



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI**

**OKUL REDDİ OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
AİLESEL ÖZELLİKLERİ**

Dr. M. KAYHAN BAHALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. AYŞEGÜL YOLGA TAHİROĞLU

ADANA-2008



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI**

**OKUL REDDİ OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN
AİLESEL ÖZELLİKLERİ**

Dr. M. KAYHAN BAHALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. AYŞEGÜL YOLGA TAHİROĞLU

ADANA-2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, mesleki oluşumumda büyük katkıları bulunan, ilgi ve hoşgörü ile beni destekleyen, bizlere bir aile ortamı sunan, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ayşe AVCI'ya,

Her fırsatta desteğini, bilgisini ve yardımını benden esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU'na,

Eğitimime katkıda bulunan Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatri ABD., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. ve Çocuk Nöroloji BD. öğretim üyelerine,

Çalışmadan elde ettiğim bilgileri istatistiksel olarak yorumlamamda desteğini esirgemeyen Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ABD. öğretim üyesi Doç. Dr. Gülşah ŞEYDAOĞLU'na,

Çalışmadaki katkılarından dolayı hemşiremiz Mehtap UZEL'e,

Tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bugüne dek ilgi ve destekleri ile yanımda olan annem, babam ve kardeşime,

Sevgili eşim Gülsel'e

Teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. M. Kayhan BAHALI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMALAR LİSTESİ.....	V
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	VI
ABSTRACT-KEYWORDS.....	VII
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Tanım ve Tarihçe.....	2
2.2. Epidemiyoloji.....	4
2.3. Klinik Görünüm.....	4
2.4. Tanı ve Değerlendirme.....	6
2.5. Ailesel Özellikler.....	9
2.6. Klinik Gidiş	13
2.7. Sağaltım.....	14
2.7.1. Bilişsel Davranışçı Terapi	14
2.7.2. İlaç Sağaltımı.....	15
2.7.3. Sağaltımda Kullanılan Diğer İlaçlar.....	16
2.7.4. Aile Terapisi.....	16
2.7.5. Okula Yönelik Sağaltım.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Çalışma Örneklemi.....	18
3.2. Çalışmanın Deseni.....	18
3.3. Deneklerin Seçimi.....	18
3.3.1. OR Grubu.....	18
3.3.2. Kontrol Grubu.....	18
3.4. Uygulama.....	19
3.5. Bilgi Toplama Araçları.....	19
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	19
3.5.2. Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu Belirti Tarama Listesi.....	20
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	20
3.5.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği.....	20
3.5.5. Durumluk-Sürekli Bunaltı Ölçeği.....	21
3.5.6. Ruhsal Belirti Tarama Listesi.....	21
3.6. İstatistiksel Analiz.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Demografik Özellikler.....	24
4.1.1. Çocuklara Ait Demografik Özellikler.....	24

	Sayfa No
4.1.2. Ana-Babalara Ait Demografik Özellikler.....	25
4.2. Çocukların Ailesel Özellikleri	27
4.3. OR Grubundaki Çocukların Klinik Özellikleri.....	27
4.4. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	30
4.5. OR Gelişiminde Risk Etmeni Olan Ailesel Özellikler.....	35
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	54
EK-1.....	54
EK-2.....	55
EK-3.....	56
EK-4.....	57
EK-5.....	59
EK-6.....	60
EK-7.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	65

TABLO LİSTESİ

TabloNo:

Sayfa No:

Tablo 1. OR Olan Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	8
Tablo 2. OR'nin Uzun Dönem İzlem Bulguları.....	13
Tablo 3. Gruplardaki Çocukların Yaş Dağılımları.....	24
Tablo 4. Gruplardaki Çocukların Eğitim Düzeyleri.....	25
Tablo 5. Gruplardaki Ana-Babaların Eğitim Durumları.....	26
Tablo 6. Gruplardaki Ana-Babaların Mesleki Durumları.....	26
Tablo 7. Gruplardaki Çocukların Ailesel Özellikleri.....	28
Tablo 8. OR Grubundaki Çocukların Tanıları.....	27
Tablo 9. OR Grubundaki Çocukların Tanı ve Eş Tanı Durumları.....	29
Tablo 10. OR Grubundaki Çocukların Tanılarına Göre Aldıkları İlaç Tipleri.....	29
Tablo 11. OR Grubundaki Çocukların Tanılarına Göre Son Durumları.....	30
Tablo 12. Gruplardaki Çocukların ABBBTL Maddelerinin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 13. Gruplardaki Ana-Babaların BDÖ, DSBÖ ve TAÖ Puanlarının Karşılaştırılması..	33
Tablo 14. Gruplardaki Ana-Babaların RBTL Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 15. OR Gelişimi İçin Risk Etmenleri.....	36

KISALTMA LİSTESİ

ABB	Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu
ABBBTL	Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu Belirti Tarama Listesi
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BTA	Başka Türlü Adlandırılmayan
DBÖ	Durumluk Bunaltı Ölçeği
DDD	Duygu Durum Düzenleyiciler
DSM-IV	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Basım
GA	Güven Aralığı
KOKGB	Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu
OF	Okul Fobisi
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OR	Okul Reddi
PB	Panik Bozukluk
RBTL	Ruhsal Belirti Tarama Listesi
SF	Sosyal Fobi
SSGi	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SBÖ	Sürekli Bunaltı Ölçeği
TAÖ	Toronto Aleksitimi Ölçeği
TSA	Trisiklik Antidepresanlar
YBB	Yaygın Bunaltı Bozukluğu

ÖZET

Okul Reddi Olan Çocuk Ve Ergenlerin Ailesel Özellikleri

Amaç: Okul reddi yakınması olan çocukların ailesel özelliklerinin değerlendirilmesi ve okul reddi gelişiminde ailesel özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Okul reddi yakınması olan 55 çocuk ve ana babası çalışmaya alınmış, kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Ana-babalara sosyodemografik bilgi formu, Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu Belirti Tarama Listesi, Beck Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Durumluk-Sürekli Bunaltı Ölçeği ve Ruhsal Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi ki-kare ve Mann whitney U testi ile yapılmıştır.

Bulgular: Okul reddi grubunun 34'ü (% 61,8) erkektir. Okul reddi olan çocukların % 74,5'i ayrılık bunaltısı bozukluğu tanısı almıştır. Annesi ev hanımı ve eğitim düzeyi düşük olan çocuklarda, çalışan ve eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarına göre anlamlı olarak daha sık okul reddi görülmüştür ($p<0,0001$). Okul reddi grubundaki ana-babaların bunaltı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0,005$). Ayrıca okul reddi grubundaki ana-babalarda, daha fazla ruhsal belirti saptanmıştır ($p<0,0001$). Ana-baba tarafından çocuğa fiziksel şiddet uygulanması (odds ratio, 9,2 [% 95 GA, 3,2-26,4]; $p<0,0001$); annede (odds ratio, 9,4 [% 95 GA, 1,1-77,6]; $p=0,014$), babada (odds ratio, 9,2 [% 95 GA, 2,0-42,8]; $p<0,001$) ya da çocukta (odds ratio, 5,8 [% 95 GA, 2,3-14,5]; $p<0,0001$) bedensel hastalık öyküsünün olması; annede (odds ratio, 2,4 [% 95 GA, 1,9-3,1]; $p<0,0001$), babada (odds ratio, 8,0 [% 95 GA, 1,0-67,6]; $p=0,026$) ya da geniş ailede (odds ratio, 13,1 [% 95 GA, 2,9-60,0]; $p<0,0001$) ruhsal hastalık varlığının okul reddi gelişimi için risk etmeni olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Genetik ve çevresel etmenler, çocuk ve ergenlerde, okul reddi gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle okul reddi gelişimine katkıda bulunan etmenlerin saptanarak gereken önlemlerin alınması, sağaltım sürecinde, klinisyenlere kolaylık sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ailesel özellikler, çocuk, okul reddi.

ABSTRACT

Familial Features of Children and Adolescents with School Refusal

Aim: The aim is to assess the familial features of children with complaints of school refusal and investigate the familial features in the development of school refusal.

Material and Method: 55 children with complaints of school refusal and their parents were included in the study and were compared with the control group. A sociodemographic data form, Separation Anxiety Disorder Symptom Check List, Beck Depression Inventory, Toronto Alexithymia Inventory, State-Trait Anxiety Inventory and Symptom Check List-90-R, was applied to the parents. The data obtained were assessed with chi-square and Mann Whitney U test.

Results: 34 % of the school refusal group (61,8 %) is made up of males. 74,5 % of children with school refusal were diagnosed with separation anxiety disorder. Children whose parents were housewives and poorly educated had a meaningfully more frequent incidence of school refusal than those whose parents worked and had a high level of education ($p < 0,0001$). Parents in the school refusal group had higher levels of anxiety, depression and alexithymia in comparison with the control group ($p < 0,005$). In addition, parents in the school refusal group were found to have more psychological symptoms ($p < 0,0001$). Physical violence by parents (odds ratio, 9,2 [95 % CI, 3,2-26,4]; $p < 0,0001$); the history of physical disease in the mother (odds ratio, 9,4 [95 % CI, 1,1-77,6]; $p = 0,014$), father (odds ratio, 9,2 [95 % CI, 2,0-42,8]; $p < 0,001$) or the child (odds ratio, 5,8 [95 % CI, 2,3-14,5]; $p < 0,0001$); the presence of mental illnesses in the mother (odds ratio, 2,4 [95 % CI, 1,9-3,1]; $p < 0,0001$), father (odds ratio, 8,0 [95 % CI, 1,0-67,6]; $p = 0,026$) or the extended family (odds ratio, 13,1 [95 % CI, 2,9-60,0]; $p < 0,0001$) were found to be risk factors in the development of school refusal.

Conclusion: Genetical and environmental factors contribute to the development of school refusal in both children and adolescents. Therefore, the determination of the factors contributing to the development of school refusal and the provision of necessary precautions will be of great assistance to clinicians in the therapeutic process.

Key Words: Children, familial features, school refusal.

1. GİRİŞ

Toplumun eğitim ve okula devam etme gibi beklentilerini karşılamak için çocuklar düzenli ve gönüllü olarak okula gitmektedir. Okula devam etme yasalar ile de zorunlu hale getirilmiştir. Bununla birlikte, bazı çocuklar için okula gitmek beklenenin ötesinde sıkıntı verici bir durumdur. Bu çocuklar okula devam etmede güçlük çekmekte ve okula gitmeyi reddetmektedir. Okul reddi (OR), çocukların bunaltı ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır. Klinik bir tanı olmayıp bir belirti olarak değerlendirilmektedir. Bunaltı bozuklukları başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olabilmektedir. OR çocuklar, ana-babalar ve okul çalışanları için sıkıntı verici bir durumdur.

OR, bir çocuk ruh sağlığı acilidir. Kısa ve uzun dönemde olumsuz sonuçlar doğurduğu için ciddi bir sorun olarak değerlendirilmektedir. OR'nin çocuğun sosyal ve eğitimsel gelişimini engellediği açıkça bilinmektedir. Düşük okul başarısı, ailesel güçlükler ve yaşıt ilişkilerinde sorunlar kısa dönemdeki olumsuz sonuçlarındandır. Yüksek öğretim etkinliklerine katılma olasılıklarının azalması, işsizlik sorunları, sosyal güçlükler ve ruhsal bozukluklara yatkınlık ise uzun dönemdeki olumsuz sonuçları arasında yer almaktadır.

Ana-babalarında ruhsal bozukluk olan çocuk ve ergenlerin, genetik ve çevresel etmenlere bağlı olarak ruhsal bozukluk geliştirme açısından risk altında olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan ruhsal bozukluklarda ana-babalardaki ruhsal bozuklukların saptanması ve sağaltımı büyük önem taşımaktadır. İleri dönemde ruhsal bozukluk geliştirebilecek yüksek riskli çocukların erken dönemde tanınması, sağaltımın zamanında yapılabilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne OR yakınması ile başvuran çocuk ve ergenlerin ailesel özelliklerinin değerlendirilmesi ve OR gelişiminde ailesel özelliklerin araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe ve Tanım

Okula gitmek istemeyen çocuklar üzerine yapılan tartışmalar geçen yüzyıldan bu yana yazında kendisine yer bulmaktadır. İlk kez 1913 yılında Jung tarafından okula gitme durumuyla ilgili olarak “nörotik reddetme“ terimi ortaya atılırken, Broadwin (1932) korku ve bunaltıdan kaynaklanan okul devamsızlığını açıklayan ilk yazar olmuştur.^{1,2} “Okul fobisi” (OF) terimi ilk olarak 1941 yılında, Johnson ve ark. (1941) tarafından kullanılmış, okula gitmekten kaçınma ile ilgili bunaltıyla karakterize bir çocukluk sendromu olarak tanımlanmıştır.³ İlk kez Büyük Britanya’da ortaya atılan OR terimi ise duygusal sıkıntı nedeniyle okula gitmeyen çocuklarda benzer sorunları tanımlamak için kullanılmıştır.⁴ Tartışmalar sürerken klinisyenler ve araştırmacılar okula gitmeyen çocukları, korku ya da bunaltıdan dolayı okula gitmeyip evde kalanlar ile okula ilgi duymadıkları ve/veya yetişkin otoritesine karşı çıktıkları için okula gitmeyenler olarak genel iki gruba ayırmışlardır.⁵ Birinci grup için “OR”, “bunaltılı OR”, “OF” ya da ayrılık bunaltısı bozukluğu (ABB) gibi isimler kullanılmıştır. İkinci grup ise “okuldan kaçma” olarak isimlendirilmiştir.⁶ Günümüzde OR terimi daha tanımlayıcı ve kapsamlı olduğu için tercih edilmektedir. Bu çalışmada da “OR” teriminin kullanılması uygun bulunmuştur.

OR, çocukların bunaltı ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır.⁵ Bowlby (1973), okul korkusu olan çocukları “gerçek okul durumundan korkma ve kaçınmadan çok, bağlı oldukları kişinin yokluğu veya kaybindan ya da güven duydukları ortamdan uzak kalmaktan korkanlar” olarak tanımlamıştır.⁷

Günümüzde OR ve OF eş anlamlı olarak kullanılmamaktadır. OF, OR’nin nedenlerinden biri olarak görülmektedir. OF, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı dördüncü basımda (DSM-IV), özgül fobiler sınıfı içinde yer almakta ve çocuğun ana-babasından ayrılma korkusu olarak değil, özgül olarak okul ortamından korkma olarak tanımlanmaktadır.⁸ Yalnızca okula gitme sırasında yaşanan ayrılma ile

ilişkili bunaltılar daha çok OF, buna karşın okul ve ev dışı herhangi bir yerde ayrılma ile ilgili bunaltının yaşanması ABB olarak değerlendirilmektedir.

Yazında OR'nin tanımı ve okuldan kaçma ile olan ilişkisi üzerindeki tartışmalar sürerken yapılan son çalışmalarda OR olan çocuklar tanımlanırken okuldan kaçma gibi antisosyal özellikleri olan ya da davranış bozukluğu ölçütlerini karşılayan çocuklar kapsam dışı bırakılmaktadır. Bu durum, OR ile okuldan kaçma davranışının birbirinden farklı iki durum olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.⁹⁻¹¹ Berg ve arkadaşları (1969), OR'yi okuldan kaçmadan ayırmak için, OR olan çocuklarda görülen bazı ortak özellikler belirlemişlerdir:

1. Uzun süre okul devamsızlığıyla sonuçlanan okula gitmede ciddi zorluk,
2. Okula gitme zamanı geldiğinde, çocuktan okula gitmesi istediğinde, aşırı korku, öfke patlamaları ve mutsuzluk gibi belirtileri olan şiddetli duygusal sorunlar ya da duygusal bir temeli olduğu düşünülen fiziksel hastalık yakınmaları ortaya çıkarma,
3. Okul zamanında ana-baba ya da diğer aile bireylerinin bilgisi dâhilinde evde kalma,
4. Şiddetli antisosyal davranış/davranım bozukluğunun olmamasıdır.⁹

Ayrıca OR olan bir çocuk genelde mesleki hedefleri olan çalışkan bir öğrenciyken, okuldan kaçan bir çocuk, okulu sevmeyen ve düşük okul başarısı sergileyen ilgisiz bir öğrencidir. Okuldan kaçan çocuklarda, okula gitme konusunda bunaltı ya da korku görülme olasılığı düşüktür. Okuldan kaçanlar genel olarak okula ilgi duymama, okul dışında daha keyifli zaman geçirme ve okul kurallarına uymama nedeniyle aralıklı ve kısa süreli devamsızlık yapmaktadırlar. OR olan çocukların tersine, okuldan kaçan çocuklar devamsızlıklarını çoğu kez ana-babalarından gizlemektedirler. Okul dışında bulunduklarında eve gitmeyerek, çoğu zaman diğer antisosyal akranlarıyla birlikte yıkıcı davranışlarda bulunmaktadırlar.¹²⁻¹⁴ Bunlara ek olarak, okuldan kaçan çocuklar duygusal bir bozukluktan çok davranış bozukluğu tanısı almaktadırlar.¹⁵ Ana-babaların çocuklarının okula gitmesini sağlamak için gösterdikleri çaba da OR ile okuldan kaçmayı birbirinden ayırmaya yardımcı olmaktadır. Okuldan kaçan çocukların ana-babasının okula gitmeyi teşvik etmede yeterli çaba göstermediği, hatta kimi zaman devamsızlığı teşvik edebildikleri belirtilmektedir.¹⁶

2.2. Epidemiyoloji

OR'nin yaygınlığına ilişkin bulgular önemli oranda değişiklik göstermektedir. Bu değişkenliğin başlıca nedeni tanımlamada kullanılan ölçütlerdeki farklılık olarak gösterilmektedir.¹⁷ Genel olarak, OR'nin yaygınlığı tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık % 1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için % 5 olarak bildirilmektedir.^{18,19} Ek olarak, OR olan çocukların sayısının giderek arttığı görüşü yazında desteklenmektedir.^{12,20,21} OR'nin sıklığı ile ilgili olarak ülkemize ait ayrıntılı veriler bulunmamaktadır.

