T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OKULDA SORUN DAVRANIŞI OLAN ÖĞRENCİLERDE PSİKOPATOLOJİ VE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

Dr. İbrahim Selçuk ESİN

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN

Uzmanlık Tezi
2013 – Erzurum

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY III

TEŞEKKÜR IV

ÖZET V

ABSTRACT VII

KISALTMALAR DİZİNİ IX

TABLOLAR DİZİNİ X

ŞEKİLLER DİZİNİ XI

GİRİŞ VE AMAÇ 1

1. GENEL BİLGİLER 3

1.1. İlköğretim Öğrencilerinde Görülen Sorun Davranışlar ve Olası Nedenleri 3

1.1.1. Okul Döneminde Görülen Sorun Davranışlar 3

1.1.2. Sorun Davranışların olası nedenleri 7

1.1.2.1. Sorun Davranışların Psikososyal Nedenleri 7

1.1.2.2. Sorun Davranışın Nörobiyolojik Nedenleri 11

1.2. Okul Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar ve Sorun Davranışlarla İlişkileri .. 14

2. YÖNTEM 17

2.1. Örneklem 17

2.2. Metod 17

2.3. Materyal 18

2.3.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu 18

2.3.2. Sosyodemoğrafik Veri Formu 19

2.4. Etikle İlgili Konular 20

2.5. İstatistiksel Analiz 20

3. BULGULAR 22

3.1. Okuldaki Sorun Davranışlar İle İlişkili Sosyodemografik Faktörler 22

3.2. Okulda Sorun Davranışlar ile İlişkili Olumsuz Yaşantılar 24

3.3. Okuldaki Sorun Davranışların Ruhsal Bozukluklar ile İlişkisi 27

3.4. Okulda Sorun Davranışta Bulunma İçin Bağımsız Risk Faktörleri 29

4. TARTIŞMA 31

4.1. Okulda Sorun Davranışlar ile Psikososyal Değişkenlerin İlişkisi 31

4.2. Okulda Sorun Davranış Ruhsal Bozukluk İlişkisi 42

SONUÇ VE ÖNERİLER 50

KAYNAKLAR 60

EKLER 79

EK 1. EBEVEYN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU 80

EK 2. ÇOCUK SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU 833

EK 3. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU'NUN ONAY FORMU 855

EK 4. T.C. ERZURUM VALİLİĞİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZİN FORMU 866

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı'nın 15.03.2011 tarih ve 61 sayılı yazısı ile araştırma görevlisi Dr. İbrahim Selçuk ESİN'e verilen "Sorun Davranışı Olan Öğrencilerde Psikopatoloji Değerlendirmesi" isimli Tez çalışması Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 18.03.2011 tarihli 3 nolu toplantısında 34 sayılı kararı ile Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu'nun 26.01.2011 tarihli 1 sayılı oturumunun 9 sayılı kararı ile tez olarak çalışılması uygun görülmüştür.

TEŞEKKÜR

Eğitim sürecimde, daima bana örnek olan, tecrübesi, bilgisi ve hoşgörüsüyle desteğini esirgemeyen ve meslek hayatımın temel taşlarını atmama yardımcı olan her zaman saygı duyduğum değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN'a,

Bir süre önce bölümümüzden ayrılan, uzmanlık eğitimimde önemli katkıları bulunan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Tülin FİDAN'a,

Rotasyonlarım boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli Psikiyatri ve Çocuk Nöroloji kliniği hocalarıma,

Desteklerini benden esirgemeyen, sıcak dostlukları ile hep yanımda olacaklarını bildiğim çalışma arkadaşlarıma, poliklinik sekretimize ve psikoloğumuza,

Tezimin istatistiğinin yapımı aşamasında değerli katkılarından dolayı Doç.Dr. Hasan Hüseyin EKER, Doç. Dr. Hamit ACEMOĞLU ve Doç.Dr. Nazım Ercüment BEYHUN'a

En güzel günlerimde olduğu gibi en zor anlarımda da hep yanımda olan, desteklerinden her zaman güç aldığım ve bugün bulunduğum yerde olmamda büyük pay sahibi olan annem, babam ve kardeşlerime,

Tabi ki çok özverili bir şekilde beni destekleyen ve çok sevdiğim sevgili eşime ve çok kıymetli olan oğluma,

TEŞEKKÜR EDERİM

Dr. İbrahim Selçuk ESİN

Erzurum, 2013

ÖZET

OKULDA SORUN DAVRANIŞI OLAN ÖĞRENCİLERDE PSİKOPATOLOJİ VE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

Giriş

Okullar; çocukların bilişsel ve bedensel yeteneklerinin geliştirildiği ve sınandığı kurumlar olmanın yanında, toplumsal beklentilere uygun davranışlar geliştirebilmelerinde de önemli rol oynamakta; çocukların bu yaş grubu yetenek ve davranışları konusunda eğitimli profesyoneller 'öğretmenler' tarafından gözlemlenmesine de olanak tanımaktadır. Bu bağlamda çocuklukta görülen ruhsal bozuklukların birçoğu ilk bulgularını okul yıllarında vermektedir. Ancak, okullar ve tedavi kurumları arasındaki işbirliğinin kısıtlı olması nedeniyle ruhsal sorunu olan bu çocuklar tedaviye yönlendirilememekte, sorun davranışları okul içi disiplin yöntemleri ile çözümlenmeye çalışılmaktadır.

Amaç ve Yöntem

Bu çalışmada, okullarda disiplin cezası alan ilköğretim öğrencilerinde, psikopatolojiye zemin hazırlayabilecek olumsuz yaşantıların, psikiyatrik bozuklukların bulunma sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın olgu grubunu; Erzurum il merkezindeki ilköğretim okullarında 2010-2011 öğrenim dönemi her iki yarıyılı ve 2011-2012 öğretim yılı I.döneminde okul yönetimleri tarafından herhangi bir nedenle disiplin yaptırımı uygulanmış 47 çocuk ve ergen oluştururken; kontrol grubunu, olgu grubu ile yaş, yaşadığı bölge ve devam ettiği okul açısından eşleştirilmiş herhangi bir disiplin cezası almayan öğrencilerden rastgele seçilen 83 çocuk ve ergen oluşturmuştur.

Çalışmaya katılan öğrenciler ve ebeveynleri ile Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yasam Boyu Şekli - Türkçe (ÇDSG-SY-T) görüşmesi yapılmış ve çalışma için hazırlanan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışma sonucunda; sigara kullanma deneyimi, olumsuz davranış gösteren akran grubunda bulunma, şiddete şahit olma, kendine zarar verme, kesici alet taşıma, izinsiz para alma, polislik durum yaşama, ceza evinde bir tanıdığı bulunma ve okul dışında çalışma durumu disiplin cezası alan öğrencilerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sosyal Fobi, Dikkate Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu, Enkoprezis ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) gibi bozuklukların disiplin cezası alan grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Çalışmamızda yazına paralel olarak DEHB, KOKGB ve Davranım Bozukluğu tanılarının sorun davranışında bulunan grupta daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Bu açıdan bakıldığında DEHB, KOKGB ve Davranım Bozukluğunun erken tanı ve tedavisi için yapılacak önleme çalışmalarının okullardaki sorun davranışların önlenmesine önemli bir katkı sağlayacağı düşünülebilir.

Tüm dünyada okullarda yıkıcı davranışlar sıkça gözlenmekte ve bu davranışların önlenmesi için çeşitli programlar kullanılmaktadır. Ancak sadece okul odaklı önleme programlarının etkinliği kısıtlıdır. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerden en düşündürücü olanı, Milli Eğitim Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliğinde tedaviye yönlendirilmeleri ile ilgili ibare bulunmasına karşın sorun davranışı olan bu çocuklardan hiçbirisinin, Çocuk ergen ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilmemiş olmasıdır. Bu durumun, kurumlar arası işbirliğinin yetersizliğinden ve öğretmen ve okul idarecilerinin çocuklukta görülen ruhsal bozukluklar konusunda bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

ABSTRACT

PSYCHOPATHOLOGY AND RELATED PSYCHOSOCIAL FACTORS IN CHILDREN WITH CONDUCT PROBLEMS AT SCHOOL

Introduction

Besides being institutions where the cognitive and physical abilities of children are developed and tested, Schools alsoplay an important role on children's behavior development and provide an environment which children can be observed by professionals trained on skills and behavior of this age group. In this context, the first signs of many of the mental disorders seen in childhood occur during school ages. However, due to limited co-peration between schools and health systems, these children with psychiatric symptoms are not refered to psychiatrists and problem behaviours are being handeled with in school disciplinary methods.

Objective and Method

In this study, we aimed to assess the psychopathology and related psychosocial factors in primary school students who are punished due to disciplinary regulations at schoolthe case group was consist of 47 children and adolescents whom disciplinary sanction applied for any reason by the management of the schools in primary schools in Erzurum city center within two semesters of 2010 -2011 academic year and first semester of 2011-2012. Control group comprised 83 children and adolescent who have never been punished due to school disciplinary regulations and are age and gender matched with case group. We applied Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version- Turkish (ÇDSG-SY-T) interview and the socio-demographic data form to all of the students and parents who participated in the study.

Results

Experience of cigarette usage, participating in a peer group who show conduct problems, witnessing violence, self-harm, carrying of knives, stealing money, experince of trouble with police, presence of an acquaintance in prison and working after school are found to be significantly high in the students with disciplinary punishment.Social phobia, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder, Encopresis and Obsessive

Compulsive Disorder (OCD) were also significantly higher in disciplinary punished group.

Discussion

With respect to the results of our study, the prevention works for early diagnosis and treatment of ADHD, ODD and Conduct Disorder can be considered to provide a significant contribution to the prevention of problem in schools.

A variety of programs are used for the prevention of disruptive behaviors at school. However, effectiveness of only school-focused prevention programs is limited. The most thought-provoking among the data obtained in this study, although there is the related expression in the related regulation of the Ministry of Education for directing these kind of problematic children to hospitals, none of the children with behavior problem, child and adolescent mental health professionals is not refered. It is thought that this situation might be caused due to lack of inter-disciplinary co-operation and insufficient knowledge of the teachers and school administrators about childhood mental disorders.

KISALTMALAR DİZİNİ

ÇDŞG-ŞY-T **:** Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması

KSADS-P **:** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version

DEHB **:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

KOKGB **:** Karşıt Olma Karşıt Gelme

OKB **:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

SDO **:** Sorun Davranışı Olan

SDB **:** Sorun Davranışı Bulunmayan

ASKB **:** Antisosyal Kişilik Bozukluğu

DSM-IV-TR **:** Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatrik Hatalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin

SPSS **:** Statistical Package for Social Sciences

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo **Sayfa No**

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 23

Tablo 2. Okulda Sorun Davranışda Bulunma Açısından Bağımsız Risk Oluşturan Olumsuz Yaşantılar 29

Tablo 3. Okulda Sorun Davranışda Bulunma Açısından Bağımsız Risk Oluşturan Ruhsal Bozukluklar 30

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil **Sayfa No**

Şekil 1. Bazı Olumsuz Yaşantıların Olgu ve Kontrol Gruplarındaki Yüzde Dağılımı .. 24

Şekil 2. Bazı Olumsuz Yaşantıların Olgu ve Kontrol Gruplarındaki Yüzde Dağılımı .. 25

Şekil 3. Ruhsal Bozuklukların Olgu ve Kontrol Grubunda Oransal Dağılımı 28

GİRİŞ

Okullar; çocukların bilişsel ve bedensel yeteneklerinin geliştirildiği ve sınandığı kurumlar olmanın yanı sıra, toplumsal beklentilere uygun davranışlar geliştirebilmelerinde de önemli rol oynamakta; ailelere çocuklarını yaşıtı diğer çocuklarla mukayese etme imkânı vermekte, çocukların bu yaş grubu yetenek ve davranışları konusunda eğitimli profesyoneller 'öğretmenler' tarafından gözlemlenmesine de olanak tanımaktadır (1). Tüm bu nedenlerden dolayı pek çok ruhsal bozukluk ilk bulgularını okulda görülen sorun davranışlar olarak vermekte ve okul ruh sağlığı uygulamalarının önemi gün geçtikçe artmaktadır.

Ülkemizde, okulda karşılaşılan sorun davranışlar okul içi disiplin yöntemleri ile çözümlenmeye çalışılmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı, bu davranışlara karşı alınacak önlemleri

"İlköğretim Kurumları Yönetmeliği" ile belirlemiş; bu yönetmelik, öğrencilerin gelişim özellikleri dışındaki olumsuz davranışlarına karşılık uyarma, kınama ve okul değiştirme yaptırımlarından birinin uygulanabileceğini ve bu yaptırımların bilgisayar ortamında kayıt altına alınması gerektiğini bildirmektedir (2). Sorun davranışı olan çocukların psikiyatrik yardım alması ise bu davranışlarla psikiyatrik hastalıklar arasında bir bağlantı olabileceğinin yeterince bilinmemesi ve okullarla tedavi kurumları arasındaki işbirliğinin kısıtlı olması nedeniyle genellikle sağlanamamaktadır.

a) AMAÇ

Bilimsel yazında okulda görülen sorun davranışların nedenleri ve bu davranışların psikopatoloji ile ilişkisi konusunda birçok yayın bulunmakla birlikte, ülkemizde bu konuda yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada kısa vadede, okullarda disiplin cezası alan ilköğretim öğrencilerinde, aynı yaş grubunda ve aynı okulda bulunup disiplin

cezası almayan öğrencilerden farklı olarak, psikopatolojiye zemin hazırlayabilecek olumsuz yaşantıların ve psikiyatrik bozuklukların bulunma sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Uzun erimde, bu çalışmadan elde edilecek verilerin ülkemizde yapılacak multidisipliner tedavi programlarına ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN SORUN DAVRANIŞLAR VE OLASI NEDENLERİ

1.1.1. Okul Döneminde Görülen Sorun Davranışlar

İlköğretim çağı, ülkemiz için 5 ila 15 yaş arasındaki süreci içine almaktadır ve çocuğun aile ortamından çıkıp dış dünyaya açıldığı, toplumsal çevreye iyice karıştığı ve ergenliğin ilk yıllarını yaşadığı dönemdir (3-4). Bu yaş aralığı çoğu gelişimsel kurama göre özellikleri ve sorunları birbirinden çok farklı iki ayrı dönemde ele alınmıştır. İlköğretimin ilk yıllarına denk gelen yaş dönemini Freud cinsel merak ve ödipal sorunların rafa kaldırıldığı; libidinal enerjinin öğrenmeye yönlendirildiği gizlilik fazı olarak tanımlamıştır. Erikson ise bu dönemde çocuğun kendi becerilerini kullanarak yaşının gereği işleri yapıp yapamamasının önemine vurgu yaparak dönemi beceriye karşılık aşağılık duygusu olarak adlandırmıştır. Piaget, somut operasyonel dönem olarak adlandırdığı bu dönemde artık oluşturulan zihinsel şemaların ve bilginin sıralanma, kümelenme, gruplanma gibi somut işlemlere tabi tutulabildiğini belirtmiştir. 12 yaş ve sonrasına denk gelen ergenlik dönemi için ise hem psikoseksüel hem de psikososyal kuramda 'kimlik' gelişimine vurgu yapılmıştır (5-6-7). Bu dönemde gençlerin, pubertenin getirdiği fizyolojik değişiklikler, yaşam deneyimleri ile gelen bilişsel kapasitedeki artışla bütünleşmek, aile ve ebeveynden bağımsızlığın artması yönündeki beklentileri başarmak, kendi cinsiyeti ve karşı cinsiyetle sosyal roller geliştirmek, akademik gereklilikleri gerçekleştirmek, meslek seçimi ve plan yapmak, yetişkin rollerine hazırlanmak gibi pek çok stresli durumla karşı karşıya kalabileceği belirtilerek (8), bu dönemin hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliğin henüz tam olgunlaşmamış olması, toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi ve aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenlerle yüklü fırtınalı bir dönem olabileceği ve bu gibi nedenlerle adölesanlar ruhsal

sorunlara ve uyum bozukluklarına daha fazla açık oldukları vurgulanmıştır (9-10-11-12).

Gelişimin bu önemli dönemlerinde okullar, öğrencilerin bilişsel, duygusal, devinimsel ve sosyal gelişimlerini destekleyen ve sınayan kurumlar olmanın yanında, toplumsal beklentilere uygun davranışlar geliştirebilmelerinde de önemli rol oynamakta; ailelere çocuklarını, yaşıtı diğer çocuklarla mukayese etme imkânı vermekte, çocukların bu yaş grubu yetenek ve davranışları konusunda eğitimli profesyoneller 'öğretmenler' tarafından gözlemlenmesine de olanak tanımaktadır (1-13). Tüm bu nedenlerle okulda yaşanan davranışsal sorunlar pek çok ruhsal bozukluğun ilk belirtileri olarak klinisyenlerin karşısına çıkmaktadır.

Davranış; insanların sergilediği iyi-kötü, doğru-yanlış, faydalı-faydasız, gerekli-gereksiz, tüm fiziksel veya zihinsel hareketler olarak tanımlanabilir. Sorun davranışlar ise duruma veya ortama uygun olmayan, bilinçli olarak yapılan, bireylerin toplumda etkili işlev görmelerini engelleyen ve/veya kendilerinin/akranlarının güvenliklerini tehlikeye sokan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; okulda ve sınıfta eğitsel çabalara engel olan davranışların tümü istenmeyen/olumsuz davranış olarak nitelendirilebilir (14-15). Sorun davranışın genel toplumda %5-15 arasında değişen oranlarda görüldüğü tahmin edilmektedir (16). Canat'ın 1999'da yaptığı çalışmasında, davranış sorunlarının 18 yaşın altında erkeklerde %6-16, kızlarda %2-9 oranında olduğunu tespit etmiştir (17). Yapılan diğer bir çalışmada; bir sorun davranışın polis ile muhattap olacak düzeye gelme riskinin ergen erkeklerde %20, kız ergenlerde %4 oranında olduğu bulunmuştur (16). Olumsuz davranışlar sadece çocuğu, ailesini ve akranlarını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda okullarda öğretimi engelleyen, kesintiye uğratan ve öğretim süresinin öğretim dışı etkinliklere ayrılmasına neden olan en önemli etmen olarak görünmektedir (18).

Bilimsel yazında okuldaki sorun davranışları konu alan pek çok çalışma bulunmaktadır. İstenmeyen öğrenci davranışları, öğrencilerin yaşları, cinsiyetleri, sosyo-ekonomik düzeyleri, psikolojik özellikleri gibi pek çok etkene bağlı olarak farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır (19). Charles, öğretmenlerin şikâyet ettikleri beş tür sınıf içi istenmeyen davranışı, önem sırasına göre şu şekilde ifade etmiştir;

1- Saldırı: Öğrencilerin, öğretmen veya diğer öğrencilere fiziksel veya sözlü saldırıları.

2- Ahlaka aykırı eylemler: Kopya çekmek, yalan söylemek, hırsızlık.

3- Otoriteye karşı gelme: Öğretmenlerin kendilerinden yapmalarını istedikleri şeylere itiraz etme.

4- Sınıf içi saygısızlıklar: Yüksek sesle konuşma, tuhaf davranışlar, sınıfta dolaşmalar.

5- Zamanı boşa geçirme: Verilen görevi yerine getirmeme, dersle ilgilenmeme, ders dışı işlerle ilgilenme (20).

1993 yılında ABD'de yapılan bir araştırma ise, sınıf ortamında 11 önemli olumsuz davranışın varlığını öne çıkarmıştır. Bu davranışlar önem derecelerine göre; devamsızlık, sınıfa geç gelme, alkol kullanma, küfretme, fiziksel çatışma, vahşilik (vandalizm), uyuşturucu kullanma, hırsızlık yapma, gebe kalma, dersi kesme ve silah taşıma şeklinde sıralanmıştır (21).

Son zamanlarda liseli gençler tarafından liselerde öğrencilere ve personele uygulanan şiddet ve yapılan silahlı saldırılar okullardaki sorun davranışlar üzerine ilgiyi hem dünyada hem de ülkemizde bir kat daha arttırmıştır. ABD gizli servis ve eğitim bölümünün yakın zamanda yaptığı bir araştırmada okullarda suç saldırıları olan gençlerin sıklıkla arkadaşları tarafından uzak durulan, kişisel kayıpları ile başa çıkmaları zayıf olan ve okul ile ilgili diğer alanlarda başarısızlıkları olan gençler olduğu

bulunmuştur. Okulda şiddet tehdidine dönüşebilecek profili kesin olarak kestirmek olanaksız olmasına rağmen, veriler okullarda şiddet eylemi yapan gençlerin genellikle sosyal olarak yalıtılmış, sosyal ve emosyonel stres belirti ve bulguları gösteren ve silahlara kolay erişebilir bireyler olduğunu göstermiştir (16). Özcebe vd. (2006) Ankara ilinde üç farklı lisede üç ay içinde öğrencilerin %16,1'inin şiddete maruz kaldığını, %8,8'inin şiddet uyguladığını, %20,6'sının hem şiddete maruz kaldığını hem de şiddet uyguladığını ve herhangi bir nedenden dolayı öğrencilerin şiddet olayı ile karşılaşma oranın %45.5 olduğunu saptamışlardır (22). Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu Raporunda (2007), 2006-2007 öğretim yılında üç aylık dönem içerisinde ortaöğretim kurumlarına devam eden öğrencilerin %22'sinin fiziksel, %53'ünün sözel, %26,3'ünün duygusal ve %15,8'inin cinsel şiddet ile karşılaştığı belirtilmiştir. Ayrıca öğrencilerin %35,5'inin fiziksel, %48,7'sinin sözel, %27,6'sının duygusal ve %11,7'sinin cinsel şiddet uyguladığı saptanmıştır (23).

