terapisi odası düzenlendi. Bunun yerine bakım elemanları ile oyun terapi odası ziyaret edilerek listedeki terapi oyuncakları tanıtıldı.

## 3. OTURUM

Bu oturumda bakım elemanlarının seçtikleri çocukla ilk oyun seans oturumunu yapmaları için “Oyun Seansında Yapılacaklar ve Yapılmayacaklar” listesi, “Oyun Seansı Süreci” ilkeleri ve aşağıdaki değişmez kural açıklandı.

**Kural 5:** Sahip olmadığınız bir şeyi veremezsiniz. Öncelikle kendinize sabır gösterip, kendinizi kabullendiğiniz sürece, çocuğunuza da aynı şekilde yaklaşabilirsiniz. Kendinize karşı sabırsız ve kabullenmez olursanız, çocuğunuza karşı sabırlı ve kabullenir olamazsınız.

Bakım elemanlarına kendi evleri yerine, kurumda hazırlanan terapi odasında oyun seansı oturumuna bu hafta başlayacakları, bunun için de kendi aralarında organize olarak randevu sistemi ile odayı ortak kullanacakları ve seçtikleri çocuk için randevu kartı hazırlayacakları bilgisi verildi. Bakım elemanları kendi evlerinde kendi çocuklarıyla değil, korunma ihtiyacı olan çocuklarla oyun seansı oturumu yapacakları ve kurumda video ve ses kaydı

yasak olduğu için her oturumda bir ya da iki kişinin oyun odasında canlı yayınlı oyun seansı oturumu yapacakları bilgisi verildi ve bir sonraki eğitim oturumunda oyun seansı yapacak gönüllü olan iki bakım elemanı seçildi.

#### 4. OTURUM

Bu oturumda bakım elemanlarıyla kurumda çocuklarla yaptıkları ilk oyun seansı oturumunun nasıl geçtiği hakkında konuşuldu. Sonrasında ise önceden belirlenen iki bakım elemanı sıra ile araştırma için seçtikleri çocuklarla eğitim salonunun yanındaki oyun odasında oyun seansı uygulandı. Diğer bakım elemanları ise oyun seansı oturumunu canlı yayınlı izledi. Kulaklık sisteminden yararlanılarak oyun seansı sırasında seansın akışı bozulmadan ve çocuk bir şey fark etmeden eğitimci tarafından bakım elemanına canlı süpervizyon verildi. Oyun seansı oturumu sırasında seansı izleyen diğer katılımcılar ise gözlemlerini ve sorularını not aldılar. Oyun seansı oturumu bitikten sonra bakım elemanı çocuğu gruba bırakıp sınıfa döndü ve oyun seansı oturumu ile ilgili ayrıntılı süpervizyon aldı. Bakım elemanlarının hem oyun seansı oturumu anında, hem de oyun seansı sonrası süpervizyon almaları oyun seansı becerilerini geliştirmelerine destek oldu. Seçilen birinci bakım elemanının süpervizyonu bittikten sonra sırayla ikinci bakım elemanı oyun seansını gerçekleştirdi ve süpervizyon aldı. Dördüncü oturumdan on üçüncü oturuma kadar canlı oyun seansı uygulamaları ve süpervizyonlar devam etti.

Oyun seansı uygulamaları bittikten sonra “3 Aşamalı Sınır Koyma Becerisi” çalışma formu dağıtıldı ve “Duyguyu Yansıt, Limit Koy, Kabul edilir bir seçenek sun” aşamaları örneklerle açıklandı ve aşağıdaki değişmez kurallar tanıtıldı.

**Kural 6:** Bir çocuk boğulurken, ona yüzme öğretmeyi denemeyin. Bir çocuk kendisini üzgün ya da kontrol dışı hissettiğinde, o an bir kural bildirmek ya da ders vermek için doğru bir an değildir.

**Kural 7:** Oyun seansı oturumları sırasında, sınırlar gerekli olana kadar gerekli değildir!

Bu oturumda ödev olarak “3 Aşamalı Sınır Koyma Becerisi” çalışma formu alıştırmalarını yapmaları, “Oyun Seansı Oturumunda Yapılacaklar ve Yapılmayacaklar” listesini, “Oyun Seansı Süreci” listesini tekrar okumaları istendi. Ayrıca bu hafta yapacakları oyun seansı oturumu sonrası “Oyun Seansı Oturumu Formuna” notlarını almaları ve seans sırasında yoğun hislerinin olduğu bir şeyi fark etmeleri istendi ve gelecek hafta oyun seansı oturumu uygulayacak bakım elemanları seçildi.

## 5. OTURUM

Bir önceki oturumda verilen ödevler tartışıldı. Bakım elemanlarının yaptıkları oyun seansı ile ilgili soruları yanıtlandı. Katılımcıların oyun seansı oturumu sırasında yoğun hislerinin olduğu bir durumu paylaşmaları istendi ve seans sırasında farkındalığın önemi vurgulandı.

“Oyun Seansı Becerileri Formu” dağıtıldı ve canlı izledikleri oyun seansı oturumları sırasında bu becerilerle ilgili not almaları istendi. Önceden belirlenen iki bakım elemanı oyun seansı oturumunu yaptı ve sonra geri bildirimler paylaşıldı. “Kabul Edilemez Davranışla Baş Etme Yolları” ile ilgili çalışma kağıdı örneklerle açıklandı. İlgili alıştırmalar yapıldı ve aşağıdaki değişmez kural açıklandı:

**Kural 8:** Eğer 10 ya da daha az kelime ile söyleyemiyorsanız, söylemeyin. Ebeveynler olarak çocuklarımıza gereksiz derecede fazla açıklama yapma eğilimimiz var ve bu açıklamalar içinde vermek istediğimiz mesaj kaybolur.

Ödev olarak bakım elemanlarından sandviç sarılması ve sandviç öpücüğü yapmaları istendi. Daha önceki oyun seansı oturumu ile ilgili notları tekrar okumaları istendi. Oyun seansı sırasında koydukları sınırları “Oyun Seansı Becerileri” formuna not almaları ve oyun seansı oturumlarına devam etmeleri istendi.

## 6. OTURUM

Bu oturumda verilen ödevlerin üzerinden geçildi. Bakım elemanlarının kurumda yaptıkları oyun seansı oturumları ile ilgili genel soruları cevaplandı. Önceden seçilen bakım elemanları, oyun seansı oturumlarını uyguladı ve süpervizyon verildi.

Bu oturumun konusu “Seçenek Sunma 101: Sorumluluk Öğretmek ve Karar Vermek” ve “İleri Seviyede Seçim Verme: Seçimleri Sonuç Olarak Sağlama” çalışma formları dağıtıldı ve Oreo Kurabiyesi Seçim Verme Metodu (Lantreth, 1994) ve aşağıdaki değişmez kurallar açıklandı.

**Kural 9:** Gerçekte yerine getirilemeyecek şeyleri hayal olarak yerine getirin. Gerçekte sınır koyulması gereken bir durumu çocuğun oyunda canlandırmasında bir sorun yoktur. Örneğin kardeşini kıskan bir çocuğun oyun sırasında kardeşi olan bebeği camdan atmasında bir sorun yoktur.

**Kural 10:** Büyük çocuklar için büyük seçimler, küçük çocuklar için küçük seçimler sunun. Sunulan seçimler ve beklentileriniz çocuğun gelişimsel yaşına uygun olmalıdır.

Ödev olarak “Seçenek Sunma” alıştırmalarını yapmaları, “Oyun Seansı Sırasında Sık Karşılaşılan Problemler” çalışma kağıdını okumaları ve yaşadıkları üç problemlili durumu not alıp bu durum karşısında ne yaptıklarını, ne söylediklerini ve çocuğun tepkisinin ne olduğunu not almaları istendi. Ayrıca seans sırasındaki becerilerini “Seans Becerileri” formuna göre not almaları ve “Ebeveyn Oyun Seansı” formunu her oyun seansı için doldurmaları istendi. Bir sonraki oturumda oyun seansı yapacak bakım elemanları belirlendi.

## 7. OTURUM

Bir önceki oturum ödevlerinin üstünden geçildi. Kurumda seçtikleri çocukla yaptıkları oyun seansı oturumları ile ilgili sorular yanıtlandı. Önceden belirlenen iki bakım elemanı sırayla oyun seansı oturumlarını uyguladı ve süpervizyon verildi.

Daha sonra “Pozitif Kişilik Sıfatları” listesi ve “Öz Saygı Geliştiren Yanıtlar” çalışma formu verildi. Canlandırmalarla “Oyun Seansı Becerileri” ve aşağıdaki kurallar açıklandı.

**Kural 11:** Asla bir çocuk için kendisinin yapabileceği bir şeyi yapmayın. Bunu yaptığınızda, çocuğunuzdan keşfetmenin getirdiği neşeyi ve yeterli hissetme fırsatını çalmış olursunuz. Çocuğunuzun neleri başarabileceğini, denemesine izin vermeden asla bilemezsiniz.

“Özsaygı Geliştiren Yanıtlar” formunu okuması ve oyun seansı sırasında ve oyun seansı dışında en az bir tane öz saygı geliştiren yanıt vermeleri istendi. “Oyun seansı dışında ne oldu, Siz ne dediniz, Çocuğun tepkisi ne oldu” şeklinde ayrıntılı not almaları istendi.

Çocuğa odaklanarak 3 hafta boyunca “Pozitif Kişilik Sıfatları” listesine bakarak, çocuğun özsaygısını arttıran özellikleri not almaları ve çocuğa okumaları istendi. Bir sonraki hafta oyun seansı uygulayacak bakım elemanları seçildi.

## 8. OTURUM

Bakım elemanlarıyla bir önceki oturumda verilen ödevlerin üzerinden geçildi. Geçen hafta belirlenen bakım elemanları canlı oyun seansı oturumlarını gerçekleştirdi ve süpervizyon verildi. Bu oturumun konusu olan “Cesaretlendirmeye Karşı Övgü” çalışma formu dağıtıldı ve aşağıdaki kural örneklerle açıklandı.

**Kural 12:** Sonucu övmektense çabayı görün ve çabalamaya teşvik edin. Bitkilerin suya ihtiyacı olduğu gibi çocukların cesaretlendirilmeye ihtiyacı vardır.

Ödev olarak “Cesaretlendirmeye Karşı Övgü” çalışma formunu okumaları ve en az bir tane oyun seansı sırasında, bir tane de oyun seansı dışında cesaretlendirme yanıtı vermeleri istendi. Ayrıca sınırlarla ilgili zorlandıkları durumları not almaları ve her seansta olduğu gibi “Oyun Seans Becerileri” ve “Ebeveyn Oyun Seansı Formu”nu oyun seansı sonunda doldurmaları istendi ve gelecek hafta canlı oyun seansı oturumu yapacak bakım elemanları seçildi.

## 9. OTURUM

Bakım elemanlarının cesaretlendirme ile ilgili soruları yanıtlandı. Sonrasında bu oturumda oyun seansı oturumu uygulayacak bakım elemanları sırayla oyun seansını gerçekleştirdi ve süpervizyon verildi. Bu oturumda “İleri Derecede Sınır Koyma: Karşı-Gelme Sonuçları olarak Seçimler Verme”, “Sınır Koymayı Oyun Seansı Oturumunun Dışına Genelleme” ve “Yapılandırılmış Oyuncak Bebek Oyunu” konuları örneklerle açıklandı ve aşağıdaki değişmez kurallar tanıtıldı.

**Kural 13:** Eğer sınır yoksa güvenlikte yoktur. Tutarlı sınır eşittir ilişkide güvendir. Eğer tutarlı davranmaz ve başladığımız işin sonunu getirmezseniz, çocuğun gözünde güvenilirliğinizi kaybeder ve çocuğunuzla olan ilişkinize zarar verirsiniz.

**Kural 14:** Her şeyi bir anda değiştirmeyi denemeyin! Çocuğunuzun özsaygı geliştirmesine ve yeterli hissetmesine destek olacak daha önemli konulara odaklanın.

Ödev olarak “Sınır Koymayı Oyun Seansı Oturumunun Dışına Genelleme” becerisini, oyun seansı oturumu dışında uygulamaları istendi. Ayrıca bakım elemanlarından seçtikleri çocukla iletişimlerinde ne sıklıkla sarıldıkları ve ne sıklıkla fiziksel temasta bulunarak sevgilerini yansıttıklarını fark etmeleri istendi.

## 10. OTURUM

Bu oturumda önce bakım elemanlarının ödevleriyle ve yaptıkları oyun seansı oturumlarıyla ilgili soruları yanıtlandı. Daha sonra sırayla oyun seansı oturumları uygulandı ve süpervizyon verildi. Daha sonra “Değişmez Kurallar” ve “Hatırlanması Gereken Diğer Şeyler” listesi verildi ve aşağıdaki değişmez kural tanıtıldı.