OR erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görülmektedir.^{22,23} Okul hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. İlkokula başlama (5-7 yaş), ortaokula başlama (10-11 yaş) ve liseye başlama (14 yaş) gibi önemli geçiş dönemlerinde, okula erken başlama durumunda, okul değişiminin olduğu durumlarda ve zorunlu eğitimin bitmesine yakın bir dönemde daha sık görülmektedir.^{15,20,24} Bazı yazarlar ise, OR'nin ilk ya da orta çocukluk dönemine göre ergenlik öncesinde ve ergenlik çağında daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir.^{25,26}

OR ile ailenin sosyoekonomik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanamadığı, tüm sosyoekonomik düzeylerde görülebildiği bildirilmektedir.^{19,27}

2.3. Klinik Görünüm

Herslov (1977), OR olan çocuklarda görülen yaygın davranış biçimini şu şekilde açıklamaktadır: “Sorun çoğu kez okul hakkında belirsiz yakınmalar, okula gitme isteksizliği, okula gitmesi için ana-baba tarafından kandırılması, kendisine yalvarılması, ceza verilmesi ya da öğretmenler, doktorlar ve eğitim destek görevlileri tarafından zorlanması durumunda çocuğun okulda kalmayı reddetmesi ile başlamaktadır. Okula gitme zamanı geldiğinde bu davranışlara belirgin bunalı ve panik belirtileri eşlik etmektedir. Çocukların çoğu okula gitmek için evden ayrılamamaktadır. Bunu başaranlar ise daha yarı yoldayken eve geri dönmektedir. Bazı olgular okuldayken ansızın bunalı içinde eve koşmaktadır, bazıları ise birçok kez okula gitmeyi istediğini ve bunun için hazır olduğunu söylese de okul zamanı gelince bunu başaramamaktadır.”²⁸

OR oluşumunda çeşitli tetikleyici etmenler rol oynamaktadır. Etmenler herhangi bir yaşta gözlenebilir; çocuk, okul ya da aile kaynaklı olabilir. Kaza, hastalık veya bir

ameliyat geçirme çocukla ilişkili etmenler arasında gösterilebilir. Okul ya da sınıf değişikliği, ilkokuldan ortaokula, ortaokuldan liseye geçişler, okuldaki bir arkadaşını kaybetmesi, okuldaki diğer çocuklarla yaşanan güçlükler, okulda ğretmen tarafından fiziksel ya da ruhsal olarak örselenmesi, ağır ev ödevleri, kapasitesini aşan eğitimsel ve sosyal etkinlikler okulla ilişkili etmenler arasındadır. Aile yelerinden birinin hastalığı veya kaybı, ana-baba arasında yaşanan çatışmalar, boşanma, kardeş doğumu ve aile bireylerinden ayrılık OR gelişmesini tetikleyebilen ailesel etmenlerdir. Bu etmenler ocuk tarafından bir tehdit olarak algılanır ve kontrol edilemeyen bir bunaltı ortaya çıkmasına neden olur.^{2,29}

OR ile ilişkilendirilen çok sayıda bunaltı belirtisi bulunmaktadır. Bu belirtiler oldukça değişkendir. Bir okul günü içinde bile değişiklik gösterebilirler. ocuk okula giderken normal davranabilir ya da korku ve bunaltı belirtileri hızla düzelebilir. Ancak bir sonraki gün okula gitme zamanı geldiğinde korku ve bunaltı belirtileri yineleyebilir. Çocuğa evde kalması için izin verildiğinde, hafta sonlarında veya tatillerde belirtiler ortadan kalkabilir.^{14,30}

Bunaltı davranışsal, fizyolojik ve bilişsel olarak ortaya çıkabilir. Davranışsal düzeyde, çocuğun okula gitme güçlüğünün en belirgin göstergesi okula gitmeyi reddetmesidir. Okula gitme konusunda direnen ve kaçınan ocuk yatakta kalmayı isteyebilir. Okul için hazırlanmayı, arabaya binmeyi ya da okula varıldığında arabadan inmeyi reddedebilir. Çocuğa okula gitmesi için baskı uygulandığında, okuldan yakınma, ağlama, öfke patlamaları, kendine zarar verme ya da kaçma tehditleri gibi durumlar baş gösterebilir. Çocukların korkularının diğer belirtileri titreme, sallanma, huzursuzluk ve uyku bozukluklarıdır. OR'de görülen uyku bozuklukları; tanı ABB iken ayrı yatmayı istememe, gece uykuya dalmada güçlük yaşanması şeklinde iken, birden çok tanı alan OR olgularında ise kâbuslar ve gece terörü gibi uyku bozuklukları da görülmektedir.^{6,23}

Karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, baş dönmesi, yüz renginin solması, terleme, boğaz ağrısı, sırt ağrısı, eklem ağrısı, göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, görme bulanıklığı, yürüme güçlüğü, ateş ve sık idrara çıkma çocuğun okula gitme konusundaki bunaltıyla ilişkilendirilen fizyolojik belirtilerdir. Baş ve karın ağrısı en sık görülenlerdir. Bu belirtiler genellikle sabahları ya da okula gitmesi istendiğinde ortaya çıkmaktadır.^{6,31-33}

OR'ye bağılı bunalıtısı olan çocukların ortak bilişsel yönleri bulunmaktadır. Bunlar daha çok okula gitme konusundaki gerçek dışı korkuları içermektedir. Çocuklar okulda bunalıtı yaratabilecek durumları abartabilir, felaketleştirebilir ve bu durumlarla baş etme yeteneklerini küçümseyebilirler.²³

OR davranışının klinik görünümü, tetikleyici etmenler kadar yaşa bağılı olarak da değışiklik gösterebilir. Sosyal durumlardan, öğretmen ve diğere öğrencilerden korkma büyük yaş grubu çocuklarda gözlenirken, ayrılık bunalıtısı daha çok küçük yaş grubu çocuklarda, okulu bırakma ise ergenlerde daha sık görülmektedir.² OR olan çocuklarda devamsızlık süreci de değışkendir. Bazıları ara sıra ve kısa süreli devamsızlık yaparken bazıları okula haftalar ya da aylarca gitmeyebilirler.²³

2.4. Tanı ve Değerlendirme

Çocuklar sıklıkla okulu reddetmelerine neden olan etmenleri belirleyemediklerinden tanı için çok sayıda kaynaktan bilgi almak gerekmektedir. Temel bilgi kaynakları ana-baba ve okul çalışanlarıdır.^{23,30} Sağaltımları farklı olduğı için, OR ile okuldan kaçma arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır. Okuldan kaçmanın sağaltımı çoğı zaman ek yaklaşımlar gerektirmektedir.³⁴

Çocuğun bedensel sağılığı konusunda tıbbi bir araştırma yapılması gerekmektedir. Somatik yakınmalar OR ile ilişkili bunalıtıya bağılı olarak yaygın görülmekle birlikte, devamsızlık sorunun yönetiminde, çocuklarının somatik yakınmalarının organik bir temele dayanmadığı konusunda ana-babalar kesin bilgilere gereksinim duymaktadırlar.^{23,35}

Devamsızlık sorununun boyutunun belirlenmesi önemlidir. Yaşça küçük çocuklarda, yakın zamanda ortaya çıkan ve ara sıra görülen devamsızlık sorunu, ana-babaların çocuklarının düzenli bir şekilde okula gitmesini pekiştirmesiyle çözülebilir.³⁶ Yaşça büyük çocuklarda ve/veya uzun süreli devamsızlıklar için okula aşamalı dönüş önerilmektedir.²³

Olası korkular ve bunaltılar araştırılmalıdır. Bunların çocuklar arasında büyük oranda değışiklik gösterdiğinin farkında olmak gerekmektedir. Okul başarısı, okul tuvaletini kullanmak, beden eğitimi yapmak, ana-babadan ayrılmak, yaşıtlarının devamsızlık ile ilgili sorularını yanıtlamak, okulda disiplinli olmak, aile sorunları

çocuklarda korku ve bunalıta yaratabilen durumlara örneklerdir. Görüşmede kullanılan özbeöz bildirim araçları bu değerdendirmeye katkıda bulunabilirler.³⁷⁻³⁹

Aşırı korku ve bunalıta ek olarak çocuklar, öğrenme güçlükleri, yineleyen tehditler, sosyal yalıtım gibi gerçek ve yıldırdıcı durumlara da karşılaşılabılır. Bu gibi yaşantılar, okulda yaşanan sorunlara odaklı özel değerdendirme ve girişimler gerektirebilir. Kimi zaman bazı zorlukların üstesinden gelmek için okul değışimi önerilebilir.²³

OR, birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir (Tablo 1).⁴⁰ OR'nin bunalıta bozukluklarının olmadığı durumlarda da ortaya çıkması ya da bunalıta bozukluğu olan tüm çocukların okulu reddetme davranışı sergilememesine karşın, yazında OR ile bunalıta bozuklukları arasında güçlü bir ilişkinin olduğu destekleyen bilgiler bulunmaktadır.^{19,41,42} ABB, yaygın bunalıta bozukluğu (YBB), sosyal fobi (SF), özgül fobi ve bunalıta ile giden uyum bozukluğu en sık görülen tanılardır.²³ Tanısal çalışmalarda bunalıtlı OR olan çocuklar üç grupta toplanmaktadır: 1) ayrılık bunalıtısı olanlar, 2) basit ya da sosyal fobisi olanlar ve 3) bunalıtlı ve/veya depresif olanlar.^{5,27,43-}

47

ABB, OR olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen bunalıta bozukluğu olduğu gibi OR de ABB'nin en sık gözlenen belirtisidir. ABB olan çocuk ve ergenlerin % 75'inde OR gözlenirken, OR olan çocuk ve ergenlerin % 80'inde de ABB bulunmaktadır.⁴⁸ Özcan ve ark.'ın (2006) yaptıkları çalışmada, okul korkusu yakınması olan çocukların tümü değışik bunalıta bozuklukları ve depresif bozukluk tanıları almıştır. Bunalıta bozukluğu tanısı alan çocukların içinde ABB sıklığı % 76 olarak belirlenmiştir.⁴⁹ Ülkemizde yapılan diğerd bir çalışmada, ABB olan çocukların ailelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine en sık başvuru nedeninin OR (% 75) olduğu saptanmıştır.⁵⁰

Tanılarda yaşa bağlı eğilimler görülmektedir. ABB genelde yaşça daha küçük çocuklardaki OR ile ilişkilendirilirken, diğerd bunalıta bozuklukları, özellikle de fobiler ergenlerdeki OR ile ilişkilendirilmektedir.⁵¹ OR olan bir çocuk fobik bir tepki gösterdiğinde bu tepki, okul ortamına özgü nesnelerden çok eleştirilmek veya alay edilmek gibi sosyal durumlara ilişkilidir.²⁵

Tablo 1. OR Olan Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar

Bunaltı Bozuklukları	Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu *BTA-Bunaltı Bozukluğu Sosyal/Basit Fobi Panik Bozukluk Agorafobili Panik Bozukluk Travma Sonrası Stres Bozukluğu Agorafobi
Duygu Durum Bozuklukları	Depresif Bozukluk Distimi
Yıkıcı Davranım Bozuklukları	Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Davranım Bozukluğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu *BTA-Yıkıcı Davranım Bozukluğu
Diğer Bozukluklar	Uyum Bozukluğu (depresif duygudurum veya bunaltı ile giden) Öğrenme Bozukluğu Madde Kötüye Kullanımı

* Başka türlü adlandırılmayan.

OR olan çocuklardaki depresif belirtiler ile depresif bozuklukların yaygınlığını değerlendiren çalışmalardan çıkan sonuçlar değişkenlik göstermektedir. OR'li çocukların % 13-63,6'ında depresif bozukluğun ya da depresif duygu durumla giden bir uyum bozukluğunun bulunduğu gösterilmiştir.^{19,52,53} Olguların %50 kadarında ise çoğunlukla bunaltı ile ilişkilendirilen eşik altı depresyon belirtileri görüldüğü saptanmıştır.⁵²

Berg (1996), OR olan çocuklarda ki davranış sorunlarını incelediği çalışmasında, bazı olgularda saldırgan ve dirençli davranışlar görülebildiğini ancak bu davranışların temelde ev ortamına sınırlı olduğunu, daha çok okuldan kaçan çocukların bir özelliği olan çalma, yıkıcı davranış gibi diğer antisosyal eğilimlerin bulunmadığını belirtmiştir.¹⁴ Yaygın davranış sorunları OR'nin tipik özelliği değildir. Bununla birlikte OR olan çocuklar inatçı ve tartışmacı olabilir ve ana babaları tarafından okula gitmeye

zorlandıklarında saldırgan davranışlar sergileyebilirler.^{15,54,55} Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ile ilişkili zıtlasma davranışları, OR olan bunaltılı çocukların % 9-21'inde belirlenmiştir.^{52,53,56}

OR'nin dil gelişimi ve öğrenme bozuklukları ilişkisi de araştırılmıştır. Dil gelişimindeki bozukluklar ve öğrenme güçlüğü, çocuk ve gençlerin okula gitmeyi reddetmesi ile sonuçlanacak belirgin sıkıntıya neden olabilir. Yapılan bir çalışmada, diğer ruhsal bozukluğu olan ergen ve çocuklarla kıyaslandığında OR olan ergen ve çocuklarda daha yüksek oranda öğrenme güçlüğü ve konuşma bozukluğu saptanmıştır. Aynı zamanda araştırmacılar ergenlerin eğitimsel ve sosyal alandaki yetersizliklerine bağlı hayal kırıklıklarının, OR gelişiminde rol oynayabileceğini de ileri sürmektedirler.⁵⁷

2.5. Ailesel Özellikler

Bunaltı bozukluklarının ailesel olduğuna yönelik güçlü kanıtlar bulunmaktadır.⁵⁸⁻
⁶² Bunaltı bozukluklarındaki ailesel yatkınlık, ana-babasında bunaltı bozukluğu olan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar ve bunaltı bozukluğu olan çocukların akrabalarıyla yapılan çalışmalarla belirlenmiştir. Bunaltı bozukluğu olan ana-babaların çocuklarında ve bunaltı bozukluğu olan çocukların erişkin akrabalarında bunaltı bozuklukları daha sık görülmektedir. Aile çalışmaları panik bozukluk (PB), YBB, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), SF ve diğer fobik bozukluklar için özel bir ailesel kümelenmeyi göstermektedir.⁶²⁻⁶⁷ Ayrıca, babaya kıyasla anne ile çocuktaki ruhsal sorunlar arasında daha güçlü bir ilişki saptanmıştır.^{66,68,69}

Bunaltı bozukluğu olan çocukların ana-baba ve kardeşleri ile yapılan çalışmalarda da benzer bulgular yer almaktadır. OR ve ABB olan çocukların ana-babaları ile yapılan çalışmalarda, diğer bunaltı bozukluklarına benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Last ve ark. (1987), ABB olan çocukların annelerinin % 83'ünün, OF olan çocukların annelerinin ise % 57'sinin geçmişte en az bir bunaltı bozukluğu tanısı aldığını bildirilmişlerdir. Ayrıca, ABB olan çocukların annelerinin % 57'si ile OF olan çocukların annelerinin % 29'unda bunaltı bozuklukları saptanmış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ABB olan çocukların anneleri ruhsal bozukluklar açısından değerlendirildiğinde ise YBB (% 47,4), travma sonrası stres bozukluğu (% 15,8), agorafobi (% 5,3), duygu durum bozuklukları (% 78,9) tanıılarını

daha sık aldıkları bildirilmiştir. ABB olan çocukların annelerinde duygu durum bozukluklarının dört kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.²⁷ Bunaltı bozukluklarına bağlı OR olan çocukların ana-babalarındaki ruhsal bozuklukları tespit etmek amacıyla yapılan diğer bir çalışmada, OR olan çocuklar “fobikler” ve “ABB olanlar” olarak iki gruba ayrılmış ve ana-babalar ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılmışlardır. Annedeki bunaltı ve depresif bozukluğun yaşam boyu sıklığı % 78,4 ve % 53 olarak saptanmış, bununla birlikte babaların yarısı yaşamları boyunca en az bir bunaltı bozukluğu, dörtte biri ise bir depresif bozukluk tanısı almışlardır. Fobik grupta olan çocukların ana-babalarında basit ve/veya sosyal fobinin, ABB grubundaki çocukların ana-babalarında ise PB ve/veya agorafobinin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.⁷⁰

Ülkemizde OR olan çocuklar ve ana-babalarıyla yapılan bir çalışmada, OR olan grubun ana-babalarında ruhsal bozukluk görülme sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. OR olan çocukların annelerinin % 16’sında YBB, % 12’sinde major depresyon, % 12’sinde PB ve major depresyon, % 4’ünde PB ve agorafobi, % 4’ünde OKB ve major depresyon, % 4’ünde ise SF ve major depresyon tanısı saptanmıştır. OR olan çocukların babalarında ise % 12 oranında major depresyon, % 8 oranında SF, % 8 oranında YBB, % 4 oranında major depresyon ve alkol bağımlılığı ve % 4 oranında YBB ve alkol bağımlılığı tanısı saptanmıştır.⁷¹

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, ABB olan çocukların annelerinin, Eysenck Kişilik Ölçeği eksenlerinden nevrotiklik ve psikotizm boyutlarında yüksek puanlar aldığı; bunaltılı, alıngan, kolay ve çabuk tepkiler veren, aşırı duyarlı, güvensiz, psikosomatik yakınmaları fazla olan bireyler olduğu saptanmıştır.⁵⁰