Ülkemizde okulda sorun davranışlar ve bunlar için uygulanacak yaptırımlar Milli Eğitim Bakanlığı Ortaöğretim Kurumları Ödül ve Disiplin Yönetmeliği'nde tanımlanmıştır. Bu yönetmelikte, öğrencilerin uymaları gereken bir dizi kurallar bulunduğu belirtilerek bu kuralların, derslerde, törenlerde, toplantılarda, rehberlik çalışmalarında, sosyal, kültürel ve benzeri tüm eğitici faaliyetlerde davranış olarak öğrencilere kazandırılmasına özen gösterilmesi okul yönetimlerinden istenmiştir. Bu kurallara uyulmadığında öğrenci hakkında 'disiplin işlemleri' uygulanması gündeme gelmektedir. Disiplin cezası; öğrencilerin kendilerinden beklenen davranışları göstermemeleri ve belirlenen kurallara uymamaları halinde verilen kınama, okuldan kısa süreli uzaklaştırma, okuldan tasdikname ile uzaklaştırma ve örgün eğitim dışına çıkarma cezalarından birisinin verilmesini ifade etmektedir. Disiplin kurullarında görevli öğretmenler bu cezaların karşısındaki işlenen fiillere göre öğrencileri

cezalandırabilmektedirler. Okullarda sıkça görülen sorun davranışlar; derse ve diğer etkinliklere vaktinde gelmemek, özürsüz devamsızlık yapmak, yalan söylemeyi alışkanlık hâline getirmek, duvarları, sıraları ve okul çevresini kirletmek, yöneticilere, öğretmenlere, görevlilere ve arkadaşlarına kaba ve saygısız davranmak, okulun kurallarını dikkate almayarak kuralları ve ders ortamını bozmak, ders ve ders dışı etkinliklerin yapılmasını engellemek, kopya çekmek, resmî evrakta değişiklik yapmak, okulda ya da okul dışında sigara içmek, kavga etmek, okulun ve/veya öğrencilerin araç-gerecine zarar vermek, başkasının malını haberi olmadan almak, okula yaralayıcı, öldürücü aletler getirmek, okul ve çevresinde kasıtlı olarak yangın çıkarmak, saldırıda bulunmak ve bu gibi hareketleri düzenlemek veya kışkırtmak, alkol veya bağımlılık yapan maddeleri kullanmak ve başkalarını teşvik etmek şeklinde sıralanabilir (2).

1.1.2. Sorun Davranışların olası nedenleri

1.1.2.1. Sorun Davranışların Psikososyal Nedenleri

Çocuk ve ergenin içinde yaşadığı çevre, aile ortamı ve okul, davranışlarının temel kaynağını oluşturur (19). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda nörobiyolojik yapıyla sorun davranış arasındaki ilişki önem kazanmışsa da, bireyin çevreyle etkileşiminin önemini göz ardı etmemek gerekmektedir. Davranış bozukluklarının çocuk ve ergenin içinde yaşadığı çevrenin bir yansıması olduğu, güvenli ve tutarlı çevre şartlarının sağlıklı davranış kalıplarının gelişimi için gerekli olduğu ve çevresindeki tehlikeli ve zarar verici risk faktörlerinin varlığının çocuk ve ergenin normal gelişimini bozduğu pek çok çalışmayla kanıtlanmıştır (24-25). Düşük sosyo-ekonomik düzey, geniş aile, çocukluk dönemi istismar ve ihmali, erken ebeveyn kaybı, düzensiz aile yapısı ve aile çatışmaları, aile içinde şiddet, bedensel hastalıklar, yanlış eğitim gibi risk faktörlerinin sorun davranışlara neden olabildiği bilinmektedir. Çocuk ve ergenin

yaşamında bu risk faktörlerinin sayısı arttıkça davranış sorunları geliştirme olasılığı da artmaktadır (26-27-28).

Çocuk, doğduğu günden itibaren ailesi ve yakın çevresi ile iç içedir (28). Çocuklar zamanlarının önemli kısmını ve ilk sosyalleşmelerini aile içinde tamamladıkları için, istenmeyen davranışların ilk tohumları da çoğu zaman aile içinde atılmaktadır (29). Çocuk yetiştirme tutumları, toplumsallaşma sürecindeki çocukların, sağlıklı bir kişilik yapısı geliştirebilmeleri, kendileriyle ve toplumla barışık yaşayabilmeleri, gelecekte kendileri ve toplum için yararlı bireyler olabilmeleri açısından önemlidir. Bu tutumlar, toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık gösterdiği gibi, aynı topluma mensup aileler arasında da farklılık gösterebilmektedir (30). Ebeveynlerin birçok özelliğinin çocuk yetiştirme tutumları ve çocukların davranışları üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur (31). Örneğin ailenin sosyo-ekonomik koşulları aile bireylerinin ruh sağlığını etkilediği gibi, ebeveynlerin çocuklarına karşı geliştirdikleri tutumları da etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada, üst sosyo-ekonomik gelir seviyesine sahip anne-babaların alt sosyo-ekonomik gelir seviyesine sahip olanlara göre, otoriteye daha az değer verdiğini; eşitliği, bağımsızlığı, merakı, başarıyı ve sorun çözücü olmayı daha önemli bulduklarını, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerinse, çocuklarına karşı daha sert davranabildiğini göstermiştir. Yazarlar bu sonuçların düşük sosyoekonomik seviyeye sahip ailelerin ellerindeki olanakların kısıtlılığı, psikolojik olarak daha çok yıpranmaları ve stres yaşamaları ile ilişkili olabileceğini iddia etmişlerdir (32-33). Yine sosyo-ekonomik yönden orta düzeydeki ailelerde çocuk yetiştirme yöntemlerinin, denetim ve çocuğun erken yaşta sorumluluk üstlenmesi temeline dayandığı görülmüştür. Başka bir araştırmada da, orta sosyo-ekonomik düzeydeki annelerin alt düzeydekilere göre,

çocuğun kendilerine karşı gösterdiği saldırganlığa daha hoşgörülü olduğu ve çocuklarının uyumlu olmasına daha çok değer vermekte olduğu saptanmıştır (34).

Fiziksel temas, onay sözleri, nitelikli zaman geçirme, ödül ve cezanın doğru ve zamanında verilmesi, tutarlı davranışlar ve demokratik tutum gibi ebeveyn davranışları da çocukta istenilen davranışların ortaya çıkması için çok önemlidir. Çocuklarda görülen uyum problemlerinin nedenleri incelendiğinde, sevgi yetersizliğinin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (28). Yavuzer (1996) suç işleyen çocuklarla yaptığı çalışmada çocukların büyük çoğunluğunun anne-baba baskısı ve fiziksel şiddete açık ortamda yetiştiklerini belirlemiştir (35). Uluğtekin (1977) anne-baba tutumlarıyla çocukta saldırganlık ve bağımlılık eğilimi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmasında çocuğa karşı yargılayıcı olan, fiziksel şiddet kullanan, çocuğu dinleyip anlamaya çalışmayan ailelerin çocuklarının güvensiz, tedirgin ve saldırgan davranışlar gösterdiğini bulmuştur (36). Gürkaynak (1976) saldırgan davranışları, aile büyüğü tarafından ödüllendirilen çocukların, saldırgan davranışlarında artma olduğunu tespit etmiştir (37). Yetersiz ya da zayıf ebeveynlik durumunda, çocuklar emosyonel yoksunluk yaşarlar; bu da düşük kendilik algısına ve bilinç dışı kızgınlığa yol açar. Çocuklara sınırlar koyulmadığı zaman, süperego düzeninin sorumlu olduğu anne-baba yasaklamalarını içselleştirilmesi olamaz ve ahlaki duygu (vicdan) yetersiz şekillenir. Bundan dolayı süper ego lacunae (eksik süperego) olarak adlandırılır. Böyle bir süperego suçluluk duymaksızın sorun davranışları göstermeye eğilimlidir. Zaman zaman bu tür çocukların sorun davranışı anne- babada vekâleten zevk ve doyum kaynağı olur; yani anne babalar kendi yasak arzu ve dürtülerini çocuklarının eyleme dökmesi aracılığıyla yaşarlar. Tekrarlayan şiddet davranışları gösteren kişilerdeki tutarlı bir bulgu fiziksel taciz öyküsüdür (16).

Bilimsel yazında okulda görülen sorun davranışların nedenlerini araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır. O'Keefe (1997) Los Angeles'te 137 ortaokul öğrencisi

üzerinde evdeki ve toplumdaki şiddeti algılamaları hakkında yaptığı çalışmada ergenlerin aile içi ve aile dışı şiddete maruz kaldıkları zaman şiddet davranışlarını dışa vurduklarını belirtmiştir. Aynı araştırmada çocukluk dönemlerinde şiddete tanıklık etmenin şiddet davranışı için daha fazla risk oluşturduğu belirtilmiştir (38). Johnson ve Fisher (2003) 239 öğretmen üzerinde yaptıkları çalışmada okuldaki şiddete katkıda bulunan faktörleri sorgulamışlardır. Çalışma sonucunda şiddeti durdurma hakkındaki bilgisizliğin, sosyal desteksizliğin ve okuldaki emniyet önlemlerindeki yetersizliğin şiddet davranışını arttırmada etken olduğu; televizyondaki ve bilgisayar oyunlarındaki şiddet içerikli program ve oyunların, aile içinde şiddet varlığının, şiddet davranışının ortaya çıkmasında rolü olduğu belirlenmiştir (39). Puskar ve ark. (2008) şehir merkezlerinde yaşayan ergenlerde psikososyal değişkenlerle öfke arasındaki ilişkiyi inceledikleri 193 ergenin katılımıyla yaptıkları çalışmalarında olumsuz yaşam olayları, anksiyete, ilaç kullanımı ve depresif belirtilerle öfke arasında pozitif ilişki; ergenin algıladığı aile desteği, benlik saygısı ve iyimserlik arasında negatif ilişki bulmuşlardır (40). İzlanda'daki 3872 ergen arasında şiddet davranışını araştıran bir çalışmada ergenlerde sosyal destek, negatif yaşam olayları, psikososyal sıkıntı ve madde kötüye kullanımı ile şiddet davranışı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Negatif yaşam olaylarını daha fazla deneyimleyenlerde hiç olumsuz yaşam olayı deneyimlemeyenlere göre şiddet eğilimi dört kat daha fazla; sigara içenlerde içmeyenlere göre şiddet kullanımı daha fazla; alkol kullanımı olanlarda kullanmayanlara göre şiddet kullanımı iki kat fazla bulunmuştur. Yine aynı çalışmada depresyonu ve öfkesi fazla olan ergenlerde şiddet kullanımı daha fazladır (41). Şiddete başvuran ve başvurmayan Amerikalı gençlerin okul bağlılığı, saldırgan davranışları ve bunlar arasındaki ilişkileri araştıran bir çalışmada, gençlerin sınıf arkadaşları ile olumlu ilişkilerinin, kendisini yalnız

hissetmemenin ve okul disiplinini tarafsız olarak algılamanın şiddet davranışını azalttığı bulunmuştur (42).

1.1.2.2. Sorun Davranışın Nörobiyolojik Nedenleri

Sorun davranışa biyolojik açıdan yaklaştığımızda, bu davranışlara sebep olabilecek nedenleri kalıtımsal bozukluklar, endokrin patolojiler ya da beyin dokusunda hasar şeklinde sıralayabiliriz (43). Kalıtım ile sorun davranış arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar üç alanda toplanabilir; aile geçmişi ile ilgili araştırmalar, evlat edinilen çocuklarla ilgili çalışmalar, ikizler üzerinde yapılan araştırmalar. Sorun davranış eğiliminin kalıtsal olup olmadığını belirlemeye yönelik ilk çalışmalar, aile geçmişinin incelenmesi yoluyla yapılmıştır. Sorun davranışta bulunanların aile köklerine bakıldığında, bu bireylerin önceki nesillerinde aynı ya da benzer sorun davranışlar gösterenlerin sık olduğu yönünde bulgular veren çalışmalara rastlanmaktadır (44). Ancak bu durum sorun davranışın kalıtsal olduğunu göstermez. Çocuğun, içinde bulunduğu çevrede sorun davranışda bulunan kişilerle muhatap olması sonucunda istenmeyen davranışlara yönlenebileceği yani öğrenmenin etkisi göz ardı edilemez. Ayrıca sorun davranışlar, aile onurunu zedeleyen durumlar olarak kabul edilir ve pek çok aile şimdi ya da geçmişte bu tür davranış gösteren üyelerini gizleme eğilimindedir. Bu da araştırmacıları, doğruluğu kuşkulu olan resmi kayıtlara bağımlı kılmaktadır (25-44-45).

Evlat edinilmiş çocuklar ile yapılan çalışmalar, sorun davranış gösterme eğilimi üzerinde genetik etkiler olabileceğini ortaya koymuştur. Hutchings ve Mednick 1977'de Danimarka da evlat edinilmiş 1145 erkek çocuk ile çalışmış ve biyolojik anne ve babaları ile hiçbir zaman ilişkileri olmamış olmasına rağmen biyolojik babaları sorun davranış gösteren çocukların, biyolojik babaları sorun davranış göstermeyen çocuklara göre iki misli daha fazla sorun davranış gösterdiklerini tespit etmişlerdir (44). Evlat

edinenler üzerinde yapılan çalışmalar da genetik ile çevrenin etkileşiminin önemini ortaya koymaktadır. Evlat edinen kişiler arasında sorun davranış göstermiş olanlar, sorun davranış göstermeye genetik yatkınlığı olan çocukları daha fazla etkilemektedirler. Yani belirli anti sosyal özellikleri taşıyanlar, kötü çevresel koşullarda örneğin sorun davranış gösteren anne ve babaların olması halinde bu davranışları daha fazla gösterme eğiliminde olmaktadırlar (46-47-48).

Diğer bir önemli araştırma alanı da ikizler ile yapılan çalışmalardır. Tek yumurta ikizleri (monozigot) özdeş genetikliğe en yakın oldukları için, davranış değişikliklerinde genetik faktörlerin katkısı konusunda önemli bir bilgi kaynağı olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar, sorun davranışa eğilimde genetik faktörlerin önemli etkisi olduğu izlenimi vermektedir. Tek yumurta ikizlerinde sorun davranışı açısından eşler arasındaki benzerlik çift yumurta ikizlerine göre iki kat daha fazla görülmektedir. Bir başka çalışmada ise, tek yumurta ikizlerinde sorun davranış açısından eşler arasındaki benzerliğin %35 olduğu saptanmıştır. Çift yumurta ikizlerinde ise bu benzerlik %13 olarak bulunmuştur (44). İkizler arasında yapılan son çalışmalarda ise sorun davranışla genetik etkiler arasında anlamlı ilişkiler bulunmasına rağmen, bazı araştırma sonuçları aksi yönde sonuçlar vermektedir (47). Ancak, bu çalışmalar pek çok yöntem hatalarına sahip olmaları, çok küçük örneklemler üzerinde çalışılmış olmaları ve çevresel koşulların kontrole alınmamış olmaları nedeniyle eleştirilmişlerdir (44). Şiddet ve öfke davranışı sergileyen bireylerin birinci derece akrabalarında da yüksek oranlarda agresif davranışlar ve öfke patlamalarının olduğu, ailede de bu yönde kümelenmeler olduğu saptanmıştır (49-50-51). Coccaro ve arkadaşları, doğrudan fiziksel saldırganlık gösterenlerde genetik geçişin %47, dolaylı fiziksel saldırganlıkta %40, sözel saldırganlıkta %28 olduğunu bildirmiştir (52). Sonuç olarak çocuk yetiştirme biçimleri,

ebeveyn tutumları ve sosyal sınıflar gibi psikososyal etkenlerin, bildirilen genetik etkilerden daha az rol oynadığı söylenebilir (46).

Sorun davranışla ilişkili olan antisosyal kişilik ve davranım bozukluğu olan bireylerle bu davranışları göstermeyen bireyler arasında pek çok biyokimyasal farklılıklar saptanmıştır. Saldırganlığın biyokimyasal mekanizması ile ilgili son çalışmalar, merkezi sinirsel iletim sistemlerine odaklanmıştır. Sinirsel iletici olan serotonin duygusal uyaranlara verilen davranışsal tepkileri engellemekte ve saldırganlığı azaltmaktadır. Serotonin etkinlik düzeyinin düşük olmasının impulsiviteyi ya da şiddeti artırdığı saptanmıştır. Düşük serotonin etkinliği hem beyin mekanizmalarının hem de davranışın engellenmemesine ve dolayısıyla saldırganlığın ya da inhibisyonun artmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, erkek cinsiyet hormonu olan testesteronun erkeklerde saldırgan davranışı etkileyebildiği görülmüştür (47). Özellikle antisosyal dürtüsel şiddet suçlularında klinik çalışmalar BOS serbest testesteron düzeylerinin yükseldiğini göstermiştir (53).

Bir başka araştırma konusu ise toksik maddeler ile saldırganlık ilişkisidir. Yapılan araştırmalarda toksik etkilere maruz kalmanın beyni etkileyerek zihinsel fonksiyonları bozduğu ve böylece beyin fonksiyonlarının ve davranışların olumsuz etkilendiği, neticede hiperaktivite ve impulsiviteye yol açtığı görülmüştür (46). Sorun davranışa neden olabilen agresyonun etyolojisi hakkında yapılan nörobiyolojik çalışmalarda, birden fazla nörotransmitterin agresyonun etiyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır (54). Ayrıca yapılan çalışmalarda, erişkinlerde ve puberte sonrası ergenlerde agresyonla artmış testosteron düzeyleri arasında bir ilişkinin varlığı da bildirilmektedir (55).

Özellikle kemirgenlerde yapılan çalışmalarda agresyonda serotonin dışı sistemlerin de rol oynadığını göstermiştir. GABA, dopamin, noradrenalin, vazopressin,

beyin kaynaklı nörotrofik faktörler (BDNF), opiyatlar ve testosteronun dürtüsel agresyon da rol oynayabileceği saptanmıştır (53-56-57). Agresyonun hayvanlarda santral vazopressin aktivitesi ve fluoksetin gibi SSRI'lar ile baskılandığı gösterilmiştir (58). Aşırı agresyonu, BDNF defekti olan farelerde SSRI'ların etkin olduğunun gösterilmesi, BDNF'nin agresyon ve serotonin regülâsyonunda rol oynadığını düşündürmektedir (57). Bu konu üzerinde yapılmış çeşitli nörobiyolojik, moleküler genetik ve nörogörüntüleme çalışmaları da mevcuttur. Örneğin yapılan bir moleküler genetik çalışmasında, dürtüsel agresyon gösteren zekâ düzeyi düşük erkeklerde ve geniş aile örnekleminde monoamin oksidaz A (MAO-A) geninde bir mutasyon saptanmıştır (59-60).

1.2. OKUL DÖNEMİNDE GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR VE SORUN DAVRANIŞLARLA İLİŞKİLERİ

Ruhsal bozukluklar çocukluk ve ergenlikte %9-21 oranında görülmektedir (61). Çocukluk döneminde en sık görülen ruhsal sorunlar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Davranım Bozukluğu, Enürezis ve Ankiyete Bozukluklarıdır. Bu bozuklukların pek çoğu ilk bulgularını okulda görülen davranış sorunları şeklinde vermekte ve sorun davranışlar, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine en yaygın başvuru sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (62). Özellikle bazı yazarlarca dışa vurum bozuklukları olarak adlandırılan bozukluklar davranış sorunlarla direk ilişkili görünse de Depresif Bozukluk, Anksiyete Bozukları gibi içe atım bozuklukları da okulda uyum sorunlarına yol açabilmektedir (63).

Saldırgan davranışlar, kabadayılık, kavga veya hayvanlara zarar verme, eşyalara zarar verme, hırsızlık ve okuldan kaçma benzeri kuralları ihlal edici birçok bulgusu olan Davranım bozukluğu belirtilerinin tipik olarak başlangıcı ilköğretim dönemine denk

gelmektedir. Davranım Bozukluğu bulunan çocuklar sıklıkla okul yaşamının yanı sıra akran ilişkilerinde de çeşitli güçlükler yaşarlar (16-64).

DEHB; yaşama, kişiler arası ilişkilere, okul ve iş dünyasına yansıyan çeşitli olumsuz etkileri açısından toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından birisidir (65). DEHB, okul öncesi dönemde belirti vermeye başlamasına karşın, tanı konulup tedaviye başlanması genelde okul yıllarında olabilmektedir (66). DEHB belirtilerinin klinik özelliklerinin, sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara oranla çok daha belirginleştiği bilinmektedir (67). İlkokul döneminde öğrencilerden belli yönergelerle karşılaşmaları ve kendilerini disipline etmeleri beklendiği için problemli davranışları daha çok göze çarpmaktadır (68-69). Bu öğrencilerin sınıftaki diğer öğrencilerle karşılaştırıldıklarında hem aktif zarar verici (sıra arkadaşıyla sürekli konuşmak, sınıf içerisinde koşuşturmak, ortalıkta komiklik yaparak dolaşmak vb.) hem de pasif zarar verici (pencereden bakmak, başka şeylerle meşgul olmak vb.) davranışları daha sık gösterdikleri saptanmıştır. Yine yedi-on yaşlarında DEHB olan ve olmayan öğrencilerin dersteki davranışlarının karşılaştırıldığı bir meta analiz çalışmasında, grupların dersteki davranışları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmektedir (70). Bu nedenle ilkokul dönemi DEHB'nin görülmeye başladığı ve genelde tanının ilk konulduğu dönem olması açısından büyük önem taşıyan bir yaş dönemidir (66). DEHB'li çocukların sorunları okul yaşamları boyunca devam etmektedir. Bu çocukların üçte biri liseyi bitirene kadar en az bir yıl sınıf tekrar etmekte; yaklaşık beşte biri ise, geçici sürelerle veya tamamen okuldan uzaklaştırılmaktadır (71).

