



Okul Reddi ve Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Gözden Geçirme

School Refusal and Cognitive Behavioral Therapy: A Review

 Beyza Şanal Güngör¹,  Nilüfer Koçtürk¹

¹Hacettepe Üniversitesi, Ankara

ÖZ

Okul reddi, çocukların ve ergenlerin akademik ve psikososyal gelişimlerini etkileyerek aile, okul ve öğrenci için çözümlenmesi güç bir soruna dönüşebilen bir problem alanıdır. Bu gözden geçirme çalışmasının amacı, bilişsel davranışçı terapiye dayalı müdahalelerin okul reddi yaşayan çocuklar ve ergenler üzerine etkililiğini araştıran makaleleri incelemektir. Çalışma, "Sistemik Derleme ve Meta Analiz Sonuçlarının Raporlanmasında Kullanılan Standartlar" (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses) karar kriterlerine uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla, herhangi bir yıl kısıtlaması getirilmeden DergiPark, Google Akademik, PsycARTICLES, PubMed, TR Dizin ve Web of Science veri tabanları taranmıştır. Tarama sonucunda, 233 çalışmaya ulaşılmış, dahil etme kriterlerine göre 10 araştırma makalesi değerlendirilmeye alınmıştır. Bulgulara göre okul reddi yaşayan çocuklara yönelik uygulanan bilişsel davranışçı müdahalelerde: bilişsel yeniden yapılandırma (n = 10, %100), maruz bırakma (n = 10, %100), psikoeğitim (n = 6, %60), sosyal beceri eğitimi (n = 6, %60), problem çözme eğitimi (n = 4, %40), gevşeme eğitimi (n = 4, %40) ve ev ödevi (n = 4, %40) teknikleri ağırlıklı olarak kullanılmaktadır. Çalışmaların %80'inde okul reddi üzerine yürütülen bilişsel davranışçı terapi yaklaşımına dayalı müdahalelerin etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların %80'inde (n = 8) ebeveyn katılımı da dahil edilmiş ve çalışmaların %100'ünde etkili sonuçlar elde edilmiştir. İncelenen çalışmalar sonucunda bilişsel davranışçı müdahalelerinin okul reddi üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Okul reddi, bilişsel davranışçı terapi, çocuk, ergen, müdahale

ABSTRACT

School refusal is a problem area that can turn into difficult trouble for the family, school, and students by affecting children and adolescents' academic and psychosocial development. This scoping review aims to examine the effectiveness of interventions based on the cognitive behavioral therapy approach on children and adolescents experiencing school refusal. The study was carried out following the "Standards Used in Reporting of Systematic Compilation and Meta-Analysis Results." For this purpose, the databases of DergiPark, Google Scholar, PsycARTICLES, PubMed, TR Index, and Web of Science were searched without any year restriction. As a result of the search, 233 studies were reached, and according to the inclusion criteria, ten research articles were evaluated. According to the findings, cognitive-behavioral interventions applied to children with school refusal: cognitive restructuring (n = 10, 100%), exposure (n = 10, 100%), psychoeducation (n = 6, 60%), social skills training (n = 6, 60%), problem solving training (n = 4, 40%), relaxation training (n = 4, 40%) and homework (n = 4, 40%) are predominantly used techniques. In 80% of the studies, it was determined that interventions based on the cognitive behavioral therapy approach to school refusal were effective. Parental involvement was also included in 80% (n = 8) of the studies, and 100% had effective results. As a result of the studies examined, it is seen that cognitive-behavioral interventions are effective on school refusal.

Keywords: School refusal, cognitive behavioral therapy, child, adolescent, intervention

Giriş

Okul, bireylerin akademik, sosyal ve duygusal alanlarda birçok beceri ve kazanım sağladıkları ve gelişimleri için kritik öneme sahip bir kurumdur. Okula başlama, çocuk için güvenli ve bilindik aile ortamından dış dünyaya birey olma amacıyla attığı resmi adımdır. Çocuklar ve ebeveynleri için okula başlama yeni ve heyecanlı bir süreç olabilmekle beraber, bu durum bazı çocuklar için okula gitmeyi reddedecek düzeyde yoğun sıkıntı yaşamalarına da neden olabilmektedir (Tonge ve ark. 2002, Keaney ve Bates 2005, Kardaş ve ark. 2018).

Okula gitmeyi reddetme ve/veya okulda olduğu gün boyunca derslere girmekte ve derste kalmakta zorlanma olarak tanımlanabilen okul reddi, okul çağındaki binlerce çocuğun her gün okula gidememesine etki eden psikolojik kökenli bir sorundur (Kearney ve Albano 2007, Gümüştaş ve ark. 2014). Okul reddi, okuldan

kaçmaktan daha farklı bir okula devam problemi olup (Heyne ve Sauter 2013, Erden ve ark. 2015), gençlerin akademik ve sosyal duygusal gelişimi için ciddi bir tehdide neden olabilmektedir (Kearney 2001). Okul binasına veya sınıfa girmede zorluk yaşama, okul ortamında kendini dışlanmış hissetme, kurallara aykırı davranışlar gösterme, öfke krizleri, aile içi çatışmalar gibi birçok farklı konuda okul reddi nedeniyle sorunlar yaşanabilmektedir (Sarı 2020).