OKB tanısı olan çocuk ve ergenlerin ana-babalarında ruhsal bozuklukların araştırıldığı bir çalışmada, hastaların anneleri kontrollerin annelerine kıyasla anlamlı oranda daha fazla ruhsal bozukluk tanısı almıştır. OKB, uyum bozuklukları, major depresyon ve bunaltı bozuklukları saptanan tanılar olmuştur. Çocuklardaki hastalığın süresi ana-babalarda ruhsal bozukluk bulunması ile ilişkili görülmüştür. Aynı zamanda, hastaların ana-babalarında özellikle çekingen kişilik bozukluğu ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.⁶⁷ Taner ve ark.’ın (2007) ülkemizde OKB’li çocukların aileleriyle yaptıkları benzer bir çalışmada ise OKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinde kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde daha çok bunaltı bozukluğu

saptanmıştır. Bunaltı bozuklukları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, hasta grubundaki annelerde OKB, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Bunaltı bozukluğu dışındaki ruhsal bozukluklarda ise iki grup arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. OKB tanısı konan çocuk ve ergenlerin babalarında tik bozukluğu kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. OKB ve kontrol grubundaki kardeşler arasında ruhsal hastalık varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.⁷²

Ana-babasinda bunaltı bozukluğu olan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında, PB'si ve basit fobisi olan ana-babaların çocuklarında kontrollere göre belirgin olarak yüksek oranda ruhsal bozukluk tespit edilmiştir. Ayrıca PB'si olan hastaların çocukları daha ağır ve çoklu tanılar almıştır; bu grupta özellikle ABB olmak üzere daha fazla bunaltı bozukluğu saptanmıştır. Özetle, çocukların ana-babalarıyla benzer belirtiler sergilediği gözlenmiştir.⁷³

Bunaltı bozukluğu, depresif bozukluk ile bunaltı bozukluğu ile birlikte depresif bozukluk tanısı konulan ana-babaların çocukları kontrollerle kıyaslandığında, ruhsal bozukluğu olan ana-babaların çocuklarında daha yüksek oranda ruhsal bozukluk saptanmıştır. Yalnızca bunaltı bozukluğu olan hastaların çocuklarında özgün olarak bunaltı bozuklukları görülürken, depresif bozukluk ve bunaltı bozukluğu ile birlikte depresif bozukluğu olan ana-babaların çocuklarında bunaltı bozuklukları, depresif bozukluklar ve dışavurum bozuklukları tanıları saptanmıştır.⁷⁴ Benzer bir çalışmada, Biederman ve ark. (2001), ana-babalarında ruhsal bozukluk olan hasta gruplarının çocuklarının ortalama bunaltı bozukluğu sayısının kontrol grubundan belirgin olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bunaltı bozuklukları, PB ile birlikte major depresyonu olan hastaların çocuklarında daha sık görülürken, bu grubu tek başına PB tanısı konulan hastaların çocukları izlemiştir. Ana-babadaki PB'nin, eşlik eden major depresyon olsun ya da olmasın, çocukta PB ve agorafobi için risk etmeni olduğu belirlenmiştir. Ana-babadaki major depresyonun ise PB'den bağımsız olarak, major depresyon, yıkıcı davranım bozuklukları ve SF riskini artırdığı bildirilmiştir. PB ya da major depresyon tek başına ya da birlikte ABB için risk etmeni olarak saptanmıştır.⁶⁴

OKB ve PB'si olan annelerin çocuklarının, herhangi bir psikopatolojisi olmayan annelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, bunaltı bozukluğu olan annelerin çocuklarında, kontrollerin çocuklarına göre daha fazla psikopatoloji olduğu ve bu çocukların daha fazla bunaltı bozukluğu tanısı aldıkları saptanmıştır. PB'si olan

annelerin çocuklarında % 23,3 oranında ABB, annelerinde OKB olan çocuklarda ise % 20 oranında ABB saptanmıştır. PB ve OKB tanılı annelerin çocuklarında benzer oranda ABB belirlendiğinden, ABB'nin PB'si olan annelerin çocuklarına özgü bir patoloji olmadığı öne sürülmüştür.⁷⁵

Genetik etmenlerin yanı sıra sorunlu ailevi işlevselliğinin de OR'ye neden olabileceği belirtilmiştir.^{6,15} Bu konuda aileyi değerlendiren birkaç çalışma bulunmaktadır.^{11,76-78} Bu çalışmalarda, OR olan olguların ailelerinde farklı aile işlevleri tanımlanmaktadır. Bernstein ve ark. (1988,1990), aile bütünlüğü ve aile fonksiyonları değerlendirdikleri çalışmalarda, OR ve ABB olan çocukların ailelerinde işlev bozukluklarının daha sık olduğunu saptamışlardır.^{76,77} Bernstein ve Borchardt (1996), bu grupta parçalanmış ailelerin oranının (% 39,6) topluma göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Parçalanmış ailelerde roller ve iletişim alanındaki güçlüklerin, bütünlüğün korunduğu ailelere göre daha sık olduğu da belirtilmiştir.⁷⁸ Kearney ve Silverman (1995), OR olgularında aile alt tiplerinin belirlenmesinin önemli olduğunu vurgulamışlardır (yapışık aile, çatışmalı aile, izole aile, uzak aile, sağlıklı aile). Çocuklarında OR olan 64 aile değerlendirildiğinde, OR olan çocukların aile tipi, hem yapışık hem çatışmalı karışık aile yapısı olarak tanımlanmıştır.¹¹

Annenin davranışlarının da, çocukta bunaltı bozukluğu gelişiminde önemli bir etmen olduğu ileri sürülmektedir. Bunaltının ana-babadan çocuğa geçişinin incelendiği bir çalışmada, bunaltı bozukluğu olan ana-babaların çocuklarıyla kurdukları ilişkiler incelenmiş ve bu hastaların daha içe kapanık bir ilişki tarzını benimsediği bildirilmiştir.⁷⁹ Yapılan başka bir çalışmada, bunaltı bozukluğu olan annelerin çocuklarıyla kurdukları ilişkide sağlıklı annelere göre daha katı ve olumsuz oldukları, çocuklarına daha az özerklik verdikleri ve daha fazla eleştireci davrandıkları belirlenmiştir. Annelerdeki bunaltının, çocuklarıyla kurdukları ilişkinin sıcaklığını ve yakınlığını etkilediği saptanmıştır.⁸⁰ Yapılan çalışmalarda, çocukların korkuları ile annelerinin korkuları arasında yoğun benzerlikler tespit edilmiş ve bu ilişkiye model almanın aracılık edebileceği bildirilmiştir. Ayrıca korkularını sıkça dile getiren annelerin çocuklarında da korkuların daha şiddetli olduğu bulunmuştur.⁸¹

2.6. Klinik Gidiş

OR'nin çocuklarda, özellikle sosyal ve eğitim başta olmak üzere kısa ve uzun dönemde gelişimi olumsuz etkilediği bildirilmektedir.^{6,18,57} Buna karşın OR olan çocuklar üzerinde çok az sayıda izlem çalışması yapılmıştır.

OR olan, 8-16 yaş arası 33 çocuğun üç aylık kısa süreli sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada, 29 (% 87,9) çocuğun ruhsal bozukluk tanısı aldığı, bunlardan 21'inin (% 63,7) birden çok tanı aldığı saptanmıştır. En sık saptanan tanılar sırası ile; depresif bozukluklar, bunaltı bozuklukları ve somatoform bozukluklardır. Çalışmaya alınan bütün çocuklara psikososyal destek verilmiş, 29 (% 87,9) çocuk ek olarak ilaç sağaltımı almıştır. İzlemde 20 çocuğun okula devamı sağlanmıştır. 16 çocukta (% 59,2) ruhsal bozukluğun sürdüğü gözlenmiştir. Ailede son çocuk olarak doğan, hiç ruhsal bozukluk tanısı almayan ya da tek tanı alan, yaşı küçük olan, başlangıç işlevsellik düzeyi yüksek olan çocuklarda klinik gidişin daha iyi olduğu saptanmıştır.⁵³

OR olan çocukların uzun süreli izlem çalışmaları, genel toplum ya da kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda ruhsal bozuklukların bulunduğunu ya da ruhsal yardıma gereksinim duyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.⁸²⁻⁸⁵ OR'nin uzun dönem sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır.⁴⁰

Tablo 2. OR'nin Uzun Dönem İzlem Bulguları

Sonuç	Sıklık
Okula zorunlu ara verme	% 18
Liseyi bitirememe	% 45
Erişkin psikiyatri poliklinik bakımı	% 43
Erişkin psikiyatri klinik bakımı	% 6
Suç davranışları	% 6
20 yıl sonra ana baba ile yaşıyor olma	% 14
20 yıl sonra evlenmiş olma	% 41
20 yıl sonra çocuk sahibi olmama	% 59

OR birçok ruhsal bozukluğun bir belirtisi olabileceğinden, klinik gidişi OR'nin kendisi kadar bu bozukluğun tipi de etkilemektedir.³⁰ Yapılan çalışmalarda ilk kez

ergenlik çağında ortaya çıkma, süregen özellik gösterme, depresyona ya da düşük zeka düzeyinin eşlik etmesi OR için kötü klinik gidiş göstergeleri arasındadır.^{82,86,87}

2.7. Sağaltım

OR sağaltımı ana-baba ve okul personeli ile işbirliği içinde yürütülmelidir. Sağaltımda temel amaç çocuğun kısa sürede okula dönmesini sağlamaktır. Çocuklarda OR ve bunalı bozuklukları sağaltımında genel kabul gören yöntem, çok eksenli bir sağaltım yaklaşımı uygulamaktır. Psikososyal yaklaşımlar ve psikofarmakolojik yaklaşımlar sağaltımın önemli ayaklarını oluşturur. OR yönetimine ilişkin psikososyal yaklaşımlar oyun terapisi, psikodinamik psikoterapi, aile terapisi ve bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) içermektedir.^{88,89} Günümüzde BDT ve ilaç sağaltımı OR sağaltımında en sık kullanılan yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır.

Sağaltımda uygulanan yöntemin etkili olmaması durumunda, alternatif psikososyal yaklaşımlar tek başına ya da ilaç sağaltımıyla birlikte kullanılabilir. Bu özellikle BDT'ye ya da ilaç sağaltımına yanıt vermeyen çocuklarda gerekli olabilir.⁸⁸

2.7.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

OR olgularında etkinliği araştırmalarla desteklenen en iyi yaklaşım BDT'dir.⁹⁰⁻⁹² Sağaltımda ilk seçenek olarak kullanılması önerilmektedir. BDT çocuğa, ana-baba ve okul çalışanlarına güçlüklerin üstesinden gelmeyi sağlayacak yöntemler sunmaktadır. İlaç sağaltımıyla ortaya çıkabilecek yan etkileri içermemesi de BDT'nin tercih nedenleri arasındadır.²³ BDT için en az 3-4 haftalık bir sağaltım programı önerilmektedir. Bu süreçte ana baba, çocuk ve okul personeli ile düzenli görüşme yapmak gerekmektedir.⁹³ Ana-baba ve okul çalışanları ile yapılan görüşmelerde, okula düzenli olarak gitmeleri için çocukları teşvik etmeyi amaçlayan uygun bir davranış yönetiminin planlanması konusunda yardımcı olunmalıdır. Öfke patlamaları, tartışma çıkarma, hasta numarası yapma gibi uygunsuz davranışların önemslenmemesi, komut verme ve uygun davranışların pekiştirilmesi uygun davranış yöntemleri arasındadır. OR olan çocuklar için uygulanan davranışçı yaklaşımda ise sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme eğitimi, duygu uyandırıcı imgeleme, model alma, şekillendirme, beklenmedik olayların yönetimi ve sosyal beceri eğitimi gibi tekniklerden yararlanılmaktadır.^{30,40,92} Bilişsel yaklaşımda çocuğun bunalıya neden olan düşüncelerini tanıması ve denetlemesi sağlanarak gerçek

dışı ve uygunsuz düşüncelerle baş etmesi amaçlanmaktadır. Bu yüzden, bunaltı uyandırıcı algılar daha olumlu düşüncelerle karşılaştırılır ve çocuğa bu gibi algılarının bunaltısını nasıl artırdığı ya da azalttığı gösterilmektedir. Son olarak, okula geri dönüşü sağlamada atılacak adımların ayrıntılı olarak gösterildiği bir plan hazırlanmalıdır.³⁰ Okula geri dönme sağaltımının ilk yarısında planlanmalıdır. Okula aşamalı geri dönüş, okula geri dönmeyi kolaylaştırmaktır.²³

2.7.2. İlaç Sağaltımı

İlaç sağaltımı, ilk seçenek olmamakla birlikte, OR olan çocuklarda genellikle düzenli olarak kullanılmaktadır. Çocuktaki bunaltı ve depresif bozukluk işlevselliği belirgin olarak bozuyorsa, BDT uygulamasına yeterli yanıt alınamıyorsa ya da BDT öncesi terapiye katılımı kolaylaştırmak için ilaçlar kullanılmaktadır.⁹⁴

İlaç sağaltımında ilk seçenek olarak öne çıkan bir grup bulunmamakla birlikte, trisiklik antidepresanlar (TSA) ve seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) sağaltımda sık kullanılmaktadır.⁹⁵ TSA'nın kullanımında yan etki görülme olasılığının yüksek olması ve tolere edilmelerinin güçlüğünden ötürü, SSGİ ABB'de ilk ilaç seçeneği olarak önerilmektedir.⁴⁸

Trisiklik antidepresanlar: OR ve/veya ABB olan çocuklarda TSA'nın etkinliği gösterilmiş olmakla birlikte yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. OR olan 35 çocuğun katıldığı imipramin çalışmasında, imipramin belirtiler üzerinde plasebodan daha etkin bulunmuştur.⁹⁶ OR olan çocuklarla yapılmış farklı bir çalışmada klomipraminin plasebodan anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir.⁹⁷ OR olan 7-14 yaşlarında 24 çocuğu kapsayan, çift kör bir çalışmada ise imipramin, alprazolam ve plasebo etkinliği kıyaslanmış, ilaç sağaltımı plaseboya üstün bulunmuştur.⁷⁷ Ayrıca, TSA ile birlikte BDT uygulanması sağaltıma yanıtı arttırmaktadır.^{83,98}

Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSGİ): OR olan çocuklardaki bunaltı bozukluklarının sağaltımında SSGİ'nin artan kullanımı genelde yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda elde edilen kanıtlara ve klinik deneyimlere dayanmaktadır.^{94,95} Özellikle OR olan çocukların sağaltımında SSGİ'lerin etkinliğini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte ABB, OKB'si, SF'si ya da YBB olan çocukların sağaltımında SSGİ'nin etkinliği gösterilmiştir.^{23,99-101}

2.7.3. Sağaltımda Kullanılan Diğer İlaçlar

OR veya bunaltı bozukluğu olan çocukların sağaltımında benzodiazepinlerin kullanımı umut verici gibi görünse de plasebo kontrollü çalışmalarda etkinlikleri açıkça gösterilememiştir. Ayrıca benzodiazepinlerin bağımlılık yapıcı etkilerinden dolayı uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Klinik belirtileri ağır olan hastalarda kısa süreli kullanımları fayda sağlayabilir.^{48,94,102}

Buspironun açık uçlu çalışmalarda çocuklardaki bunaltı belirtilerini düzelttiği gösterilmiştir, ancak bunaltı bozukluğu olan çocuklar üzerinde yapılan kontrollü çalışma bulunmamaktadır.^{103,104}

Çocuklardaki şiddetli bunaltının sağaltımında klinik olarak antipsikotik ilaçlar da kullanılmaktadır; ancak OR’de bu uygulamayı destekleyecek bilimsel kanıt bulunmamaktadır.⁹⁵

2.7.4. Aile Terapisi

Sağaltıma dirençli OR olgularında patolojik ana-çocuk ilişkilerinin söz konusu olabileceği ileri sürülmekte ve bu tür sorunu olan çocuklarda aile terapisi de öngörülmektedir. Aile terapisinde aile dinamikleri ele alınmalı, ana babanın çocuğa karşı tutumlarında tutarlılık ve aynılık olması amaçlanmalıdır. Özellikle ana-çocuk arasındaki bağımlılık üzerinde çalışılmalı, çocuğun özerklik kazanması sağlanmalı ve ana-babanın çocuğu hakkındaki bunaltıları azaltılmaya çalışılmalıdır.⁷¹ Ana-babadaki ruhsal bozukluklar ya da evlilik sorunlarının incelenmesi ve sağaltımı önemlidir, ayrıca bu uygulamalar ana-babanın çocuğun sağaltımına katılımını artırmak için de gereklidir. Bazı çalışmalarda ana-babadaki ruhsal bozukluğun çocuğun sağaltımını olumsuz etkilediği gösterilmiştir.^{52,105}

2.7.5. Okula Yönelik Sağaltım

Okula yönelik girişimler sağaltımın değişmez parçasıdır. Çocuğun okula özgün bir bunaltısının olup olmadığı gözden geçirilmelidir. Bunaltı okuldaki özgün bir olay ya da nesne ile ilgili ise buna yönelik girişimler planlanmalıdır. Planlanan sağaltım sürecinde, okul çalışanları ile işbirliği gerekeceğinden, ana-baba ile okul arasında iyi bir bağlantı kurulması gereklidir. Terapist bu konuda aileyi desteklemelidir. Terapist gerek okul ziyareti gerekse de bilgilendirme notları ile öğretmen ve diğer ilgili okul çalışanlarına

sağaltım planı ile ilgili bilgi vermelidir. Çocuğun okul yaşantısının olumlu ve destekleyici nitelikte olması önemlidir. Çocuğun gereksinimlerine göre okulda belirlenecek düzenlemelerin yapılması için okul çalışanları teşvik edilmelidir. Eğer okula özgün bunalı kaynağına çözüm bulunamıyorsa, okul ya da sınıf değişikliği de sağaltımı destekleyen bir girişim olarak kullanılabilir.²³

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Örneklemi

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde yürütülmüştür. Çalışma grubunu, 1997-2007 yılları arasında, polikliniğimize OR yakınması ile başvuran 55 çocuk ve ana-babası oluşturmuştur. Kontrol grubu ise OR yakınması olmayan 56 çocuk ve ana-babasından oluşturulmuştur.