Kısacası DEHB olan çocuk ve ergenler, erken dönemde belirlenip tedavi edilmediklerinde; kapasitelerinin altında bir okul başarısı göstermekte veya davranış sorunları nedeniyle okul yönetimi tarafından sürekli cezalandırılmaktadırlar. Erişkin

yaşama hazırlanmada son derece önemli bir yer tutan okul yaşantısı, bu çocuklar için verimsiz ve sıkıntılı bir dönem haline gelebilmektedir (71).

Çocukluk döneminin diğer sorunuda karşı gelme tutumları ve saldırgan davranışlardır. Bu tür davranışlar çocukların psikiyatrik değerlendirme için sağlık kuruluşuna yönlendirilmelerinin en sık görülen nedenleri arasındadır. Karşı gelme tutumları; Karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun bir belirtisi olup, bu bozukluk; otorite figürlerine yönelik olarak karşı gelme eğilimi, zıtlaşma, itaatsizlik ve düşmanca davranışlar göstermenin yanı sıra hatalarının sorumluluğunu almama ve suçun başkaları üzerine atılması ile karakterizedir. KOKGB olan çocuklar, sıklıkla erişkinlerle tartışırlar ve başkaları tarafından kolaylıkla kızdırılabilirler; bu durum öfke ve gücenmeye yol açabilmektedir. Bu çocuklar sınıfta ve arkadaşları ile ilişkilerinde zorluklar yaşayabilirler (16).

Araştırmalar, ilköğretim çağında olumsuz ve saldırgan davranışlar gösteren çocukların, gelecekteki yaşamlarında sosyalleşme sorunları yaşadıklarını ve bu çocukların anti sosyal davranışlar geliştirerek risk oluşturduğunu öne çıkarmaktadır (72).

Yukarıda vurgulanan ruhsal bozukluklar ve sorun davranışlar arasındaki güçlü ilişkiye rağmen çocukluk ve ergenlikteki her sorun davranış ruhsal bozukluk belirtisi olarak kabul edilememektedir ve bu nedenle DSM-IV-TR, bir psikiyatrik bozukluk kaynaklı olmadığı belirlenen ve davranış örüntüsü olmayan izole sorun davranışları ‘çocukluk veya ergenliğin sorun davranışı’ ismiyle ayrı bir kategori olarak belirlemiştir (73)

2. YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Çalışmanın olgu grubunu; Erzurum il merkezindeki ilköğretim okullarında 2010-2011 öğrenim dönemi her iki yarıyılı ve 2011-2012 öğretim yılı I.döneminde sorun davranışta bulununma nedeniyle okul yönetimleri tarafından herhangi bir nedenle disiplin yaptırımı uygulanmış 47 öğrenci oluşturmuştur.

Kontrol grubunu ise, olgu grubu ile yaş, yaşadığı bölge ve devam ettiği okul açısından eşleştirilmiş herhangi bir disiplin cezası almayan rastgele seçilen 83 öğrenci oluşturmuştur.

Çalışmaya klinik değerlendirmede mental retardasyonu olduğu düşünülen, kaynaştırma eğitimi alan ve özel alt sınıfta öğrenim gören öğrenciler dâhil edilmemiştir.

2.2. METOD

Çalışma kapsamında üçer aylık aralıklarla periyodik olarak Milli Eğitim Bakanlığı Bilişim Sistemleri kayıtlarına ulaşılarak disiplin cezası alan öğrencilerin isim ve devam ettikleri okullar tespit edilmiştir. İlgili okul yönetimleri ve Rehberlik ve Danışmanlık öğretmenleri ile temasa geçilerek çalışma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmacılardan birisi, okul rehber öğretmeniyle birlikte velilere telefonla ulaşmış ve veliler yüz yüze bilgilendirme yapılmak üzere okula davet edilmiştir. Görüşmeye gelmeyi kabul eden velilere çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden çocuklarını bilgilendirmek üzere izin alınarak çocuklarına da sözel olarak çalışma anlatılmıştır. Son aşamada ebeveynlerden yazılı aydınlatılmış onamları alınarak öğrenciler çalışma prosedürüne dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilere ve ebeveynlerine araştırmacı tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe

(ÇDSG-SY-T) görüşmesi yapılmış ve çalışma için hazırlanan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Araştırmacı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği tarafından verilen ÇDSG-SY-T versiyonu örneğinde 'Yapılandırılmış Görüşme Teknikleri' kursuna katılmıştır. Tüm uygulamalar okul ortamında, okul yönetimlerinin çalışma için tahsis ettiği odalarda yapılmıştır.

2.3. MATERYAL

2.3.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version (KSADS-PL), Kauffman ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatolojiyi tanılamak amacıyla oluşturulmuş, yarı-yapılandırılmış bir ölçektir. Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında ÇDSG-SY-T olarak Türkçe'ye uyarlananmıştır (74).

Kaufman ve arkadaşları KSADS-PL'nin geçerli ve güvenilir bir tanı ölçeği olduğunu bildirmişlerdir. KADS-PL daha sonra İbraniceye, Portekizceye, İspanyolcaya, Fransızca, İtalyanca, Hollandaca, Almanca ve Kore dillerine çevrilmiş ve bu iki uyarlamanın da birçok tanı için geçerli ve güvenilir veri sağladığı anlaşılmıştır.

Görüşme üç bölümden oluşmaktadır. 'Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi' olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle çocuğun okuldaki durumu, hobileri ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan 'tanı amaçlı tarama görüşmesi' 200'e yakın özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla 5 tanı alanında

ek puanlama yapılmaktadır. Bunlar; duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar. Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Her bir tanı için DSM-III-R ve DSM-IV için tanı ölçütleri verilmiştir. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise 'çocuklar için genel değerlendirme ölçeği' olarak adlandırılır. ÇDSG-SY, belirti şiddetini "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirir. ÇDSG-SY, tanı konulan bireylerde belirtilerin varlığına dair bilgi verir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. ÇDSG-SY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne, baba, çocuk, okul, v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır.

ÇDSG-SY, Major Depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Kaçınma Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, Aşırı Anksiyete/Yaygın Anksiyete Bozukluğu, OKB, DEHB, Davranım Bozukluğu, KOKGB, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu temel tanılarını içerir.

2.3.2. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu bu çalışmada kullanılmak üzere araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form, katılımcıların sosyo ekonomik durum, anne-baba yaşı, eğitim düzeyi gibi demografik bilgilerinin yanı sıra, bilimsel yazında okulda disiplin

sorunları veya psikopatoloji ile ilişkilendirilen sigara/alkol/madde kullanımı, olumsuz davranış gösteren akran grubunda bulunma, şiddete şahit olma ve/veya maruz kalma gibi değişkenleri sorgulayan 46 maddeden oluşmaktadır. Sigara kullanma deneyimi, olumsuz davranış gösteren akran grubunda bulunma, kendine zarar verme, kesici alet taşıma, şiddete şahit olma ve/veya maruz kalma, okul dışı zamanlarda bir işte çalışma gibi değişkenler gençlere, ailede şiddet, ailede sigara/alkol/madde kullanımı gibi değişkenler ailelere ve izinsiz para alma, ceza evinde bir tanıdığı bulunma gibi değişkenler ise hem gençlere hem ailelere sorulmuştur. Toplumsal faktörler ve çalışmanın okullarla işbirliği halinde yapıldığı göz önüne alınarak ergenlerin sigara içme konusunda verdikleri bilginin güvenilirliğini arttırmak amacıyla sigara içme 'bir kez bile olsa sigarayı denemiş olup olmadıkları' şeklinde bir soruyla değerlendirilmiştir. Hem genç hem aileye sorulan bilgiler için bunlardan birisinin olumlu yanıt vermesi pozitif olarak değerlendirilmiştir. Öğrenci ve aile için hazırlanan sosyodemografik formlar ekler kısmında sunulmuştur.

2.4. ETİKLE İLGİLİ KONULAR

Çalışma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu ve Erzurum il Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilen her öğrenci ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilerek ebeveynlerden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

2.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmeleri SPSS 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında bazı olumsuz yaşantıların, sosyoekonomik düzey, anne-baba eğitim düzeyi, cinsiyet, algılanan başarı düzeyi ve

psikopatolojilerin dağılımları Pearson Ki-kare ve Fisher Kesin testleri ile saptanmış, p değerinin 0.05'in altında olması istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Olgu ve kontrol grubu öğrencilerinin yaşları ve anne-baba yaşı t testi kullanılarak istatistiksel analizi yapılmıştır.

Okulda sorun davranışta bulunma açısından bağımsız risk faktörü olabilecek olumsuz yaşantıları ve psikopatolojileri saptamak amacıyla Forward LR metoduyla Logistik regresyon analizi yapılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. OKULDAKİ SORUN DAVRANIŞLAR İLE İLİŞKİLİ SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER

Çalışmaya 47'si olgu (okulda sorun davranışı olan) (SDO) ve 83'ü kontrol (okulda herhangi bir sorun davranışı bulunmayan) (SDB) olmak üzere toplam 130 öğrenci dahil edildi.

Yaş ortalaması, SDO öğrencilerde 13 (±1,3) iken SDB öğrencilerde 12.8 (±0,85) idi. SDO öğrencilerden 1 kişi (%2,1) ilköğretim 4. sınıfa, 3 kişi (%6,4) 5. sınıfa, 2 kişi (%4,3) 6. Sınıfa, 22 kişi (%46,8) 7. Sınıfa ve 19 kişi de (%40,4) ilköğretim 8. sınıfa devam etmekteydi.

SDO ve SDB öğrenciler arasında, mensup oldukları ailenin tipi (çekirdek veya büyük), ailelerinin sosyoekonomik düzeyi, babalarının eğitim düzeyi, anne ve babalarının ortalama yaşı, anne babaları arasında akrabalık olup olmaması, ebeveynlerinin boşanmış veya birlikte olma durumu, aile bireylerinde sigara kullanımı olup olmaması ve okul öncesi öğrenim görüp görmeme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakta idi.

Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Olgu (n:47)	**Kontrol (n: 83)**	**P değerleri**
Yaş (ort±ss)	13,00 (9-15) (±1,33)	12,81 (11-15) (±O.85)	**0.406**
Cinsiyet			**1**
Erkek	%93,6 (n:44)	%91,6 (n:76)	
Kız	%6,4 (n:3)	%8,4 (n:7)	
Ailenin aylık geliri			**0.656**
Düşük	%36,2 (n:17)	%39,8 (n:33)	
Orta	%44,7 (n:21)	%43,4 (n:36)	
Yüksek	%19,1 (n:9)	%16,9 (n:14)	
Babanın eğitimi			**0.314**
Okur yazar değil	%8,5 (n:4)	%3,6 (n:3)	
İlkokul	%36,2 (n:17)	%34,9 (n:29)	
İlkokul üstü	%55,3 (n:26)	%61,4 (n:51)	
Annenin eğitimi			**0.031***
Okur yazar değil	%34 (n:16)	%20,5 (n:17)	
İlkokul	%59,6 (n:28)	%62,7 (n:52)	
İlkokul üstü	%6,4 (n:3)	%16,9 (n:14)	
Anne yaş (ort±ss)	40,8 (31-57) (±5,3)	39,5 (30-52) (±5,3)	**0.17**
Baba yaş (ort±ss)	45,2 (35-61) (±5,4)	43,4 (32-59) (±5,7)	**0.074**
Ders Başarısı Algısı	Olgu	Kontrol	**0.000****
Orta ve Üstü	%53,2 (n:25)	%90,4 (n:75)	
Ortanın Altı	%46,8 (n:22)	%9,6 (n:8)	

*P>0.05

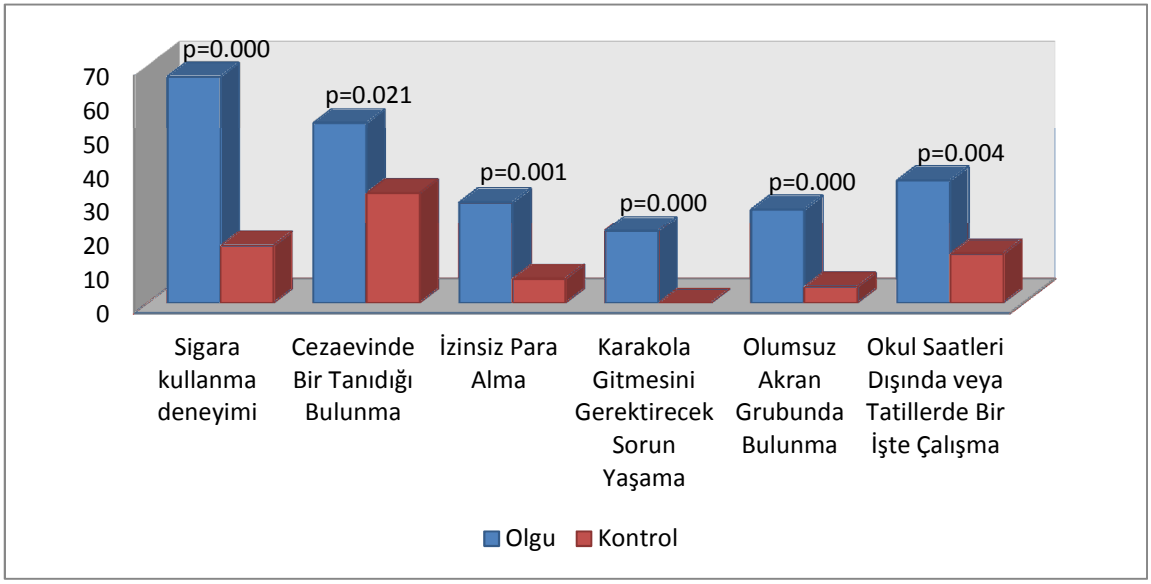
**P>0.01

SDO öğrencilerin SDB öğrencilere göre annelerinin eğitim düzeyinin anlamlı olarak düşük olduğu ve ayrıca bu öğrencilerin kendilerini derslerde daha başarısız algıladıkları tespit edilmiştir.

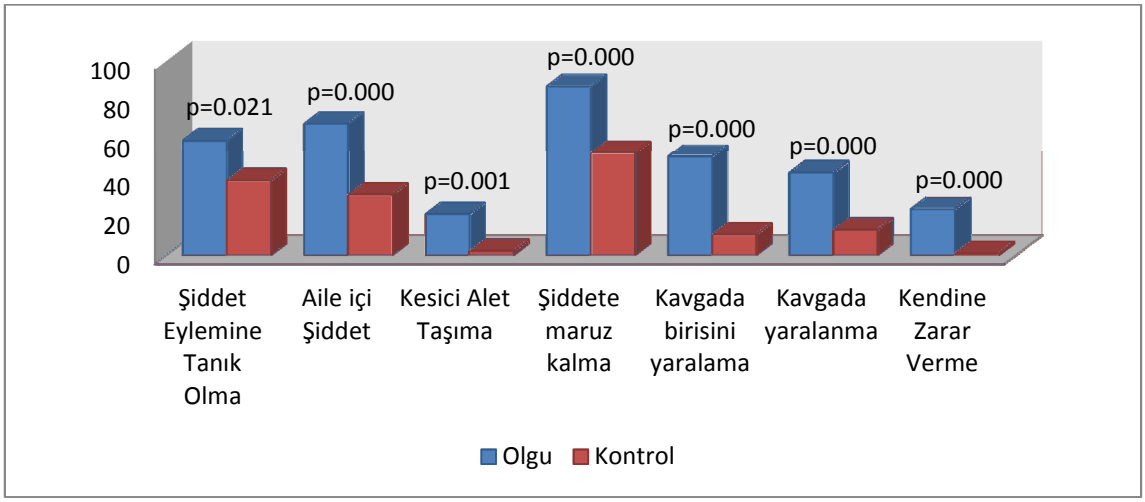
3.2. OKULDA SORUN DAVRANIŞLAR İLE İLİŞKİLİ OLUMSUZ YAŞANTILAR

Olgu ve kontrol grubu olumsuz yaşantılar yaşama açısından karşılaştırıldığında; SDO çocuk ve ergenlerin daha fazla sigara kullanma deneyimlerinin olduğu, olumsuz davranış gösteren akran grubunda daha fazla bulundukları, herhangi bir şekilde şiddet eylemine ve aile içi şiddete daha fazla tanık oldukları ya da maruz kaldıkları saptanmıştır. Yine bu öğrencilerde sorun davranışı olmayanlara göre ceza evinde bir tanıdığı bulunma, ailede şiddet, kendine zarar verme, kesici alet taşıma, kavgada yarlanma-yaralama, izinsiz para alma, karakola gitmesini gerektirecek sorun yaşama, ceza evinde bir tanıdığı bulunma ve okul saatleri dışında veya tatillerde bir işte çalışma durumunun daha yüksek oranda bulunduğu tespit edilmiştir. (Pearson Ki-kare ve Fisher Kesin testi, tüm yaşantılar için $p<0.05$) (Şekil 1, 2)

Şekil 1. Bazı Olumsuz Yaşantıların Olgu ve Kontrol Gruplarındaki Yüzde Dağılımı



Şekil 2. Bazı Olumsuz Yaşantıların Olgu ve Kontrol Gruplarındaki Yüzde Dağılımı



Sorun davranışlar ile ilişkili olumsuz yaşantıların birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde Birey tarafından algılanan başarı düzeyi ile sigara kullanımı deneyimi arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0.000). Ortanın altı başarı düzeyi algısına sahip bireylerin %72,4'ünün sigara kullanma deneyimi bulunduğu tespit edilmiştir.

Anne eğitim düzeyi ile bireyin sigara kullanma deneyimi ilişkisi; okur yazar olmayan annelerin çocuklarında sigara kullanma deneyimi %38,6, ilkokul mezunu annelerin çocuklarında sigara kullanma deneyimi %56,8 ve ilkokul üstü eğitim düzeyine sahip olan annelerin çocuklarında sigara kullanma deneyimi ise %4,5 olarak saptanmıştır. Anne eğitim düzeyi ile sigara kullanımı deneyimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0.011).

Olumsuz akran grubunda bulunma ile sigara kullanımı deneyimi arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0.005). Olumsuz akran grubunda bulunan

bireylerin %64,7'sinin aynı zamanda sigara kullanma deneyiminin bulunduğu görülmüştür.

Tüm katılımcılar arasında, hayatı boyunca en az bir kez bir başkasını yaralayanların oranı %25,4 olarak bulunmuş, yaralama davranışında bulunan bireylerin %72,7'si SDO grubunda bulunmakta idi ve bir başkasının yaralama davranışı gösteren bireylerin tamamının erkek öğrencilerden oluştuğu görülmüştür.

Tüm katılımcılar arasında, hayatı boyunca en az bir kez kesici alet taşıyanların oranı %9,2 olarak bulunmuştur. Kesici alet taşıma davranışı gösteren bireylerin tamamının erkek öğrencilerden oluştuğu görülmüştür.

Kendine zarar verme davranışı gösteren öğrencilerde; DEHB, Depresif Bozukluk, KOKGB, Davranım Bozukluğu tanıları ve olumsuz akran grubunda bulunma istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kendine zarar verme davranışında bulunan öğrencilerin %50'si aynı zamanda olumsuz akran grubunda bulunmakta idi.

Katılımcılar arasında izinsiz para alma davranışı %15,4 oranında görülürken, bunun %70'i SDO grubundaki öğrencilerden oluşturmakta idi. İzinsiz para alma davranışında bulunan öğrencilerde; sigara kullanma deneyimi, şiddete maruz kalma, karakola gitmesini gerektirecek sorun yaşama, aile içi şiddet gibi olumsuz yaşantılar ve Özgül Fobi, OKB, DEHB ve Davranım Bozukluğu gibi ruhsal bozukluklara istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek rastlanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca izinsiz para alma davranışı gösteren öğrencilerin %45'inin okul saati dışında veya tatillerde bir işde çalışdığı öğrenilmiştir ($p<0.05$).

3.3. OKULDAKİ SORUN DAVRANIŞLARIN RUHSAL BOZUKLUKLAR İLE İLİŞKİSİ

Sorun davranış psikopatoloji ilişkisi incelendiğinde psikiyatrik bozuklukların SDO öğrencilerde anlamlı oranda daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. SDO öğrencilerin %85,1'inin bir psikiyatrik bozukluğu olduğu saptanmış; bu oran SDB öğrencilerde %42,2 olarak tespit edilmiştir. (Pearson Ki-kare ve Fisher Kesin testi, $p<0.05$).

Sosyal Fobi, Depresif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu, Enkoprezis, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) SDO öğrencilerde SDB öğrencilere oranla daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Bu oranların Sosyal Fobi, DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu, Enkoprezis ve OKB için istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir. (Pearson Ki-kare ve Fisher Kesin testi, $p<0.05$).

Psikopatoloji saptanan olguların hiçbirisinin daha önce psikiyatrik yardım almak için başvurusunun olmadığı tespit edilmiştir. Ruhsal bozuklukların SDO ve SDB öğrencilerde görülme oranları Şekil 3' de özetlenmiştir.

