

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ
XƏZƏR UNİVERSİTETİ

TƏBİƏT ELMLƏRİ, SƏNƏT VƏ TEXNOLOGİYA YÜKSƏK
TƏHSİL FAKÜLTƏSİ

İstiqamətin şifri və adı

060209 - Psixologiya

İxtisaslaşmanın adı

Ümumi psixologiya

Psixologiya kafedrasının magistrantı

Səlimova Nuranə Vaqif qızının

magistr dərəcəsi almaq üçün

PSIXİ İNKİŞAFINDA PROBLEMLƏRİ OLAN UŞAQLARLA APARILAN
UŞAQ MƏRKƏZLİ OYUN TERAPİYASININ TƏHLİLİ

mövzusunda

DİSSERTASIYA İŞİ

Elmi rəhbər:

dos. Ahyev Ceyhun

BAKI – 2022

Psixi inkişafında problemləri olan uşaqlarla aparılan uşaq mərkəzli oyun terapiyasının təhlili

Xülasə

Təqdim olunan dissertasiya işində uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişafında problemləri olan uşaqlara təsiri eksperimental şəkildə öyrənilmişdir.

Tədqiqat işi ümumi şəkildə- giriş, üç fəsil, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir. İşin giriş hissəsində uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişafında problemləri olan uşaqlara təsirinin əhəmiyyəti təhlil edilmişdir, mövzunun aktuallığı, onun predmeti və obyektini eləcə də uşaq mərkəzli oyun terapiyasının məqsədi və vəzifələri öz əksini tapmışdır.

Birinci fəsildə psixi inkişaf məsələsi ətraflı şəkildə təhlil edilmiş, mövcud olan yanaşmalara nəzər yetirilmiş, uşaqlarda psixi pozulmalara səbəb olan amillər və uşaq travmaları araşdırılmışdır.

İkinci fəsildə oyun terapiyası, onun tarixi və oyun terapiyası haqqında müxtəlif nəzəri yanaşmalar, uşaq mərkəzli oyun terapiyası və onun məqsədləri, uşaq mərkəzli oyun terapiyasında oyuncaq seçimi və uşaq mərkəzli oyun terapiyasının elementləri kimi məsələlər öz əksini tapmışdır.

Dissertasiya işinin üçüncü fəslində isə mövzunun eksperimental tədqiqinə həsr edilmişdir. Tədqiqat işi 142 nəfər 3-10 yaşlı psixi inkişafında problemi olan uşaqlar arasında aparılmışdır. Uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişaf problemləri olan uşaqlara təsirini araşdırmaq üçün ümumilikdə 12 seans keçirilmişdir.

Əldə olunan nəticələrin statistik təhlilini aparmaq üçün SPSS proqramında istifadə edilmişdir. Belə ki, tədqiqatdan əldə etdiyimizin nəticələrinə əsasən uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişaf problemləri olan uşaqlara müsbət təsiri olduğu müəyyən edilmişdir.

Analysis of child-centered play therapy in children with mental development problems

Abstract

The effect of child-centered play therapy on children with mental development problems was studied experimentally in the presented dissertation.

The research work consists of an introduction, three chapters, a conclusion, a bibliography and appendices. The introductory part of the work analyzes the importance of the impact of child-centered play therapy on children with mental development problems, the relevance of the topic, its subject and object, as well as the goals and objectives of child-centered game therapy.

In the first chapter, the issue of mental development is analyzed in detail, the existing approaches are considered, the factors that cause mental disorders in children and childhood traumas are investigated.

The second chapter covers various theoretical approaches to game therapy, its history and game therapy, child-centered game therapy and its objectives, toy selection in child-centered game therapy, and elements of child-centered game therapy.

The third chapter of the dissertation is devoted to the experimental study of the subject. The study was conducted among 142 children aged 3-10 with mental development problems. A total of 12 sessions were conducted to investigate the impact of child-centered play therapy on children with mental developmental problems.

It was used in the SPSS program to conduct statistical analysis of the obtained results. Thus, based on the results of our research, it was determined that child-centered play therapy has a positive effect on children with mental development problems.

MÜNDƏRİCAT

GİRİŞ.....	5
I FƏSİL. PSIXOLOGİYADA İNKİŞAF PROBLEMİ.....	9
1.1. Psixi inkişaf və onun haqqında nəzəriyyələr.....	9
1.2. Psixi inkişaf pozuntuları.....	15
1.3. Uşaqlarda psixi inkişaf pozuntuları.....	17
1.4. Uşaqılıq travmaları.....	21
II FƏSİL. PSIXOLOGİYADA OYUN TERAPİYASI.....	24
2.1. Oyun terapiyası haqqında ümumi məlumat.....	24
2.2. Oyun terapiyasında nəzəri yanaşmalar.....	28
2.3. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası.....	31
2.4. Uşaq mərkəzli oyun terapiyasının elementləri.....	36
III FƏSİL. PROBLEMİN EKSPERİMENTAL TƏDQIQI.....	40
3.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi.....	40
3.2. Tədqiqatın nəticələri və onların təhlili.....	41
NƏTİCƏ.....	48
İSTİFADƏ OLUNMUŞ ƏDƏBİYYAT.....	52
ƏLAVƏLƏR.....	59

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Müasir dövrümüzdə ən aktual və səmərəli terapiya növlərindən biri də uşaq mərkəzli oyun terapiyasıdır. Şifahi ünsiyyət tələb edən və yeniyetmələrdə istifadə olunan klassik terapiya texnikaları uşaqlarda bir o qədər də yaxşı nəticə vermir. Uşaqlar çox hərəkətli olduğundan və onların terapiya müddətində eyni formada qalmaları mümkün deyildir. Buna görə də rahat hərəkət edəcəkləri oyun terapiyası uşaqların inkişaf xüsusiyyətlərinə daha uyğundur. Uşaqlar əyləncəli və hərəkətli fəaliyyətləri daha yaxşı edə bilər. Klassik terapiyaların əksinə oyun terapiyası əyləncəlidir və bu uşağın terapiyaya marağını artırır. Uşaqlar özlərini ifadə edərkən sözlərdən istifadə etməkdə çətinlik çəkirlər. Söz bazaları az olduğu üçün düşüncələrini aydın şəkildə ifadə edə bilməzlər. Uşaqlar üçün oyun, özlərini ən rahat şəkildə ifadə etdikləri təbii və rahat məkandır. Uşaq mərkəzli oyun terapiyasının aktuallığının səbəblərindən biri də terapiya zamanı uşaq özünü ifadə edə, sosial qərar vermək kimi bacarıqlarını inkişaf etdirə bilər. Oyun terapiyası şəxsiyyətlərarası münasibətlərin inkişaf etdirilməsinə də təsir göstərir. Oyun terapiyası, uşaqların duyğularını, düşüncələrini və davranışlarını etibarlı şəkildə ifadə edəcəkləri bir mühit yaradır. Sərhədlər çərçivəsində, təhsilli bir oyun terapiyasının iştirakı ilə problemlərinin təbii ifadə yolu olan oyunla problemlərini həll edir. Oyun uşaqların duyğularını ifadə edə biləcəyi bir vasitədir. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası, uşaqların problemlərinin həllinə kömək edir və onların problemlərini həll etməsi üçün yaradılmışdır. Oyun terapiyası zamanı uşaqlar sərhədlər çərçivəsində düşüncələrini, duyğularını rahat şəkildə çatdırırlar. Oyun terapiyasına körpələr ya da yeni yeriməyə başlamış uşaqlar, məktəbəqədər uşaqlar ya da məktəb uşaqları qatıla bilərlər. Bir çox üstünlükləri onu günümüzdə daha da aktual edir. Oyunun terapiyada istifadəsi və uşağın oyunla müalicəsi xaricdə 100 ilə yaxındır istifadə edilir. Oyun terapiyasının klinik faydaları uzun zamandır araşdırılır və effektivliyi təsdiqlənir.

Ədəbiyyatlar araşdırıldıqda oyun terapiyasının istifadəsinin son illər daha da artdığı görünür, bununla birlikdə ölkəmizdə edilən araşdırma sayı isə yetərli qədər olmaması ilə

diqqət çəkir. Araşdırmada əldə ediləcək məlumatların ailə psixoloqlarına, uşaq psixoloqlarına və məktəb psixoloqlarına fayda verəcəyi düşünülmüşdür.

Mövzunun işlənmə səviyyəsi. 21-ci əsrin II yarısından başlayaraq oyun fəaliyyəti haqqında fikirlər formalaşmağa başlamışdır. Oyun fəaliyyəti haqqında rus psixoloqlarından L.S.Vıqotskinin, A.N.Leontyevin, P.Y.Qalperin, D.B.Elkonin, A.S.Makarenkonun, digər xarici psixoloqlardan G.Qross, C.Selli, Z.Freyd, E.Eriksonun aparmış olduğu nəzəri və tədqiqat işləri vardır. Məşhur psixoloqlar olan L.S.Vıqotskinin, A.N.Leontyevin, D.B.Elkoninin əsərlərində aparıcı fəaliyyət kimi oyun fəaliyyətinin səciyyəsi daha ətraflı şəkildə işlənmişdir. Azərbaycan psixoloqlarından isə Ə.S.Bayramov, Ə.Ə.Əlizadə və M.Ə.Həmzəyevin əsərlərində uşaqların aparıcı fəaliyyət kimi oyun fəaliyyətinin uşaqların (xüsusilə də məktəbəqədər yaşlılarda) psixi inkişafına təsirindən bəhs edilmişdir. M.V.Vəliyev və A.M.Mustafayev “İnkişaf və yaş psixologiyası” dərslində oyun fəaliyyətinin yaş qruplarına görə növlərini təsnif etmiş və psixi inkişafa təsirini geniş şəkildə aydınlaşdırmışdılar.

Tədqiqatın obyektı. 3-10 yaş dövrünü əhatə edən psixi inkişafında problemləri olan uşaqları əhatə edir.

Tədqiqatın predmeti. Psixi inkişafında problemləri olan uşaqlar ilə uşaq mərkəzli oyun terapiyası arasındakı əlaqənin müəyyənləşdirilməsi.

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqat işinin məqsədi, uşağın (3-10 yaş) psixi inkişaf problemlərinin azalmasında, “Mən şüurunun” inkişafına, sosial mühitdə həssaslıq göstərmədə və davranışda adaptasiyanın artmasında, özünü idarə etmə və adaptasiya problemi yaşayan uşaqların problemlərinin azalmasında uşaq mərkəzli oyun terapiyasının təsiri araşdırmaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın fərziyyəsi. Psixi inkişaf problemi olan uşaqlar ilə aparılan uşaq mərkəzli oyun terapiyası, psixi inkişaf problemlərinin azalmasına əhəmiyyətli səviyyədə təsir edir.

Tədqiqatın vəzifələri. Tədqiqat işi zamanı qarşıya aşağıdakı vəzifələr qoyulmuşdur:

- inkişaf problemini ətraflı şəkildə təhlil etmək;

- psixi inkişaf pozulmalarına nəzər yetirmək;
- uşaqlarda psixi inkişaf pozuntularını təhlil etmək;
- uşaqılıq travmalarını və yaranma səbəblərini araşdırmaq;
- oyun terapiyasının psixi inkişafa təsirini təhlil etmək;
- oyun terapiyasına dair nəzəri yanaşmaları təhlil etmək;
- uşaq mərkəzli uşaq terapiyasını ətraflı şəkildə araşdırmaq;
- uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişafında problemləri olan uşaqlara təsirini eskperimental şəkildə öyrənmək.

Tədqiqatın metodoloji əsasları və metodları. Tədqiq olunan uşaqları yaxşı tanıyan tərbiyəçi və müəllimləri tərəfindən doldurulan inkişaf problemləri olan uşaqları müəyyənləşdirmək üçün tərəfimizdən hazırlanıb, tərtib olunan “Təvsiyyə anketi” və “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun valideyinlər və müəllimlər üçün olan variantlarından istifadə edilmişdir. Tədqiqat zamanı əldə etdiyimiz nəticələrin statistik əhəmiyyətini müəyyən etmək üçün SPSS proqramından istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın elmi yeniliyi. Ölkəmizdə oyun terapiyasını təhlil edən və araşdıran çoxsaylı tədqiqat işləri mövcuddur. Lakin uşaq mərkəzli oyun terapiyası müasir dövrümüzdə yeni terapiya növlərindən biri olduğu üçün, ölkəmizdə bu terapiyanın tətbiq edilib, araşdırıldığı tədqiqat işləri yoxdur. Apardığımız tədqiqat işi Azərbaycan elmi ədəbiyyatında psixi inkişafında problemləri olan uşaqlarla aparılan uşaq mərkəzli oyun terapiyası ilk dəfə dəfə araşdırıldığı üçün elmi yenilik hesab edilə bilər.

Tədqiqatın elmi-nəzəri əhəmiyyəti. Tədqiqatda qeyd olunan nəzəri məlumatlar ali məktəblərdə ailə və uşaq psixologiyası dərslərində mühazirə və seminarların təşkili zamanı köməkçi bir vasitə kimi istifadə edilə bilər. Psixi inkişafında problemləri olan uşaqlarla aparılan uşaq mərkəzli oyun terapiyasının təhlili mövzusunda tədqiqat işi həyata keçirmək istəyən gənclər üçün güclü nəzəri material ola bilər. Məktəb psixoloqlarının uşaq mərkəzli oyun terapiyasının uşaqlar üzərində təsiri haqqında maariflənməsi üçün də istifadə edilə bilər.

Tədqiqatın elmi-praktik əhəmiyyəti. Tədqiqat işi psixoloji problemlə uşaqların çoxluq təşkil etdiyi psixologiya mərkəzlərinin mütəxəssislərinə praktiki dəstək ola bilər. Aparılan tədqiqat işi ailə və uşaq psixoloqları üçün praktik cəhətdən əhəmiyyətli mənbədir.

Tədqiqat işinin strukturu: Giriş, üç fəsil, nəticə, istifadə olunmuş ədəbiyyat və əlavələrdən ibarətdir.

I FƏSİL. PSIXOLOGİYADA İNKİŞAF PROBLEMI

1.1. Psixi inkişaf və onun haqqında nəzəriyyələr

İnkişaf sözü qeyd edilərkən, formalaşmaqda davam edən orqanizmin daha üst mərtəbəyə addım atması xarakterizə olunur və bu addım həm yetişməkdən, həm də öyrənilməkdən asılı ola bilər. İnkişaf- dönməz proses olub, fərdin davranışında və psixikasında kəmiyyət, keyfiyyət və struktur dəyişikliklərinin əmələ gəlməsi ilə şərtlənən istiqamətlənmiş və qanunauyğun dəyişənlərdir. İnkişaf, böyümə və yetişmə anlayışları bir-birindən fərqli anlayışlardır. Belə ki, böyümə orqanizmin kəmiyyət dəyişikliyi, yetişmə isə keyfiyyət dəyişikliyi (inkişafın tərifində qeyd edilmişdir). Böyümə fiziki dəyişikliklər ilə (bədənin ölçülərinin artması, toxuma və hüceyrələrin artması və s.), yetişmə isə bioloji dəyişikliklər ilə (beyin yarımkürələri, ürək-damar sistemi və s. orqanlarda dəyişilmələr) müşayiət olunur.

Dönməzlik, istiqamətlənmə və qanunauyğunluq inkişafın əsas xassələridir. İnkişafın dönməzliyi yəni inkişafın sabit olmasını (daimilik, fərdi fərqlərin qorunması) nəzərdə tutur. İnkişaf istiqamətlənməsi isə iki cür olur: progressiv (tərəqqi) və regressiv (tənəzzül). Təkmilləşmə, mürəkkəbləşmə, özünü təşkil səviyyəsinin yüksəlməsi istiqamətində gedən inkişaf prosesi progressiv inkişafdır. İnkişafın gerilməsi, tənəzzül və deqradasiya istiqamətində gedən inkişaf prosesi isə regressiv inkişafdır. İnkişafın qanunauyğunluğunu inkişaf mərhələlərinin, dövrlərinin keçidi üçün anadangəlmə bir proqram kimi qiymətləndirmək olar. Ontogenetik inkişafda, fərdin “proqramlı” bir xətti ilə gedən inkişaf prosesi, inkişafın qanunauyğunluğudur. Psixi inkişafın əsas qanunauyğunluqlarını aşağıda qeyd edirik:

- Qeyi-bərabərlik (heteroxronluq). Psixi proses və xassələr ayrı-ayrı yaş dövrlərində müxtəlif formalarda və müxtəlif sürətlə inkişaf edir. Psixi inkişaf hər mərhələdə eyni səviyyədə olmur.

- İnteqrasiya. Psixi proses və xassələrin sabitliyi və davamlılığı ilə bağlı olur, şəxsiyyətin daimi əlamətlərinə donuşur.
- Əvəzləmə (kompensasiya). Hər hansısa bir psixi funksiya, zəif inkişaf etmiş psixi funksiyanı kompensasiya edərək, daha da güclü inkişaf edir.

Tədqiqatçılar psixi inkişafa təsir edən amilləri ümumi olaraq bioloji və sosial amillər olmaqla iki qrupa ayırırlar. Belə ki, psixi inkişafda əsas rolu olan bioloji amilləri şişirdən yanaşmalara görə fərdin inkişafında sosial amillər önəm kəsb etmir, əsas genetik olan xüsusiyyətlərdir. Lakin sosial mühit amillərini dəstəkləyən yanaşmalara görə isə insan “ağ lövhə” kimi dünyaya gəlir (C.Lokk) yalnız sosial mühitin təsiri ilə şəxsiyyəti formalaşır.

Təbii ki, bu nəzəriyyələrin hər birinin özünə görə doğru tərəfləri mövcuddur. Lakin həm bioloji həm də sosial amillər ikisi birlikdə psixi inkişafa təsir göstərir. Bu iki amili bir-birindən ayırmaq olmaz, çünki insan həm bioloji həm də sosial varlıq olduğu üçün hər iki amildə müəyyən qədər təsir etmiş olur.

Z.Freyd psixi inkişafı cinsi enerjinin (libido) istiqamətinə görə müəyyənləşdirərək, psixoseksual inkişaf nəzəriyyəsini irəli sürmüşdür. Psixoseksual inkişaf nəzəriyyəsinə görə psixi inkişaf beş mərhələdən ibarətdir.

1. Oral mərhələ (anadan olandan 1 yaşa qədər). Bu zaman uşaq süd əmmədən zövq alır və rahatlayır.

2. Anal mərhələ (1-3 yaş dövrü). Z.Freyd ayaqyolu təlimin başladığı dövr kimi qeyd edir ki, bu dövrdə uşaqları istəmədikləri şeylərə məcbur etmək olmaz.

3. Fallik mərhələ (3-6 yaş dövrü). Bu yaş dövrü uşağın öz cinsini müəyyən etməyə, “Mən”in yaranmağa başladığı dövrdür. Z.Freyd görə bu yaşda olan uşaqlarda əks cins valideynlərinə qarşı sevgi hissi formalaşır (edip və elektra kompleksləri).

4. Latent mərhələ (7-12 yaş dövrü). Bu yaş dövründə olan uşaqlar cinsi istəklərini gizlədirlər. Əsas təlim fəaliyyətinə yönəlirlər və cinsi hisslərini nəzarət altında saxlamağı öyrənirlər.

5. Genital mərhələ (12 yaşdan yuxarı dövr). Psixoloji və fizioloji səviyyədə yetişmə baş verir, yaşlılıq hissi formalaşır.