**Kural 15:** İyi şeyler küçük paketlerde gelir. Çocuğunuzun hayatında büyük şeylerin girmesini beklemeyin. Küçük yollar hep vardır. Değerli anlara tutunun.



Bu oturum Filial terapi eğitimin son oturumu olduğu için genel olarak işlenen tüm konular özetlendi ve sorular yanıtlandı. Bakım elemanlarının fikri alınarak süpervizyon amaçlı 3 hafta daha oturumların devam etmesine karar verildi.

#### **3.4.2.2. Süpervizyon Oturumları**

Korunma ihtiyacı olan çocukların daha fazla oyun seansı oturumlarından faydalanabilmesi için bakım elemanları ile birlikte 3 hafta daha oyun oturumlarına ve süpervizyonlara devam edilmesi kararı alındı. Her bakım elemanı en az bir defa canlı oyun seansı oturumu yaptı. Eğitim programına eklenen 3 haftada gönüllü olan bakım elemanları iki defa canlı oyun seansı oturumu uygulama ve süpervizyon alma şansları oldu. Artan süpervizyon oturumları ile bakım elemanlarının oyun seansı becerilerini pekiştirme ve süreçle ilgili daha fazla soru sorma şansları arttı. Son süpervizyon oturumu sonunda bakım elemanlarına bu çalışmaya katıldıkları için teşekkür edildi ve katılım belgeleri verildi.

#### **3.4.2.3. Oyun Seansları**

Bu çalışmada bakım elemanlarına çocuk merkezli oyun terapisi becerileri öğretilmiş ve deney grubundaki çocuklara bakım elemanları tarafından 10 hafta boyunca her hafta 30 dakika oyun seansı uygulanmıştır. Bu oyun seansları çocuk merkezli oyun terapisinin prensiplerine dayanmaktadır. Çocuk merkezli oyun terapisi, Axline (1947) tarafından bireyin kendini geliştirme kapasitesine inanan hümanistik bir yaklaşım olan Carl Rogers'ın (1951) Danışan Merkezli Terapi (Client-Centered Therapy) ilkelerinin oyun terapisine uyarlandığı yönlendirilmemiş oyun terapisi çeşididir. Filial terapi ise oyun terapisi eğitimi almış terapistin ebeveyne, sunumlar, oyun seansları gösterimleri, evde oyun seansı uygulamaları ve süpervizyon ile kendi çocuklarının gelişiminde terapötik rol üstlenmeyi öğreten eşsiz bir modeldir (Landreth, 2006).

Bakım elemanları bu seanslar sırasında çocuğu yönlendirmez, ona rehberlik eder. Benzer şekilde bakım elemanın çocuğu eğlendirmesi ya da bir şey öğretmesi de beklenmez. Bakım elemanı seans boyunca çocuğun varlığına

şahit olur ve duygularına ayna tutar. Oyunu yönlendiren çocuktur ve çocuk bakım elemanını role katarsa oyuna eşlik eder. Hümanistik bir yaklaşımdan geldiği için “Buradayım, seni duyuyorum, seni anlıyorum, seni önemsiyorum” mesajlarını vererek güvenli bir ortam oluştur (Landreth, 2006). Aynı zamanda oyun seansının sınırları da vardır. Bu sınırlar terapinin çerçevesini çizer ve güvenlik hissi verir. En önemli kural çocuk kendine, oyuncaklara ve terapistle zarar veremez. Bakım elemanları, yönlendirilmemiş bu oyun seansı oturumlarında çocuğun kendini iyileştirme, kendini keşfetme kapasitesine inanır ve kontrolü ona bırakır. Çocuk ise hazır olduğunda bu güvenli ortamda travmasını çalışır ve kendini keşfederler.

#### **3.4.2.4. Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler**

Bu çalışmada bakım elemanları için kontrol grubu oluşturulmamış, sadece çocuklar için kontrol grubu oluşturulmuştur. Kontrol grubunda yer alan korunma ihtiyacı olan çocuklara çalışma boyunca herhangi bir deneysel uygulama yapılmamış ve oyun seansı uygulanmamıştır.

#### **3.5. Verilerin Analizi**

Filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeylerine etkisi ile korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeylerine etkisini inceleyen bu çalışmanın verileri, hem katılımcı sayısının az olması, hem de verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle non-parametrik testlerle çözümlenmiştir. Bu doğrultuda, bakım elemanlarının öz-yeterlik ile kaygı düzeylerinin ayrı ayrı olarak ön-test / son-test, ön-test / izleme, son-test / izleme ölçümleri arasındaki etkilerin anlamlı olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi uygulanmıştır. Deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeylerinin, kontrol grubunda yer alan çocuklara göre anlamlı derecede düşmesi ve bu etkinin izleme ölçümü sonunda da değişip değişmeyeceğini belirleyebilmek amacıyla Friedman testi uygulanmıştır. Friedman testi uygulanmadan deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları ön-test düzeyleri ile kontrol grubundaki çocukların davranış sorunları ön-test düzeyleri arasında farkın olmadığını ortaya koymak adına Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

## 4. BÖLÜM

### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacına uygun olarak gerçekleştirilen analizler sonucunda elde edilen bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir. Araştırmanın temel amacı, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeyleri ile korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları üzerine etkisinin incelenmesidir. Bu doğrultuda araştırmanın temel amacına ulaşmak için oluşturulan denencelerin sırasıyla incelenmesi sonucu oluşan bulgular sunulmuştur.

#### 4.1. Denencelerin Test Edilmesi

##### 4.1.1. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının Öz-Yeterlik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeylerini yükseltmesinde etkili olup olmadığı test edilmiştir. Bu bağlamda, filial terapi eğitimi grubuna katılan bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyleri ön-test, son-test ve izleme sonuçlarının anlamlı bir fark gösterip göstermediği Friedman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4’de sunulmuştur.

**Tablo 4. Bakım Elemanlarının Öz-Yeterliklerine Yönelik Friedman Testi Sonuçları**

Değişken	N	$\chi^2$	Sd	P
Öz-yeterlik	21	24.70	2	.001

Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının öz-yeterlik ön-test, son-test ve izleme düzeyleri Friedman testi ile karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir,  $\chi^2 (2, N=21) = 24.70, p < .01$ . Hem bu farkın hangi ölçümler olduğunu görmek, hem de denenceleri ayrıntılı olarak test edebilmek amacıyla aşağıdaki analizler gerçekleştirilmiştir.

Bu bağlamda ilk olarak; **“Denence 1a: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının son-test öz-yeterlik düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.”** denencesi incelenmiştir. Bu karşılaştırma için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 5’de sunulmuştur.

**Tablo 5. Filial Terapi Eğitiminin Ön-test/Son-test Öz-yeterlik Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	P
Ön-test ve son-test	Negatif Sıra	0	.00	4.06	.001
	Pozitif Sıra	21	11.00		
	Eşit	0			

Tablo 5 incelendiğinde, bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyleri deney/eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, ( $z = 4.06, p < .001$ ). Bu farkın yönü incelendiğinde; pozitif sıralar yani son-test puanlarının daha yüksek olduğundan ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre son-testte bakım elemanlarının öz-yeterliklerinin arttığı söylenebilir. Bu sonuçlar neticesinde, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyini yükseltmede etkili olduğu görülmektedir.

Bu denencenin ardından; **“Denence 1b: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının izleme-test öz-yeterlik düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.”** denencesi incelenmiştir. Bu karşılaştırma için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 6’de sunulmuştur.

**Tablo 6. Filial Terapi Eğitiminin Ön-test/İzleme Öz-yeterlik Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p	
Ön-test ve İzleme	Negatif Sıra	4	11.38	45.50	2.44	.015
	Pozitif Sıra	17	10.91	185.50		
	Eşit	0				

Tablo 6 incelendiğinde, bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyleri deney/eğitim öncesi ve izleme arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, ( $z = 2.44, p < .05$ ). Bu farkın yönü incelendiğinde; pozitif sıralar yani izleme puanlarının daha yüksek olduğu için ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre izleme testinde bakım elemanlarının öz-yeterliklerinin arttığı söylenebilir. Bu sonuçlar neticesinde, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyi izleme testinde de etkili olduğu görülmektedir.

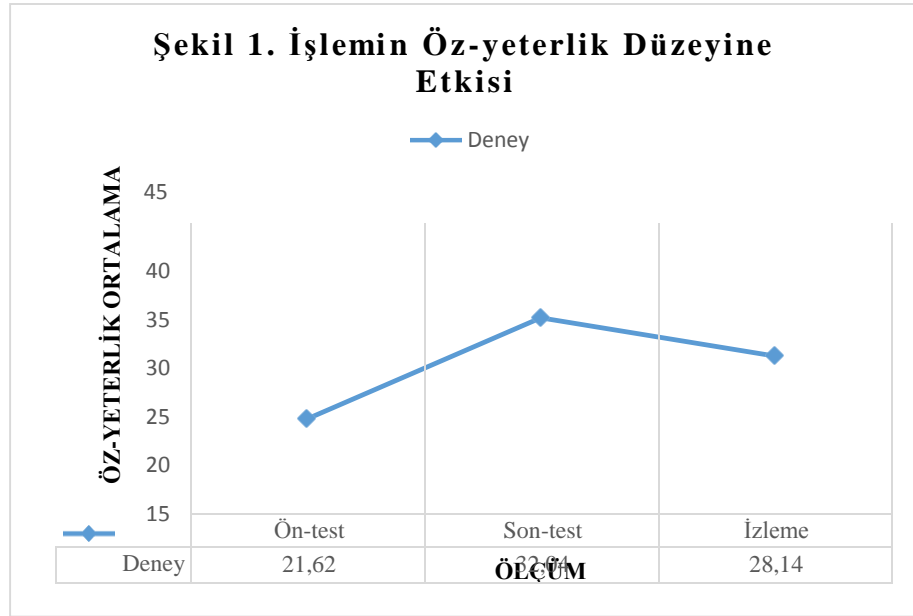
Son olarak; **“Denence 1c: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının son-test öz-yeterlik düzeyleri ile izleme öz-yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır.”** denencesi incelenmiştir. Bu karşılaştırma için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7. Filial Terapi Eğitiminin Son-test/İzleme Öz-yeterlik Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	<i>z</i>	<i>P</i>	
Son-test ve İzleme	Negatif Sıra	12	10.46	125.50	2.32	.02
	Pozitif Sıra	5	5.50	27.50		
	Eşit	4				

Tablo 7 incelendiğinde, bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyleri deney/eğitim sonrası ve izleme arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, ( $z = 2.32, p < .05$ ). Bu farkın yönü incelendiğinde; negatif sıralar yani son-test puanlarının daha yüksek olduğundan ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre izleme testinde bakım elemanlarının öz-yeterliklerinin son-testte göre azaldığı söylenebilir. Bu sonuçlar neticesinde, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyinin son-test ile izleme arasında bir düşüşün olduğu ifade edilebilir.

Tüm sonuçlar birlikte ele alındığında her ne kadar son-test ile izleme arasında bir düşüş meydana gelmiş olsa da ön-test ile izleme arasında ortaya çıkan anlamlı fark neticesinde filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeylerini yükseltmekte etkili olduğu sonucuna varılabilir. Şekil 1’de bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeylerinin ön-test, son-test ve izleme testi puan ortalamalarındaki durumları sunulmuştur.



#### 4.1.2. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının kaygı düzeylerini azaltmasında etkili olup olmadığı test edilmiştir. Bu bağlamda, filial terapi eğitimi alan bakım elemanlarının kaygı düzeyleri ön-test, son-test ve izleme sonuçlarının anlamlı bir fark gösterip göstermediği Friedman testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 8. Bakım Elemanlarının Öz-yeterliklerine Yönelik Friedman Testi Sonuçları**

Değişken	N	$\chi^2$	sd	P
Kaygı	21	17.88	2	.001

Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının kaygı ön-test, son-test ve izleme düzeyleri Friedman testi ile karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir,  $\chi^2 (2, N=21) = 17.88, p < .01$ . Hem bu farkın hangi ölçümler ile olduğunu, hem de denenceleri ayrıntılı olarak test edebilmek amacıyla aşağıdaki analizler gerçekleştirilmiştir.

Bu bağlamda ilk olarak; **“Denence 2a: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının son-test kaygı düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır”** olarak belirlenen denence test edilmiştir. Bu karşılaştırma için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 9’da sunulmuştur.