Alanyazında okul çağındaki çocukların %1 ila %8'inin okula devam etmekte zorlandıkları belirtilmektedir (Granell de Aldaz ve ark. 1984, Kirby 2018). Uluslararası alanyazında, okul reddi yaygınlık oranları incelendiğinde tüm okul çağındaki çocukların yaklaşık %1'inde ve kliniğe sevk edilen tüm çocukların da %5'inde bu sorunun olduğu bildirilmektedir (Tonge ve ark. 2002). Okul reddi erkek ve kız çocuklarında eşit derecede yaygın olup okul yılları boyunca ortaya çıksa da erken eğitime, okul değişikliğine ve zorunlu eğitimin bitmesine denk gelen, 5-7 yaş, 11 yaş ve 14 yaşlarından daha sık görülmektedir (King ve ark. 1998, Bernstein ve ark. 2000). Bununla birlikte, erken veya orta çocukluk dönemine göre ergenlik öncesi ve ergenlik döneminde ise daha yüksek bir yaygınlığa sahiptir (Tonge ve ark. 2002). Türkiye'de ise okul reddi oranlarına ilişkin ayrıntılı veriler alanyazında yer almamakla birlikte nispeten yaygın bir sorun olarak görüldüğü önceki çalışmalarda belirtilmektedir (ör. Bahalı ve Yolga Tahiroğlu 2010, Sarı 2020).

Okul reddinin nedenlerine dair alanyazında birçok görüş bulunmaktadır. Mizaç, aile etkileri ve okul deneyimleri okul reddinin etiyolojisinde öne çıkan nedenlerdir (King ve ark. 1999). Okul reddi, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5, Amerikan Psikiyatri Birliği [APA] 2013) gibi psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde bulunan tanısal bir bozukluk olmasa da tipik olarak ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi ve depresif belirtilerin bir kombinasyonu ile karakterize edilerek bu tanı profilleri ile ilişkilendirilmektedir (King ve Bernstein 2001). Buna göre okul reddi klinik bir tanı olmanın aksine farklı klinik bozukluklarla ilişkili olduğu değerlendirilen bir davranış örüntüsü olarak açıklanmaktadır (Kardaş ve ark. 2018). Nitekim okulu reddetme davranışı sergileyen çocuklar, sinirlilik, ağlama, sosyal geri çekilme, konsantrasyon güçlüğü ve uyku bozukluğu gibi depresif belirtiler göstererek, duygusal sıkıntı ile okula gitmekte isteksizlik, reddetme veya okul günü boyunca sınıfta kalma zorluğu yaşamaktadırlar (Kearney ve Bates 2005, Maeda ve ark. 2019).

Okul reddi vakalarını belirlemek üzere Berg ve arkadaşları (1969) tarafından okul reddi kriterleri önerilmekte ve bu kriterler Berg (1997) tarafından yeniden revize edilmiş biçimiyle alanyazında yer almaktadır. Berg (1997) okul reddi için öğrencinin şu kriterleri karşılaması gerektiğini aktarmaktadır: (1) Genellikle uzun süreli devamsızlıkla sonuçlanan okula gitmekte isteksizlik veya ret, (2) Çocuğun genellikle okul saatlerinde durumunu ailesinden gizlemeyerek evde kalması, (3) Aşırı korku, öfke nöbetleri, mutsuzluk ya da açıklanamayan fiziksel belirtiler şeklinde görülebilen okula gitme olasılığına karşı duygusal rahatsızlık, (4) Ebeveynlerin okula gönderme girişimlerine karşı çocuk ya da gencin gösterdiği direncin dışında antisosyal davranışların olmaması, (5) Çocuğun okula devamını sağlamak için ebeveynlerin çabalamalarıdır.

Okul reddi bilişsel davranışçı kuram açısından değerlendirildiğinde (Strömbeck ve ark. 2021), çocuğun ve ergenin okula devam etmeyle ilgili irrasyonel korkularını içermektedir. Buna göre, çocuk ve ergen okulda meydana gelen ve kaygı uyandıran durumların olasılığını olduğundan fazla büyüterek kaygı uyandıran durumlarla baş etme güçlerini ise olduğundan küçük görebilmektedirler (Tonge ve ark. 2002). Duygusal ve davranışsal açıdan bakıldığında ise okul reddi periyodik olarak okul devamsızlıkları, dersleri kaçırmayı veya derse geç gelmeyi içerebildiği gibi okula gitmemek adına ebeveynlere aşırı ısrar etme ve okula ilişkin yoğun kaygı duyma durumlarını da kapsamakta (Last ve Strauss, 1990) ve kaygı ve korku gibi ikincil sorunlar sadece devamsızlığın bir sonucu değil, aynı zamanda devamsızlığın bir nedeni haline gelmektedir (Erden ve ark. 2015, Maynard ve ark. 2018). Buna bağlı olarak da çocuğun eğitim hayatını erkenden sonlandırma riskini arttırmaktadır (Epstein ve Sheldon 2002). Tüm bu nedenlerden ötürü de okul reddine yönelik müdahale kritik bir öneme sahiptir.

Okul reddi davranışı olan çocuklarda ve ergenlerde farmakolojik tedaviler ve psikososyal yaklaşımlar yaygın olarak uygulanmaktadır (Last ve ark. 1998, Melvin ve ark. 2016). Okul reddine yönelik psikososyal yaklaşımlar arasında oyun terapisi, aile terapisi ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) bulunmaktadır. Bunlar arasında okul reddi için en sık değerlendirilen yaklaşım BDT'dir (King ve ark. 1998, Bahalı ve ark. 2009, Beidas ve ark. 2010, Melvin ve ark. 2016). Kaygılı ve depresif duygudurumunun okul reddi davranışının önemli özellikleri olduğu düşünüldüğünde, BDT nispeten daha az zaman alıcı ve ekonomik müdahale yöntemi olarak açıklanmaktadır (Tonge ve ark. 2002). Nitekim BDT okula devamı teşvik etmede ve duygusal belirtileri azaltmada (King ve ark. 1998, 2001, Last ve ark. 1998) etkilidir ve kaygılı ve depresif çocukların ve ergenlerin tedavisinde kanıta dayalı yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Ferdon ve Kaslow 2008, Silverman ve ark. 2008). Bu bağlamda son yıllarda okul reddi konusunda BDT müdahaleleri oldukça yaygın bir şekilde gerçekleştirilmektedir (Melvin ve ark. 2016, Strömbeck ve ark. 2021). Alanyazında yer alan BDT müdahale örnekleri incelendiğinde, genel olarak çocuk, aile ve okul çalışanlarının müdahale sürecine dahil edildiği, oturumların yapılandırılmış şekilde ilerlediği ve BDT'nin

gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma gibi bilişsel ve davranışsal tekniklerinden sıklıkla yararlandığı çalışmalarda görülmektedir (Fremont 2003, Melvin ve ark. 2016, Strömbeck ve ark. 2021).