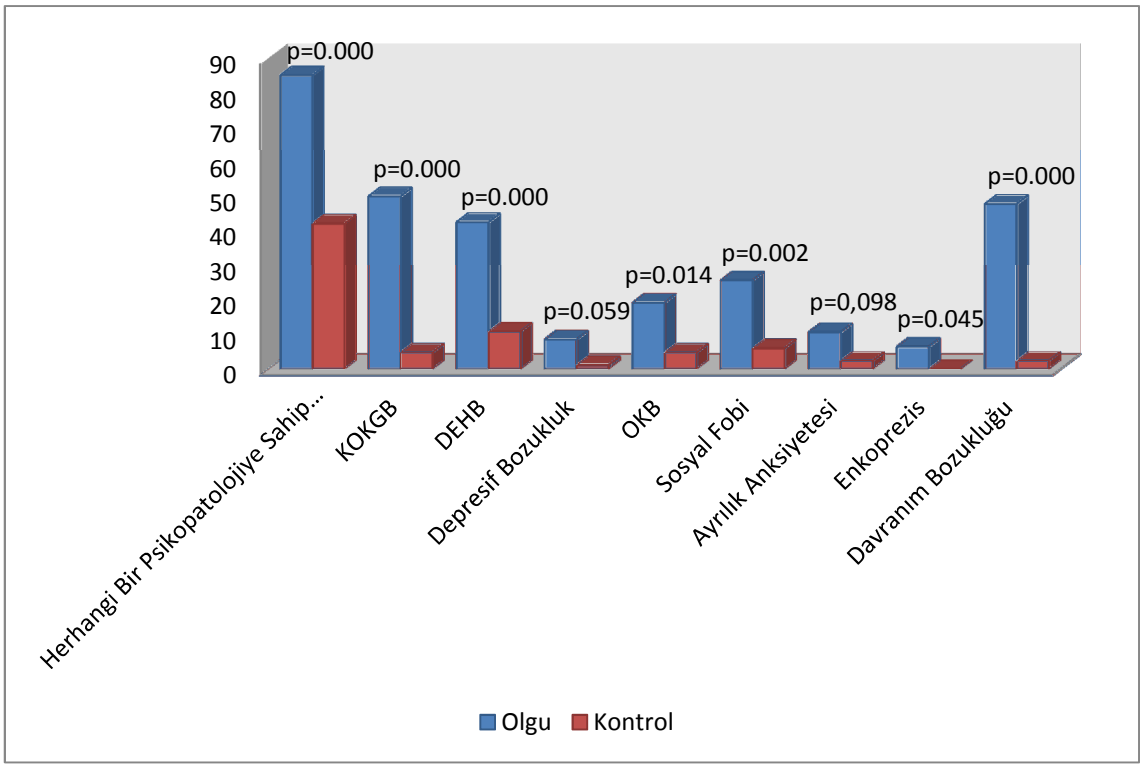
Çalışmamızda sorun davranış gösteren çocuklarda DEHB'nin %42,6 oranda görüldüğü ve bunun %35'ine Davranım Bozukluğunun eşlik etmediği saptanmıştır.

DEHB tanısına sahip olma ile olumsuz akran grubunda bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.014$). DEHB tanısına sahip olan bireylerin %27,6'sının olumsuz akran grubu içerisinde bulunduğu tespit edilmiştir. DEHB tanısına sahip olma ile sigara kullanımı deneyimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.004$). DEHB tanısına sahip olan bireylerin %57,1'inin sigara kullanımı deneyimi bulunduğu tespit edilmiştir. DEHB tanısına sahip olma ile aile içi şiddet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.003$). DEHB

tanısına sahip olan bireylerin %69'unda yaşadıkları aile ortamında aile içi şiddetin bulunduğu tespit edilmiştir. Yaşadığı ortamda aile içi şiddet bulunan bireylerin, Olumsuz akran grubunda bulunma ile DEHB tanısına sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.030). Olumsuz akran grubunda bulunan ve aynı zamanda yaşadığı ortamda aile içi şiddet olan bireylerin %63,6'sının aynı zamanda DEHB tanısına sahip olduğu görülmüştür.

Davranım Bozukluğu tanısına sahip olan öğrencilerin %100'ünde komorbid DEHB, %80'inde ise komorbid KOKGB tanılar saptanmıştır.

Şekil 3. Ruhsal Bozuklukların Olgu ve Kontrol Grubunda Oransal Dağılımı



3.4. OKULDA SORUN DAVRANIŞTA BULUNMA İÇİN BAĞIMSIZ RİSK FAKTÖRLERİ

Okulda sorun davarnışta bulunma için bağımsız risk faktörlerini belirlemek üzere sorun davranışla istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin bulunduğu tespit edilen sigara kullanma deneyimi, olumsuz akran grubunda bulunma, kendine zarar verme davranışında bulunma, kesici alet taşıma, şiddet eylemine tanık olma, karakola gitmesini gerektirecek sorun yaşama, izinsiz para alma, ailede şiddet, okul saatleri dışında veya tatillerde bir işte çalışma ve cezaevinde bir tanıdığı bulunma gibi olumsuz yaşantı faktörleri üzerinden Logistik Regresyon-Forward LR metoduyla risk analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda kendine zarar verme davranışında bulunma, izinsiz para alma ve sigara kullanma deneyiminin diğer olumsuz yaşantılardan bağımsız olarak risk oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Okulda Sorun Davranışda Bulunma Açısından Bağımsız Risk Oluşturan Olumsuz Yaşantılar

	Anlamlılık(p)	**Olasılıklar Oranı**	**%95 Güven aralığı için üst ve alt değerler**	
			Alt	Üst
Kendine zarar verme davranışında bulunma	.033	11.355	1.223	105.431
İzinsiz para alma	.005	5.459	1.650	18.068
Sigara kullanma deneyimi	.000	6.537	2.596	16.461

Aynı amaçla okulda sorun davranışta bulunma ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin bulunduğu tespit edilen ruhsal bozukluklar olan Depresif Bozukluk, DEHB, Ayrılık Anksiyetesi, Sosyal Fobi, KOKGB, OKB, Davranım Bozukluğu ve Enkoprezis için Logistik Regresyon-Forward LR metoduyla risk analizi yapıldı. KOKGB ve

Davranım Bozukluğunun diğer faktörlerden bağımsız olarak sorun davranışda bulunma açısından risk oluşturduğu tespit edildi.

Tablo 3. Okulda Sorun Davranışda Bulunma Açısından Bağımsız Risk Oluşturan Ruhsal Bozukluklar

	Anlamlılık(p)	**Olasılıklar Oranı**	**%95 95 Güven aralığı için üst ve alt değerler**	
			Alt	Üst
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	.003	.138	.037	.512
Davranım Bozukluğu	.001	.067	.013	.338

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada, okul kayıtlarına geçecek düzeyde sorun davranışı olan ilköğretim öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri, olumsuz yaşantı deneyimleri ve herhangi bir ruhsal bozukluklarının bulunup bulunmadığı araştırılmıştır. Çalışmamız ülkemizde okulda disiplin cezası alan öğrencilerin psikiyatrik durumunun incelendiği yazındaki ilk kontrollü çalışmadır.

4.1. OKULDA SORUN DAVRANIŞLAR İLE PSİKOSOSYAL DEĞİŞKENLERİN İLİŞKİSİ

Bilimsel yazında çocukluk ve ergenlik dönemindeki dışa vurum bulguları ve davranış sorunları ile ilişkili psikososyal faktörler; parçalanmış aile, ailede şiddet ve madde kullanımı, yetersiz ebeveynlik gibi aileye bağlı faktörler; kötü organizasyon, çocuğun motivasyonunun düşük olması gibi okulla ilişkili faktörler; yaşıtları tarafından dışlanma ve olumsuz davranışları olan akran grubunda bulunma gibi arkadaş çevresi ile ilişkili nedenler ve silah bulunduran komşuları olma ve komşularda olumsuz davranışlar gibi sosyal çevre ile ilişkili faktörler olarak belirtilmektedir (75). Çalışmamızda, bilimsel yazına paralel olarak sorun davranışı olan çocuk ve ergenlerin bu davranışlarda bulunmayan akranlarına göre ailelerinde daha fazla şiddet eylemi olduğu; herhangi bir şekilde şiddet eylemine daha fazla tanık oldukları ya da maruz kaldıkları; olumsuz davranış gösteren akran grubunda daha fazla bulundukları; ceza evinde bir tanıdığı bulunma durumlarının daha yüksek oranda bulunduğu ve daha fazla sigara kullanma deneyimlerinin olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda okulda sorun davranışı olan öğrencilerin ailelerinde daha fazla şiddet eylemi olduğu tespit edilmiştir. Aile ortamı ve anne-baba tutumları hem sınıf ortamında hem de sınıf dışında gözlenen istenmeyen davranışların önemli

nedenlerindendir. Yapılan bir araştırmada, anne-babanın sık sık kavga etmesi ve annenin baba tarafından sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalmasıyla çocuğun okulda disiplin cezası alması arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (76). Bingül (1995) tarafından yapılan bir çalışmada da aile ortamı huzurlu olan çocukların daha az ruhsal belirti gösterdiği belirlenmiş; anne-baba geçimsizliği, anne-baba kötü alışkanlıkları ve evde şiddet olan ailelerin çocuklarında ise ruhsal belirtilerin daha fazla olduğu görülmüştür (77). Doğan (2001); aile içi ilişkilerde ilgisizlik, ihmal ve reddedilme yaşantılarının çocukların antisosyal ve saldırgan davranışlar geliştirmesi açısından risk oluşturduğunu saptamışdır (78). Bir başka çalışma da, aile içi şiddete tanık olan ve/veya kendisi de istismar edilen çocuklarda depresyon, kaygı, kızgınlık, antisosyal ve impulsif davranışların belirgin olarak fazla görüldüğü saptanmıştır (79). Avcı (2006) tarafından yapılan araştırmada, 14–18 yaşları arasında şiddet davranışı gösteren ergenler öfke düzeyleri açısından incelendiğinde, şiddet davranışı gösteren ergenlerin ailelerinin karşılaştırma grubunda yer alan ergenlerin ailelerine göre "sürekli öfke", "içe-yönelik öfke" ve "dışa yönelik öfke" düzeylerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şiddet davranışı göstermeyen ergenlerin ailelerinin öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri görülmüştür. Ayrıca, şiddet davranışı gösteren ergenlerin aile üyelerinin daha fazla psikolojik probleme sahip oldukları, alkol kullandıkları ve suç işleme davranışında bulundukları saptanmıştır (80).

Ailede şiddet olmasının okulda sorun davranışlara nasıl yol açtığı da bir başka çalışma alanıdır. Sosyal öğrenme kuramları ve nesne ilişkileri bağlamında bakıldığında çocuğun aile üyeleri ile olan ilişkilerinin; diğer bireylere, nesnelere ve tüm yaşama karşı aldığı tavırların, benimsediği tutum ve davranışların temelini oluşturduğu (81) ve çocukların gelişimleri süresince rol model olarak ebeveynlerini kabul ettikleri bilinmektedir. Süreğen bir istismar ve ihmale maruz kalan çocuğun, temel güven

duygusunun gelişminin olumsuz etkilendiği, her hareketten kendini tehdit edecek bir anlam çıkarmaya başlayarak aşırı uyarılmışlık durumuna girebilmektedir (82). Masalcı (2000) babanın kızdığı andaki davranış tarzı ile çocuğun saldırgan davranış arasında ilişki olduğunu ortaya koyarak aile içi iletişimin ve duygusal tepki verebilme işlevinin yetersiz olmasının ergenin öfke duygusu ile baş etmesini sağlayacak empati kurma becerisinin gelişimini olumsuz yönde etkilediğini vurgulamıştır (83). Benzer şekilde Donna ve arkadaşları (1999) çalışmalarında aile içi şiddete tanık olan ve kurban olan ergenlerin problem çözme becerilerini geliştiremediklerini ve çevreleriyle uyum problemleri yaşadıklarını bildirmişlerdir (84). Yine Bahçivan ve Gençöz (2005) ailede duygusal tepki verme işlevinde problemler yaşanmasının ergende görülen problem davranışlar üzerinde açıklayıcı olduğunu belirtmişlerdir (85). Tüm bu nedenler göz önüne alındığında şiddetle büyütülen çocuğun, evde şiddet uygulayan ebeveynine karşı saldırganlık tepkisinde bulunmayıp, bu saldırganlığı modelleyerek misilleme tehlikesinin daha az olduğu okul ve arkadaş ortamına taşıdığı söylenebilir (86).

Çalışmamızda elde edilen bir diğer bulgu da okulda sorun davranışı olan öğrencilerin karşılaştırma grubuna oranla anlamlı ölçüde daha fazla şiddet olayına tanık olmalarıydı. Çalışmamıza benzer şekilde O'Keefe yaptığı çalışmasında; lise öğrencilerinde okul ve toplumdaki şiddet düzeyini oldukça yüksek olarak bulmuş ve öğrencilerin yarısının bir yıl içinde bıçaklama, öldürme girişimi gibi şiddet olaylarına okul ve toplum içinde şahit olduklarını, bu durumun da özellikle erkeklerde saldırgan davranışlar gösterme eğilimi açısından önemli olduğunu bildirmiştir (87).

Ergenlik döneminde akranlar, ergenlerin yaşamında en az aile kadar önemli bir yer tutmaktadır. Akranlar, ergenler için arkadaşlık, sosyal ve duygusal destek, yakınlık sağlama gibi birçok olumlu işleve hizmet ederken, olumsuz etkilere de neden olabilmektedirler. Ergenin riskli davranışının en güçlü ve tutarlı yordayıcılarından biri,

bireyin bu tür davranışlar gösteren bir arkadaşının bulunup bulunmamasıdır. Ergenlerin riskli davranışlar gösteren akranlarla birlikte olmaları, kendilerinin de ilerleyen dönemde sorun davranışlar göstermelerine yol açmaktadır (88-89-90). Akranlar özellikle baskı yoluyla ergenin riskli davranışlarını artırabilmektedirler (91). Kandel (1996) ergenlerin anti-sosyal veya suça yönelik davranışlar göstermelerinde arkadaş ilişkilerinin, aileye göre daha fazla etkili olduğunu belirtmektedir (92). Duygusal açıdan yakın ve destekleyici olup, baskıcı ve yasaklayıcı olmayan, uyumlu aile ilişkileri ise ergenin riskli davranışlara karışmasını engellemekte; ergenin olumsuz akran gruplarıyla birlikte olma olasılığını azaltarak, akran grubunun olumsuz etkilerinden ergeni korumaktadır (93-94). Ayrıca, yüksek oranda destek ve paylaşım ile düşük oranda çatışma içeren arkadaşlıkları olan ve akranlarıyla güçlü bir yakınlık kuran ergenler, daha az antisosyal davranışlar göstermektedirler (95). Akran reddi ise hem saldırganlık hem de risk alma davranışı ile ilişkilidir (96-97) ve ayrıca arkadaş ilişkilerinde yaşanan zorluklar ve akran istismarının depresyon riskini artırdığı görülmüştür. Ülkemizde de Yılmaz (2000), akran ilişkilerinin zayıf olduğunu belirten ergenlerin, daha fazla risk alma davranışı gösterdiklerini belirtmiştir (98). Yazına paralel olarak çalışmamızda da sorun davranışı olan ergenlerin daha fazla olumsuz akran grubunda bulundukları tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sorun davranışı bulunan öğrencilerin %93.6'sının erkek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç şaşırtıcı olmamakla birlikte sorun davranışın erkeklerde daha sık görülmesinin nedenleri üzerinde durulmalıdır. Bilimsel yazında da kızlarla erkekler arasında sorun davranış gösterme sıklığı arasında erkekler lehine anlamlı bir farklılık olduğu bilinmektedir (62). Şenses (1990), araştırmasında, erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha fazla disipline aykırı davranışlarda bulunduklarını tespit etmiştir (99). Yine Eripek (1980), 14 ortaöğretim kurumunda yapmış olduğu araştırma

sonucunda, öğrencilerin cinsiyetine göre disiplinsiz davranışta bulunma durumunun kızlarda % 1,16, erkeklerde % 8,40 olduğunu; disipline aykırı bulunan öğrenci davranışlarının uyum sorunu niteliği taşıdığını belirlemiştir (100). Offer ve Schonert-Reichwl (1992), erkeklerin daha çok davranış problemi geliştirdiğini, kontrol dışı davranma, alkol ve madde kullanımı gibi sorunları daha sıklıkla yaşadığını, buna karşın kızların daha çok duygusal problemler geliştirdiğini; mutsuzluk, anksiyete, depresyon ve intihar düşüncesi gibi sorunları daha sıklıkla yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kaiser ve arkadaşları (2000) da, erkeklerin daha agresif olduklarını ve antisosyal davranışların ve agresyonun kızlardan üç kat daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir. Diğer bazı araştırmalarda da erkeklerin kızlardan daha sıklıkla hiperaktivite ve davranım bozukluğu yaşadığı ve bu oranın yaklaşık 9:1 olduğu belirtilmektedir (92). Keenan ve Shaw (1997) cinsiyet farklılıkları için iki olası açıklama yapmaktadırlar. Birinci teori ebeveynlerin farklı sosyal uygulamaları üzerine odaklanmaktadır. Buna göre; aileler erkek çocuklar için daha çok fiziksel cezalandırma kullanırken, kızlara daha çok ikna edici yaklaşım kullanmayı tercih etmektedirler. İkinci açıklamaya göre, erken çocukluk döneminde kızların agresyon üzerinde etkili olacak temel becerilerinin gelişiminin daha hızlı, dil gelişimi, konuşma ve algılama becerilerinin daha iyi olması nedeniyle aileler kızlarını daha kolay kontrol edebilmektedir. Buna bağlı olarak, aile çocuk ilişkisi daha olumlu yaşanabilmekte ve davranış problemleri daha az görülmektedir (101). Dışsallaştırılmış davranışların cinsiyete göre farklılaşmasında biyolojik faktörlerde suçlanmaktadır. Bunların en önemlilerinden birisinin erkeklerdeki testesteron hormonunun etkisi olduğu belirtilmektedir. Genel olarak serbest testesteron düzeyi ile saldırgan/hostil davranış arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir. Özellikle antisosyal dürtüsel şiddet suçlularında klinik çalışmalar, BOS serbest testesteron düzeylerinin yükseldiğini göstermiştir (53). Ayrıca, sporcularda testosteron

kullanımının agresifliği arttırdığı bildirilmiştir. Genel olarak kastrasyonun, agresyonda azlamaya yol açtığı ve bununla birlikte testesteron replasmanı yapıldığında ise agresif davranışların geri döndüğü görülmüştür (102). Testosteronun insan agresyonuna etkisi fizyolojik düzeylerden daha ziyade farmakolojik olarak artmaktadır. Testosteron verilen erkek gönüllülerde artmış agresif yanıt ve verbal agresyon gibi semptomlar görülmüştür (103). Erkek çocukların ruhsal gelişimsel bozukluklara daha yatkın ve olumsuz çevresel uyaranlara daha açık oldukları ve ebeveynlerin psikopatolojisi ve yoksulluk gibi bir dizi risk faktörüne karşı daha savunmasız oldukları belirtilmektedir (104). Ayrıca, erkekler aile parçalanmalarına ve toplumsal etkilere davranışsal anlamda kızlara oranla daha olumsuz şekilde tepki göstermekte, dışsal davranış problemleri ve düşük akademik başarı anlamında yüksek risk taşımaktadırlar (105-106). Giedd ve arkadaşlarına (1997) göre gelişimsel süreçte her iki caudat yapı ve sol globus pallidus yapıları erkeklerde kızlara oranla daha fazla azalma göstermektedir. Bu yapılardaki hacimsel azalma erkeklerde dürtü kontrolünün daha az olması ile ilişkili bulunmuştur. Kızlarda hipokampal hacmin, erkeklerde ise amigdala hacminin daha fazla olduğu görülmüştür. Hipokampal ve amigdala hacimlerindeki bu farklılığın DEHB, Tourette ve erken başlangıçlı OKB gibi nöropsikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (107). Dışsallaştırılmış davranışlar erkeklerde daha sıklıkla görülürken; kızlarda anksiyete ve depresyonun daha sıklıkla görüldüğü belirtilmektedir (108). Ancak, tüm bu bulguların aksine bazı araştırma sonuçları davranış sorunları ile cinsiyet arasında direk bir ilişki olmadığı yönündedir (92). Örneğin, Erol ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan geniş örneklemli araştırmada, toplam problem skorlarında kız ve erkek ergenler arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (109). Tüm bu araştırma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, suç davranışlarının ergenlikte özellikle erkekler arasında yaygın

olmasına rağmen, kızlarda da son yıllarda artış olduğu (110), sorun davranışların sadece cinsiyetle ilişkilendirilmesinin de doğru ve yeterli olmayacağı söylenebilir (92).

Sigara ile dışa vurum bulguları arasındaki ilişki birçok yayında vurgulanmakla birlikte, sigara içmenin bu davranışların nedeni mi yoksa bu davranışlara yol açabilecek bozukluğu bulunan kişiler için bir self medikasyon aracı mı olduğu konusunda tartışmalar vardır (111). Yapılan çalışmalarda, öğrencilerin kendi ifadelerine göre belirlenen başarı düzeyi ile sigara içme davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde "ortalamanın altında" olanların daha çok sigara içtikleri (p=0.001) saptanmıştır. Yine öğrenim hayatları boyunca en az bir kez sınıfta kalan öğrencilerin de hiç sınıfta kalmamış öğrencilerden daha yüksek oranda sigara içtikleri (%19.7- 8.4, p=0,000) ortaya çıkmıştır (112). Bizim çalışmamızda da sigara kullanma deneyimi ile algılanan başarı düzeyinin düşüklüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur. Ortalamanın altı başarı düzeyi algısına sahip öğrencilerin %72,4'ünün sigara kullanma deneyimi bulunmakta idi. Yapılan diğer bir çalışmada; öğrenim hayatı boyunca en az bir kez disiplin cezası alanlan ergenlerde sigara içme oranı %28.6 iken, hiç disiplin cezası almayanlarda bu oran %10 olarak saptanmıştır (p=0,029) (113). Bizim çalışmamızda ise; SDO grupta sigara kullanma deneyimlerinin olduğunu ifade eden öğrencilerin yüzdesi %66,7 iken, SDB grubunda bu oran %16,9 olarak bulunmuştur (p=0,000). Çalışmamızda anne eğitim düzeyi düştükçe, sigara kullanma deneyimi yüzdesinin artmakta olduğu görülmüştür. Horasan ve Sezer tarafından 1993 yılında Elazığ'da yapılan araştırmada, bizim çalışmamıza paralel olarak sigara kullanımı ile anne eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (113). En yakın arkadaşın sigara kullanması ya da arkadaş grubunda sigara kullanılması gencin sigara ile tanışmasına neden olmaktadır. Gençler sigaraya en çok yakın arkadaşlarının sigara ikramı ve ısrarları ile başlamaktadır. En iyi arkadaşının sigara kullanması, gencin

sigara içme riskini 3-4 kat arttırmaktadır. Ülkemizdeki yapılan araştırmalarda pek çok genç "arkadaş etkisi" nedeniyle sigara içmeye başladıklarını belirtmektedir (114). Çalışmamızda da yazına paralel olarak, sigara kullanma deneyimini ile olumsuz akran grubunda bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Olumsuz akran grubunda bulunan öğrencilerin %64,7'sinin aynı zamanda sigara kullanma deneyiminin bulunduğu görülmüştür. Ayrıca, gençlerin arkadaşlar arasında kendine yer bulma isteği de sigaraya başlamaya neden olabilmektedir (114).

