






Araştırma Makalesi | Research Article

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN ERGENLERDE OKUL REDDİ SIKLIĞININ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI- NATURALİSTİK BİR İZLEM ÇALIŞMASI

A NATURALISTIC FOLLOW-UP STUDY TO INVESTIGATE THE FREQUENCY OF SCHOOL REFUSAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN ADOLESCENTS ATTENDING THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY CLINIC

  Burcu Kardaş^{1*},  Dilek Toprak¹,  Ömer Kardaş¹,  İrem Damla Çimen¹

¹Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye.



Öz

Amaç: Bu çalışmada bir yıllık süreçte polikliniğimize okul reddi şikâyeti ile başvurmuş ergenlerin merkezimizdeki sıklığı, klinik özellikleri ve tedavi özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Okul reddi saptanan 45 olgu prospektif olarak değerlendirilmiştir. İlk görüşmede ve tedavisinin 6. ayında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (DSKE) uygulanmış olup, Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği (ORDÖ) ilk muayene sırasında verilmiştir. Komorbid psikopatolojiler "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS)" ile taranmıştır.

Bulgular: Çalışmamızın sonucunda; kliniğimizde bir yıl içinde ergenler için okul reddi sıklığı %1,3 olarak tespit edilmiştir. Okul reddi olan ergenler cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında; kızlarda daha çok lise düzeyinde okul reddi olduğu, daha fazla depresif bozukluk ve kendine zarar verme davranışı tanılarında sahip oldukları, antipsikotik ve risperidon kullanımlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0,05). Takip sürecinde hastaların %68,9'unun (n=31) tedavi sürecine devam ettiği, yapılan görüşme sayısının kız ergenlerde anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0,05). İzlemede depresyon ve anksiyete skorlarının anlamlı düzeyde azaldığı (p<0,05) belirlenmiş, ORDÖ açısından cinsiyetlere göre anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Okul reddi acil müdahale gerektiren, özellikle ergenlerde daha az üzerinde durulmuş önemli bir konudur. Bu çalışmadan elde edilen verilerle ergenlik döneminde görülen okul reddinin daha iyi anlaşılmasını umuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Okul reddi, ergenlik, komorbidite, psikopatoloji

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to investigate the frequency, clinical characteristics and treatment characteristics of adolescents who applied to our outpatient clinic with the complaint of school refusal for one year.

Methods: 45 cases with school refusal were evaluated prospectively. The Beck Depression Scale (BDI) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were administered at the first interview and at the 6th month of the treatment, and the School Refusal Rating Scale (SRSS) was given during the first examination. Comorbid psychopathologies were screened with the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS).

Results: As a result of our study; In our clinic, the frequency of school refusal for adolescents was found to be 1.3% in one year. When adolescents with school refusal were compared in terms of gender; It was determined that girls were more likely to have high school refusal, have more depressive disorder and self-harming behavior diagnoses, and use antipsychotics and risperidone more (p<0.05). It was determined that 68.9% of the patients (n=31) continued the treatment process during the follow-up period, and the number of interviews was significantly higher in female adolescents (p<0.05). Depression/anxiety scores decreased significantly in the follow-up (p<0.05) and there was no significant difference between genders in terms of SRSS scores (p>0.05).

Conclusion: School refusal is an important issue that requires immediate intervention, especially in adolescents, which is less emphasized. We hope that the data obtained from this study will provide a better understanding of school refusal in adolescence.

Keywords: School refusal, adolescence, comorbidity, psychopathology

*İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: Burcu Kardaş; Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Umuttepe, 41001, Kocaeli, Türkiye.

Telefon/Phone: +90 (262) 303 88 52 e-posta/e-mail: burcu-atar@hotmail.com

Başvuru/Submitted: 07.07.2023

Kabul/Accepted: 01.09.2023

Online Yayın/Published Online: 21.10.2023

Giriş

Okul reddi; okuldan hoşlanmama ve okula ilgisizliğin ötesinde kaygı, sosyal fobi, korku, içe kapanıklık, depresyon gibi duygusal nedenlerden dolayı okula gitmekte zorlanma ve tüm gün okulda kalamama olarak tanımlanabilir.¹ Okul çağındaki çocukların yaklaşık %2 ila %5'inin okul reddi yaşadığı belirtilmiştir.² Okul reddi çocuk ve ergen psikiyatrisi için acil bir durumdur. Kız ve erkek çocuklarda görülme sıklığı benzer saptanmıştır.¹