Bilindiği üzere, psikolojik danışma ve rehberlik mezunları en çok okullarda istihdam edilmekte ve okul reddi başta olmak üzere öğrencilerin duygusal ve davranışsal sorunlarında onlara önleyici ve rehabilite edici müdahaleler sunmaktadırlar (Erden ve ark. 2015). Okul reddi konusunda gerçekleştirilen güncel ve etkili müdahalelerin belirlenmesi başta okul psikolojik danışmanları olmak üzere bu konuda hizmet sunan ruh sağlığı çalışanlarına yol gösterici olacaktır. Nitekim Maynard ve ark. (2018) okul reddine yönelik müdahalelerin yoğun ve çok yönlü olması için aileleri, eğitimcileri ve diğer profesyonelleri de içermesini sonuç adına gerekli görmektedirler. Öte yandan, alanyazında Türkiye’de okul reddi ve terki sonucunda bir bireyin ilköğretim/ortaokul mezunu olup lise mezunu olmaması durumunda her bir öğrencinin 1.837 dolar topluma maliyetinin olduğu vurgulanmaktadır (Bakırtaş ve Nazlıoğlu 2021). Belirtilen tüm bu nedenlerden dolayı, bu araştırmanın amacı Türkiye’de ve dünyada BDT yaklaşımına dayalı müdahalelerin okul reddi yaşayan çocuklar ve ergenler üzerine etkililiğini araştıran makaleleri incelemektir. Gerçekleştirilen bu araştırma ile çocuklarda ve ergenlerde okul reddi üzerine yürütülen BDT müdahalelerine dikkat çekmek, konuyla ilgili araştırmaları detaylı bir biçimde incelemek, ulusal ve uluslararası alanyazında yer alan çalışmaların genel bir profilini ortaya koyarak gelecekte yapılacak araştırmalara katkı sunmak amaçlanmaktadır. Bu amaçla, araştırma kapsamında aşağıda yer alan problemlere yanıt aranmıştır:

1. Alanyazında okul reddi yaşayan çocuklar ve ergenler için yürütülen BDT müdahalelerinin yöntemsel özellikleri nelerdir?
2. Okul reddi konusundaki BDT müdahalelerin etkililiği ne orandadır?
3. Okul reddi konusundaki etkili olduğu saptanan BDT müdahalelerinin içerikleri ve uygulamaları nelerden oluşmaktadır?