3.2. Çalışmanın Deseni

Çalışmanın deseni vaka-kontrol çalışması olarak belirlenmiştir.

3.3. Deneklerin Seçimi

3.3.1. OR Grubu

1. Çocukların 5 yaş üzerinde olması,
2. En az anasınıfı düzeyinde eğitim alıyor olması,
3. Okula devam edememe sorununun en az bir aydır devam ediyor olması,
4. Ciddi bir bedensel hastalığın olmaması,
5. Ana-baba ile görüşülmüş olması,
6. Ana-babadan çalışmaya katılım onayının alınması.

3.3.2. Kontrol Grubu

1. Çocukların 5 yaş üzerinde olması olması,
2. En az anasınıfı düzeyinde eğitim alıyor olması,
3. OR yakınmasının bulunmaması,
4. Ciddi bir bedensel hastalığın olmaması,
5. Ana-baba ile görüşülmüş olması,
6. Ana-babadan çalışmaya katılım onayının alınması.

3.4. Uygulama

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne OR yakınması ile başvuran çocukların ana-babalarına çalışmanın amacı anlatılmış ve onam (EK-1) alınmıştır. Çocuk ve ana-baba ile ayrıntılı bir klinik görüşme yapılmıştır. Klinik görüşmenin ardından ana-babalara Sosyodemografik Bilgi Formu, Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu Belirti Tarama Listesi (ABBBTL), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Durumluk ve Sürekli Bunaltı Ölçeği (DSBÖ), Ruhsal Belirti Tarama Listesi (RBTL) uygulanmıştır. Yapılan inceleme ve ruhsal muayene sonrasında çocukların sağaltımları başlatılmıştır.

Kontrol grubunu oluşturmak için İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmış, önerilen okulun rehberlik servisi ile bağlantı kurulmuş, OR yakınması olmayan çocuklar tespit edilmiş, çocukların ana-babalarına ulaşılmış, çalışmanın amacı anlatılmış ve gönüllü olanların onayları alınarak çalışmaya alınmıştır. Çalışma grubuna uygulanan anketler kontrol grubuna da uygulanmıştır. Ana-babalar tarafından doldurulan anketler rehberlik servisi aracılığıyla toplanmıştır.

3.5. Bilgi Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmada kullanılan ve tarafımızca hazırlanan bu formda (EK-2), çocuk ve ana-babalara ait sosyodemografik özellikler ile OR gelişiminde rol oynayabilecek ailesel etmenler sorgulanmaktadır.

3.5.2. Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu Belirti Tarama Listesi (ABBBTL)

Çalışmada kullanılan ve tarafımızca hazırlanan bu belirti tarama listesi (EK-3), DSM-IV-TR'de ABB için belirtilen tanı ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. 17 maddeden oluşmaktadır. Belirti tarama listesi, anne tarafından, “evet” veya “hayır” şeklinde yanıtlandırılır.

3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ (EK-4), erişkinlerde depresyon riskini belirlemeye, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan bir öz bildirim ölçeğidir. Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır.¹⁰⁶ Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Hisli (1988,1989) tarafından yapılmıştır.^{107,108} Kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliğinde, $r=0,74$ olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlilik yönteminde, BDÖ ile birlikte MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon $r=0,50$ olarak elde edilmiştir.

3.5.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

TAÖ (EK-5), Taylor ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen, 26 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir.¹⁰⁹ Yanıtları 5'li likert gösterge üzerinde işaretlenir. Elde edilen toplam puan 26-130 arasında değişmektedir. "74" ve üstündeki puanların aleksitimik, "62" ve altındaki puanların da aleksitimik olmayan bireyler olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Yapılan diğer bir çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,79, bir hafta ara ile yapılan uygulamada test-tekrar test güvenirlik katsayısını 0,82 olarak bulunmuştur.¹¹⁰ Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır.¹¹¹ Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,65, test-tekrar güvenirlik katsayısı 0,71 olarak saptanmıştır. Türkiye'de TAÖ ile yapılan bir başka çalışmada ise ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,70, Cronbach alfa katsayısı ise 0,72 olarak saptanmıştır.¹¹² TAÖ'nün Türkçe uygulamasının puanlama yöntemi orijinalinden farklıdır. Orijinalinde 5'li likert puanlama sistemi kullanılırken Türkçe formunda zorunlu seçme yanıtlama sistemi kullanılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 11 olarak bulunmuştur. "11 ve üstü puan alanların" aleksitimik olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

3.5.5. Durumluk-Sürekli Bunaltı Ölçeği (DSBÖ)

DSBÖ (EK-6), durumluk ve sürekli bunaltı düzeylerini ayrı ayrı belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir.¹¹³ Kırk maddeden oluşan, yirmişer maddelik iki ayrı ölçeği içeren bir öz bildirim anketidir. Durumluk Bunaltı Ölçeği (DBÖ) için güvenirlik katsayılarının 0,83 ile 0,92 arasında, Sürekli Bunaltı Ölçeği (SBÖ) için ise 0,86 ile 0,92 arasında olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır.¹¹⁴ Türkçe formunda güvenirlik katsayılarının DBÖ için 0,94 ile 0,96 arasında, SBÖ için ise 0,83 ile 0,87 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları dile getirirken, tersine ifadeler olumlu duyguları dile getirmektedir. DBÖ maddelerinde ifade edilen duygu veya davranışlar şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla olarak işaretlenir. SBÖ maddelerinde ifade edilen duygu veya davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan artmış bunaltı seviyesini, düşük puan ise azalmış bunaltı seviyesini belirtir.

3.5.6. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (RBTL)

RBTL (EK-7), Derogatis (1977) tarafından geliştirilmiştir.¹¹⁵ Ölçeğin test tekrar güvenirlik katsayılarının alt ölçeklere göre 0,78 ile 0,90 arasında değiştiği bildirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır.¹¹⁶ Türkçe formun test tekrar test güvenirlik katsayıları alt ölçeklere göre 0,65 ile 0,87 arasında olup, Cronbach alfa iç tutarlılığı 0,97 olarak saptanmıştır. 5'li likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan bir öz bildirim anketidir. Bireyin altında bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini ölçen, bir ruhsal belirti tarama aracıdır. Her madde hiç, çok az, orta derecede, oldukça fazla, ileri derecede seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 arasında puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçek somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, bunaltı, öfke ve düşmanlık, fobik bunaltı, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı belirti grubunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır:

1. Somatizasyon alt ölçeği: On iki maddelik bu alt ölçek, vücudun kalp-damar, solunum, mide-bağırsak ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozuklukları ile ilgili sıkıntıları yansıtır,

2. Obsesif-kompulsif alt ölçeği: On maddelik bu alt ölçek, ısrarlı, ego-distonik, istenmeyen düşünce, dürtü ve eylemleri içerir,

3. Kişiler arası duyarlılık alt ölçeği: Dokuz maddelik bu alt ölçek, bireyin kendini başkalarıyla kıyasladığında, kişisel yetersizlik ve aşağılanma duyguları hissetmesi, kişiler arası ilişkilerde zorluk çekmesi gibi olumsuz duygu ve düşünceleri yansıtır,

4. Depresyon alt ölçeği: On üç maddelik bu alt ölçek, çökkün duygudurum, ilgi kaybı, güdülenme eksikliği, güçsüzlük hissi, ümitsizlik, öz kırım düşünceleri ve depresyonun diğer belirtilerini sorgular,

5. Bunaltı alt ölçeği: On maddelik bu alt ölçek, huzursuzluk, gerginlik, somatik yakınmaları, YBB, panik atakları ve disosiasyon yaşantılarını da içerir,

6. Öfke ve düşmanlık alt ölçeği: Altı maddeden oluşan bu alt ölçek, düşmanlık düşünce, duygu ve eylemlerini ve kontrol edilemeyen öfke patlamalarını içerir,

7. Fobik bunaltı alt ölçeği: Yedi maddelik bu alt ölçek, bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı bir korku tepkisini yansıtır,

8. Paranoid düşünce alt ölçeği: Altı maddelik bu alt ölçek, sanrılar ve paranoid düşünceleri yansıtır,

9. Psikotizm alt ölçeği: On maddeden oluşan bu alt ölçekte, işitme ve görme varsanıları, düşünce yayılması, düşüncelerin dışarıdan kontrol edilmesi düşünceleri gibi pozitif belirtiler ile tek başına sürdürülen yaşam tarzını içerir,

10. Ek Gösterge: Yedi maddeden oluşan bu bölüm, yeme, uyku sorunlarını değerlendiren alt ölçektir.

Genel belirti düzeyi (GBD), boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalamasıdır. 0 ile 4 arasında değer almaktadır. Pozitif belirti toplamı

(PBT), “hiç” seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır. 0 ile 90 arasındadır. Pozitif belirti düzeyi (PBD), “hiç” seçeneğiyle işaretlenenler haricindeki maddelerin dereceleme puanları toplamının PBT’ye bölünmesi ile elde edilen ortalama değerdir. 0 ile 4 arasında değer almaktadır. Ölçek genel ortalama puanı olan GBD’deki artış bireydeki ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntının artışıdır ve ölçeğin en iyi göstergesidir. PBT arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli ruhsal belirti algıladığını gösterir. PBD’deki artış ise bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir.

3.6. İstatistiksel Analiz:

Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde Mann whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanılmış, Odds Ratio ve % 95 Güven Aralığı (GA) hesaplanmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma, n ve yüzde olarak ifade edilmiştir. p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

4.1.1. Çocuklara Ait Demografik Özellikler

OR grubu 34'ü (% 61,8) erkek, 21'i (% 38,2) kız toplam 55 çocuktan oluşurken, kontrol grubu 30'u erkek (% 53,6), 26'sı (% 46,4) kız toplam 56 çocuktan oluşmuştur. Her iki gruptaki çocuklar cinsiyetleri açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

OR grubunda bulunan çocukların yaş ortalaması $9,1\pm3,0$ yıl, kontrol grubundaki çocukların yaş ortalaması ise $9,0\pm2,5$ yıl olarak bulunmuştur. İki grubun yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). OR grubundaki çocukların 24'ü (% 43,6) 5-7 yaş, 12'si (% 21,9) 10-11 yaş, 11'i (% 20) ise 12 yaş ve üstü aralığında yer almıştır. Çocukların yaş dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Gruplardaki Çocukların Yaş Dağılımları

Yaş	OR Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
6 yaş ve altı	11 (20,0)	5 (8,9)
7 yaş	13 (23,6)	19 (33,9)
8 yaş	5 (9,0)	5 (8,9)
9 yaş	3 (5,5)	8 (14,3)
10 yaş	4 (7,3)	1 (1,8)
11 yaş	8 (14,6)	7 (12,5)
12 yaş ve üstü	11 (20,0)	11 (19,7)
Toplam	55 (100)	56 (100)

Çocukların eğitim düzeyine bakıldığında, OR grubundaki çocukların 7'sinin (% 12,7) okul öncesi, 37'sinin (% 67,3) ilköğretim (1-5. sınıflar), 11'inin (% 20) ortaöğretim-lise (6. sınıf ve üstü) düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise çocukların 39'u (% 69,7) okul öncesi ve ilköğretim, 17'si (% 30,3) ortaöğretim-lise düzeyinde eğitim almaktadır. OR grubunda 20 (% 36,4) çocuğun okul öncesi ve ilkokul 1. sınıfta eğitim aldığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Gruplardaki Çocukların Eğitim Düzeyleri

Eğitim düzeyi	OR Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
Okul öncesi	7 (12,7)	3 (5,4)
İlköğretim	37 (67,3)	36 (64,3)
Ortaöğretim-Lise	11 (20,0)	17 (30,3)
Toplam	55 (100)	56 (100)

4.1.2. Ana-Babalara Ait Demografik Özellikler

OR grubunda bulunan annelerin (n=55) yaş ortalaması $36,0 \pm 5,7$ yıl, kontrol grubundaki annelerin (n=56) yaş ortalaması $36,5 \pm 5,4$ yıl olarak bulunmuştur. OR (n=55) ve kontrol (n=56) grubu babaların yaş ortalamaları ise sırasıyla $41,2 \pm 6,1$ ve $40,7 \pm 5,4$ yıl olarak saptanmıştır. Her iki grubun ana-babalarının yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). OR grubu annelerinin 30'u (% 44,5) ilk-ortaöğretim, 17'si (% 30,9) lise, 8'i (% 14,5) yüksekokul mezunudur. Kontrol grubu annelerinin ise 11'i (% 19,6) ilk-ortaöğretim, 21'i (% 37,5) lise, 24'ü (% 42,9) yüksekokul mezunudur. OR grubu babalarının 27'si (% 49) ilk-ortaöğretim, 17'si (% 30,9) lise, 11'i (% 20) yüksekokul mezunudur. Kontrol grubu babalarının ise 7'si (% 12,5) ilk-ortaöğretim, 18'i (% 32,1) lise, 31'i (% 55,4) yüksekokul mezunudur. Ana-babaların eğitim durumları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Gruplardaki Ana-Babaların Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	OR Grubu		Kontrol Grubu	
	Anne n (%)	Baba n (%)	Anne n (%)	Baba n (%)
İlköğretim	22 (40,0)	19 (34,5)	7 (12,5)	5 (8,9)
Ortaöğretim	8 (14,5)	8 (14,5)	4 (7,1)	2 (3,6)
Lise	17 (30,9)	17 (30,9)	21 (37,5)	18 (32,1)
Yüksekokul	8 (14,5)	11 (20,0)	24 (42,9)	31 (55,4)
Toplam	55 (100)	55 (100)	56 (100)	56 (100)

Çalışan annelerin sayısı OR grubunda 9 (% 16,3), kontrol grubunda 28 (% 50) olarak bulunmuştur. OR grubu çocukların babalarının yalnızca 1'i (% 1,8) çalışmıyorken kontrol grubundaki çocukların babalarının tamamının çalıştığı saptanmıştır. Her iki grubun annelerinin çalışma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Ana-babaların mesleki durumları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Gruplardaki Ana-Babaların Mesleki Durumları

Meslek	OR Grubu		Kontrol Grubu	
	Anne n (%)	Baba n (%)	Anne n (%)	Baba n (%)
Ev hanımı	46 (83,6)	-	28 (50,0)	-
İşsiz	-	1 (1,8)	-	0
İşçi	0	9 (16,4)	2 (3,6)	11 (19,6)
Memur	8 (14,5)	15 (27,3)	19 (33,9)	26 (46,4)
Serbest	0	23 (41,8)	4 (7,1)	14 (25,0)
Emekli	1 (1,8)	7 (12,7)	3 (5,4)	5 (8,9)
Toplam	55 (100)	55 (100)	56 (100)	56 (100)

4.2. Çocukların Ailesel Özellikleri

Her iki grupta da ailelerin çoğunun tek ya da iki çocuklu aileler olduğu saptanmıştır. OR grubundaki çocukların 27'si (% 49,1) ailenin birinci çocuğu olup, 21'i (% 38,2) ise ikinci çocuğudur. Kontrol grubunda ise 56 çocuktan 34'ü (% 60,7) ailenin birinci, 15'i (% 26,8) ikinci çocuğudur. OR ve kontrol grubunda aile bütünlüğüne bakıldığında her iki grupta da ana-baba birlikteliğinin daha fazla olduğu görülmüştür. OR grubunda çocukların 46'sının (% 83,6) bakım vereni ana-baba iken kontrol grubu çocuklarının 38'inin (% 67,9) bakım vereni ana-babadır. Ana-baba dışında bakım veren sayısı iki grupta da düşük bulunmuştur. Bakım verenler açısından gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

4.3. OR Grubundaki Çocukların Klinik Özellikleri

OR grubundaki çocukların klinik tanılarına bakıldığında; 41 çocuğun (% 74,5) ABB, 5 çocuğun (% 9,1) OKB, 4 çocuğun (% 7,3) depresyon, 4 çocuğun (% 7,3) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve KOKGB olmak üzere YDB ve 1 çocuğun da (% 1,8) SF olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. OR Grubundaki Çocukların Tanıları

Tanı	n (%)
ABB	41 (74,5)
OKB	5 (9,1)
Depresyon	4 (7,3)
YDB	4 (7,3)
SF	1 (1,8)
Toplam	55 (100)

Tablo 7. Gruplardaki Çocukların Ailesel Özellikleri

Kardeş Sayısı	OR Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
Yok	9 (16,4)	13 (23,2)
Bir	30 (54,6)	28 (50,0)
İki ve üzeri	16 (29,0)	15 (26,8)
Ailede Kaçınıcı Çocuk		
Birinci	27 (49,1)	34 (60,7)
İkinci	21 (38,2)	15 (26,8)
Diğer	7 (12,7)	7 (12,5)
Aile Durumu		
Ana-baba birlikte	53 (96,4)	56 (100)
Boşanmış-Parçalanmış	2 (3,6)	0
Bakım veren		
Ana-baba	46 (83,6)	38 (67,9)
Anneanne/babanne	4 (7,3)	7 (12,5)
Bakıcı	4 (7,3)	7 (12,5)
Diğer	1 (1,8)	4 (7,1)
Toplam	55 (100)	56 (100)

OR grubundaki çocukların eş tanılarına bakıldığında 17 (% 30,9) çocuk herhangi bir eş tanı almamış, 38 çocuk (% 69,1) bir ya da daha fazla eş tanı almıştır. 11 çocuk ABB, 9 çocuk OKB, 8 çocuk dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve KOKGB olmak üzere YDB, 4 çocuk YBB, 3 çocuk SF, 2 çocuk PB, 2 çocuk depresyon eş tanısı almıştır. ABB olan çocuklarda en sık görülen eş tanı diğer bir bunaltı bozukluğu olmuştur. Bu çocuklara ait tanı ve eş tanı dağılımı Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. OR Grubundaki Çocukların Tanı ve Eş Tanı Durumları

Tanı	Eş Tanı							
	ABB n	OKB n	YBB n	SF n	PB n	Depresyon n	YDB n	Diğer n
ABB	-	7	3	3	2	2	7	9
OKB	5	-	0	0	0	0	0	0
Depresyon	3	1	0	0	0	-	1	0
YDB	2	0	1	0	0	0	-	4
SF	1	1	0	-	0	0	0	0
Toplam	11	9	4	3	2	2	8	13

OR grubunda ABB olan 3 çocuk (% 5,5) dışında tüm çocuklar bir ya da daha fazla ilaç sağaltımı almışlardır. Kullanılan ilaç tiplerine bakıldığında çocukların 45'i çoğunluğu SSGİ olmak üzere antidepresan ilaç, 22'si anksiyolitik ilaç sağaltımı almıştır. Ayrıca ABB olan çocuklar değerlendirildiğinde 34'ünün antidepresan, 18'inin anksiyolitik, 9'unun antipsikotik, 5'inin stimülan ilaç sağaltımı aldığı görülmüştür. Tablo 10'da çocukların klinik tanılarına göre aldıkları ilaç tipleri gösterilmiştir.

