

## ***Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Öfke Problemi Olan Çocuklar Üzerindeki Etkisi***

**Perihan ŞENSOY\***

İstanbul Aydın Üniversitesi,  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Aile Danışmanlığı Bölümü  
perihansensoy@stu.aydin.edu.tr  
ORCID:0000-0002-5761-0737

**Melek İPEK**

Öğr. Üyesi Dr. İstanbul Aydın Üniversitesi,  
Sosyal Hizmetler Bölümü  
melekippek@aydin.edu.tr  
ORCID:0000-0002-2955-5048

### **ÖZ**

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi yöntemi 3-13 yaş arası çocukların duygusal, bilişsel, davranışsal ve akademik gelişimlerini destekleyen ve geliştiren bir terapi yöntemidir. Oyun, çocukların tüm duygu ve düşüncelerini kelimeler olmadan ifade ettikleri en doğal iletişim yoludur. Oyun çocuğun dili, oyuncaklar ise kelimeleridir. Çocuklar tüm iç dünyalarını oyun yoluyla ifade ederler. Çocuklar farklı güçlüklerle baş etmek için terapistle kurdukları iyi ilişki ve kabul edici ortamla potansiyellerindeki gücü açığa çıkarır ve iyileşmeye başlarlar. Bu çalışmada da öfke problemi olan çocuklara uygulanan Çocuk Merkezli Oyun Terapi yönteminin öfke problemi belirtilerini azaltmadaki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini, İstanbul'da ikamet eden, ailelerinden onay alınmış ve bir Psikolojik Danışmanlık Merkezinden destek almakta olan 5-10 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın deney grubunu öfke belirtileri olan 4 gönüllü çocuk, kontrol grubunu da öfke belirtileri olmayan 4 gönüllü çocuk oluşturmaktadır. Bu süreçte araştırmacı 12 hafta boyunca deney ve kontrol grubundaki çocuklara haftada bir defa, 45 dakikalık çocuk merkezli oyun terapisi uygulamıştır. Terapi öncesinde ve sonrasında çocukların öfke durumları Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) ile ölçülmüştür. Araştırma sonunda ebeveynlerin bildirimleri ve ölçek sonuçlarına bakılarak öfke problemi ölçümlerinde anlamlı iyileşmeler olduğu belirlenmiştir.

***Anahtar Kelimeler:*** Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, sürekli öfke-öfke tarz ölçeği, oyun terapisi öfke problemi.

Makalenin geliş tarihi: 08/02/2023 - Makalenin kabul tarihi: 22/09/2023

\*Sorumlu Yazar: Perihan ŞENSOY

DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd\_v09i3005

## **The Effect Of Preschool Children’s Attachment Styles on Emotion Regulation And Interpersonal Problem-Solving Skills**

### **ABSTRACT**

Child-Centered Play Therapy is a therapy method that supports and improves the emotional, cognitive, behavioral and academic development of children aged 3-13. Play is a child’s language, and toys are like a child’s words. Children express their inner world through play. Play is the most natural way of communication in which children express all their feelings and thoughts without words. Children show their potential and begin to heal with the good relationship and accepting environment they set up with the therapist to cope with different difficulties. In this study, the effect of Child Centered Play Therapy method applied to children with an anger problem in reducing anger problem symptoms is investigated. The sample of this study consists of children aged 5-10 years who applied to the Hera Psychological Counseling Center in Istanbul, with permission from their families. The research was carried out by forming a control group of 4 volunteer children with anger symptoms and 4 volunteer children without anger symptoms. In this process, the therapist applied child-centered play therapy to each of the 4 children for 12 weeks, for a 45-minute session once a week. Before and after the therapy, the anger status of the children was measured with the Trait Anger and Anger Expression Scale. This study showed that there were significant improvements in anger problem measures based on parental reports and scale results.

**Keywords:** *Child-centered Play Therapy, Trait Anger and Anger Expression Scale, play therapy, anger problem.*

## GİRİŞ

Öfke insanın doğduğu andan itibaren var olan en temel ve en doğal duygularından biridir. Öfkenin ortaya çıkabilmesi ve fark edilmesi için bazı bileşenlerin varlığına ihtiyaç vardır. Bu bileşenler kişinin hayal kırıklığına uğraması ya da engellenmesidir. Öfkenin insan yaşamında koruyucusu bir işlevi de vardır. Öfkeli durumlarda duygumuzu sözel olarak ifade edip anlaşılabilir olmak önemlidir. Bu yaklaşım karşı tarafın bizi anlayıp, bize karşı davranışlarını düzenlemesini sağlar. Böylelikle, hem kişi kendini hem de karşısındaki kişiyi ya da kişileri tehlikelerden korumuş olmaktadır. Öfke hayatta kalabilmek ve harekete geçmemizi sağlayabilmek için var olan en güçlü duygularımızdan biridir. Öfkenin temelinde her zaman güçlü bir sebep vardır. Bu sebepler iç dünyamıza etki edebilecek şekilde ya bize doğrudan aksettirilen davranışlar, sözler olabilir ya da dolaylı bir şekilde dış dünyadan gelen sözler ve davranışlar tetikleyici bir konuma sahip olabilir. Engellenme, anlaşılmadığını hissetme, duyguların bastırılması vb. sebepler öfkenin ortaya çıkmasındaki en büyük tetikleyicilerden biri olabilmektedir.