İnsan inkişafını dövrlər formasında araşdırarlardan biri də, psixososial inkişaf nəzəriyyəsini irəli sürən E.Eriksondur. E.Erikson əvəllər klassik psixososial nəzəriyyəni mənimsəmiş, amma daha sonra psixososializmin əksik yanlarını görərək öz nəzəriyyəsini irəli sürmüşdür. Nəzəriyyə üzərində işləyərkən psixososializmdən də yararlanmışdır. O, psixososialitə yanaşmadan fərqli olaraq, uşaqlıq və yeniyetməlik dövrlərindən əlavə, yetkinlik və yaşlılıq dövrlərinə də yer vermişdir. E.Eriksonun nəzəriyyəsinin əsaslandığı əsas fikirlər bunlardır: ümumi olaraq insanların baza tələbatları eynidir, "Mən" in inkişafı baza tələbatların qarşılınması ilə əlaqəlidir, inkişaf dövrlər halında meydana gəlir, hər dövr inkişaf üçün fürsət yaradan böhrana və ya psixoseksual problemlərə əsaslanır, fərqli dövrlər şəxsin motivasiyasında fərqliliklər yaradır. E.Eriksonun psixososial inkişaf nəzəriyyəsində yaş dövrlərini aşağıdakı kimi qruplaşdırmışdır:

1. Təməl inam və ona qarşı inamsızlıq (0-18 ay)
2. Avtonomluğa qarşı utanma və şübhə (18 ay-3 yaş)
3. Təşəbbüskarlığa qarşı günahkarlıq (3-6 yaş)
4. Çalışqanlıq və müvəffəqiyyətə qarşı özünəinamsızlıq (6-12 yaş)
5. Şəxsiyyətin inkişafı və şəxsiyyət qarışıqlığı (12-18 yaş)
6. Yaxınlıq və təcrid olunma (19-40 yaş)
7. Məhsuldarlığa qarşı durğunluq (40-65 yaş)
8. Mənlik bütünlüyünə qarşı ümitsizlik (65 yaşdan öləndək)

İnkişafının ilk illərində uşaqlar idrak, emosional, sosial və psixoloji cəhətdən böyük dəyişikliklərdən keçirlər. Nitq erkən uşaqlıq dövründə inkişafının ən vacib idrak hissəsidir. J.Piyaje nitqin formalaşmasının idrak proseslərinin inkişafından qaynaqlandığını və buna bağlı olduğunu qeyd etmişdir. O, intellektin inkişafını 4 mərhələyə ayırmışdır:

1. Sensomotor mərhələ (0-2 yaş)
2. Əməliyataqədərki mərhələ (2-7/8 yaş)

3. Konkret əməliyyatlar mərhələsi (7/8-11/12 yaş)

4. Formal əməliyyatlar mərhələsi (11/12-15 yaş)

Sensomotor mərhələdə uşaqların həyat təcrübələrini, idrak və emosional dünyalarını sözlə ifadə etmək imkanları məhdud olur [54].

Əməliyyatdan əvvəlki və konkret əməliyyatlar mərhələsində uşaqlar təcrübə qazanırlar, gələcək hadisələr üçün məşq edir, bacarıqlarını inkişaf etdirir, qısaca dünyalarını mənalandırmaq üçün bütün gün oyun içindədirlər [54].

Konkret əməliyyatlar mərhələsində uşaqlar indi və burada ilə əlaqəli məntiqli şəkildə düşünə bilər, məntiqi əlaqələr qura bilər. Həm də zaman və məkan anlayışlarını assimilyasiya etməyə başlayırlar. Ancaq problemlərin həlli sınaq və səhv səviyyəsində qalır. Adətən uşaqlar bu dövrdə təxminən 11 yaşına qədər qalırlar.

Amerikalı psixoloq U. Bronfenbrenner psixi inkişafa təsir edən amilləri 5 sistemə görə müəyyən etmiş və ekoloji nəzəriyyə adlandırmışdır. Belə ki, U. Bronfenbrenner psixi inkişafa təsir edən beş sistemi qeyd etmişdir: mikro sistem, mezo sistem, ekzo sistem, makro sistem və xrono sistem.

Mikro sistemə ailədaxili münasibətlər, həmyaşıdları ilə münasibətləri, tərbiyə institutları, dini qruplar, yaşayış yeri və sosio-mədəni mühit aiddir.

Mezo sistemə müasir dövrümüzdə internet və sosial şəbəkələr, kütləvi kommunikasiya vasitələri və etnomədəni amillər daxildir.

Ekzosistem yaxın ətrafdakı insanların mühitini özündə ehtiva edir- dostların ailəsi, valideynlərin iş yeri, yerli səhiyyə və s. kimi amilləri özündə ehtiva edir.

Makro sistem isə ən geniş və ümumi olan sistemdir. Burada planetar səviyyədə olan proseslər, coğrafi areal, ölkənin coğrafi xüsusiyyətləri, dövlət və cəmiyyət amillərini qeyd etmək olar.

Xrono sistem fərd anadan olduğu gündən ömrünün sonuna qədər, ömür boyu yaşadığı bütün dəyişiklikləri özündə ehtiva edir. Tarixi hadisələr, başqa bir yerə köçmək, həyat keçidləri, valideynlərin boşanması və s. kimi amillər bu sistemə daxildir.

U.Bronfenbrennerə görə qeyd olunan bu beş sistem amillərinin hər biri psixi inkişafa təsir edir. Ekoloji modelə görə, böyük və ekoloji amilləri nəzərə almadan psixi inkişaf haqqında dəqiq məlumat almaq mümkün olmazdı.

L.Kolberq psixi inkişafın dövrləşməsinə əxlaqi fikirlərin inkişafına əsasən 6 səviyyəni 2 mərhələ və 3 dərəcəyə ayırmışdır.

I dərəcə (7 yaşa qədər dövr)

- Səviyyə 1. Mərhələ 1. Özünə qarşı fiziki güc tətbiq ediləcəyindən qorxmaq.
- Səviyyə 2. Mərhələ 2. Təmin olunmamaq və aldanmaq qorxusu.

II dərəcə (16 yaşa qədərki dövr)

- Səviyyə 3. Mərhələ 1. Yaxınlarından və dostlarından utanmaq.
- Səviyyə 4. Mərhələ 2. İctimai tənqiddən çəkinmək.

III dərəcə (16 yaşdan yuxarı)

- Səviyyə 5. Mərhələ 1. Öz əxlaqi prinsiplərinin formalaşması və ona uyğunlaşmaq.
- Səviyyə 6. Mərhələ 2. Öz daxili əxlaqi prinsiplərini cəmiyyətin əxlaqi prinsiplərinə uyğunlaşdırmaq.

L.Kolberqə görə insanların böyük əksəriyyəti üçüncü və dördüncü səviyyədədir. Beşinci və altıncı səviyyəyə keçən insanların sayı çox azdır. Hətta altıncı mərhələyə yetişən çox az insan vardır.

A.N.Leontyevin fikrincə, məktəbəqədər və məktəb yaşı dövründə uşağın nitqi daha mürəkkəb qrammatik quruluşu ilə fərqlənir, cümlələrin genişlənməsi, üslub hissənin inkişafı və s. ilə müəyyənləşir [4].

Yetkinlərlə ünsiyyətin qarışıq və mürəkkəb təbiəti uşağın təbiətinə və oyununa ziddir. Şifahi ifadə şəkli, uşağın konkret dünyasından fərqli olaraq simvolik və mücərrəddir. Sviniy demişdir ki,: "Oyun və dil ... tamamilə bir birinə ziddir. Bunlar ifadə üçün əks göstərişlərdir. Oyun zamanı heç bir məhdudiyət yoxdur. Uşaqlar oyun zamanı öz əsərlərini başa düşülmə məcburiyyəti olmadan da yarada bilərlər.

Uşaq psixoterapiyası, terapevtlə uşaq arasındakı şifahi ünsiyyətə əsaslanır. Oyun vasitəsilə düşüncələrini və hisslərini ən təsirli şəkildə ifadə edən uşaqlar inkişaf

ehtiyacları kifayət qədər təmin edilə bilməzlər. Q.Landretə görə oyun, insan orqanizmi tərəfindən inkişaf etdirilən ən mükəmməl özünü ifadə etmə formasıdır . Oyun hər zaman və hər yerdə və bütün mədəniyyətlərdə baş verən uşaqlığın yeganə mərkəzi fəaliyyətidir.

L.S.Vıqotskiyə görə, uşaqlar ətrafındakı uşaqlardan və onların sosial dünyalarından öyrənməyə başlayırlar. Uşaqların qazandıqları bilik, bacarıq və vərdişlərin qaynağı sosial mühitdir [6].

Uşağın inkişafının ilk günlərindən etibarən uşağın fəaliyyətləri sosial davranış sistemi içində özünəməxsus bir yer tutur. Bu fəaliyyətlər dəqiq bir məqsədə istiqamətlənir və uşağın ətrafının yaratdığı prizmadan qırılaq uşağa yansıyır. Yəni, uşaq bir əşyanı qavrayarkən izlədiyi yol, özü ilə əşya arasında qurulan əlaqə deyil. Bu əlaqə başqa bir şəxsin köməyi ilə reallaşır [7].

L.S.Vıqotski uşaqlarda iki inkişaf səviyyəsi olduğunu qeyd edir. Bunlar yaxın inkişaf zonası və aktual inkişaf zonasıdır. Uşaq dili aktiv olaraq istifadə etdiyi zaman gözləri və əlləri ilə olduğu qədər səsli danışaraq da problemi həll edə bilər. Bu vəziyyət, əslində həyat boyu davam edəcək bir təcrübədir.

Aktual inkişaf zonası uşağın müstəqil şəkildə etdiyi tapşırıqlarla xarakterizə olunur. Yaxın inkişaf zonası müstəqil yox, böyüklərin köməyi ilə tapşırıqların yerinə yetirilməsi imkanını xarakterizə edir [2, s. 81].

L.S.Vıqotskinin konsepsiyasında vacib olan mədəniyyətin və tarixin dərk olunması yox, əməliyyatların təşəkkülündə işarələrin önəmli rolunun qeyd olunmasıdır. İşarələr aləmi idrakın düzəlişlər edildiyi əsas vasitədir [5, s. 46].

Psixi inkişafa təsir edən ən əsas amillərdən biri də təlim prosesidir. Təlim prosesi biliklərin müəllim vasitəsi ilə şagirdə ötürülməsi, öyrədilənlə öyrədən arasında qarşılıqlı əlaqələr, təlim prosesi ilə öyrədənə yeni biliklərin, bacarıqların və fəaliyyətlərin ötürülməsini vacib bilir. Təlimin inkişafda olan təsirləri dedikdə, bir-biri ilə sıx qarşılıqlı əlaqədə olan iki müxtəlif hadisələr kateqoriyası anlaşılır, beynin üzvi şəkildə

yetiyməsi, beynin anatomik fizioloji strukturunun formalaşması və lazım olan səviyyədə əqli yetiymə [3, s. 280].

Psixoloqlar vurğulayırlar ki, təlim prosesi inkişafa təkan verməlidir. Şəxsiyyətin inkişafı və təkamülü problemini inkişafetdirici təlim əsas problem kimi xarakterizə edir. Bu problemə münasibət olaraq, tanınmış professor Ə.Əlizadə qeyd edir: "İnkişaf və təlim problemi bu müstəvidə tədqiqat edildikdə, o, mahiyyətə təlim və əqli inkişaf kimi qarşımıza çıxır." [1, s.37].

İnkişaf prosesində yaş xüsusiyyətlərində özünü göstərən dəyişikliklər fərdin şəxsiyyət kimi formalaşması ilə biləvasitə bağlıdır. Yaş mərhələlərində keçid zamanı əvvəlki yaş mərhələsinin xüsusiyyətləri yeniləri ilə əvəz olunur. Uşaqlarda inkişafın hər bir yaş mərhələsində fərqli psixoloji xüsusiyyətlər formalaşır, yeni bilik, bacarıq və vərdislər yaranır. Psixi inkişaf ümumi qanunlara tabedir. Yaşanılan travmalar, hər hansısa həyat hadisələri psixi inkişafa mənfi təsir göstərə bilər. Aşağı yaş dövrlərində uşaqlar daha müdafiəsiz və kövrək olduqları üçün, kənar təsirlərə daha açıq olur və tez zərər görürlər. Bu zaman həmin uşaqlarda psixi inkişafda problemlər ortaya çıxır.

1.2. Psixi inkişaf pozuntuları

Psixi inkişaf pozuntusunun əksi psixi sağlamlıqdır. Psixi pozuntu sağlamlıqdan fərqli olan psixi vəziyyətdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının hesabatına görə dünyada hər dördüncü insan psixi pozuntuya malikdir. Psixoloji pozuntuların diaqnostik və statistik təlimatında (DSM-4) təsnifat sistemində görə, əqli gerilik, oxuma bacarıqlarının pozulması, riyazi qabiliyyətlərin pozuntusu, yazılı ifadə etmə pozuntusu, motor bacarıqların pozulması, şifahi ifadə pozuntusu, fonetik pozuntu, kəkələmə kimi nitq qüsurları, autizm spektr sindromu, rett sindromu, asperger sindromu kimi geniş yayılmış inkişaf pozuntuları, diqqət əksikliyi və hiperaktivlik sindromu, davranış pozuntusu, neqativizm, pika, körpələrdə və balaca uşaqlarda qidalanma pozuntusu, tourette

sindromu, motor və ya vokal tik pozuntusu, keçici tik pozuntusu, enkoprez, enurez kimi ifrazat pozuntuları, ayrılma narahatlıq pozuntusu, seçici danışmama, körpəlik və ya erkən uşaqlıq dövründə bağlanma pozuntuları kimi uşaqlıq və ya yeniyetməliyin digər pozuntuları müşahidə olunur (Amerika Psixiatriya Birliyi).

Narahatlıq pozuntularının görülmə tezliyi 4%-lə 20% arasında dəyişir. Narahatlıq şəxsin gündəlik həyatına pis təsir edən və funksionallığını pozan bir hal olduğunda terapiya zəruri hal alır çünki, ümumi olaraq forması dəyişib və şiddətini artıraraq fərqli şəkildə qarşımıza çıxmaqdadır.

Depressiya şəxsin bütün fəaliyyətlərə qarşı istəyinin azalmasıdır. Yuxululuq halı, motivasiyanın aşağı olmas, melankoliya vəziyyəti, görünüşdə ciddi dəyişiklik (baxımsızlıq) və s. kimi əlamətlər depressiyanın göstəriciləri ola bilər. Psixi pozuntu ilə əlaqəli olaraq edilən ən böyük səhvlərdən biri bu vəziyyətdən utanmaq, daxilə qapanıb müalicə almamaqdan imtina etməkdir. Yetkin insanlar terapiyaya öz arzuları ilə başlayırlar, lakin uşaqlar və yeniyetmələr isə ancaq valideynlərin problemi görməsi və mütəxəssis dəstəyi almağa qərar verməsi ilə başlayırlar. Terapiya müddətində yaxınların, ailənin diqqəti və dəstəyi olduqca əhəmiyyətlidir. Valideynlər həddən artıq tələbkar, mükəmməliyyətçi, uşağın azadlığını məhdudlaşdıran davranışları ilə uşağın narahatlığının daha da artmasına səbəb olurlar. 1990-cı illərdə edilən tədqiqatlarda uşaqlardakı narahatlıq hissinin valideynlərin həddən artıq tələbkar olması ilə əlaqəni araşdırıb, əhəmiyyətli nəticələr əldə etmişdirlər [72].

Psixi pozulmalardan biri də diqqət əksikliyi və hiperaktivlik sindromudur. Şəxsin yaş xüsusiyyətləri nəzərə alındıqda inkişaf xüsusiyyətləri baxımından həddən artıq şəkildə hərəkətliliyi olur. Bu kimi problemə sahib olan insanlar çox danışmaq, impulsivlik, hər şeyə toxunmaq və sırasını gözləyə bilməmə kimi əlamətlərin də olduğu sosial problem yaşayırlar. Kiçik bir daxili ya da xarici qıcıqla diqqətləri tez zamanda dağılır. Diqqətin mərkəzləşməsi və bunun davam etdirilməsində ciddi problemlər yaşayırlar. Görülmə tezliyində cinsiyyət fərqi demək olar ki, yoxdur. Bu vəziyyət yetkin yaşda da davam edir.

Obsessiv fikirlər istənmədən ağıla gələn, məcburi hərəkətlərə (kompulsiyalara) sürükləyən düşüncələrdir (obsessiyalar). Belə bir hal müəyyən bir narahatlığa və gərginliyə səbəb olur. Şəxs bu düşüncələrə əhəmiyyət verməməyə ya da bunları bastırmağa çalışır ya da bunları başqa bir düşüncə və ya fəaliyyət ilə sıxışdırır. Ən ağır halda isə müəyyən məcburi davranışlar (kompulsiyalar) formalaşmağa başlayır ki, bu kimi davranışlar şəxsin digər insanlar ilə münasibətində də gərginlik yaratmış olur (əl yuma, səliqəyə salma və s.).

Obsessiya sözü latıncadan "obsidere" sözündən gəlir. Şəxsin özünü aydın bir düşüncədən xilas edə bilməməsi təmsil edir. Obsesiyalar şəxsin istəmədiyi və şüurlu şəkildə qova bilmədiyi, şəxsdə gərginlik, stres və narahatlığa səbəb olan təkrarlanan fikirlərdir. Kompulsiv sözü isə küncə sıxışmış mənasındakı "compollere" sözündən əmələ gəlməkdədir. Kompulsiyalar şəxsin qatı bir şəkildə uymalı olduğu obsessiyalara qarşı bir reaksiya olaraq etdiyi təkrarlanan rituallardır. Bu rituallar ilə şəxsin zehni narahatlığını azaltmaq üçün təkrarladığı, streslə başa çıxmaq üçün istifadə etdiyi ya da qorxduğu bir vəziyyətdən qaçmaq üçün etdiyi davranışlardır.

Psixi problemlər zamanı davranış daxilə və ya xaricə yönələ bilər. Daxilə yönələn davranış- depressiya, dırnaq yemək, maddə asılılığı, altını islatmaq, qida pozuntuları, ağır günahkarlıq hissi və s. problemlərdir. Xaricə yönələn problemlər isə hiperaktivlik, neqativizm, impulsivlik, tez-tez konflikt yaratmaq və s. özündə ehtiva edir.

1.3. Uşaqlarda psixi inkişaf pozuntuları

Psixi pozuntular daha çox uşaq və yeniyetmələr arasında görünür. Uşaqlarda görünən davranış pozuntularının əsas xüsusiyyətləri sosial dəyərlərə və qaydalara riayət etməməkdir. Belə psixoloji pozuntuya sahib olan uşaqlar çox zaman başqalarına qarşı kobud olar, dava edir, başqalarına ciddi bir şəkildə zərər verə biləcək silah istifadə etməyə meyilli olur, insanlara və heyvanlara qarşı mərhəmətsiz davranar, ətrafına bilərəkdən zərər verir, dəyərli və dəyərsiz əşya oğurlayır və məsuliyyətdən yayınmaq

üçün əsasən yalan danışmağa meyilli olurlar. Davranış pozuntusuna sahib olan uşaqlar 13 yaşından əvvəl başlayaraq ailənin qoyduğu qaydalara qarşı çıxır gecəni evdə keçirmir və evdən qaçmağa cəhd edirlər [16].

Diqqət əksikliyinə sahib uşaqlar diqqətlərini detallara verə bilmir, məktəb dərslərində ya da başqa fəaliyyətlərdə diqqətləri tez yayınır. Onlarla ünsiyyət quranda dinləmirmiş kimi görünürlər. Verilən əmrləri tabe olmur, məktəb dərslərini və digər vəzifələri tamamlaya bilmirlər. Uzun müddətli zəka tələb edən işləri etməkdə çətinlik çəkirlər. Evdə və işdə görəcəkləri işlər və fəaliyyətlər üçün lazım olan vəsaitləri itirməkdə əksərən bu pozuntuya sahib olan uşaqlara xas xüsusiyyətdir.

Psixoloji pozuntuların diaqnostik və statistik təlimatında (DSM-5) verilən tərifə görə, diqqət əksikliyi və hiperaktivlik sindromu şəxsin həyat səviyyəsini aşağı salan, funksionallığına və inkişafına təsir edən diqqətsizlik, impulsivlik və hiperaktivlik olan bir neyroinkişaf pozuntusudur [16].

Diqqət əksikliyi və hiperaktivlik pozuntusu şəxsin yaşı və inkişafına uyğun olmayan, həddən artıq hərəkətlilik, düşünmədən hərəkət etmək, sıra gözləmədə və qaydalara uymaqda çətinlik çəkmək ilə xarakterizə olunan impulsivlik və tez sıxılma, tez-tez xəyallara dalmaq, ətrafdakı qıcıqlara qarşı diqqətin tez dağılması ilə müəyyən olunan diqqət əksikliyindən ibarətdir [12]. Ümumiyyətlə bu əlamətlər birlikdə müşahidə edilir, ancaq bəzən diqqət əksikliyi ön planda ola bilər, bəzi hallarda da hiperaktivlik və impulsivlik ön plana çıxır. Diqqət əksikliyi və hiperaktivlik diaqnozu qoyulan uşaqlar həddən artıq hərəkətli, yerində dayanmayan, hər əşyaya toxunmaq istəyən, digər uşaqlara görə daha çox hərəkətli, çox danışan uşaqlardır. Digərlərinin fəaliyyətini pozar, oyunlarda sıra gözləmədə çətinlik çəkirlər.