Cohen ve arkadaşları (1990), yaşanılan çevrenin çocuk üzerindeki etkisini değerlendirmiş ve çevrede suç işlenme faktörünün dışsallaştırılmış problem davranışlarda önemli bir etkisinin olduğunu belirtmişlerdir (115). Bizim çalışmamızda da, sorun davranışında bulunma ile cezaevinde bir tanıdığı bulunma arasında istastiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada; hayatı boyunca en az bir kez bir başkasını yaralayanların oranı %26,3 olarak bulunmuştur. Erkeklerde hayatları boyunca kavga sonucu birisini yaralama riski kız öğrencilere göre 3,2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (116). Bizim çalışmamızda ise hayatı boyunca en az bir kez bir başkasını yaralayanların oranı %25,4 olarak bulunmuştur. SDO grubunda, SDB grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla bir başkasının yaralama davranışı görülmüş olup, yaralama davranışı gösteren öğrencilerin %72,7'si SDO grubunda bulunmakta idi. Ayrıca, çalışmamıza katılan kız öğrencilerde, bir başkasını yaralama davranışının bulunmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamımıza paralel şekilde yazında da kesici alet taşıma öğrencilerde en sık görülen davranış sorunlarından birisi olarak göze çarpmaktadır. Öztop ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; üzerinde kesici alet taşıyan, okul dışında arkadaşları arasında disiplin sorunu yaşayan, okulda disiplin sorunu yaşayan veya eşyalara zarar veren

öğrencilerin ≥50 Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ) puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca tek değişkenli sıralı lojistik regresyon analizi sonucunda da, ZDÖ puanlarının ≥50 olma durumunun en önemli açıklayıcı risk etkenlerinden birinin de üzerinde kesici alet taşıma olduğu saptanmıştır (117). Yapılan bir çalışmada; hayatı boyunca en az bir kez bıçak, çakı ya da benzeri kesici alet taşıyanların oranı %22,6 olarak bulunmuştur. Erkeklerin kesici alet taşıma riski kızlara göre 4,2 kat daha fazla olduğu saptanmış ve bıçak, çakı gibi kesici alet taşıyanların %55,2'sinin ilk kez 13-15 yaşları arasında kesici alet taşıdıkları belirlenmiştir (116). Bizim çalışmamızda ise hayatı boyunca en az bir kez kesici alet taşıyanların oranı %9,2 olarak bulunmuş ve SDO grubunda, SDB grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla kesici alet taşıma oranı görülmüştür. Ayrıca çalışmamıza katılan kız öğrencilerde, kez kesici alet taşıma davranışının bulunmadığı tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmalarda; öğrencilerin akademik başarıları ile okul kurallarına uyup uymama arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Öğrencilerin akademik başarıları düştükçe, okul kurallarını ihlal etmeleri de artmaktadır. Bu da derslerinde kendini gösteremeyen öğrencilerin kendini daha farklı şekilde göstermek istemesi (118) veya dersle ilgilenmeyen öğrencilerin farklı özellikleri ile akranları arasında var olma çabalarının bir sonucu olarak yorumlanabilir. Şenses (1990) araştırmasında, sınıfta kalan öğrencilerde disipline aykırı davranışta bulunma oranının, sınıf geçen öğrencilere oranla daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (99). Bizim çalışmamızda da alan yazına paralel olarak sorun davranışında bulunan olgu grubunda kontrol grubuna kıyasla algılanan akademik başarı düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Yapmış olduğumuz araştırma sonucunda anne eğitim düzeyinin düşük oluşu ile sorun davranışta bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmüştür. Ergenlerin davranış sorunlarına yönelik algıları, anne eğitim düzeyi

açısından incelendiği bir araştırmada, annesi ilkokul mezunu olan ergenlerin çekingenlik, anksiyete-depresyon ve içselleştirilmiş problemlere ilişkin ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Anne-babanın eğitim düzeyi, ergenle kurulan iletişimin düzeyini ve paylaşımın kalitesini etkileyebilir (92). Yavuzer'e göre (1996) anne baba için eğitilmiş olmak hiç değilse kendi davranışlarını eleştirme ve denetleme olanağı vermektedir (35). Suçlu çocukların ailelerinin sorunlarından birinin de eğitimsizlik olduğunu belirtirken; Fray ve Mark (1987) eğitim seviyesi düşük anne ve babaların çocuklarıyla sağlıklı ilişki kuramadıkları, dolayısıyla saldırgan bireyler yetiştirdiklerini vurgulamaktadır (92-119). Stormont (1998) dışsallaştırılmış davranış problemleri ile ilgili aile özellikleri arasında evlilik çatışmalarını, annenin depresyonunu, eğitim düzeyinin düşük olmasını ve ailesel streslerin önemini vurgulamaktadır (120). Rowe ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları araştırmada, aynı ailenin üyelerince paylaşılan olumsuz çevre koşullarının, annelerin eğitim seviyelerinin düşük olduğu ailelerde daha çok etkili olduğu görülmüştür (121). Şenses (1990) araştırmasında, öğrencilerin anne ve babalarının öğrenim düzeyi düştükçe, disipline aykırı davranışlarda bulunma oranının arttığını vurgulamıştır (99). Çalışmamızda okulda davranış sorunlarıyla sadece anne eğitim düzeyi arasında ilişki bulunup baba eğitim düzeyi ile ilişki saptanmaması Erzurum bölgesinin aile yapısıyla açıklanabilir. Bölgemizde çocuk eğitim ve bakımı ebeveynlerin birlikte üstlendiği bir sorumluluk olmaktan çok anneden beklenen bir ödev olarak algılanmakta bu da annenin bilgi, deneyim ve hatta duygusal durumunun çocuk eğitimi üzerine babadan çok daha fazla etkili olmasına yol açmaktadır.

Çalışmamızda kendine zarar verme davranışının; SDO grubunda, SDB grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca kendine zarar verme davranışı gösteren öğrencilerde; DEHB, Depresif Bozukluk, KOKGB,

Davranım Bozukluğu tanıları ve olumsuz akran grubunda bulunma istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Biyolojik çalışmalarda, kendine zarar verme davranışı serotonin miktarının azalmasıyla açıklanmıştır. Bu açıklamalar farelerle yapılan deneylerde öfke ve depresyon durumlarında beyindeki serotonin miktarının azalması sonucuna dayanarak yapılmıştır (122-123). Düşük serotonin düzeyinin kişide irritabiliteye yol açtığı ve bunun da kişilerde kendine zarar vermeye neden olabileceği belirtilmiştir (124). Bu durumun çalışmamızdaki Depresif bozukluk tanısına sahip olan öğrencilerin kendine zarar verme davranışlarının nedeni olabilir. Ayrıca; Tourette sendromundaki kendine zarar verme davranışının dopaminerjik aktive düzensizliği ve dopamin reseptörlerinin aşırı duyarlılığıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür ve 16 mental retarde hastayla yapılan çalışmada, flufenazinin 11 hastada kendine zarar verme davranışını azalttığı bulunmuştur (123-125). Aynı zamanda çalışmamızda DEHB, Davranım Bozukluğu ve KOKGB tanılarına sahip öğrencilerin kendine zarar verme davranışının altındaki neden, bu bozuklukların etyolojisinde de dopaminerjik aktivite düzensizliği bulunması olabilir. Bir kişinin kendine zarar verme davranışı, o ortamda bulunan diğer bireyler tarafından davranışın taklit edilmesine yol açabilir. Matthews, aynı yaştaki ergen gruplarında epidemik tarzda kendine zarar verme davranışının kışkırtıcılığını vurgulamıştır (126). Bizim çalışmamızda da kendine zarar veren öğrencilerin %50'sinin aynı zamanda olumsuz akran grubunda bulunduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, SDO grubunda bulunan öğrencilerde, SDB grubunda bulanan öğrencilere oranla istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla izinsiz para alma davranışı görülmüştür. Katılımcılar arasında izinsiz para alma davranışı %15,4 oranında görülürken, bunun %70'i SDO grubundaki öğrencilerden oluşturmakta idi. İzinsiz para alma davranışında bulunan öğrencilerde; sigara kullanma deneyimi, şiddete maruz

kalma, karakola gitmesini gerektirecek sorun yaşama, aile içi şiddet gibi olumsuz yaşantılar ve Özgül Fobi, OKB, DEHB ve Davranım Bozukluğu gibi ruhsal bozukluklara istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek rastlanmış ancak algılanan ders başarısında düşüklükle ilişkili bulunmamıştır. Ayrıca izinsiz para alma davranışı gösteren öğrencilerin %45'inin okul saati dışında veya tatillerde bir işde çalışdığı öğrenilmiştir ($p<0.05$). Bilimsel yazında da çalışmamıza paralel şekilde hırsızlık davranışlarının DEHB ve davranım bozukluğu ile ilişkisi bildirilmiş, bu tür antisosyal davranışların aile içi şiddetle yakın ilişkisi saptanmış ancak davranışın nörokognitif becerileri ve IQ'su daha iyi olan ergenlerde daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (127).

4.2. OKULDA SORUN DAVRANIŞ RUHSAL BOZUKLUK İLİŞKİSİ

Toplum örneklemli çalışmalarda 18 yaşını doldurmamış çocuklardaki ruhsal bozuklukların yaygınlığı ortalama %15 olarak belirtilmektedir. Farklı yaş gruplarında bu oran okul öncesi dönemde %8, ergenlik öncesi dönemde %12 ve ergenlerde %15 olarak bildirilmiştir (61). Okula uyum, akran ilişkileri ve akademik başarı alanlarında sorunlar ve yeti yitimi, ilköğretim çağı çocuklarda pekçok ruhsal bozukluğun ilk belirtileri olarak karşımıza çıkmaktadır (128). Çalışmamızda, okulda sorun davranışı olan öğrencilerin %85,1'inin bir ruhsal bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Sosyal Fobi, Depresif Bozukluk, DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu, Enkoprezis, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, OKB gibi bozuklukların sorun davranışında bulunan grupta daha yüksek olduğu saptanmış; bunlardan Sosyal Fobi, DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu, Enkoprezis ve OKB görülme sıklığının istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Yaptığımız çalışmada; Davranım Bozukluğu tanısına sahip olan öğrencilerin %100'ünde komorbid DEHB, %80'inde de komorbid KOKGB tanısına rastlanmıştır. Dışa vurum bulgularının, Davranım Bozukluğu, KOKG ve DEHB'de çok sık görülmesi

davranışların biyolojik kökeni lehine bulgular olarak değerlendirilmektedir (75). Dışa vurum bulguları özellikle dopaminerjik ve noradrenerjik sistem disfonksiyonları ile ilişkilendirilmekteyse de çocukluk dönemindeki agresyonla düşük seratonerjik sistem aktivitesi arasındaki bağıntıyı gösteren çalışmalar da dikkate değerdir (129). Bizim çalışmamızda yazına paralel olarak DEHB, KOKGB ve Davranım Bozukluğunun sorun davranışı gösteren grupta daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Enkopresis, Sosyal Fobi, Depresif Bozukluğun bu üç bozuklukla birlikteliğinin sık olduğu bilinmekteyse (130) de Ayrılık Anksiyetesi bozukluğu ve OKB'de sorun davranışları olan grupta daha sık görülüyor olması biyolojik bir bakış açısıyla yukarıda bahsedilen seratonerjik ve noradrenerjik sistem disfonksiyonu ile ilişkilendirilebilir (75). Diğer yandan sorun davranışı gösteren öğrencilerin şiddete daha fazla maruz kaldığı, katı ebeveyn tutumunun bir göstergesi olabilecek bu durumun Anksiyete Bozuklukları ve Enkopresis gelişimine de zemin hazırlıyor olabileceği düşünülebilir. Bahls, Depresif Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu, KOKGB, DEHB ve madde kullanımının sık eşlik ettiğini bildirmiştir (131).

DEHB yaşama, kişiler arası ilişkilere, okul ve iş dünyasına yansıyan çeşitli olumsuz etkileri açısından toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından birisidir (67). DEHB tanılı çocukların üçte biri liseyi bitirene kadar en az bir yıl sınıf tekrar etmekte; yaklaşık beşte biri ise, geçici sürelerle veya tamamen okuldan uzaklaştırılmaktadır. Erişkin yaşama hazırlanmada son derece önemli bir yer tutan okul yaşantısı, bu çocuklar için verimsiz ve sıkıntılı bir dönem haline gelebilmektedir. Sınıfta tedavi edilmeyen DEHB olan çocukların bulunması, öğretmenin eğitim ve öğretim kalitesini düşürebilmektedir (71). Dürtüsel davranışlar; arkadaşları, anne-baba ve öğretmenleriyle tartışmalara, arkadaşları tarafından reddedilmeye ve fiziksel kavgalara neden olabilmektedir (132). DEHB'de suç işleme oranı aynı yaş ve cinsten olan ve

DEHB olmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüş; uzun süreli izleme çalışmalarında suç oranları:

- Bir kere tevkif edilme (DEHB: %39, Normal: %20)
- Birden fazla tevkif edilme (DEHB: %23, Normal: %8)
- Mahkemenin suçlu bulma oranı (DEHB:%28, Normal:%11)
- Hapse girme (DEHB :%9, Normal:%1) (133)

DEHB tedavi edilmediği takdirde, ciddi iletişimsel, ruhsal, sosyal ve eğitsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir (134). DEHB tanısına sahip çocuklar, kapasitelerinin altında bir okul başarısı göstermekte veya davranış sorunları nedeniyle okul yönetimi tarafından sürekli cezalandırılmaktadırlar (71). Çalışmamızda sorun davranış gösteren çocuklarda DEHB'nin %42,6 oranda görüldüğü ve bunun %35'ine Davranım Bozukluğunun eşlik etmediğinin saptanması önleme çalışmaları ve tedavi girişimleri açısından çok önemlidir. Yapılan çalışmalar, DEHB'de görülen dürtüselliği, Davranım Bozukluğu eşlik etmediği zaman, planlanmış yıkıcı davranışlardan çok prefrontal disfonksiyon veya emosyonel regülasyon sorunlarından kaynaklanan anlık eylemlerle ilişkilendirmektedir (129). DEHB'li çocuk ve ergenlerin disiplin cezası almayı gerektirecek eylemler içerisinde olması bu grubun %69'ununda aile içi şiddetin olması ve %27,6'sının aynı zamanda olumsuz davranışları olan akran grubu içerisinde bulunması ile ilişkilendirilebilir. Olumsuz akran grubunda bulunan ve aynı zamanda yaşadığı ortamda aile içi şiddet olan öğrencierin %63,6'sının aynı zamanda DEHB tanısına sahip olduğu görülmüştür. Psikiyatrik bozuklukların çoğunda olduğu gibi olumsuz aile işlevleri DEHB'nin seyrini olumsuz etkiler. Aile içi şiddet ve dayak en olumsuz aile işlevi arasındadır. Ayrıca anne-baba-çocuk ilişkisinde ve aile işleyişindeki bozuklukların da DEHB etyolojisinde rol oynadığı belirtilmiştir (135). Çalışmamızda; DEHB tanısına sahip olanların %57,1'inin sigara kullanma deneyiminin bulunduğu

tespit edilmiştir. DEHB'de dürtüsellik ile bağlantılı beyin bölgesi orbital frontal korteksdir. Orbital frontal korteks aynı zamanda madde bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir ve DEHB hastalarında sıklıkla nikotin, alkol, uyarıcı madde kullanımı görülmektedir. ABD'de DEHB'li hastalarda sigara bağımlılığı oranı normal insanlarda görülenin iki katıdır. Bunun nedeni, subjektif düzeyde nikotinin özellikle tedavi edilmediği durumlarda, DEHB belirtilerine iyi gelmesi olabilir. Nikotin DA salıverilmesi ve uyarılmasını artırmaktadır (136). Çocukların bir kısmının, okulda ve oyunlarında kendileri gibi olan çocukları bularak bir alt grup oluşturabildikleri ve bu alt gruplaşma olayının daha sonraki yıllarda suça yönelik çetelere karışmaya dönüşmede rolü olduğu da belirtilmektedir. Bunların yanında DEHB olan çocuk ve gençlerin %80'inden fazlasının normal davranışları olan çocuk ve gençler tarafından itildikleri ve reddedilmiş çocukların adolesan dönemde antisosyal davranışların gelişimde yüksek risk taşıdıkları belirtilmektedir (137-138-139). Erhardt ve arkadaşları DEHB'li olan ve olmayan çocukların bir yaz kampı programı sırasındaki ilişkilerini inceledikleri çalışmalarında DEHB'li çocukların daha ilk günün sonunda yeni tanıştıkları arkadaşları tarafından dışlandıklarını tespit etmişlerdir. Bu örnekte olduğu gibi normal yaşıtları arasında bir yer edinemeyen DEHB'liler olumsuz kabul edilen yanları ile kabul görecekleri bir akran grubu içerisinde daha kolay yer almakta ve sorun davranışları pekişmektedir (129). Bu açıdan bakıldığında DEHB'nin erken tanı ve tedavisi için yapılacak önleme çalışmalarının okullardaki sorun davranışların önlenmesine önemli bir katkı sağlayacağı düşünülebilir. Öte yandan son yıllarda çocukluk dönemindeki dışa vurum bulgularının medikal tedavisindeki 'iyimser' gelişmelerin genelde DEHB'nin tedavisi alanında olması bozukluğun tanı ve tedavisinin önemini okul ruh sağlığı alanı açısından bir kat daha arttırmaktadır (75).

KOKGB ve davranım bozukluğu, DEHB ile çok sık birliktelik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada KOKGB'nin %60,7 oranında DEHB'ye komorbid olduğu görülmüştür (140). Bizim çalışmamızda da DEHB tanısına sahip olan öğrencilerin %50'sinin aynı zamanda KOKGB tanısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu iki bozukluk ortak etyolojik etmenlerden kaynaklanabilir. Örneğin; her iki bozuklukta da serotonerjik işlev bozukluğunun ön planda olduğu düşünülmektedir. Ayrıca DEHB'li vak'alarda sık olarak görülen itkisellik (impulsivity) ve anne, baba, çocuk ilişkisindeki problemler KOKGB gelişimine yol açmış olabilir (140). Bizim çalışmamızda da sorun davranışında bulunan grupta DEHB tanısına sahip olan öğrencilerin %63,2'sinin KOKGB tansına sahip olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, toplam dışa yönelim sorun puan ortalaması tanıyı destekleyen bir bulgu olarak hem DEHB hem de DEHB+KOKGB grubunda kontrol grubuna göre yüksek olarak belirlenmiştir. Saldırganca davranış sorun puan ortalaması, DEHB+KOKGB grubunda DEHB ve kontrol gruplarına oranla daha yüksek, ayrıca DEHB grubunda da kontrollere oranla daha yüksek olarak saptanmış olması DEHB'ye eklenen KOKGB'nin saldırganca davranışları arttırdığını düşündürmektedir (141). Ebeveyn ile çocuk arasındaki iletişimin olumsuz olmasının DEHB'li çocuklarda KOKGB'nin açığa çıkmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır (142). Bizim çalışmamızda da aile içi şiddetin bulunduğu grupta DEHB tanısına sahip olan öğrencilerin %68,4'ünde KOKGB tanısının bulunduğu görülmüştür. Harada ve arkadaşları, DEHB'ye KOKGB eşlik ettiğinde okul reddi ve arkadaş sorunlarının daha sık oldugunu belirtmişlerdir (143). Davranış Bozukluğu (DB)'nun ise çocuklarda % 25, ergenlerde % 42 gibi yüksek oranlarda DEHB'ye eşlik ettiği bildirilmektedir (144). Biederman ve arkadaşları DEHB'li çocuklarda davranım bozukluğu komorbiditesi sıklığını %30-50 olarak rapor etmişlerdir (145). Çalışmalarda DEHB'li çocukların, suç işleme ve ıslah evine