Tablo 10. OR Grubundaki Çocukların Tanılarına Göre Aldıkları İlaç Tipleri

Tanı	İlaç Tipi				
	Antidepresan n	Anksiyolitik N	Antipsikotik n	Stimülan n	*DDD n
ABB	34	18	9	5	0
OKB	5	0	0	0	0
Depresyon	4	2	0	0	1
YDB	1	1	4	1	0
SF	1	1	0	0	0
Toplam	45	22	13	6	1

*Duygu Durum Düzenleyiciler

Uygulanan sağaltım sonrasında çocukların klinik izlemlerinde genel olarak OR olan çocukların 39'unun (% 70,9) okula gitmeye başladığı, 3'ünün (% 5,5) OR nedeniyle okula devam etmediğı belirlenmiştir. 13 çocuk (% 23,6) sağaltım sürecinde düzenli izlem önerildiğı halde poliklinik izlemine gelmemiştir. ABB olan 41 çocuktan 31'i (% 75,6) okula gitmeye başlamış, 2'si (% 4,9) okula devam edememiştir. 8'i (% 19,5) poliklinik izleminden düşmüştür. Okula gitmeyen diğer çocuk SF tanısı almıştır. Tablo 11'de çocukların klinik tanılarına göre son durumları verilmiştir.

Tablo 11. OR Grubundaki Çocukların Tanılarına Göre Son Durumları

Tanı	Son Durum			Toplam n (%)
	Okula Gidiyor n (%)	Okula Gitmiyor n (%)	Bilinmiyor n (%)	
ABB	31 (56,3)	2 (3,6)	8 (14,6)	41 (74,5)
OKB	3 (5,5)	0	2 (3,6)	5 (9,1)
Depresyon	2 (3,6)	0	2 (3,6)	4 (7,3)
YDB	3 (5,5)	0	1 (1,8)	4 (7,3)
SF	0	1 (1,8)	0	1 (1,8)
Toplam	39 (70,9)	3 (5,5)	13 (23,6)	55 (100)

4.4. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

OR grubundaki çocukların ABBBTL'den aldıkları toplam evet sayısı ortalaması $12,1 \pm 3,7$ iken kontrol grubunda bu oran $4,9 \pm 3,9$ olarak bulunmuştur. Her iki grubun toplam evet sayısı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,0001$). Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında OR grubundaki çocukların annelerinin ABBBTL maddelerine verdikleri yanıtlara göre tüm maddelerde anlamlı fark bulunmakla birlikte ($p < 0,05$), odds ratio değeri göz önüne alındığında, özellikle anlamlı fark belirlenenler maddeler sırasıyla; yakınlarından ayrılmamak için okula gitmeyi reddetme; yakınlarının ayrılıp geri dönmeyeceğı konusunda bunalı hissi; ayrılma anlarında bedensel yakınmalar dile getirme; evden her ayrıldığında aşırı bunalı hissi; yakınları yanında olmadığında sürekli bunalı hissi; ayrılma konusunda gece kâbusları görme; yakınları ile olmadığında üzgün görünme belirtileri olmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Gruplardaki Çocukların ABBTTL Maddelerinin Karşılaştırılması

Ölçek Maddeleri		OR Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Odds Ratio (%95 GA) p
Evden her ayrıldığında aşırı bunaltı	Evet	47 (69,1)	21 (30,9)	13,1 (4,8-35,7) 0,0001
	Hayır	6 (14,6)	35 (85,4)	
Yakınlarını kaybedeceğine dair sürekli bunaltı	Evet	40 (65,6)	21 (34,4)	5,1 (2,2-11,7) 0,0001
	Hayır	13 (27,1)	35 (72,9)	
Yakınlarına zarar geleceği konusunda bunaltı	Evet	37 (63,8)	21 (36,2)	3,9 (1,7-8,6) 0,001
	Hayır	16 (31,4)	35 (68,6)	
Yakınlarının ayrılıp geri dönmeyeceği bunalıtı	Evet	40 (85,1)	7 (14,9)	21,5 (7,9-59,1) 0,0001
	Hayır	13 (21,0)	49 (79,0)	
Kötü bir olayın yakınlarından ayıracağı bunalıtı	Evet	37 (68,5)	17 (31,5)	5,3 (2,3-12,0) 0,0001
	Hayır	16 (29,1)	39 (70,9)	
Kaçırılacağına dair sürekli bunaltı	Evet	18 (78,3)	5 (21,7)	5,7 (1,9-17,0) 0,001
	Hayır	32 (38,6)	51 (61,4)	
Öldürüleceğine dair sürekli bunaltı	Evet	12 (75,0)	4 (25,0)	3,8 (1,1-12,7) 0,022
	Hayır	41 (44,1)	52 (55,9)	
Yakınları yanında olmadığına dair sürekli bunaltı	Evet	46 (69,7)	20 (30,3)	11,5 (4,4-30,2) 0,0001
	Hayır	7 (16,7)	35 (83,3)	
Tek başına uyumaya gitmeyi reddeder	Evet	38 (61,3)	24 (38,7)	3,3 (1,5-7,2) 0,003
	Hayır	15 (32,6)	31 (67,4)	
Yakınları olmadan ev dışında uyumaz	Evet	36 (60,0)	24 (40,0)	3,0 (1,4-6,6) 0,006
	Hayır	16 (33,3)	31 (66,7)	
Tek başına evde kalmaz	Evet	43 (63,2)	25 (36,8)	5,3 (2,2-12,7) 0,0001
	Hayır	10 (24,4)	31 (75,6)	
Yakınları olmaksızın başka ortama girmez	Evet	42 (64,6)	23 (35,4)	5,5 (2,3-12,8) 0,0001
	Hayır	11 (25,0)	33 (75,0)	
Yakınları ile olmadığına üzgün görünür	Evet	45 (68,2)	21 (31,8)	9,1 (3,6-23,0) 0,0001
	Hayır	8 (19,0)	34 (81,0)	
Yakınları yokken etkinlik yapmakta zorlanır	Evet	40 (66,7)	20 (33,3)	5,4 (2,3-12,4) 0,0001
	Hayır	13 (27,1)	35 (72,9)	
Ayrılma konusunda gece kâbusları görür	Evet	29 (82,9)	6 (17,1)	10,3 (3,8-28,2) 0,0001
	Hayır	23 (31,9)	49 (68,1)	
Ayrılmamak için okula gitmeyi reddeder	Evet	47 (94,0)	3 (6,0)	135,8(32,1-573,6) 0,0001
	Hayır	6 (10,3)	52 (89,7)	
Ayrılma anlarında bedensel yakınmaları olur	Evet	46 (78,0)	13 (22,0)	21,2 (7,7-58,3) 0,0001
	Hayır	7 (14,3)	42 (85,7)	

BDÖ puan ortalaması OR grubundaki annelerde $12,14 \pm 9,69$, kontrol grubundaki annelerde $5,04 \pm 4,15$, OR grubundaki babalarda $10,82 \pm 8,18$ ve kontrol grubundaki babalarda $4,73 \pm 3,50$ olarak saptanmıştır. Her iki grubun ana-babalarının BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,0001$). BDÖ’de kesim noktası olarak kabul edilen 17’nin üzerinde puan alan annelerin sayısı OR grubunda 15 (% 27,3), kontrol grubunda 1 (% 1,8)’dir. Kontrol grubunda babaların hiçbirisi kesim puanı üzerinde değer almazken, OR grubunda 8 (% 14,5) baba, kesim puanı üzerinde değer almıştır. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Anneler için $p < 0,0001$, babalar için $p = 0,003$). Hem durumluk hem de sürekli bunaltı düzeyleri kontrol grubuna göre OR grubu ana-babalarında daha yüksek bulunmuştur. DBÖ puan ortalaması OR grubu annelerde $43,72 \pm 12,76$ iken kontrol grubu annelerde $29,09 \pm 7,53$, OR grubu babalarda $38,40 \pm 10,41$ iken kontrol grubu babalarda $28,86 \pm 5,34$ olarak bulunmuştur. Her iki grubun ana-babalarının DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,0001$). SBÖ puan ortalamalarına bakıldığında ise OR grubu annelerde $44,70 \pm 10,52$, kontrol grubu annelerde $34,89 \pm 5,96$ olduğu, OR grubu babalarda $42,14 \pm 8,00$, kontrol grubu babalarda $34,20 \pm 6,10$ olduğu görülmüştür. İki grubun ana-babalarının SBÖ ortalama puanları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,0001$). TAÖ puan ortalaması ise OR grubundaki annelerde $8,98 \pm 3,51$, kontrol grubundaki annelerde $7,00 \pm 3,32$, OR grubundaki babalarda $10,39 \pm 4,13$ ve kontrol grubundaki babalarda $7,02 \pm 3,57$ olarak saptanmıştır. Her iki grubun ana-babalarının TAÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Anneler için $p = 0,004$, babalar için $p < 0,0001$). TAÖ’de kesim noktası olarak kabul edilen 11’in üzerinde puan alan annelerin sayısı OR grubunda 17 (% 30,9), kontrol grubunda 9 (% 16,1)’dur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Babaların sayısı ise OR grubunda 22 (% 40), kontrol grubunda 10 (% 17,9)’dur. İki grup arasındaki fark anlamlıdır ($p = 0,01$). OR ve kontrol grubundaki çocukların ana-babalarının BDÖ, DSBÖ, TAÖ puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile bu ölçeklere ait istatistiksel analiz sonuçları Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13. Gruplardaki Ana-Babaların BDÖ, DSBÖ ve TAÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	OR Grubu (n=55)	Kontrol Grubu (n=56)	p.
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Anne			
BDÖ	12,14±9,69	5,04±4,15	0,0001
DBÖ	43,72±12,76	29,09±7,53	0,0001
SBÖ	44,70±10,52	34,89±5,96	0,0001
TAÖ	8,98±3,51	7,00±3,32	0,004
Baba			
BDÖ	10,82±8,18	4,73±3,50	0,0001
DBÖ	38,40±10,41	28,86±5,34	0,0001
SBÖ	42,14±8,00	34,20±6,10	0,0001
TAÖ	10,39±4,13	7,02±3,57	0,0001

OR grubu ana-babaları kontrol grubuna kıyaslandığında RBTL'nin GBD, PBT, PBD ve alt ölçeklerinde daha yüksek ortalama puanlar almışlardır. GBD puan ortalaması OR grubundaki annelerde $0,74\pm0,59$ iken kontrol grubundaki annelerde $0,27\pm0,16$, OR grubundaki babalarda $0,62\pm0,47$ iken kontrol grubundaki babalarda $0,23\pm0,17$ olarak saptanmıştır. Her iki grubun ana-babalarının RBTL GBD, PBT, PBD ve alt ölçek ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,02$). OR ve kontrol grubundaki ana-babaların RBTL GBD, PBT, PBD ve alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile bu ölçeklere ait istatistiksel analiz sonuçları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Gruplardaki Ana-Babaların RBTL Puanlarının Karşılaştırılması

RBTL Alt Ölçekleri	OR Grubu (n=55)	Kontrol Grubu (n=56)	p.
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Anne			
Somatizasyon	1,02±0,76	0,39±0,28	0,0001
Obsesif-kompulsif	0,87±0,72	0,42±0,30	0,001
Kişilerarası duyarlılık	0,75±0,69	0,27±0,24	0,0001
Depresyon	0,83±0,66	0,31±0,24	0,0001
Bunaltı	0,73±0,71	0,19±0,17	0,0001
Öfke-düşmanlık	0,70±0,67	0,18±0,20	0,0001
Fobik bunaltı	0,36±0,44	0,09±0,12	0,001
Paranoid düşünce	0,72±0,68	0,30±0,31	0,0001
Psikotizm	0,44±0,57	0,09±0,12	0,0001
Ek ölçek	0,80±0,72	0,33±0,32	0,0001
Genel Belirti Düzeyi	0,74±0,59	0,27±0,16	0,0001
Pozitif Belirti Toplamı	38,02±19,87	20,09±11,36	0,0001
Pozitif Belirti Düzeyi	1,59±0,50	1,19±0,19	0,0001
Baba			
Somatizasyon	0,74±0,61	0,33±0,24	0,0001
Obsesif-kompulsif	0,81±0,61	0,35±0,26	0,0001
Kişilerarası duyarlılık	0,75±0,64	0,25±0,28	0,0001
Depresyon	0,60±0,44	0,21±0,19	0,0001
Bunaltı	0,55±0,51	0,16±0,16	0,0001
Öfke-düşmanlık	0,67±0,74	0,17±0,23	0,0001
Fobik bunaltı	0,32±0,36	0,08±0,15	0,0001
Paranoid düşünce	0,69±0,69	0,30±0,33	0,005
Psikotizm	0,37±0,45	0,13±0,16	0,012
Ek ölçek	0,64±0,51	0,32±0,29	0,002
Genel Belirti Düzeyi	0,62±0,47	0,23±0,17	0,0001
Pozitif Belirti Toplamı	34,04±21,62	17,73±13,09	0,0001
Pozitif Belirti Düzeyi	1,53±0,43	1,21±0,21	0,0001

4.5. OR Gelişiminde Risk Etmeni Olan Ailesel Özellikler

Ana-baba tarafından çocuğa fiziksel şiddet uygulanması, ana-baba ya da çocukta bedensel hastalık öyküsünün olması, ana-baba ya da geniş ailede ruhsal hastalık varlığının OR için istatistiksel olarak anlamlı bir riske işaret ettiği gözlenmiştir ($p<0,02$). Cinsiyet, akrabalık, anneden ayrılık öyküsü olması, ana-baba arasında fiziksel şiddetin varlığının ise OR için anlamlı risk oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Buna göre ana-babası tarafından fiziksel şiddete maruz kalan çocuklarda, kalmayanlara göre OR gelişim riski 9,2 kez daha fazladır (GA 3,2-26,4). Bedensel hastalık öyküsü olan çocuklarda, olmayanlara göre OR gelişim riski 5,8 kez daha fazladır (GA 2,3-14,5). Annede bedensel hastalık öyküsü olması OR gelişim riskini 9,4 (GA 1,1-77,6) kez artırırken babadaki bedensel hastalık öyküsü bu riski 9,2 (GA 2,0-42,8) kez arttırmaktadır. Annesinde, babasında ve geniş ailesinde ruhsal hastalık olanlarda, olmayanlara göre OR gelişim riski sırasıyla 2,4 (GA 1,9-3,1), 8,0 (1,0-67,6), 13,1 (2,9-60,0) kez daha fazladır (Tablo 15).

Tablo 15. OR Gelişimi İçin Risk Etmenleri

Cinsiyet		OR Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Odds Ratio (%95 GA) P
Erkek		34 (53,1)	30 (46,9)	1,4 (0,6-3,0) 0,379
Kız		21 (44,7)	26 (55,3)	
Diğer Özellikler				
Akrabalık	Var	11 (68,8)	5 (31,3)	2,6 (0,8-7,9) 0,097
	Yok	44 (46,3)	51 (53,7)	
Anneden ayrılık	Var	5 (71,4)	2 (28,6)	2,7 (0,5-14,6) 0,232
	Yok	50 (48,1)	54 (51,9)	
Çocuğa fiziksel şiddet	Var	26 (83,9)	5 (16,1)	9,2 (3,2-26,4) 0,0001
	Yok	29 (36,3)	51 (63,8)	
Ana-baba fiziksel şiddeti	Var	3 (100)	0	2,1 (1,7-2,5) 0,076
	Yok	52 (48,1)	56 (51,9)	
Bedensel Hastalık Öyküsü				
Çocukta	Var	27 (77,1)	8 (22,9)	5,8 (2,3-14,5) 0,0001
	Yok	28 (36,8)	48 (63,2)	
Annede	Var	8 (88,9)	1 (11,1)	9,4 (1,1-77,6) 0,014
	Yok	47 (46,1)	55 (53,9)	
Babada	Var	14 (87,5)	2 (12,5)	9,2 (2,0-42,8) 0,001
	Yok	41 (43,2)	54 (56,8)	
Ruhsal Hastalık Öyküsü				
Annede	Var	16 (100)	0	2,4 (1,9-3,1) 0,0001
	Yok	39 (41,1)	56 (58,9)	
Babada	Var	7 (87,5)	1 (12,5)	8,0 (1,0-67,6) 0,026
	Yok	48 (46,6)	55 (53,4)	
Geniş ailede	Var	18 (90,0)	2 (10,0)	13,1 (2,9-60,0) 0,0001
	Yok	37 (40,7)	54 (59,3)	

5. TARTIŞMA

OR geçen yüz yıldan bu yana yazında kendisine yer bulmaktadır. Bununla birlikte OR alanındaki çalışmaların büyük çoğunluğunun son on yılda yapıldığı görülmektedir. Yine de OR'nin epidemiyolojisi, ailesel özellikleri, izlemi ve sağaltımı üzerine yapılan çalışmalar oldukça az sayıdadır. Bu çalışmayla, OR alanında, çocuk ve ergenlerin ailesel özellikleri, risk etmenleri ve ana-babadaki ruhsal belirti düzeylerinin değerlendirildiği yazına, bir yenisi daha eklenmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, daha önce yapılan çalışmaların bazı bulgularıyla benzerlik göstermektedir. OR yakınması ile polikliniğimize başvuran çocukların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında erkek çocukların daha fazla olduğu görülmektedir. 55 çocuktan 34'ü (% 61,8) erkek, 21'i (% 38,2) kızdır. Kontrol grubu ise 30'u erkek (% 53,6), 26'sı (% 46,4) kız toplam 56 çocuktan oluşmuştur. Her iki gruptaki çocuklar cinsiyetleri açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yapılan birçok çalışmada OR'nin her iki cinsiyette eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir.^{22,23} Ancak ülkemizde, Özcan ve ark. (2006) tarafından, OR olan çocuklarla yapılan bir çalışmada kız çocuklara kıyasla erkek çocukların daha fazla olduğu saptanmıştır.⁴⁹ Ülkemizde ABB olan çocuklarla yapılan diğer bir çalışmada, OR'nin erkek çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.⁵⁰ Çalışmamızda erkek çocukların daha yüksek oranda olmasında sosyokültürel etmenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde ailelerin erkek çocuklara verdikleri değerin daha fazla olması, erkek çocuklara göre kız çocukların eğitim almasına daha az önem verilmesi gibi sosyokültürel etmenler, OR ortaya çıktığında, erkek çocukların hastanelere daha sık getirilmesine neden olabilir.

