

Çocuk ve ergenlerde okul reddi davranışının nedenlerinin incelenmesi

Evaluation of the children and adolescents refusing to attend school

Funda GÜMÜŞTAŞ, Yasemin YULAF, Sebla GÖKÇE

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, okul reddi davranışı nedeniyle çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine getirilen çocuk ve ergenlerde, okul reddi nedenlerinin ve varsa alta yatan psikopatolojilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Tekirdağ Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 15.01.2011 – 15.01.2012 tarihleri arasında okul reddi davranışı nedeniyle başvuran çocuk ve ergenlerin dosya bilgileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Olguların sosyodemografik özelliklerine ve Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, 4. baskı (DSM IV) kriterlerine göre psikopatolojilerine odaklanılmıştır.

Bulgular: Okul reddi davranışı olan çocuk ve ergenlerin (n=22) yaş ortalaması $11,0 \pm 4,5$ (5,4 – 17,8) olup, cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (%45,5 kız, %54,5 erkek) ($p > 0,05$). Okul reddi davranışı gösteren kız çocukların çoğunluğunun (% 60) ilkököl döneminde, erkeklerin ise (%58,3) lise döneminde olduğu görülmüştür. Okul reddi davranışı olan çocukların % 63,7'si (n=14) anksiyete bozukluğu, % 36,3'ü (n=8) yıkıcı davranış bozukluğu, % 13,6'sı (n=3) duygudurum bozukluğu ve % 9'u (n=2) uyum bozukluğu tanıları almıştır.

Sonuç: Okul reddi davranışı, sosyal ve akademik açıdan çocukların hayatını önemli ölçüde etkilemesi, aile ve okul yönetimini oldukça zorlaması nedeniyle önemle ele alınması gereken bir konudur. Bu neden ile, okul reddi davranışının altında yatan etkenlerin detaylı olarak araştırılması ve mevcut psikopatolojinin tedavi edilmesi gerekir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, Ergen, Okul reddi davranışı

ABSTRACT

Objectives: This study investigated the etiology of children and adolescents refusing to attend school and the psychopathologies of patients referred to the child and adolescent psychiatry outpatient clinic.

Patients and Methods: Information of patients who had been referred to the Tekirdag State Hospital Child and Adolescent Psychiatry Clinic between 15.01.2011 and 15.01.2012 were reviewed retrospectively. The study was focused on socio-demographic characteristics and psychopathologies of the children and adolescents determined according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) diagnostic criteria.

Results: The mean age of the children (n:22) was 11.0 ± 4.5 (5.4 – 17.8). There was no statistically significant difference between the genders (45.5 % of girls, 54.5 % of boys) ($p > 0.05$). The majority of girls (60 %) were in primary school and the boys (58.3 %) were in high school. Sixty-three point seven percent of the patients had anxiety disorder (n=14), 36.3 % had disruptive behaviour disorder (n=8), 13.6 % had mood disorder (n=3), 9 % had adjustment disorder (n=2).

Conclusion: Refusing to attend school significantly affects the social and academic aspects of the child's life. Managing of this problem is important for the family and the school staff. The factors underlying this behavior should be investigated in detail and existing psychopathology should be treated.

Key words: Adolescent, Child, School refusal behavior

Giriş

Okul reddi; öğrencinin okula gitmeyi ya da okulda kalmayı reddetme davranışı olarak tanımlanır [1]. Silverman ve Kearney bu davranışın altında yatan motivasyonları şu şekilde açıklamışlardır: 1- okul kaynaklı uyarıların, negatif duyguların üzerine arttırıcı etkisinden kaçınmak (ör: depresyon, anksiyete); 2- okulun sosyal caydırıcı durumlarından kaçmak (ör: arkadaş edinmede güçlük veya sınıfta başkaları ile konuşmak ya da sınıfın önünde konuşmak); 3- belirli kimselerin dikkatini çekmek (ör: anne-baba); 4- okul dışı pekiştireçlere aşırı yönelmek (ör: alışveriş merkezi, internet kafe) [2].