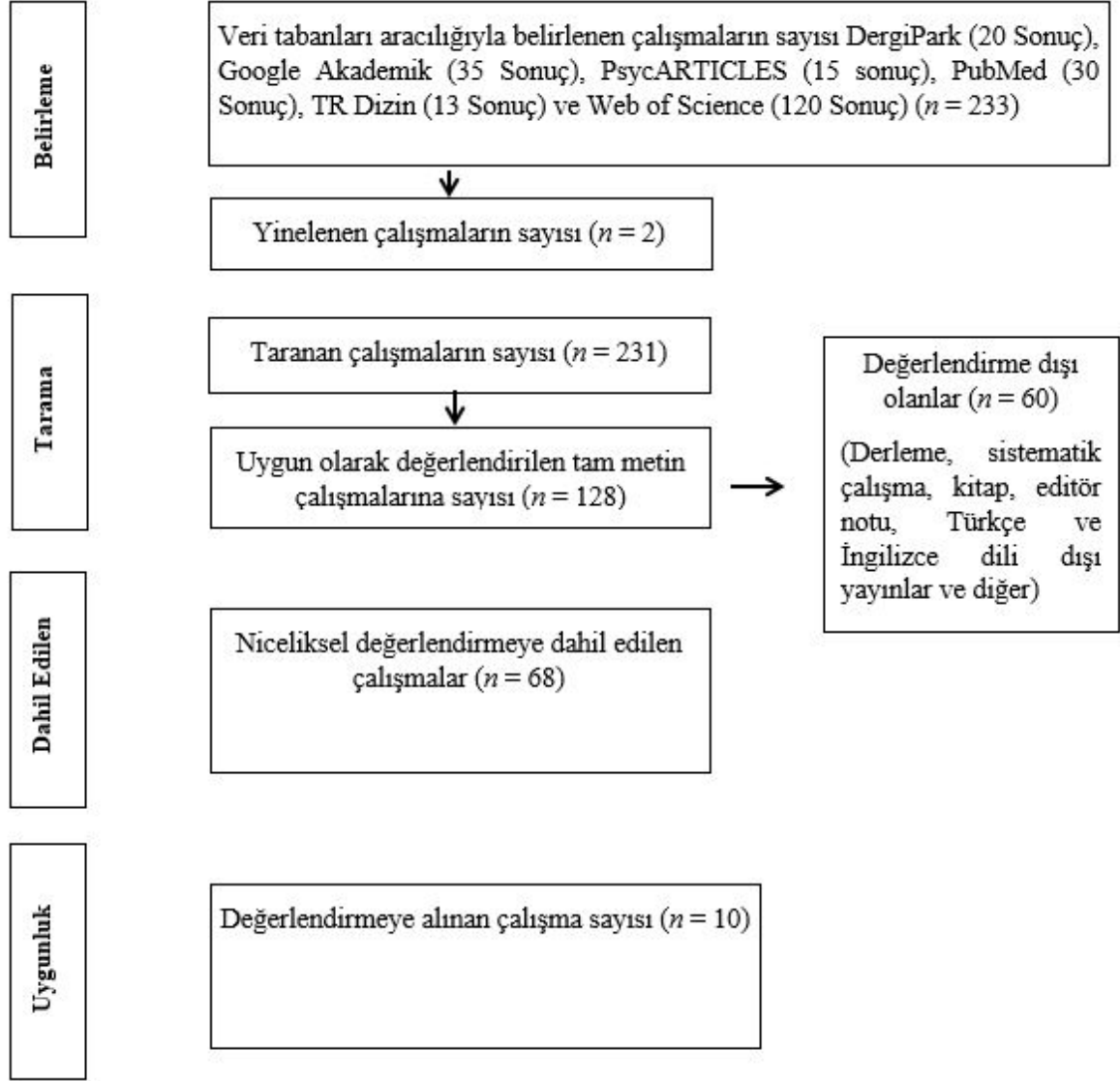
Yöntem

Bu çalışma İstanbul ilinde bir özel psikiyatri kliniğinde 2019-2020 yılları arasından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, okul reddi üzerine yapılan BDT müdahalelerini konu alan ulusal ve uluslararası alanyazındaki çalışmaları kapsamlı ve ayrıntılı olarak incelemeyi amaçladığı için derleme türünde olan bir gözden geçirme çalışmasıdır. Araştırma kapsamında, geçerlik ve güvenilirlik temelinde sistematik şekilde ilgili araştırmaları derlemek amacıyla sistematik derleme ve meta analiz çalışmalarının raporlanması için detaylı yönerge sunan “Sistematik Derleme ve Meta Analiz Sonuçlarının Raporlanmasında Kullanılan Standartlar” (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses, [PRISMA]) karar kriterleri temel alınmıştır (Page ve ark. 2021).

Araştırma kapsamında Eylül-Aralık 2021 tarihleri arasında, tam metni Türkçe ve İngilizce olan araştırma makaleleri taranmıştır. Araştırma gerçekleştirilirken makalelerin yayınlanma yılına göre bir sınırlandırma yapılmamıştır. Araştırmada yer alan makaleler ise DergiPark, Google Akademik, PsycARTICLES, PubMed, TR Dizin ve Web of Science elektronik veri tabanlarından elde edilmiştir. Tarama yapılırken başlık ya da özet sınırlandırılması yapılmadan, “okul reddi ve bilişsel davranışçı terapi”, “okul reddi ve bilişsel davranışçı müdahale” ve “okul reddi ve bilişsel davranışçı tedavi” anahtar sözcükleri İngilizce ve Türkçe olarak taranarak kapsamlı bir alanyazın taraması yapılmıştır.

Araştırma boyunca çalışmaların seçim süreci ve veri toplama süreçlerinde, “Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi”nde yer alan tüm kurallara uyulmuştur. Erişime açık, hakemli dergilerde yayımlanmış makaleler incelenerek yazarlar tarafından belirtilen dahil etme kriterleri doğrultusunda kayıtlar taranmış, veriler toplanmış ve gerekli incelemeler yapılarak uygun görülen çalışmalar derlemeye dahil edilmiştir. Tarama süreci bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiş olup kodlamanın geçerli olup olmadığı diğer bir araştırmacı tarafından kontrol edilmiş ve %100 görüş birliğine varılmıştır. Araştırmaya dahil etme kriterleri: Çalışmaların yayın dillerinin Türkçe ve İngilizce olması, araştırma teknikleri içerisinde nicel araştırma yöntemini kullanan çalışmaların olması ve okul reddi üzerine psikoterapi yaklaşımlarından BDT temelli müdahalelerin kullanılmasıdır. Bu bağlamda da okul reddi ile ilgili yalnızca psikofarmakolojik tedavi yöntemlerini kullanan araştırmalar, nitel araştırma yöntemlerini kullanan çalışmalar ve uygulanan psikoterapi ekolü BDT olmayanlar bu araştırmada dışlanmıştır. Ek olarak, tam metnine ulaşılmamış çalışmalar da araştırmaya dahil edilmemiştir. Belirlenen anahtar kelimelerle yapılan tarama sonucunda, DergiPark (20 Sonuç), Google Akademik (35 Sonuç), PsycARTICLES (15 sonuç), PubMed (30 Sonuç), TR Dizin (13 Sonuç) ve Web of Science (20 Sonuç) veri tabanlarında akademik dergiler, nicel araştırmalar, BDT ve deneysel araştırmalar şeklinde sınırlandırmaya gidilerek 233 çalışmaya ulaşılmıştır. Dahil etme ve dışlama kriterlerinin uygulanması ile araştırma kapsamında bu kriterlere uyan toplam 10 çalışmaya ulaşılmıştır ve bu tarama ve değerlendirme süreci Şekil 1’de PRISMA akış diyagramı şeklinde gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 10 çalışmada örneklem, çalışma desenleri, amaç,

uygulanan müdahaleler, ölçme araçları, terapi biçimi (bireysel/grup), oturum süresi ve sıklığı ile tedavi etkililiğine ilişkin bilgilere odaklanılmıştır.



Şekil 1. PRISMA akış diyagramı

Bulgular

Araştırma kapsamında yapılan tarama sonucunda elde edilen çalışmalar, dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda değerlendirilmiş ve sonuç olarak 10 araştırma incelenmiştir. Araştırmaya dahil edilen çalışmalar Tablo 1'de gösterilen başlıklar ekseninde değerlendirilerek Tablo 1'de kronolojik olarak sıralanarak özetlenmiştir.