Çalışmamızda, OR grubunda bulunan çocukların ortalama başvuru yaşı $9,1\pm3,0$ yıl, kontrol grubundaki çocukların ise $9,0\pm2,5$ yıl olarak bulunmuştur. Çocukların yaş dağılımlarına bakıldığında, OR grubundaki çocukların 24'ünün (% 43,6) 5-7 yaş, 12'sinin (% 21,9) 10-11 yaş, 11'inin (% 20) ise 12 yaş ve üstü aralığında yer aldığı görülmüştür. Bulgularımıza göre olguların özellikle okula başlama yıllarına denk gelen

5-7 yaşlarında kümelenmiş olması dikkat çekicidir. Benzer olarak, yazında da, OR'nin, okul hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabildiği ve ilkokula başlama (5-7 yaş), ortaokula başlama (10-11 yaş) ve liseye başlama (14 yaş) gibi önemli geçiş dönemlerinde daha sık görüldüğü belirtilmiştir.^{15,20} Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi OR'nin de erken yaşlarda başlamasına karşın, ailelerin hastanelere ancak ciddi işlev kaybı durumunda başvurmaları, çalışmamızdaki OR başvuru yaş ortalamalarının belirtilen yaş grubunda toplanmasına neden olabilir.

Gruplardaki çocukların ana-babalarının demografik özelliklerine bakıldığında, her iki grubun ana-babalarının yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Kontrol grubuyla kıyaslandığında OR grubu ana-babalarının eğitim düzeyleri daha düşüktür. Her iki grubun eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,0001$). Çalışan anne sayısı OR grubu çocukların annelerinde 9 (% 16,3), kontrol grubu çocukların annelerinde 28 (% 50) olarak bulunmuştur. Her iki grubun annelerinin çalışma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,0001$). Ülkemizde yapılan, ABB olgularını içeren bir çalışmada da, annesi ev hanımı olan çocuklarda okula gitmeme ya da okula gitmek istememe yakınmasının çalışan annelerin çocuklarına göre daha sık olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda bu çocukların okula gidememe sürelerinin de daha uzun olduğu saptanmıştır.¹¹⁷ Ayrılık bunalısının temel özelliği, ana-babadan ya da bağlandığı diğer kişilerden ayrılmaya ilişkin durumlarda ortaya çıkıyor olmasıdır. Annelerinin çalışması nedeniyle, zorunlu ve yineleyici bir şekilde annelerinden ayrı kalan çocuklar, ayrılık durumlarında, ayrılığa şiddetli tepki vermemeyi ve tüm gün anneden ayrı kalabilmeyi öğrenirler. Ev hanımı olan annelerin çocuklarında ise anneden uzun süreli ayrılma dönemi çoğunlukla ilk kez okula başlarken yaşandığı için çocuğun ayrılığa gösterdiği tepki daha şiddetli olabilir. Bu nedenle bu çocuklarda daha fazla OR gelişmesi beklenebilir.

Çocukların ailesel özellikleri değerlendirildiğinde, her iki grupta da ailelerin çoğunun tek ya da iki çocuklu aileler olduğu saptanmıştır. OR grubundaki çocukların 27'si (% 49,1) ailenin birinci çocuğu olup, 21'i (% 38,2) ise ikinci çocuğudur. OR grubunda yalnızca 9 (% 16,4) çocuk ailenin son çocuğudur. Bulgularımızın tersine, Berg ve ark. (1972) tarafından yapılan bir çalışmada, OR'nin ailedeki son çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.¹¹⁸ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise OR

gelişiminde ailenin ilk çocuğu olmanın hazırlayıcı bir etmen olabileceği bildirilmiştir.⁷¹ Çalışmamızdan elde edilen bulgular da OR gelişiminde ailenin ilk çocuğu olmanın hazırlayıcı bir etmen olabileceğini desteklemektedir. Bu konuda sosyokültürel değişkenlerin etkili olduğu düşünülebilir. Türk aile yapısında, ilk çocukların, çekirdek ve geniş aile tarafından yoğun ilgi, bunalıtlı denetim ve daha az sınır koyarak yetiştirildiği söylenebilir. Bu tutumun, ilk çocuklarda bunalıtlı belirtilerinde artış ya da kural koymada güçlük yaratması şaşırtıcı bir bulgu değildir.

OR ve kontrol grubunda aile bütünlüğüne bakıldığında, OR grubunda 2 ailenin aile bütünlüğünün bozulduğu, buna karşın kontrol grubundaki tüm ailelerde aile bütünlüğünün korunduğu görülmüştür. Aile üyelerinden birinin kaybı, boşanma, kardeş doğumu OR gelişmesini tetikleyebilen ailesel etmenler arasında gösterilmektedir.^{2,29} Aile bütünlüğünün bozulması ya da aile bireylerinden birinin kaybı, çocuk için “ayrılık” ya da “kayıp” gibi bir tür allerjene maruz kalma olarak kabul edilebilir. Bu durumda “okul zamanı ayrı kalmak” gibi kısa süreli ve gelişimsel olarak başarılması beklenen ayrılıklar, çocuk tarafından bir tehdit olarak algılanabilir ve kontrol edilemeyen bir bunalıtya neden olabilir.

OR grubundaki çocukların, DSM-IV’e göre, klinik tanılarına bakıldığında; 41 çocuğun (% 74,5) ABB, 5 çocuğun (% 9,1) OKB, 4 çocuğun (% 7,3) depresyon, 4 çocuğun (% 7,3) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve KOKGB olmak üzere YDB ve 1 çocuğun (% 1,8) SF olduğu tespit edilmiştir. OR grubundaki 38 çocuk (% 69,1) bir ya da daha fazla eş tanı alırken, 17 (% 30,9) çocuk ise herhangi bir eş tanı almamıştır. ABB olan çocuklarda en sık görülen eş tanı diğer bir bunalıtlı bozukluğudur. Bulgularımız yazın ile benzerlik göstermektedir; OR olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen bunalıtlı bozukluğunun ABB olduğu, OR’nin ise ABB olgularında en sık gözlenen belirti olduğu bilinmektedir. ABB olan çocuk ve ergenlerin %75’inde OR gözlenirken, OR olan çocuk ve ergenlerin % 80’inde de ABB bulunmaktadır.⁴⁸ KOKGB ile zıtlasma davranışı OR olan bunalıtlı çocukların % 9-21’inde belirlenmiştir.^{52,56} Özcan ve ark.’ın (2006) yaptıkları çalışmada okul korkusu yakınması olan çocukların tümünde en az bir ruhsal bozukluğa rastlanmıştır. Adı geçen çalışmada 19 (% 76) çocuk ABB, 3 (% 12) çocuk SF, 2 (% 8) çocuk OKB ve 1 (% 4) çocuk YBB tanısı almıştır. Bu tanılarına, olguların % 24’ünde depresyon ve % 4’ünde özgül fobi eşlik etmiştir.⁴⁹ Prabhuswamy ve ark. (2007) ise OR olan 33 çocuğun % 63,6’sında depresif bozukluk,

% 30,3'ünde özgül fobi, % 15,2'sinde öğrenme bozukluğu, % 12,1'inde ABB, % 9,1'inde OKB, % 9,1'inde KOKGB, % 6,1'inde davranım bozukluğu, % 6,1'inde YBB bildirmişlerdir. Aynı çalışmada çocukların yaklaşık üçte birinde dissosiyatif bozukluk, uyum bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu saptanmıştır.⁵³ Çalışmamızın sonuçları yazında yer alan diğer çalışmaların sonuçları ile oldukça benzerdir. Ancak çalışmamızda OR grubundaki çocuklarda fobik ve depresif bozukluk görülme oranları yazında belirtilen oranların oldukça altında kalmıştır. OR olan çocukların tanılarında yaşa bağlı eğilimler görülmesi; çalışmamızdaki olguların yaş ortalamalarının bu konuda yapılan diğer çalışmalara göre daha düşük olması; ABB genelde yaşça daha küçük çocuklardaki OR ile ilişkilendirilmesi, buna karşın diğer bunalı bozuklukları, özellikle de fobilerin ve depresif bozuklukların ergenlerdeki OR ile ilişkilendirilmesi bu konuya açıklık getirebilir.

Yapılan bir çalışmada ABB tanısı alan çocuklarda en sık karşılaşılan belirtiler; okula gitmede isteksizlik veya OR (% 75); birşeylerin ailesine zarar vereceği ya da onları yitireceği konusunda gerçek dışı bunalıların olması (% 67,5); ana-babası yanında olmadan uyumak istememe (% 57,5); bedensel yakınmalardan en az birinin olması (% 57,5); ana-babası ile birlikte olma isteği nedeniyle evde yalnız kalmaktan kaçınma (% 40); bunalı nedeniyle evden dışarıya çıkıp oynamama (% 40); ayrılık bunalısını yansıtan yineleyici gece kâbuslarının olması (% 32,5); ve kötü bir olayın ailesinden ayrılmasına yol açacağına ilişkin bunalılar (% 27,5) olduğu saptanmıştır.¹¹⁹ Çalışmamızda ise, çoğunluğunu ABB tanılı çocukların oluşturduğu OR grubundaki çocuklarda en sık rastlanan belirtiler sırasıyla; yakınlarından ayrılmamak için okula gitmeyi reddetme; yakınlarının ayrılıp geri dönmeyeceği bunalısı; ayrılma anlarında bedensel yakınmalar dile getirme; evden her ayrıldığında aşırı bunalı hissi; yakınları yanında olmadığında sürekli bunalı hissi; ayrılma konusunda gece kâbusları görme; yakınları ile olmadığında üzgün görünme belirtileri olmuştur. Bu sonuçlar, Türkbay'ın (1999) çalışmasının sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.¹¹⁹

Bunalı bozukluğu olan ana-babaların çocuklarında ve bunalı bozukluğu olan çocukların erişkin akrabalarında bunalı bozuklukları daha sık görülmektedir. Aile çalışmaları PB, YBB, OKB, SF ve diğer fobik bozukluklar için özel bir ailesel kümelenmeyi göstermektedir.⁶²⁻⁶⁷ OR ve ABB olan çocukların ana-babaları ile yapılan çalışmalarda da diğer bunalı bozukluklarına benzer sonuçların ortaya çıktığı

görülmektedir. Bunaltı bozukluklarına bağlı OR olan çocukların ana-babalarındaki ruhsal bozuklukları tespit etmek amacıyla yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada; OR grubunun ana-babaları, daha fazla bunaltı ve depresif bozukluk tanısı almıştır.⁷⁰ Ülkemizde OR olan çocuklar ve ana-babalarıyla yapılan bir çalışmada ise, OR olan grubun ana-babalarında ruhsal bozukluk görülme sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. OR olan çocukların annelerinin % 16'sında YBB, % 12'sinde major depresyon, % 12'sinde PB ve major depresyon, % 4'ünde PB ve agorafobi, % 4'ünde OKB ve major depresyon, % 4'ünde ise SF ve major depresyon tanısı saptanmıştır. OR olan çocukların babalarında ise % 12 oranında major depresyon, % 8 oranında SF, % 8 oranında YBB, % 4 oranında major depresyon ve alkol bağımlılığı ve % 4 oranında YBB ve alkol bağımlılığı tanısı saptanmıştır.⁷¹ Çalışmamızda ana-babalarda ruhsal bozukluğun varlığı ya da ruhsal tanılarının dağılımına ilişkin inceleme yapılmamıştır. Ancak ana-babalara uygulanan ölçek sonuçları yazın bilgileri ile uyum göstermektedir. İki grup kıyaslandığında, OR'li çocukların ana-babaları RBTL'nin GBD, PBT, PBD ve alt ölçeklerinde daha yüksek ortalama puanlar almıştır; iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,02$). BDÖ, DSBÖ, TAÖ'ye göre ana-babalarındaki bunaltı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri incelendiğinde OR grubundaki ana-babaların bunaltı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,005$). BDÖ kesme puanı üzerinde puan alan ana-baba sayısı açısından karşılaştırıldığında OR grubundaki ana-babaların daha depresif oldukları görülmektedir (Anneler için $p<0,0001$, babalar için $p=0,003$). TAÖ kesme puanı üzerinde puan alan ana-baba sayısı açısından karşılaştırıldığında; OR grubunda yalnızca babaların daha aleksitimik oldukları görülmektedir ($p=0,01$).

Bunaltı bozukluklarının ailesel geçiş gösterebildiği ve genetik temellerinin olduğu iyi bilinen bir durumdur.⁶⁵ Ayrıca toplumsal öğrenme kuramı göz önünde tutulduğunda, OR'li çocukların ana-babalarında ruhsal belirti düzeylerinin yüksek çıkması beklenen bir bulgudur. Toplumsal öğrenme kuramına göre insan, bebeklik çağlarından başlayarak ana-babayı taklit ederek bazı davranış ve tepkileri öğrenmektedir. Bunaltı tepkisinin de benzer şekilde, ana-babanın ortaya koyduğu bunaltı tepkilerinden, taklit yoluyla öğrenilebileceği ileri sürülmektedir.⁸⁹ Sonuç olarak, OR'li çocukların ana-babalarının daha fazla ruhsal belirtiye sahip olmasında, genetik ve çevresel etmenlerin birlikte rol aldığı düşünülmektedir.

OR gelişiminde çeşitli tetikleyici etmenlerin rol oynadığı bildirilmiştir. Risk etmenleri çocuk, okul ya da aile kaynaklı olabilir. Kaza, hastalık veya bir ameliyat geçirme çocukla ilişkili risk etmenleri arasında gösterilmektedir. Aile üyelerinden birinin hastalığı veya kaybı, ana-baba arasında yaşanan çatışmalar, boşanma, kardeş doğumu ve aile bireylerinden ayrılık ise OR gelişmesini tetikleyebilen ailesel risk etmenleridir.^{2,29} Benzer bir şekilde, çalışmamızda da, ana-baba tarafından çocuğa fiziksel şiddet uygulanması, ana-baba ya da çocukta bedensel hastalık öyküsünün olması, ana-baba ya da geniş ailede ruhsal hastalık varlığı OR gelişimi için risk etmenleri olarak değerlendirilmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,02$). Buna göre ana-babası tarafından fiziksel şiddete maruz kalan çocuklarda OR gelişme riski 9,2 kez (GA 3,2-26,4); bedensel hastalık öyküsü olan çocuklarda ise 5,8 kez daha fazladır (GA 2,3-14,5). Annede bedensel hastalık öyküsü olması OR gelişim riskini 9,4 (GA 1,1-77,6) kez arttırırken babadaki bedensel hastalık öyküsü bu riski 9,2 (GA 2,0-42,8) kez arttırmaktadır. Annesinde, babasında ve geniş ailesinde ruhsal hastalık olanlarda, olmayanlara göre OR gelişim riski sırasıyla 2,4 (GA 1,9-3,1), 8,0 (1,0-67,6), 13,1 (2,9-60,0) kez daha fazladır. Cinsiyet, akrabalık, anneden ayrılık öyküsü olması, ana-baba arasında fiziksel şiddetin varlığı ise OR gelişim riskini arttırmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bilişsel açıdan bakıldığında, OR'ye bağlı bunalıtı olan çocuklarda gerçek dışı korkuların bulunduğu ve bunalıtı yaratabilecek durumları abarttıkları belirtilmektedir. Ana-babanın ya da çocuğun hastalık geçirme öyküsü ya da varlığı gibi riskli durumlarda ortaya çıkan bu tür bilişsel çarpıklıklar çocuklarda OR gelişimini kolaylaştırabilir.