Funda Gümüştas (✉)

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman, Türkiye
e-mail: fundagumustas@gmail.com

Yasemin Yulaf

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ Devlet Hastanesi, Tekirdağ, Türkiye

Sebla Gökçe

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Gönderilme/Submitted: 30.09.2013 Kabul/Accepted: 05.12.2013

Kronik okul reddi davranışı nedenleri farklı çalışmalarda farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Evans bir yazısında bu davranışı 3 ana alt grupta sınıflandırmıştır: 1- Anksiyete ile giden alt tip, 2- Kaçınan alt tip, 3- Tamaruz ile giden alt tip [3].

Literatürde bu konu ile ilgili ulaşılabilen araştırmalar 1932 yılından itibaren başlamaktadır [4]. Ancak, akademik başarıda düşüşe ve okuldan atılma riskinde artışa neden olduğundan son yıllarda giderek daha da önem kazanmıştır [5]. Okul reddi davranışının uzun dönem sonuçlarını inceleyen çalışmalarda, okul reddi davranışı olan çocuk ve ergenlerin bu davranış görülme oranına göre daha yüksek oranda ruhsal bozukluk tanısı aldığı ve ruhsal desteğe ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir [6, 7].

Bu çalışmada, okul reddi davranışı nedeniyle çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine getirilen çocuk ve ergenlerin okul reddi nedenlerinin ve varsa altta yatan psikiyatrik bozukluklarının araştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem

Bu çalışmada 15.01.2011 – 15.01.2012 tarihleri arasında Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne ilk kez başvuran 2918 hastanın dosyaları taranmıştır. Zeka geriliği, epilepsi, aktif psikotik bozukluğu olmayan ve okul reddi davranışı şikayetiyle

Tablo I. Olguların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri

	Kız (n=10)	Erkek (n=12)	p	Toplam (n=22)
Yaş ortalaması	10,2 ± 4,0	11,7±4,3	0,31	11,0±4,5
Eğitim düzeyi				
Anaokulu-1. Sınıf	5 (% 50)	4 (% 33,3)		9 (% 40,9)
2-7. sınıf arası	2 (% 20)	1 (% 8,3)	0,39	3 (% 13,6)
8-12. sınıf arası	3 (% 30)	7 (% 58,3)		10 (% 45,5)
Anne yaş ortalaması	36,20±5,7	35,25±5,4	0,59	35,68±5,48
Baba yaş ortalaması	39,60±8,3	38,45±6,1	0,16	39,0±7,0
Annenin eğitim düzeyi				
Okula gitmemiş	0	1 (% 8,3)		1 (% 4,5)
İlkokul	1 (% 10)	7 (% 58,3)	0,04*	8 (% 36,4)
Ortaokul	2 (% 20)	2 (% 16,7)		4 (% 18,2)
Lise ve üzeri	7 (% 70)	2 (% 16,7)		9 (% 40,9)
Babanın eğitim düzeyi				
Okula gitmemiş	0	0		0
İlkokul	1 (% 10)	4 (% 33,3)	0,37	5 (% 22,7)
Ortaokul	2 (% 20)	1 (% 8,3)		3 (% 13,6)
Lise ve üzeri	7 (% 70)	7 (% 58,3)		14 (% 63,6)
Ebeveyn birlikteliği				
Birlikte	8 (% 80)	9 (% 75)		17 (% 77,3)
Boşanmış	2 (% 20)	1 (% 8,3)	0,32	3 (% 13,6)
Ebeveynlerden biri ölü	0	2 (% 16,7)		2 (% 9,1)

*p<0,05

getirilen 22 çocuk ve ergenin dosya bilgileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Olguların anne babalarının yaşları, eğitim düzeyleri ve birliktelik durumları bilgilerine yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formuyla ulaşılmıştır ve altta yatan psikiyatrik bozukluk tanıları Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, IV. Baskı (DSM IV) tanı kriterleri temel alınarak konulmuştur [8].

Çalışmada, okul reddi “ çocuğun veya ergenin en az 14 gün boyunca okula gitmemesi veya okula gitmek istememesi ve bu durumun aile ve sosyal hayatında ciddi sorunlara neden olması” şeklinde tanımlanmıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, p<0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Okul reddi davranışı nedeni ile getirilen çocukların 10'u (% 45,5) kız, 12'si (%54,5) erkektir. Kız ve erkek çocukların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte kız çocukların %60'ı 5-9 yaş arasında, % 50'si anasınıfı veya 1. sınıfta iken, erkeklerin %58,3'ü 14 yaş ve üzerinde ve 8-12. sınıfları arasındadır. Okul reddi olan kız çocukların annelerinin % 70'i lise ve üzeri eğitim düzeyinde iken, erkek çocukların annelerinin % 58,3'ü ilköğretim mezunudur (p<0,05). Çocukların anne-babalarının yaş ortalamaları, birliktelik durumları, babalarının eğitim düzeyleri açısından cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05, Tablo I).