Eyni zamanda diqqət əksikliyi və hiperaktivlik diaqnozu qoyulan uşaqlarda əlavə olaraq, ev və məktəb kimi ən vacib inkişaf mühitlərində tez-tez çətinliklər ortaya çıxır. Diqqət əksikliyi və hiperaktivlik sindromu uşaqların ailə və yoldaşları ilə münasibətinə, özünə inamın inkişafını və təhsil fəaliyyətinə, idrak proseslərinin inkişafına və sosial mühitə uyğunlaşmaqlarına neqativ təsir göstərir [12].

Məktəbəqədər dövrdə olan bir uşağın, yaşlılar ilə müqayisədə daha enerjili, hərəkətli olması, ətrafını və yenilikləri kəşf etdikcə sürətli şəkildə bir fəaliyyətdən başqa bir fəaliyyətə keçid etməsi, düşünmədən hərəkət etməsi və s. kimi xüsusiyyətlər norma hesab ediləcək vəziyyətlərdir. Bu səbəblə əsasən təhsil həyatında problemlər və çətinliklər yaşayırlar. Yaşlıları ilə müqayisədə uşağın həddən artıq hərəkətliliyi, diqqətin mərkəzləşmə problemlərinin olması və bu kimi problemlərin ətrafındakı insanlar ilə münasibət qurmasına və oyun oynamasına mane olması diqqət əksikliyi və hiperaktivlik sindromuna aid əlamətlər kimi dəyərləndirilə bilər. Həmçinin uşağın özünə xidmət bacarıqlarının zehni inkişafına uyğun olmaması və bu vəziyyətin sosial, idrak, ailə kimi bir çox mühitdə funksionallığını pozması diqqət edilməli olan məsələlərdir.

Cinsi istismar, DSM-5 də "uşaqlarda cinsi istismar" şəklində ifadə edilmişdir. Uşaqların cinsi istismarı, ana-ata uşağa baxan ya da uşağın məsuliyyətini daşımaqda olan fərqli bir şəxsin, cinsi doymu məqsədi ilə uşağı hər hansı bir cinsi zorakılığa məruz qoyması şəklində açıqlanmışdır. Uşağın cinsi orqanını toxunma, içinə girmə, uşağa güc tətbiq edərək cinsi əlaqə qurma kimi fəaliyyətlər olaraq müəyyənləşdirilmişdir.

Bu mövzuda cinsi münasibət sözü ilə başa salınmaq istəyən də cinsi məzmun daşıyan və gizli tutulmağa çalışan təmaslar olmalıdır. Cinsi istismar uşaq istismarı növləri içində diaqnoz qoyulması ən çətin olandır. Cinsi istismar, ümumilikdə yad adam tərəfindən deyil, ailə içində və uşağın tanıdığı şəxslər tərəfindən reallaşdırılmaqdadır. Ensest evlənmələri əxlaq, hüquq və din qaydaları tərəfindən qadağa edilmiş, yaxın qohum olan qadın və kişinin cinsi münasibətdə olmasıdır.

Ana-ata və qardaş avtoritetinə sahib bir şəxs ilə uşaq və ya yeniyetmə yaşdakı gənc arasındakı hər cür cinsi münasibət ensest münasibət kimi qeyd olunur. Burada vacib olan arada bir qan bağıının olması deyil, uşağın asılı olduğu, uşaq üzərində avtoriteti olan bir şəxsin olmasıdır. Bu mövzuda ata, qardaş, əmi kimi qan bağı olan şəxslər yanında qayın, ögey ata-ana, müəllim, baxıcı, övladlığa götürülmüş olan şəxslərdə daxil edilə bilər.

Tiklər normal davranışı xatırladan istəmsiz səs və hərəkətlərdir. Tək bir tik əsasən 1 saniyədən az çəkir. Tiklər vokal tiklər (səs tikləri) və motor tikləri (hərəkət tikləri) olaraq iki qrupa ayrılır. DSM-5 görə tiklər dörd qrupda araşdırılmışdır. Keçici tik pozuntusu uşaqlıq dövrü ilə tamamlanır və 1 ildən az müddət çəkən tiklərdir. Xroniki tik pozuntusu 1 ildən uzun çəkir və 3 aydan daha tez kəsilmə dönəmi olmur. Toutette sindromu vokal və motor tiklərin eyni şəxsdə, hər gün və bir ildən daha çox görülən bir haldır.

Uşaqlarda görülən depressiya ümumi olaraq yaşlılarda görülən depressiya ilə üst-üstə düşməkdədir. Yaşlılarda görülən depressiya diaqnozunda depressiv görünüş və aşağı əhval-ruhiyyə bəzi uşaqlarda görülə, bəzilərində görünməyə bilər. Depressiyada uşaqların bütün fəaliyyətlərə qarşı istəyi azalır. Həddən artıq yuxu ya da yuxusuzluq depressiyanın digər əlamətlərindəndir. Enerji azlığı, həddən artıq dəyərsizlik duyğusu, konsentrasiyada çətinlik, depressiyada görülən digər vəziyyətdir. Uşaqlarda depressiv görünüş yerinə, asanlıqla hirsələnmək də diaqnozu qoymaq üçün əsas əlamətlərdən ola bilər.

Obsessiv kompulsiv pozuntu şəxsdə yüksək dərəcədə narahatlıq və şübhəyə səbəb olan və şəxsin istəməməsinə rəğmən ağına gəlməsinə maneə ola bilmədiyi düşüncələr (obsesiyalar) ilə bu narahatlığı azaltmaq üçün etdiyi təkrar edən zehni və ya fiziki davranışlardır (kompulsiyalar). Kompulsiyalar şəxsin narahatlığını qısa zamanda azaldır, lakin çox keçmədən yenə stresli vəziyyətə qayıdır. Bu da kompulsiyaların bir döngü kimi davam etməsinə səbəb olur. Çox vaxt uşaqlar sayma, mahnı oxuma, tez-tez əllərini yuma və s. kimi xüsusiyyətlər ortaya çıxma bilər. Belə ki, bu kimi hallar uşaqların davamlı olaraq stressli vəziyyətdə olmasına gətirib çıxara bilər.

Uşaqlarda neqativizm, əsəbilik və aqressivlik kimi xüsusiyyətlər də təzahür edə bilər. Belə ki, aqressivlik çox vaxt uşağın ailə daxilində mənimsəmiş olduğu davranış problemi ola bilər. Fiziki tərbiyə üsulu ilə tərbiyə alan uşaqlar özlərində problemlərini həll etmək üçün aqressiv üsullara əl atırlar.

Rol model olan şəxslər tərəfindən verilən sözlərin tutulmaması da uşaqlarda aqressiya və əsəbiliyə səbəb ola bilər. Belə ki, uşaqlara verilən sözün tutulmadığı zaman onlar qəzəblənirlər. Həm valideyn-uşaq münasibətləri pozulur, həmçinin də uşağın həmyaşıdları ilə münasibətlərində də neqativ hallar təzahür edir.

Valideynlər uşağı nəyəsə məcbur edərsə və ya uşaqla avtoritar üslubda münasiət qurarsa, bu zaman neqativizm təzahür edə bilər. Belə ki, uşaq yaşlılara qarşı çıxmaqla öz “gücünü” göstərmiş, özünü təsdiq etmiş olur. Əsasən davamlı olaraq valideynləri tərəfindən seçim haqqı verilməyən uşaqlarda neqativizm problem özünü göstərir.

Psixi inkişafda mövcud olan problemlər həm yaşlılarda, həm də uşaqlarda özünü göstərə bilər. Lakin psixoanalitik terapiyada görmüş oluruq ki, yaşlılarda mövcud olan psixi problemlərin təməli də uşaq yaş dövrlərinə gəlib çıxır. Uşaq yaşlarında yaşanan hər hansısa travmalar gözdə tutulursa, korreksiya və terapiya işləri aparılmazsa, problemlər növbəti yaş mərhələlərinə ötürülür və zamanla daha da ağırlaşmış olur.

1.4. Uşaq yaş travmaları

Uşaq yaş travmalarına aid ədəbiyyatda çoxlu adlandırma ilə qarşılaşmaq olar. Araşdırılan tədqiqat işlərində ortaq olaraq görünən vəziyyətlər bu şəkildədir: fiziki, emosional və cinsi şiddətin olması və ya önəmsənməmə, ailə içində ayrılıqlar, problemli evliliklər, ailədaxili zorakılıq hadisələri, ailə fərdlərindən birinin vəfat etməsi, təbiət hadisələri və s. Alınan travma sadəcə fizioloji olaraq deyil, emosional olaraq da böyük əhəmiyyət kəsb edir. Uşağın daim sevgidən və qayğıdan məhrum olması, təhdid edilməsi, tez-tez tənqid olunması da travmatik hadisələrdir. Bu kimi vəziyyətlərin uşağın emosional sahəsinə göstərəcəyi neqativ təsirləri görməmək mümkün deyildir. Travmatik təcrübələrin səbəbi olaraq hər nə qədər insan faktoru göz önünə alınsa da, son illər də mədəniyyət, təhsil və inanc kimi anlayışlarında təsiri olduğu görünmüşdür. Daxili

amillər qədər bu kimi xarici amillərin də travmatik təcrübələrin yaşanmasında rolu vardır.

Kiçik yaş dövrlərində yaşanan travmatik təcrübələrin daxili və xarici olmaq üzrə bir çox səbəbləri vardır. Ancaq bu səbəbləri qısaca açıqlamaq lazım olsa, aşağıdakı kimi qeyd etmək olar [11]:

- ailənin maddi sosial-iqtisadi vəziyyəti
- uşaq sayının çox olması səbəbi ilə lazım olan sevgi və dəstəyin uşaqlar arasında düzgün bölünməsi
- ictimai mühitdəki normaların, sistem və inancların təzyiqi
- ailədaxili konflikt, şiddət və münaqişələr
- ailə üzvərində mövcud olan patologiyalar
- ailə üzvlərinin itirilməsi
- valideynlər və ya ailə fərdlərində maddə asılılığı

Ölüm hər bir şəxsə fərqli patoloji təsirlər yaradır. Ölümün reallığını qavraması həm də ölənlə vidalaşmaq üçün uşağın yas mərasiminə qatılması lazımlıdır. Çünki uşaqlar vəziyyətin reallığına inanmaq istəməzlər. Yuxularında ölənlə şəxsi görmələri, şəxs ilə ortaq zaman keçirdikləri yerlərə getmələri, həmişə ölənlə şəxsin adını anmalarının səbəbi ölənlə şəxsin təkrar geri qayıdacağına dair real olmayan düşüncələrdir. “Mən”in inkişaf etdiyi dövrdə olan uşaqlarda yaratdığı təsir isə daha güclüdür. İtki onlar üçün qarışıq bir haldır. Uşaq itirdiyi şəxslər ilə vidalaşmaq ehtiyacı hiss edər. Eyni vəziyyət valideynlərin ayrılması, evi tərk etməsi üçün də keçərlidir.

Travmatik yaşantılara və hadisələrə qarşı verilən reaksiyalar uşaqlar və böyükklər tərəfindən baxıldığında fərqli formalarda üzə çıxdığını görmüş oluruq. Travma sonrası stress pozuntusu simptomları uşaqların yaşlarına görə də fərqliliklər göstərə bilər [10]. Yaşca kiçik uşaqlarda daha böyük uşaqlara nisbətən travma simptomları daha şiddətli şəkildə görülə bilər çünki, böyük uşaqların travmatik hadisə ilə başa çıxma bacarıqları daha yüksəkdir. Aparılan araşdırmalarda uşaqların da travmaya böyükklərə bənzər şəkildə reaksiya verdiyi təsdiqlənmişdir [51].

DSM-4 B meyarı uşaqlarda təkrarlanan oyunlar, travmaya bağlı təkrar davranışlar və ya kompulsiv rituallar şəklində müşahidə edilir. Eyni şəkildə uşaqlar əlamətlərin şiddətini və ya sayını şifahi olaraq bilməyə bilər. Bunun yerinə öz yaşlarına uyğun olaraq, normal fəaliyyətlərə qarşı maraq itkisi, tanımadıqları insanlara qarşı hisslərin ifadəsində azalma kimi simptomlar görülə bilər. Uşaqlarda baş ağrısı və ya mədə ağrısı kimi simptomatik əlamətlər olaraq da təzahür edə bilər.

Travma sonrasında uşaqlarda OKP ortaya çıxma bilər. Uşaqlar ailə və sosial münasibət müddətində problem yaşaya bilərlər, ancaq əsas problemləri məktəbdə yaşayırlar. Diqqət əksikliyi problemi anlamada çətinlik, motivasiya əksikliyi və maraqların itkisinə səbəb ola bilər.

Diaqnostik meyarları qarşılamayan bu tip uşaqlarda əsasən diaqnoz diqqət əksikliyi daha tez qoyulur. Diaqnoz məktəbdəki və evdəki vəziyyəti təhlil edərək qoyulur, çünki ilk vəziyyətdə uşaqda hərəkətilik müşahidə edilməyə bilər. Hiperaktivlik məktəbəqədər yaşlı uşaqlarda daha çox görünür. Hiperaktiv uşaqlar əsasən yerində dayanma bilməz, oturmağa olduq halda oturma bilməz, yerli- yersiz qaçmağa dırmanmağa, çox danışmağa, sakit oyun oynamaqda çətinlik çəkməyə, hər zaman bir şeylərlə məşğul olmağa, sinifində ya da ailədə verilən sualların cavablarını ağızından qaçırmağa, sıra gözləməkdə çətinlik çəkməyə, hadisələrə ya da danışmalara müdaxilə edərkən ortasında kəsərkən və s. kimi davranışlar sərgiləyə bilərlər.

Uşaqlarda psixoloji problemlər, inkişafda ləngimələr və s. əlamətlər travma sonrasında yaranma bilər. Belə ki, ilkin olaraq valideynlər, baxma və məktəb müəllimləri, psixoloqlar və pedaqoqlar problemi görməli və dərhal uşağa lazımı dəstəyi göstərməlidirlər.

II FƏSİL. PSİXOLOGİYADA OYUN TERAPİYASI

2.1. Oyun terapiyası haqqında ümumi məlumat

Uşaqların dünyasında oyun çox əhəmiyyətli bir yerə sahibdir. Yetkin yaşda olanlar əsasən sözlərlə ünsiyyət qura bilir. Uşaqların isə təbii ünsiyyət vasitəsi oyunlar və oyuncaqlardır. Oyun uşaqlar üçün tamamilə instinktivdir, heç bir uşağın oyun oynamaq üçün hazırlığa və ya gərginliyə ehtiyacı yoxdur. Uşaq özünü oyun ilə simvolik bir dildə izah edə bilər. Q.Landret “Oyun terapiyası münasibətinin incəsənəti” (“The Art of Play Therapy Relationship”) kitabında qeyd edir ki, uşağın oyun təcrübəsi, bu təcrübəyə olan reaksiyasını, təcrübə zamanı hiss etdiyi arzularını, istəklərini, həyəcanlarını və özünə münasibətini ortaya çıxarır.

Uşaq yaşadıkları hadisələri oyunlar vasitəsilə dəfələrlə yaşamaqla başa düşməyə və dərk etməyə çalışır. Oyunla uşaq daim özünü keçmişdən bu günə yavaş-yavaş istiqamətləndirir. Bu yolla dünya ilə əlaqəsində edə biləcəyi və etməli olduğu hər bir dəyişiklik səbəbiylə özü üçün yeni bir imic formalaşdırır. Beləliklə, uşaqlar oyun zamanı problemlərini həll etmək üçün oyun materialları və əsasən məişət əşyalarından istifadə edərək qarışıqlıqlarını oyun vasitəsilə göstərməyə cəhdlər edir. Uşağın emosional dünyasında oyunun funksiyası oyunun müalicəvi rolundan istifadəsini izah edir. Özünü sözlə ifadə etmək üçün fiziki inkişafı zəif olan bir uşağın psixoterapiyasında oyun bir müalicə vasitəsidir.

Uşaq psixoterapiyasında oyunun istifadəsi, uşaq psixoterapiyasının başlanğıcı ilə eyni vaxtda olur. Uşaqlar haqqında ilk psixoloji məqalə 1909-cu ildə Z.Freyd tərəfindən nəşr edilmiş uşağın fobiyasını təsvir edən “Kiçik Hans” (“Little Hans”) məqaləsidir. Bu məqalə ilə, uşaqların yaşadıkları psixoloji problemlərin emosional səbəblərə söykənməsi ilk dəfə aşkar edilmişdir. Çünki XX əsrin sonlarına qədər peşəkarların uşaqlıqdakı psixoloji pozuntuları uşağın təhsil və tərbiyəsindəki qüsurlarla əlaqəli olduğu bildirilirdi.

1900-cü illərdə Z.Freydin kiçik Hans ilə apardığı təhlillərin rəhbərliyi altında uşaqlara psixoloji dəstək verilməsinin zəruriliyi anlaşılmağa başlanmışdı. Freydə görə uşaqlar oyun zamanı yaşadıklarını dəfələrlə yaşayaraq təcrübələrini nəzarətdə saxlayırlar. Bu şəkildə mənfi emosiyalarını idarə etməyi öyrənirlər. İstəklərini və aqressiv davranışlarını da düşünmədən oyun vasitəsilə ətrafa yayırlar [23].

Melani Klayn psixoanalitik sinfindən olan uşaqlarla işləməyə davam edən və müalicəni oyun sırasına daxil edən şəxsdir. M.Klein düşünür ki, terapevtik oyun şüursuz motivləri və istəkləri şüurlu hala gətirə və uşağın yaşadığı qarışıqlığı dərk etməsini həyata keçirə bilər [23].

Anna Freyd isə uşağın oyundan istifadə edərək müsbət və mənfi məlumatları terapevtə ötürməsini və valideynləri ilə olan əlaqəsinin, bağlılığının bu şəkildə şərh edilə biləcəyi fikrini irəli sürmüşdür [23].

Virjina Akslayn isə Karl Rocersin təmsil etdiyi "Müştəri mərkəzli humanist terapiya" yanaşmasını əsas alaraq uşaqlarla birlikdə "Uşaq mərkəzli oyun terapiyası" metodunu irəli sürmüşdür. Bu cür yanaşmada oyun və oyuncaq seçimi tamamilə uşağın istəyi ilə bağlıdır. Yəni uşaq oyuncaq seçimində azaddır. Uşaqların müalicəvi potensialının öz daxili aləmlərində bir qabiliyyət olduğu düşünülür. Buna görə də terapevt uşağın daxilindəki potensialı ortaya çıxarmağa çalışır, qeyri-şərtsiz qəbul edir, uşağın bacarıqlarını dəstəkləyir və ona güvənir [23].

Nortonun oyun terapiyası aşağıdakı problemləri olan uşaqlarla işləmək üçündür [59, s.143]:

- Övladlığa götürülmüş və ya himayədar ailədə qalan uşaqların bağlanma və uyğunlaşma problemlərində
- Travmatik həyatı olan uşaqlar (zorakılıq, şiddət, təhqir, qəza və s.)
- Davranış problemi olan uşaqlarda
- Aqressiya problemi olan uşaqlarda

R.Diqton oyun terapiyası üçün əsasən aşağıdakı üç yanaşmanı açıqlayır [43]:

- İstiqamətləndirici olmayan oyun terapiyası. Bu oyun terapiyası metodunda terapevt terapiya gündəliyini, vaxtdan necə istifadə etməyi və müalicənin fokus məsələlərini uşağın öz öhdəliyinə buraxır. Uşaq öz gündəmini təyin edir və müalicəyə rəhbərlik edir. Bu üsul uşaq mərkəzli terapiya əsasında hazırlanmış yanaşmadır. Psixoanalizdə, K.Yunqun analitik oyun terapiyası, K.Rocersin müştəri mərkəzli terapiyası, V.Akslaynın uşaq mərkəzli oyun terapiyası və təcrübəli oyun terapiyası metodları bu yanaşma çərçivəsinə daxildir. Bu istiqamətdə çalışan terapevtlər, uşağın öz daxili motivasiyasına və şəfa tapma gücünə inanırlar.