İlkokuldan ortaokula geçişle birlikte, gençler daha geniş ve daha karmaşık bir sosyal çevreyle (örneğin; daha fazla öğretmen ve daha fazla öğrenci) karşı karşıya kalırlar. Ergenlik döneminde sağlıklı bir benlik geliştiremeyen, benlik saygısı düşük bazı savunmasız ergenler için okul ve akranlar daha fazla sıkıntıya yol açabilir. Bu nedenler ergenlerin ev ortamının güvenli halini tercih etmesine neden olabilir, bu da okul reddini meydana getirir.³

Okul reddinin daha çok ilkokul çağlarında görülmesi nedeniyle ergenlerde yapılan çalışmalar daha az sayıdadır. Ergenlikte çocukluk dönemine oranla daha fazla devamsızlık, daha yüksek oranda eşlik eden sosyal fobi ve depresif bozukluk saptanmaktadır. Ergenliğe özgü gelişimsel zorluklar dâhil olmak üzere daha kötü tedavi sonuçlarının nedenlerini dikkate almak okul reddi tedavisinin belirlenmesinde önemlidir.³ Ergenlik döneminde başlayan okul reddi olan gençlerin, okuldaki diğer gençlerle karşılaştırıldığında depresyon ve yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu, benlik saygısının düşük olduğu, anne ve akranlarına bağlanmada daha az güvenli oldukları gösterilmiştir. Okul reddi olan gençlerde tüm bunlara bağlı olarak yaşam kalitelerinin de yaşitlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.⁴

Kronik okul devamsızlığı ve okul reddi davranışı olan gençlerin, ergenlik döneminde suça karıştıkları, yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde ciddi uyum sorunları gösterdikleri, çeşitli ekonomik, psikiyatrik, akademik ve sosyal konularda sorunlarla karşılaştıkları saptanmıştır. Yaşamın bu kritik aşamasında, ergenlerin sağlıklı bir benlik kavramı oluşturmaları için teşvik etmek, genel duygularının gelişmesine katkıda bulunmak, okul reddine yol açan ve sürdüren sorunları erken tespit etmek ve okul reddinin yarattığı zorlukları önlemek için uygun müdahaleleri yapmak oldukça önemlidir. Okul reddinin değerlendirilmesi ve yönetiminde, aile hekimi, okul yönetimi, rehber öğretmenler, ebeveynler ve çocuk ergen ruh sağlığı uzmanını içeren multidisipliner bir yaklaşım gerekir.^{1,5}

Bu veriler göz önüne alınarak; bu çalışmamızda iki faktörü saptamayı amaçladık. Birincisi; son bir yıl içerisinde polikliniğimize başvuran ergenler arasında okul reddinin sıklığını saptamak, ikinci amacımız da bir yıl içinde okul reddi tanısı alan ergenlerin takip sürecinde verilerini incelemektir.

Yöntem

Bu prospektif çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun izni

ile (Etik Kurul No: 2021/280) Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Helsinki Bildirgesi'nin ilkeleri doğrultusunda, katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmak isteyen ergenlere çalışmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği (ORDÖ) için ölçek sahibinden yazılı izin alınmıştır.

Katılımcılar

Çalışmamızda; 12-17 yaş aralığında olan, Kasım 2021-Ekim 2022 tarihleri arasında okul reddi şikâyeti ile polikliniğimize başvuran ergenler prospektif olarak değerlendirilmiştir. Okul reddi DSM-5 (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders-5) ve ICD-11 (International Statical Classification of Diseases and Related Health Problems-11) uluslararası tanı sınıflandırma sistemlerinde bağımsız klinik bir bozukluk olarak yer almamaktadır.^{6,7} Bu nedenle Berg tarafından belirlenen okul reddi kriterleri temel alınarak okul reddi olup olmadığına karar verilmiştir. Hekimin DSM-5 tanı kriterleri doğrultusunda yaptığı psikiyatrik muayene sonucunda; okula gitmeyi sık sık reddetme, okula gitmeyi başarsa bile tüm gün okulda duramama, okul saatlerinde ebeveynlere yakın olmayı veya ev gibi güvenilir bir ortamda kalmayı tercih etme, okula gitme saati geldiğinde duygusal ve bedensel sıkıntılar gösterme, okula gitmesi sonucu öfkelenme gibi antisosyal davranışlar sergileme, okula gidemediği durumları ebeveynlerden gizleme şeklinde belirtileri olan ergenler okul reddi olarak kabul edilmiştir.^{7,8} Psikiyatrik muayene sonucunda okula devamlılığı etkileyecek bedensel engeli olan, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, mental retardasyon ve otizm spektrum bozukluğu tanıları olan ergenler çalışmaya alınmamıştır. Psikiyatrik muayene ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-(K-SADS) yapıldıktan sonra okul reddi olan ergenin Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği (ORDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKE) doldurması istenmiştir. Takip sürecine devam eden hastaların ölçekleri 6. ayda tekrarlanmıştır. Hastaların takipleri bireysel tedavi ihtiyaçlarına göre belirlenmiştir. Tedavi sürecine devam eden tüm olgulara okul reddine yönelik davranışçı müdahale yöntemleri (okul reddine yönelik psikoeğitim, sistematik duyarsızlaştırma, kademeli maruz bırakma, gevşeme ve nefes egzersizleri gibi stratejilerin kombinasyonu) uygulanmıştır.