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Çalışmaya dahil olan makaleler 1998 ve 2021 yılları arasında yayınlanmıştır. On çalışmanın yalnızca üçü (%30) 1990'lı yıllara aitken, geri kalan yedi çalışma 2000 ve sonrası yıllarda yayınlanmıştır.

Örneklem Özellikleri

Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların örneklem özellikleri, demografik özellikler bakımından değerlendirilmiştir. Demografik özellikler bakımından değerlendirildiğinde, incelenen çalışmaların katılımcılarının 5-18 yaşları arasındaki okul reddi davranışı gösteren çocuklardan ve ergenlerden oluştuğu

belirlenmiştir. Çalışmalarda örneklem büyüklüğü ise 4 (Tolin ve ark. 2009) ila 84 (Strömbeck ve ark. 2021) arasında değişmektedir. Çalışmalarda kız ve erkek oranı incelendiğinde araştırmalara katılan erkek çocukların ve ergenlerin sayısının kızlara oranla daha fazla olduğu görülmektedir (%70, King ve ark. 1998, King ve ark. 1999, Beidas ve ark. 2010, Heyne ve ark. 2011, Maric ve ark. 2012, Melvin ve ark. 2016, Strömbeck ve ark. 2021). Ancak cinsiyet değişkenini kontrol etmek adına Last ve arkadaşları (1998) çalışmalarında kızlara ve erkeklere eşit oranda yer vermiştir. İncelenen çalışmalarda örneklemde yer alan çocukların ve ergenlerin yanı sıra ailelerin de çalışmalara dahil edildiği (King ve ark. 1998, King ve ark. 1999, Bernstein ve ark. 2000, Heyne ve ark. 2011, Maric ve ark. 2012, Melvin ve ark. 2016, Strömbeck ve ark. 2021) saptanmıştır. Buna göre, çalışmaların %80'inde (n = 8) ebeveyn katılımı mevcuttur. Öte yandan, katılımcı olarak çocukların ve ergenlerin öğretmenlerini ve okul personelini de dahil eden araştırmalar mevcuttur (King ve ark. 1998, Maric ve ark. 2012). Değerlendirilen çalışmalardan ikisinde okul reddi yaşayan çocukların kaygı bozukluğu tanısı da olduğu görülmüştür (Last ve ark. 1998, King ve ark. 1999). Bununla birlikte bazı çalışmalarda BDT ve ilaç tedavisinin birlikte yürütüldüğü (Bernstein ve ark. 2000, Melvin ve ark. 2016) saptanmıştır.

Tablo 1. Okul reddi ve bilişsel davranışçı terapi üzerine yapılan çalışmaların özellikleri ve temel bulguları

Çalışma	Örneklem (n, cinsiyet, yaş)	Tedavi Grupları	Ölçüm	Grup veya Bireysel	BDT Teknikleri	Oturum süresi ve sıklığı	Temel Bulgular
King ve ark. (1998)	N = 34 5-15 yaş 16 kız 18 erkek Ebeveyn (n = 17) Öğretmen (n = 16)	1. BDT Grubu (n=17) 2. Kontrol Grubu (n=17)	Ön test-son test- takip (üç ay)	Bireysel	*Sosyal beceri eğitimi, gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, düşünce baloncukları ve karikatürler, hayali yüzleştirme, davranışsal deneyler, maruz bırakma, ödüller (çocuk ve ergen) *Psikoeğitim (Ebeveyn)	Dört hafta 50 dakika Altı oturum Ebeveyn: Dört hafta 50 dakika Beş oturum	BDT müdahalesi ile dört hafta sonunda, deney grubunda yer alanların kontrol grubuna göre okula devam etmede anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, deney grubunda yer alanların korku, kaygı ve depresif duygu düzeylerinde öz bildirim, ebeveyn ve öğretmen geri bildirimlerine göre düşüş olduğu belirlenmiştir.
Last ve ark. (1998)	N = 56 28 kız 28 erkek 6-17 yaş	1. BDT Grubu (n=28) 2. Eğitim Grubu (n=28)	Ön test-son test-takip (bir yıl)	Bireysel	*BDT Grubu: Maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözüme ve sosyal beceri eğitimi *Eğitimsel Destek Grubu: Sunumlar, duygu günlükleri, destekleyici terapi ortamı.	12 hafta 12 oturum Haftalık 60 dakika	BDT'nin kaygı temelli okul reddinin tedavisindeki etkililiğinin araştırıldığı çalışma sonunda deney grubu ve eğitim grubundaki öğrencilerin okula devamlarının arttığı ortaya konmuştur.
King ve ark. (1999)	N = 20 7 kız 13 erkek 6-14 yaş	1. BDT Grubu (n=20) *Kontrol grubu yok	Ön test-son test-takip (üç ay)	Bireysel	*Bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim, düşünce baloncukları, gevşeme egzersizleri, kendini ödüllendirme, sosyal beceri eğitimi, maruz bırakma	Çocuk ve ergen: Dört hafta Altı oturum 50 dakika Ebeveyn: Dört hafta Beş oturum 50 dakika	Okul reddi ve kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerle yapılan bireysel BDT seansları ve ebeveyn/öğretmen eğitiminden sonra okula devam düzeylerinde artış, kaygı düzeylerinde ise anlamlı düzeyde düşüş olduğu tespit edilmiştir.
Bernstein ve ark. (2000)	N = 63 38 kız 25 erkek 12-18 yaş	1.BDT+ İlaç (n=31) 2. BDT+ Plasebo (n=32)	Ön test-son test	Bireysel & Grup	*Haftalık ev ödevi hakkında bilgi sahibi olmak için her oturuma 10-15 dakika veli katılımı *Psikoeğitim, bireyselleştirilmiş kademeli okula yeniden giriş planı (korku ve kaçınma hiyerarşisi), bilişsel yeniden yapılandırma, işlevsel iç konuşmalar, maruz bırakma, ev ödevleri, davranışsal sözleşme ve ödüller	Sekiz hafta Haftalık 45-60 dakika	Kaygı ve majör depresif bozukluk tanılı okul reddi olan ergenlerde BDT ve ilacın (imipramin), kaygı ve depresyon belirtilerini azaltmada ve okula devamı arttırmada, BDT ve plasebo grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.
Tolin ve ark. (2009)	N = 4 13-15 yaş	1. BDT Grubu (n = 4) *Kontrol grubu yok	Ön test-son test	Grup	* Motivasyonel görüşme, gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal beceri eğitimi, davranış provası, maruz bırakma *Psikoeğitim (ebeveyn)	Üç hafta Haftada beş kez 15 oturum 90-120 dakika	Okul reddi yaşayan dört ergenden üçünün okula devam süresinin arttığı ortaya konmuştur.
Beidas ve ark. (2010)	N = 27 10 kız 17 erkek 7-16 yaş	1. BDT Grubu (n=27) *Kontrol grubu yok	Ön test-son test-takip (üç yıl)	Bireysel	*Bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, ev ödevleri, ödül ve pekiştiriciler	16- 20 oturum Haftalık ? süre	BDT müdahalesi sonunda, BDT'nin okul reddi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin depresyon ve kaygı düzeylerinde de anlamlı düşüş olduğu ortaya konmuştur.
Heyne ve ark. (2011)	Ergen: N = 20 6 kız	1. BDT Grubu (n=20)	Ön test-son test-	Bireysel	*Psikoeğitim (ebeveyn)	10-14 hafta Haftalık	Kaygı bozukluğu kriterlerini karşılayan ve okulu reddeden yirmi ergenin, tedavi sonrası ve iki aylık takiplerinde okula devam,