girmelerinin fazla olduğu, tek başına DEHB olanların da suç için yüksek risk taşıdıklarını ileri sürülmektedir (146-147). Ergenlik döneminde DB, erişkinlik döneminde Antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) açısından risk taşıdıkları, çocukluk çağı DEHB'lilerde davranım sorunları varsa yetişkinlikte suç işlemeye yatkın oldukları ve KOKGB belirtilerinin fazla olduğu olgularda, az olan olgulara göre daha sık tutuklanma olduğu ve daha ağır suçlar işledikleri belirtilmektedir (148-149-150). Bizim çalışmamızda ise DEHB tanısına sahip olan öğrencilerin aynı zamanda %46,4'ünün Davranım bozukluğu tanısına sahip oldukları görülmüştür. Küçük yaşlardaki DEHB olan çocuklarda, zamanla olumsuz psikososyal çevrede yıkıcı davranış bozuklukları ana başlığı altında ele alınan karşı gelme bozukluğu (KGB), davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluklarının izlendiği belirtilmektedir (137-151-152-153-154). Bu tür yıkıcı davranış bozuklukları sadece çocuğu değil, aile ve toplumu da olumsuz etkilemekte ve çocuğun yaşam kalitesini düşürmektedir (138-155-156-157). Çocukluk döneminde davranım sorunları görülen bireyler, bu davranışları yaşamları boyunca tekrarlama ve antisosyal eğilimler gösterme açısından yüksek risk taşırlar. Bilimsel yazında bu davranışların erken dönemde görülmesinin tüm kişilik özellikleri arasında antisosyal eğilimleri en fazla yordayan değişken olduğu belirtilmektedir (75). Bu nedenle erken dönem tedavi ve önleme çalışmaları gelecekteki kayıpların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Çalışamızda Sosyal Fobi, Depresif Bozukluk, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluğun SDO grubu öğrencilerde, SDB grubu öğrencilere oranla daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Bu oranların Sosyal Fobi ve OKB için istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiş ve depresif bozukluk tanısına sahip olan öğrencilerin %80'inin aynı zamanda sorun davranışında bulunan bireyler olduğu görülmüştür. Çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklar da erişkin döneminde

görülene benzer belirtiler görülmesine rağmen belirgin farklılıklarda bulunmaktadır. Örneğin; On üç-on sekiz yaş grubu ergenlerde depresif yakınmalar erişkinlerinkine benzemesine rağmen dürtüsellik, irritabilite ve saldırganlık gibi davranış değişiklikleri de sık görülür (117). Arkadaş ilişkilerinde yaşanan zorluklar ve akran istismarı depresyon riskini artırırken, Lewinsohn ve ark. suça yönelik davranışlar ve benlik saygısının düşük olması ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, Lewinson ve arkadaşları (1995), ergenlerde suça yönelik davranışlar ve ergenlerin benlik saygısının düşük olması ile ergenlik depresyonu, ergenlerde madde ve alkol kullanımı arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir (158). MacPhee ve Andrews ergenlerde MDB'ye yıkıcı davranım bozukluğu eşlik ettiğinde suça yönelik davranışların ve intihar girişimi olasılığının arttığını belirtmiştir (159). Son dönemlerde, depresyon başlangıcının ergenlik çağına doğru kayma eğilimi gösterdiği ve bununla bağlantılı olarak intihar riskinin de arttığı kabul edilmektedir. Öte yandan davranış bozukluğuna işaret eden okuldan kaçma, suç işleme, saldırgan davranış gibi özellikler ergenlik döneminin getirdiği otoriteye karşı isyankârlık, aykırılık ve dürtüsel davranışlarla beraber artmaktadır. Bu nedenlerle, öğrencilerin depresyon ve şiddet içeren riskli davranışlarını önlemeye yönelik çalışmaların lise döneminden önce yapılması, benzer özelliklere sahip arkadaşların etkisi düşünülünce önem kazanmaktadır. Önlem olarak anne-babalar ve öğretmenler, ergenlik dönemi, ergenlik döneminin sorunları, ergenlerin sosyal ve duygusal gereksinimleri konusunda bilgilendirilmelidir. Ergenlerin sağlıklı bireyler olarak yetişebilmelerini sağlamak amacıyla erken tanı yöntemlerinden yararlanılmalı, yaşamın başından itibaren söz konusu olabilecek risk etkenlerini ve risk gruplarını belirleyerek girişimde bulunulmalı, eğitim kurumlarında çalışan uzmanlar tarafından çocuk ve gençlere ruhsal destek sağlanmalı ve koruyucu ruh sağlığı politikaları geliştirilmelidir (117).

Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerden en düşündürücü olanı okulda disiplin cezası alacak düzeyde sorun davranışı olan bu çocuklardan hiçbirisinin, Milli Eğitim Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliğinde tedaviye yönlendirilmeleri ile ilgili ibare bulunmasına karşın, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilmemiş olmasıdır. Ruhsal bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin sağlık kurumlarına tedavi için yönlendirilmelerinin düşük oranda olmasının muhtemel en önemli nedenleri; okullar ve tedavi kurumları arasındaki işbirliğinin kısıtlı olması ve okul idarecilerinin çocuklukta görülen ruhsal bozukluklar konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması şeklinde sıralanabilir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak çocuk tedaviye yönlendirilememekte, muhtemel ruhsal sorun kaynaklı sorun davranışları okul içi disiplin yöntemleri ile çözümlenmeye çalışılmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız ülkemizde okulda disiplin cezası alan öğrencilerin psikiyatrik durumunun incelendiği yazındaki ilk kontrollü çalışmadır ve bu çalışmadan elde edilen sonuçlar gerek okulda sorun davranışların nedenlerinin anlaşılması gerekse bu davranışların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Çalışmadan çıkarılacak sonuçların en önemlisi hiç şüphesiz okulda disiplin cezası alacak düzeyde sorun davranışı olan çocuk ve ergenlerin % 80'inde bir psikopatoloji saptanmış olmasına karşın hiçbirinin profesyonel ruhsal destek almak için yönlendirilmemiş olmasıdır. Bu noktada okulda sorun davranışların gelişmiş ülkelerde nasıl ele alındığının incelenmesine ihtiyaç varır. Tüm dünyada okullarda yıkıcı davranışlar sıkça gözlenmekte ve bu davranışların önlenmesi için çeşitli programlar kullanılmaktadır. Bu programlar suç davranışlarının yaygın olduğu bölgelerde uygulanan ve tüm çocukları kapsayan 'Genel Programlar'; Sorun davranışı olan çocukların ağırlıklı olarak bilişsel davranışçı metodla eğitimini hedefleyen 'Özelleşmiş Programlar'; bu tür çocukların ayrı bir sınıf veya okulda toplandığı 'Özel Eğitim Programları' ve birden fazla modalitenin birlikte kullanıldığı 'Kapsamlı Programlar' olarak sıralanabilir. Ancak sadece okul odaklı önleme programlarının etkinliği kısıtlıdır. Amerika Birleşik Devletlerinde okulların %75'i yukarıda belirtilen programlardan birisini uygulamakta ancak yine aynı oranda mental tedavi ve sosyal destek sistemleri ile bağlantılı çalışmaktadır (160).

Ülkemizde, okullarda kişilik eğitiminden çok, öğretime ağırlık verildiği bir gerçektir. Kalabalık sınıflarda, yüklü bir programı yürütmeye çabalayan öğretmenleri çocuğun her alandaki eğitimiyle yükümlü kılmak olanaksızdır (161). Bu nedenle, okullarda uygulanan programların, yeterli düzeyde kişilik eğitimini içermesi açısından gözden geçirilmesi ve bu programların uygulandığı birimler olan okulların ve eğitim-öğretimden sorumlu olan öğretmenlerin sayısının artırılması gerekmektedir. Bunun yanı

sıra okul ruh sağlığı uygulamalarını etkin hale getirmekte fonksiyonu olabilecek okul hemşireliği, rehber öğretmenlik ve okul disiplin yönetmenliklerinin ve kurumların birbirleri ve çocuk ruh sağlığı tedavi birimleri ile ilişkisinin gözden geçirilmesinde yarar vardır.

25.2.1954 tarihinde 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, 25.4.2007 tarihli ve 5634 sayılı Kanunla değiştirilerek 02.05.2007 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu değişiklik kapsamında Hemşirelik Kanununun 4 üncü maddesinde "Hemşirelerin eğitim durumlarına, çalışma alanlarına ve pozisyonlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarının Bakanlıkça çıkarılacak bir Yönetmelikle düzenlenmesi" öngörülmüştür. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, hemşirelerin görev tanımı çalışmalarını yapmış ve ilgili kişi ve kurumların onayına sunmuştur. Görev tanımları içerisinde hemşirelerin çalışabileceği 32 alan belirlenmiş olup bunlardan biriside Okul hemşireliği çalışma alanıdır. Okul hemşiresinin tanımı bu yönetmelik taslağında "Öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumlu" kişi olarak tanımlanmıştır. Okul hemşiresinin 22 adet görev tanımından bahsedilmiş ve bu tanımlardan biri olan (j) maddesinde "Okulda yapılan ruh sağlığı çalışmaları (madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, dikkat bozukluğu, öğrenme bozukluğu, depresyon, anksiyete, antisosyal davranış, saldırganlık vs.) sonucunda sorun saptanan öğrenci ile öğretmen ve ailesi arasında işbirliğini sağlar ve ilgili durumda sağlık danışmanlığını yürütür" ifadesi kullanılmıştır. Okul hemşireliği çocuk ve ergenlerin sağlık sorunlarını belirleme ve çözümünde kilit insan gücüdür. Ancak, ülkemizde okullarda okul hemşireleri istenen düzeyde istihdam edilememişlerdir. Türkiye'de özel ve özel eğitim gerektiren okullarda okul hemşireleri çalışmakta ve görev tanımlamaları çerçevesinde danışmanlık, tedavi, bakım hizmetlerini sürdürmektedirler. Okul hemşireliğine yönelik özel eğitim programlarının olmadığı

ülkemizde, okul hemşireleri daha çok emekli hemşirelerden oluşmaktadır. Ancak bilinmektedir ki, bu alanda okul sağlığı hizmetleri konusunda eğitilmiş olan en az lisans diplomalı hemşireler istihdam edilmelidir. Okul hemşirelerinin halk sağlığı, ruh sağlığı konularında lisansüstü eğitim almaları hizmetin kalitesini artıracaktır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Okul hemşireliği ile ilgili yönetmelik taslağında bildirilen tanımlamalar, Amerika'daki Okul Hemşireleri Ulusal Birliğinin benimsemiş olduğu okul hemşirelerinin 7 rolü ile benzerlik göstermektedir. Amerika'daki Okul Hemşireleri Ulusal Birliğinin tanımlamış olduğu rolleri içerisinde okul hemşireleri; öğrencilerin problem çözme, baş etme ve kızgınlık yönetimi becerilerini geliştirmede, çatışma çözüm tekniklerini öğrenmelerinde, pozitif kendilik algılarını geliştirmede yardımcı olmak ve ağır vakaları ilgili servislere yönlendirmekten sorumludurlar. Türkiye'de halen özel okullar dışında verilmekte olan hizmet rehber öğretmenler aracılığıyla yürütülmektedir (162).

Ülkemizde okullarda alkol ve uyuşturucu kullanmaya yönelme; okul vandalizmi adı verilen hırsızlık davranışları, okul araç-gereçlerine zarar verme, okul zorbalığı, intihar, ve standardın üzerinde okul devamsızlıkları gibi olumsuz tutum ve davranışların giderek arttığı düşünüldüğünde çağdaş eğitim sisteminde bir ruh sağlığı profesyonelinin bulunması kaçınılmaz görünmektedir. Mevcut eğitim sistemimizde bu ihtiyaç okul psikolojik danışman ve rehber öğretmenleri aracılığı ile karşılanmaya çalışılmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı'nın da "Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Yönetmeliği'nin 12. maddesinde, "örgün ve yaygın eğitimdeki Psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinde sorunlara, erken müdahale ve özellikle sorunun oluşmamasına yönelik gelişimsel ve koruyucu yaklaşım esastır" ifadesi yer almaktadır (17.04.201 tarih ve 24376 sayılı Resmi Gazete). Bu bağlamda, çağdaş, sağlıklı ve verimli bir eğitim-öğretimin gerçekleştirilmesi, ancak psikolojik danışma ve rehberlik alanının yaklaşım,

ilke ve tekniklerinin benimsenip uygulanmasıyla olasıdır (163). Rehberlik hizmeti eğitim-öğretimden farklı bir hizmet grubudur ancak bu alanları tamamlar ve eğitim öğretim süreci açısından verimli kılar (164). Gelso ve Fretz (1992) psikolojik danışmanların rollerini çare bulucu, önleyici ve geliştirici özellikli olarak belirtmişlerdir (165). Sadece önleme ve çare bulma çalışmalarını psikolojik danışma ve rehberlik hizmetleriyle gerçekleştirmek yeterli olamamaktadır (163). Günümüzde öğrenci ihtiyaçlarının değiştiği ve bu bağlamda daha fazla öğrencinin daha fazla danışmanlığa ihtiyacı olduğunu düşündüğümüzde multi disipliner bir şekilde çalışacak daha farklı meslek gruplarının bir arada çalıştığı bir okul sağlığı ekibine ihtiyaç vardır. Bununla beraber okul sağlığı hizmetleri için kesin gerekli insan gücü hemşire, hekim ve rehber öğretmenden oluşmalıdır (162).

Türkiye'de genelde ruh sağlığı alanında, özelde öfke önleme çalışmalarında sistemsiz ve dağınık yapının ortadan kaldırılması, okul hemşireleri ve rehber öğretmenlerinin okul uygulamalarındaki rol ve sorumluluklarındaki belirsizliklerin giderilmesi, ilgili meslek gruplarının üniversite müfredatlarında 'öfke' ve 'şiddetin önlenmesi' konularına daha çok yer verilmesini gerektirir. Bireyin, doğal bir duygu olan öfkesini, kendisine ve çevresine zarar vermeden yaşayabilmesi için öncelikle öfkesini fark ederek tanıması, olumlu bir biçimde ifade etmekten korkmayarak, onu sağlıklı bir biçimde yaşaması gerekmektedir. Bireylere öfkelerini tanımalarının ve bu duygularını sağlıklı bir biçimde ifade etmelerinin öğretilebileceği en uygun ortamlar okullardır. Okullarda, bireylerin duygularını, kendilerini geliştirici bir boyut olarak görüp, sağlıklı yollarla ifade etmelerini öğretecek kapsamlı eğitim programlarına gereksinim vardır. Bu eğitimlerin en önemli uygulayıcıları olan okul hemşireleri ve rehber öğretmenleri tarafından sürdürülecek öfke yönetimi programları; okullarda eğitim gören öğrencilerin

öfkelerini sağlıklı biçimde ifade etmelerini sağlayacak ve okullarda yaşanan şiddet olaylarını azaltmada etkili olacaktır (162).

Çalışmamızın sonuçlarında da ilişkisi çok açık saptandığı üzere okulda sorun davranışların gelişiminde sosyal nedenler çok önemlidir. Bu bağlamda çocuk ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları çok kritik öneme sahiptir. Gelişmiş ülkelerde bu meslek grubunun önemli ödevlerinden birisi de okul ziyareti yapmaktır. Okul ziyareti farklı amaçlarla yapılabilir. Örneğin; okul, aile, hastane, özel eğitim merkezi ve diğer toplum kaynakları arasındaki işbirliğinin ve koordinasyonun sağlanması, aile-okul arasında bozulan ilişkilerin düzeltilmesi, bu ilişkilerden çocuğa yansıyan olumsuzlukların giderilmesi şeklinde sıralanabilir. Öğretmenle iyi bir işbirliği içerisinde olma, çocuğun okul ortamında iyi biçimde ele alınması açısından çok önemlidir. Okul ortamında sosyal hizmet uzmanının savunuculuk rolü ön plandadır. Davranış sorunları nedeniyle izlemde olan ergenin okul ortamında öğretmenleri tarafından uygun biçimde ele alınabilmesi ve okul, aile, hastane işbirliğinin en uygun biçimde sağlanabilmesi amcıyla okul ziyareti yapan sosyal hizmet uzmanının, öğrencinin okulda gereksiz yere ceza alması, okulda reddedici tutumlarla karşılaşması, desteklenmemesi, uygun olmayan davranışları nedeniyle okuldan uzaklaştırılmaya çalışılması, okuldan alınması için ailesine baskı yapılması gibi durumlarda okul yönetimi ve öğretmen tutumları ile çalışması, öğrencinin uygun olmayan davranışlarını pekiştirebilecek, kendisine ve çevresine zarar vermede tetikleyici rol oynayabilecek durumlarla ilgili olarak öğretmenleri bilgilendirmesi, öğrencinin okul ortamında tutulmasının sağlanması sosyal hizmet uzmanının vaka savunuculuğuna bir örnektir. Sosyal hizmet uzmanının savunuculuk rolüne diğer bir örnekte; madde bağımlılığı ve tepkisel davranış sorunlanda nedeniyle izlenen bir lise öğrencisinin okul ortamında öğretmenleri ve arkadaşları ile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar ve kişisel özellikleri nedeniyle istenmeyen

bir öğrenci olması ve okuldan uzaklaştırılmaya çalışılması gibi bir durum, tedavi sürecine de olumsuz yönde etki edebilmektedir. Gencin okulda istenmemesi, sorun çıkartan bir öğrenci olarak görülmesi ve hatta etiketlenmesi, ailesine okuldan alınması için baskı yapılması, okul ile aile arasında sorunların yaşanmasına da neden olmaktadır. Böyle bir durumda okul ziyareti planlayan sosyal hizmet uzmanının gencin tedavi sürecini olumlu yönde destekleyecek uygun bir yapının oluşturulması ile ilgili gerçekleştirdiği çalışmalar, okul, aile, hastane işbirliğinin sağlanması, gencin okul ortamında uygun yaklaşımlarla ele alınmasının sağlanmasında özel durumunun savunulması, eğitim haklarının yasal çerçeve içerisinde korunması, okul ortamında kalmasının sağlanması yararlarının okul yönetimi ile konuşulması yönünde yapılan müdahalelerdir. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanı çocuğun tanısı ve tanıya bağlı ortaya çıkan durumlar ile ilgili okulu bilgilendirir. Sonuç olarak ülkemizde milli eğitim sisteminde sosyal çalışmacıların görev alması koruyucu ruh sağlığı ve kurumlar arası ilişkilerin geliştirilmesi açısından göz önünde tutulması gereken bir diğer çözüm yoludur (166).

Çocuklarımız toplumun güvencesidir. Bundan dolayı onların ruh ve beden sağlığı bizim için çok önemlidir ve çocukluk ve ergenlik döneminde görülen ruhsal bozuklukların oluşmasına zemin hazırlayacak faktörlerin saptanması, bozuklukların tanılanması, tedavi edilmesi ve önlenmesine yönelik çalışmalara verilen önem tüm dünyada gün geçtikçe artmaktadır (167-168). Yaşama sağlıklı başlamak çocuğun okuldaki işlevselliğini, arkadaşları ile ilişkilerini, daha geniş anlamda da toplumla olan ilişkilerini önemli derecede etkilemektedir. Biz yetişkinlerin bilinçsizce ve sorumsuzca yaptığımız en küçük bir hatalı davranış çocukları ömür boyu hasta kişilikli yapabilir. Toplum içinde bu kişiler her zaman sorun olabilirler Çocukla onu yetiştiren arasındaki ilişkinin çocuğun gelişimindeki rolü büyüktür. Onları saldırgan ve mutsuz kişiler olarak

değil, olumlu, geleceğe umutla bakan, sağlıklı ve üretken kişiler olarak yetiştirmemiz gerekir. Unutmamalıyız ki; ilk adım toplumun en küçük birimi olan ailede atılmaktadır. Ailede ruh sağlığı iyi olan bireyler yetiştiği oranda, sağlıklı toplumlara sahip olabiliriz (167).

Birçok okul, saldırganlık ve şiddet davranışlarıyla mücadeleyi bir güvenlik faaliyeti olarak değerlendirmektedir. Bununla ilgili son zamanlarda okulların kameralarla donatılması, okul önlerinde polis devriyelerinin dolaşması, sık sık öğrencilerde üst aramalarının yapılması, saldırgan çocukların okuldan uzaklaştırılması vb. uygulamalar bu alanda alınan tedbirler olarak yaygın bir şekilde gündeme gelmektedir. Güvenlik önlemleri acil tedbirler olarak şiddeti önlemede etkili olabilir ancak saldırganlık ve şiddet içerikli davranışlar öğrenilmiş davranışlardır. Çocuklar ve gençler olumsuz davranışları öğrenebiliyorlarsa saldırganlığın alternatifi olan olumlu davranışları da öğrenebilirler. Güvenlik önlemleri olumlu davranışların öğrenilmesini sağlamaz, sadece geçici olarak şiddetin ortaya çıkmasını engeller. Aynı zamanda güvenlik önlemleri tek başına kullanıldığında olumsuz davranışların bastırılmasına, ilk fırsatta da ortaya çıkmasına neden olabilir. O halde, saldırganlık ve şiddet içeren davranışların önlenmesinde alınacak tedbirler eğitim ve program temelli olmalıdır. Ayrıca, eğitim temelli önleme programlarının hazırlanıp uygulanabilmesi için okul psikolojik danışmanlarının gerekli yeterliklere sahip olması sağlanmalıdır (22).