Çocukların, %13,6'sının (n=3) 14 gün ve daha az süredir, % 40,9'unun (n=9) 15-28 gündür, % 31,8'inin (n=7) 1-2 aydır ve % 13,6'sının (n=3) 2 aydan daha uzun süredir okula gitmediği tespit edilmiştir.

Okul reddi davranışı olan çocukların % 63,7'si (n=14) anksiyete bozukluğu, % 36,3'ü (n=8) yıkıcı davranış bozukluğu (YDB), % 13,6'sı (n=3) duygudurum bozukluğu ve % 9'u (n=2) uyum bozukluğu tanılarını almıştır. Kız çocukların % 80'inde (n=8) anksiyete bozukluğu ve çoğunlukla ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB) (n=6, % 60) tespit edilirken, erkek çocukların % 64,7'sine (n=8) YDB tanıları konulmuştur (Tablo II). YDB tanısı alan

Tablo II. Okul reddi davranışı olan çocuk ve ergenlerin tanı dağılımı*

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Anksiyete Bozuklukları			
Ayrılık Anksiyete Bozukluğu	6 (60,0)	2 (16,7)	8 (36,4)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1 (10,0)	1 (8,3)	2 (9,1)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0	2 (16,7)	2 (9,1)
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	1 (10,0)	1 (8,3)	2 (9,1)
Duygudurum Bozuklukları			
Bipolar Bozukluk	1 (10,0)	0	1 (4,5)
Majör Depresif Bozukluk	1 (10,0)	1 (8,3)	2 (9,1)
Yıkıcı Davranış Bozuklukları			
DEHB	0	4 (33,4)	4 (18,2)
DB	0	3 (25,0)	3 (13,6)
BTA	0	1 (8,3)	1 (4,5)
Uyum Bozuklukları			
Depresif Duygudurum	0	1 (8,3)	1 (4,5)
Karışık Duygu ve DB	0	1 (8,3)	1 (4,5)

DEHB Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DB Davranım Bozukluğu, BTA Başka Türü Adlandırılmayan

* Bazı olgularda birden fazla tanı konduğu için, toplam tanı sayısı olgu sayısından fazladır.

olguların tümünün 14 yaş ve üzeri erkek çocuklar olduğu bulunmuştur.

Tartışma

Okul reddi davranışı, belirtilerin şiddeti, çeşitliliği, ortak bir sınıflama ve tedavi şemasının olmayışı nedeniyle çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının ve eğitimcilerin ortak ve sıkıntı veren problemlerindedir [1]. Çocuk ve ergenlerin %5-%28'inin hayatının bir döneminde okul reddi davranışı sergilediği düşünülmektedir [9]. Okulu reddeden çocukların, okula devamsızlık sonucu okul başarısında düşme, okulla ilişkili gelişimsel becerilerin kaybı, sosyal becerilerde zayıflık ve sosyal geriçekilme, stresli durumlarla başetme becerilerinde zayıflık ve ruh sağlığında kötüleşme gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşmaları yüksek olasılıktır [5, 10].

Okul reddi davranışı tüm yaşlarda görülebilmekle birlikte, ilkökula (5-6 yaş) ve ortaokula (10-11 yaş) başlama dönemlerinde sıklığında artış görülmektedir [6]. Bazı çalışmalarda okul reddi, her iki cinsten eşit oranlarda bildirilirken, bir çalışmada ise erkeklerde daha yüksek oranlar gösterilmiştir. [11, 12]. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak yaş grupları ve cinsiyetler arasında okul reddi davranışı görülme sıklığı açısından anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, bu davranışın kız çocuklarda çoğunlukla ilkökula başlama dönemlerinde ve erkek çocuklarda lise dönemlerinde görülmesi dikkat çekicidir.