Çocuklar öfke duygusunu tanıyabilmek ve onlarda uyandırdığı hissi anlayabilmek için bunu en yakınları tarafından olumsuz davranışlar sonucunda deneyimleyebilmektedir. Sevginin, ilginin ve sıcaklığın az olduğu aile ortamlarında temel duygusal gereksinimi karşılanmayan çocuklarda, aile üyelerine karşı öfke duygusu hissedilebilir. Çocuğa verilen sözlerin tutulmaması, ebeveyni tarafından gerekli ilginin gösterilmemesi ve akranlarının güvensiz tavırları öfkenin temelini oluşturabilmektedir. Öfkenin hem yetişkinlerde hem de çocuklarda yıkıcı etkileri vardır. Bu yıkıcı etkiler çocuk ve ergenlerde kimlik gelişiminin olduğu dönemde, kendini daha güçlü ve etkili bir şekilde gösterebilir ve kişiliğın oluşumunda olumsuz etki yaratabilir. Öfke dış dünya ve iç dünyadaki olumsuz deneyimlerin hissettirdikleri ile kendini ruhsal yapıdaki değişimlerin ya dışa vurulması ile ya da içe atılan güçlü bir duygu olarak kendini gösterebilir. Öfkeli ve saldırgan tavırlar sergileyen çocuklar, yaşamlarının çoğu alanında güçlükler yaşar ve bu güçlüklerin daha da derinleşmemesi için erken müdahale yapılması oldukça önem taşır. İlişkilerinin düzenlenmesi, öfkenin altındaki duygusal ihtiyacın anlaşılması ve öfkenin yerine geçecek sağlıklı davranış biçimlerinin şekillendirilmesi gerekir (Ahabab,2019). Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, öfke problemi yaşayan çocuklarda etkin bir müdahale yöntemidir (Ray, 2009).

Çoğu zaman çocuklarının öfkeleriyle baş etmekte güçlük yaşayan ebeveynler çocuklarını terapiye getirmektedir. Çocukların öfke problemlerine yönelik çeşitli müdahale teknikleri mevcuttur. Bunlar; Farmakolojik Tedavi, Bilişsel

Davranışçı Terapi ve çocuklar için Oyun Terapisi yöntemleridir. Uygulanan tedavi müdahaleleriyle hedef, hiç öfkelenmemek ya da öfkeyi bastırmak değil bu duyguyu en doğru ve sağlıklı bir şekilde göstermektir. Müdahale yöntemleriyle kontrol altına alınan öfke benlik saygısını, bilişsel esnekliği, sosyal yetkinliği vb. kişiliğin önemli parçalarının olumlu yönde düzenlenmesine etki etmiştir. Bu araştırmanın amacı; Öfke problemi yaşayan 5-10 yaş arasındaki çocuklara uygulanan Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin öfke duygusunu çocukların deneyimleyip, düzenlemedeki etkisi incelenmiştir.

Yetişkinler için öfke problemlerinde kullanılan birçok tedavi yöntemi mevcuttur. Ancak çocuklar da bu durum duygu ve düşüncelerini kelimelerle ifade edemedikleri için tedaviyi zora sokmaktadır. Oyun terapisi, çocuklarla onların en etkili iletişim şekilleri olan oyun aracılığı ile çalışmak için tasarlanmış bir yöntemdir. Oyun çocuğun en doğal iletişim aracıdır, somut deneyimler ile soyut düşünceler arasında bir köprüdür. Oyun çocuğun içsel bir motivasyonudur(Axline,1969). “İnsanın içinde kendini iyileştirme gücü vardır. Oyun terapisiyle çocuğun içindeki bu güç açığa çıkar. İyileştiren biz değiliz biz yalnızca vasıtayız”

Oyun terapisi ve oyun terapisi yöntemleriyle yani oyunun gücüyle çocukların hayatlarında yaşadıkları birçok problemin üstesinden geldikleri araştırmalarla kanıtlanmış durumdadır. Bu çalışmada da birçok patolojide olumlu etkisi görülen Çocuk Merkezli Oyun Terapisi yönteminin, öfke problemi olan çocukları iyileştiriciliği üzerinde durulan etkili bir bilimsel çalışma olacaktır. İyileştirmeye birlikte yaşamlarının başlangıçlarında olan çocuklar için ileride doğacak birçok sıkıntının da önüne geçilmiş olacaktır.

## **Öfkenin Sebepleri**

Doğduğumuz andan itibaren sahip olduğumuz en doğal duygulardan birisi öfkedir. İnsan hayatının devamlılığı için öfke önemli bir duygudur. Bu sebeple öfke normal bir duygudur ve iyi bir şekilde yönetebilmek önemlidir. Öfke iyi bir şekilde yönetildiğinde insan için faydalı ve sağlıklı bir duygu haline gelir. Bu sebeple birey hem kendisini hem de karşısındaki kişiyi, öfke yüzünden ortaya çıkabilecek tehlikelerden korumuş olur. Aksi takdirde iyi yönetilmediğinde öfke birey için tehlikeli bir duygu haline gelebilir. Öfkenin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için öncelikle kabullenilmesi, tanınması, bastırılmaması, inkâr edilmemesi ve kontrollü bir şekilde ifade edilmesi gerekir. Öfkenin oluşmasına neden olan içsel ve dışsal sebepler mevcuttur. İçsel sebepler kişinin kendiliğiyle alakalı olan durumlardır ve kaynağı şunlardır; Anlaşılammamak, hayal kırıklığı, merak, üzüntü, kıskançlık, yalnızlık ve sıkıntı gibi duygulardır. Bu duyguların

birikmesiyle öfke ortaya çıkmaktadır. Dışsal sebepler ise cinsel saldırı, tehdit, adaletsizliğe uğrama, düş kırıklığı, darp ve yaralanma vb. nedenlerdir.