Kullanılan Ölçekler

Olgu rapor formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan hastalara ait bilgilerin (sosyodemografik veriler, klinik belirtiler, tanılar, tedavi önerileri vb.) yer aldığı, hekim tarafından doldurulan formdur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

21 maddeden oluşan 4'lü likert tipi BDE, Beck ve Steer¹⁰ (1987) tarafından geliştirilmiş ve Hisli ve ark.¹¹ tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek depresif belirtilerin

şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Daha yüksek puan daha şiddetli depresif belirtiler olduğunu göstermektedir.

Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri (DSKE)

1983 yılında Spielberger ve ark.¹² tarafından geliştirilen, yaygın olarak kullanılan, kendi kendine bildirilen DSKÖ, durumluk ve sürekli kaygı kavramlarını ölçmek için Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) ve Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) bileşenlerinden oluşur. Her bileşen ölçeğinde 1-4 arasında yanıtlanan 20 madde vardır ve yüksek puan daha şiddetli anksiyete belirtilerini gösterir. DSKE'nin yüksek bir iç tutarlılığı vardır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır.¹³

Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği-Çocuk Formu

Kearney ve Silverman (1993) tarafından¹⁴ geliştirilmiş ve Kearney tarafından (2002) gözden geçirilmiş olan "Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği Çocuk Formu'nun (ORDÖ)" Türkçe'ye uyarılma, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında yapılmıştır.¹⁵ ORDÖ'nün faktör yapısının geçerli bir model olup olmadığını saptanması için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeği oluşturacak maddeleri ve ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla, madde toplam test korelasyonu, ölçüt geçerliği ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır. ORDÖ'nün Türkçe uyarılma, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucu elde edilen bulgular, ölçeğin 24 maddelik halinin Türk ortaöğretim öğrenci popülasyonu üzerinde geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceğini göstermektedir.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS)

Kaufman ve ark.'ları¹⁶ tarafından geliştirilen K-SADS'in Ünal ve ark.'ları¹⁷ tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilmiştir. Ünal ve ark.'ları K-SADS'in birçok tanı grubu için geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı. Normallik varsayımı için Shapiro-Wilk normallik testi uygulandı. Normal dağılıma uyan numerik değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayan numerik değişkenler medyan (25.-75. yüzdelik) olarak verildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arası farklılık Ki-Kare Testi, Bağımsız Örneklem T-Testi ve Mann Whitney-U Testi ile belirlendi. Örneklem 1. ve 6. ay değişimlerinin karşılaştırılması için Bağımlı Örneklem T-testi kullanıldı. Hipotez testlerinde p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamızda bir yıl boyunca okul reddi ile polikliniğimize başvuran 12-17 yaş aralığındaki tüm ergenler değerlendirilmiştir. Bir yıl boyunca tekrarlı başvurular çıkarıldığında 12-17 yaş aralığında 3448 hastanın başvuru yaptığı, 45 olgunun okul reddi ile takip edildiği saptanmıştır. Kliniğimiz için belirlenen yaş grubunda bir yıl içinde okul reddi sıklığı %1,3 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın örneklemini 26 (%57,7) kız, 19 (%42,3) erkek olmak üzere toplam 45 okul reddi bulunan 12-17 yaş aralığındaki ergenden oluşmaktadır. Olguların yaş ortalaması kız cinsiyet için 14,6±1,32, erkek cinsiyet için 14,0±1,63 olarak saptanmıştır. Örneklemin sosyodemografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Okul reddi olan ergenlerin eşlik eden psikiyatrik tanıları incelendiğinde olguların tamamının (%100) psikiyatrik bir tanısı olduğu saptanmıştır. Olguların %77,4 'ünün (n=35) anksiyete bozukluğu (AB), %64,4'ünün (n=29) major depresif bozukluk (MDB) tanısı aldığı ve en sık görülen psikiyatrik bozuklukların AB ve MDB olduğu bulunmuştur. Olgular cinsiyet açısından karşılaştırıldığında; kızlarda en sık tanının MDB (n=20, %44,4), erkeklerde ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (n=10, %22,2) olduğu görülmüştür. MDB ve KZVD tanıları okul reddi olan kız ergenlerde erkek ergenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Okul reddine eşlik eden psikiyatrik tanıları ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Okul reddi bulunan ergenlerin tedavinin başında bulunan planlanan ilaç tedavileri incelendiğinde olguların %88,9'unun (n=40) ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir. Kız ergenler ile erkek ergenler karşılaştırıldığında, okul reddi olan kız ergenlerin antipsikotik kullanımı, risperidon kullanımı ve yapılan görüşme sayısı anlamlı düzeyde daha fazla idi (p<0,05). Okul reddi bulunan ergenlerin cinsiyetlere göre tedavi süreçleri ve farmakolojik tedavi özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Okul reddi bulunan ergenlerin %68,9 (n=31) tedavi sürecine devam etmiş, %31,1'i (n=14) altı aylık takip sürecini tamamlamamıştır. Takip sürecine devam eden ergenlerin %77,4'ü (n=24) okula devam etmiştir. Tüm ölçeklerde anlamlı düzeyde değişiklik (depresyon ve anksiyete skorlarında azalma) tespit edilmiştir (p<0,05). Takip sürecine devam eden ergenlerin ölçek değişimleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçekler cinsiyet dağılımları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Okul reddi olan ergenlerin kendilerinin doldurduğu ORDÖ ve alt ölçek skorlarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 1. Okul reddi olan ergenlerin sosyodemografik özellikleri