	14 erkek 10-18 yaş Ebeveyn: N = 32 19 anne 13 baba	*Kontrol grubu yok	takip (iki hafta)		*Bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, ev ödevleri, sorun çözme, stres yönetimi eğitimi (ergen)	Bir saat ergen ve 30 dakika aile	okula ilgili korku ve kaygı düzeylerinde anlamlı düzeyde ve sürekli iyileşmeler gösterdiği tespit edilmiştir.
Maric ve ark. (2012)	Ergen: N = 19 13 erkek 6 kız 12-17 yaş	1. BDT Grubu (n=19) *Kontrol grubu yok	Ön test-son test-takip (iki ay)	Grup	*Bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme becerileri, maruz bırakma	13 oturum 13 oturum (ebeveyn) İki oturum okul personeli ile psikoeğitim	BDT müdahalesi sonrasında ergenlerin okula devam düzeylerinde anlamlı düzeyde artış olduğu, okulla ilgili kaygı ve korkularının azaldığı görülmüştür. Yine ergenlerin depresif duygu ve içselleştirme sorunlarında düşüş olduğu ifade edilmiştir. BDT temelli bu müdahalede ergenlerin tedavi sonrası okula devam artışı ve ertesi gün okula gitme korkusundaki azalmada öz-yeterliliğin aracılık ettiği bulunmuştur.
Melvin ve ark. (2016)	Ergen: N = 62 29 kız 33 erkek 11-16.5 yaş Ebeveyn ?	1.BDT+ ilaç tedavisi (n=21) 2. BDT+ Plasebo (n=21) 3. BDT (20)	Ön test-son test-takip (altı ay ve 12 ay)	Bireysel	*Ergenler için: Aşamalı maruz bırakma, sosyal beceri eğitimi, problem çözme eğitimi, gevşeme teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma, olumlu iç konuşmalar geliştirme *Ebeveynler için: Psikoeğitim	12 oturum haftalık 50-60 dakika	Araştırmada, BDT'nin fluoksetin ile desteklenmesinin okul reddi olan ergenlerde tedavi sürecine olan etkisi incelenmiştir. Her üç grupta da BDT temelli müdahale sonrası okula devam düzeyinde anlamlı düzeyde artış olduğu, tedavi grupları arasında ilaç alma/almamaya bağlı anlamlı farklılık oluşmadığı tespit edilmiştir.
Strömbeck ve ark. (2021)	Öğrenci: N = 84 26 kız 58 erkek 10-17 yaş Ebeveyn: N = 139 %57 anne %34 baba	1.BDT grubu (n=84) *Kontrol grubu yok	Ön test-son test-takip (altı ay)	Bireysel	*Öğrenciler için: Beceri eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal beceri eğitimi, kademeli okul yaklaşımı, maruz bırakma, davranışsal aktivasyon ve problem çözme eğitimi *Aile için: Rutinler, psikoeğitim ve çatışma azaltma stratejileri	Toplam 12 ay Değerlendirme aşaması (üç -dört hafta) Tedavi aşaması (altı -dokuz ay) Bakım aşaması (yaklaşık üç ay).	Uzun süreli okul devamsızlığı olan öğrenciler için BDT temelli psikososyal müdahale programı ile tedavi öncesi, tedavi sonrası ve altı aylık takip çalışması yapılmıştır. Müdahale sonrasında okula hiç devam etmeyenlerin oranı tedavi öncesi %76, tedavi sonrası %41 ve takipte %27 idi. Öğrenciler ve ebeveynlerin tedavi sonrası ve takipte kaygı ve depresyon düzeylerinde anlamlı düzeyde düşüş tespit edilmiştir.