**Tablo 9. Filial Terapi Eğitimi Ön-test/Son-test Kaygı Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	<i>z</i>	<i>p</i>	
Ön-test ve son-test	Negatif Sıra	20	11.48	229.50	3.97	.001
	Pozitif Sıra	1	1.50	1.50		
	Eşit	0				

Tablo 9 incelendiğinde, bakım elemanlarının kaygı düzeylerinin deney/eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, ( $z = 3.97, p < .001$ ). Bu farkın yönü incelendiğinde, negatif sıralar yani son-test puanlarının daha düşük olduğundan ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre son-testte bakım elemanlarının kaygılarının düştüğü söylenebilir. Bu sonuçlar neticesinde, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

Bir sonraki denence olan; **“Denence 2b: Filial terapi eğitime katılan bakım elemanlarının izleme-test kaygı düzeyleri, ön- test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır”** denencesi test edilmiştir. Bu karşılaştırma için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 10’da sunulmuştur.



**Tablo 10. Filial Terapi Eğitimi Ön-test/İzleme Kaygı Düzeylerine  
ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	<i>z</i>	<i>P</i>	
Ön-test ve İzleme	Negatif Sıra	16	12.00	192.00	3.25	.001
	Pozitif Sıra	4	4.50	18.00		
	Eşit	1				

Tablo 10 incelendiğinde, bakım elemanlarının kaygı düzeylerinin deney/eğitim öncesi ve izleme testi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, ( $z = 3.25, p < .001$ ). Bu farkın yönü incelendiğinde; negatif sıralar yani izleme puanlarının daha düşük olduğundan ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre izleme testinde bakım elemanlarının kaygılarının düştüğü söylenebilir. Bu sonuçlar neticesinde, bu denencenin doğrulandığı ifade edilebilir.

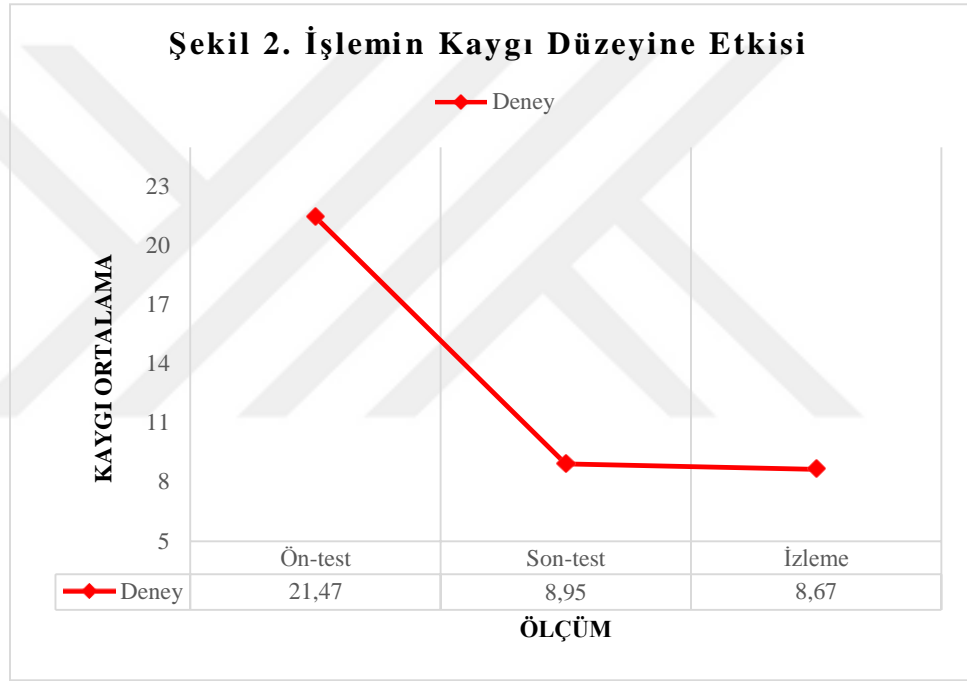
Son olarak; **“Denence 2c: Filial terapi eğitim programına katılan bakım elemanlarının son-test kaygı düzeyleri ile izleme düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır”** denencesi test edilmiştir. Bu karşılaştırma için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 11’de sunulmuştur.

**Tablo 11. Filial Terapi Eğitimi Son-test/İzleme Kaygı Düzeylerine  
ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Son-test ve İzleme	Negatif Sıra	10	11.05	110.50	.21	.836
	Pozitif Sıra	10	9.95	99.50		
	Eşit	1				

Tablo 11 incelendiğinde, bakım elemanlarının kaygı düzeylerinin deney/egitim sonrası ve izleme testi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmektedir, ( $z = 0.21, p > .05$ ). Bu sonuçlara göre son-test ile izleme testi arasında bakım elemanlarının kaygı düzeylerinin değişmediği söylenebilir.

Tüm bu sonuçlar neticesinde, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu ve bu etkinin izleme testinde de devam ettiği ifade edilebilir. Şekil 2’de bakım elemanlarının kaygı düzeylerinin ön-test, son-test ve izleme puan ortalamalarındaki durumlar sunulmuştur.



#### **4.1.3. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Düzeylerine İlişkin Bulgular**

Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyleri, kontrol grubunda yer alan çocuklara göre anlamlı düzeyde düşüp düşmeyeceği ve bu etkinin izleme ölçümü sonunda değişip değişmeyeceği test edilmiştir. Dolayısıyla bu kısımda kontrol grubu da oluşturulmuştur. Bu bakımdan öncelikle, deney grubundakikoronma ihtiyacı olan çocukların (deney) davranış sorunları ile kontrol grubunda yer alan

çocukların davranış sorunları puanlarının, eğitim programı öncesinde eşit olup olmadıkları incelenmiştir. Bu doğrultuda deney ve kontrol grubundaki çocukların davranış sorunlarına ait aldıkları ön-test puanlarına ilişkin Mann-Whitney U testi gerçekleştirilmiştir. Bulgulara Tablo 11’de yer verilmiştir

**Tablo 12. Davranış Sorunları Ön-Test Değerlerine İlişkin Mann-Whitney U Testi**

Değişken	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Davranış sorunları	Deney	33	38.76	1279.00	503.00	.21
	Kontrol	37	32.59	1206.00		

Tablo 12’de yer alan Mann-Whitney U testi sonuçları incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarının davranış sorunları ön-test sonuçlarının birbirlerinden anlamlı derecede farklılaşmadıkları görülmektedir ( $U = 503.00, p > .05$ ). Diğer bir ifadeyle, deney ve kontrol gruplarında yer alan korunma ihtiyacı olan çocukların filial terapi eğitimine başlamadan önce davranış sorunları düzeylerinin birbirlerine denk kabul edilebileceği anlaşılmaktadır. Bu sonucu gördükten sonra davranış sorunları düzeylerine ilişkin denencelerin test edilmesine başlanmıştır.

Bu bağlamda ilk olarak “**Denence 3a: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların son-test davranış sorunları düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır**” denencesini test etmek amacıyla Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 13’de sunulmuştur.

**Tablo 13. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Ön-test/Son-test Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm	N	Sıra	Sıra	z	p	
		Ortalamas	Toplam			
		1	1			
Ön-test ve Son-test	Negatif Sıra	32	17.28	553.00	4.87	.001
	Pozitif Sıra	1	8.00	8.00		
	Eşit	0				

Tablo 13 incelendiğinde, deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyleri deney/eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, ( $z = 4.87, p < .001$ ). Bu farkın yönü incelendiğinde; negatif sıralar yani son-test puanlarının daha düşük olduğundan ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre son-testte deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları puanlarının düştüğü söylenebilir. Bu sonuçlar neticesinde, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyini azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

Ardından; **“Denence 3b: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korumaya ihtiyacı olan çocukların izleme-test davranış sorunları düzeyleri, ön-test düzeylerinden anlamlı düzeyde düşük olacaktır”** denencesi test edilmiştir. Bu amaçla, Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 14’de sunulmuştur.

**Tablo 14. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Ön-test/İzleme Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	P
Ön-test ve İzleme	Negatif Sıra	28	18.02	504.50	4.50	.001
	Pozitif Sıra	4	5.88	23.50		
	Eşit	0				

Tablo 14 incelendiğinde, deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeylerinin deney/egitim öncesi ve izleme arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir, ( $z = 4.50$ ,  $p < .001$ ). Bu farkın yönü incelendiğinde; negatif sıralar yani izleme puanlarının daha düşük olduğundan ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre izleme testinde deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları puanlarının düştüğü söylenebilir. Bu sonuçlara göre bu denencenin de doğrulandığı ifade edilebilir.

Araştırmanın bir sonraki denencesi olan; **“Denence 3c: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların son-test davranış sorunları düzeyleri ile izleme düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır”** denencesini test etmek amacıyla Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 15’de sunulmuştur.

**Tablo 15. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Davranış Sorunları Son-test/İzleme Düzeylerine ait Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları**

Ölçüm		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	<i>z</i>	<i>p</i>
Son-test ve İzleme	Negatif Sıra	11	10.77	118.50	1.70	.09
	Pozitif Sıra	16	16.22	259.50		
	Eşit	5				

Tablo 15 incelendiğinde, deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeylerinin deney/eğitim sonrası ve izleme arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmektedir, ( $z = 1.70, p > .05$ ). Bu sonuçlara göre son-test ve izleme testinde deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları puanlarının değişmediği söylenebilir. Bu sonuçlara göre bu denencenin de doğrulandığı ifade edilebilir. Bu sonuçlar neticesinde, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyini azaltmada etkili olduğu ve izleme testinde de bu anlamlı azalmanın sürdürdüğü görülmektedir.

Bir diğer denence olan; **“Denence 3d: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların son-test davranış sorunları düzeyleri, kontrol grubundaki çocukların son-test düzeylerine göre anlamlı düzeyde düşük olacaktır”** denencesini test etmek amacıyla Mann-Whitney U testi gerçekleştirilmiştir. Bulgulara Tablo 16’da yer verilmiştir.

**Tablo 16. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elemanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların Son-Test Davranış Sorunları Düzeyleri, Kontrol Grubundaki Çocukların Son-Test Düzeylerine İlişkin Mann-Whitney *U* Testi**

Değişken	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	<i>p</i>
Davranış Sorunları	Deney	33	23.80	785.50	224.50	.001
son-test	Kontrol	37	45.93	1699.50		

Tablo 16’da yer alan Mann-Whitney *U* testi sonuçları incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarının davranış sorunlarının, son-test sonuçları bakımından birbirlerinden anlamlı derecede farklılaştıkları görülmektedir ( $U = 224.50$ ,  $p < .001$ ). Diğer bir ifadeyle, filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların son-test davranış sorunları düzeyleri, kontrol grubundaki çocukların son-test düzeylerine göre anlamlı derecede düşmüştür. Dolayısıyla eğitim etkili olmuş ve bu denence doğrulanmıştır.

Sonrasında; **“Denence 3e: Filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların izleme testi davranış sorunları düzeyleri, kontrol grubundaki çocukların izleme testi düzeylerine göre anlamlı düzeyde düşük olacaktır”** denencesini test etmek amacıyla Mann-Whitney *U* testi gerçekleştirilmiştir. Bulgulara Tablo 17’de yer verilmiştir.

**Tablo 17. Filial Terapi Eğitimine Katılan Bakım Elamanlarının İlgilendiği Korunma İhtiyacı Olan Çocukların İzleme Testi Davranış Sorunları Düzeyleri, Kontrol Grubundaki Çocukların İzleme Testlerine İlişkin Mann-Whitney U Testi**

Değişken	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Davranış Sorunları izleme	Deney	33	31.02	992.50	464.50	.125
	Kontrol	37	38.45	1422.50		

Tablo 17’de yer alan Mann-Whitney *U* testi sonuçları incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarının davranış sorunlarının izleme sonuçları bakımından birbirlerinden anlamlı derecede farklılaşmadıkları görülmektedir ( $U = 464.50, p > .05$ ). Diğer bir ifadeyle, filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların izleme testi davranış sorunları düzeyleri, kontrol grubundaki çocukların son-test düzeylerine göre anlamlı derecede değişmemiştir. Her ne kadar deney grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyleri daha düşük olsa da kontrol grubundaki çocukların da davranış sorunları düzeylerinde bir düşüş meydana gelmiştir. Bu nedenle anlamlı farklılık ortaya çıkmamış ve denence kabul edilmemiştir.

Araştırmanın son denencesi olan; **“Denence 3f: Kontrol grubunda yer alan filial terapi eğitimine katılmayan bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyleri ön-test, son-test ve izleme testi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmayacaktır”** denencesini test etmek amacıyla Friedman testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 18’de sunulmuştur.