| Değişkenler | Kız n (%) | Erkek n (%) | Toplam n (%) | p |
|-----------------------------|-----------|-------------|--------------|---------------|
| Yaş (Ort±SS) | 14,6±1,32 | 14±1,63 | 14,3±1,48 | 0,146** |
| Okul düzeyi | | | | 0,036* |
| Ortaokul | 7(26,9) | 11(57,9) | 18(40) | |
| Lise | 19(73,1) | 8(42,1) | 27(60) | |
| Anne Eğitim | | | | 0,884* |
| Okuryazar değil | 1(3,8) | 1(5,3) | 2(4,4) | |
| İlkokul | 5(19,2) | 6(31,6) | 11(24,4) | |
| Ortaokul | 3(11,5) | 2(10,5) | 5(11,1) | |
| Lise | 9(34,6) | 6(11,1) | 15(33,3) | |
| Üniversite | 8(30,8) | 4(31,6) | 12(26,7) | |
| Baba Eğitim | | | | 0,608* |
| Okuryazar değil | 0(0) | 1(5,3) | 1(2,2) | |
| İlkokul | 6(23,1) | 4(21,1) | 10(22,2) | |
| Ortaokul | 3(11,5) | 3(15,8) | 6(13,3) | |
| Lise | 9(34,6) | 8(42,1) | 17(37,8) | |
| Üniversite | 5(18,5) | 3(15,8) | 11(24,4) | |
| Anne Meslek | | | | 0,642* |
| Çalışmıyor | 14(53,8) | 10(52,6) | 34(53,3) | |
| Kamu | 5(19,2) | 2(10,5) | 7(15,6) | |
| Özel Sektör | 7(26,9) | 7(36,8) | 14(31,1) | |
| Baba Meslek | | | | 0,670* |
| Çalışmıyor | 1(3,8) | 0(0) | 1(2,2) | |
| Kamu | 6(23,1) | 4(21,1) | 10(22,2) | |
| Özel Sektör | 19(73,1) | 15(78,9) | 34(75,6) | |
| Kardeş | | | | 0,193* |
| Var | 24(59,3) | 15(78,9) | 39(86,7) | |
| Yok | 2(7,7) | 4(21,1) | 6(13,3) | |
| Aile Tipi | | | | 0,768* |
| Çekirdek | 17(65,4) | 13(68,4) | 30(66,7) | |
| Geniş | 3(11,5) | 3(11,5) | 6(13,4) | |
| Parçalanmış | 6(23,1) | 3(15,8) | 9(20) | |
| SED | | | | 0,357* |
| Düşük | 6(23,1) | 4(21,1) | 10(22,2) | |
| Orta | 15(57,7) | 14(73,7) | 29(64,4) | |
| Yüksek | 5(19,2) | 1(5,3) | 6(13,3) | |
| Aile Psikopatolojisi | | | | 0,501* |
| Var | 16(61,5) | 12(63,1) | 28(62,2) | |
| Yok | 10(38,5) | 7(36,9) | 17(37,8) | |

*Ki-kare testi, **Bağımsız Örneklem T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, SED: Sosyoekonomik Düzey