Çalışmaların Desenleri

Değerlendirilen 10 çalışmanın tamamında ön-test son-test ölçümlerin alındığı araştırma desenleri kullanılmıştır. Çalışmaların dördünde (%40) kontrol grubu kullanılmıştır. Kontrol grubu olan dört çalışma arasından üç çalışma randomize kontrollü çalışma iken (%75, Last ve ark. 1998, Bernstein ve ark. 2000, Melvin ve ark. 2016) sadece bir çalışma randomize kontrollü çalışma değildir (%25, King ve ark. 1998). Yedi çalışmada bireysel BDT kullanılmışken (%70, King ve ark. 1998, Last ve ark. 1998, King ve ark. 1999, Beidas ve ark. 2010, Heyne ve ark. 2011, Melvin ve ark. 2016, Strömbeck ve ark. 2021) iki çalışmada BDT temelli grup terapisi kullanılmış (%20, Tolin ve ark. 2009, Maric ve ark. 2012) ve bir çalışmada ise bilişsel davranışçı bireysel terapi ve grup terapisi bir arada kullanılarak uygulama yapılmıştır (%10, Bernstein ve ark. 2000).

Ölçümler ve Ölçüm Yöntemleri

İncelenen çalışmalarda müdahalelerin tümünün etkililiği ön-test son-test ölçümleriyle değerlendirilmiş, bazılarında ise müdahalelerin daha uzun süreli etkililiğini belirleyebilmek adına izlem ölçümleri yapılmıştır. On makale içerisinde yalnızca ikisinde (%20; Last ve ark. 1998, King ve ark. 1999) izlem değerlendirmesinin yapılmadığı saptanmıştır. İzlem ölçümlerinin müdahale sonrasında iki hafta ile üç yıl arasında değişen bir zaman aralığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalara bakıldığında, bir çalışmada iki hafta (Heyne ve ark. 2011), bir çalışmada iki ay (Maric ve ark. 2012), iki çalışmada üç ay (King ve ark. 1998, King ve ark. 1999), bir çalışmada altı ay (Strömbeck ve ark. 2021), bir çalışmada bir yıl (Last ve ark. 1999), diğer bir çalışmada ise altı ay ile 12 ay arasında (Melvin ve ark. 2016) izlem ölçümü yapıldığı belirtilmiştir.

İncelenen çalışmalarda farklı ölçme araçlarının kullanıldığı saptanmıştır. Buna göre ölçme araçlarının bazılarının doğrudan okul reddine yönelik belirtileri araştırmaya (ör. Okul Reddi Değerlendirme Ölçeği [Kearney 2002], Okul Korku Termometresi [Heyne ve Rollings 2002]), bazılarının depresyon ve kaygı gibi okul reddine eşlik eden sorunları araştırmaya (ör. Gözden Geçirilmiş Çocuk Manifest Anksiyete Ölçeği [Reynolds ve Richmond 1978]),

bir kısmının ise okul reddinin işlevselliğe etkisini araştırmaya (ör. Küresel İyileştirme Ölçeği [Gittelman Klein ve Klein 1971]) yönelik değerlendirme araçları olduğu saptanmıştır. Ayrıca okul reddi belirtilerini değerlendirirken çocuğun / ergenin öz bildirimlerinin yanı sıra klinisyenin, ailenin ve öğretmenlerin bildirimlerinin değerlendirildiği ölçme araçları da çalışmalarda kullanılmıştır (ör. Çocuk Davranışı Kontrol Listesi [Achenbach ve Edelbrock 1983])

BDT'nin İçeriği ve Özelliği

BDT Teknikleri

Kullanılan BDT teknikleri açısından çalışmalar değerlendirildiğinde: bilişsel yeniden yapılandırmanın (%100, n = 10), maruz bırakmanın (%100, n = 10), psikoeğitimin (%60, n = 60) ve gevşeme eğitiminin (%40, n = 4) en sık kullanılan yöntemler arasında yer aldığı saptanmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak bir çalışmada duygu günlükleri (%10, Last ve ark. 1998), diğer bir çalışmada stres yönetimi eğitimi (%10, Beidas ve ark. 2010) ve birinde ise motivasyonel görüşme (%10, Tolin ve ark. 2009) tekniklerinin kullanıldığı belirlenmiştir.

Oturumların Özellikleri

İncelenen çalışmalarda uygulanan BDT oturum özellikleri ve sayıları incelenmiştir. Çalışmaların %30'unda (n = 3; Beidas ve ark. 2010, Maric ve ark. 2012, Strömbeck ve ark. 2021) oturumlara ilişkin ayrıntılı bilgiye yer verilmediği saptanmıştır. Ancak genel olarak gözden geçirilen çalışmalarda bireysel BDT oturum sürelerinin 50 dakika (ör. King ve ark. 1998) ile 60 dakika (ör. Melvin ve ark. 2016) arasında değiştiği belirlenmiştir. Bilişsel davranışçı grup oturumlarında ise sürenin 90 ile 120 dakika (Tolin ve ark. 2009) arasında olduğu saptanmıştır. Oturumlar sıklıkları açısından değerlendirildiğinde, çalışmaların çoğunda bireysel ve grupla BDT oturumlarının haftada bir ya da iki kez gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Çalışmaların tümü göz önüne alındığında, en az altı oturum (ör. King ve ark. 1998, King ve ark. 1999) ve en fazla 20 oturum (Beidas ve ark. 2010) olmak üzere farklı uzunlukta terapi sürelerinin olduğu saptanmıştır.