- İstiqamətləndirici Oyun Terapiyası. Bu terapiya metodunda lider terapiyanı idarə edən terapevtdir. Terapevt özü gündəliyini təyin edir, zamanın necə bölünməsinə və müalicənin necə irəliləyəcəyini planlaşdırmış olur. Bu istiqamətdə çalışmaq terapevt üçün vaxt qazandırır. Terapevt tərəfindən hər həftə hansı oyuncaq və materialdan istifadə ediləcəyi müəyyən edilərkən, uşağın mövcud problemləri birbaşa həll olunur. Bu uşağın müdafiə mexanizmlərini işlək bir vəziyyətdə olmasını məcbur edir və dəyişiklik üçün əhəmiyyətli bir müalicə mühiti yaradır.

- İkili yanaşma. Bu oyun terapiya metodunda terapevt həm istiqamətləndirici, həm də istiqamətləndirici olmayan oyun terapiyası metodlarından olan müəyyən xüsusiyyətləri müəyyən edir. Uşaq və terapevt birlikdə gündəliklərini təyin edir və müalicəni birlikdə idarə etməyə çalışırlar. Bu formada yanaşmaya nümunə olaraq aşağıdakı adları sadalanan terapiya üsullarını vurğulamaq olar:

- Nağıl terapiyası
- Ailə terapiyası
- Sənət terapiyası

Oyunun ən vacib obyektlərindən biri oyuncaqdır. Oyun terapiyası otağında mütəxəssisin istiqamət və ehtiyaclarına görə bir çox oyuncaqlar olur. İstiqamətləndirici olmayan oyun terapiyasının nümayəndəsi V.Akslayn oyun otağındakı oyuncaqların uşaqların özlərinə ziyan verməyəcək, heç bir təhlükəsi olmayan oyuncaqlar olması lazım olduğunu bildirmişdir. Bununla bərabər, oyuncaqların uşaqların təxəyyülünü

dəstəkləyəcək şəkildə seçilməli olduğunu, emosiyalarını və narahatlıqlarını göstərə biləcəyini nəzərə çatdırmışdır [35, s. 234].

V.Akslayna görə oyun otağında vacib lazım olan oyuncaqlar aşağıdakı kimi sıralanmışdır:

- Gəlinciklər, körpə şüşəsi, yumşaq oyuncaqlar
- Gəlincik evi, ailə və ev içində zərif ev fiqurları
- Oyuncaq əsgərləri və döyüş oyuncaqları
- Oyuncaq heyvanlar
- Müasir qəhrəmanlar, maskalar
- Mum boyalar, gil, barmaq boyası, oyun plastilinləri
- Qum, su, ləyən, qum torbası
- Oyuncaq silahlar
- İncəsənət ləvazimatları, karandaş cütləri, flomasterlər, kağız, lent, kəsməyən qayçı, rəsm kağızı
- İki ədəd oyuncaq telefon
- Bloklar və digər tikinti materialları
- Həkim, polis, əsgər, tibb bacısı, müəllim kimi peşə obyektləri
- Təmir alətləri
- Oyuncaq şişmə adam və ya qum torbası [35, s. 98].

Kotman isə müalicəvi olaraq istifadə edilən müxtəlif oyuncaqları aşağıdakı kimitəsnif etmişdir:

- Ailə/qulluq oyuncaqları: Terapevtin uşağın ailə münasibətlərini, ailədəki davranışlarını və özünə dəyərini müşahidə etməsinə kömək edir.
- Aqressiv oyuncaqlar: Uşaqlara qəzəb və təcavüz hissələrini idarə olunan bir mühitdə ifadə etməyə imkan verir.
- İfadəli oyuncaqlar: uşaqların duyğu hissi və düşüncələrini təhlükəsiz bir mühitdə ifadə etmələrini və problem həll etmə qabiliyyətlərini kəşf etmələrini təmin edən materiallar.

- Təqlid/fantaziya oyuncaqları: Uşaqların hər hansı bir hərəkəti təqlid etmələrinə və öz fantaziyalıdan istifadə edərək əks etdirdiyi davranışları sınımalarını təmin edən materiallardır.
- Qorxulu oyuncaqlar: Şüursuz və şüuraltı qorxularını tanımlarını və təhlükəsiz şəkildə ortaya qoymalarını təmin edən materiallardır [50, s. 98].

Oyun terapiyası nəzəriyyələrində oyuncaqlar simvolik (müəyyən bir fikrin üstüörtülü şəkildə ifadə olunması) və məcazi (fikrin sonradan qazanılan mənası) mənalarla malikdir. Bu mənalar hər bir nəzəriyyəyə görə dəyişə bilər. Bununla birlikdə təcrübəli oyun terapiyası nəzəriyyəsinin nümayəndəsi B.Norton bu mənaların qəti bir şey ifadə etmədiyini və oyuncaqların simvolik mənaları ilə bağlı ədəbiyyatın çox diqqətlə araşdırılmalı olduğunu nəzərə çatdırmışdır [59, s. 132].

2.2. Oyun terapiyasında nəzəri yanaşmalar

Uşağın oyunları, yaşadığı emosional və davranış problemlərinin arxasındakı psixoloji ziddiyyətlərin simvolik əks olunması olaraq qəbul edilmişdir. Uşaqlar yaşadıkları bəzi problemlərə görə terapiyaya gətirilsə də, psixodinamik məktəblər, bu görünən simptomlar yerinə uşağın intellektual, emosional və əlaqəli dinamikasına diqqət yetirərək simptomlara səbəb olan əsas problemin həllinə diqqət yetirirlər. Psixanalitik, Yunqun analitik və Adlerin oyun terapiyası yanaşmaları psixodinamik yanaşmaya daxildir. Yeniyetmə şəxslər üçün xəyalların terapevtik istifadəsinə cavab olaraq, psixanalitiklər oyunu uşağın şüursuz vəziyyətinə aparan bir yol olaraq qəbul edir və psixoterapiya prosesində təsirli şəkildə istifadə etdilər. Freyd, "hər bir uşaq oyunda yaradıcı bir yazıçı kimi çıxış edir, oyunda özünəməxsus bir dünya yaradır və dünyasını özünə uyğun yeni bir şəkildə düzəldir" demişdir. Eyni zamanda, uşaqlarda nevroloji problemlərin müalicəsində oyundan səmərəli istifadə edilmişdir.

Bununla birlikdə, psixodinamik yanaşmanın mənfi cəhətlərindən biri də subyektiv mühakiməyə birbaşa etibar etməkdir. Hər hansı bir oyunun məzmunu və ya uşağın

sözləri və davranışları mütəxəssislər tərəfindən fərqli şərh edilməyə çox açıq olduğu üçün bunun müalicəsinin etibarlılığına təsir edə biləcəyi nəzərə alınmalıdır. Yunqun analitik oyun terapiyasının əsas fəlsəfəsinə görə, uşaqlar inkişaf etdikləri dövrdə başqalarının inanclarını özündə canlandırırlar və ya başqalarının dəyərlərinə və hisslərinə möhkəm bağlı olaraq (identifikasiya) əsas diqqət aldıkları insanların hissləri, düşüncələri və dəyərləri ilə əlaqəli disfunksiya və ya travma alırlar. Buna görə də Yunqun oyun terapiyasının əsas məqsədi uşağa təhlükəsiz və əhatəli bir mühit təmin etməkdir. Beləliklə, bütövlüyə aparan və şəxsin daxilindəki ziddiyyətlərin balanslaşdırılmış şəkildə uzlaşdığı sağlam şəxsi inkişafın (fərdiləşmənin) baş verdiyini iddia edirlər.

Humanist yanaşmalara “Filial”, “Təcrübəli (Experiential)”, “Geştalt” və “Uşaq mərkəzli” oyun terapiyaları daxildir. Ailə terapiyasının bir növü olaraq qəbul edilən Filial oyun terapiyasının əsas məqsədlərindən biri də oyun gücü ilə valideyn-uşaq münasibətlərini gücləndirməkdir. Buna görə də, digər oyun terapiyası modellərindən fərqli olaraq, valideyn terapiyada tam iştirak edir və bərpa prosesinin bir hissəsi olur. Valideynlər, terapevtlər tərəfindən uşaqları ilə 10-20 həftə arasında keçirilən oyun terapiyasına hazırlıq üçün təlim keçirlər. Bu oyun terapiyası yanaşmasında, oyunun gücü ilə ailə münasibətləri güclənir, problem həll etmə bacarıqları inkişaf edir və gələcəyə daha müsbət bir baxış qazanırlar.

“Təcrübəli” oyun terapiyasında müalicənin baş verməsi üçün müştəri ilə terapevt arasında etibarlı və dərin bir əlaqə vacibdir. Dərslərdə problemlərini necə həll etməyi bilən uşaqdır, buna görə də terapevt müştəriyə oyunlarda yol göstərmir. Fantaziya oyunlarında məcazi elementlərdən istifadə edərək narahatlıqlarını və qorxularını ortaya qoyurlar. Bu səbəbdən uşağın istifadə etdiyi metaforların terapevt tərəfindən başa düşülməsi və şərh edilməsi çox vacibdir [23].

“Təcrübəli” oyun terapiyası, uşaqların dünyanı başa düşmələrinin zehni səviyyədə olmadığını düşünən Buron Norton və Karol Krovel tərəfindən hazırlanmışdır, lakin onlar üçün ən əsas şeyin təcrübə ilə kəşf edilməsidir. Uşaqlar qorxuları və narahatlıq dolu

hissləri haqqında tam düşünə bilmirlər, çünki dil və idrak bacarıqları hələ kifayət qədər inkişaf etməyib, əksinə fərqli davranışlar və hərəkətlər nümayiş etdirərək uyğun mühitlərdə hiss etdiklərini yaşayırlar.

İnkişaf etməkdə olan modellər arasında, bağlanmaya əsaslanan (Theraplay), həll yönümlü, koqnitiv-davranış və holistik oyun terapiyası məktəbləri vardır. Bağlanmaya əsaslanan oyun terapiyası (Theraplay), ilk növbədə valideyn və uşaq arasındakı əlaqəni gücləndirən və özünə hörmət və özünə inamı artırmağı hədəfləyən idarə olunan bir oyun terapiyası məktəbidir. Valideyn-uşaq münasibətlərinə birbaşa diqqət yetirən Bu terapiya, əsasən beyin inkişafının insanın bütün gələcək duyğu və davranışlarına təsirini araşdıran bağlılıq nəzəriyyəsinə əsaslanır. Terapevt ana ilə uşaq arasındakı əlaqəni təşkil edən, mühiti hazırlayan və onlara istiqamət verən, yəni valideynlə uşaq arasında spontan, əyləncəli və interaktiv oyunu dəstəkləyən şəxsdir.

Həll yönümlü oyun terapiyasının digər terapiya növlərindən fərqi, uşaqla terapevt arasındakı dialoqda oyun və dilin eyni vaxtda istifadə edilməsidir. Bu nəzəri əsasa görə, problemin həlli uşağın öz daxili dünyasında mövcuddur. Həll yönümlü oyun terapiyasında müalicəvi prosesin sağlam gedişi üçün lazım olan məqsədləri dəqiq təyin etmək, müalicənin əsasını təşkil edir.

Bununla birlikdə, gənc uşaqlara koqnitiv terapiya tətbiqinin çətinliyi nəticəsində Suzan Nel, uşaqların inkişaf səviyyələrinə uyğun olan elmi davranışa əsaslanan oyun terapiyası hazırladı və bu mövzuda bir çox tədqiqatlara istiqamət vermişdir. Digər metodlardan fərqli olaraq, oyun daha çox təhsil vasitəsi olaraq istifadə olunsa da, terapiyanın məqsədləri uşağın probleminə uyğun olaraq fərdi şəkildə təyin edilir və terapevt tərəfindən müvafiq müdaxilələr edilir.

Holistik oyun terapiyası, digər terapiya metodlarından fərqli olaraq, tək bir nəzəriyyəni öz mərkəzinə cəmləmir və eklektik perspektivli uşaqları sağaltmağı hədəfləyir. Bu geniş terapiya metodu müxtəlif nəzəriyyələri, texnikaları və müdaxilələri özündə birləşdirir. Uşaqlarda və yeniyetmələrdə psixoloji problemlər çoxölçümlü, mürəkkəb və bir çox fərqli səbəbdən asılı olduğu üçün tək bir nəzəriyyədən keçməyin

uyğun olmadığı düşünülür və fərqli məktəblər birləşdirilərək vahid bir oyun terapiyası yanaşması hazırlanmışdır.

2.3. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası

Uşaq mərkəzli oyun terapiyası (UMOT), 1951-ci ildə Karl Rocers tərəfindən irəli sürülmüş fərdi mərkəzli nəzəriyyənin əsas prinsipinə əsaslanaraq qurulmuşdur. Rocersin tələbəsi və həmkarı Virjina Akslayn tərəfindən daha da inkişaf etdirilmişdir. V.Akslayn təməlini qoyduğu UMOT, Qari Landret ilə birlikdə daha sistemli və funksional bir quruluş halına gəlmişdir. Bu yanaşmanın mərkəzində uşağın bir şəxsiyyət olduğuna və onun müalicəsinin mərkəzi olduğuna inam üstünlük təşkil edir. UMOT-da, uşaqla birlikdə olma anı, müştəri mərkəzli müalicəyə bənzər, xüsusi bir praktiki vəziyyət olmadan qəbul edilir.

V.Akslayn terapiyasında ən əsas məqsəd, uşağı dəyişdirmək və ya idarə etmək deyil, uşağın öz davranışlarının fərqiində olmasını təmin etmək və özünü idarə etməyə icazə vermək olduğu vurğulanır. Terapiyada vacib olan, müştəri ilə terapevt arasında qurulan sağlam bir əlaqədir, bu əlaqə sayəsində terapevt uşaqla birlikdə dəyişmə müddətini tamamlamış olur. Dəyişiklik üçün əsas, uşağın terapevt biliklərindən çox, özünün daxili vəziyyəti və əhvalı haqqında bilməsidir.

UMOT 2-10 yaş arasındakı uşaqlara daha çox tətbiq edilir. UMOT-da problem yerinə uşaq, keçmiş əvəzinə indiki, düşüncələr və hərəkətlər yerinə emosiyalar, izah yerinə başa düşmə, düzəltmək yerinə qəbul etmək önəmlidir. Uşağın terapevt əmrləri verməkdənsə, müalicə prosesini idarə etməsi vacibdir. Dəyişiklik üçün əsas terapevtin bilikli olması deyil, uşağın daxili qaynaqları və müdrikliyidir.

Təcrübəli oyun terapiyası və uşaq mərkəzli oyun terapiyası, müalicəvi əlaqənin müalicə etmə gücünə inanmaq və uşağı yönləndirməmək prinsiplərinə bənzəyir. İki metodu fərqləndirən iki əsas element var: terapevtin rolu və məcazi şərh. Təcrübəli oyun terapiyasının, terapevti, uşağın qurduğu oyunların və müalicə seanslarında istifadə etdiyi

materialların və oyuncaqların məcazi mənalarına üstünlük verir və onlara əməl edir eyni zamanda bunları lazım olduqda uşağın diaqnozu və müalicəsi üçün bir məlumat mənbəyi hesab edir.

UMOT terapevti yalnız uşaqla əlaqəyə diqqət yetirir və məcazi şərhə ehtiyac duymur. UMOT-da terapevt şifahi rəy və düşüncələr verməklə uşağın təcrübəsini gücləndirir. Digər tərəfdən, Təcrübəli oyun terapiyasında terapevt məzmunu şifahi rəydən istifadə edərək çatdırmaq əvəzinə uşağın oyununu daha çox uşaqla birlikdə sınaqdan keçirir.

Oyun, uşağın həmyaşıdları və böyüklər ilə dialoq zamanı istifadə etdiyi təbii ünsiyyət vasitəsidir. Yeniyetmələr üçün danışmaq nə qədər vacibdirsə oyun da uşaqlar üçün o qədər əhəmiyyətlidir, çünki oyun uşağın dilidir. Uşaqlar oyun materiallarından istifadə edərək özlərini çox yaxşı ifadə edə bilirlər [53]. Bu çərçivədə oyun uşağın dilidir, oyuncaqlar isə onun sözləridir. Bütün bu səbəblərdən, uşağın təbii ünsiyyət yolu olan oyunun bərpa prosesində istifadə edilməsi çox təsirli və vacibdir. Oyun Terapiyası, uşaqların psixoloji və davranış çətinliklərinin öhdəsindən gəlmələri üçün oyuna yönəlmiş bir üsuldur. Uşağın özünü sözlə ifadə etməsinə ehtiyac yoxdur, daxili dünyasını oyunlar və oyuncaqlar vasitəsilə asanlıqla əks etdirə bilir. Bu terapiya üsulu, terapevtə uşağın terapiyada oynadığı təcrübəni anlamağa və bəzən bu təcrübəyə girməyə imkan verir.

1947 -ci ildə V.Akslayn, oyun terapiyası prosesində dəyişikliyi dəstəkləyən və uşaq ilə terapevt arasındakı əlaqəni və rollarının xarakterini təyin edən 8 əsas prinsipi ortaya qoymuşdur:

- Terapevt uşaqla mümkün qədər yaxın və səmimi bir əlaqə qurur.
- Terapevt uşağı qeyri-şərtsiz olduğu kimi qəbul edir.
- Terapevt uşağa azadlıq hissi verir ki, hissələrini rahat şəkildə göstərə bilsin.
- Terapevt, hissələrini ona əks etdirməklə uşağın daxili düşünməsinə kömək edir.
- Terapevt, uşağın problemi həll edilmə qabiliyyətinə hörmətlə yanaşaraq uşağın seçimlərinə hörmət edir.

- Terapevt uşağın davranışını və danışmasını ona yönəltmədən izləyir.
- Terapevt müalicəyə tələsmir, oyunun proses olduğunu bilir və hər zaman prosesə güvənir.
- Uşağın şəxsiyyətinin inkişafına və gündəlik həyatına kömək edəcək, həm də məsuliyyətlərini dərk etmələrinə kömək edəcək terapevtik sərhədlər yaradır.

Uşaq mərkəzli oyun terapiyası Q.Landret tərəfindən konseptual olaraq hazırlanan və V.Akslaynın UMOT-da aydın şəkildə müəyyən edilmiş qaydalara əsaslanan bir müalicə metodudur. Uşağın terapiyaya gəlməsinə səbəb olan problemlərə deyil, hər zaman terapevtlə uşaq arasındakı əlaqənin əhəmiyyətinə diqqət yetirilir.

Şəfa tapma, terapevt tərəfindən diqqətlə hazırlanmış bir oyun terapiya otağında oyuncaqlar vasitəsilə baş verir. Əsas məhdudiyyətlər xaricində, uşaq öz qərarlarını verən və istədiyi kimi oynamaq hüququna malik olan uşaq oyun otağında tamamilə sərbəstdir. O, heç vaxt terapevt tərəfindən idarə oluna bilməz, çünki uşağın öz probleminin mütəxəssisi elə özü olduğuna inanılır və daxili dünyasına etibar edilir. Bu terapiya metodunun mərkəzi uşağın problemləri deyil, öz mənlisi, duyğuları və qeyri-şərtsiz qəbul edilməsidir.

Hisslərini yaşlı insanlarda olduğu kimi asanlıqla göstərə bilməyən uşaqlar oyun terapiyası ilə özlərini ifadə etməyi öyrənirlər. Gündəlik həyatda problemləri olan və duyğularını asanlıqla göstərə bilməyən uşaqlar oyun terapiyası ilə yaşadıkları problemlərin öhdəsindən gəlməyi öyrənirlər və mənfə davranışlarını dəyişə bilirlər.

Bu mərhələdə məqsəd uşağa özünü yaxşı hiss etdirməsini təmin etmək və psixoloji problemlərin aradan qalxmasına kömək etməkdir. Bir neçə fərqli üsulla tətbiq olunan oyun terapiyası seanslarına ailələrin də qoşulduğu terapiyalar vardır. Oyun terapevti mütəxəssislərinin istifadə etdiyi üsullar adətən daha peşəkar səviyyədə olur. Terapevt uşaqla terapevtik əlaqələr quran məqsədyönlü araşdırmalarla onun üçün uyğun oyun sahəsi hazırlayır. Bu yanaşmada məqsəd uşağı öz davranışlarının fərqiində olmasını təmin etmək və özünü idarə etməsinə imkan yaratmaqdır.