Okul reddi, anksiyete ve depresyon gibi içselleştirme bozuklukları ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşıt olma karşı gelme bozukluğu gibi dışsallaştırma bozukluklarının üst üste binmesiyle oluşan heterojen bir davranış paternidir [13]. Çalışmamızda en sık okul reddi davranışı nedeni anksiyete bozukluğu (% 63,7) olarak bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları arasından ise, AAB (% 57, 1), en sık okul reddi davranışı nedeni olarak saptanmıştır. Araştırmalara göre, AAB, okul reddi olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğu gibi okul reddi de AAB'nin en sık gözlenen belirtisidir [14, 15]. AAB olan çocuk ve ergenlerin %75'inde okul reddi gözlenirken, yapılan çalışmalarda okul reddi olan çocuklarda AAB %22,4-%80 arasında değişiklik göstermektedir [16, 17]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, AAB olan çocukların ailelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine en sık başvuru nedeninin okul reddi (%75) olduğu saptanmıştır [18]. Anksiyöz lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, okula düzenli giden öğrencilerle, okulu reddeden ve devam etmeyenler arasındaki farklılıkların belirlenmesi amaçlanmıştır. Okul reddi gösteren gruptaki öğrencilerde, anksiyete bozukluğu şiddetinin daha yüksek olduğu, olumsuz kişilik özellikleri ve davranışsal problemlerin daha sık eşlik ettiği bulunmuştur [19]. Özcan ve arkadaşları 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada, okul reddi olan çocuk ve ergenlerin %8'inde obsesif kompulsif bozukluk (OKB) saptamışlardır [20]. Bu oran çalışmamızda tespit edilen OKB oranı ile uyumludur.

Çalışmamızda, dikkat çeken noktalardan bir diğeri de, tüm DEHB hastalarında bir diğere YDB tanısının eşlik etmesi ve çoğunluğunun da (%75) davranım bozukluğu ile birliktelik göstermesi ve bu olguların tümünün 14 yaş ve üzeri erkek olgular olmasıdır. Çocukluk başlangıçlı davranım problemlerinde çocuğun karakteri ve aile faktörlerinin daha çok etkisi bulunurken, ergenlik başlangıçlı davranım problemlerinde akran çevresi ve kültürel faktörlerin etkisi vurgulanmıştır. Bu gelişim dönemindeki hızlı hormonal değişikliklerin, çocuğun üzerindeki aile izleminin ve kontrolünün azalmasıyla, akranların etkilerinin artmasının birlikteliği sonucu daha önceden uyumlu olan çocukların, okula devam etmeyerek haz arama davranışlarına ve riskli davranışlara yönelmesi görülebilmektedir [21]. Bir çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak okul reddine % 40 oranında yıkıcı davranış bozukluklarının ve % 29 oranında agresif mizacın eşlik ettiği gösterilmiştir [22].

Değişik çalışmalarda, okul reddi nedenleri araştırılırken anksiyete bozuklukları ve yıkıcı davranış bozuklukları dışında duygudurum bozukluklarından özellikle depresyon tanısı vurgulanmıştır [17]. Ergenlerde yapılan bir çalışmada, depresif belirtilerin okula devam etmeme dahil olmak üzere,

okul işlevselliğinin pek çok alanında bozulmalarla önemli oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir [23]. Çalışmamızda olguların %9,1'inde depresyon saptanırken, farklı çalışmalar okul reddi belirtisi için (%7,3- 63,6) farklı yüzdelerle depresif duygudurum bozukluğu ya da depresif bir uyum bozukluğu ile ilgili sonuçlar bulmuşlardır [14, 24]. Çalışmamızda bir olguda, bipolar bozukluğun manik epizodu dikkat çekmiştir.

Aile işlevselliğinin sorunlu olmasının okul reddi davranışına neden olabileceğini belirten çalışmaların yanı sıra [25, 26], literatürde okul reddi ve AAB olan çocukların ailelerinde işlev bozukluğunun daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur [14, 27]. Bir çalışma okul reddi olan çocukların ailelerinde, parçalanmış aile oranının toplumun diğer kesimine göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir [28]. Çalışmamızda tek ebeveyn ile yaşayan çocukların oranı %22,7 (% 13,6 anne-baba boşanmış, % 9,1'inde ise tek ebeveyn vefat etmiş) olarak saptanmıştır. Literatürde, parçalanmış ailelerde roller ve iletişim alanındaki güçlüklerin, bütünlüğün korunduğu ailelere göre daha sık olduğu belirtilmiştir [14, 28].