Tablo 2. Okul reddi olan ergenlerin cinsiyetlerine göre tanı dağılımları

| Psikiyatrik Tanılar | Kız (n=26) n(%) | Erkek (n=19) n(%) | Toplam (n=45) | p |
|---------------------|--------------------|----------------------|---------------|--------------|
| AB | 21 (46,6) | 14 (31,1) | 35 (77,7) | 0,252 |
| MDB | 20 (44,4) | 9 (20) | 29 (64,4) | 0,041 |
| DEHB | 10 (22,2) | 10 (22,2) | 20 (44,4) | 0,345 |
| SKB | 9 (20) | 3 (6,3) | 12 (26,7) | 0,158 |
| YAB | 8 (17,8) | 5 (11,1) | 13 (28,9) | 0,745 |
| AAB | 4 (8,9) | 6 (13,3) | 10 (22,2) | 0,197 |
| TSSB | 2 (4,4) | 4 (8,9) | 6 (13,3) | 0,193 |
| OKB | 6 (13,3) | 2 (4,4) | 8 (17,8) | 0,277 |
| DB | 2 (4,4) | 1 (2,2) | 3 (6,7) | 0,744 |
| KZVD | 20 (44,4) | 3 (6,3) | 23 (50,6) | 0,024 |

AB: Anksiyete Bozukluğu, MDB: Major Depresif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, SKB: Sosyal Kaygı Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, OKB: Obsesif-kompulsif Bozukluk, DB: Davranım Bozukluğu, KZVD: Kendine zarar verme davranışı. Ki-Kare Testi

Tablo 3. Okul reddi olan ergenlerin tedavi süreçleri ve farmakolojik tedavi özellikleri

| | Kız (n=26) n (%) | Erkek (n=19) n (%) | Toplam (n=45) n (%) | p |
|---|---------------------|-----------------------|------------------------|----------------|
| Psikotrop kullanımı | 24 (53,3) | 18 (40) | 42 (92,4) | 0,286* |
| SSGİ | 24 (53,3) | 16 (35,6) | 40 (88,9) | 0,393* |
| AP | 18 (40) | 6 (13,3) | 24 (53,3) | 0,012* |
| Fluoksetin | 9 (20) | 5 (11,1) | 14 (31,1) | 0,553* |
| Sertralin | 15 (33) | 11 (24,2) | 26 (57,2) | 0,609* |
| Risperidon | 11 (24,2) | 3 (6,7) | 14 (31,1) | 0,058* |
| Aripiprazol | 7 (17,8) | 3 (6,7) | 10 (22,2) | 0,248* |
| Tedavinin 6. Ayında okula devam etme | 15 (33) | 9 (20) | 24 (53,3) | 0,365* |
| Yapılan görüşme sayısı** | 13 (6-18) | 8 (4-12) | 7 (5-16) | 0,021** |
| Takip süresi (ay)** | 5 (3-8) | 4 (3-7) | 4 (3-8) | 0,292** |

SSGİ: Selektif serotonin gerialım inhibitörü, AP: Antipsikotik, *Ki-Kare testi, **Mann Whitney U Testi: Medyan (25p-75p)

Tablo 4. Tedaviye devam eden ergenlerin ölçek skorlarındaki değişimler

| | İlk ölçüm (n=31) | İkinci ölçüm (n=31) | p |
|------------------------------------|---------------------|------------------------|--------|
| BDÖ | 32,1±12,5 | 22±12,8 | 0,001* |
| DSKE-durumluluk alt ölçeği | 52,3±10,4 | 32±10,8 | 0,001* |
| DSKE- süreklilik alt ölçeği | 54,7±12,6 | 42,4±15,3 | 0,001* |

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, DSKE: Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, Bağımlı Örneklem T-testi

Tartışma

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde okul reddi şikâyeti ile başvuran ergen olgular prospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre okul reddi olan ergenler cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında kız ergenlerin erkek ergenlere göre anlamlı düzeyde; daha çok lise düzeyinde oldukları, daha fazla MDB ve KZVD tanılarına sahip oldukları, antipsikotik ve risperidon kullanımlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Takip sürecinde yapılan görüşme sayısının kız ergenlerde anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. İzlemde ölçek değişimleri ve ORDÖ skorları açısından cinsiyetlere göre anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.

Literatürde okul reddi yaygınlığına bakıldığında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bunun nedenlerinden birinin okul reddi durumunun tanı kriterlerinin net olmaması, okul reddi davranışının tam olarak tanımlanamaması olarak gösterilmektedir.¹⁸ Amerika Birleşik Devletleri'nde genç yaş grubunda okul reddi sıklığı %1-2 arasında tahmin edilmektedir.¹⁹ Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerine okul reddi ile sevk edilen gençlerin %5-16'sında okul reddi olduğu belirtilmiştir.²⁰ Bizim çalışmamızda ergen yaş grubunda okul reddi sıklığı %1,3 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda bir yıl içinde cinsiyet oranlarına bakıldığında, okul reddi sıklığının kız cinsiyette erkek cinsiyete oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olması dolayısıyla

sonuçların geneli yansıtmayacağı düşünülmekle birlikte literatürde kız ve erkeklerde eşit oranda görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur.²¹ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise okul reddinin lise düzeyinde erkeklerde daha sık olduğu tespit edilmiştir.²²