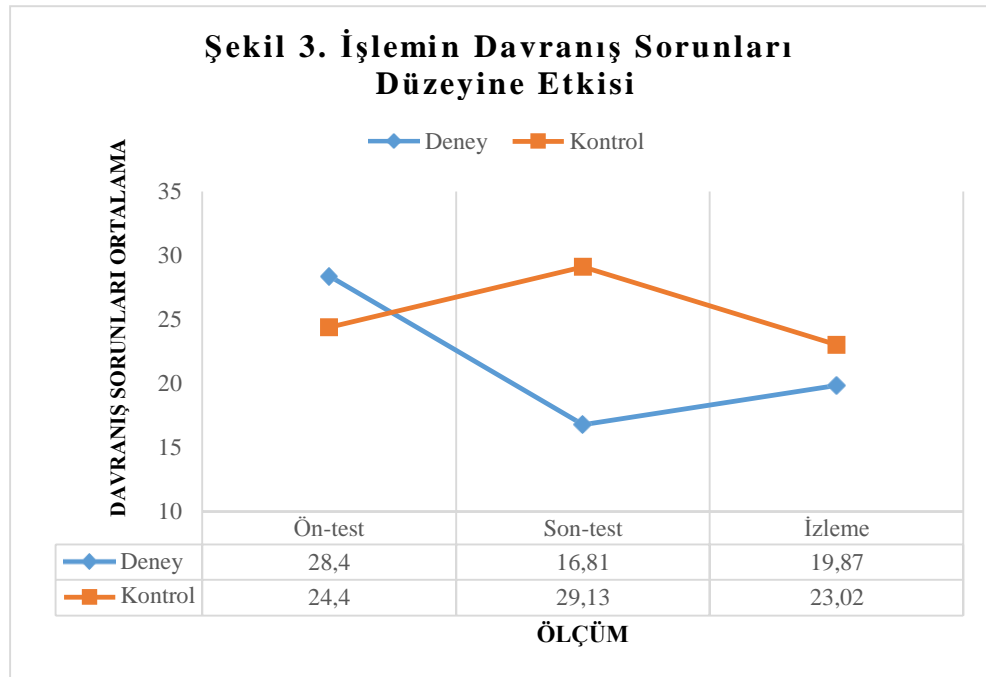


**Tablo 18. Kontrol Grubu Davranış Sorunları Ön-test, Son-test ve İzlemeye Yönelik Friedman Test Sonuçları**

Değişken	N	$\chi^2$	sd	P
Kontrol grubu davranış sorunları	37	15.59	2	.001

Kontrol grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyleri ön-test, son-test ve izleme testi düzeyleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir,  $\chi^2 (2, N=37) = 15.59, p < .01$ . Bu fark detaylı incelendiğinde, ön-test ile son-test arasında kontrol grubunda yer alan çocukların anlamlı derecede davranış sorunlarının arttığı, son-test ile izleme testi arasında ise kontrol grubunda yer alan çocukların davranış sorunlarının anlamlı biçimde azaldığı görülmüştür.

Şekil 3’de filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları ile kontrol grubunda yer alan çocukların davranış sorunları düzeylerinin ön-test, son-test ve izleme puan ortalamalarındaki durumlar sunulmuştur.



## 5. BÖLÜM

### 5. TARTIŞMA

Bu bölümde öncelikle çalışma bulguları ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır. Ardından araştırmanın sonuçları maddeler halinde sunulmuştur. Son olarak gelecek araştırmacılara yönelik önerilere yer verilmiştir.

10-Oturumluk Filial Terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeyleri ile korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunlarına etkisini inceleyen bu araştırmanın hipotezinde 10-Oturumluk Filial Terapi eğitimi alan deney grubundaki bakım elemanları ile deney ve kontrol grubundaki çocuklara uygulanacak ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmayacağı öngörülmüştür. Filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeyi ile korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları üzerindeki etkisine yönelik denenceler ön-test, son-test ve izleme testleri ile analiz edilmiştir.

#### 5.1. Öz-yeterliğe İlişkin Bulgunun Tartışılması

Araştırmanın birinci denencesi 10-Oturumluk Filial Terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeylerinin anlamlı düzeyde yükseleceği ve bu etkinin izleme ölçümü sonucunda da değişmeyeceğine yönelik kurulmuştur. Yapılan analizler sonucunda son-test ile izleme arasında bir düşüş görülse de ön-test ile izleme arasında ortaya çıkan anlamlı fark filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeylerini yükseltmekte etkili olduğunu göstermektedir. Öz-yeterlik ya da yetkinlik inancı bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı olarak tanımlanabilmektedir (Magil, 1993). Sosyal Bilişsel Kuram'a göre başarılı bir şekilde tamamlanmış herhangi bir performans bu alanla ilgili olan diğer alanlara da genellenebilmekte ve genel yetkinliği etkilemektedir (Bandura, 1977). Dolayısıyla alınan bu eğitimde bakım elemanları kendi yapabilirliklerine olan inançlarını güçlendirmiş ve öz-yeterliklerini arttırdığı düşünülmektedir. Bakım elemanlarının görevlerinde kendilerini yetkin ve yeterli hissetmelerinde çocuklarla kurdukları iletişimin de etkili olduğu söylenebilir.

Çeşitli travma geçmişine sahip bu çocuklarla çalışmak ve iletişim kurmak oldukça zordur. Çünkü bu çocuklar ağır travmalarından dolayı çeşitli davranış sorunları sergilemekte ve uyum problemleri yaşamaktadır (Anselmi ve diğerleri, 2004; Ziyalar, 1984; Gürşimsek ve diğerleri, 2006; Lavigueur, Saucier ve Tremblay, 1995; MacLean, 2003). Bennet ve Bratton (2011), Head Start Okullarında yaptıkları çalışmada korunma ihtiyacı olan çocuklarla ilgilenen öğretmen ve yardımcı personelin, bu çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandığını ve kurumda tüm gün çalışan bir psikolog olmadığı için çocuklarla çalışırken bu sorunlar karşısında tek başına kaldıklarını belirtmiştir. Bu çalışmadaki bakım elemanlarının durumunun da bundan pek farklı olmadığı gözlemlenmiştir. Çünkü her ne kadar ciddi durumlarda dışardan psikiyatrist ve terapi desteği alınsa da, her grupta çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta bakım elemanlarına rehberlik edecek ve çocuklarla ilgili konuları danışabilecekleri tüm gün çalışan bir psikolog olmadığı, bu nedenle sorunlar karşısında kendilerini yalnız ve yetersiz hissettikleri gözlenmiştir. Bakım elemanları, ciddi travma geçmişine sahip bu çocuklarla çalışmak ve bu çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için teraöptik bilgi ve beceriye ihtiyaçları duymaktadır. Filial terapi eğitimi ile bakım elemanları, hem eğitim veren uzmandan destek alma, hem de eğitime katılan iş arkadaşlarıyla ortak sorunlarını paylaşarak duygusal yüklerini hafifletme fırsatı buldukları düşünülmektedir. Ayrıca eğitim alarak bu çocuklara nasıl yaklaşabileceklerine yönelik kendilerini donanımlı hissetmelerini sağladığı da anlaşılmaktadır. Araştırma kapsamında filial terapinin bu özelliklerden dolayı bakım elemanlarının öz yeterlik düzeyini yükseltmede etkili olduğu açıklanabilmektedir.

Başka bir açıdan yaklaşıldığında, oyun seansları ile bakım veren yetişkin, çocuğun duygularına ve ihtiyaçlarına daha duyarlı ve destekleyici olur ve çocuğa gösterdiği empati derecesi artmaktadır (Limberg & Ammen, 2008, akt. Kanlıkılıçer). Böylece çocukların davranış sorunları azalır ve bu durumda bakım elemanlarının çocuklarla iletişimini kolaylaştırır ve bakım elemanlarının bu konuda yeterli hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Kısacası filial terapi oyunun gücünü kullanarak bakım elemanlarına, bu becerileri kazandırır ve çocuklar için iyileştirici bir terapötik ortam oluşturmalarını sağlar (Landrteh ve Bratton,

2006). Bakım elemanlarının bu becerileri kazanması ve bu eğitimi başarıyla tamamlamalarının öz-yeterlik düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Ayrıca bakım elemanları, filial terapi eğitiminin üçüncü oturumdan sonra öğrendikleri terapötik becerilerle korunma ihtiyacı olan çocuklara oyun seansı uygulamaya başladılar. Bakım elemanları, bu oyun seanslarında çocukların ilk seanstan itibaren değişmeye başladıklarını ve iyileştiklerini görmelerinin, kendileriyle gurur duymalarını ve bu alanda kendilerini yeterli hissetmelerini sağladığını belirtmişlerdir. Ayrıca oyun terapi odasının, eğitim salonunun hemen yanında düzenlenmesi, bakım elemanlarının canlı süpervizyon almalarını sağlamıştır. Aldıkları bu süpervizyonlarla bakım elemanları çocukların oyunlarını daha iyi analiz etme ve çocukları daha iyi anlama becerilerini arttırdığı görülmüştür. Kısacası filial terapi eğitimi içeriği tüm bu özelliklerinden dolayı bakım elemanlarının bu çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamada ve sağlıklı iletişim kurmada kendilerini yeterli hissetmelerini sağladığı söylenebilmektedir. Benzer şekilde Head Start Okullarında risk grubundaki çocuklarla yapılan çalışmada filial terapi eğitiminden sonra öğretmenlerin ve bakım elemanlarının çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamada kendilerini daha yetkin hissettiklerinin ortaya çıkması bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir (Bennet ve Bratton, 2011). Bu araştırmanın sonuçları, ebeveynlerle yapılan filial terapi araştırmalarının sonuçlarıyla da benzerdir (Lathi, 1993; Glazer-Waldman ve diğerleri, 1992).

Ayrıca bu araştırmanın sonuçları korunma ihtiyacı olan çocuklarla yapılan diğer filial terapi müdahale programlarının sonuçlarını da desteklemektedir. Saayman (2010), Güney Afrika korunma ihtiyacı olan çocuklara bakmak için görevlendirilen bakım elemanlarına filial terapi eğitimi vermiş ve bu bakım elemanlarının empati becerilerinin, öz-güvenlerinin, yetkinliklerinin arttığını ve çocuklarla duygusal bağlarının kuvvetlendiğini bulmuştur. Çocukları ve Gençleri Koruma Ajansı tarafından yapılan 3 yıllık müdahale çalışmasında istismar ve ihmal edilmiş çocukların bakımından sorumlu personele filial terapi eğitimi verilmiş ve bu personelin de çocukların ebeveynlerine eğitim vermesi amaçlanmıştır. Program sonunda bakım elemanları ve ebeveynler, kendilerine daha fazla güvendiğini, kendilerini daha

az karmaşık ve yetkin hissettiklerini belirtmiştir (Cosner, 1990).

Son olarak, ülkemizde bakım elemanlarıyla yapılan müdahale çalışmalarında da benzer sonuçlar gözlenmiştir. Bilgi Üniversitesi tarafından uygulanan Minik Adımlar Projesinde kapsamında 0-3 yaş grubundaki korunma ihtiyacı olan çocukların bakımını ve gelişimini desteklemeleri, çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamaları amacıyla tüm çalışanlara eğitim, seminer ve bireysel destek verilmiştir. Çalışma sonunda bakım elemanları kendilerini daha iyi hissetmiş ve projeyi destekleyici bulmuşlardır (Alıcı, 2008). Aynı proje daha kapsamlı olarak sadece bakım elemanlarını desteklemek için tekrar edilmiş ve 20 haftalık eğitim ve süpervizyon sonunda bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeylerinde, tükenmişlik hislerinde ve genel ruhsal durumlarında anlamlı bir iyileşme gözlenmiştir (Koloğlugil, 2008). Tüm bu açıklamalar birlikte değerlendirildiğinde; araştırma sonucunda elde edilen bulgunun alanyazın ile tutarlı olduğu söylenebilir.

## **5.2. Kaygıya İlişkin Bulgunun Tartışılması**

Araştırmanın ikinci denencesinde 10-Oturumluk Filial Terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde düşeceği ve bu etkinin izleme ölçümü sonunda da değişmeyeceği öngörülmüştür. Yapılan analiz sonucunda, filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu ve bu etkinin izleme testinde de devam ettiği ortaya çıkmıştır.