Sonuç ve Kısıtlılıklar

Çalışmamıza katılan tüm olgularda (n=22, %100) bir psikiyatrik sorun tespit edilmiştir. Çalışmamızda ayrıca okul reddi davranışının kız çocuklarda sıklıkla ilkökula başlama döneminde ortaya çıktığı ve anksiyete bozukluğu tanısı görüldüğü, erkeklerde lise döneminde başladığı ve YDB tanılarının eşlik ettiği sonucu bulunmuştur. Bu sonuçların toplum temelli çalışmalarla desteklenmesi, okul reddi davranışına yaklaşım, müdahaleler ve alınabilecek önlemler konusunda bir protokol oluşturulabilmesine büyük katkı sağlayacaktır.

Çalışmamıza sadece okul reddi şikayetiyle polikliniğe getirilen çocuk ve ergenler dahil edilmiştir. Bu nedenle okul reddi olan ancak başka bir şikayet ile polikliniğe başvuran hastalar çalışmaya alınmamıştır. Yine aynı nedenle okul reddi olan ancak zeka geriliği, ders başarısızlığı, ders çalışmama veya heyet hastası olarak polikliniğe başvuran çocuk ve ergenler değerlendirilmemiştir. Ayrıca çalışmaya katılan olgu sayısının 22 ile sınırlı olması bu çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır. Okulla ilişkili problemlerin ortaya çıkmasında katkısı olabilecek ebeveyn psikopatolojisi ve sosyoekonomik düzey gibi faktörler bu çalışmada ayrıntılı ele alınmamıştır [29]. Çalışmamızda, sosyoekonomik düzey belirteçlerinden sayılabilecek anne ve baba eğitim düzeyleri bakımından cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı incelenmiş, erkek çocukların annelerinin eğitim düzeyleri anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyindeki düşüklük, annenin çocuğuyla farklı yaş dönemlerinde sağlıklı ilişki kuramamasına yol açabilir, böylece çocukluk döneminde uyumlu olan

çocukların ergenlik döneminde başlayan ve okul reddi ile sonuçlanan davranım problemleri açığa çıkabilir. Daha geniş örneklemlerle çalışmalarla okul reddi davranışı üzerine çocukların annelerinin eğitim düzeylerinin ve diğer sosyoekonomik ve psikososyal faktörlerin etkilerinin araştırılması uygun görülmektedir.

Toplumsal beklentiler ve yasaların da zorunlu kıldığı okula devam etme davranışı herhangi bir nedenle sürdürülemediğinde, kısa ve uzun vadede olumsuz etkilere yol açabileceğinden, eğitimcilerin ve ebeveynlerin öğrencinin bu sorunu için en kısa zamanda destek almaları önem arz etmektedir [30]. Okul reddi davranışının tedavisinde ortak tek bir tedavi protokolü bulunmadığından, her olgu detaylı bir biçimde incelenmeli ve iyi bir ayırıcı tanı yapılmalıdır. Ayrıca öğrencinin mevcut psikiyatrik bozukluğu dışında, içinde bulunduğu sosyal çevre, aile ve okul ortamı da araştırılarak her olgu için ayrı bir tedavi protokolü düzenlenmeli ve tedavide amaç en kısa zamanda öğrencinin okula dönmesini sağlamak olmalıdır [28].