Genellikle literatürde ergenlik öncesi veya ergenlik çağındaki gençler arasında okul reddi yaygınlığının sık olduğu düşünülmektedir. 6-14 yaş aralığındaki gençleri değerlendiren bir çalışmada okul reddinin daha çok ortaokulu bitirme, liseye başlama dönemlerine denk geldiği, 13-14 yaşında zirve yaptığı belirtilmiştir.²³ Başka bir çalışmada da ortaokul veya liseye başlama gibi geçiş dönemlerinde de okul reddi sıklığının arttığı gösterilmiştir.¹⁸ Çalışmamızda yaş dağılımı cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında anlamlı olarak farklılık saptanmamıştır. Ancak okul düzeyleri cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında okul reddi olan kızların daha çok lise düzeyinde, erkeklerin ise ortaokul düzeyinde oldukları belirlenmiştir. Literatürde iki raporda erkeklerin daha erken sınıf düzeylerinde okul reddi olasılığı yüksekken, kızların daha büyük sınıf düzeylerinde okul reddi olasılığının yüksek olduğu gösterilmiştir.²⁴ Daha önce yukarıda bahsedilen çalışmada ise okul reddi olan erkeklerin daha çok lise düzeyinde oldukları saptanmıştır.²² Çalışmalardaki bu farklı sonuçlar okul reddi için farklı kriterlerin kullanılmasından kaynaklanmış olabilir.

Tablo 5. ORDÖ toplam puan ve alt ölçeklerin cinsiyetler açısından karşılaştırılması

| | Kız (n=26) | Erkek (n=19) | Toplam | p |
|--------------------|------------|--------------|------------|-------|
| | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | |
| ORDÖ-Toplam | 84,2±21,3 | 80,8±25,3 | 82,8± 22,9 | 0,629 |
| ORDÖ-NEK | 25,1±9,9 | 21,8±7,8 | 23,7±9,1 | 0,250 |
| ORDÖ-İSDDK | 26,3±9,0 | 22,4±11,1 | 24,7±10,0 | 0,205 |
| ORDÖ-DÇİA | 17,9±7,4 | 18,8±10,4 | 18,3±8,7 | 0,717 |
| ORDÖ-ODPPA | 14,8±6,4 | 17,5±8,8 | 16,0±7,5 | 0,236 |

ORDÖ: Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği, NEK: Negatif Etkilerden Kaçınmak, İSDDK: İtici Sosyal ve Değerlendirici Durumlardan Kaçınmak, DÇİA: Dikkat Çekmek-İlgi Aramak, ODPPA: Okul Dışı Pekiştirme-Teşvik Aramak. *Bağımsız Örneklem T-testi

Çalışmalar ergenlikteki okul reddi durumunun karmaşıklığını, eş tanı durumunu desteklemektedir. Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin değerlendirildiği bir çalışmada en sık saptanan tanılar sırasıyla depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğudur.²⁵ Başka bir çalışmada ergenlerde okul reddi ile depresif belirtilerin bir arada olduğu gösterilmiştir.²⁶ Çalışmamızda en sık saptanan tanı AB ve MDB idi. Ayrıca örneklemden kız ergenlerde erkek ergenlere oranla MDB tanısı anlamlı düzeyde fazlaydı. Okul reddi küçük çocuklarda ayrılık kaygısı bozukluğu ile ilişkilendirilirken, ergenlerde sosyal kaygı ile daha çok ilişkili gösterilmiştir. Özellikle okuldaki olumsuz sosyal ve değerlendirici durumlardan kaçınmak isteyen gençlerin okul reddi durumu olduğu belirlenmiştir.²⁷ Çalışmamızda AB ve MDB sonrasında en sık saptanan tanı DEHB'dur. Nayak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada okul reddi olan çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığının toplumdaki DEHB sıklığından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.²⁵ Okul reddi olan ergenlerin tanılarını cinsiyetlere göre inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda okul reddi olan kız ergenlerde KZVD anlamlı düzeyde fazla tespit edilmiştir. Kendine zarar verme davranışı ile depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur.²⁸ KZVD ile ilişkili faktörler incelendiğinde zayıf aile ve akran ilişkileri, psikiyatrik hastalık, alkol ve madde kullanımı gibi birçok faktör etkili bulunmuştur. Okul reddi ile direk ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Okul reddi olan ergenlerde psikiyatrik hastalık oranının fazla olduğu, kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadıkları bilinmektedir.²⁵