Gerilme, endişe ve üzüntü gibi öznel duyuların uyarılmasıyla şekillenen ve hoş gitmeyen duygusal durum olarak nitelendirilen kaygının (Spielberger, 1972), çocukla ilgilenilen işlerde çalışıldığında yaşanılmasının kaçınılmaz olduğu anlaşılmaktadır. Rol belirsizliği, çocukların davranış problemleriyle uğraşmak, iletişim sorunları yaşamak bireylerde kaygıyı tetiklemektedir (Riggss, 2002). Bakım elemanları, sürekli değişen vardiya saatlerinin, ağır travmaları olan çocuklara duydukları üzüntülerinin ve bu çocuklarla çalışmanın yarattığı diğer zorlukların kendilerinde kaygı ve stres yarattığını belirtmişlerdir. Bakım elemanlarının bu iş stresinden çıkıp eğitim oturumları için her hafta iki saatte

olsa aynı duyguları paylaşan diğer bakım elemanlarıyla bir araya gelmeleri onlar için psikoterapi ve destek grubu rolü gördüğünü söyleyebilir. Ayrıca yaptıkları oyun seanslarında çocukların travmalarını çalıştıklarına şahit olmaları ve çocukların bakım verildiği grupta daha uyumlu davrandıklarını gözlemlemeleri ve filial terapinin kazandırdığı becerilerle gruptaki diğer çocuklarla nasıl iletişim kuracaklarını öğrenmeleri, bu çocuklarla çalışmanın yarattığı stresi ve kaygı azaltmada etkili olduğu söylenebilmektedir. Benzer şekilde filial terapi üzerine yapılan çalışmalar, filial terapinin ebeveynlik stresine etkisini incelemiş ve eğitimden sonra ebeveynlik stres düzeyinde anlamlı bir azalma görmüştür (Glazer- Waldman ve diğerleri, 1992; Costas ve Landreth, 1999; Chau ve Landreth, 1997; Glover ve Landreth, 2000; Jang, 2002; Lee ve Landreth, 2003). Bakım elemanlarının da kurumda ebeveynlik görevi üstlendiği, hatta çocukların bakım elemanlarına anne diye seslendikleri düşünüldüğünde çocuğa bakım verenin ister anne olsun, ister bakım elemanı olsun benzer deneyimleri yaşadıklarından benzer stres ve kaygıyı yaşadıkları söylenebilir. Stresin kaygıyı tetiklediği düşünüldüğünde bu araştırma sonucunun ebeveynlerin stres düzeyini ölçen araştırma sonuçlarıyla benzer sonuçları ortaya çıkardığı söylenebilir. Bu nedenle filial terapi eğitimi, bakım veren yetişkinin bakım vermekle ilgili stresini ve kaygısını düşürmede etkili bir müdahale modeli olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca her ne kadar araştırmacı bu bilgilerin gizli kalacağını belirtmiş olsa da bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı ölçeğini doldururken kurumdaki işini kaybetme kaygısı yaşayabileceklerini de göz önünde bulundurmaları gerekir. Çocuklarla ilgili ölçeği doldururken ise çocukların puanlarının düşük ya da yüksek olmasının işten çıkarılma risk taşımadığı için daha dürüst davranacakları düşünülebilir. Bu nedenle bakım elemanlarının verdiği nitel bilgiler çok kıymetlidir. Bakım elemanları nicel bilgiler yanında sözel açıklamalarında da eğitimden sonra kendilerine güvenlerinin arttığını, bu çocuklara bakım verme görevinin yarattığı kaygıların azaldığını, kendilerine olan güvenlerinin ve yeterliliklerinin arttığını ifade ederek araştırma sonuçlarını desteklemiştirler. Bunun yanı sıra oyun seansı uyguladıkları çocuklara karşı ilgilerinin arttığını, ilişkilerinin düzeldiğini, aralarındaki duygusal bağın kuvvetlendiğini, çocuklara karşı daha anlayışlı olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca çocukların da kendileriyle olan iletişimlerinin arttığını, daha fazla

duygusal bağ kurduklarını, çocukların yanlarından ayrılmak istemediğini, bakım elemanından daha fazla ilgi talep ettiğini ve oyun seansı odasına gitmek için sabırsızlandıklarını belirtmişler. Dolayısıyla filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının kaygı düzeylerini azaltmakta başarılı olduğu anlaşılmaktadır.

### **5.3. Davranış Sorunlarına İlişkin Bulgunun Tartışılması**

Araştırmanın üçüncü denencesi ise filial terapinin çocukların davranış sorunları üzerindeki etkisi ile ilgiliydi. Bu denencede, 10-Oturumluk filial terapi eğitimine katılan bakım elemanlarının ilgilendiği koruma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeylerinin kontrol grubunda yer alan çocuklara göre anlamlı düzeyde düşeceği ve bu etkinin izleme ölçümünde de değişmeyeceği öngörülmüştür. Yapılan analizler sonucunda filial terapi eğitiminin bakım elemanlarının ilgilendiği korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunları düzeyini azaltmada etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan bu fark detaylı incelendiğinde; ön-test ile son-test arasında kontrol grubunda yer alan çocukların anlamlı derecede davranış sorunlarının arttığı ve son-test ile izleme testi arasında ise kontrol grubunda yer alan çocukların davranış sorunlarının anlamlı biçimde azaldığı görülmüştür. Bunun nedeni zaman geçtikçe çocukların kuruma ve bakım elemanlarına uyumlarının artması, okula başlamaları gibi eğitimden sonra çocuklarının hayatını diğer değişkenlerin etkileyebileceği ile açıklanabilir.

Bu araştırmanın çocukların davranış sorunlarını azaltmadaki etkisi yurtdışında yapılan araştırma sonuçlarıyla benzerdir. Yurtdışında yapılan filial terapi çalışmalarının hepsi filial terapinin çocuklar üzerindeki etkisini özellikle de davranış sorunları üzerindeki etkisini incelemiş ve çocukların davranış sorunlarının anlamlı düzeyde azaldığını, aynı zamanda çocukların öz güvenlerinin ve iletişimlerinin geliştiği ve daha mutlu hissettiklerini ortaya çıkarmıştır (Chau ve Landreth, 1997; Costas ve Landreth, 1999; Glazer-Waldman ve diğerleri, 1992; Glover ve Landreth, 2000; Jang, 2002; Kidron, 2004; Lee ve Landreth, 2003). Ayrıca bu araştırmanın sonuçları ülkemizde yapılan müdahale programlarının sonuçlarıyla da benzerdir. Bu araştırmalarda bakım elemanlarına destek olmak için çeşitli eğitimler verilmiş ve bakım

elemanlarının eğitim almasının çocukların davranış sorunlarını azaltmada etkili olduğu ve genel olarak çocukların is epozitif gelişme gösterdikleri bulunmuştur (Koç Üniversitesi, 2004-2006; Koloğlugil, 2008).

Bu araştırmanın nicel verilerini bakım elemanlarının görüşleri de desteklemektedir. Bakım elemanları genel olarak oyun seansı alan çocukların arkadaşlarıyla iletişimlerinin, gurup oyunlarına katılma isteklerinin, oyuncaklarını arkadaşlarıyla paylaşma isteklerinin ve gruba uyum gösterme davranışlarının arttığını belirtmiştir. Ayrıca bakım elemanları bazı çocuklardaki hırçınlık, vurma, saldırganlık gibi davranış problemlerinin azaldığını ya da tamamen bittiğini, uykuya geç dalma, sık sık uyanma, uykusunda ağlama gibi uyku problemleri olan çocukların ise uyku problemlerinin bittiğini ya da azaldığını ifade etmişlerdir. Bu gelişmelerin yanı sıra çocukların hepsinin kendilerini özel ve değerli hissettiklerini, içine kapanık çocukların kendine güvenlerinin arttığını, daha girişken olduklarını ve kendilerini çekinmeden ifade ettiklerini, mutsuzluk, hırçınlık, ağlayarak kendini ifade etme, istedikleri olmadığında ağlama nöbetleri geçirme davranışlarının azaldığını ve dil gelişimlerinin hızlandığını da belirtmişlerdir. Yemek seçme, iştahsızlık gibi yeme problemlerinde ise azalma olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca bakım elemanları çocukların daha sempatik olduklarını, kendilerini daha fazla sevdirdiklerini, genel olarak daha mutlu ve pozitif olduklarını da gözlemişlerdir.

Bakım elemanları genel olarak çocuklarla iletişimlerinin arttığını, oyun seansları ile çocukların davranış problemlerinin azaldığını ve çocukların gelişimin hızlandığını, oyun seanslarının gerçekten çocuklara iyi geldiğini ifade etmişlerdir. Kısacası bu çalışma, filial terapi eğitiminin hem çocukların davranış sorunlarını azaltmada, hem de bakım elemanların öz-yeterlik düzeylerini arttırmada ve kaygı düzeylerini azaltmada etkili bir müdahale yöntemi olduğunu kanıtlamıştır. Ayrıca en iyi iyileşmenin 35-40 oyun terapisi seansı ile gerçekleştiğini ortaya çıkaran meta analiz çalışmalarının bulguları dikkate alındığında, bu çalışmada çocukların sadece 10 seans gibi daha kısa seans sayısı ile iyileştiklerini görülmektedir. Bu sonuçlar, filial terapinin daha kısa oyun seans sayısı ile benzer etkiyi gösterdiği meta analiz çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir (LeBlanc ve Ritchie, 2001; Bratton ve diğerleri, 2005).



#### 5.4.Sonuç

Bu araştırmada 10-Oturumluk Filial Terapi eğitiminin bakım elemanlarının öz-yeterlik ve kaygı düzeyleri ile korunma ihtiyacı olan çocukların davranış sorunlarına etkisi incelenmiş ve şu sonuçlar ortaya çıkmıştır;

- 10-Oturumluk Filial Terapi Eğitimi alan bakım elemanlarının öz-yeterlik düzeyleri eğitimden sonra anlamlı derecede yükseltmiştir. Bu verileri, bakım elemanlarının görüşleri de desteklemiştir. Bakım elemanları, eğitimde kazandıkları bilgi ve becerilerin çocuklarla olan iletişimlerini kolaylaştırdığını, kendilerine olan güvenlerini artırdığını ve kendilerini daha yeterli hissettiklerini belirtmiştir.
- Araştırma sonucunda filial terapi eğitimi alan bakım elemanlarının kaygı düzeyleri ise anlamlı derecede düşmüştür. Benzer şekilde bakım elemanları, bu çocuklarla çalışmanın verdiği zorluklarının ve çocuklara duydukları üzüntünün kaygılarını arttırdığını; oyun seanslarının çocukları iyileştirmedeki etkisini görmelerinin ve iletişimlerinin gelişmelerinin ise bu kaygı azaltmada etkili olduğunu belirtmiştirler.
- Araştırma sonunda filial terapinin çocukların davranış sorunlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. İki grubun puanları karşılaştırıldığında deney grubundaki çocukların davranış sorunlarında anlamlı bir azalma görülürken, kontrol grubundaki çocukların davranış sorunlarında almalı bir artma görölmüştür. Benzer şekilde bakım elemanları, oyun seansı alan çocukların arkadaşlarıyla iletişimlerinin, grup oyunlarına katılma isteklerinin, oyuncaklarını arkadaşlarıyla paylaşma ve genel olarak guruba uyum davranışlarının arttığını belirtmiştirler. Bu çalışmada oyun terapisinin ruh sağlığı uzmanı yerine bakım elemanları tarafından ve sadece 10 seans uygulanmasına rağmen korunma ihtiyacı olan çocukları iyileştirmedeki etkisini kanıtlamış ve filial terapi eğitiminin etkili bir müdahale program olduğunu göstermiştir.

## 5.5.Öneriler

Bu araştırmanın bulguları doğrultusunda uygulamacılara ve araştırmacılara aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Bu araştırma, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstanbul ili Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı Bahçelievler Şeyh Zayed 0-12 Yaş Çocuk Yuvası'nda çalışan bakım elemanları ve bu bakım elemanlarının ilgilendiği 3-5 yaş grubundaki korunma ihtiyacı olan çocuklarla sınırlıdır. Araştırmalarda elde edilen bulguların genellenebilirliğini arttırmak için daha kapsamlı örnekleme çalışmak önemlidir (Büyüköztürk, 2002). Bu nedenle diğer illerdeki çocuk yuvalarını ve farklı yaş gruplarını kapsayan araştırmalar yapılabilir.
- Ayrıca bu araştırmada bakım elemanları için kontrol grubu oluşturulamamış, sadece çocuklar için kontrol grubu oluşturulmuştur. Deneysel çalışmaların güvenilirliğini arttırmak için kontrol grubu oluşturmak önemlidir (Büyüköztürk, 2002). Gelecekte yapılacak araştırmalarda bakım elemanları için kontrol grubu oluşturularak daha sağlıklı çalışmalar yapılabilir.
- Bu araştırmada bakım elemanlarına filial terapi eğitimi araştırmacı uzman tarafından verilmiştir. Uzmanın deneyimi ve yeterliliği değişkeninin de incelenmesi için birden fazla uzmanın eğitim verdiği araştırmalar yapılabilir.
- Landreth (2002) katılımcıların terapötik oyun becerilerini arttırmada süpervizyon oturumlarının önemini vurgulamıştır. Bu araştırmada, eğitim bittikten sonra yapılan 3 haftalık süpervizyon buluşmaları bakım elemanlarını oyun seansına devam etmeleri için motive etmiş ve karşılaştıkları zorlukları paylaşma fırsatı vermiştir. Bu nedenle ileride yapılacak filial terapi müdahale çalışmalarında süpervizyon oturumlarının sayısı daha da arttırılabilir.
- Ayrıca Landreth (2002), çocuk merkezli oyun terapisinin çocukların sadece duygusal ihtiyaçlarını karşılamadığını, aynı zamanda gelişimlerine de destek olduğunu ve kendilerini

gerçekleştirecekleri güvenli bir ortam sağladığını belirtmiştir. Bu nedenle gelecekte yapılacak müdahale çalışmalarında çocuk merkezli oyun terapisini içeren filial terapi eğitiminin çocukların gelişimleri üzerindeki etkisi de incelenebilir.