Kaynaklar

1. Kearney CA. Forms and functions of school refusal behavior in youth: An empirical analysis of absenteeism severity. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:53-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01634.x
2. Kearney CA, Albano AM. The functional profiles of school refusal behavior: Diagnostic aspects. *Behav Modif* 2004;28:147-61. doi: 10.1177/0145445503259263
3. Evans LD. Functional school refusal subtypes: Anxiety, avoidance and malingering. *Psychol Sch* 2000;37:183-91. doi: 10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<183::AID-PITS9>3.0.CO;2-5
4. Berg I, Nichols K, Pritchard C. School phobia: Its classification and relationship to dependency. *J Child Psychol Psychiatry* 1969;10:123-41. doi: 10.1111/j.1469-7610.1969.tb02074.x
5. Alexander KL, Entwisle DR, Kabbani NS. The dropout process in life course perspective: Early risk factors at home and school. *Teach Coll Rec* 2001;103:760-822.
6. Fremont WP. School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2003;68:1555-60.
7. 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. doi:10.1016/S0010-440X(97)90048-1
8. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*. Çev. ed.: E Koroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
9. Kearney CA. *School refusal behavior in youth: A Functional Approach to Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001.
10. Pina AA, Zerr AA, Gonzales NA, Ortiz CD. Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child Dev Perspect* 2009;3:11-20. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00070.x
11. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H. School refusal: Epidemiology and management. *Paediatr Drugs* 2001;3:719-32. doi:10.2165/00128072-200103100-00002
12. Nishida A, Sugiyama S, Aoki S, Kuroda S. Characteristics and outcomes of school refusal in Hiroshima, Japan: proposals for network therapy. *Acta Med Okayama* 2004;58:241-9.
13. Beidas RS, Crawley SA, Mychailyszyn MP. Cognitive-behavioral treatment of anxious youth with comorbid school refusal: Clinical presentation and treatment response. *Psychol Topics* 2010;19:255-71.

14. Bahalı K, Tahirođlu AY. Okul reddi: klinik özellikler, tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:362-83.
15. Özcan Ö, Kılınç BG, Aysev A. Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17:173-80.
16. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2001;15:93-104. doi: 10.2165/00023210-200115020-00002
17. Christopher A, Kearney CA, Bensaheb A. School absenteeism and school refusal behavior: A review and suggestions for school-based health professionals. *J Sch Health* 2006;76:3-7. doi: 10.1111/j.1746-1561.2006.00060.x
18. Turkbay T, Sohmen T. Psychopathology in parents of children with school phobia. *Türk J Child Adolesc Ment Health* 2001; 8:77-84.
19. Ingul JM, Nordahl HM. Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Ann Gen Psychiatry* 2013;12:25-33. doi:10.1186/1744-859X-12-25
20. Özcan Ö, Aysev A. Okul fobisi olan çocuklarda ruhsal bozuklukların sıklığının araştırılması. *Inonu Univ Tıp Fak Derg* 2009;16:13-7.
21. Wood JJ, Lynne SD, Langer DA, et al. School attendance problems and youth psychopathology: Structural cross-lagged regression models in three longitudinal datasets. *Child Dev* 2012;83:351-66. doi 10.1111/j.1467-8624.2011.01677.x
22. Fernando SM, Perera H. School refusal: behavioural and diagnostic profiles of a clinical sample. *SLJ Psychiatry* 2012;3:10-3. doi:10.4038/sljpsyc.v3i1.4453
23. Kashikar-Zuck S, Johnston M, Ting TV, et al. Relationship between achool absenteeism and depressive symptoms among adolescents with juvenile fibromyalgia. *J Pediatr Psychol* 2010;35:996-1004. doi: 10.1093/jpepsy/jsq020
24. Prabhswamy M, Srinath S, Girimaji S, Seshadri S. Outcome of children with school refusal. *Indian J Pediatr* 2007;74:375-9. doi:10.1007/s12098-007-0063-5
25. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:797-807. doi:10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79
26. Hersov L. School refusal. In: Rutter M, Hersov L, editors. *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. 2nd Ed. Oxford: Blackwell, 1985:382-9.
27. Bernstein GA, Garfinkel BD. Pedigrees, functioning and psychopathology in families of school phobic children. *Am J Psychiatry* 1988;145:70-4.
28. Bernstein GA, Borchardt CM. School refusal: family constellation and family functioning. *J Anxiety Disord* 1996;10:1-19. doi:10.1016/0887-6185(95)00031-3
29. Bahalı K, Tahirođlu AY, Avcı A, Seydaođlu G. Parental psychological symptoms and familial risk factors of children and adolescents who exhibit school refusal. *East Asian Arch Psychiatry* 2011;21:164-9.
30. İlköğretim ve Eğitim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 11 Nisan 2012 Çarřamba, Remi Gazete, sayı 28261. [http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler /2012/04/20120411-8.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120411-8.htm)// adresinden 20.06.2013 tarihinde indirildi.