Oyun terapiyası təcrübələrinin başlanmasından günümüzə qədər oyuncaqlar terapiyada fəal şəkildə istifadə olunur. Oyun otağında fərqli oyuncaqların və oyun materiallarının olması uşağın oyununun fərqlənməsinə kömək edəcəyi və bu şəkildə bəzi sıxşdırılmış duyğularını ortaya çıxarmağı asanlaşdıracağı düşünülür. Oyun otağı yalnız uşağın əyləncəli və yaxşı vaxt keçirəcəyi bir yer olmadığı üçün seçilmiş oyuncaqlar təsadüfi seçilməməli və müalicəvi bir məqsəd üçün seçilməlidir. Seçilən oyuncaqların uşağın problemlərini əks etdirən, simvolik ifadə üçün uyğun olan, özünə nəzarəti ələ almasına, məyusluq hissini yaşamamasına və daxili dünyasını rahat şəkildə ifadə etməsinə kömək edən oyuncaqlar olduğuna diqqət yetirilməlidir. Bundan əlavə, oyuncaqlar sadədir; Qeyd etmək lazımdır ki, asanlıqla qırılmayan, çox səs çıxarmayan və səs çıxarmayan strukturlaşdırılmamış oyuncaqlar var, mexaniki oyuncaqlar, kompüter oyunları, elektron mallar, oyun otağında batareyalı və ya batareyası olmayan oyuncaqlar uşaqların sağlamlığı üçün riskli ola bilər.

Oyun otağındakı əşyalar terapevtin institusionallığına görə fərqli olsa da, direktiv olmayan oyun terapiyasına görə oyun otağında olan oyuncaqlar aşağıdakı kimidir [14]:

- Oyuncaq robotları, əsgərlər və əsgər əşyaları
- Dinozavrlar, qabatirli irioyuncaq heyvanlar
- Plastik mətbəx qabları
- Oyun evi və ev əşyaları, masalar, stullar, uşaq yataqları, sobalar, yemək qabları
- Uşaq paltarları, paltar asılqanı və paltar xətti, paltar səbəti, parça kuklalar
- Qələmlər, gil torpaq, dırnaq boyası, plastilin
- Qum, su, ləyən, qum hovuzu
- Kağız və ya yumşaq materiallı kukla
- Oyuncaq vasitələri, avtomobillər, yük maşınları, təyyarələr
- Sənət əşyaları, boyama qələm dəsti, fırçalı qələm dəsti, karandaş kağız, lent, küt qayçı
- Ən azı iki oyuncaq mobil telefon

Uşaqların inkişafı üçün oyun vacib bir vasitədir. Oyun terapiyası üçün ən vacib amillər uşağın inkişafı və inkişaf mərhələsindəki ehtiyaqlarıdır. Oyun terapiyasında uşaq sosial davranış qaydalarını inkişaf etdirəcək, keçmişdə qazanılmış təcrübələrini əks etdirəcək, enerjisini sərf edəcək, hiss və düşüncələrini əks etdirmək imkanı əldə edir [45]. Bu bölmədə travması olan uşaqlarda uşaq mərkəzli oyun terapiyasının səmərəliliyinə dair sahə araşdırmaları daxil edilir. Uşaq mərkəzli terapiyanın emosional stresin azaldılmasında təsiri özününün duyğu və davranışının fərqiində olmağı ilə izah edilə bilər.

Uşaq müalicə zamanı keçmiş travmatik təcrübələrini terapiya otağına aparır və yenidən yaşayır. Uşaq mərkəzli oyun terapiyalarında digər oyun terapiyalarından fərqli olaraq, uşağın terapiya mərkəzinə yönləndirilməsinin müalicəvi rolu olduğu düşünülür.

K.Rocers tədqiqatlarına bənzər şəkildə patologiyaların müalicəsində və terapevtik əməkdaşlığın formalaşmasında ilk addım olan qarşılıqlı etibar uşaq mərkəzli oyun terapiyalarında daha aydın şəkildə görünür. Bu da uşağın patoloji əlamətlərinin azalmasının əsas amillərindən biri olaraq göstərilir.

C.Qerman və N.Vebi uşaqların travmatik təcrübələrini birləşdirməyi və travmalarını həll etmələrini təklif edirdi. Oyun terapiyası uşaqların travmatik təcrübələrini şifahi olmayan şəkildə ötürdükləri bir vasitə kimi ortaya çıxır. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası ilə uşağı mərkəzə yönəltmək, bu elementləri izləmək müalicədə böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Krane təcrübəsində uşaq mərkəzli oyun terapiyasını A.Maslovun “Tələbatların piramidası”na uyğunluğu ilə izah edir. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası tərkibinə görə A.Maslovun qeyd etdiyi kimi uşaqların ehtiyaqlarını qarşılamaına və bu nöqtəyə-nəzərdən terapiyanın müalicəvi roluna kömək edir.

Posttravmatik stress pozuntusu olan uşaqlarda uşaq mərkəzli oyun terapiyasının effektivliyini terapevtin emosional hazırlıqlı olmasının rolu ilə izah edilir. Terapevtlər seansa travmatik təcrübələr gətirən uşaqların hissələrini, düşüncələrini və davranışlarını müşahidə edirlər. Bu nöqtələrdəki şərhləri və dəstəkləyici çıxışları uşaqların emosional

sferalarını və idrak proseslərini yenidən təşkil etməkdə faydalı olacaq və terapiyanın müalicəvi roluna kömək edəcəkdir.

Baqeri tədqiqatında uşaq mərkəzli oyun terapiyasının küçə uşaqları üzərində təsirini araşdırmışdır. Çox sayda travmatik təcrübəsi olan uşaqlara edilən müalicələrdən sonra özünə hörmətin, özünə inamın artması, mənfi düşüncələrin, mənfi emosiyaların, aqressiv davranışın və stressin azaldığı müşahidə edilmişdir.

Şen tərəfindən aparılan bir tədqiqat işində baş vermiş təbii fəlakət (zəlzələ) nəticəsində həyatda sağ qalan Çinli uşaqların təcrübəsi ilə edilən müalicələr nəticəsində uşaqlarda stress, depressiya və uyğunlaşmada çətinlik çəkmə kimi yaranan simptomların aradan qalxdığı müşahidə edilmişdir.

Uşaq mərkəzli oyun terapiyası travmatik uşağa təhlükə hiss etmədən çətin düşüncələr, hisslər və davranışlar göstərməsinə imkan verir. Terapevt müxtəlif oyunları sınaqdan keçirir. Bu sınaqların uşağın həmin oyunlara qarşı verdiyi reaksiyasını qiymətləndirir. Sonrakı seanslarda uşaq xatirələrini, xəyallarını xatırlayır və onlar haqqında öz düşüncələrini terapevtlə bölüşə bilər. Bu səbəbdən uşaq mərkəzli oyun terapiyası uşağa özünü kəşf etmək və özünü tanıma imkanı verir. Bu üsullar zədələnmiş mənəviyyatını düzəldərək uşağın özünə inamı artırılır.

2.4. Uşaq mərkəzli oyun terapiyasının elementləri

Müalicəyə gətirilən uşaqlar ümumiyyətlə valideynləri və ya ətrafdakı insanlar tərəfindən problemlə uşaq kimi göstərilə bilər. Yarımçıq və ya səhv tərbiyə, həyat şəraiti, çətin təcrübələr və bəzi bioloji səbəblər onlarda görünən emosional və davranış problemlərinə səbəb olur. Terapiyada aldıkları sevgi, qeyri-şərtsiz qəbul edilmə, empatiya və etibarlı əlaqələr, onları bu vəziyyətdən çıxararaq sağlam fərd olmalarına kömək edir. Daxili problemlərini çox vaxt ifadə edə bilməyən uşaqlarda aqressiv davranışlar meydana çıxır. Belə problemin həllində çətinlik çəkən uşaqlar da bu vəziyyətdən getdikcə daha çox narahat olurlar. Uşaqların davranış problemləri və daxili

dünyalardakı gərginliklər, konstruktiv və sağlam bir şəkildə pozitiv istiqamətləndirilərsə, öz müalicəvi qabiliyyətlərini ortaya çıxarmaq şansına sahib olurlar. Oyunun müalicəvi təsirinə, müalicəvi əlaqəsinə, uşağın keçmiş və indiki həyat təcrübələrinə əsaslanaraq problemlərini yeni bir baxışla həll edirlər [18].

Terapevt

Tətbiq olunan oyun terapiyası hazırlıqlarından asılı olaraq, seanslar zamanı terapevtin duruşu və münasibəti fərqli ola bilər, lakin oyun terapiyası otağında olan terapevt yalnız oyun terapevidir, müəllim və ya valideyn deyil. Terapevt oyun terapiyalarında terapevtik seansa və uşağa rəhbərlik edir və müştərinin probleminə uyğunlaşaraq ən uyğun müalicə prosesini izləməyə çalışır. Digər tərəfdən, uşaq mərkəzli oyun terapiyasında terapevt passiv deyil, ancaq sözün əsl mənasında emosional düşüncələr və elmi müdaxilələri ilə birlikdə uşağın özünün yaratdığı yaxşılaşma prosesini müşayiət edir. Terapevt uşağın oyunlarına və davranışlarına mümkün qədər həssasdır, icazə verdiyi qədər aktiv və istədiyi qədər yaxındır. Uşağın davranışlarını və oyunlarını düzgün qiymətləndirmək və qeyri-şərtsiz qəbul etmək terapevtin ən vacib funksiyalarından biridir. Oyun otağında olan hər şey uşağın məxfiliyi sayılır və məxfilik siyasətinə uyğun olaraq valideyn və ya müəllimin bilməli olduğu vacib hadisələr istisna olmaqla hər şey oyun otağında qalır [31, 46].

Oyun otağı və oyuncaqlar

Fərqli oyun terapiyası məktəblərində, terapevtlər öz ehtiyaclarına uyğun olaraq müxtəlif üslublu oyun otaqlarından istifadə edirlər. Seanslar, oyuncaqları kiçik bir çantaya qoyaraq və qur-dağıt kimi istifadə edilə bilər. İdeal oyun otağında səssiz keçirməyən divarlar, uşaqların boyuna uyğun kiçik mebellər, tualet, təmizlənməsi asan, işıqlı və geniş otaq olmalıdır. Oyuncaqlar, uşaqların real həyatı yaşayacaqları və terapevtik oyunlarda funksional olaraq istifadə edəcəyi şəkildə mümkün qədər sadə olmalıdır. Oyun otağında olması lazım olan oyuncaqları həkim və təmir alətləri, kuklalar, alətlər, gözəllik ləvazimatları, maskalar, papaqlar, kuklalar, döyüş alətləri,

taxta bloklar, musiqi alətləri, kukla evləri, qəzəbli görünən oyuncaqlar, zibil yığınlar, qum qutusu, dəzgah və boyalar olmalıdır.

Vaxt

Terapiyanın 3 əsas mərhələsindən birincisi, uşaqla terapevt arasında əsas terapevtik əlaqənin qurulduğu ilk seansları özündə birləşdirən harmoniya və həmrəylik mərhələsidir. Terapevtin uşaq haqqında məlumat toplamağa davam etdiyi və uşağın oyun otağına və terapiya prosesinə uyğunlaşmağa çalışdığı bu proses orta hesabla ilk 3-4 seansı əhatə edir. İkinci mərhələ, uşağın əsasən terapevtik və dərin oyunlar oynadığı dərinədən öyrənmə mərhələsidir. Bu üç mərhələdən ən uzununu və uşağın çox dəyişiklik və inkişafının meydana gəldiyi mərhələdir. Bu prosesdə uşağın oyunları aydınlaşır və uşaq daxili dünyasının arzularını, qarşılanmayan ehtiyaclarını və travmalarını ortaya qoyur. Əvvəlki mərhələlər terapevtik əlaqəni və mövcud problemləri yaxşılaşdırmağa yönəlmiş olsa da, sonlandırma mərhələsi uşağın və ailənin ortaya çıxan dəyişiklikləri və inkişafı qəbul etməsinə və həyatında yeni dövrə hazırlaşmasına imkan verir.

Ailə

Uşaqlarla terapiya prosesinin əsas elementi sayılan valideynlər, uşaqların daha sürətli və daha sağlam bir şəkildə sağalmalarına təsir göstərir. Q.Landret valideynləri terapiya prosesində əməkdaşlıq edənlər olaraq təyin etmişdir. Terapiya, uşağın, valideynin və terapevtin birgə gəzdirdiyi bir yol olaraq da təsvir edilə bilər. Valideynlər oyun otağında fiziki olmasa da, hər zaman uşağın sözlərində və hərəkətlərində özlərini göstərirlər. Əgər uşaqları akvariumda yaşayan balıqlara bənzədirlərsə və akvarium onların ailə mühitini təmsil edərsə, buradakı təmiz və şəffaf suyun balığın sağlamlığına və həyat keyfiyyətinə birbaşa təsir edəcəyini söyləmək mümkündür. Buna görə də valideynlərin münasibətləri və ailə mühitindəki stress vəziyyəti birbaşa müalicə prosesinə təsir göstərir.

Uşaqlar həftədə bir və ya iki dəfə 40-50 dəqiqə terapiya seansları oynamağa gəlirlər, ancaq qalan günləri və saatları valideynləri ilə birlikdə öz ailə mühitində keçirirlər, ona görə də UMOT-da valideynləri bu işə cəlb etmək terapevtlərin

məqsədlərindən biridir. Valideynlərlə fərqli tezliklərdə görüşmək, qərəzsiz və mühakiməsiz olmaq, mesajı qarşı tərəfə aydın şəkildə çatdırmaq və burada da müalicənin məxfiliyini qorumaq vacibdir.

III FƏSİL. PROBLEMİN EKSPERİMENTAL TƏDQIQI

3.1. Tədqiqatın təşkili və keçirilməsi

Tədqiqat işi həftədə bir seans olmaqla ümumilikdə 12 həftə müddətində (12 seans) aparılmışdır. Tədqiqat işi Salyan şəhəri, 18 saylı uşaq bağçasının uşaqları və Əliağa Kürçaylı adına 7 saylı orta məktəbin şagirdləri ilə aparılmışdır. Tədqiq olunanlar tərbiyəçi (bağça) və müəllimləri (məktəb) tərəfindən depressiv, utancaq, həyəcanlı, diqqətsiz, aqressiv davranışları və sosial problemləri olan, hiperaktivlik və s. kimi inkişaf problemlərinə sahib olduğu düşünülmən, həmçinin ana-atanın boşanması, vəfat eməsi, ailədə yeni uşağın dünyaya gəlməsi kimi həyatında yeni dəyişikliklər yaşamış uşaqlar arasında seçilmişdir. Seçilən uşaqların valideynlərindən icazə alınaraq terapiya seanslarına cəlb edilmişdir (bax: əlavə 1)

Tədqiq olunanları yaxşı tanıyan tərbiyəçi və müəllimlər tərəfindən doldurulan inkişaf problemləri olan uşaqları müəyyənləşdirmək üçün tərtib olunan “Tövsiyyə anketi” və “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun valideynlər və müəllimlər üçün olan variantlarından istifadə edilmişdir.

“Tövsiyyə anketi” müəllimlər tərəfindən işlənilmişdir (bax: əlavə 2). Belə ki, psixoloji problemləri tədqiqatda yer alacaq şagirdləri müəyyənləşdirmək üçün şagirdlərini yaxşı tanıyan müəllimlər tərəfindən doldurulan inkişaf problemləri olan uşaqları müəyyənləşdirmək üçün olan formdur. Müəllimlərə anketdə qeyd olunan psixi inkişaf problemlərinə uyğun gələn uşaqların adlarını qeyd etmələri bildirilmişdir.

“Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nu həm valideynlər (bax: əlavə 3) həm də müəllimlər (bax: əlavə 4) üçün iki variantı mövcuddur. Tədqiqat zamanı bağça tərbiyəçiləri və məktəb müəllimləri tərəfindən, tədqiq olunan uşaqların davranışındakı problemləri müəyyənləşdirmək üçün istifadə edilmişdir.

Sorğu 113 sualdan və doğru deyil, qismən doğrudur, tamamilə doğrudur olmaqla üç cavab variantından təşkil edilmişdir (hər iki variantı).

Tədqiqat zamanı bu sorğu seanslara başlamamışdan əvvəl və UMOT seanslarından sonra iki dəfə işlənmişdir (valideyn və müəllimlər ilə). UMOT-nın təsirini müəyyənləşdirmək üçün pre-test və post-test nəticələri müqayisə edilmişdir.

Tədqiqat zamanı irəli sürülən fərziyyəimiz belədir ki, psixi inkişaf problemi olan uşaqlar ilə aparılan uşaq mərkəzli oyun terapiyası, psixi inkişaf problemlərinin azalmasına əhəmiyyətli səviyyədə təsir edir.

Tədqiqat işindən əldə etdiyimiz nəticələrin statistik səviyyədə əhəmiyyətli olduğunu müəyyən etmək üçün SPSS proqramından istifadə edilmişdir.

3.2. Tədqiqat işindən alınan nəticələr və onların təhlili

Tədqiqat olunanların valideynləri tərəfindən işlənən “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun ilkin və son testdən alınan cavablarının ortalamalarının müqayisəsini cədvəl 4.1. də qeyd etmişik

Cədvəl 4.1. UMOT-dan əvvəl və sonra “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu” nun valideynlər variantı üzrə pre-test və post-test müqayisəsi

Göstəricilər		İlkin Test ort. +-SS	Son test ort. +-SS	T	P
Bacarıqları göstərən şkalalar	Fəaliyyət	10,50±1,225	13,17±2,041	-6,325	,001
	Sosiallıq	5,17±,983	5,50±1,225	-1,581	,175
	Məktəb	10,17±5,565	10,50±5,541	-1,581	,175
	Ümumi bacarıq	25,83±6,853	29,17±7,910	-5,976	,002
Daxili idarəetmə	Narahatlıq depressiyası	13,83±3,251	17,17±2,858	10,847	,000
	Sosial daxili qapanma depressiya	13,00±2,098	86,33±1,862	6,325	,001
	Somatik şikayətlər	2,50±1,517	1,67±1,033	2,712	,042
	Cəm	29,33±5,465	15,17±5,115	8,327	,000
Xarici istiqləndir mə	Qaydalara qarşı çıxma	,67±,516	,67±,516	*	
	Təcavüzkar davranış	5,00±2,898	3,17±1,602	2,803	,038

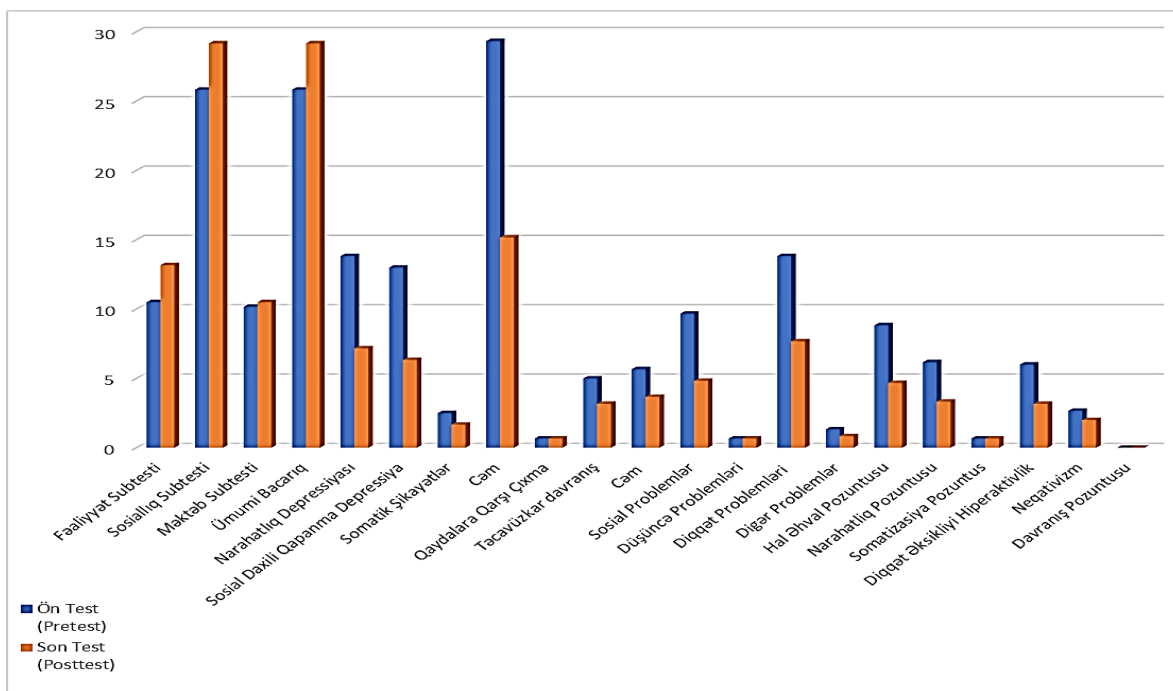
	Cəm	5,67±3,386	3,67±1,862	2,739	,041
Problemlər	Sosial problemlər	9,67±4,502	4,83±2,229	4,768	,005
	Düşüncə problemləri	,67±1,211	67±,816	,000	1,000
	Diqqət problemləri	13,83±7,083	7,67±3,670	4,132	,009
	Digər problemlər	1,33±1,033	,83±,408	1,464	,203
DSM-ə uyğun şkalalar	Əhval pozuntusu	8,83±3,189	4,67±1,862	6,934	,001
	Narahatlıq pozuntuları	6,17±2,401	3,33±1,751	4,715	,005
	Somatizasiya pozuntusu	,67±,516	,67±,516	*	
	Diqqət əksikliyi hiperaktivliyi	6,00±3,162	3,17±1,941	4,715	,005
	Neqativizm	2,67±1,366	2,00±,894	2,000	,102
	Davranış pozuntuları	,00±,000	,00±,000	*	

Cədvəl araşdırıldıqda (cədvəl 4.1.), tədqiq olunan qrupundakı ailələrin “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun bacarıqları göstərən şkalalardan fəaliyyət, ümumi bacarıq, daxili idarəetmə şkalalarından narahatlıq depressiyası, sosial qapanma depressiyası, somatik şikayətlər və daxili idarəetmə şkalalarının cəmi, xarici istiqamətlənmə şkalasından təcavüzkar davranış və xarici istiqamətləndirmə şkalasının cəmi, problemlər şkalasından sosial problemlər, diqqət problemləri, DSM uyğun şkalalarda əhval pozuntusu, narahatlıq pozuntusu, diqqət əksikliyi və hiperaktivliklik üzrə ilkin və son testdən əldə olunan nəticələr $p < 0.05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində olduğu üçün statistik dürüstlük ödənilmişdir.