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yanları ve kısıtlılıkları bulunmaktadır. OR olgularının yalnızca polikliniğimize başvuru yapan çocuklardan oluşması, ana-babalara ruhsal bozukluklar için yapılandırılmış bir görüşmenin uygulanmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Bununla birlikte, OR gelişimi için risk etmenleri ve ailesel özellikler açısından daha sonra yapılacak çalışmalara ışık tutabilecek bulguların elde edilmesi, örneklem sayısının OR alanında daha önce yapılan çalışmalardaki örneklem sayılarından daha fazla olması, ana-babanın birlikte değerlendirilmiş olması ve OR grubundaki çocuklara yaş, cinsiyet gibi özellikler açısından benzer bir kontrol grubunun kullanılması çalışmanın güçlü yanlarıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

OR olan çocuklar ve aileleriyle yapılan, “Okul Reddi Olan Çocuk ve Ergenlerin Ailesel Özellikleri” başlıklı, karşılaştırmalı çalışmada elde edilen bulgulardan çıkarılan sonuçlar ve bunlara dayanan öneriler aşağıda sıralanmıştır:

1. OR yakınması ile polikliniğimize başvuran çocuklar arasında erkek çocukların oranı daha fazladır.
2. OR, ilkokula başlama (5-7 yaş), ortaokula başlama (10-11 yaş) gibi önemli geçiş dönemlerinde daha sık görülmektedir.
3. OR, annesi ev hanımı ve eğitim düzeyi düşük olan çocuklarda, çalışan ve eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarına göre daha sık görülmektedir.
4. OR, daha çok ailenin ilk çocuğunda görülmektedir.
5. OR olan çocuklarda en sık görülen ruhsal bozukluk ABB’dir.
6. ABB olan çocuklarda en sık görülen eş tanı diğer bir bunalı bozukluğudur.
7. Çoğunluğunu ABB’li çocukların oluşturduğu OR grubundaki çocuklarda en sık görülen belirtiler sırasıyla; yakınlarından ayrılmamak için okula gitmeyi reddetme, yakınlarının ayrılıp geri dönmeyeceği bunalıtısı, ayrılma anlarında bedensel yakınmalar dile getirme, evden her ayrıldığında aşırı bunalı hissi, yakınları yanında olmadığında sürekli bunalı hissi, ayrılma konusunda gece kâbusları görme, yakınları ile olmadığında üzgün görünmedir.
8. OR grubundaki ana-babalar daha fazla ruhsal belirtiye sahiptir.
9. Ana-babalardaki bunalı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri incelendiğinde OR grubundaki ana-babaların bunalı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.
10. Ana-baba tarafından çocuğa fiziksel şiddet uygulanması, ana-babada ya da çocukta bedensel hastalık öyküsünün olması, ana-baba ya da geniş ailede ruhsal hastalık varlığı OR gelişimi için risk etmenidir.
11. OR, bireyin sosyal, duygusal, eğitimsel yaşamında kalıcı olabilecek etkileri nedeniyle ciddi bir sorun olarak ele alınmalıdır. Olguların erken dönemde

tanınması ve sağaltımı ruhsal bozuklukların gelişimini engelleyebilir. Bu nedenle OR olan çocukların, en kısa sürede, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine ulaştırılması gereklidir. Aile, okul ve sağlık çalışanlarına yönelik düzenlenecek eğitim toplantılarıyla, ana-babaların, eğitimcilerin ve çocuk doktorlarının ruhsal bozukluklardan dolayı okula devam sorunları olan bu çocukları tanımaları ve hastanelere yönlendirmeleri sağlanabilir.

12. OR, birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir. Ruhsal bozuklukların sağaltımları birbirinden farklı olduğu için iyi bir ayırıcı tanı yapılması gereklidir. Çocuklar sıklıkla okulu reddetmelerine neden olan etmenleri belirleyemediklerinden, ayırıcı tanı için çok sayıda kaynaktan bilgi toplanmalıdır. Sağaltım planı saptanan tanıya göre oluşturulmalıdır.
13. Ana-babalarında ruhsal bozukluk olan çocuk ve ergenlerin, genetik ve çevresel etmenlere bağlı olarak ruhsal bozukluk geliştirme açısından risk altında olduğu düşünülmektedir. Ana-babadaki ruhsal bozukluğun çocuğun sağaltımını olumsuz etkilediği de gösterilmiştir. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan ruhsal bozukluklarda ana-babalardaki ruhsal bozuklukların saptanması ve sağaltımı büyük önem taşımaktadır. Bu, ana-babanın çocuğun sağaltımına katılımını artırmak için de gereklidir. OR olgularının sağaltımı planlanırken, bu durum göz önünde bulundurulmalı ve çok yönlü sağaltımın bir parçası olarak gerekli durumlarda ana-babalar bireysel sağaltıma yönlendirilmelidir.
14. Günümüzde OR alanındaki tartışmalar halen sürmektedir. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu nedenle gelecekte, çocuk ve ergen popülasyonunda, OR'nin etyolojisi, risk etmenleri, epidemiyolojisi, alt tipler ve tanı ölçütlerinin belirlenmesi, klinik seyri ve sağaltımına yönelik yapılacak, bilimsel güvenilirliği yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. **Broadwin IT.** A contribution to the study of truancy. *Am J Orthopsychiatry* **1932**; 2:253-259.
2. **Holzer L, Halfon O.** The school refusal. *Arch Pediatr* **2006**; 13:1252-1258.
3. **Johnson AM, Falstein EI, Szurek SA, Svendsen M.** School phobia. *Am J Orthopsychiatry* **1941**; 11: 702-711.
4. **Hersov LA.** Refusal to go to school. *J Child Psychol Psychiatry* **1960**;1:137-145.
5. **King N, Bernstein GA.** School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2001**; 40:197-205.
6. **Egger HL, Costello EJ, Angold A.** School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2003**; 42:797-807.
7. **Bowlby J.** Attachment and Loss, Separation Anxiety and Anger. Basic Books, Newyork, **1973**.
8. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th Ed., Washington: American Psychiatric Association, **1994**.
9. **Berg I, Nichols K, Pritchard C.** School phobia: its classification and relationship to dependency. *J Child Psychol Psychiatry* **1969**; 10:123-141.
10. **Berg I.** Absence from school and mental health. *Br J Psychiatry* **1992**; 161:154-166.
11. **Kearney CA, Silverman WK.** Family environment of youngsters with school refusal behavior: a synopsis with implications for assessment and treatment. *Am J Fam Ther* **1995**; 23:59-72.
12. **Gordon DA, Young RD.** School phobia: a discussion of aetiology, treatment and evaluation. *Psychol Rep* **1976**; 39:783-804.
13. **Galloway D.** Truants and other absentees. *J Child Psychol Psychiatry* **1983**; 24:607-611.

14. **Berg I.** School avoidance, school phobia, and truancy. In: Lewis M, eds. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins, **1996**: 1104-1110.
15. **Hersov L.** School refusal. In: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. 2nd Ed., Oxford: Blackwell, **1985**: 382-399.
16. **Kahn JH, Nursten JP.** School refusal: a comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *Am J Orthopsychiatry* **1962**; 32:707-718.
17. **Last CG, Francis G.** School phobia. In: Lahey BB, Kazdin AE, Eds. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Pres, **1988**: 193-222.
18. **Burke AE, Silverman WK.** The prescriptive treatment of school refusal. *Clin Psychol Rev* **1987**; 7:353-362.
19. **Last CG, Strauss CC.** School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1990**; 29:31-35.
20. **Ollendick TH, Mayer JA.** School phobia. In: Turner SM, editor. *Behavioral Treatment of Anxiety Disorders*. New York: Plenum Press, **1984**: 367-411.
21. **Honjo S, Kasahara Y, Ohtaka K.** School refusal in Japan. *Acta Paedopsychiatr* **1992**; 55:29-32.
22. **Granell de Aldaz E, Vivas E, Gelfand DM, Feldman L.** Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears. A Venezuelan sample. *J Nerv Ment Dis* **1984**; 172:722-729.
23. **Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H.** School Refusal: Epidemiology and Management. *Paediatr Drugs* **2001**; 3:719-732.
24. **Smith SL.** School refusal with anxiety: A review of 63 cases. *Can Psychiat Ass J* **1970**; 15:257-264.
25. **Kearney CA, Eisen AR, Silverman WK.** The legend and myth of school phobia. *Sch Psychol Q* **1995**; 10: 65-85.
26. **Last CG.** Anxiety disorders in childhood and adolescence. In: Reynolds WM, edr. *Internalizing Disorders in Children and Adolescents*. New York: John Wiley, **1992**: 61-106.
27. **Last CG, Francis G, Hersen M, Kazdin AE, Strauss CC.** Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry* **1987**; 144:653-657.

28. **Hersov L.** School refusal. In: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Oxford: Blackwell, **1977**: 455-486.
29. **Hersov L.** School Refusal: An Overview. In: Chiland C, Yound JG, Eds. *Why Children Reject School Views from Seven Countries*. New Haven: Yale University Press. **1990**.
30. **Elliott JG.** Practitioner review: School refusal: Issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *J Child Psychol Psychiat* **1999**; 40:1001-1012.
31. **Torma S, Halsti A.** Factors contributing to school phobia and truancy. *Psychiatria Fennica* **1975**; 75:209-220.
32. **Berg I.** School refusal in early adolescence. In: Hersov L, Berg I, eds. *Out of School: Modern Perspectives*. Chichester: John Wiley, **1980**: 231-249.
33. **Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby R.** Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997**; 36:661-668.
34. **Bell AJ, Rosen LA, Dynlacht D.** Truancy intervention. *J Res Dev Educat* **1994**; 27:203-211.
35. **Stein MT, Duffner PK, Werry JS, Trauner DA.** School refusal and emotional lability in a 6-year-old boy. *J Dev Behav Pediatr* **1996**; 17:187-190.
36. **Kennedy WA.** School phobia: rapid treatment of fifty cases. *J Abnorm Psychol* **1965**; 70: 285-289.
37. **Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Pritchard M.** Anxious children and school refusal. *Aust Fam Phys* **1994**; 23:919-920.
38. **Heyne D, King N, Tonge B, Rollings S, Pritchard M, Young D, Myerson N.** The self-efficacy questionnaire for school situations: development and psychometric evaluation. *Behav Change* **1998**; 15:31-40.
39. **Kearney CA, SilvermanWK.** Measuring the function of school refusal behavior: the school refusal assessment scale. *J Clin Child Psychol* **1993**; 22:85-96.
40. **Fremont WP.** School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician* **2003**; 68:1555-1560.
41. **Bools C, Foster J, Brown I, Berg I.** The identification of psychiatric disorders in children who fail to attend school: a cluster analysis of a non-clinical population. *Psychol Med* **1990**; 20:171-181.

42. **Berg I, Butler A, Franklin J, Hayes H, Lucas C, Sims R.** DSM-III-R disorders, social factors and management of school attendance problems in the normal population. *J Child Psychol Psychiatry* **1993**; 34:1187-1203.
43. **Bernstein GA, Garfinkel BD.** School phobia: the overlap of affective and anxiety disorders. *J Am Acad Child Psychiatry* **1986**; 25:235–241.
44. **Kearney CA, Silverman WK.** The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clin Psychol Sci Pract* **1996**; 3:339–354.
45. **Agras S.** The relationship of school phobia to childhood depression. *Am J Psychiatry* **1959**; 116:533–536.
46. **Bernstein GA.** Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1991**; 30:43–50.
47. **Kolvin I, Berney TP, Bhate SR.** Classification and diagnosis of depression in school phobia. *Br J Psychiatry* 1984; 145:347–357.
48. **Masi G, Mucci M, Millepiedi S.** Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* **2001**; 15:93-104.
49. **Özcan Ö, Kılınc BG, Aysev A.** Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2006**; 17:173-180.
50. **Türkbay T, Söhmen T.** Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* **2001**; 8:77-84.
51. **Buitelaar JK, Van Andel H, Duyx JH, Van Strien DC.** Depressive and anxiety disorders in adolescence: a follow-up study of adolescents with school refusal. *Acta Paedopsychiatr* **1994**; 56:249-253.
52. **Heyne D.** Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. Thesis. University of Monash, The Melbourne, **1999**.
53. **Prabhuswamy M, Srinath S, Girimaji S, Seshadri S.** Outcome of children with school refusal. *Indian J Pediatr* **2007**; 74:375-379.
54. **Hoshino Y, Nikkuni S, Kaneko M, Endo M, Yashima Y, Kumashiro H.** The application of DSM-III diagnostic criteria to school refusal. *Jpn J Psychiatry Neurol* **1987**; 41:1-7.
55. **King NJ, Ollendick TH.** School refusal: graduated and rapid behavioural treatment strategies. *Aust NZ J Psychiatry* **1989**; 23:213-223.

56. **Last CG, Strauss CC, Francis G.** Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* **1987**; 175:726-730.
57. **Naylor MW, Staskowski M, Kenney MC, King CA.** Language disorders and learning disabilities in school-refusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1994**; 33:1331-1337.
58. **Maier W, Lichtermann D, Minges J, Oehrlein A, Franke P.** A controlled family study in panic disorder. *J Psychiatr Res* **1993**; 27(Suppl. 1):79-87.
59. **Mendlewicz J, Papadimitriou G, Wilmotte J.** Family study of panic disorder: comparison with generalized anxiety disorder, major depression and normal subjects. *Psychiatr Genet* **1993**; 3:73-78.
60. **Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman T, Martin LY, Klein DF.** Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Arch Gen Psychiatry* **1995**; 52:564-573.
61. **Stein M, Chartier MJ, Hazen AL, Kozak MV, Tancer ME, Lander S, Furer P, Chubaty D, Walker JR.** A direct interview family study of generalized social phobia. *Am J Psychiatry* **1998**; 155:90-97.
62. **Turner SM, Beidel BC, Epstein LH.** Vulnerability and risk for anxiety disorders. *J Anxiety Disord* **1991**; 5:151-166.
63. **Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KG.** Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. *Arch Gen Psychiatry* **2000**; 57:859-866.
64. **Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF.** Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* **2001**; 158:49-57.
65. **Hettema JM, Neale MC, Kendler KS.** A review and metaanalysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* **2001**; 158:1568-1578.
66. **Cooper PJ, Fearn V, Willetts L, Seabrook H, Parkinson M.** Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *J Affective Disord* **2006**; 93:205-212.
67. **Calvo R, Lazaro L, Castro J, Morer A, Toro J.** Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **2007**; 42:647-655.
68. **McClure EB, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque RM.** Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *J Abnorm Child Psychol* **2001**; 29:1-10.

69. **Connell AM, Goodman SH.** The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a metaanalysis. *Psychol Bull* **2002**; 128:746–773.
70. **Martin C, Cabrol S, Bouvard MP, Lepine JP, Mouren-Simeoni MC.** Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1999**; 38:916-922.
71. **Özcan Ö.** Okul reddi olan çocuklarda ve anne babalarında ruhsal bozukluklar. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara, **2004**.
72. **Taner Y, Taner E, Bakar EE, Bodur Ş.** Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında psikopatoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2007**; 8:126-131.
73. **Unnevehr S, Schneider S, Florin I, Margraf J.** Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia. *Psychopathology* **1998**; 31:69-84.
74. **Beidel D, Turner SM.** At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious patients. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997**; 36:918–924.
75. **Taner Y.** Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu olan annelerin çocuklarında psikopatoloji. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **2003**.
76. **Bernstein GA, Garfinkel BD.** Pedigrees, functioning and psychopathology in families of school phobic children. *Am J Psychiatry* **1988**; 145:70-74.
77. **Bernstein GA, Garfinkel BD, Borchardt CM.** Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1990**; 29: 773–781.
78. **Bernstein GA, Borchardt CM.** School refusal: family constellation and family functioning. *J Anxiety Disord* **1996**; 10: 1–19.
79. **Woodruff BJ, Morrow C, Bourland S, Cambron S.** The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *J Clin Child Adolesc Psychol* **2002**; 31:364-374.
80. **Whaley SE, Pinto A, Sigman M.** Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol* **1999**; 67:826-836.
81. **Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Meesters C.** The role of parental fearfulness and modelling in children fear. *Behav Res Ther* **1996**; 34:266-258.
82. **Berg I, Jackson A.** Teenage school refusers grow up: a follow up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *Br J Psychiatry* **1985**; 147:366-370.

83. **Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR, Crosby RD, Kushner MG, Thuras PD, Last CG.** Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2000**; 39:276–283.
84. **Flakierska N, Lindstrom N, Gillberg C.** School refusal: a 15-20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. *Br J Psychiatry* **1988**; 152:834-837.
85. **Flakierska PN, Lindstrom M, Gillberg C.** School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Compr Psychiatry* **1997**; 38:17-22.
86. **Valles E, Oddy M.** The influence of a return to school on the long-term adjustment of school refusers. *J Adolesc* **1984**; 7:35-44.
87. **Atkinson L, Quarrington B.** School refusal: The heterogeneity of a concept. *Am J Orthopsychiatry* **1985**; 55:83-101.
88. **King N, Tonge B, Heyne D, Ollendick TH.** Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: a review and recommendations. *Clin Psychol Rev* **2000**; 20:495-507.
89. **Işık E, Taner YI.** *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Golden Print, **2006**.
90. **Blagg NR, Yule W.** The behavioural treatment of school refusal: a comparative study. *Behav Res Ther* **1998**; 22:119–127.
91. **Last CG, Hansen C, Franco N.** Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1998**; 37:404–411.
92. **King NJ, Tonge BJ, Heyne D, Pritchard M, Rollings S, Young D, Myerson N, Ollendick TH.** Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1998**; 37:395-403.
93. **Clarke G, Rohde P, Lewinsohn P, Hops H, Seeley JR.** Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1999**; 38:272-279.
94. **Labellarte MJ, Ginsburg GS, Walkup JT, Riddle MA.** The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biol Psychiatry* **1999**; 46:1567-1578.
95. **King NJ, Tonge B, Heyne D.** School refusal. In: Ollendick TH, March J, eds. *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. New York: Oxford University Press. **2004**: 236-271.