- Bu çalışma, Türkiye’de 10-Oturumluk Filial Terapi modelinin kullanıldığı ilk araştırmadır. Bu modelinin farklı değişkenler üzerindeki etkisi incelenebilir ve bu çalışmalar etkili bir tedavi ve müdahale programı olan filial terapinin önemini hem uzmanlar, hem de kurumlar tarafından anlaşılmasını sağlayabilir.
- Filial terapinin geliştirilme nedeni ruh sağlığı uzmanlarının zamanından tasarruf etmek ve daha fazla çocuğu tedavi edebilmektir (L. Guerney, 2000). Bu araştırma sonuçları Türkiye’deki ruh sağlığı uzmanlarının, kendi zamanlarından tasarruf etmeleri ve daha fazla çocuğu tedavi etmeleri için filial terapiyi tercih etmelerini sağlayabilir
- Bu çalışmada, oyun becerilerini bakım elemanlarına öğretmek çocukların davranış sorunlarında istatistiksel bir iyileşme sağlanmıştır. Benzer şekilde filial terapinin, ruh sağlığı uzmanının oyun terapisi uygulamasına ihtiyaç duyulmadan çocukların davranış sorunlarını azaltmadaki etkisi 140’ın üzerinde çalışma ile kanıtlanmıştır (Bratton ve diğerleri, 2005; LeBlanc ve Ritchie, 2001). Bu nedenle Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nde çalışan tüm bakım elemanlarına filial terapi eğitimi verilerek çocuklardaki hafif düzeydeki duygusal ve davranışsal sorunların ruh sağlığı uzmanına gerek duyulmadan tedavi edilmesi sağlanabilir.
- Ayrıca filial terapi, bu araştırmada olduğu gibi çocukların duygusal ihtiyaçlarını karşılamada, davranış sorunlarını azaltmada en etkili müdahale programı olduğunu 93 deneysel çalışma ile kanıtlamıştır (Landreth ve Bratton, 2006). Bu nedenle Türkiye’de de yurtdışında olduğu gibi hastane, okul, çocuk yuvası gibi çeşitli kurumlarda dezavantajlı çocuklara bir müdahale programı olarak filial terapi projeleri geliştirilebilir.

## KAYNAKÇA

- Ağalı, S. (2015). *Kamu ve özel hastanelerde çalışan doktorların duygusal zeka ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi.
- Akgün, E. ve Yeşilyaprak, B. (2010). Çocuk Ana Baba İlişki Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 24, 44 -53.
- Akın, A. (2008). Self-efficacy, achievement goals and depression, anxiety and stress: A structural equation modeling. *World Applied Sciences Journal*, 35, 725–732.
- Akman, Y. (1987). *Anaokulu çocuklarında görülen ayrılık kaygısının giderilmesinde farklı oyun tekniklerinin etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Alıcı, D. (2008). *Kurum Bakımındaki Çocuklar ve Bakıcıları Arasında Bağlanma İlişkisinin Desteklenmesi: 1-3 yaş Arasındaki Çocukların Bakıcılarına Yönelik Eğitim ve Süpervizyon Grubu*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.
- Al-Sahel, R. A. (2006). Children's behavioral problems (Bps) in kindergarten: Impact of time of day and activity type, *Social Behavior and Personality*, 34 (4), 399-412.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2007). *DSM-IV-TR: Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı*. (Çev. Ed. E. Köroğlu). 4. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5: Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. E. Köroğlu, (çev.), İstanbul: HYB Yayıncılık

- Ankay, A. (1992). Ruh sağlığı ve davranış bozuklukları. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C. & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (4), 779-788.
- Aral, N., Gürsoy, F. & Köksal, A. (2001). *Okul ncesi eğitiminde oyun*. İstanbul: Ya-pa Yayınları.
- Association for Play Therapy. (2017). *Why play therapy?* <http://www.a4pt.org/page/WhyPlayTherapy> (25.07.2017).
- Axline, V. (1986). *Dibs in search of self*. New York: Ballantine.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Aydın, F. (2016). *Psikolojik danışman adaylarında psikolojik danışma öz-yeterliği, umut ve kaygının yaşam doyumunu üzerindeki etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Baggerly, J. N. & Landreth, G. L. (2001). Training children to help children: A new dimension in playtherapy. *Peer Facilitator Quarterly*, 18, 6–14.
- Baklaya, İ. ve Tuğrul, B. (1998). *Anaokuluna yeni başlayan çocukların okula uyum süreçlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Yayınları.
- Baltaş, A. & Baltaş, Z. (1995). *Stres*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara G. V. & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67 (3), 1206-1222.

- Baran, G. (1989). On yaş çocuklarında davranış bozuklukları ile benlik kavramının gelişimi arasındaki ilişki üzerine bir çalışma. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi. Ankara.
- Bavin-Hoffman, R., Jennings, G. & Landreth, G. (1996). Filial therapy: Parental perceptions of the process. *International Journal of Play Therapy*, 5, 45-58.
- Beck, A. T. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Birleşmiş Milletler (1989). *Çocuk Haklarına Dair sözleşme: Birinci Kısım, Madde 21-30. UNICEF: [https://www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23d.html](https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23d.html)* (20.07.2017).
- Boll, L. (1972). *Effects of filial therapy on maternal perceptions of their mentally retarded children's social behavior*. Unpublished doctoral dissertation, University of Oklahoma, Norman.
- Bratton, S. & Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4, 61–80.
- Bratton, S. C., Landreth, G. L., Kellam, T. & Blackard, S. R. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10 Session Filial Therapy Model for Training Parent*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376- 390

- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y. & Jones, L. (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.
- Braun, J. M., Kahn, R. S., Froehlich T, Auinger, P. & Lanphear, B. P. (2006). Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children. *Environmental Health Perspect*, 114, 1904-1909.
- British Association of Play Therapists. (2017). *History of play therapy* <http://www.bapt.info/play-therapy/history-play-therapy/> (25.07.2017).
- Brown, C. J. (2000). *Filial therapy training with undergraduate teacher trainees: Child-teacher relationship training*. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Bulut, S. (2008). Erken çocukluk dönemi cinsel istismarının psikodinamikoyun terapisiyle teşhisi ve tedavisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (29), 131-144.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (Çev. İ. D. Erguvan-Sarıoğlu). Kaknüs Yayınları: İstanbul.
- Burhan, T. (2016). *Devlete bağlı anaokulu ile özel anaokulunda çalışan öğretmenlerin öz yeterlik inancı ve iş doyumunu düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimleri için veri analizi el kitabı istatistik araştırma deseni-spss uygulamaları ve yorum*. Ankara: Pegen Yayıncılık.
- Cain, C. K. & LeDoux, J. E. (2008). Brain mechanisms of Pavlovian and instrumental aversive conditioning. In R. J. Blanchard, D. C. Blanchard, G. Griebel & D. Nutt (Eds.), *Handbook of anxiety and fear* (pp.103-124). Amsterdam: Academic Press.

- Campbell, S. B. & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871-889.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 36 (1), 113-149.
- Campbell, S. B. (1997). Behavior problems in preschool children: Developmental and family issues. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 1-26.
- Carnes-Host, K. (2010). *Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) With Adoptive Families: Effects on Child Behavior, Parent-Child Relationship Stress, and Parental Empathy*. Unpublished doctoral dissertation, University Of North Texas.
- Center for Play Therapy. (2017). *Our history*. <http://cpt.unt.edu/about-us/our-history> (22.07.2017).
- Cesur, C. (2017). *Bir grup çalışan yetişkinde kaygı düzeyi, mükemmeliyetçilik ve öfke arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi.
- Chau, I. Y. & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental empathic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of Play Therapy*, 6 (2), 75-92.
- Clark, K. A. J. (1996). *The effect of filial therapy on child conduct behavior problems and the quality of the parent-child relationship*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, San Diego.
- Clemens, N. A. (2003). A psychodynamic perspective on anxiety. *Journal of Psychiatric Practice*, 9 (5), 385-387.
- Cleveland, J. & Landreth, G. (1997). Children's perceptions of filial therapy. *Texas Counseling Association (TCA) Journal*, 25 (1), 19-29.



- Cornett, N. & Bratton, S. C. (2015). A golden intervention: 50 years of research on filial therapy. *International Journal of Play Therapy*, 24 (3), 119-133.
- Cosner, R. (1990, August). *Training foster and adoptive parents in filial therapy*. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Boston.
- Costas, M. & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8, 43–66.
- Crane, J. M. & J. Brown. C. J. (2003). Effectiveness of teaching play therapy attitudes and skills to undergraduate human services majors. *International Journal of Play Therapy*, 12, 49–65.
- Cutspec, P. A. (2003). Practice-based diagnostic continuity in the assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool-age children. *Bridges Practice-Based Resarch Synthesis on Early Childhood Development*. 1(7).
- Cüceloğlu, D. (2012). *İnsan ve davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çapri, B. ve Çelikkaleli, Ö. (2008). Öğretmen adaylarının öğretmenliği ilişkin tutum ve mesleki yeterlik inançlarının cinsiyet, program ve fakültelerine göre incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9 (15), 33–53.
- Çifter, A. (1985). *Psikiyatri I*. Gata Eğitim Yayınları.
- Çivi, S., Altuhul S. ve Yayıcı, M. (1993). 7-12 Yaş Yuva Çocukları İle Aile Çocuklarının Psikososyal Davranışları. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*, 3 (1), 16-19.
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistikler (1 Mayıs 2017) <http://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/istatistikler> (8 Temmuz 2017).

- Daly, M. & Wilson, M. (1985). Child abuse and other risk of not living with both parents. *Ethology and Sociobiology*, 6, 197- 210.
- Delevi, R. ve Bugay, A. (2011). Kum oyunu terapisi: Genel bilgiler ve bir olgu örneği (Sandplay therapy: an introduction). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18 (2), 127 -135.
- Deniz, P. (2015). *Çalışan ve çalışmayan kadınlardaki obsesif kompulsif belirtileri, anksiyete ve mizaç özelliklerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi.
- Dogra, A. & Veeraraghavan, V. (1994). A study of psychological intervantion of children with aggressive conduct disorder. *Journal of Clinilcal Psychology*, 21, 28-32.
- Dursun, A. (2010). *Okul öncesi dönemdeki çocukların davranış problemleriyle anne-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Durualp, E. ve Aral, N. (2010). Altı yaşındaki çocukların sosyal becerilerine oyun temelli sosyal beceri eğitiminin etkisinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39, 160-172.
- Edwards, N. A., Ladner, J. & White, J. (2007). Perceived Effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of Play Therapy*, 16 (1), 36-53.
- Erbaş, D. (2002). Problemlı davranışların azaltılmasında olumlu davranışsal destek planı hazırlama, *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 3 (2), 41-50.
- Erci, B. (2005). *Genel algılanan öz-yeterlilik ölçeğinin türkçe versiyonu*, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir.

- Erol, N. ve Münir, K. (2012). Aile bakımı dışında kalan bebek ve Küçük Çocukları Nasıl Koruyabiliriz? 28 Şubat- 2 Mart 2011, XXIV. Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu, Tam metin sunum bildirisi. Ed: Erol, ss.119-127. Anakara Üniversitesi Yayınları.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G. & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23 (4), 1-20.
- Eysenck, M. W. (2004). Trait anxiety, repressors and cognitive biases. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Freud, S. (2013). Inhibitions, symptoms and anxiety. In S. Arbiser, and H. Schneider (Eds.), *On Freud's Inhibitions, symptoms and anxiety* (pp. 9-100). London: Karnac Books.
- Garza, Y., Kinsworthy, S. & Watts, R. E. (2009). Child-parent relationship therapy: A training model for strengthening child-parent relationships. *International Journal of Play Therapy*, 18, 217–228.
- Gençer, A. A. ve Aksoy, A. B. (2016). Anne çocuk etkileşiminde farklı bir yaklaşım: teraplay oyun terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (3), 244-254.
- Ginsberg, B. G. (1989). Training parents as therapeutic agents with foster/adoptive children using the filial approach. In C. E. Schaeffer & J. E. Breitmeister (Eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (pp. 442-478). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Ginsberg, B. G. (2002). The power of filial relationship enhancement therapy as an intervention in child abuse and neglect, *International Journal of Play Therapy*, 11, 65-78.