Okul reddi için farmakolojik tedavilere ilişkin veriler azdır. Yapılan çalışmalar selektif serotonin geri-alım inhibitörleri ve benzodiazepinler üzerinde durmaktadır.²⁹ Çalışmamızda okul reddi olan kız ergenlerde antipsikotik ve risperidon kullanımı kız ergenlerde anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu sonuç kız ergenlerde erkek ergenlere göre daha fazla MDB, AB ve KZVD olması ile ilişkilendirilebilir. Antipsikotiklerden özellikle risperidon depresyon ve anksiyete bozukluklarının güçlendirme tedavisinde ve bu tanılara KZVD eşlik etmesi durumlarında sıklıkla kullanılmaktadır.³⁰ Yapılan görüşme sayısının kız ergenlerde daha fazla olması da hem MDB, AB, KZVD

tanılarının daha fazla olması hem de daha fazla antipsikotik ve risperidon kullanımı ile açıklanabilir.

Takip sürecine devam eden ergenlerin birçoğu (%77,4) okula devam etmeye başlamıştır. Ancak örneklemin %22,6'sı tedavi süreci bir yılı tamamlamış olmasına rağmen okula devamlılığı sağlanamamıştır. Okul reddi olan ergenlerin alındığı bir çalışmada 6. Ay takiplerinde %70'inin, 3.Yılda ise %76'sının okul devam ettiği saptanmıştır.³¹ Aynı çalışmada distimi, sosyal fobi gibi komorbid tanılarının okul devamlılık ile ilgili kötü sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Takip ettiğimiz hastalarda bu nedenle okul reddine yönelik uygulanan tedaviler dışında hastaların var olan tanılarına yönelik tedavi algoritmaları da uygulanmıştır. Hastaların ilk ölçümleri ve ikinci ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düzelleme saptanmıştır.

Okul reddini anlamaya yönelik uyguladığımız ORDÖ ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde kız ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Alt ölçekler için bir kesme puanı bulunmadığından oransal olarak değerlendirildiğinde en fazla itici sosyal ve değerlendirici durumlardan kaçınmak alt ölçeğinde yüksek puanlar tespit edilmiştir. Bu işlev sorgulandığında tipik olarak okulda akranları ve diğerleri ile iletişim sorunları yaşayan çocuklar kastedilmektedir. Genellikle ergenlik döneminde akranları tarafından zorlanan, dışlanan ve zorbalığa uğrayan çocuklardır. Bu çocukların tanılarını incelendiğinde SAB ve YAB tanılarının sahip oldukları, bu tanıların yanı sıra stresli yaşam olaylarının eklenmesiyle depresyon ve distimi tanılarının sürece eşlik ettiği gösterilmiştir.³² Bizim çalışmamızda da en sık saptanan anksiyete bozukluğu alt tiplerinin YAB ve SAB olması ORDÖ'nin sosyal ve değerlendirici durumlardan kaçınmak alt ölçeğinin oransal olarak yüksek olduğunu açıklamaktadır.

Çalışmamız bu alanda yapılan nadir çalışmalardan olmasına rağmen bazı kısıtlılıklar içermektedir. Tek merkezli olması, belli bir zaman diliminde yapılmış kesitsel bir çalışma olması, hasta sayısının az olması ve standart bir tedavi yöntemi yerine bireylerin tanılarına yönelik tedavilerin uygulanmış olması, çalışmanın kısıtlılıklarından sayılabilir. Okul reddine neden olabilecek akran zorbalığının incelenmemiş olması, kontrol grubunun

bulunmaması ve ORDÖ'nin süreçte tekrarlanmaması çalışmanın diğer kısıtlılıklarındandır.

Sonuç olarak okul reddi özellikle ergen yaş grubunda daha az araştırılan bir konu olmasına rağmen acil müdahale gerektiren, geç kalındığında bireyin yaşamında birçok olumsuz etkiye neden olabilecek klinik bir tablodur. Uzun vadeli sonuçlara bakıldığında hem birey hem toplum için risklere neden olmaktadır. Bu çalışmadan elde ettiğimiz veriler sonucunda ergenlerde okul reddinin çocukluk dönemindeki okul reddinden farklı özelliklere sahip olduğu, birçok komorbid tanı ile birliktelik gösterdiği ve tedavi ile düzelebildiği kanaatine varılmıştır. Bu bilgiler ışığında okul reddinin daha iyi anlaşılacağı ve gelecek çalışmalar için bir basamak olacağını umuyoruz.

Etik Standartlara Uygunluk

Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma yapılmadan önce Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik Kurul no:2021/280).