### **Öfkenin Boyutları**

Öfkenin fiziksel, davranışsal ve bilişsel boyutları mevcuttur. Fiziksel tepkiler vücudumuzda gerçekleşen değişimlerdir. Uyuşma, boğulma hissi, kasların gerginleşmesi, ağzın kuruması, terleme, yüz ifadelerin değişmesi vb. öfkenin fizyolojik tepkilerindedir. Bir olay karşısında her birey farklı tepkiler verir, bireyin olaylara karşı öfke tepkisi vermesini sağlayan şey bunları yorumlama şeklindedir. Bunları çocukluktan bu yana getirdiğimiz inançlarımızla değerlendirir ve yorumlarız. Öfkenin davranışsal boyutu ise öfke sonucu verdiğimiz olumlu ya da yıkıcı başa çıkma tepkileridir. Öfkenin duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutları etkileşim halindedir ve karşılıklı olarak birbirlerini etkilemektedirler (Ahabab,2019).

### **Öfke ve Çeşitleri**

Öfke maskelenmiş, kronik ve patlayıcı öfke olarak üç gruba ayrılır. Maskelenmiş öfke pasif agresif ve kendine yöneltilen öfke olarak ikiye ayrılır. Pasif agresifte kişi öfkesini yerinde ve yeterince ifade edemeyip pasif kalır. Daha sonra öfkesini çevresindeki kişilere kırıcı davranarak gösterir. Kendine yöneltilen öfkede kişi tüm sorumluluğu kendisine atfeder ve kendisini suçlar. Patlayıcı öfkede kendi içinde ani öfke, utanca dayalı öfke ve planlanmış öfke olarak üçe ayrılır. Utanç duygusu ile ortaya çıkan öfkede, kişi baş etmekte zorlandığı durum karşısında öfkelenir. Utanç duygusunu kapatmak ya da göstermemek için öfkeyi kullanır. Öfkesinin farkında olan ve yönlendiren kişi, öfke durumunu belirli bir olay karşısında kurgulayarak dışa vurur. Kişi öfkesini hayatındaki olaylara yön vermek ve kontrol edebilmek için kullanmaya başlar. Spielberg (1995)'e göre kronik öfke alışkanlık yapmış öfke (uzun süre öfkeli geçirilen sürenin kronikleşmesi) ve korku bazlı öfke (nedeni belli olmayan sebeplerden dolayı yaşanan öfke) olmak üzere iki alt başlığa ayrılır.

### **Çocukluk Çağı Öfke Problemi Tedavisi**

Öfke herkes gibi çocuklarda da bebeklik döneminden itibaren başlar. Çocukların yaşamlarının ilk yıllarındaki öfkenin kaynağı genellikle fiziksel bazı uyaranlardan dolayı hissettikleri rahatsızlıklardır. Çocuklar yollarına çıkan en ufak engellerde, konuşmayı tam olarak öğrenemedikleri için isteklerini ifade edemedikleri durumlarda, engellendiklerinde, ayrımcılığa uğradıklarında, gereğinden fazla cezalandırıldıklarında ve gereğinden fazla ihanete uğradıklarında öfkelenirler.

Çocuklarda öfkenin bir de saldırganlık boyutu vardır. Çocuklarda öfkenin saldırganlık boyutuna gelmesini pekiştirme, taklit etme etkiler. Eğer aile problem çözmek için çözüm yolu olarak öfkeyi ve saldırganlığı kullanırsa çocuk da aynısını taklit eder ve aile bu yaklaşımı pekiştirirse çocuk da pekiştirir. Çocuk da yaşadığı problemleri çözmek için saldırganca davranışlara baş vurabilir. Akranları, kendinden küçükler ile olsun yaşadığı problemlerde çözümü saldırgan davranışlar ile arar. Bunlar dışında da çocuk bir travma yaşamışsa bu travma da çocuk da öfke ve saldırganlığın oluşmasına neden olabilir. Çocukların öfke problemlerine yönelik çeşitli müdahale teknikleri mevcuttur. Bunlar; Farmakolojik Tedavi, Bilişsel Davranışçı Terapi ve çocuklar için Oyun Terapisi yöntemleridir. Antidepresan ilaçlar uyum ve davranış problemleri, depresyon, uyku, ve unutkanlık gibi birçok güçlüğün çözümünde kullanılan farmakolojik yaklaşımlardan biridir. Birçok problemin çözümünde kullanılan ilaçlar öfke probleminin çözümünde de yararlanılan bir yöntemdir. Bilişsel davranışçı terapilerle bireyin sahip olduğu ve örüntüsü haline gelen duygu, düşünce ve davranış üçgenleri fark ettirilir ve bunların işlevsel olamayan yönleri yeniden düzenlenir. Farklı türleri olan oyun terapileri yöntemi öfke problemi yaşayan çocuklarda etkin kullanılan bir yöntemdir ve etkililiği araştırmalarda kanıtlanmaktadır.

### **Oyun Terapisi Tarihsel Gelişimi**

Batı dünyası çocukları aciz, kabiliyetsiz ve oyun oynama ihtiyacı gibi özel ihtiyaçlara sahip kişiler olarak görmüştür (Hugnes,2010). Hristiyanlığın doğuşuyla her çocuğun tanrı tarafından verilen eşsiz bir ruha sahip olduğu inancı doğmuştur. Çocuğun bireysel değerine karşı artan inanç anne ve babaların çocuklarının oyunlarında yetişkin rehberliğine ve gözetimine ihtiyaç duyduğu görüşünü ortaya çıkartmıştır. Çocuğun oyunu, faydalı ve verimli etkinliklere yönlendirilmiştir.