- Ginsberg, B. G. (2002). The power of Filial Relationship Enhancement therapy as an intervention in child abuse and neglect. *International Journal of Play Therapy*, 11 (1), 65-78.
- Glass, N. M. (1986). *Parent as therapeutic agents: A study of the effect of filial therapy*. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Glover, G. J. & Landreth, G. L. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9 (2), 57-80.
- Gözalın, E. (2013). *Oyun temelli dikkat eğitim programının 5-6 yaş çocuklarının dikkat ve dil becerilerine etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi.
- Grskovic, J. A. & Goetze, H. (2008). Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. *International Journal of Play Therapy*, 17, 39-51.
- Gruber, D. (2011). *The effect of the enhanced summer college readiness program on academic self-efficacy*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Toledo, Toledo.
- Guerney, B. G. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28 (4), 303-310.
- Guerney, L. (1997). Filial Therapy. In K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play Therapy Theory and Practice: A Comparative Presentation* (2nd ed.) (pp.131-159). New York: Wiley.
- Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21<sup>st</sup> century. *International Journal of Play Therapy*, 9 (2), 1-7.
- Güven, E. D. (2008). Bir hazır giyim işletmesinde çıraklık eğitimi kapsamında çalışan ergenlerin öz-yeterlik inançlarının kimlik, sosyal karşılaştırma eğilimi ve demografik değişkenler bağlamında incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Pamukkale Üniversitesi.

Gürşimşek, I., Girgin, G., Harmanlı, Z. ve Ekinçi, D. (2006). Annenin ruhsal belirtileri ile 5-6 yaş dönem çocuklarının davranış problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 1. Uluslararası Okulöncesi Eğitim Kongresi Bildiri Kitabı, III. Cilt, s. 3593 İstanbul: YA-PA Yayınları.

Halpern, L. F. (2004). The relations of coping and family environment to preschoolers' problem behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25 (4), 399-421.

Hanwella, R., Senanayake M. & Silva, V. (2011). Comparative efficacy and acceptability of methylphenidate and atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 11, 176.

Harris, Z. L. & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6 (2), 53-73.

Hess, B. A., Post, P. & Flowers, C. (2005). A follow-up study of kinder training for preschool teachers of children deemed at-risk. *International Journal of Play Therapy*, 14, 103–15.

Horney, K. (1998). *Kendi kendine psikanaliz*, (Çev. S. Budak). İstanbul: Öteki Psikoloji.

Işık, E. (1996). *Nevrozlar*, Ankara: Kent Matbaası.

İşlek, M. (2016). *Ergenlerde kaygı ve duanın çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (Rize örneği)*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi.

Jang, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy*, 9 (2), 39–56.

- Johnson, J. L. (2016). *The history of play therapy*. In Kevin J. O'Connor, Charles E. Schaefer, Lisa D. Braverman. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey.
- Johnson, L., Bruhn, R., Winek, J., Krepps, J. & Wiley, K. (1999). The use of child-centred play therapy and filial therapy with Head Start families: a brief report. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25 (2), 169-176.
- Jones, L., Rhine, T. J. & Bratton, S. C. (2002). High school students as therapeutic agents with young children experiencing school adjustment difficulties: The effectiveness of a filial therapy training model. *International Journal of Play Therapy*, 11, 43-62.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). *Yeni insan ve insanlar*. 10. Basım. İstanbul: Evrim Yayınevi ve Bil. San. Tic. Ltd. Şti.
- Kalaycıoğlu, S. ve Rittersberger, H. (1995). *Aile bireyleri arasında şiddet içeren davranışlar Ankara'dan bir örneklem*. Aile Kurultayı. Ankara.
- Kaler, R. S. & Freeman, B. J. (1994), Analysis of environmental deprivation: cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 769-781.
- Kalff, D. M. (2003). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche*. Cloverdale, Ca: Temenos Press.
- Kanlıkılıçer, P. (2005). *Okul öncesi davranış sorunları tarama ölçeği geçerlilik güvenirlik çalışması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Kara, H. (2008). *Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi*, İstanbul. Yerküre Yayınları, 1 (1), 61-71.
- Karahan, Ş. (2008). *Özel eğitim okullarında çalışan eğitimcilerin öz-yeterlik algılarının ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi.

- Kaya, E. (2005). *Zihinsel özürlü çocuklarda oyun tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Kaya, M. & Varol, K. (2004). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluk sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun örneği). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17, 31-63.
- Keenan, K., Shaw, D., Delliquadri, E., Giovannelli, J. & Walsh, B. (1999). Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 443-454.
- Kezur, B. (1980). *Mother-child communication patterns based on therapeutic principles*. Doctoral dissertation, The Humanistic Psychology Institute.
- Kidron, M. & Landreth, G. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19, 64-78.
- Kidron, M. (2004). Filial therapy with Israeli parents. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 64 (12-A), 4372.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive behavioral play therapy*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Koç Üniversitesi Gönüllüleri Minik Yüreklere Projesi (KÜMYÜP) (2004-2006) <http://home.ku.edu.tr/~kumyup/proje-kitapciği.pdf> (20 Temmuz 2013).
- Koçkaya, S. ve Siyez, D. (2017). Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisi uygulamalarının etkisi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 9 (1), 31-44.

- Koloğlugil, D. (2008). SHÇEK Şeyh Zayed Çocuk Yuvası'ndaki bakım elemanlarına sağlanan eğitim ve süpervizyon çalışmalarının bakım kalitesi ve çocukların gelişimi üzerine etkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.
- Kot, S. (1995). *Intensive play therapy with child witnesses of domestic violence. Unpublished doctoral dissertation*, University of North Texas, Denton.
- Kottman, T. (2001). *Theoretical approaches to play therapy*. In T. Kottman, *Play therapy: Basics and beyond* (pp. 37-78). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Köknel, Ö. (1982). *Kaygıdan mutluluğa kişilik*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Lahti, S. (1992). *An ethnographic study of the filial therapy process*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas, Denton.
- Landreth, G. L. & Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 76, 157–165.
- Landreth, G. L. & Bratton, S. C. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10 Session Filial Therapy Model*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Landreth, G. L. & Sweeney, D. S. (1997). Child-Centred Play Therapy. In K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: a comparative presentation* (2nd ed., pp.17-45). New York: Wiley.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: the art of the relationship*. New York, Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L. (2011). *Oyun terapisi: İlişki Sanatı*. S. Yazıcı (çev.), Kocaeli: Altın Kalem Yayınları.



- Landreth, G. L., & Sweeney, D. S. (2013). Çocuk Merkezli Oyun Terapisi. C.Schaefer (Ed.). *Oyun terapisinin temelleri içinde*. B. T. Özkaya (çev.), Ankara: Nobel Yayıncılık, ss. 129-152.
- Landreth, G. L., Kot, S. & Giordano, M. (1998). Intensive child centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7 (2), 17-36.
- Lavigne, S., Saucier, J. F. & Tremblay, R. E. (1995). Interactional processes in families with disruptive boys: patterns of direct and indirect influence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (3), 359.
- LeBlanc, M. & Ritchie, M. (2001). Predictors of play therapy outcomes. *International Journal of Play Therapy*, 8 (2), 19-34.
- Lebovitz, C. (1982). *Filial therapy: Outcome and process*. Unpublished doctoral dissertation, Texas Tech University, Lubbock.
- Lee, M. & Landreth G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12, 67–85.
- Levy, A. J. (2013). Oyun Terapisine Psikanalitik Yaklaşımlar. C. Schaefer (Ed.). *Oyun terapisinin temelleri içinde*. B. T. Özkaya (çev.), Ankara: Nobel Yayıncılık, ss.43-59.
- Lewis, C. A. (2006). *Academic motivation among college students*. Yayımlanmamış doktora tezi, Wayne State University, Detroit.
- Lim, S. L. & Ogawa, Y. (2014). Once I had kids, now I am raising kids: Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) with a Sudanese refugee family: A case study. *International Journal of Play Therapy*, 23 (2), 70-89.
- Lindo, N. A., Akay, S., Sullivan J. & Meany-Walen, K. (2012). Child parent relationship therapy: exploring parents' perceptions of intervention, process and effectiveness. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2 (1), 51-61.

- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General Self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40 (2), 80-89.
- Maclean, K. (2003). The Impact of Institutionalization. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- Magil, F. N. (Eds.) (1993). Survey of social science, psychology series, Salem Press, Englewood Cliff. N. J. [Iltrochim cornen edulgauery/walkley/self-eff.htm](#)
- Martinez, J. R. (2003). *Academic locus of control, achievement motivation, and academic self-efficacy: Predicting academic achievement in Hispanic and non-Hispanic middle school children*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, California State University, Fresno.
- McCabe, R. E., Antony, M.M., Summerfeldt L.J, Liss, A, Swinson R.P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 187–193.
- Miller. A. S. (2004). 3 to 4: Don't go away scholastic. *Early Childhood Today*, 19 (3), 34-35.
- Mochi, C. & Vanfleet, R. (2009). Roles Play Therapist Play: Post-Disaster Engagement and Empwornment of Survivors. *Journal of Play Therapy*, 4 (4) , 6-18.
- Morison, J. S., Ames, W. E. & Chisholm. K., (1995). The development of children adopted from Romanian orphanages. *Merrill- Palmer Quarterly*, 41, 411-430.
- Morrison Bennett, M. O. & Bratton, S. C. (2011). The effects of child teacher relationship training on the children of focus: A pilot study. *International Journal of Play Therapy*, 20 (4), 193-207.

- Moustakas, C. (1997). *Relationship play therapy*. Maryland: Rowman & Littlefield.
- Muhamedrahimov, J. R., Oleg, I, Palmov, N. V., Nikiforova, C., J. Groark, J. R. & McCall, B. (2004). Institution Based Early Intervention Program. *Infant Mental Health Journal*, 25 (5), 88-501.
- Nash, J. B. ve Schaefer, C.E. (2013). Oyun Terapisi: Temel Kavramlar ve Uygulamalar. C.Schaefer (Ed.). *Oyun terapisinin temelleri içinde*. Ankara: Nobel Yayıncılık, ss.3-14. (B. T. Özkaya, Çev.).
- Norton, C. C. & Norton, B. E. (2008). *Reaching children through play therapy: an experiential approach*. Denver: White Apple
- O'Connor, K., Schaefer, C. & Braverman, L. (2016). *Handbook of play therapy* (2nd). New Jersey: Wiley.
- Oaklander, V. (2001). Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10 (2), 45-55.
- O'Connor, K. J. (1991). *The play therapy primer: An integration of theories and techniques*. New York: Wiley.
- Olweus, D. (1999). In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano & P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross national perspective* (pp. 28-48). London: Routledge.
- Orhan, E. (2014). *Pediyatrik onkoloji hastalarına periferik damar yolu açılırken terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Oxman, L. (1972). *The effectiveness of filial therapy: A controlled study*. Doctoral dissertation, Rutgers State University,
- Öğretir, A. D. (2008). *Oyun ve oyun terapisi*. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22, 94-100.

Öner, N. & Le Compte, A. (1985). State-trait anxiety inventory hand book. Boğaziçi University, Istanbul, Turkey.

Özdemir, İ. (2013). Aile yanında yaşayan ve ailesinden ayrı yaşayan üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma tarzları, kaygı düzeyleri ve psikolojik belirtiler açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Özdemir, N., Sefer, N. ve Türkdoğan, D. (2008). Bir sosyal sorumluluk projesi örneği: korunmaya muhtaç çocuklar, C.Ü. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 32 (2), 283-305.

Öztürk, M. O. (1997). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Patterson, D. (2011). *Can I graduate from college? The influence of ethnic identity, ethnicity, academic self-efficacy and optimism on college adjustment among community college students*. Doctoral dissertation, Alliant International.

Paul-Elling, R. (2003). *A comparison of skill level of parent trained in the Landreth therapy model and graduate student trained in play therapy*. Doctoral dissertation, University of North Texas.

Payton, I. (1980). *Filial therapy as a potential primary preventive process with children between the ages of four and ten*. Doctoral dissertation, University of Northern Colorado, Greeley.

Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development*, 73, 1220-1237.

Post, P., McAllister, M., Sheely, A., Hess, B. A. & Flowers, C. (2004). Child-centered kinder training for teachers of pre-school children deemed at-risk. *International Journal of Play Therapy*, 13, 53-74.