Bacarıqları göstərən şkalalardan sosiallıq, məktəb, problemlər şkalasından düşüncə problemləri və digər problemlər, DSM uyğun şkalasında neqativizm üzrə ilkin və son testdən əldə olunan nəticələr $p > 0.05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində olduğu üçün statistik dürüstlük ödənilmir.

Nəticə etibarilə tədqiq olunan qrupundakı ailələrin “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun bacarıqları göstərən şkalalardan fəaliyyət, ümumi bacarıq, daxili idarəetmə şkalalarından narahatlıq depressiyası, sosial qapanma depressiyası, somatik şikayətlər və daxili idarəetmə şkalalarının cəmi, xarici istiqamətlənmə şkalasından

təcavüzkar davranış və xarici istiqamətləndirmə şkalasının cəmi, problemlər şkalasından sosial problemlər, diqqət problemləri, DSM uyğun şkalalarda əhval pozuntusu, narahatlıq pozuntusu, diqqət əksikliyi və hiperaktivliklik üzrə ilkin və son testdən əldə olunan nəticələrə görə qeyd edə bilərik ki, U MOT bu göstəricilərə görə effektivdir (şəkil 4.1).



Şəkil 4.1. U MOT-dan əvvəl və sonra "Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu" nun valideynlər variantı üzrə pre-test və post-test dəyərlərinin təsviri

Tədqiq olunanların tərbiyəçiləri və müəllimləri tərəfindən işlənən "Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu" nun ilkin və son testdən alınan cavablarının ortalamalarının müqayisəsini cədvəl 4.2. də qeyd etmişik

Cədvəl 4.2. U MOT-dan əvvəl və sonra "Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu" nun müəllimlər variantı üzrə pre-test və post-test müqayisəsi

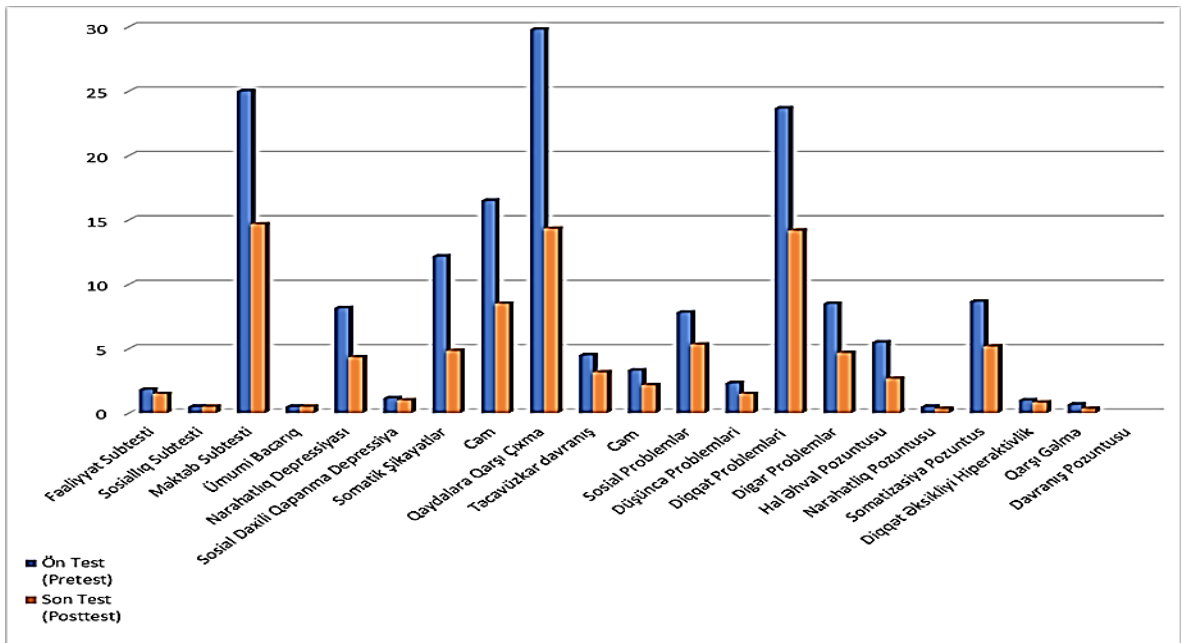
Göstəricilər		İlkin Test ort. +-SS	Son test ort. +-SS	T	P
Bacarıqları göstərən şkalalar	Fəaliyyət	0,67±,169	6,21±3,08	1,581	,175
	Sosiallıq	,30±,248	2,50±,4.48	1,200	,001
	Məktəb	1,84±,123	4,17±1,477	1,907	,001
	Ümumi bacarıq	23,67±11,708	14,17±6,585	4,284	,008

Daxili idarəetmə	Narahatlıq depressiyası	16,50±4,461	8,50±2,665	8,000	,000
	Sosial daxili qapanma depressiya	12,17±3,125	4,83±1,941	10,258	,000
	Somatik şikayətlər	1,17±,983	1,00±,894	1,000	,363
	Cəm	29,83±5,742	14,33±3,777	12,067	,000
Xarici istiqamətləndirmə	Qaydalara qarşı çıxma	4,50±1,378	3,17±1,329	4,000	,010
	Təcavüzkar davranış	3,33±1,211	2,17±1,329	7,000	,001
	Cəm	7,83±2,137	5,33±2,160	5,839	,002
Problemlər	Sosial problemlər				
	Düşüncə problemləri		,50±1,225	*	
	Diqqət problemləri	2,11±1,107	1,07±,334	4,902	,004
	Digər problemlər	2,33±,816	1,50±,837	2,712	,042
DSM-ə uyğun şkalalar	Əhval pozuntusu	8,50±3,017	4,67±2,875	7,064	,001
	Narahatlıq pozuntuları	5,50±1,517	2,67±1,366	9,220	,000
	Somatizasiya pozuntusu	,50±,548	33±,516	1,000	,363
	Diqqət əksikliyi hiperaktivliyi	8,67±4,633	5,17±2,787	4,134	,009
	Neqativizm	1,00±,894	,83±,753	1,000	,363
	Davranış pozuntuları	,67±,816	,33±,516	1,581	,175

Cədvələ baxıldıqda (cədvəl 4.2.), tədqiq olunan qrupundakı ailələrin “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun bacarıqları göstərən şkalalardan sosiallıq, məktəb, ümumi bacarıq, daxili idarəetmə şkalalarından narahatlıq depressiyası, sosial qapanma depressiyası, və daxili idarəetmə şkalalarının cəmi, xarici istiqamətlənmə şkalasından qaydalara qarşı çıxma, təcavüzkar davranış və xarici istiqamətləndirmə şkalasının cəmi, problemlər şkalasından diqqət problemləri və digər problemlər, DSM uyğun şkalalarda əhval pozuntusu, narahatlıq pozuntusu, diqqət əksikliyi və hiperaktivliklik üzrə ilkin və son testdən əldə olunan nəticələr $p < 0.05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində olduğu üçün statistik dürüstlük ödənilmişdir.

Bacarıqları göstərən şkalalardan fəaliyyət, daxili idarəetmə şkalasından somatik şikayətlər, DSM uyğun şkalasında somatizasiya pozuntusu, neqativizm və davranış pozuntuları üzrə ilkin və son testdən əldə olunan nəticələr $p>0.05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində olduğu üçün statistik dürüstlük ödənilmir.

Nəticədə, müəllimlərin qiymətləndirmələrinə görə, “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun bacarıqları göstərən şkalalardan sosiallıq, məktəb, ümumi bacarıq, daxili idarəetmə şkalalarından narahatlıq depressiyası, sosial qapanma depressiyası, və daxili idarəetmə şkalalarının cəmi, xarici istiqamətlənmə şkalasından qaydalara qarşı çıxma, təcavüzkar davranış və xarici istiqamətləndirmə şkalasının cəmi, problemlər şkalasından diqqət problemləri və digər problemlər, DSM uyğun şkalalarda əhval pozuntusu, narahatlıq pozuntusu, diqqət əksikliyi və hiperaktivliklik üzrə ilkin və son testdən əldə olunan nəticələrə görə qeyd edə bilərik ki, UMOT bu göstəricilərə görə effektivdir (şəkil 4.2).



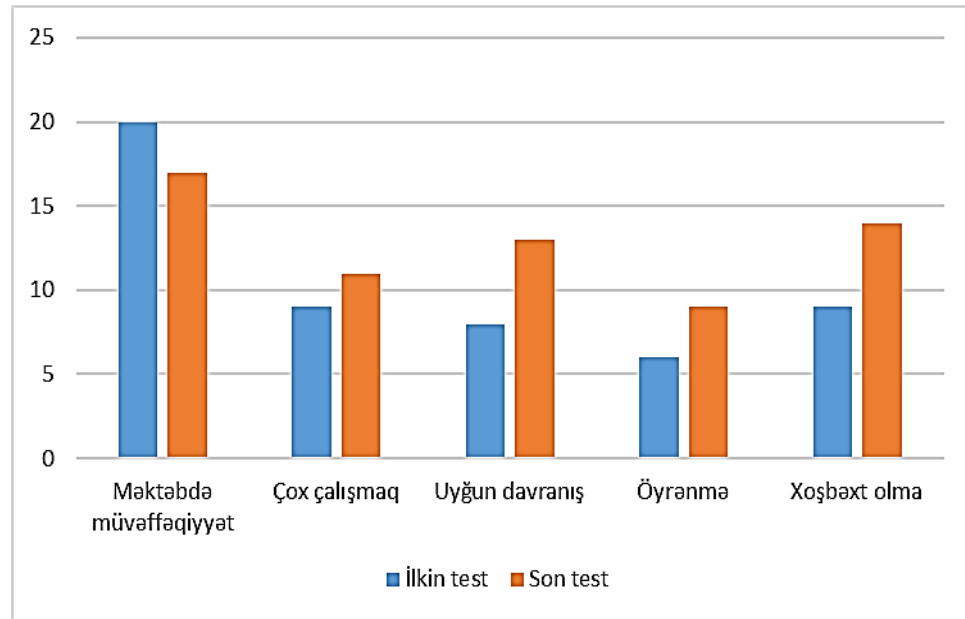
Şəkil 4.2. UMOT-dan əvvəl və sonra “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu” nun müəllimlər variantı üzrə pre-test və post-test dəyərlərinin təsviri

UMOT-dan əvvəl və sonra “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu” uyğunlaşdırma funksiyası alt testlərinin ilkin və son test ballarının müqayisəsi Cədvəl 4.3-də verilmişdir.

Cədvəl 4.3. “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu” uyğunlaşdırma funksiyası alt testlərinin pre-test və post-test ballarının müqayisəsi (müəllim variantı)

Alt Ölçülər	Pretest Ort. ± SS	Posttest Ort. ±SS	T	P
Məktəbdə müvəffəqiyyət	13,00±6,132	14,00±5,329	-1,464	,203
Çox çalışmaq	2,67±1,862	3,00±1,549	-1,581	,175
Uyğun davranış	3,83±1,169	4,17±,983	-1,581	,175
Öyrənmə	2,67±1,862	2,83±1,722	-1,000	,363
Xoşbəxt olma	2,50±,548	4,17±,408	-7,906	,001
Cəmi	24,67±11,147	28,17±9,304	-2,976	,031

Cədvəl 4.3 təhlil edildikdə, “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu” uyğunlaşdırma funksiyası alt testlərindən xoşbəxtlik şkalasının ilkin test və son test arasındakı fərqləri $p < 0.05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində posttestlərin xeyrinə əhəmiyyətli dir və statistik dürüstlük ödənilir. Məktəb müvəffəqiyyəti, çox çalışma, uyğun davranış, öyrənmə şkalalarının balları arasındakı fərqlərin $p > 0.05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində olduğu üçün statistic dürüstlük ödənilmir. U MOT-nin sorğunun müəllim variantında xoşbəxtlik şkalasının ballarına təsir göstərdiyini söyləmək olar (şəkil 4.3).



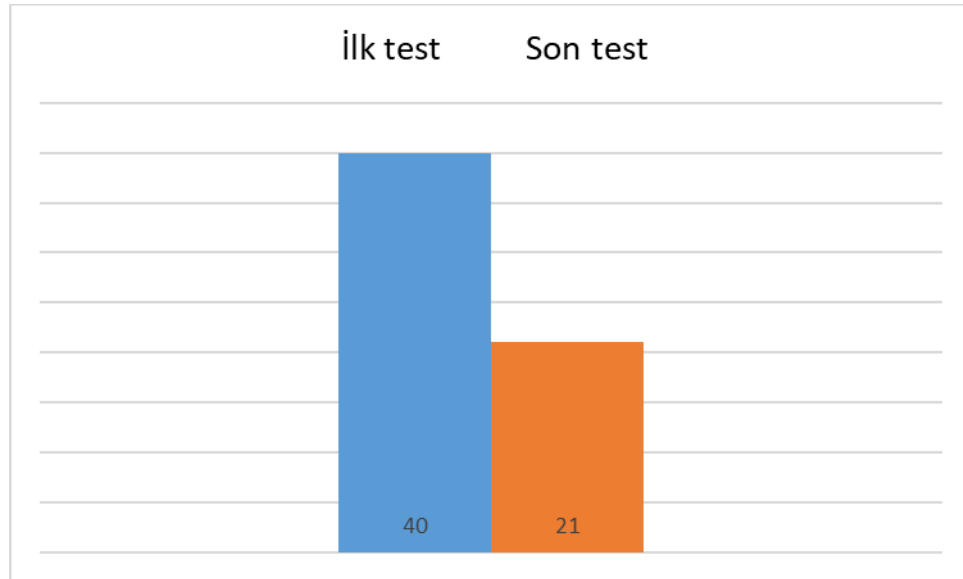
Şəkil 4.3. “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu” uyğunlaşdırma funksiyası alt testlərinin pre-test və post-test ballarının müqayisəsinin (müəllim variantı) təsviri

Uşaq mərkəzli oyun terapiyasında valideyn və müəllimlərin “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”na verdiyi cavabların ümumi nəticələrinin ilkin və son test olmaqla müqayisəsi cədvəl 4.4-də verilmişdir.

Cədvəl 4.4. UMOT-da əvvəl və sonra “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”na verilən ümumi cavabların müqayisəsi

	Pretest Ort. ±SS	Posttest Ort. ±SS	T	P
Filial problemi	64,00±21,982	43,33±17,985	10,826	,000

Cədvələ baxıldıqda, valideyn və müəllimlərin sorğu üzrə uşaqları qiymətləndirmə ballarının ön test (pretest) və son test (posttest) arasındakı fərqlərin t test təhlilinə görə, $p < 0.05$ əhəmiyyətlik səviyyəsində son testlərin xeyrinə əhəmiyyətli olduğu aşkar edilmişdir.



Şəkil 4.4. UMOT psixi inkişaf problem olan uşaqlarda ilkin və son testin cavablarının təsviri

Sonda, uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişaf problem olan uşaqlarla iş zamanı təsirli olduğunu söyləmək olar (şəkil 4.4). Davranış dəyərləndirmə formunda bir çox psixoloji inkişaf problemlərinin həllində uşaq mərkəzli oyun terapiyasının effektiv olması sübut edilmişdir.

NƏTİCƏ

Hər zaman uşaqların psixi inkişafındakı problemlərin həlli üçün ən səmərəli və effektiv terapiya növünü müəyyənləşdirmək ən aktual problem olmuşdur. Uşaqların psixi inkişaf problemlərinə aid çoxlu araşdırmalar aparılmışdır. Uşaqların inkişaf problemləri haqqında çoxlu araşdırmalar aparılmışdır. Uşaqlıqda psixi inkişaf problemlərinin aradan qaldırılması üçün tədbirlər görmədikdə bu gələcəkdə ciddi problemlər yarada bilər.

Uşaq mərkəzli oyun terapiyası haqqında elmi araşdırmalar Azərbaycanda çox az sayda aparılmışdır. Uşaq mərkəzli oyun terapiyasının bir çox psixoloji inkişaf problemlərinə necə təsir etməsi haqqında araşdırmalar çox vacibdir. Dünyada sürətlə inkişaf etməkdə olan bu terapiya növü yaş xüsusiyyətinə görə uşaqlar üçün çox əlverişli sayılmışdır. Gələcəkdə sağlam psixologiyaya sahib şəxs yetişdirmək üçün uşaq mərkəzli oyun terapiyası zəruri rol oynayır. Uşağın zehni, fiziki, sosial və bir çox amillərdə inkişafına dəstək olur.

Dissertasiya işində uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişafında problemləri olan uşaqlara təsirinin öyrənilmiş, uşaq mərkəzli oyun terapiyasının məqsədi və vəzifələri öz əksini tapmışdır. Həmçinin psixi inkişaf məsələsi ətraflı şəkildə təhlil edilmiş, mövcud olan yanaşmalara ətraflı izah edilmiş, uşaqlarda psixi pozulmalara səbəb olan faktorlar və uşaqlıqda alınan travmalar araşdırılmışdır. Eyni zamanda oyun terapiyası, onun yaranma tarixi təhlil edilmiş və oyun terapiyası haqqında müxtəlif nəzəri yanaşmalar müqayisə edilmişdir. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası və onun məqsədləri, uşaq mərkəzli oyun terapiyasında oyuncaq seçiminin əhəmiyyəti və uşaq mərkəzli oyun terapiyasının elementləri kimi məsələlər də dissertasiya işində öz əksini tapmışdır.