17. ve 18. Yüzyıllarında Hristiyanlık İngiltere’de Protestanlığın doğmasına yol açmıştır. Bu dönem oyunun boş ve olumsuz güdülerle dolu olduğu inancını taşımıştır. İngiliz John Locke (1632-1704) çocuğu boş bir levha yani Tabula rasa olarak tanımlamıştır. Çocuğun oyunlarının tamamen ebeveyn tarafından yönlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür. Kısacası 18.yüzyılın ortalarından sonlarına kadar oyun bastırılmıştır. Fransa’da Jean Jacques Rousseau; Emile ya da Eğitim Üzerine (1762) isimli romanını yayınlamıştır. Rousseau, çocuğa olumlu bir doğa sunma, bu sunumla çocuğun erdem ve iyilik özelliklerini kazanıp, geliştirebileceğine inanmaktaydı. Yetişkin gözetiminin az olması ve çocuğun doğal olarak hareket etme ihtiyacının olduğunu ifade etmiştir. Çocuğun oyununu, onu bir birey olarak kabul etme ve bunu takdir etmenin bir parçası olarak görmüştür.

Bu görüş İtalya’da Maria Montessori (1870-1852) ile oyunun , gerçek yaşamı öğretmede bir araç olarak görülmesi ve eğitim ile bütünleştirilmesi ile kendini göstermiştir. Almanya’da Friedrich Froebel (1782-1852) oyunu bir öğrenme aracı olarak savunduğu için bir anaokulu sistemi kurmuştur (Ray, 2011) 19.yüzyılın başı çocukluk dönemi gelişiminin ayrı bir dönemi kabul edilmiştir. Çocuklar, saf ve her şeyi algılayabilecek canlılar olarak görülmüştür fakat yetişkin sorumluluğu da verilmemesi gerekir düşüncesi ile çocuklara yaklaşılmıştır. Herkesin sağlıklı iş gücü olarak görüldüğü ve bir tarım toplumu olan Eski Amerika’da da . Çocuklar, fiziki anlamda iş yapabilir algısı ile hareket edilmiş olsa da 19. yüzyılın ikinci yarısında, çocukların oyun ile büyüüp, gelişebileceğine dair görüşler ile oyunla ilgili profesyonel görüşler artmıştır. Çocuk ile ilgili çalışmalar yapan uzmanlar, ebeveynlik ve çocuk gelişimi üzerine el kitapları yayınlamıştır. Herbert Spencer (1820-1903), oyunun son derece gelişmiş sinir sistemleri tarafından uyarılan ve evrimsel olarak üst türlerde gelişen fazla enerjiden kaynaklandığını savunmuştur. Bunu Fazla Enerji Tüketimi Kuramı olarak adlandırmıştır. G. Stanlet Hall, çocuk gelişimiyle ilgilenen ilk Amerikan psikologlarından biridir. Çocukların oyun yoluyla içgüdülerini sergilediklerini savunur. Çocuk psikolojisi akımının öncülerinden olmuştur. Çocukluk dönemi oyunlarının insan gelişimi ve ilerlemesinin özeti olduğunu düşünür (Bakay, 2017)

Crosswell’in 1896 yılında, 2000 okul çağı çocuk ile yaptığı anket çalışmasında, görev olmayan, okul ya da yetişkin denetimi olmadan oynanan özgür ve yapılandırılmamış oyunların çocukların boş zamanları için en faydalı oyun olduğunu bulmuştur. 20.yüzyıl çocukluk dönemini insan gelişiminin eşsiz ve ayrı bir dönemi kabul eden çocuk merkezli bir devirdir.

### **Oyun Terapisi Türleri**

Oyun Terapisi Türlerini, Yapılandırılmış Oyun Terapisi(Bilişsel-Davranışçı Oyun Terapisi, Serbest Bırakma Oyun Terapisi, Kum Oyunu Terapisi/Kum Tepsisi), Yapılandırılmamış Oyun Terapisi (Çocuk Merkezli Oyun Terapisi) ve Aile Oyun Terapisi (Ebeveyn- Çocuk İlişisini Güçlendiren Yaklaşım) olarak üçe ayırmak mümkündür.

Yönlendirici oyun terapisinde, yönlendirme yapılarak, yapı oluşturarak ve sık sık yorumlar yapılarak çocuğun oyununda aktif ve öncü rol oynamaktadır. Yapılandırılmamış oyun terapisinde, Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde; Terapist yapı oluşturmaz, araya girmez ve çocuğun kendisini yönlendirmesine izin verir. Aile Oyun terapisinde de hedef ebeveyn-çocuk ilişkisini desteklemek ve problemleri davranışlar için beceriler kazandırmaktır.

## **Çocuk Merkezli Oyun Terapisi**

Duygusal ve davranışsal güçlükleri olan 3-13 yaş çocuklara uygulanan yapılandırılmamış oyun terapi türüdür. ÇMOT'deki temel inanç, çocukların yaşadığı güçlükleri çözmede kendi öz yeterliliklerini arttırma, sorunları çözme ve öz güvene ulaşmada doğuştan sahip oldukları kapasitelerini ortaya çıkarmayı sağlamadır. Çocukla ilişki kurma sanatıdır. Oyun terapisinde oyuncaklar çocukların kelimeleri ve oyundaki aktiviteler ise dilidir. Yetişkinler için psikoterapi neyse çocuklar içinde oyun terapisi odur. Çocuklara iç dünyalarını anlatma fırsatı verir. Çocuklar dünyalarında neler olup bittiğiyle ilgili iletişimi oyun yoluyla kurar. Oyunda iç gerçeklik ile dış gerçeklik birleşir ve ortaya bir ürün (oyun) çıkar. Terapist onu alır, dönüştürür ve danışana tekrar verir. Danışan özümser ve yeniden yapılandırır. 10-15 seansta, danışmanlık talep edilen güçlük çözülür. 5-6 seans güven-ilişki kurma seanslarıdır. Bazı danışanlarda 1 yıl ve fazlası da sürebilir.