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Yazar Katkısı

BK, ÖK, İDÇ: Çalışmanın Tasarımı; BK, DT, ÖK, İDÇ: Veri toplama-işleme; BK, ÖK, İDÇ, DT: Analiz ve Yorum; BK, DT: Literatür taraması; BK, DT: Makale Yazımı; BK, ÖK, İDÇ: Eleştirel İnceleme

Kaynaklar

- Lingenfelter N, Hartung S. School refusal behavior. *NASN School Nurse*. 2015;30(5):269-273. doi:10.1177/1942602X15570115
- Kljakovic M, Kelly A, Richardson A. School refusal and isolation: The perspectives of five adolescent school refusers in London, UK. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2021;26(4):1089-1101. doi:10.1177/13591045211025782
- Heyne D. Developmental issues associated with adolescent school refusal and cognitive-behavioral therapy manuals. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2022;50(6):471-494. doi:10.1024/1422-4917/a000881.
- Xavier J. Refus scolaire [School refusal]. *Rev Prat*. 2020;70(6):667-673.
- Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(3):451-471. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.012
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
- World Health Organisation. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision, Beta Draft*. <https://icd.who.int./browse11/l-m/en>.
- Berg I. Absence from school and mental health. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1992;161:154-166.
- Berg I. School refusal and truancy. *Archives of Disease in Childhood*. 1997;76: 90-91.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
- Hisli N. Beck Depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikol Derg*. 1988;6:118-22.
- Spielberger CD, Vagg PR, Barker LR, Donham GW, Westberry LG. The Factor Structure of the State-Trait Anxiety Inventory. 1th. *G Sarason and CD Spielberger (Eds). Stress and Anxiety (vol 7)*. Washington DC Hemisphere. 1980.
- Öner N, Le Compte A. *Durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
- Kearney CA, Silverman WK. Measuring the function of school refusal behavior: The School Refusal Assessment Scale. *Journal Of Clinical Child Psychology*. 1993;22:85-96.
- KAYACI Ü, Kaynak S, K. A. N. A. "Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği Çocuk Formu'nun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması." *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2016;6(45):91-100.
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016. <https://www.kennedykrieger.org/sites/default/files/library/documents/faculty/ksads-dsm-5-screener.pdf>.
- Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, et al. Reliability and validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADSPL-DSM-5-T). *Turk J Psychiatry* 2019;30(1):42-50
- Fremont WP. School refusal in children and adolescents. *American family physician*. 2003; 68(8):1555-60.
- Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(7):797-807. doi:10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79
- Maynard BR, Brendel KE, Bulanda JJ, Heyne D, Thompson AM, Pigott TD. (2015), Psychosocial Interventions for School Refusal with Primary and Secondary School Students: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2015;11:176. doi:10.4073/csr.2015.12
- Kearney CA. Forms and functions of school refusal behavior in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(1):53-61. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01634.x.
- Özcan Ö, Kılıç BG, Aysev A. "Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar." *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(3):173-180.
- Heyne D. Developmental Issues Associated with Adolescent School Refusal and Cognitive-Behavioral Therapy Manuals. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2022;50(6):471-494. doi:10.1024/1422-4917/a000881.
- Malcolm H, Wilson V, Davidson J, Kirk S. Absence from school: A study of its causes and effects in seven LEAs. The SCRE Centre University of Glasgow: Glasgow. 2003 May.
- Nayak A, Sangoi B, Nachane H. School Refusal Behavior in Indian Children: Analysis of clinical profile, psychopathology and development of a best-fit risk assessment model. *Indian J Pediatr*. 2018;85(12):1073-1078. doi:10.1007/s12098-018-2631-2.
- Carpentieri R, Iannoni ME, Curto M, et al. School refusal behavior: Role of personality styles, social functioning, and psychiatric symptoms in a sample of adolescent help-seekers. *Clinical Neuropsychiatry*. 2022;19(1):20.

27. Bernstein GA, Warren SL, Massie ED, Thuras PD. Family dimensions in anxious-depressed school refusers. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999;13(5):513-528.
28. Hu Z, Yu H, Zou J, Zhang Y, Lu Z, Hu M. Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and behavior*, 2021;11(12):e2419. doi:10.1002/brb3.2419
29. Londono Tobon A, Reed MO, Taylor JH, Bloch MH. A systematic review of pharmacologic treatments for school refusal behavior. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018(6):368-378. doi:10.1089/cap.2017.0160.
30. Olfson M, Blanco C, Liu SM, Wang S, Correll CU. National trends in the office-based treatment of children, adolescents, and adults with antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(12):1247-1256. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.647
31. McShane G, Walter G, Rey JM. Functional outcome of adolescents with 'school refusal'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2004;9:53-60.
32. Kearney CA, Lemos A, Silverman J. School refusal behaviour. In R.B.Mennuti, A.Freeman,& R.W.Christner (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions in educational settings: A handbook for practise*. New York: Brunner-Routledge; 2006:59-105.