Dissertasiya işinin eksperimental hissəsində uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişaf problemi olan uşaqlara təsiri öyrənilmişdir. Dissertasiya işinin eksperimental tədqiqinə Salyan şəhəri, 18 saylı uşaq bağçasının uşaqları və Əliağa Kürçaylı adına 7

sayılı orta məktəbin şagirdləri cəlb edilmişdir. Tədqiqat işində 142 nəfər 3-10 yaşlı psixi inkişafında problemi olan uşaqlar iştirak etmişdir. Uşaq mərkəzli oyun terapiyasının psixi inkişaf problemləri olan uşaqlara təsirini araşdırmaq üçün ümumilikdə 12 seans təşkil edilmişdir.

Tədqiqat işimizdə psixi inkişaf problemləri olan uşaqları müəyyən edə bilmək üçün tərbiyəçi və müəllimlərə “Tövsiyyə anketi” və “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”, valideynlərə isə yalnız “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu” təqdim edilmişdir. Bu tədqiqat işində özünü aşağı qiymətləndirən, stressli və narahat olan, diqqət əksikliyi və hiperaktivlik sindromlu, neqativizmin görüldüyü uşaqlarla keçirilmişdir.

Apardığımız tədqiqat işinin nəticələrinin təhlilindən görürük ki, psixi inkişafında problemləri olan uşaqların inkişafında uşaq mərkəzli oyun terapiyasının çox önəmli rolu var. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası uşağın bir çox sahədə inkişafına səbəb olur. Bu terapiya növü uşağın yaş xüsusiyyətləri ilə də üst-üstə düşür. Uşaq oyun otağını rahat şəkildə kəşf edə bilir. Terapevt uşağı yönləndirmədən onun psixi problemlərini həll edə bilir. Uşaq mərkəzli oyun terapiyası uşaqların maraq dairəsinə, yaş xüsusiyyətlərinə çox uyğun olduğu üçün əhəmiyyətli və effektiv nəticələr əldə etmək olur.

Müəllimlərin və valideynlərin dəyərləndirilməsinə görə, “Uşaqların davranışını qiymətləndirmə sorğusu”nun hər iki variantında ilkin və son test nəticələrində psixi inkişafında problemləri olan uşaqlarda UMOT-nın təsirli olduğu görülmüşdür.

Keçirdiyimiz tədqiqat işindən əldə etdiyimiz nəticələri xarici ölkələrdə aparılan tədqiqat işlərinin nəticələri ilə oxşarlıq təşkil etmişdir.

Müvafiq ədəbiyyatları nəzərdən keçirdikdə, tədqiqat işimizin nəticələri Q.Landret və Giordanonun əldə etmiş olduğu tədqiqat nəticələrinə uyğundur. Həmçinin Şaşi, Kapur və Subbakrişna emosional sferasında problemi olan uşaqlarla tədqiqat işi aparmışdılar, testin sonrakı nəticələrinə görə, oyun terapiyası qrupundakı uşaqların valideynləri və müəllimləri uşaqların ümumi davranışlarında nəzarət qrupu ilə

müqayisədə emosional və davranış problemlərində statistik olaraq əhəmiyyətli bir azalma olduğunu ifadə etdilər.

Rey, Blanko, Sullivan və Hollimen 4-11 yaş həddində 41 nəfər aqressiv davranışlı uşaqlar ilə uşaq mərkəzli oyun terapiyasının təsirini öyrəmək üçün tədqiqat işi keçirmidilər. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində, qruplar arasında statistik olaraq əhəmiyyətli fərqlər olmasada uşaq mərkəzli oyun terapiyası ilə məşğul olan uşaqların müəllimləri, təcrübə qrupundakı şagirdlərin aqressiv davranışlarında qrupa nisbətən əhəmiyyətli bir azalma olduğunu müəyyən etmişdirlər.

V.Akslayn tərəfindən tətbiq olunan uşaq mərkəzli oyun terapiyasında həddindən artıq gərginlik və narahatlıq hissi olan 5 yaşlı oğlan ilə aparmış olduğu tədqiqat işinin nəticəsində, uşağın terapiyadan sonra daha az gərgin olduğu, daha çevik davranışlar nümayiş etdirdiyi, şifahi ünsiyyəti və sosial ünsiyyətində irəliləyiş göstərdiyi aşkar edilmişdir.

Uşağın daxili aləmi uşaq mərkəzli oyun terapiyasında qurulan münasibət yolu ilə öyrənilə bilər. Uşaq mərkəzli oyun terapiyasında terapevt uşağı səmimiyyətlə, sevgi və hörmətlə qəbul edir. Terapevt-uşaq münasibətində uşaq özünü rahat və etibarlı vəziyyətdə hiss edir. Bu terapiya seanslarında uşaq özünə nəzarət etmə, məsuliyyətli davranma, lider olma və öz qərarlarını vermək azadlığına sahib olur.

Uşaq mərkəzli oyun terapiyası qarşılıqsız pozitiv hörmət, şərtsiz qəbullanma, empatiya və mühitə adaptasiya olmaq üçün bir vasitədir. Belə ki, uşaq mərkəzli oyun terapiyasının tətbiq edilməsi ilə, uşaqda təzahür edən problemləri başa düşmək və aradan qaldırmaq, həmyaşıdları və yaşlılar ilə düzgün münasibət qurmasını, mühitə rahat adaptasiya olmasını təmin etmək mümkün olmuşdur.

Araşdırma müddəti ərzində və tədqiqatın sonunda, tədqiq olunanların tərbiyəçiləri və sinif rəhbərləri ilə görüşdə uşaqların akademik inkişafında çox az irəliləyiş olduğu, həmyaşıdları ilə münasibətlərin yaxşılaşdığı, idrak proseslərində irəliləyiş olduğunu (diqqət, hafizə və s.), terapiyadan əvvəl davranışlarında olan qüsurların qismən azaldığı

və həmçinin ev tapşırıqlarını diqqətli şəkildə etmə mövzusunda daha həssas olmaqları müəyyənləşdirilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticəsində uşaq mərkəzli oyun terapiyası alan uşaqların ailələri ilə edilən görüşmələrdə uşaqların bağça və məktəbə getmə istəyinin artması, gərgin və stressli əhvallarının azalması, neqativizmin və aqressiyanın daha az olduğu, uşaqların ailə içində bac-qardaşları, valideynləri və digər həmyaşıdları ilə daha mülayim davranması müəyyənləşdirilmişdir. Həmçinin evdə müşahidə olunan istənməyən davranışlarında azalma, daha çox kömək etmə istəyinin yaranması dilə gətirmişdirlər.

İSTİFADƏ OLUNMUŞ ƏDƏBİYYAT

1. Əlizadə Ə.Ə Müasir Azərbaycan məktəbinin psixoloji problemləri. Bakı, 2004,37 s.
2. Quliyev E.M. Uşaq Psixologiyası. Bakı, 2002,81s.
3. Seyidov Ə.Y. Azərbaycanda pedaqoji fikrin inkişaf tarixindən.Bakı, 280 s.
4. Ümumi psixologiya. Petrovski A.V. redaktorluğu ilə, Bakı, 1982, 236 s.
5. Vəliyev M.V , Mustafayev A.M. İnkişaf və Yaş Psixologiyası. Bakı, 2015, 297 s.
6. Aydın A. Gelişim ve öğrenme psikolojisi. İstanbul, Alfa yayınları, 2000
7. Bacanlı H. Gelişim ve öğrenme. Ankara, Nobel yayın dağıtım, 2001
8. Crenshaw D. Öfkeli çocuklarda oyun terapisi: ihanet travmasının tedavisi, oyun terapisi kapsamlı teori ve uygulama rehberi. (Çeviri editöerleri: D.N.Bıyıklı. İstanbul, Apamer psikoloji yayınları, 2017
9. Çelik M. Deneyimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi.// Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul.Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017
10. Ertürk A.A. Çocukluk çağı travmaları, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve disosiyatif yaşantıların şizofreninin klinik özellikleri üzerindeki etkileri. Uzmanlık tezi, gazi üniversitesi tıp fakültesi. Psikiyatri anabilim dalı. Ankara, 2017
11. Kara B., Biçer Ü., Gökalp A.S. Çocuk istismarı. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi, №47, 2014, s.140-151
12. Kerimoğlu E., Kılıç B.G., Gürkan C.K. ve Öztürk M. Çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen ruhsal bozukluklar. İstanbul, Nobel tıp, 2018, s. 779

13. Kırış B.F. Gelişimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 6-12 yaş grubu çocukların davranış problemlerine etkileri. İstanbul, 2016
14. Koçkaya S. Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisinin etkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2016
15. Landreth G. L. Oyun terapisinin ilişkisi sanatı. (Çev. S.Yazıcı) Kocaeli, Altın kalem yayınları evi, 2011
16. Mental bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) Amerikan Psikiyatri Birliği. (Çev. Ed.: E. Köroğlu) Hekimler yayın birliği, Ankara, 1995
17. Motavallı N., Tüzün Ü., Göktürk, Ü., Çocuk ve ergen psikiyatrisi. İstanbul, Nobel Yayınları, 2000.
18. Öktem F. Oyun tedavisi. çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitab. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği. Ankara, 2008
19. Önder A. Değerlendirme ve tanıma teknikleri, Ankara: Pegem Akademi Yayın, 2010
20. Özerdem A. Obsesif-kompulsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme. // Klinik psikiyatri dergisi, №1(2). İstanbul, 1998, s. 98-102
21. Öztürk O., Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara, Baskı, 2018
22. Pelendecioğlu B., Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. // Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi. 2009, №1(9), s. 49-62
23. Schaefer C. Oyun terapisinin temelleri. Çev: Banu Tortamış Özkaya. Ankara, Nobel Yayınevi, 2013
24. Selçuk Z. Eğitim psikolojisi. Ankara, Şafak Matbaa, 1996
25. Semerci Z., Turgay A. Bebeklikten erişkinliğe dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu. (5.Basım). İstanbul, Alfa, 2011

26. Sezgin A.U., Öktem T.Ö. Çocukluk çağı cinsel istismarı ensest, evdeki terör, kadına yönelik şiddet. İstanbul, Mor çatı kitapları, 1996
27. Sönmez S. Çocukluk çağında ruhsal travma yaşamış yetişkin bireylerin depresyon düzeylerinin ve yaşam doyumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 2018
28. Tahiroğlu A.Y., Avcı A., Fırat S., Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. №6, 2005, s.5-10
29. Teber M. Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal bilimler enstitüsü. Gaziantep, 2015
30. Tükel R., Demet M. Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2017
31. Ünüvar P. Oyun terapisi. Okul öncesi dönemde çocukları. Ankara, 2014
32. Yıldız S. Oyun terapisiyle bütünleştirilmiş grup terapisinin çocukların utangaçlık düzeylerine etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 2015
33. Zara A. Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. Türk psikoloji yazıları, 7(13), 2004, s.103-113
34. Axline V.M. Nondirective play therapy for poor readers. // Journal of consulting psychology. 1947, №11, p. 61-69
35. Axline, V. M. Play therapy. NY: Ballantine, 1969
36. Axline, V. M. Some observations on play therapy. // Journal of consulting psychology, 1948, №11, p. 61-69
37. Anderson C.A., Hinshaw S.P. ve Simmel C. Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships with overt and covert

externalizing behavior. // Journal of Abnormal child psychology. №22(2), 1994, p. 247-265.

38. Baggerly J. The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. // International journal of play therapy. 2004, № 13(2), p. 31-51

39. Barrett P., Dadds M., Rapee R. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. // Journal consult. clin. psych. 1996, № 64, p. 33-42

40. Crane S. Child-centered play therapy and parent-child interaction therapy: a practice-based case study exploration of two play therapies as trauma treatment. // Published doctor of psychology dissertation, University of Northern Colorado, 2015

41. Deaul L.C. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Child psychiatry and human development, №41, 2014

42. Demaria M.B., Cowden S.T. The effects of client-centered group play therapy on self concept. // International journal of play therapy. 1992, №1, p. 53-67

43. Dighton R. Towards a definition of play therapy. // Play therapy newsletter of the british association of play therapists. 2001, №28, p. 7-11.

44. Gargano J. The effectiveness of child-centered play therapy as an intervention for children who have experienced trauma. Southern Connecticut StateUniversity. 2013

45. Gil E., Drewes A. Cultural issues in play therapy. NY: The Guilford Press. 2005

46. Harris T.E., Landreth G.L. Essential personality characteristics of effective play therapists. New York: Brunner-Routledge, 2001

47. Herman J. Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1997
48. Hudson J.L., Rapee R.M. Parent-child interactions and the anxiety disorders: An observational analysis. // Behaviour Res. Ther. 2001, № 39, p. 27
49. Knell S.M. Cognitive behavioral play therapy. // Journal of clinical child psychology. 1998, №27, p. 28-33
50. Kottman T. Play therapy: Basics and beyond. American Counselling Association, 2001
51. Kuzgun B.T. The association between posttraumatic stress disorder and trauma related guilt, shame, fear, and sense of control in women with sexual trauma. // Doktora tezi, Arel üniversitesi, Sosyal bilimler enstitüsü. İstanbul, 2018
52. LaBash H., Papa A. Shame and PTSD symptoms. // Psychological trauma: theory, research, practice, and policy. 2014, №6(2), p. 159-166
53. Landreth G. Play therapy: The art of the relationship (3rd Edition). New York, NY: Routledge. 2012
54. Landreth G.L. Play therapy: The art of the relationship. Muncie, IN: Accelerated Development. 1991
55. Leggett E.S. A creative application of solution-focused counseling: An integration with children's literature and visual arts. // Journal of creativity in mental health. 2009, №4, p. 191-200
56. Mash E., Dozois D. Child psychopathology: A developmental systems perspective. NY: Guilford Press. 1996
57. McKergow M. In between-neither inside nor outside: The radical simplicity of solution-focused brief therapy. // Journal of systemic therapies. 2009, №28, p. 34-49

58. Munns E. Theraplay: Innovations in attachment – enhancing play therapy. Jason Aronson Inc. 2013
59. Norton C.C., Norton B.E. Reaching children through play therapy: An experiential approach, CO: Publishing Cooperative, Denver, 1997
60. Perry B.D., Szalavitz M. The boy who was raised as a dog and other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love, and healing. New York: Basic Books, 2006
61. Piaget J. Play, dreams and imitation in childhood. 1951
62. Ray S., Bratton S., Rhine T., Jones L. The effectiveness of play therapy: responding to the critics. International journal of play therapy. 2001, № 10(1), p. 85-108
63. Shen Y. Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. // International journal of play therapy. 2002, №11(1), p. 43-63
64. Siqueland L., Kendall PC., Steinberg, L. Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. // Journal Clin. Child. Psychol. 2004, № 25, p. 25-37
65. Spence S.H. A measure of anxiety symptoms among children. // Behaviour research and therapy. 1998, №36, p. 45- 66
66. Sutherland P. Cognitive development today: Piaget and his critics, Paul Chapman, London, 1994
67. Sweeney D.S. Counseling children through the world of play. Wheaton, IL: Tyndale House. 2017
68. Tyndall-Lind A., Ladreth, G., Giordano, M. Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. // International journal of play therapy. 2001, №10(1), p. 53-83
69. Webb N.B. Play therapy with children in crisis: A casebook for practitioners. New York: The Guilford Press. 1991

70. Wilkins P. Person-centered therapy: 100 key points. London, Routledge, 2010
71. Williams M. T., Slimowicz J., Tellawi G., & Wetterneck C. Sexual orientation symptoms in obsessive compulsive disorder: Assessment and treatment with cognitive behavioral therapy. Directions in psychiatry. 2014
72. Wood J.J., McLeod B.D., Sigman M. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and the future directions. Journal child. psychol. psychiatry. 2003, № 44, p.134-51

ƏLAVƏLƏR

Valideyn icazə sənədi

Qızım/Oğlum.....un oyun terapiyası seanslarına qatılmasına icazə verirəm.

Mən.....ilə terapevt arasında və uşağım.....ilə terapevt arasında bütün paylaşımlar aşağıdakı hallar istisna olmaqla gizli qalacaqdır.

Uşağın həyati vəziyyətini təhdid edən hər şey ailəyə bildiriləcəkdir.

Sizin paylaşdığımız bilgiler,terapiyaya gəldiyiniz,tutulan sənədlər tamamilə siz və terapevt arasındadır.Bu bilgiler üçüncü şəxs arasında heç bir şəkildə paylaşıla bilməz.

Uşağın Adı və Soyadı

.....

Valideyn Adı və Soyadı

.....

Valideyn imzası

.....

Tövsiyyə anketi

Araşdırmada lazım olan şagirdlərə ailə, valideyin və tədqiqatı aparən tərəfindən ortaq şəkildə müəyyən edilən gün, məktəbdəki oyun otağında, 12 həftə boyunca həftədə 30 dəqiqə ərzində uşaq mərkəzli oyun terapiyası təşkil ediləcəkdir. Araşdırmaya daxil olacaq, aşağıdakılardan ən azı bir dənəsinə sahib olan şagirdləri göstərin:

- A. Utancaq davranışlar (özünü ifadə etmə çətinliyi)
- B. Narahat davranışlar (qorxu, gərgin, əsəbi)
- C. Somatik şikayətlər (mədə ağrısı, baş fırlanması)
- D. Depressiv davranışlar (ağlamaq, kədərli, tənha)
- E. Diqqətsiz davranışlar (konsentrasiya ola bilməmə, xəyal qurma)
- F. Aqresiv davranışlar (qəzəb, qəşqırmaq, dava etmək)
- G. Sosial problemlər (lağa qoymaq, digərləri ilə ünsiyyət qurmamaq)
- H. Hiperaktivlik

Ya da

Əvvəlki illərdə aşağıdakı hadisələrdən birini yaşamış şagirdlər:

- A. Valideynlərin boşanması
- B. Ailədə vəfat etmə
- C. Ailənin başqa şəhərə köçməsi
- D. Yeni bacı ya da qardaş

Araşdırmaya qatılan uşaqlarda, seans sonunda:

- Mənlik qavramında artma
- Özgüvənin artması
- Özünə nəzarət bacarığının artması
- Sosial bacarıqlarının artması
- Davranış problemlərinin azalması özünü göstərmişdir.

Müəllimin adı:

Tarix:

Tövsiyyə edilən uşaqların adı və problemləri:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Uşaqların üçün davranışını qiymətləndirmə sorğusu

Valideyn variantı

		№
UŞAĞIN ADI, SOYADI:	EV ADRESİ VƏ TELEFON NÖMRƏSİ:	VALİDEYNLƏRİN İŞİ (Ətraflı şəkildə qeyd edin) TƏHSİLİ ATANIN İŞİ:.....TEL:.....TƏHSİLİ:..... .YAŞI:..... ANANIN İŞİ:.....TEL:.....TƏHSİLİ:..... YAŞI:.....
CİNSİYYƏTİ: <input type="checkbox"/> KİŞİ <input type="checkbox"/> QADIN	YAŞI:	ANANIN İŞİ:.....TEL:.....TƏHSİLİ:..... YAŞI:.....
BU GÜNÜN TARİXİ: TARİX _____AY____ ____İL	UŞAĞIN DOĞUM TARİXİ: TARİX _____AY____ ____İL	ANKETİ DOLDURAN: <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> ATA <input type="checkbox"/> DİGƏR.....UŞAQLA MÜNASİBƏTDƏ OLAN.....
SİNİFİ _____ MƏKTƏBƏ DAVAM ETMİR <input type="checkbox"/>	Zəhmət olmasa, uşağınızın davranışı ilə bağlı bu blanka fikirlərinizi dolğun şəkildə əks etdirən bir şəkildə cavablandırın. Hər bir maddə haqqında məlumat verilə bilər və 2 -ci səhifədəki boşluqlara yaza bilərsiniz. Zəhmət olmasa bütün maddələri işarələməyə çalışın. Təşəkkürlər.	