## **Araştırmanın Hipotezi**

Araştırmanın iki temel hipotezi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi Çocuk Merkezli Oyun Terapisi çocuklarda görülen öfke problemlerinin ortadan kaldırılmasında etkilidir. İkincisi ise Çocuk Merkezli Oyun Terapisi öncesi ve sonrası çocukların öfke problemi puanları anlamlı bir farklılık göstermektedir.

## **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın yürütülmesi ve uygulanması aşamasında bazı sınırlılıklar yaşanmıştır. Araştırma terapiyi uygulayan terapistin tek terapistin olması ve araştırmanın sonuçları veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeğin verileri ile sınırlıdır.

## **Araştırmanın Varsayımları**

Araştırmada kullanılan ölçeğin ölçülmek istenilen kavramı ölçtüğü varsayılmıştır. Katılımcıların anket formunu doldururken gerçeği yansıtan cevaplar verdiği varsayılmıştır. Terapiyi uygulayan psikoloğun Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ilkelerine uygun bir şekilde seansların yapılandırıldığı varsayılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Yapılan çalışma yarı deneysel desende tasarlanmış öncesi-sonrası çalışmasıdır ve önceden toplanan veriler analiz edilmiştir. Araştırmada örneklem grubunu Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanan 4 çocuk danışan ve oyun terapisi uygulanmayan 4 gönüllü çocuk danışan oluşturmaktadır. Öfke belirtileri olan 4



gönüllü çocuk danışan ve öfke belirtileri olmayan 4 gönüllü çocuk danışan kontrol grubu oluşturularak araştırma yapılmıştır. Bu süreçte terapist 8 çocuğun her birine 12 haftalık, haftada bir 45 dakikalık seans olmak üzere Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulamıştır. Araştırma süresince terapötik işleyiş ile ilgili süpervizyon desteği alınmıştır. Araştırma kapsamında öfke problemi sebebiyle psikolojik danışmanlık merkezlerine başvuran çocuklara, anne-babalarının onayları dahilinde Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanmıştır. Terapi öncesinde ve sonrasında çocukların öfke durumları Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) ile ölçülmüştür. Araştırma öncesinde çocuklar ve ebeveynler ile ilgili demografik bilgilerin olduğu formlar çocuklar ve ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.

### **Etik**

Bu araştırma için İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik izin alınmıştır. Araştırmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanacak olan çocukların onayı için ailelerinden onam formu imzalamaları istenmiştir.

### **Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmada örneklem sayısı öfke problemi sebebiyle danışmanlık merkezine başvurmuş ve Oyun Terapisi uygulanmış 4 danışandan ve öfke problemi olmayan 4 gönüllü çocuktan oluşmuştur. Araştırmaya katılan çocukların hepsi İstanbul'da, İstanbul'un farklı ilçelerinde ikamet etmektedir. Araştırmaya katılan deney grubundaki çocukların 1 tanesi kız, 3 tanesi de erkektir. Terapiler 2020 yılı içinde gerçekleştirilmiştir. Terapiler, oyun terapisi konusunda eğitilmiş olan araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Terapilerin en kısısı 8 seans, en uzun olanı ise 15 seans sürmüştür.

### **Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmaya katılan çocuklara Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ), çocuk ve ebeveynler hakkında bilgilerin olduğu ve ebeveynlerin doldurduğu demografik bilgiler formu verilmiştir. Ölçek ve formlar doldurulduktan sonra değerlerin hesaplanması ve değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırmada anket veri toplama tekniği kullanılmıştır.

### **Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)**

Araştırmada aslı Jacobs, Russel ve Crane (1988) tarafından geliştirilen "Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği" (Trait Anger and Anger Expression Scale) kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Özer tarafından 1994 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçek 4'lü likert tipi olup 34 maddeden oluşmaktadır

ve ölçeğin 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Katılımcıların ebeveynlerine “Sizi ne Kadar Tanımlıyor?” sorusu yöneltilmiş ve bu kapsamda ebeveynlerden “Hiç tanımlamıyor”, “Biraz tanımlıyor”, “Oldukça tanımlıyor” ve “Tümüyle tanımlıyor” şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir. İstenen yanıtların puan değerleri 1, 2, 3, 4 şeklindedir. Öfke kontrol alt ölçeği puanları 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no’lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla; öfke içte alt ölçeği puanı, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no’lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla; öfke dışı alt ölçeği puanı, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no’lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir.

### **Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi**

Araştırma verilerinin analizi için SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Demografik bilgilerin analizi için frekans analizi yöntemi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki her bir katılımcının terapi öncesi ve sonrasında öfke durumlarını analizi için Paired Sample t-Test uygulanmıştır. Sonuçlarda istatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  saptanması anlamlı kabul edildi.