Çocukların ve gençlerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, okullarda ruh sağlığını sağlamak kritik öneme sahiptir. Okul ruh sağlığı programlarına, toplum ruh sağlığı merkezleri göre çocuk ve ergenler için önemli ölçüde daha fazla erişim sağlanır. Okul ruh sağlığı programları, çocuk ve ergenlerde duygusal, davranışsal ve eğitim ve öğrenim faaliyetleri genelinde olumlu bir etkiye sahiptir. Örneğin;

- Duygusal ve davranışsal sorunların iyileştirilmesinde

- Sosyal yeterlilikte artış sağlanmasında
- Standardize okuma ve matematik test puanlarında artış sağlanmasında
- Okul sorumluluğunda iyileşmede
- Okula devamda artışta
- Not ortalaması artışlarının sağlanmasında (169)

Ayrıca, Okulda şiddeti, okuldan atılmayı önlemekte, olumlu okul iklimi oluşturmada ve başarılı duygusal, sosyal ve davranışsal sağlığın sağlanmasında önemlidir. Okul ruh sağlığının katkılarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- DEHB, Davranım Bozukluğu ve Depresif Bozukluk gibi duygusal ve davranışsal sorunları azaltmak
- Okula bağlılık ve sorumluluk duygusunu artırmak
- Akademik başarısını artırmak
- Yüksek mezuniyet oranları sağlamak
- Sorun davranışlarını iyileştirerek disiplin cezalarını azaltmak

Sosyal Duygusal Öğrenme Öğrenciler (SEL) programları, kendine, okula ve diğerlerine karşı tutumlar; sosyal davranış; davranış sorunları; duygusal sıkıntı ve akademik performans gibi sosyal-duygusal becerilerde iyileşme sağladı. Kuzey batı pasifikte yapılan birinci veya ikinci sınıftan itibaren 10 ilköğretim okulu öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada (5 müdahale, 5 kontrol), rastgele uygulanan artan sağlıklı çocuk müdahalesinin (örneğin; böyle müşterek öğrenme metodu gibi konularda öğretmen eğitimi, öğrenci motivasyonunu arttırmak ve kişilerarası beceriler için stratejiler) öğrencinin akademik performansını artırdığını aile ve öğretmen bildirmişti. Özellikle; katılan öğrencilerde anlamlı öğretmenin yüksek derecede akademik performans ve okula güçlü bir bağlılık bildirmiş olması, katılımcı olmayan yaşıtlarına göre anti-sosyal davranışlarda önemli derecede azalma ve artan sosyal yeterlilik

göstermiştir. Ebeveyn raporlarıda katılımcı çocuklarda yüksek akademik başarı ve okula güçlü bağlılık olduğunu göstermiştir. Bir kentsel ortamda, okul ruh sağlığı programına katılan ilköğretim çağındaki çocukların (n = 201) yaklaşık bir yıl boyunca davranış bozukluğu davranış, dikkat eksikliği-hiperaktivite ve depresif belirtiler istatistiksel olarak anlamlı azalmalar göstermiştir. İyi Davranış Oyunu programının (Konuşma, saldırganlık ve lakap takma gibi yıkıcı davranışları azaltmak gibi) yıkıcı, saldırgan veya dikkatsiz davranışlarda azalma sağladığı görülmüştür (169).

Günümüzde birçok ruh sağlığı bozukluğunun etkili tedavisi bulunmakdır. Bununla birlikte, son yıllarda tıp alanında birçok araştırma yapılmakta olup, bu araştırmaların bir kısmıda ruh sağlığı alanında olmaktadır. Ruh sağlığı sorunlarının etyolojisine yönelik yapılan araştırmalar yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlamakta ve bu durum sadece ruhsal sorunu olan bireyin tedavisini sağlamakla kalmayıp, ayrıca bireyin ilişkide bulunduğu toplumun da ruh sağlığını olumlu etkilemektedir.

Sonuç olarak, okullarda görevli hemşire ve/veya psikolojik danışma ve rehberlik öğretmenleri tarafından sorun davranış gösteren öğrencilerin tespitinin sağlanması ve tanı ve tedavi amaçlı çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi sorun davranışların önlenmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Sorun davranışta bulunma nedeniyle sağlık kuruluşuna yönlendirilen birey, herhangi bir psikopatolojiye sahip olup olmadığı yönünde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilirken, ayrıca bireyin psikososal açıdan da çocuk ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavi sürecinde okul ile sağlık kuruluşunun irtibatının sağlanması için, milli eğitim müdürlükleri bünyesinde çocuk ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın çok değerli sonuçları olmasına ve ülkemizin büyük şehirlerinin birisinin il merkezinin tamamını kapsamasına rağmen örneklem grubunun görece küçüklüğü bu sonuçların ülkeye rahatça genellenmesini engelleyebilecek bir kısıtlılık olarak göze çarpmaktadır. Yine katılımcıların büyük bir çoğunluğunda tek bir ebeveyninin görüşünün alınması veri güvenilirliğini azaltmış olabilir ancak her iki ebeveynin katılımının sağlanması çocuk ergen ruh sağlığı alanında yapılan tüm çalışmalar için zorluk teşkil etmekte ve tek ebeveyn görüşü güvenilirlik için yeterli kabul edilmektedir (170).

KAYNAKÇA

1. Development of School-Age Children, Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook Fourth Edition. Editor Lewis, M. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 267-279.
2. Milli Eğitim Bakanlığı İlköğretim Kurumları Yönetmeliği http://mevzuat.meb.gov.tr/html/225_0.html (14.01.2013).
3. Myrick, R. D. (2003). Developmental Guidance and Counseling: A Pratical Approach. Fourth Edition. USA: Educational Media Corporation.
4. Murray, L. (1995). Personal and Social Education and Contemporary Requirements for Inital Teacher Education. Pastoral Care in Education. 13: 11-17.
5. Kayaalp, L. (2008) "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", **Freud ve Psikanaliz,** Ed. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008, ss. 90-100.
6. Altınoğlu Dikmeer İ., Akçakın, M. "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", **Bilişsel Kuramlar: Piaget Kuramına Genel Bakış**, Ed. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008, ss. 82-88.
7. Dereboy F. (2008). "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", **Ego Psikolojisi Kuramı,** Ed. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008, ss. 102-114.

8. Patterson, J.M. ve McCubbin, H.I. (1987). Adolescent Coping Style and Behaviors - Conceptualization and Measurement. Journal of Adolescence. 10(2): 163-186.

9. Dirican, R. ve Bilge, N. (1993). Halk Sağlığı (ss 419-428). Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.

10. Detels, R., Beaglehole, R. ve Tanak H. (2002). Public Health (4 th ed) (ss. 1504-1636). Oxford: Oxford University Press.

11. Atlı, A. (2001). Gençlerde Beslenmeye İlişkin Sağlık Sorunları. Dirim. 76: 23-37.

12. Yörükoğlu, A. Gençliğin Türk Toplumundaki Yeri ve Sorunları, III.Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı (ss 72-75), Erciyes Üniversitesi, Kayseri 5-7 Mayıs 1993.

13. Nezihoğlu, G.Ö. ve Sabancı A. (2010). İlköğretim Okul Yöneticilerinin Görüşlerine Göre Öğrencilerin İstenmeyen Davranışları ve Bu Davranışlarla Başa Çıkma Yöntemleri. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 28, ss. 41-53.

14. Carr, E.G. ve Durand, V.M. (1985). Reducing Behaviour Problems Through Functional Communicational Training. Journal of Applied Behaviour Analysis. 18: 111-126.

15. Sağlam, M., Vural, L. ve Adıgüzel, A. (2007). Yeni İlköğretim Programının Uygulanması Sürecinde Önceki Programa Göre İstenmeyen Öğrenci Davranışlarının Görülme Sıklığı. VI. Ulusal Sınıf Öğretmenliği Eğitimi Sempozyumu. (ss 505-510). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü Sınıf Öğretmenliği ABD.

16. Kaplan, H. ve Sadock, B. (2004). Klinik Psikiyatri, Çev. E. Abay. İstanbul: Nobel Kitabevi.

17. Canat, S. (1999). “Ben Hasta Değilim”, Adolesanlarda Davranış Bozukluğu. Ed. Aysel Ekşi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

18. Erden, M. (2005). Sınıf Yönetimi. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.

19. Yüksel, A., Ergün, M. Sınıfta İstenmeyen Öğrenci Davranışları ve Çözüm Yolları Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi. www.egitim.aku.edu.tr/davranis.doc.

20. Charles, C.M. (1992). *Building Classroom Discipline: From Models to Practice*. (4. Baskı) London: Longman.

21. Çelik, V. (2003). Sınıf yönetimi. Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

22. Yavuzer, Y. Okullarda Saldırganlık/Şiddet: Okul ve Öğretmenle İlgili Risk Faktörleri ve Önleme Stratejiler. http://karabuk.meb.gov.tr/arsiv/dosyalar/Okullarda_Saldirganlik.pdf (14.01.2013).

23. TBMM Araştırma Komisyonu Raporu (2007). Türkiye Büyük Millet Meclisi çocuklarda ve gençlerde artan şiddet eğilimi ile okullarda meydana gelen olayların araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Ankara: Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

24. Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioral development. Journal of Child and Adolescent Psychology. 26, 349-368.

25. Kaner, S. Suçluluğu Açıklayan Yaklaşımlar. http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/501/5983.pdf (13.01.2013).

26. Boyle, M. H. ve Offord, D. R. (1990). Primary preventing of conduct disorder: issues ve prospects. Journal of American Academy of Child And Adolescenct Psychiatry. 29, 227-233.

27. Gaoni, L. & Black, C.Q. ve Baldwin, S. (1998). Defining Adolescet Behavior Disorder: an Overview. Journal of Adolescence. 21, 1-13.- 78.

28. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. Uyumsuz Çocuklar. Ankara, 2011. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/modul_ pdf/310TDB006.pdf (14.01.2013).

29. Türnüklü, A., Zoraloğlu, Y. ve Gemici, Y. (2001). İlköğretim okullarında okul yönetimine yansıyan disiplin sorunları. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 7 (2) 7, 417-441.

30. Berber, S. (Aktaran) Sosyo-Ekonomik Faktörlerin ve Ana-Baba Tutumlarının Okul Başarısına Etkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). (1990). Ankara: Gazi Üniversitesi Toplumsal Bilimler Enstitüsü.

31. Tabak, N. (2007). İlköğretim 1. Kademede Davranış Sorunları Olan Çocukların Anne-Baba Tutumları (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Akt: Tabak, 2007:72).

32. Le Comte, G., Le Compte, A. ve Özer, S. (1978). Üç sosyo-ekonomik düzeyde Ankara'lı annelerin çocuk yetiştirme tutumları. Bir ölçek uyarlaması. Psikoloji Dergisi. 1; 5-8.

33. Sarı, E. (2007). Anasınıfına devam eden beş-altı yaş grubu çocukların annelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının sosyal uyum ve becerilerine etkisinin incelenmesi. (Basılmamış Yüksek lisans tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi, ss. 182.

34. Dönmezer, İ. (2003). Ailede İletişim ve Etkileşim. Sağlıklı İnsan, Sağlıklı Aile. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

35. Yavuzer, H.(1996). Çocuk ve Suç. 1. Baskı: İstanbul: Remzi Kitapevi.

36. Uluğtekin, S. (1977). Çocuk yetiştirme yöntemleri açısından ana baba çocuk ilişkileri, ana baba davranışları ile çocuğun saldırganlık ve bağımlılık eğilimi arasındaki ilişkinin araştırılması. (Doktora Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

37. Gürkaynak, İ. (1976). Sosyo-ekonomik Düzey ve Çocuk. 1. Baskı. Ankara: KelaynakYayınevi ve Matbaası.

38. O'Keefe, M. (1997). Adolescents' exposure to community and school violence: Prevalence and behavioral correlates. JAdolesc Health. 20:368-76.

39. Johnson, S.A. ve Fisher, K. (2003). School violence. An insider view. Am J Matern Child Nurse. 28:2.

40. Puskar, K., Ren, D., Bernardo, L.M. (2008). Anger correlated with psychosocial variables in rural youth. 31:71-87.

41. Gudlaugsdottir, G.R., Vilhjalmsson, R. ve Kristjansdottir, G. (2004). Violent behaviour among adolescents in Iceland: A national survey. Int J Epidemiol. 33:1046-51.

42. Thomas, S.P. ve Smith, H. (2004). School connectedness, anger behaviors, and relationships of violent and nonviolent American youth. Perspect Psychiatr Care. 40 (4):135-48.

43. Gibbons, D.C. (1970). Delinquent behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

44. Vetter, H.C. ve Silverman, J.J. (1986) Criminology and crime. An introduction. New York: Harper and Row.

45. Siegel, L.J. & Senna, J.J. (1981). Juvenile Delinquency: Theory, Practice and Law, West Publishing Co., Minnesota.

46. Fishbein, D.H. (1990). Biologic Perspectives in criminology. Criminology. 28 (1), 27-72.

47. Rowe, D.C. ve Osgood, D.W. (1984). Heredity and sociological theories of delinquency: A reconsideration. American Sociological Review. 49 (Aug.) 526-540.

48. Mednick, S.A., Gabrielli, W.F. ve Hutchings, B. (1984). Genetic influences in criminal convictions: Evidence from adoption cohort. Science. 224, 891-894.

49. McElroy, S.L., Soutullo, C.A. ve Beckman, D.A. (1998). DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. J Clin Psychiatry. 59:203-210.

50. Bach-Y-Rita, G, Lion, J.R. ve Climent, CF. (1971). Episodic dyscontrol: A study of 130 violent patients. Am J Psychiatry. 127:1473-1478.

51. Mattes, J.A. ve Fink, M. (1987). A family study of patients with temper outbursts. J Psychiatr Res. 21:249–255.

52. Coccaro, E.F., Kavoussi, R.J. ve Cooper, T.B. (1997) Central serotonin activity and aggression: inverse relationship with prolactin response to D-fenfluramine, but not CSF 5-HIAA concentration, in human subjects. Am J Psychiatry. 154:1430-1435.

53. Virkkunen, M., Rawlings, R. ve Tokola, R. (1994) CSF biochemistries, glucose metabolism, diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healty volunters. Arch Gen Psychiatry. 51:20-27.

54. Tamam, L, Eroğlu, M.Z. ve Paltacı, Ö. (2011). Aralıklı Patlayıcı Bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry; 3(3): 387-425.

55. Coccaro, E.F ve Danehy, M. (2006). Intermittent explosive disorder. In Clinical Manual of Impulse Control Disorders (Eds E Hollander, DJ Stein):19-38. Arlington, American Psychiatric Publishing.

56. Coccaro, E.F., Kavoussi, R.J. ve Hauger, R.L. (1998). Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality disordered subjects. Arch Gen Psychiatry. 55:708-714.

57. Lyons, W.E., Mamounas, L.A. ve Ricaurte, G.A. (1999)Brain-derived neurotrophic factor-deficient mice develop aggressiveness and hyperphagia in conjunction with brain serotonergic abnormalities. Proc Natl Acad Sci USA. 21:15239-15244.

58. Delville, Y., Mansour, K.M. ve Ferris, C.F. (1996). Serotonin blocks vasopressin-facilitated offensive aggression: interactions within the ventrolateral hypothalamus of golden hamsters. Physiol Behav. 59:813-816.

59. Manuck, S.B., Flory, J.D. ve Ferrell, R.E. (1999). Aggression and anger-related traits associated with a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene. Biol Psychiatry. 45:603-614.

60. Manuck, S.B., Flory, J.D. ve Ferrell, R.E. (2000). A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity. Psychiatry Res. 95:9-23.

61. Roberts, R., Attkisson C. ve Rosenblatt A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatry. 155:715-726.

62. Erol, N., Şimşek, Z., Münir, K.M., "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", **Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi**. Ed. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, Çocuk ve

Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008, ss.782-800.

63. Aunola, K., Stattin, H. ve Nurmi, J.E. (2000). Adolescents' Achievement Strategies, School Adjustment, and Externalizing and Internalizing Problem Behaviors. Journal of Youth and Adolescence, Vol. 29, No. 3.

64. Ercan, E.S. (2008). "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", **Davranım Bozukluğu.** Ed. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008, ss. 312-316.

65. C. Tuğlu, Ö.Ö. Şahin. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychıatry. 2(1):75-116.

66. Işık, E., Taner, YI. (2009). Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Ankara: Türkiye Klinikleri I. Baskı.

67. Ercan ES, Aydın C. "Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü", **Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu**. Ed. Ekşi, A. (1. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri. ss.270-284.

68. Schröder, A. (2006). ADS in der Schule. Handreichungen für Lehrerinnen und Lehrer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

69. Özdoğan, B. (2001). Altı-On iki Yaşlarındaki Çocukların Eğitim ve Okul Başarıları. Eğitim ve Bilim, 26, 3-7. url:http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB.

70. Lauth, G. W. & Naumann, K. (2009). ADHS in der Schule. Weinheim: Beltz.

71. Ercan, ES. (2010), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Doğan Kitap,

72. Coleman, J.K. (2000). A controlled evaluation of the effects of classroom coping skills training on children's aggressive and externalizing behaviors, PhD. Memphis State University, Publication No: AAT 9978898, http://www. umi.com/dissertations/preview/9978898.

73. American Psychiatric Asssociation. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington D.C, American Psychiatric Association, 1994.

74. Gökler B., Ünal F. ve Pehlivantürk B. (2004). Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi - şimdi ve yaşam boyu şekli – türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 11(3): 109-116.

75. Rebecca, B., Silver, J.R. ve Measelle, J.M. (2005). Essex Trajectories of classroom externalizing behavior: Contributions of child characteristics, family characteristics, and the teacher–child relationship during the school transition. Journal of School Psychology. Volume 43, Issue 1, Pages 39–60.

76. Ayan, S.(2011). Okulda disiplin cezası alma, ailede şiddete uğrama. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 12(2):137-142.

77. Bingül, N. (1995). Kız-Erkek Karma Lise Öğrencilerinin Uyum Sorunları ve Karşılaştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniveristesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

78. Doğan, S. (2001). Farklı Sosyo-ekonomik Düzeylere Mensup Ergenlik Çağındaki Kız ve Erkeklerin Saldırgan Davranışlarıyla Ana-Baba Tutumları Arasındaki İlişkiler. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmit: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

79. İstismarın Çocukların Gelişimleri ve Gelecekteki Yaşamları Üzerine Etkileri Nelerdir? http://ispcan2012.org/tr/ISPCAN_2012.pdf (13.01.2013).

80. Avcı, R. (2006). Şiddet Davranışı Gösteren ve Göstermeyen Ergenlerin Ailelerinin Aile İşlevleri, Öfke ve Öfke İfade Tarzları Açısından İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

81. Yavuzer, H. (2003). Çocuğu tanımak ve anlamak. (2. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

82. Butchart, A., Harvey, A.P. ve Mian, M. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO & ISPCAN Guideline içinde, WHO Pres, Cenevre, ss. 7-16.

83. Masalcı, A.D. (2000). Aile İçi Etkileşimlerle Çocuğun Saldırganlık Düzeyi ve Uygu Davranışının Karşılaştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

84. Donna, E. H., Sheila, I. C. ve Xiaoming, L. I. (1999). "Parent–youth concordance regarding violence exposure: Relationship to youth psychosocial functioning", Journal of Adolescent Health. 25, 396–406.

85. Saydam, R.B. ve Gençöz, T. (2005). Aile ilişkileri, ebeveyn çocuk yetiştirme tutumu ve kendilik değerinin gençler tarafından belirtilen davranış problemleri ile olan ilişkisi. Türk Psikoloji Dergisi. 20, 55, 61–74.

86. Ergenlik Dönemi Özellikleri Ergenin Okulla ve Çevreyle Olan İlişkileri. http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/33/13/969342/dosyalar/2012_12/12033838_ergenlk.doc (13.01.2013).

87. O'Keefe, Maura. (1996)The differential effects of family violence on adolescent adjustment Child & Adolescent Social Work Journal, Vol 13(1), 51-68.

88. Arnett, J. (1992). Socialization and adolescent reckless behavior: A reply to Jessor. Developmental Review. 12, 391-409.

89. Goldstein, S. E., Davis-Kean, P. E. ve Eccles, J. S. (2005). Parents, peers, and problem behavior: a longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. Developmental Psychology. 41, 401-413.

90. Berk, E. B. (1998). Development through the lifespan. Boston: Allyn and Bacon.

91. Kıran-Esen, B. (2003). Akran baskısı, akademik başarı ve yaş değişkenlerine göre lise öğrencilerinin risk alma davranışının yordanması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 24, 79-85.

92. Savi, F. (2008). 12–15 yaş arası ilköğretim öğrencilerinin davranış sorunları ile aile işlevleri ve anne-baba kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

93. Fisher, L. ve Feldman, S. S. (1998). Familial antecedents of young adult health risk behavior: A longitudinal study. Journal of Family Psychology. 12, 66-80.

94. Bayar, N. ve Sayıl, M. (2005). Brief report: Risk taking behaviors in a non-western urban adolescent sample. Journal of Adolescence. 28, 671-676.

95. Lansford, J. E., Criss, M. M. ve Pettit, G. S. (2003). Friendship quality, peer group affi liation, and peer antisocial behavior as moderators of the link between negative parenting and adolescent externalizing behavior. Journal of Research on Adolescence. 13, 161-184.

96. Mash, E. J. ve Wolfe, D. A. (2005). Abnormal child psychology (3. baskı).

97. Nesdale, D. ve Lambert, A. (2007). Effects of experimentally induced peer-group rejection on children's risk-taking behaviour. European Journal of Developmental Psychology. 5, 19-38.

98. Yılmaz, T. (2000). Ergenlikte risk alma davranışlarının incelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi.

99. Şenses, V. (1990). Tokat İli Merkez ve İlçe Ortadereceli Okul Öğrencilerinin Disipline Aykırı Davranışlarda Bulunma Nedenlerinin Araştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

100. Eripek, S. (1980). Ankara İli Merkezinde Bulunan Ortaöğretim Kurumlarında Disiplin Uygulamaları ve Bu Uygulamaların Uyum Sorunları Yönünden Değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

101. Keenan, K., & Shaw, D. S. (1997). Developmental İnfluences on young girls' behavioral and emotionnal problems. Psychological Bulletin. 121, 95-113.

102. Albert, D.J., Jonik, R.H. ve Walsh, M.L. (1992). Hormone-dependent aggression in male and female rats: experiential, hormonal, and neural foundations. Neuroscience and Biobehavioural Reviews. 16: 177-192.

103. Archer J. (2006). Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. Neurosci Biobehav Rev. 30: 319-345.

104. Luthar, S. (1999). Poverty and children's adjustment. New-bury Park, CA: Sage.

105. Bolger, K. E., Patterson, C. J. ve Thompson W. W. (1995). Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. Child Development. 66, 1107-1129.

106. Ripple, C. H. ve Luthar, S. (2000). Academic risk among iner-city adolescents: The role of personal attributes. Journal of School Psychology. 38, 277-298.