96. **Gittelman-Klein R, Klein DF.** Controlled imipramine treatment of school phobia. *Arch Gen Psychiatry* **1971**; 25:204-207.
97. **Berney T, Kolvin I, Bhate SR, Garside RF, Jeans J, Kay B, Scarth L.** School phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *Br J Psychiatry* **1981**; 138:110-118.
98. **Layne AE, Bernstein GA, Egan EA, Kushner MG.** Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2003**; 42:319-326.
99. **Velosa JF, Riddle MA.** Pharmacologic treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **2000**; 9:119-133.
100. **Birmaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M, Bridge J, Heo J, Brent DA.** Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2003**; 42:415-423.
101. **Clark DB, Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, Ehmann M, Bridge J, Woods DS, Muthen B, Brent D.** Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders: open-label, long term extension to a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2005**; 44:1263-1270.
102. **Riddle MA, Bernstein GA, Cook EH, Leonard HL, March JS, Swanson JM.** Anxiolytics, adrenergic agents, and naltrexone. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1999**; 38:546-556.
103. **Simeon JG.** Use of anxiolytics in children. *Encephale* **1993**; 19:71-74.
104. **Pfeffer CR, Jiang H, Domeshek LJ.** Buspirone treatment of psychiatrically hospitalised pre-pubertal children with symptoms of anxiety and moderately severe aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **1997**; 7:145-155.
105. **Cobham VE, Dadds MR, Spence SH.** The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol* **2002**; 66:893-905.
106. **Beck AT.** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* **1961**; 4:561-571.
107. **Hisli N.** Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* **1988**; 6:118-122.
108. **Hisli N.** Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* **1989**; 7:3-13.

109. **Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM.** A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* **1990**; 147:1228-1230.
110. **Taylor GJ, Bagby RM, Ryan PD, Parker JD.** Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* **1990**; 35:290-297.
111. **Dereboy İF.** Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1990**; 1:157-166.
112. **Okyayüz ÜH.** Toronto Aleksitimi Ölçeği ile Courtauld Duygu Kontrol Ölçeğinin Bir Türk Örnekleminde Kullanılabilirlik Koşullarının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1993**; 4:18-23.
113. **Speilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE.** *Manuel for state and trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Pres, **1970**.
114. **Öner N, Le Compte A.** *Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, **1985**.
115. **Derogatis LR.** *SCL-90-R, administration, scoring, and procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, **1977**.
116. **Dağ İ.** Belirti tarama listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1991**; 2:5-12.
117. **Kültür SEÇ, Tiryaki A, Ünal F.** Ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuklarda sosyodemografik ve klinik özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **2003**; 10:3-8.
118. **Berg I, Butler A, Mc Guire R.** Birth order and family size of school phobic adolescents. *Br J Psychiatry* **1972**; 131:500-505.
119. **Türkbay T.** Ayrılık kaygısı bozukluğunda psikolojik, ailesel ve sosyal etmenlerin araştırılması. Uzmanlık Tezi. GATA, Ankara, **1999**.

EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Çalışma adı:

OKUL REDDİ OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN AİLESEL ÖZELLİKLERİ

Çalışma sorumlusu: Arş. Gör. Dr. M. Kayhan BAHALI

Çalışma danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU

Çalışmanın Amacı

Okul reddi çocuklar, aileler ve öğretmenler için önemli bir sorundur. Tüm okul çağı çocuklarının yaklaşık olarak %1-5'inde görülmektedir. Çocukların sosyal, duygusal ve eğitimsel gelişimleri üzerinde kısa ve uzun vadede olumsuz etkileri vardır. Okul reddi sıklıkla anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklarla birlikte görülür. Ailesel özellikler çocuk ve ergenlerde okul reddi gelişimine katkıda bulunabilir. Tedavi bireysel psikoterapi, bilişsel-davranışçı terapi ve ilaç tedavisini içermektedir. Tedavide çocuk, anne-baba, öğretmen ve çocuk psikiyatri uzmanlarının işbirliği içinde çalışması gerekir.

Bu çalışmanın amacı, Çocuk Psikiyatri Polikliniğine okul reddi (korkusu) yakınması ile başvuran çocuk ve ergenlerin ailesel özelliklerinin değerlendirilmesi olarak özetlenebilir.

Uygulama Yöntemi

- Sosyodemografik bilgi formunun doldurulması
- Anne ve babaya çocuk için doldurulmak üzere Ayrılık Bunaltısı Bozukluğu Belirti Tarama Listesi ve kendileri için doldurulmak üzere Beck Depresyon Ölçeği*, Durumluk-Sürekli Bunaltı Ölçeği*, Toronto Aleksitimi Ölçeği* ve Ruhsal Belirti Tarama Listesi* verilmesi
- Ölçek sonuçlarını değerlendirme
- Gerekirse anne-baba ile yalnız görüşme ve tedavinin planlanması

*Anket formatında değerlendirme ölçekleridir, her biri için ayrıntılı bilgi verilecektir.

Yukarıda "Amaç" ve "Uygulama Yöntemi" belirtilen " **OKUL REDDİ OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN AİLESEL ÖZELLİKLERİ** " isimli çalışma hakkında bilgi sahibiyim.

Çalışma dahilinde ben, çocuğum ve ailemle yapılan klinik görüşme notlarının ve ölçeklerin kullanımını, **bilimsel amaçlarla ve çocuk ruh sağlığında uzman kişilerce kullanımı koşuluyla kabul ediyorum.**

Çocuğun adı:.....

Tarih:...../...../.....

Bu onamı veren kişinin çocuğa yakınlık derecesi

İsim:.....

[]Annesi

[]Babası

[]Diğer

İmza:.....

EK-2

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Form üzerindeki boşlukları doldurup, size uygun olduğunu düşündüğünüz seçenekleri [x] şeklinde işaretleyiniz.

Çocuğun Doğum Tarihi:

..... (Gün)/..... (Ay)/.....(Yıl)

Yaşı (yıl):**Eğitim Düzeyi (sınıf):****Cinsiyet:**

1. Erkek []
2. Kız []

Kaçıncı Çocuk:**Kardeş Sayısı:****Ayrı Odası:**

1. Var []
2. Yok []

Ayrı Yatağı:

1. Var []
2. Yok []

Geçirmiş olduğu önemli hastalık:

1. Var []
(yazınız.....)
2. Yok []

Bakan Kişi:

1. Anne []
2. Baba []
3. Anneanne, babaanne []
4. Bakıcı []
5. Diğer []

Annenin yaşı (yıl):**Annenin Eğitimi:**

1. Yok []
2. Okur-yazar []
3. İlkokul []
4. Ortaokul []
5. Lise []
6. Üniversite []

Annenin İşi:

1. Ev hanımı []
2. İşçi []
3. Memur []
4. Serbest []
5. Emekli []

Annede Bedensel Hastalık:

1. Var []
(yazınız.....)
2. Yok []

Annede Ruhsal Hastalık:

1. Var []
(yazınız.....)
2. Yok []

Baba Yaşı (yıl):**Babanın Eğitimi:**

1. Yok []
2. Okur-yazar []
3. İlkokul []
4. Ortaokul []
5. Lise []
6. Üniversite []

Babanın İşi:

1. İşsiz []
2. İşçi []
3. Memur []
4. Serbest []
5. Emekli []

Babada Bedensel Hastalık:

1. Var []
(yazınız.....)
2. Yok []

Babada Ruhsal Hastalık:

1. Var []
(yazınız.....)
2. Yok []

Aile Durumu:

1. Anne-Baba birlikte []
2. Boşanmış []
3. Parçalanmış []

Anne-Baba Akrabalığı:

1. Var []
2. Yok []

Geniş Ailede Ruhsal Hastalık:

1. Var []
(yazınız.....)
2. Yok []

Ayrılık Öyküsü (6 haftadan uzun süre):

1. Var []
2. Yok []

Dayak (Çocuğunuzu döver misiniz?):

1. Var []
2. Yok []

Ebeveyn Dayak (Birbirinizi döver misiniz?):

1. Var []
2. Yok []

EK-3

AYRILIK BUNALTISI BOZUKLUĞU BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Çocuğunuza uygun ise EVET'in altındaki parantezin içine X koyunuz. Uygun değilse HAYIR'ın altındaki parantezin içine X koyunuz.

Adı Soyadı:

Tarih:

	EVET	HAYIR
1- Evden her ayrıldığında aşırı kaygı duyar.	()	()
2- Yakınlarını kaybedeceğine dair sürekli kaygı duyar.	()	()
3- Ailesine-yakınlarına zarar geleceği konusunda sürekli kaygı duyar.	()	()
4- Ailesinin-yakınlarının ayrılıp geri dönmeyeceği konusunda sürekli kaygı duyar.	()	()
5- Kötü bir olay sonucunda yakınlarından ayrılacağına dair sürekli kaygı duyar.	()	()
6- Kaçırılacağına dair sürekli kaygı duyar.	()	()
7- Öldürüleceğine dair sürekli kaygı duyar.	()	()
8- Ailesi-yakınları yanında olmadığı zamanlarda (evde ya da başka yerde) sürekli kaygı duyar.	()	()
9- Tek başına uyumaya gitmeyi reddeder.	()	()
10- Anne ya da babası yanında olmadan ev dışında bir yerde uyumaz.	()	()
11- Tek başına evde kalmaz.	()	()
12- Ailesi-yakınları olmaksızın başka ortama girmez.	()	()
13- Anne-babası ile olmadığı zamanlarda üzgün görünür.	()	()
14- Ailesi-yakınları yanında olmadığı zamanlarda okul ödevine konsantre olmakta ya da oyun oynamakta zorlanır.	()	()
15- Ailesi-yakınları ile ayrılmak konusunda gece kabusları görür.	()	()
16- Ayrılmaktan korktuğu için okula gitmeyi reddeder.	()	()
17- Ayrılmamız gereken zamanlarda (okul-iş) baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma gibi bedensel yakınmaları olur.	()	()

EK-4

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz

Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1 Gelecek hakkında karamsarım.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve bana sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
3 Kendimi tüümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3 Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0 Kendimden memnunum.
1 Kendi halimden pek memnun değilim.
2 Kendime çok kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım ve hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10- 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 11- 0 Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 12- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım her şey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17- 0 İştahım her zamanki gibi.
1 İştahım eskisi kadar iyi değil
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok.
- 18- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünmüyorum.
- 20- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK-5

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ)

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygun ise EVET'in altındaki parantezin içine X koyunuz. Uygun değilse HAYIR'ın altındaki parantezin içine X koyunuz.

Adı Soyadı:

Tarih:

	EVET	HAYIR
1- Ağladığımda, beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.	()	()
2- Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.	()	()
3- Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.	()	()
4- Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem.	()	()
5- Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.	()	()
6- Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.	()	()
7- Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.	()	()
8- Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur.	()	()
9- Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.	()	()
10- Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki; doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar.	()	()
11- Benim için, yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez, nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim.	()	()
12- Duygularımı kolayca anlatabilirim.	()	()
13- Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan çok; onların nereden kaynaklandığı üzerine düşünmeyi tercih ederim.	()	()
14- Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilmem.	()	()
15- Hayal gücümü bolca kullanırım.	()	()
16- Yapacak başka birşeyin olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.	()	()
17- Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur.	()	()
18- Pek hayal kurmam.	()	()
19- Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok işleri olurlarına bırakmayı tercih ederim.	()	()
20- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	()	()
21- İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.	()	()
22- İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur.	()	()
23- Tanıdıklarım, duygularımdan daha çok söz etmeni isterler.	()	()
24- İnsan, olayların derinine inmelidir.	()	()
25- İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.	()	()
26- Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam.	()	()

EK-6

DURUMLUK-SÜREKLİ BUNALTI ÖLÇEĞİ (DSBÖ)

Durumluk Bunaltı Ölçeği (DBÖ)

Adı Soyadı:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1-Şu anda sakinim	()	()	()	()
2-Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3-Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4-Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5-Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6-Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7-Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9-Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10-Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11-Kendime güvenim var	()	()	()	()
12-Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13-Çok sinirliyim	()	()	()	()
14-Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15-Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16-Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17-Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18-Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19-Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20-Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

Sürekli Bunaltı Ölçeği (SBÖ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genellikle nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Her zaman
21- Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22- Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23- Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24- Başkaları kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
25- Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım	()	()	()	()
26- Kendimi dinlenmiş hissedirim	()	()	()	()
27- Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	()	()	()	()
28- Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	()	()	()	()
29- Önemsiz şeyler için endişelenirim.	()	()	()	()
30- Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31- Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	()	()	()	()
32- Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33- Genellikle kendimi emniyette hissederim	()	()	()	()
34- Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
35- Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	()	()	()	()
36- Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37- Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
38- Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	()	()	()	()
39- Akli başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
40- Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()	()

EK-7

RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (RBTL)

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Öğrenci ise,

Okulun Adı:

Doğum Tarihi:

Öğrenimi:

İşi:

Adresi:

Tarih:

Tel:

YÖNERGE: Aşağıda herkese ait olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyun, sonra bu durumun bu gün dahil son bir ay içinde sizi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiğini göz önüne alarak yan taraftaki parantezin içine (X) işareti koyun. Düşüncelerinizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen silin. Yenisini okunaklı biçimde işaretleyin.

Soru atlamaksızın tüm soruları yanıtlayın. Başlangıç örneğini dikkatle okuyun, anlamadığınız soru olursa danışın.

ÖRNEK:

0 1 2 3 4
() () () (X) ()

1. Baş ağrısı

0) Hiç yok 1) Çok az var 2) Orta derecede var 3) Fazla var 4) Aşırı derecede var

0 1 2 3 4

1. Baş ağrısı

() () () () ()

2. Sinirlilik ya da içinde titreme hissi

() () () () ()

3. Kafanızdan atamadığınız tekrarlayıcı hoşla gitmeyen düşünceler

() () () () ()

4. Baygınlık ya da baş dönmesi

() () () () ()

5. Cinsel istek ve ilginin azalması

() () () () ()

6. Başkaları tarafından eleştirilmesi duygusu

() () () () ()

7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri

() () () () ()

8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu

() () () () ()

9. Olayları hatırlamada zorluk

() () () () ()

10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler

() () () () ()

11. Kolayca gücenip rahatsız olma hissi

() () () () ()

12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar

() () () () ()

13. Caddelerde ya da açık alanlarda korku hissi	() () () () ()
14. Enerjinizde azalma ya da yavaşlama hali	() () () () ()
15. Hayatınıza son verme düşünceleri	() () () () ()
16. Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak	() () () () ()
17. Titreme	() () () () ()
18. Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi	() () () () ()
19. İştah azalması	() () () () ()
20. Kolayca ağlama	() () () () ()
21. Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ve rahatsızlık hissi	() () () () ()
22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek	() () () () ()
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	() () () () ()
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	() () () () ()
25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu	() () () () ()
26. Olaylar için kendini suçlama	() () () () ()
27. Bel ve sırtta ağrılar	() () () () ()
28. İşlerin yapılmasını erteleme duygusu	() () () () ()
29. Yalnızlık hissi	() () () () ()
30. Karamsarlık hissi	() () () () ()
31. Herşey için çok fazla endişe duyma	() () () () ()
32. Herşeye karşı ilgisizlik hali	() () () () ()
33. Korku hissi	() () () () ()
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	() () () () ()
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması	() () () () ()
36. Başkalarının sizi anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi	() () () () ()
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	() () () () ()
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	() () () () ()
39. Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması	() () () () ()
40. Bunaltı yada midede rahatsızlık hissi	() () () () ()
41. Kendini başkalarından aşağı görme duygusu	() () () () ()
42. Adale (kas) ağrıları	() () () () ()
43. Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	() () () () ()
44. Uykuya dalmada güçlük	() () () () ()
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	() () () () ()
46. Karar vermede güçlük	() () () () ()
47. Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu	() () () () ()
48. Nefes almada güçlük	() () () () ()
49. Sıcak-soğuk basmaları	() () () () ()
50. Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ev durumlardan kaçınma hissi	() () () () ()
51. Hiçbir şey düşünmeme hali	() () () () ()

52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma	() () () () ()
53. Boğazınıza bir yumruk tıkanması	() () () () ()
54. Gelecek konusunda ümitsizlik hali	() () () () ()
55. Düşüncelerinizi toparlamada güçlük	() () () () ()
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	() () () () ()
57. Gerginlik ya da coşku hissi	() () () () ()
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	() () () () ()
59. Ölüm ya da ölmeyi düşünme	() () () () ()
60. Aşırı yemek yeme	() () () () ()
61. İnsanlar size baktığı yada hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma	() () () () ()
62. Size ait olmayan düşünceler sahip olma	() () () () ()
63. Bir başkasına vurma, yaralama, zarar verme isteği	() () () () ()
64. Sabahları çok erken saatte uyanma	() () () () ()
65. Yıkınma, sayı sayma, dokunma gibi bazı hareketleri tekrarlama	() () () () ()
66. Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık	() () () () ()
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	() () () () ()
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerinizin oluşu	() () () () ()
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	() () () () ()
70. Pazar yeri, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	() () () () ()
71. Herşeyin bir yük gibi görünmesi	() () () () ()
72. Dehşet ve panik nöbetleri	() () () () ()
73. Topluluk içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi	() () () () ()
74. Sık sık münakaşa etme	() () () () ()
75. Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali	() () () () ()
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	() () () () ()
77. Başkaları ile birlikte olduğunuz durumlarda dahi yalnızlık hissi	() () () () ()
78. Yerinde duramayacak ölçüde rahatsızlık duyma	() () () () ()
79. Kendinizi değersiz hissetme duygusu	() () () () ()
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	() () () () ()
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	() () () () ()
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	() () () () ()
83. Eğer fırsat verirsiniz insanların sizden yararlanacağı duygusu	() () () () ()
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelere sahip olma	() () () () ()
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	() () () () ()
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	() () () () ()
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	() () () () ()
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	() () () () ()
89. Suçluluk duygusu	() () () () ()
90. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi	() () () () ()

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : M. Kayhan BAHALI
Doğum Tarih ve Yeri : 05.05.1980/Mersin
Medeni Durumu : Evli
Adres : Mahfesiğmaz Mah. 12 sok. Karlıdağ Apt. No:27
A/Blk 6/11
Telefon : 0505 3893281
Fax : 0322 3386875
E-mail : mkbahali@yahoo.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : 2003, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Varsa Mezuniyet Derecesi :-
Görev Yerleri : Çukurova Ü.T.F. Balcalı Hastanesi
Çocuk Psikiyatri A.B.D.
Dernek Üyelikleri : Çocuk Ruh Sağlığı Derneği, Türk Psikiyatri
Derneği
Alınan Burslar :-
Yabancı Dil (ler) : İngilizce
Diğer Hususlar :-