### **BULGULAR**

Araştırmaya 1 kız (%25) ve 3 erkek (%75) olmak üzere toplam 4 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları incelendiğinde, 5 yaşında olan 1 kişi (%25), 6 yaşında olan 2 kişi (%50,0) ve 7 yaşında olan 1 kişi (%25,0) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların ailelerinin medeni durumu incelendiğinde, 4 kişinin olduğu (%100,0) olduğu tespit edilmiştir. “Aile üyelerinde öfke problemi olan var mı?” sorusuna 2 kişi (%50) evet ve 2 kişi ise (%50) hayır yanıtını vermiştir. Evet yanıtını veren katılımcılarda “Çocuğunuz buna şahit oldu mu?” sorusu incelenmiştir ve “Çocuğunuz buna şahit oldu mu?” sorusuna 2 kişi (%50) evet, 2 kişi (%50) hayır yanıtını vermiştir. “Daha önce depresyon tedavisi gördünüz mü?” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. “Çocuk yetiştirme yönelik eğitim aldınız mı?” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, lise mezunu 1 kişi (%25) ve lisans mezunu 3 kişi (%75) olduğu tespit edilmiştir. “Çocuğunuz daha önce psikiyatri desteği aldı mı” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. “Çocuğunuz daha önce psikoterapi desteği aldı mı?” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. Sosyodemografik değişkenler tablo 1’de gösterilmiştir

**Tablo 1.** Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	1	25,0
	Erkek	3	75,0
Yaş	5	1	25,0
	6	1	25,0
	7	1	25,0
	8	1	25,0
Medeni Durum	Evli	4	100,0
Aile Üyelerinde Öfke Problemi Olan Var mı	Hayır	4	100,0
Evet ise Çocuğunuz Buna Şahit Oldu mu	Hayır	4	100,0
Daha Önce Depresyon Tedavisi Gördünüz Mü	Hayır	4	100,0
Çocuk Yetiştirmeye Yönelik Eğitim Aldınız mı	Hayır	4	100,0
Eğitim Durumu	Lise	1	25,0
	Lisans	3	75,0
Çocuğunuz Daha önce Psikiyatri Desteği Aldı mı	Hayır	4	100,0
Çocuğunuz Daha Önce Psikoterapi Aldı mı	Hayır	4	100,0

**Tablo 2.** Deney Grubunda Bulunan 1'inci ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,50	1	0,527	0,167	4,583	9	0,001
	Terapi Sonrası	1,80	1	0,422	0,133			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,88	1	0,354	0,125	-4,965	7	0,002
	Terapi Sonrası	3,00	1	0,535	0,189			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,75	1	0,707	0,250	-1,357	7	0,217
	Terapi Sonrası	2,38	1	1,061	0,375			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	,886	0,313	0,357	7	0,732
	Terapi Sonrası	2,63	1	1,061	0,375			

\* p&lt;0,05; \*\* p&lt;0,05

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(9)=4,583;p<0,05$ . Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(7)= -4,965;p<0,05$ . Terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puan ortalaması, terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=-1,357;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=0,357;p>0,05$ .

**Tablo 3.** Deneysel Grubunda Bulunan 2. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,70	1	0,483	0,153	4,583	9	0,001
	Terapi Sonrası	2,00	1	0,000	0,000			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	2,13	1	0,354	0,125	-1,871	7	0,104
	Terapi Sonrası	2,63	1	0,518	0,183			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,13	1	0,354	0,125		7	1,000
	Terapi Sonrası	1,13	1	0,354	0,125			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	1,035	0,366	2,646	7	0,033
	Terapi Sonrası	2,25	1	1,165	0,412			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(9)=4,583;p<0,05$ . Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=-1,871;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(7)=2,646;p<0,05$ . Terapi

öncesi Öfke Dışa toplam puan ortalaması, terapi sonrası Öfke Dışa toplam puan ortalamasından daha fazladır.

**Tablo 4.** Deney Grubunda Bulunan 3. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,70	1	0,483	0,153	3,857	9	0,004
	Terapi Sonrası	1,80	1	0,422	0,133			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	2,13	1	0,354	0,125	-3,862	7	0,006
	Terapi Sonrası	3,00	1	0,535	0,189			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,13	1	0,354	0,125	-2,826	7	0,026
	Terapi Sonrası	2,25	1	1,035	0,366			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	1,035	0,366	0,683	7	0,516
	Terapi Sonrası	2,50	1	1,069	0,378			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(9)=3,857;p<0,05$ . Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, Terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(7)=-3,862;p<0,05$ . Terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puan ortalaması, terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(7)=-2,826;p<0,05$ . Terapi sonrası Öfke İçte toplam puan ortalaması, terapi öncesi Öfke İçte toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=0,683;p>0,05$ .

**Tablo 5.** Denei Grubunda Bulunan 4. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,50	1	0,527	0,167	3,000	9	0,015
	Terapi Sonrası	2,00	1	0,000	0,000			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,88	1	0,354	0,125	-4,583	7	0,003
	Terapi Sonrası	2,63	1	0,518	0,183			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,75	1	0,707	0,250	2,049	7	0,080
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,518	0,183			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	0,886	0,313	2,376	7	0,049
	Terapi Sonrası	2,13	1	0,991	0,350			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(9)=3,000;p<0,05$ . Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(7)=-4,583;p<0,05$ . Terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puan ortalaması, terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=2,049;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(7)=2,376;p<0,05$ . Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puan ortalaması, terapi sonrası Öfke Dışa toplam puan ortalamasından daha fazladır.