107. Jay N. Gıedd, F. Xavıer Castellanos, Jagath C. Rajapakse, A. Catherıne Vaıtuzıs, and Judıth L. Rapoport. (1997). Sexual Dımorphısm Of The Developing Human Brain. Prog. Neuro-Psychopharmacol & Biol. Psychiat. Vol. 21, pp,1185-1201.

108. Hortwitz, S. M., & Leaf, P.j. & Leventhal, J. M. (1992). İdentification and management of psychology and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. **Pediatrics**. 89, 480-485.

109. Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M. ve ark. (1998). Türkiye'nin Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.

110. Lerner, R. M., & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. Annual Review of Psychology. 49,413–425.

111. Fischer, J.A., Najman, J.M. ve Williams, G.M. (2012). Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: Findings from an Australian birth cohort. Addiction. Volume 107, Issue 9, pages 1669–1676.

112. Gökgöz, Ş., Koçoğlu, G. (2007). Adölosan Çağda Sigara ve Alkol İçme Davranışı. Fırat Tıp Dergisi. 12(3): 214-218.

113. Horasan E., Sezer E. (1995). Ortaokul son sınıf öğrencilerinde sigara kullanımı Prevalansı-Elazığ 1993. Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi. 2: 17-29.

114. Özcebe, H. (2008). Gençler ve Sigara. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

115. Cohen, R., Parmelee. D.X. ve İrwin, L. (1990). Charasteristics Of Chilfdren And Adolescent İn A Psychiatric Hospital And A Corrections Facility. Journal Of American Academy Of Child And Adolescent Psychiatri. 29, 909-913.

116. Ögel, K., Tarı, I., Eke, CY. (2006). Okullarda suç ve şiddeti önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.

117. Öztop, DB., Öztürk, A., Ünalan, D. (2011). Lise öğrencilerinde depresyon ve davranış sorunlarının yaygınlığı. Anatolian Journal of Psychiatry. 12:204-211.

118. Kuş, Z., Karatekin, K. (2009). Öğrencilerin Okul Ortamında Kurallara Uygun Davranma Yeterliklerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD). Cilt 10, Sayı 1, (183-196).

119. Fray, S.J. ve Mark, Hector, A.M. (1987). The assertive agressive distinction and the cross-cultural perspective. İnternational Journal For Advencement of Counseling. 8, 103-111.

120. Stormount, M. (1998). Family factors associated with externalizing disorders in preschoolers. Journal of Early Intervention. 21, 323-251.

121. Rowe, J.B., Owen, A.M. ve Johnsrude, I.S. (2001). Imaging the mental components of a planning task. Neuropsychologia. 39: 315-327.

122. Simeon, D., Stanley, B. ve Frances, A. (1992). Selfmutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. Am J Psychiatry. 149:221-226.

123. Saçarçelik, GG. (2009). Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları. (Uzmanlık Tezi). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

124. Favazza, A.R., Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self mutilation. Hosp Community Psychiatry. 44:134-140.

125. Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. ve Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. Am J Psychiatry. 148:1665-1671.

126. Rosen, P.M. ve Walsh, B.W. (1989). Patterns of contagion in selfmutilation epidemics. Am J Psychiatry. 146:656-658.

127. Barker, E.D., Seguin, J.R. ve White, H.R. (2007). Developmental trajectories of male physical violence and theft: Relations to neurocognitive performance. Archives of General Psychiatry. 64(5):592-599.

128. Jeff, Q. Bostic Bradley Stein Mary Schwab-Stone. Schools. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition. s. Chapter 7.2. Editor Lewis, M. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 981-998.

129. McKay, K.E. ve Halperin, J.M. (2001). ADHD, Aggression, and Antisocial Behavior across the Lifespan Interactions with Neurochemical and Cognitive Function. Annals of the New York Academy of Sciences. Jun ;931 :84-96 11462758 Cit:9.

130. Yüce, M. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite. (Uzmanlık Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi.

131. Bahls CS. (2002). Depression in childhood and adolescence: Clinical features. J Pediatr (Rio J). 7885:359-366.1.

132. Rickel A.U. ve Brown RT. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults. 1st Ed., Germany, Hogrefe Huber Publishers. 1-57.

133. Turgay, A. (2009). Tedavi Edilmeyen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Bedeli ve Tedavide Yenilikler. 2009. Ankara: Ortadoğu Yayıncılık.

134. Özcan, C., Öğülmüş, S. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklara Bilişsel Yaklaşıma Dayalı Kişilerarası Sorun Çözme Eğitiminin Katkıları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 9(4) 391-398.

135. Şenol, S. (2008). "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", **Dikkat Eksikliği Hiperaktivte Bozukluğu**. Ed. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008, ss.293-311.

136. ALICI, T. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. 863-899. Çeviri Editörü: Uzbay, T. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

137. Yavaş, İ. (1995). Davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları birlikteliği. (Uzmanlık Tezi). Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

138. Turgay, A. (2001). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Boyu Değişim, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü. (ss. 111-132). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

139. Offord, D.R. ve Bennett, K.J. (1994). Conduct Disorder: Longterm Outcomes and Intervention Effectiveness. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 33: 1069-1078.

140. Aktepe, E. (2011). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. New/Yeni Symposium Journal. www.yenisymposium.net. | Cilt 49 | Sayı 4.

141. Çakaloz, B., Akay, AP., Günay, T. (2007). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunun Eşlik Ettiği ve Etmediği Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Davranışsal Sorunlar, Ders Başarısı ve Akran ilişkileri, Açısından Değerlendirilmesi. New/Yeni Symposium Journal www.yenisymposium.net. Nisan 84 | Cilt 45 | Sayı 2.

142. Barkley, R.A., Fischer, M. ve Edelbrock, C. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child Interactions,

Family Conflicts and Maternal Psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 32: 233-255.

143. Harada, Y., Yamazaki, T. ve Saitoh, K. (2002). Pyschosocial problems in attentiondeficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 56(4): 365-369.

144. Biederman, J., Faraone, S.V. ve Taylor, A. (1998). Diagnostic Continuity Between Child and Adolescent ADHD: Finding from a Longitudinal Clinical Sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 37: 305-313.

145. Biederman, J., Faraone, S. ve Lapey, K. (1992). Comorbidity of Diagnosis in Attentiondeficit Hyperactivity Disorder. Child Adolesc Psychiatry Clin N Am. 1: 335-60.

146. Satterfield, J.H., Satterfield, B. ve Cantwell, D. (1981) .Three Year Multimodality Treatment Study of 100 Hyperactive Boys. Journal of Paediatrics. 98: 680-688.

147. Farrington, D.P. (1990) Implications of criminal career research for the prevention of offending. J Adolesc. 13: 93-113.

148. Weiss, M. ve Weiss, G. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook. Chapter 52. Editor Lewis, M. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 645-670.

149. Satterfield, J.H. ve Schell, A. (1997). A Prospective Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36: 1726-1735.

150. Satterfield, J.H., Schell, A.M. ve Nicholas, T. (1994). Preferential Neural Processing of Attended Stimuli in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Normal Boys. Psychophysiology. 31: 1-10.

151. Burt, S.A., Krueger, R.F. ve McGue, M. (2001). Sources of Covariation Among Attentiondeficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: The Importance of Shared Environment. Journal of Abnormal Child Psychology. 110: 516-525.

152. Greene, R.W., Biederman, J. ve Zerwas, S. (2002). Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth with Oppositional Defiant Disorder. Am J Psychiatry. 159: 1214-1224.

153. Demir, T., Demir, D., Alkaş, L ve Kayaalp, L. (2000). Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğunda Klinik, Gelişimsel ve Ailesel Özellikler. Nöropsikiyatri Arşivi. 37(2): 97-103.

154. Pekcanlar, A. (1998). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Komorbite, DSM-IV Belirti Sıklığı ve Aile İşlevleri. (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

155. Caldwell, C.L., Wasson, D. ve Anderson, M.N. (2005). Development of the Nursing Outcome (Noc) Label: Hyperactivity Level. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 18(3): 95-102.

156. Goldman, L.S., Genel, M. ve Bezman, R.J. (1998). Diagnosis and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. JAMA. 279(14): 1100-1107.

157. Ercan, E.S. ve Aydın, C. (2000). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İstanbul: Gendaş AŞ.

158. Lewinsohn, P. M., Langhinrichen-Rohling, J. ve Langford, R. (1995). The life attitudes schedule: A scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviours. Suicide Life Threat Behav. 25: 458-474.

159. MacPhee, A. R. ve Andrews, J. J. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. Adolescence. 41: 435-466.

160. Wilson, S. J. ve Lipsey, M.W. (2007) School-Based Interventions for Aggressive and Disruptive Behavior Update of a Meta-Analysis. Am J Prev Med. 33(2 Suppl): S130–S143.

161. Yörükoğlu, A. (2002) Çocuk Ruh Sağlığı. Özgür Yayınları. 29.

162. Adana, F. ve Arslantaş, H. (2011). Ergenlikte Öfke ve Öfkenin Yönetiminde Okul Hemşiresinin Rolü. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 12(1) : 57-62.

163. Ültanır, E. (2005). Türkiye'de Psikolojik Danışma ve Rehberlik (PDR) Mesleki ve Psikolojik Danışman Eğitimi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1(1): 102-111.

164. Hatunoğlu, A. ve Hatunoğlu, Y. (2006). Okullarda Verilen Rehberlik Hizmetlerinin Problem Alanları. Kastamonu Eğitim Dergisi. 14(1): 333-338.

165. Gelso, C.J. ve Fretz, B.R. (1992). Counseling psychology. Forth Worth, TX: Harcourt Brace.

166. Özbesler, C. (2008). "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı", **Sosyal Hizmet Uygulamaları.** Ed. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008, ss. 817-826.

167. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2001). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. Çocuk Ruh Sağlığı. Ankara. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/modul_pdf/310TDB001.pdf (13.01.2013).

168. Ford, T., Goodman, R. ve Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 42: 1203-1211.

169. Center for School Mental Health. The Impact of School Mental Health: Educational, Emotional, and Behavioral Outcomes. http://csmh.umaryland.edu/Resources/OtherResources/CSMHImpactofSMH.pdf (13.01.2013).

170. Vander Ende, J., Verhulst, F.C. ve Tiemeier H. (2012). Agreement of Informants on Emotional and Behavioral Problems from Childhood to Adulthood. Psychol Assess. 24(2): 293-300.

EKLER

EK 1. EBEVEYN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1) Ad ve Soyadı:

2) Yakınlığınız:

3) Anne Yaş/ Öz-Üvey: ☐ Öz ☐ Üvey ☐ Sağ ☐ Vefat Etmiş
Baba Yaş/ Öz-Üvey: ☐ Öz ☐ Üvey ☐ Sağ ☐ Vefat Etmiş

4) Çocuğunuzun Tanı Konmuş Fiziksel Bir Hastalığınız Var mı?: ☐ Evet ☐ Hayır
Hastalığınızın Adını Belirtiniz:

5) Çocuğunuzun Tanı Konmuş Psikiyatrik Bir Hastalığınız Var mı?: ☐ Evet ☐ Hayır
Hastalığınızın Adını Belirtiniz:

6) Çocuğunuzun Sınıf Tekrarı: ☐ Var **Kaç Defa:** ☐ Yok

7) Anne ve Baba Arasında Akrabalık: ☐ Var ☐ Yok

8) Anne ve Baba Boşanmış mı?: ☐ Evet ☐ Hayır

9) Ailenizin Yapısı: ☐ Çekirdek ☐ Büyük

10) Evde Toplam Kaç Kişisiniz:

11) Özürlü Çocuğunuz Var mı?: ☐ Evet **Kim ve Kaç Kişi:** ☐ Hayır

12) Çocuğunuza Ait Havale Öyküsü: ☐ Ateşli ☐ Ateşsiz

13) Çocuğunuza Ait Kaza Öyküsü Var mı?: ☐ Evet **Belirtiniz:** ☐ Hayır

14) Çocuğunuza Ait Ameliyat Öyküsü: ☐ Evet **Belirtiniz:** ☐ Hayır

15) Annenin Öğrenim Durumu: ☐ Okur Yazar Değil ☐ Okur Yazar **İş:** ☐ EvHanımı
☐ İlkokul Mezunu ☐ Orta Okul Mezunu ☐ Memur ☐ İşçi
☐ Lise Mezunu ☐ Yüksek Okul Mezunu ☐ Diğer

16) Babanın Öğrenim Durumu: ☐ Okur Yazar Değil ☐ Okur Yazar **İş:** ☐ İşsiz ☐ İşçi
☐ İlkokul Mezunu ☐ Orta Okul Mezunu ☐ Serbest ☐ Memur
☐ Lise Mezunu ☐ Yüksek Okul Mezunu ☐ Diğer

17) Ailede Tanı Konmuş Fiziksel Hastalık Öyküsü: ☐ Var ☐ Yok
Hastalığın Adı:

18) Ailede Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: ☐ Var ☐ Yok
Hastalığın Adı:

19) Ailede Sigara, Alkol, Madde Kullanımı: ☐ Var ☐ Sigara **Miktar:** ☐ Yok
☐ Alkol **Miktar:**
☐ Madde **Miktar:**

20) Babada Sigara, Alkol, Madde Kullanımı: ☐ Var ☐ Sigara **Miktar:** ☐ Yok
☐ Alkol **Miktar:**
☐ Madde **Miktar:**

21) Diğer Aile Üyelerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımı: ☐ Var ☐ Sigara **Miktar:**
☐ Yok ☐ Alkol **Miktar:**
☐ Madde **Miktar:**
Kim:

22) Akrabalarda Ceza Evine Girmiş Birisi Var mı?: ☐ Evet ☐ Hayır
Kim:

23) Aile İçi Şiddet Var mı?: ☐ Evet ☐ Hayır
Kimler Arasında: Anne- Çocuk: Baba-Çocuk: Çocuk-Çocuk: Anne-Baba:

24) Evinizde Silah Bulunur mu: ☐ Evet ☐ Hayır

25) Gelir Durumunuz? 0-500 ☐ 500-1000 ☐ 1000-2000 ☐ 2000- ... ☐

EK 2. ÇOCUK SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1) Ad ve Soyadı:

2) Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kız

3) Doğum Tarihi: **Yaş:**

4) Kardeş Sayısı/ Kaçıncı Çocuk:

5)Anaokuluna gittiniz mi? ☐ **Evet** ☐ **Hayır**

6) Şu An Okuduğunuz Sınıf:

7) Sigara, Alkol, Madde Kullanımı: ☐ Evet ☐ Sigara Ne Zaman Başladınız: **Miktar:**
☐ Hayır ☐ Alkol Ne Zaman Başladınız: **Miktar:**
☐ Madde Ne Zaman Başladınız: **Miktar:**

8) Başarı Düzeyi: ☐ Ortanın üstü ☐ Orta ☐ Ortanın altı ☐ Ortanın çok altı

9) Hiç Silah ve/veya Bıçak Kullanımına Şahit Oldunuz mu?: ☐ Evet ☐ Hayır

10) Herhangi Bir Şiddet ve/veya Tehdit ile Karşılaştınız mı?: ☐ Evet ☐ Hayır

11) Herhangi Birisini Yaraladınız mı? ☐ Evet **Kaç Yaşında:**
☐ Hayır
Yaralandınız mı? ☐ Evet **Kaç Yaşında:**
☐ Hayır

12) Kendinize Zarar Verdiğiniz Oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

13) Kesici Alet Taşıdığınız Oldu mu? ☐ Evet **Kaç Yaşında:**
☐ Hayır

14) Ateşli Silah Taşıdığınız Oldu mu? ☐ Evet **Kaç Yaşında:**
☐ Hayır

15) Herhangi Bir Çeteye Girdiğiniz Oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

16) Herhangi Bir Şey Çaldığınız Oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

17) Başınız Polisle Belaya Girdiği Oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

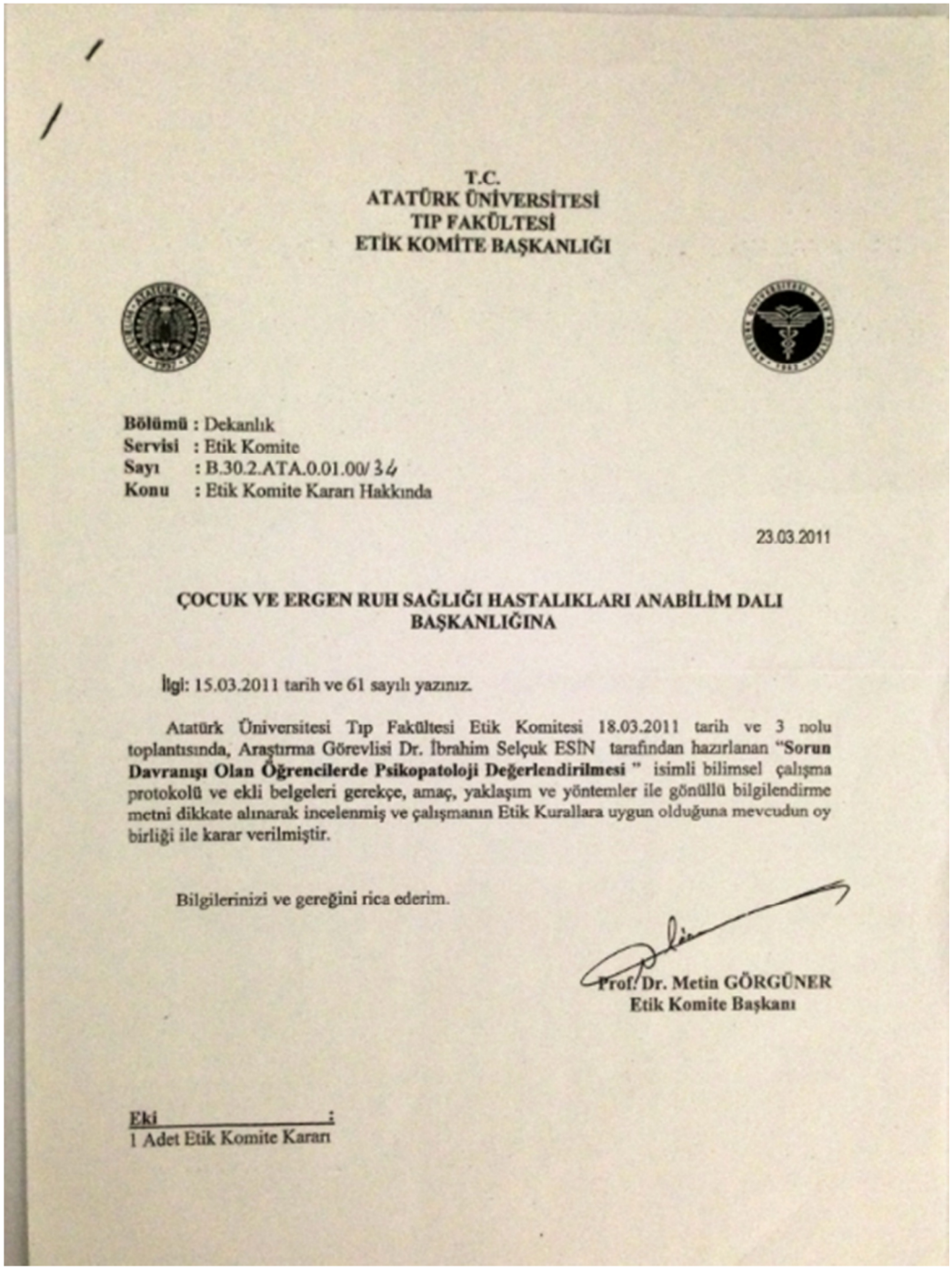
18) Çevrenizde Ceza Evine Giren Oldu mu?: ☐ Evet ☐ Hayır

19) Liseye devam etmeyi düşünüyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

20) Okul Sonrası veya Yazları çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

21) İlerde Yapmak İstediğiniz Meslek:

EK 3. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun Onay Formu



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KOMİTE BAŞKANLIĞI

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Etik Komite
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/ 34
Konu : Etik Komite Kararı Hakkında

23.03.2011

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi: 15.03.2011 tarih ve 61 sayılı yazınız.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Komitesi 18.03.2011 tarih ve 3 nolu toplantısında, Araştırma Görevlisi Dr. İbrahim Selçuk ESİN tarafından hazırlanan "**Sorun Davranışı Olan Öğrencilerde Psikopatoloji Değerlendirilmesi** " isimli bilimsel çalışma protokolü ve ekli belgeleri gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme metni dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurallara uygun olduğuna mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Metin GÖRGÜNER
Etik Komite Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Komite Kararı

EK 4. T.C. Erzurum Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Formu

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.25.00.65-605

Konu : Anket Çalışması 25.03.2011* 9122

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.

Atatürk Üniversitesi Personel Daire Başkanlığının 07.03.2011 tarihli ve 4344 sayılı yazıları ile Tıp Fakültesi öğretim üyelerinden Arş.Gör.Dr.İbrahim Selçuk ESİN'in "Sorun Davranışı Olan Öğrencilerde Psikopatoloji Değerlendirmesi" konulu tez çalışmasına esas teşkil edecek çalışmasını, Yakutiye, Palandöken ve Aziziye İlçelerindeki ilk ve ortaöğretim okullarında yapma isteği, ilgi yönerge çerçevesinde Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Ahmet DOĞAN
Milli Eğitim Müdür V.

OLUR
25./03/2011
Mehmet GÖK

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OKULDA SORUN DAVRANIŞI OLAN ÖĞRENCİLERDE PSİKOPTOLOJİ ve İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

Dr. İbrahim Selçuk ESİN

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 24.11.2008
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 23.01.2013
Uzmanlık Sınavı Tarihi : 23.01.2013
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN
Jüri üyesi : Prof. Dr. Nazan AYDIN
Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN
Jüri üyesi : Prof. Dr. Hüseyin TAN
Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Elif ORAL
Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Mustafa GÜLEÇ

Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

OCAK-2013
ERZURUM