Valideyn məlumat anketi

0: Düzgün deyil (Bildiyiniz qədər)

1: Bəzən və ya Biraz düzgün

2: Çox ya da tez-tez doğru

- 0 1 2 1. Yaşından çox uşaq kimi davranır
- 0 1 2 2. Valideyn icazəsi olmadan içki içər
- 0 1 2 3. Çox mübahisə edən bir uşaqdır
- 0 1 2 4. Başladığı fəaliyyəti (oyun, dərs və s.) sona qədər çatdırmaz
- 0 1 2 5. Sevdidiyi və ya bəyəndiyi şey çox azdır
- 0 1 2 6. Təbii ehtiyaclarını tualetdən başqa yerlərə edər
- 0 1 2 7. Bir şeylərlə öyünür, başqalarına özünü göstərir
- 0 1 2 8. Mövzuya fikrini cəmləməz, diqqətini cəmləyə bilməz
- 0 1 2 9. Başından ata bilmədiyi üçün onu narahat edən bezi düşüncələr var (mikrob yoluxması, məktəb problemləri və s.)
- 0 1 2 10. Yerində dura bilmir, çox aktiv və narahatdır
- 0 1 2 11. Heç bir şey göstərmədən, hər şeyi gözləyər
- 0 1 2 12. Tənhalıqdan şikayət edər
- 0 1 2 13. Çaşqındır, fikri dağınıqdır
- 0 1 2 14. Çox ağlayar
- 0 1 2 15. Heyvanlara şiddət göstərər
- 0 1 2 16. İnsanlara kobud davranır, əziyyət verər
- 0 1 2 17. Xəyal qurar və xəyallara dalar
- 0 1 2 18. Bilərəkdən özünə zərər verər, intihara cəh edər
- 0 1 2 19. Həmişə diqqət mərkəzində olmağa çalışır
- 0 1 2 20. Əşyalarına ziyan verər
- 0 1 2 21. Ailəsinə və başqalarına aid olan əşyalara da ziyan verər
- 0 1 2 22. Evdə sözə qulaq asmaz
- 0 1 2 23. Məktəbdə söz dinləmir
- 0 1 2 24. İştahsızdır
- 0 1 2 25. Digər uşaqlarla yola getməz

- 0 1 2 36. Təsadüfən bir yerlərinə xəta yetirir
- 0 1 2 37. Çox tez-tez mübahisə edər və davaya qarışar
- 0 1 2 38. Çox tez-tez sataşarlar, əylənərlər
- 0 1 2 39. Baş bələli insanlarla çox zaman keçirər
- 0 1 2 40. Olmayan səsələr və söhbətlər eşidər (açıqlayın)
-
- 0 1 2 41. Fikirləşmədən hərəkət edər, ağılına ilk gələn qərarları alır
- 0 1 2 42. İnsanlarla vaxt keçirməkdənsə, tək qalması üstün tutur
- 0 1 2 43. Yalan danışar, fırıldaqçılıq edər, aldadar
- 0 1 2 44. Dırmaqlarını çeynəyər
- 0 1 2 45. Əsəbi və gərgindir
- 0 1 2 46. Əzələləri oyanayar
- 0 1 2 47. Gecələr qorxulu yuxu görər
- 0 1 2 48. Digər uşaqlar tərəfindən sevilməz
- 0 1 2 49. Qəbz problemi yaşayır
- 0 1 2 50. Çox qorxaqdır
- 0 1 2 51. Gözləri qaralar və başı tez-tez fırlanar
- 0 1 2 52. Özünü çox günahkar hiss edər
- 0 1 2 53. Çoxlu yemək yeyər
- 0 1 2 54. Heç bir səbəb olmadan özünü yorğun hiss edər
- 0 1 2 55. Artıq çəkilidir
- 56. Sağlamlıqla bağlı problemləri olmadığı halda**
- 0 1 2 a. Ağrılardan şikayətlənir (baş və ya qarın ağrısından başqa)
- 0 1 2 b. Baş ağrılarında şikayətlənir
- 0 1 2 c. Bulantı qusma hissi olur

- 0 1 2 26. Etdiyi səhv davranışa görə özünü günahkar hiss etməz
- 0 1 2 27. Qısqancdır
- 0 1 2 28. Evdə,məktəbdə qaydalara əməl etməz, qarşı çıxar
- 0 1 2 29. Bəzi heyvanlardan, yerlərdən (hündür yerlər) və düşdüyü mühitdən(lift, qaranlıq otaq və s.) qorxar
- 0 1 2 30. Məktəbə qarşı fobiası var
- 0 1 2 31. Pis bir şey düşünə və ya edə biləcəyindən qorxar
- 0 1 2 32. Bütün işlərdə mükəmməl və qüsursuz olması
- 0 1 2 33. Kimsənin onu bəyənmədiyindən şikayətlənir
- 0 1 2 34. Başqaları ona qarşı olduğunu, ona zərər verməyə, eyibini tutmağa çalışdığını hiss edir
- 0 1 2 35. Özünü lazımsız və dəyərsiz hiss edir
- 0 1 2 62. Əl qol ayaq hərəkətlərini tənzimləmədə çətinlik çəkər
- 0 1 2 63. Özlərindən böyük uşaqlarla vaxt keçirməyi seçərlər.
- 0 1 2 64. Özündən kiçiklərlə vaxt keçirməyi seçər.
- 0 1 2 65. Danışmağı Rədd edir
- 0 1 2 66. İstəmədən də olsa bəzi hərəkətləri təkrar edir (əllərini dəfələrcə yuma, qapı kilidini təkrar kontrol etmək) (açıqlama verin) _____
- 0 1 2 67. Evdən qaçar
- 0 1 2 68. Çox çığırır
- 0 1 2 69. Sirlərini özünə saxlayar
- 0 1 2 70. Olmayan şeyləri görür (açıqlama verin)_____
- 0 1 2 71. Cəmiyyət içində rahat deyil, başqalarının onun haqqında nə düşüncələri və nə söyləyəcəkləri ilə bağlı narahat olar.
- 0 1 2 72. Yangın Çıxarır
- 0 1 2 73. Cinsi problemləri var idi (açıqlayın)_____

- 0 1 2 d. Gözlə bağlı şikayətlər (Eynək, linza istifadə etmə xaric) (açıqlayın) _____
- 0 1 2 e. Ləkələnmə, dəri xəstəliyi olur
- 0 1 2 f. Mədə qarın ağrısından şikayət edir
- 0 1 2 g. Qusmaları olur
- 0 1 2 h. Digər (açıqlayın) _____
- 0 1 2 57. İnsanlara vurur, fiziki güclər tətbiq edir.
- 0 1 2 58. Burnunu qarışdırır dərisini bədəninə didər, saç və kipriyini qoparır. (açıqlayın) _____
- 0 1 2 59. Hər kəsin içində cinsi orqanı ilə oynayır
- 0 1 2 60. Cinsi orqanı ilə çox oynayar
- 0 1 2 61. Dərslərini yaxşı edə bilməz
- 0 1 2 88. Tez tez küsər
- 0 1 2 89. Şübhəlidir, hər şeydən şübhələnir.
- 0 1 2 90. Söyüştü və açıq danışır
- 0 1 2 91. Özünü öldürəcəyini deyər
- 0 1 2 92. Bacarıqsızdır, Əziyyət çəkməz, gücünü istifadə etməz
- 0 1 2 93. Çox Danışır
- 0 1 2 94. Başqalarına Rahatlıq verməz, onlara sataşır,onlarla çox zarafat edir
- 0 1 2 95. Qəzəb problemi var tez sinirlənir.
- 0 1 2 96. Cinsi mövzuları şox düşündür.
- 0 1 2 97. İnsanları təhdid edir
- 0 1 2 98. Dərsə gecikir
- 0 1 2 99. Siqaret çəkir
- 0 1 2 100. Ona verilən vəzifəni yerinə yetirə bilməz
- 0 1 2 101. Dərstdən qaçar, davamsızlığı çoxdur.
- 0 1 2 102. Hərəkətsiz yavaşdır, enerjili deyil
- 0 1 2 103. Xoşbəxt deyil üzgün görünür depresiyadadır
- 0 1 2 104. Çox səs-küylüdür

- 0 1 2 74. Göstəriş üçün maraqlıdır
- 0 1 2 75. Çox utancaqdır
- 0 1 2 76. Digər uşaqlardan daha az yatır
- 0 1 2 77. Gecə və ya gündüz digər uşaqlardan daha çox yatar
- 0 1 2 78. Diqqəti tez dağılır
- 0 1 2 79. Danışmaq Problemi var (izah edin) _____
- 0 1 2 80. Boş gözlər ilə baxar
- 0 1 2 81. Evdən oğurluq edər
- 0 1 2 82. Evdən kənar yerlərdən oğurluq edər
- 0 1 2 83. Ehtiyacı olmadığı şeyləri yığar. (izah edin)
- _____
- 0 1 2 84. Qəribə davranışları var (əşyaların müəyyən sıralamada olmasını istəmək kimi) (izah edin)
- _____
- 0 1 2 85. Qəribə düşüncələri var (bəzi sayları, sözləri təkrarlama və bunları zehindən ata bilməmək kimi) (izah edin) _____
- 0 1 2 86. İnadkardır
- 0 1 2 87. Hisləri duyğuları tez tez dəyişir

- 0 1 2 105. İçki içir və ya sağlamlıq problemi olmadığı halda maddə istifadə edər (izah edin) _____
- 0 1 2 106. Digər şəxsləri məmnun etmək üçün çox çalışırlar
- 0 1 2 107. Məktəbi sevməz
- 0 1 2 108. Xəta etməkdən qorxar
- 0 1 2 109. Sızıldayır
- 0 1 2 110. Xarici Görünüşü təmiz deyildir
- 0 1 2 111. Özünə qapanıqdır
- 0 1 2 112. Hər şeyi dərd edər düşünər.
- 0 1 2 113. Tələbənin yuxarıda sıralanan listedən başqa problemləri varsa zəhmət olmasa yazın
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

Uşaqların üçün davranışını qiymətləndirmə sorğusu

Müəllim variantı

TƏLƏBƏNİN ADI. SOYADI	ÜNVAN	ANA VƏ ATANIN İŞİ (Ətraflı şəkildə yazın, məsələn təqaüdçü ibtidai sinif müəllimi, şofer, avtomobil təmirçisi, vəkil və s.)
CİNSİ KİŞİ <input type="checkbox"/> QADIN <input type="checkbox"/>	YAŞI	
TARİX BU GÜN GÜN.....AY.....İL.....	DOĞUM TARİXİ GÜN.....AY.....İL.....	ATANIN İŞİ: _____ ANANIN İŞİ: _____
SİNİF:	MƏKTƏBİN ADI VƏ ÜNVANI	Anketi dolduranın Adı Soyadı Cinsi <input type="checkbox"/> Kişi <input type="checkbox"/> Qadın <input type="checkbox"/> Məktəbdəki Vəzifəniz. <input type="checkbox"/> Sinif Müəlliməsi <input type="checkbox"/> Psixoloji Məsləhətçi <input type="checkbox"/> Özel Repititor <input type="checkbox"/> Direktor <input type="checkbox"/> Dərs Müəlliməsi <input type="checkbox"/> Digər (ətraflı) _____ <input type="checkbox"/> Məktəb Psixoloqu

Müəllim məlumat anketi

0: Düzgün deyil (Bildiyiniz qədər) 1: Bəzən və ya Biraz düzgün 2: Çox ya da tez-tez doğru

- 0 1 2 1. Yaşından çox uşaq kimi davranır
- 0 1 2 2. Dərsdə qəribə səslər çıxarır
- 0 1 2 3. Çox mübahisə edən bir uşaqdır
- 0 1 2 4. Başladığı fəaliyyəti (oyun, dərs və s.) sona qədər çətdirməz
- 0 1 2 5. Sevdirdiyi və ya bəyəndiyi şey çox azdır
- 0 1 2 6. Məktəb işçilərinə qarşı çıxır ya da tərs cavab verir
- 0 1 2 7. Bir şeylərlə öyünür, başqalarına özünü göstərir
- 0 1 2 8. Mövzuya fikrini cəmləməz, diqqətini cəmləyə bilməz
- 0 1 2 9. Başından ata bilmədiyi üçün onu narahat edən bəzi düşüncələr var (mikrob yoluxması, məktəb problemləri və s.)
- 0 1 2 10. Yerində dura bilmir, çox aktiv və narahatdır
- 0 1 2 11. Heç bir şey göstərmədən, hər şeyi gözləyər
- 0 1 2 12. Tənhalıqdan şikayət edir
- 0 1 2 13. Çəşqindir, fikri dağınıqdır
- 0 1 2 14. Çox ağlayar
- 0 1 2 15. Əli ayağı dayanmaz, tez-tez bir şeylərlə oynayır, qırar tökər.
- 0 1 2 16. İnsanlara kobud davranır, əziyyət verir
- 0 1 2 17. Xəyal qurar və xəyallara dalar
- 0 1 2 18. Bilərəkdən özünə zərər verir, intihara cəh edər
- 0 1 2 19. Həmişə diqqət mərkəzində olmağa çalışır
- 0 1 2 20. Əşyalarına ziyan verir
- 0 1 2 21. Ailəsinə və başqalarına aid olan əşyalara da ziyan verir
- 0 1 2 22. Əmirlərə tabe olmaqda çətinlik çəkir
- 0 1 2 23. Məktəbdə söz dinləmir
- 0 1 2 24. Digər uşaqları narahat edir
- 0 1 2 25. Digər uşaqlarla yola getməz
- 0 1 2 26. Etdiyi səhv davranışa görə özünü günahkar hiss etməz
- 0 1 2 27. Qısqancdır
- 0 1 2 28. Məktəbdə qaydalara əməl etməz, qarşı çıxar

- 0 1 2 43. Yalan danışar, fırıldaqçılıq edir, aldadar
- 0 1 2 44. Dırnaqlarını çeynəyər
- 0 1 2 45. Əsəbi və gərgindir
- 0 1 2 46. Əzəlləri oyanayar
- 0 1 2 47. Gecələr qorxulu yuxu görər
- 0 1 2 48. Digər uşaqlar tərəfindən sevilməz
- 0 1 2 49. Qəbz problemi yaşayır
- 0 1 2 50. Çox qorxaqdır
- 0 1 2 51. Gözləri qaralar və başı tez-tez fırlanar
- 0 1 2 52. Özünü çox günahkar hiss edir
- 0 1 2 53. Çoxlu yemək yeyər
- 0 1 2 54. Heç bir səbəb olmadan özünü yorğun hiss edir
- 0 1 2 55. Artıq çəkilidir

56. Sağlamlıqla bağlı problemləri olmadığı halda

- 0 1 2 a. Ağrılarından şikayətlənir (baş və ya qarın ağrısından başqa)
- 0 1 2 b. Baş ağrılarından şikayətlənir
- 0 1 2 c. Bulantı qusma hissi olur
- 0 1 2 d. Gözlə bağlı şikayətlər (Eynək, linza istifadə etmə xaric) (açıqlayın) _____
- 0 1 2 e. Ləkələnmə, dəri xəstəliyi olur
- 0 1 2 f. Mədə qarın ağrısından şikayət edir
- 0 1 2 g. Qusmaları olur
- 0 1 2 h. Digər (açıqlayın) _____
- 0 1 2 57. İnsanlara vurur, fiziki güclər tətbiq edir.
- 0 1 2 58. Burnunu qarışdırır dərisini bədəninə didər, saç və kipriyini qoparır. (açıqlayın) _____
- 0 1 2 59. Hər kəsin içində cinsi orqanı ilə oynayır
- 0 1 2 60. Cinsi orqanı ilə çox oynayır

- 0 1 2 29. Bəzi heyvanlardan, yerlərdən (hündür yerlər) və düşdüyü mühitdən (lif, qaranlıq otaq və s.) qorxar
- 0 1 2 30. Məktəbə qarşı fobiası var
- 0 1 2 31. Pis bir şey düşünə və ya edə biləcəyindən qorxar
- 0 1 2 32. Bütün işlərdə mükəmməl və qüsursuz olması gərəkdinə inanır
- 0 1 2 33. Kimsənin onu bəyənmədiyindən şikayətlənir
- 0 1 2 34. Başqaları ona qarşı olduğunu, ona zərər verməyə, eyibini tutmağa çalışdığını hiss edir
- 0 1 2 35. Özünü lazımsız və dəyərsiz hiss edər
- 0 1 2 36. Təsədüfən bir yerlərinə xəta yetirir
- 0 1 2 37. Çox tez-tez mübahisə edər və davaya qarışar
- 0 1 2 38. Çox tez-tez sataşarlar, əylənərlər
- 0 1 2 39. Başı bəlalı insanlarla çox zaman keçirər
- 0 1 2 40. Olmayan səslər və söhbətlər eşidər (açıqlayın)
- 0 1 2 41. Fikirləşmədən hərəkət edər, ağına ilk gələn qərarı alar
- 0 1 2 42. İnsanlarla vaxt keçirməkdənsə, tək qalmağı üstün tutar
- 0 1 2 71. Cəmiyyət içində rahat deyil, başqalarının onun haqqında nə düşünəcəkləri və nə söyləyəcəkləri ilə bağlı narahat olar.
- 0 1 2 72. Yanğın Çıxarır
- 0 1 2 73. Cinsi problemləri var idi (açıqlayın) _____
- 0 1 2 74. Göstəriş üçün maraqlıdır
- 0 1 2 75. Çox utancaqdır
- 0 1 2 76. Digər uşaqlardan daha az yatır
- 0 1 2 77. Gecə və ya gündüz digər uşaqlardan daha çox yatar
- 0 1 2 78. Diqqəti tez dağılır
- 0 1 2 79. Danışmaq Problemi var (izah edin) _____
- 0 1 2 80. Boş gözlər ilə baxar
- 0 1 2 81. Evdən oğurluq edər
- 0 1 2 82. Evdən kənar yerlərdən oğurluq edər
- 0 1 2 83. Ehtiyacı olmadığı şeyləri yığar. (izah edin)

- 0 1 2 61. Dərslərini yaxşı edə bilməz
- 0 1 2 62. Əl qol ayaq hərəkətlərini tənzimləmədə çətinlik çəkər
- 0 1 2 63. Özərindən böyük uşaqlarla vaxt keçirməyi seçərlər.
- 0 1 2 64. Özündən kiçiklərlə vaxt keçirməyi seçər.
- 0 1 2 65. Danışmağı Rədd edər
- 0 1 2 66. İstəmədən də olsa bezi hərəkətləri təkrar edər (əllərini dəfələrcə yuma, qapı kilidini təkrar kontrol etmək) (açıqlama verin)
- _____
- _____
- 0 1 2 67. Evdən qaçar
- 0 1 2 68. Çox çığırır
- 0 1 2 69. Sirlərini özünə saxlayar
- 0 1 2 70. Olmayan şeyləri görür (açıqlama verin) _____
- 0 1 2 106. Digər şəxsləri məmnun etmək üçün çox çalışırlar
- 0 1 2 107. Məktəbi sevməz
- 0 1 2 108. Xəta etməkdən qorxar
- 0 1 2 109. Sızıldayır
- 0 1 2 110. Xarici Görünüşü təmiz deyildir
- 0 1 2 111. Özünə qapanıqdır
- 0 1 2 112. Hər şeyi dərd edər düşünər.
- 0 1 2 113. Tələbənin/Şagirdlərin yuxarıda sıralanan listdən başqa problemləri varsa zəhmət olmasa yazın
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

0 1 2 84. Qəribə davranışları var (əşyaların müəyyən sıralamada olmasını istəmək kimi) (izah edin)

0 1 2 85. Qəribə düşüncələri var (bəzi sayları, sözləri təkrarlama və bunları zehindən ata bilməmək kimi) (izah edin)

0 1 2 86. İnadkardır

0 1 2 87. Hisləri duyğuları tez tez dəyişir

0 1 2 88. Tez tez küsər

0 1 2 89. Şübhəcidir, hər şeydən şübhələnir.

0 1 2 90. Söyüştü və açıq danışır

0 1 2 91. Özünü öldürəcəyini deyər

0 1 2 92. Bacarıqsızdır, Əziyyət çəkməz, gücünü istifadə etməz

0 1 2 93. Çox Danışır

0 1 2 94. Başqalarına Rahatlıq verməz, onlara sataşır,onlarla çox zarafat edər

0 1 2 95. Qəzəb problemi var tez sinirlənir.

0 1 2 96. Cinsi mövzuları çox düşündür.

0 1 2 97. İnsanları təhdid edər

0 1 2 98. Dərsə gecikir

0 1 2 99. Siqaret çəkir

0 1 2 100. Ona verilən vəzifəni yerinə yetirə bilməz

0 1 2 101. Dərsdən qaçar, davamsızlığı çoxdur.

0 1 2 102. Hərəkətsiz yavaşdır, enerjili deyil

0 1 2 103. Xoşbəxt deyil üzgün görünür depresiyadadır

0 1 2 104. Çox səs-küylüdür

0 1 2 105. İçki içir və ya sağlamlıq problemi olmadığı halda maddə istifadə edər (izah edin)