**Tablo 1.** Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	1	25,0
	Erkek	3	75,0
Yaş	5	1	25,0
	6	1	25,0
	7	1	25,0
	8	1	100,0
Medeni Durum	Evli	4	100,0
Aile Üyelerinde Öfke Problemi Olan Var mı	Hayır	4	100,0
Evet İse Çocuğunuz Buna Şahit Oldu Mu	Hayır	4	100,0
Daha Önce Depresyon Tedavisi Gördünüz Mü	Hayır	4	100,0
Çocuk Yetiştirmeye Yönelik Eğitim Aldınız mı	Hayır	4	100,0
Eğitim Durumu	Lise	1	25,0
	Lisans	3	75,0
Çocuğunuz Daha Önce Psikiyatri Desteği Aldı mı	Hayır	4	100,0
Çocuğunuz Daha Önce Psikoterapi Aldı mı	Hayır	4	100,0

Araştırmaya 1 kız (%25) ve 3 erkek (%75) olmak üzere toplam 4 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları incelendiğinde, 5 yaşında olan 1 kişi (%25), 6 yaşında olan 1 kişi (%25,0), 7 yaşında olan 1 kişi (%25,0) ve 8 yaşında olan 1 kişi (%25,0) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların ailelerinin medeni durumu incelendiğinde, 4 kişinin olduğu (%100,0) olduğu tespit edilmiştir. ‘‘Aile üyelerinde öfke problemi olan var mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Aile üyelerinde öfke problemi olan var mı?’’ sorusuna evet cevabı veren katılımcılara ‘‘Çocuğunuz buna şahit oldu mu?’’ sorusu sorulmuştur. ‘‘Çocuğunuz buna şahit oldu mu?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Daha önce depresyon tedavisi gördünüz mü?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Çocuk yetiştirme yönelik eğitim aldınız mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. Eğitim durumu incelendiğinde, lise mezunu 1 kişi (%25) ve lisans mezunu 3 kişi (%75) tespit edilmiştir. ‘‘Çocuğunuz daha önce psikiyatri desteği aldı mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Çocuğunuz daha önce psikoterapi desteği aldı mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir.

**Tablo 2.** Kontrol Grubunda Bulunan 1. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	1,50	1	0,527	0,167	1,500	9	0,168
	Terapi Sonrası	1,30	1	0,483	0,153			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	3,00	1	0,000	0,000	1,528	7	0,170
	Terapi Sonrası	2,75	1	0,463	0,164			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,00	1	0,000	0,000	-1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	1,13	1	0,354	0,125			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	1,63	1	0,916	0,324	-2,049	7	0,080
	Terapi Sonrası	2,00	1	0,756	0,267			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(9)=1,500;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=1,528;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=-1,000;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=-2,049;p>0,05$ .

**Tablo 3.** Kontrol Grubunda Bulunan 2. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,10	1	0,568	0,180	3,000	9	0,015
	Terapi Sonrası	1,60	1	0,516	0,163			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	2,38	1	0,518	0,183	-1,426	7	0,197
	Terapi Sonrası	2,75	1	0,463	0,164			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,75	1	0,463	0,164	2,049	7	0,080
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,518	0,183			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,00	1	0,000	0,000	3,416	7	0,011
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,518	0,183			



Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(9)=3,000;p<0,05$ . Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, Terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=-1,426;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=2,049;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır;  $t(7)=3,000;p<0,05$ . Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puan ortalaması, terapi sonrası Öfke Dışa toplam puan ortalamasından daha fazladır.

**Tablo 4.** Kontrol Grubunda Bulunan 3. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	1,13	1	0,354	0,125	1,000	9	0,351
	Terapi Sonrası	1,00	1	0,000	0,000			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,88	1	0,835	0,295	1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	1,75	1	0,707	0,250			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	2,50	1	0,926	0,327	1,528	7	0,170
	Terapi Sonrası	2,25	1	0,886	0,313			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	1,88	1	0,835	0,295	1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	1,63	1	0,744	0,263			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(9)=1,000;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=1,000;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=1,528;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=1,000;p>0,05$ .

**Tablo 5.** Kontrol Grubunda Bulunan 4. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	1,38	1	0,518	0,183	1,000	9	0,351
	Terapi Sonrası	1,25	1	0,463	0,164			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,75	1	0,886	0,313	-0,552	7	0,598
	Terapi Sonrası	1,63	1	0,744	0,263			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	2,25	1	1,035	0,366	1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	2,13	1	0,991	0,350			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	1,63	1	0,744	0,263	1,528	7	0,170
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,744	0,263			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(9)=1,000;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=0,552;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=1,000;p>0,05$ .

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur;  $t(7)=1,528;p>0,05$ .

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin 5-10 yaş arasında öfke problemi olan çocukların üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda 4 öfke problemi olan ve 4 öfke problemi olmayan çocuğa Çocuk Merkezli Oyun terapisi uygulanmıştır. Bu süreçte terapist 8 çocuğun her birine 12 haftalık haftada bir 45 dakikalık seans olmak üzere çocuk merkezli oyun terapisi uygulamıştır. Terapi öncesinde ve sonrasında çocukların öfke durumları Sürekli Öfke Ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) ile ölçülmüştür. Araştırmaya katılan çocukların 2'si kız 6'sı erkektir. Terapiler 2020 yılı içinde gerçekleştirilmiştir. Terapiler, oyun terapisi konusunda eğitilmiş olan araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Terapilerin en kısıası 8 seans, en uzun olanı ise 15 seans sürmüştür.