- Ray, D. (2006). Evidence-based play therapy. In C. Schaefer & H. G. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research, and practice* (pp. 136-156). New York: Guilford Publications.
- Ray, D. E. (2003). *The effect of filial therapy on parental acceptance and child adjustment*. Unpublished master's thesis, Emporia State University.
- Ray, D., Bratton, S., Rhine, T. & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10, 85-108.
- Reis, E. M. (2002). Attention Deficit Hyperactivity D Classroom Teacher. *Journal of Instructional Psychology*, 29, 175-17.
- Rennie, R. & Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9 (2), 19-37.
- Riggs, C. G. (2002). Providing Administrative Support for Classroom Paraeducators: What's a Building Administrator to do? *Rural Special Education Quarterly*, 28-46.
- Robinson, J. Z. (2003). *Fifth grade students as emotional helpers with kindergarten children, using play therapy procedures and skills*. Doctoral dissertation, University of North Texas.
- Saadet, R. (2012-2013). *5. Modül eğitim notları*. İstanbul.
- Saayman, M. (2010). *A Case study on the use of filial therapy in cluster foster care*. Master's thesis, University of Johannesburg.
- Schaefer, C. E. (2002). *Play therapy for preschool children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schaefer, C. E. ve Drewes, A. A. (2013). Oyunun ve Oyun Terapisinin Terapötik Güçleri. C.Schaefer (Ed.). *Oyun terapisinin temelleri içinde*. B. T. Özkaya (çev.), Ankara: Nobel Yayıncılık, ss.15-25.

- Schultz, D. & Schultz, S. E. (2007). *Modern psikoloji tarihi*. (Çev. Yasemin Aslay), İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000, 28-29 August). Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale. *Paper presented at the Asian Congress of Health Psychology Health Psychology and Culture*, Tokyo, Japan.
- Schwarzer, R. & Schroder, K. E. E. (1997). Effects of self-efficacy and social support on postsurgical recovery of heart patients. *Irish Journal of Psychology*, 18, 88-103.
- Sensue, M. (1981). *Filial therapy follow-up study: Effects on parental acceptance Filial Therapy and child adjustment*. Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University.
- Sevinç, M. (2004). *Erken çocukluk gelişimi ve eğitiminde oyun*. İstanbul: Morpa Yayınevi.
- Sezici, E. (2013). *Okul öncesi çocuklarda oyun terapisinin sosyal yetkinlik ve davranış yöntemine etkisi*. Yayımlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi.
- Shaw, D. S., Winslow, E. B., Owens, E. B., Vondra, H. I., Cohn, J. F. & Bell, R. Q. (1998). The development of early externalizing problems among children from low-income families: A Tran. *Child Psychology*, 26, 95-107.
- Sims, A. & Owen, D. (1993). *Psychiatry*. Sixth edition, London: Bailliere Tindal Limited.
- Sloutsky, M. V. (1997). Institutional Care and Developmental Outcomes of 6 and 7 Year Old Children: A Contextual Perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 131-151.

- Smith, D. M. & Landreth, G. L. (2004). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy*, 13, 13–33.
- Smith, M. M. (2010). *Perceptions of high school seniors' Montessori experiences and academic self-efficacy beliefs: A phenomenological study*. Unpublished doctoral dissertation, University of South Carolina, Carolina.
- Smith, N. & Landreth, G. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence: A comparison with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 12 (1), 67-88.
- Smith, P. (2010). *Understanding children's worlds: children and play*. Chichester: Wiley-Backwell.
- Solis, C. M., Meyers, J. & Varjas, K. M. (2004). A qualitative case study of the process and impact of filial therapy with an African American parent. *International Journal of Play Therapy*, 13 (2), 99-118.
- Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, 2, 481-493.
- Springer, J. F., Phillips, J., Phillips, L., Cannady, L. & Kerst-Harris, E. (1992). CODA: A creative therapy program for children in families affected by abuse of alcohol or other drugs. *Journal of Community Psychology*, 55-74.
- Stovall, K. C. & Dozier M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development and Psychopathology*, 12, 133-156.
- Stover, L. & Guerney, B. (1967). The efficacy of training procedures for mothers in filial therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4 (3), 110-115.

- Sweeney, D. S. & Skurja, C. (2001). Filial therapy as a cross-cultural intervention. *Asian Journal of Counseling*, 8 (2), 175–208.
- TDK (1998). *Türkçe sözlük*, 2. Cilt, Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi.
- Tokuşcu, T. (2006). *Özel eğitim merkezleri ile çocuk yuvalarında çalışan çocuk eğitimcilerinin anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılması ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerin tespiti*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Topham, G. L., Wampler, K. S, Titus, G. & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a Filial Therapy program. *International Journal of Play Therapy*, 20 (2), 79-93.
- Tortamış Özkaya, B. (2015). Ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerine odaklanan bir oyun terapisi yaklaşımı: Filial terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7, 208-220.
- Tremblay, R. E., Nagin D. S. & Seguin, J. R. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictions. *Pediatrics*, 114 (1), 43–50.
- Tural, E. (2012). *Ameliyat öncesi dönemde çocuğa verilen eğitim ve terapötik oyun yönteminin çocuğun kaygı, korku ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi*, Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi.
- Türk Dil Kurumu (2017). Büyük Türkçe Sözlük. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=188795](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=188795) (4 Ekim 2017).
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L. & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10 (1), 53-83.
- Ulusoy, M., Şahin, N. & Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 163-172.



- Üstüner, S., Erol, N. ve Şimsek, Z. (2005). Koruyucu ile bakımı altındaki çocukların davranış ve duygusal sorunları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12 (3), 130-140.
- VanFleet, R. (2003). Filial therapy for adoptive children and parents. In R. VanFleet & L. Guernsey (Eds.), *Casebook of filial therapy* (pp. 259–278). Boiling springs, PA: Play Therapy Press.
- Vanfleet, R. (2005). *Filial Therapy: Strengthening parent-child relationship through play* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- VanFleet, R. (2011). *Filial Therapy: What every play therapist should know. Part One* of a series. *Play Therapy: Magazine of the British Association of Play Therapists*, 65, 16–19.
- Vanfleet, R. (2013). Filial Terapi: Oyunun Gücü ile Aile İlişkilerimi Kuvvetlendirmek. C.Schaefer (Ed.). *Oyun terapisinin temelleri içinde*. B. T. Özkaya (çev.), Ankara: Nobel Yayıncılık, ss.153-169.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E. & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A., Wolkind, S. & Hobsbaum. A. (1998). A Comparative Study of Greek Children in Long-Term Residential Group Care and in Two Parent Families: Social, Emotional and Behavioral Differences, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 225-236.
- Wall, L. (1979). *Parents as play therapists: A comparison of three interventions into child's play*. Doctoral dissertation, University of Northern Colorado.
- Weikart, D. P. (1998). Changing early childhood development through educational development, *Preventive Medicine*, 27, 233-237.
- Weiss, E. M., Maciolek, L.C. & Reio, T. G. (2001). *The prevalence of anxiety and prosocial behaviors in child-centered and basic skills classrooms*. Overhead project, Johns Hopkins University.

- Wickstrom, A. (2009). The process of systemic change in filial therapy: A phenomenological study of parent experience. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 31, 193-208.
- Wickstrom, A. C. (2010). The development of an advanced filial therapy model. *International Journal of Play Therapy*, 19 (4), 187-197.
- World Health Organization, WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva.
- Yalom, I. (2001). *Varoluşçu psikoterapi* (Çev. Z. İ. Babayiğit). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yavuz Gümüş, S. (2011). *Saldırganlık ile aile içi şiddet arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Arel Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, İstanbul.
- Yavuz, S. (2016). *Sihirli öneriler*. İstanbul: Pedagoji Yayınları.
- Yavuzer, H. (2008). *Çocuk psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yenibaş, R. (2002). *Çocuk gelişimi, eğitimi ve sağlığı*. İstanbul: İsmek Yayınları.
- Yörüklüoğlu, A. (1978). *Çocuk ruh sağlığı*. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Yuen, T., Landreth, G. & Baggerly, J. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese families. *International Journal of Play Therapy*, 11 (2), 63-90.
- Zilliger, H. (2005). *Çocukta oyunla tedavi*. İstanbul: Cem Yayınları.
- Ziyalar, A. (1984). *Okulöncesi çocuklarda kötü alışkanlıklar ve davranış bozuklukları*, Aile ve Çocuk Dergisi Konferansları, 4, 228-238. Ak Yayınları.

## EKLER

### Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

Adı ve Soyadı:

Yaşı:

Kaç yıldır bu kurumda çalışıyorsunuz:

#### Medeni Durum:

a) Bekar

b) Evli

#### Eğitim Durumu:

a) Lise Mezunu

b) Ön Lisans

c) Lisans

## Ek-2. Genel Öz-yeterlilik Ölçeği

Sayın Katılımcı,

Aşağıda, günlük yaşamınızda karşılaşılabileceğiniz bazı durumlarla ilgili ifadeler vardır. Sizlerden istenilen bu durumların sizin için ne derecede doğru olduğunu derecelemenizdir. Lütfen, bu durumların şu anda sizin için ne kadar doğru olduğunu düşünerek her bir madenini önünde bulunan boşluğa (X) işaretini koyunuz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Katılarınız için teşekkür ederim.

Sorular	Doğru değil (1)	Biraz doğru (2)	Daha doğru (3)	Tümüyle doğru (4)
1) Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini bilirim.				
2) Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini bilirim.				
3) Bana karşı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek çare ve yolları bulurum.				
4) Ne olursa olsun üstesinden gelirim.				
5) Eğer gayret edersem güç sorunların çözümünü her zaman başarırım.				
6) Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana zor gelmez				
7) Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halledebilmeye yönelik birçok fikrim vardır.				
8) Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.				
9) Ani olaylarında üstesinden geleceğimi sanıyorum.				
10) Her sorun için bir çözümüm vardır.				

### Ek-3. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde (Beni pek Etkilemedi)	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama Katlanabildim)	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

## Ek-4. Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği

Lenore Behar, Ph.D.  
Copyright 1974 by Lenore Behar, Ph.D.

Çocuğun adı ve soyadı: \_\_\_\_\_

Çocuğu değerlendiren kişinin adı: \_\_\_\_\_

Aşağıda okul öncesi çocuklarda sıklıkla gözlemlenen davranışların tanımları sıralanmıştır. Her cümleden sonra üç ayrı sütün vardır. Seçtiğiniz sütunun altına (X) işareti koyunuz.

	Doğru Değil	Bazen Doğru	Kesinlikle Doğru
1) Sakince duramaz. Koşturur veya zıplar			
2) Kıpır Kıpırdır			
3) Kendisinin ya da başkalarının eşyalarına zarar verir.			
4) Diğer çocuklarla kavga eder			
5) Diğer çocuklar tarafından çok sevilmez.			
6) Endişelidir. Pek çok şeyi			
7) İşlerini kendi başına yapmaya meyillidir. Yalnızlığı sever.			
8) Çabuk kızabilir. Kafasının tası çabucak atar.			
9) Perişan, ağlamaklı veya üzüntülüdür.			
10) Vücudunda ve yüzünde seğirme, tik ve kişisel özellikler vardır.			
11) Parmaklarını ve tırnaklarını yer.			
12) Söz dinlemez			
13) Konsantrasyonu iyi değildir, dikkat süresi kısadır.			
14) Yeni şeylerden ve durumlardan korkmaya meyillidir.			
15) Huysuz veya aşırı titizdir			
16) Yalan söyler			
17) Bu okul yılı içinde kakasını kaçırdı.			
18) Kekeliyor veya pepeliyor			
19) Başka bir konuşma bozukluğu var.			
20) Diğer çocuklara zorbalık ediyor.			
21) Dikkatsiz			
22) Oyuncaklarını paylaşmaz.			
23) Kolayca ağlar.			
24) Diğerlerini suçlar.			
25) Kolayca vazgeçer.			
26) Diğerlerine karşı bencildir.			
27) Alışılmadık seksüel davranışları vardır			
28) Diğer çocukları tekmeler, ısırır, onlara vurur			
29) Boşluğa bakar			
30) Sizce bu çocukta davranış problemleri var mıdır?			

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

ADI SOYADI: Sevil YAVUZ

TELEFON: 0212 867 50 30

E-MAİL: yavuz.s@beykent.edu.tr

İŞ ADRESİ: Beykent Üniversitesi, Beylikdüzü Yereşkesi

### EĞİTİM DURUMU

YÜKSEK LİSANS: Psikoloji, Arel Üniversitesi, 2011

LİSANS: Okul Öncesi Öğretmenliği, Boğaziçi Üniversitesi, 2006

İKİNCİ LİSANS: Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik, Boğaziçi Üniversitesi,  
2006

YABANCI DİL: İngilizce

İŞ TECRÜBESİ: Öğretim Görevlisi, Beykent Üniversitesi, 2012 -