Öfke yaşanılan 7 temel duygudan bir tanesidir ve dönem dönem yaşamı zora sokabilmektedir. Araştırma yapılan yaş grubunda ise öfke daha çok fiziksel tepki olarak ifade edilmektedir. Oyun terapisi yöntemiyle öfkelerini tanıyıp, kabul eden

çocuklar bu duyguyu işlememektedir. Terapiyle kendilik algıları değişmekte ve çocuklar duygularının kontrolünü sağlayabilmektedirler.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, terapist ile çocuk arasındaki koşulsuz ilişkiye odaklanarak, çocukların kendi dünyalarını keşfetmek için onlarda var olan potansiyeli ortaya çıkarmalarına yardımcı, büyümelerini destekleyici gelişimsel olan uygun bir müdahale yöntemidir. (Landreth, 2012; Bratton, 2005). Deney grubundaki 4 katılımcıda ile Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin öncesi ve sonrası, Sürekli Öfke Ölçeği değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. 4 katılımcı da terapi sonrasında, terapi öncesine göre sürekli öfke ortalamalarında düşüş yaşamışlardır. Öfke kontrol alt ölçeği sonuçlarına bakıldığı zaman öfke problemi olan 4 çocuktan 3'ünün Çocuk Merkezli Oyun Terapisi öncesi ve sonrası değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlemlenmiştir. Terapi sonrasında öfke problemi olan çocuklar duygularını fark edip, daha iyi düzenleyebilmişlerdir. Anderson ve Gedo (2013)'nun yaptıkları vaka çalışmasında dil problemi sebebiyle kendilerini çok iyi ifade edemeyen çocukların daha öfkeli oldukları ve öfkelerini kontrol etmekte zorlandığı görülmektedir. Yapılan oyun terapisiyle birlikte dil güçlüğü çözülen çocukta öfke düzeyin de düştüğü gözlemlenmiştir. Öfkenin içe atıldığı alt ölçeğe bakıldığı zaman deney grubundaki 4 katılımcıdan 2'sinin, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi sonrası değerlerinde artış gözlemlenmiştir. Bu deney grubundaki çocukların yarısında, Öfke İçte alt ölçeğindeki değerlerindeki artış, öfkenin hemen dışa vurulmasından ziyade duygu düzenlenmesi için içe atıldığını göstermektedir. Öfkenin dışa atıldığı alt ölçeğe bakıldığı zaman deney grubundaki 4 katılımcıdan 2'sinin, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi sonrası değerlerinde azalma gözlemlenmiştir. Bu deney grubundaki çocukların yarısının, Öfke Dışta alt ölçeğindeki değerlerindeki düşüş, öfkenin sözel ve davranışsal ifade edilmesinde çocuklardaki iyileşmeyi göstermektedir. Buna karşın bu çalışmada kontrol grubunda bulunan çocuklarda ÇMOT öncesi ve sonrası Sürekli Öfke Ölçeği diğerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlemlenmemiştir. Öfke problemi olmayan çocuklar üzerinde oyun terapisi yöntemi, çocukların öfkelerinde anlamlı bir düşüş sağlayamamıştır. 4 katılımcıdan birisinde sürekli öfke ve öfke dışa vurulması alt ölçeğinden aldığı ortalamada anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Bu katılımcının duygularını daha iyi kontrol ettiğin, öfkesini daha az dışa vurduğunu göstermektedir.

Bu çalışma, ruh sağlığı ve duygu durumlarında ÇMOT'un etkililiğini göstermesi açısından alandaki diğer çalışmalara katkı sağlayacaktır. Öfkenin çocukluk çağı döneminde bir problem olması ve bunun ileride de saldırganlığa dönüşebilmesi, toplumun ve bireyin ruh sağlığı açısından tehlikelidir.

ÇMOT yöntemiyle amaç diğer problemlerde de olduğu gibi öfke probleminin de

sağaltımını sağlamaktır. İlerleyen çalışmalarda daha fazla katılımcının ve daha fazla çocukluk çağı problemlerinin dahil edildiği araştırmalara yer verilebilir.

Etik Komite Onayı: Bu araştırma için İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik izin alınmıştır. Araştırmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanacak olan çocukların onayı için ailelerinden onam formu imzalamaları istenmiştir.

**Yazar Katkısı:**

Perihan Şensoy: Araştırma tasarımı, literatür tarama, veri toplama ve makale yazımı

Melek İpek: Eleştirel inceleme ve danışmanlık.

## KAYNAKLAR

- Ahbab(2019). Öfke Problemi Olan Çocuklarda Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
- Axline, M.V (2019). Oyun Terapisi, Çev. Misli Baydoğan, Ankara, Panama Yayıncılık.
- CANDAN, S.(2017). 3-10 Yaş Arası Gelişimsel Problemleri Olan Çocuklarda Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Crenshaw, D.A, Stewart ve A.L(2017). Oyun Terapisi Kapsamlı Teori ve Uygulama Rehberi, Çev. D. Nesrin Bıyıklı ve Büke Tuncel, İstanbul, Apamer Psikoloji Yayınları.
- Landreth, G.L Ray, D.C , Bratton, ve S.C (2009). Play Therapy In Elementary Schools. Psychology In the Schools, 46 (3), s.281-289.
- Öğretir, A.D (2008). Oyun ve Oyun Terapisi, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 22, s. 94-100.
- Özer, A. Kadir (1994). Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeklerinin Ön Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, Cilt 9, Sayı 31, s. 26-35.
- Özmen, A. Kadir (2006). Öfke Sorunu Yaşayan Çocuklara Yönelik Uygulamalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt 39, Sayı 1, s. 135-144.
- Ray, D. C (2019). İleri Düzey Oyun Terapisi, Çev. Duygu Olgaç, İstanbul, Pinhan Yayıncılık. Teber, M (2015). Gençlik, Oyun ve Oyun Terapisi. Gençlik Araştırmaları Dergisi, Cilt 3, Sayı 3,s.1-12.
- Yanıt, E.(2020). Çocuğumu Benden Alın! Sınır Koyma Probleminin Çocuk Merkezli Oyun Terapisi İle Sağaltımı. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, Cilt 3, Sayı 5, s. 35-48.