Çalışmaların Bulguları

Gruplararası Karşılaştırmalar

Hem bilişsel davranışçı bireysel terapinin hem de bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiğini araştıran ve kontrol grubunun kullanılmadığı altı çalışma ayrı ayrı incelendiğinde, tüm çalışmalarda okul reddi için istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur (%100, King ve ark. 1999, Tolin ve ark. 2009, Beidas ve ark. 2010, Heyne ve ark. 2011, Maric ve ark. 2012, Strömbeck ve ark. 2021). BDT ve kontrol grubunu karşılaştıran bir çalışmada (King ve ark. 1998) BDT grubunun istatistiksel olarak kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha etkili sonuçlar ortaya koyduğu belirlenmiştir. BDT ve tasarlanmış eğitim grubunun yer aldığı bir başka çalışmada (Last ve ark. 1998) ise müdahale sonrasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. BDT'nin ilaç ve plasebo gruplarıyla karşılaştırıldığı bir başka çalışmada (Bernstein 2000) da BDT ve ilaç grubunun diğer gruptan daha üstün olduğu ortaya konmuştur. Melvin ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise BDT, BDT ve ilaç ile BDT ve plasebo grupları arasında sonuçlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Belirtilere Göre Değişim

BDT'nin etkililiğini inceleyen 10 çalışmanın tümünde okul reddi belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, BDT ve kontrol grubunu karşılaştıran bir çalışmada (King ve ark. 1998) BDT'nin okul reddi belirtileri azaltmada kontrol grubuna göre daha etkili olduğu belirlenirken BDT ve plasebo grubunun yer aldığı bir başka çalışmada (Last ve ark. 1998) iki grubun belirtileri azaltmada eşit düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. Bir diğer çalışmada, BDT'ye eklenen ilaç desteğinin müdahalede daha etkili olduğu bulunurken (Bernstein ve ark. 2000), bir başka çalışmada ise (Melvin ve ark. 2016) BDT ve BDT'ye eklenen, plasebo ve ilaç gruplarının okul reddi belirtilerini azaltmada eşit düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir.

Eşlik Eden Sorunlar

Araştırma kapsamında değerlendirilen çalışmaların ikisinde (Last ve ark. 1998, Heyne ve ark. 2011) kaygı ve depresyon gibi okul reddine eşlik eden problemlere yönelik yürütülen BDT müdahalelerinin bu problemler üzerine etkisi de incelenmiştir. Buna göre belirtilen çalışmalarda, BDT'nin çocuk ve ergenlerde kaygı ve depresif belirtileri azaltmada, okul reddiyle benzer şekilde etkili sonuçlar ortaya koyduğu belirlenmiştir (Heyne ve ark. 2011, Last ve ark. 1998).

Tartışma

Okul reddi üzerine BDT temelli uygulamaların etkinliğini ölçen araştırmaların gözden geçirildiği bu çalışmanın sonucunda, BDT'nin okul reddi üzerine etkisi olan geçerli ve yaygın kullanılan bir yaklaşım olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında incelenen 10 çalışma değerlendirildiğinde, kontrol veya karşılaştırma gruplarının olmadığı çalışmalar, ilaç ya da başka eğitim programı ile karşılaştırma gruplarının olduğu çalışmalar ve BDT ve kontrol grubunun yer aldığı çalışmalar olarak genel olarak üç gruba ayrılabilir. Diğer bir deyişle, incelenen çalışmalarda karşılaştırmalar, ilaç tedavisi (Bernstein ve ark. 2000, Melvin ve ark. 2016) ve alternatif eğitim grubu (Last ve ark. 1998) ile yapılmıştır. Öte yandan, çalışmalar içerisinde bireysel BDT müdahalelerinin ağırlıklı olduğu saptanmıştır. Okul reddi üzerine müdahalelerin tümünde aşamalı maruz bırakma tekniğinin kullanıldığı düşünüldüğünde, okul devamlılığını sağlama adına bireye özel bir müdahale çalışmasının sıklıkla tercih edildiği düşünülmüştür. Öte yandan okul reddinin öğrenciler tarafından okula başlama süreçleri dışında farklı zamanlarda yaşanabildiği ve çocukların ailesel sorunların varlığı gibi özelliklerinin farklılaşabildiği göz önüne alındığında, bireysel çalışmalara ağırlık verilmesi bu durumlardan kaynaklanabilir.

Çalışmaların bulguları değerlendirildiğinde, bireysel ya da grupla BDT müdahalelerinin etkili sonuçlar verdiği görülmektedir (%80). Kontrol gruplu çalışmalar içerisinde, yalnızca bir çalışmanın (King ve ark. 1998) seçkisiz atama ile yapıldığı göz önüne alındığında, ilgili çalışmanın temsil gücünün yüksek olduğu ifade edilebilir. Kontrol ya da karşılaştırma grubunun olmadığı çalışmalarda, BDT'nin okul reddi üzerine etkili olduğu tespit edilmiştir (King ve ark. 1999, Tolin ve ark. 2009, Beidas ve ark. 2010, Heyne ve ark. 2011, Maric ve ark. 2012, Strömbeck ve ark. 2021). İlaç tedavisi ve BDT müdahalelerinin karşılaştırıldığı çalışmaların birinde ilaç tedavisinin ve BDT'nin birlikte ilerlemesinin daha etkili olduğu bulunurken (Bernstein ve ark. 2000), bir diğer çalışmada (Melvin ve ark. 2016) BDT tedavisinin tek başına ilaç tedavisi ve BDT müdahalesi ile eşit düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. BDT müdahalesi ile tasarlanmış bir eğitim grubunun okul reddi üzerine etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada (Last ve ark. 1998) ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmaması ve her iki grupta eşit düzeyde etkili olması dikkat çekicidir. Bununla birlikte Last ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında olduğu gibi tasarlanmış bir psikoeğitim grubu haricinde farklı terapi ekolleri ile BDT'nin okul reddi üzerine etkililiğini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu durum okul reddi konusunda farklı ekollerin değerlendirildiği yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür.

Araştırma kapsamında değerlendirilen çalışmalar, kullanılan BDT teknikleri açısından incelendiğinde genellikle benzer tekniklerin uygulandığı, psikoeğitim, gevşeme eğitimi, sosyal beceri eğitimi, ev ödevleri, ödül ve pekiştireçler ile bilişsel yeniden yapılandırmanın ağırlıklı olarak kullanıldığı görülmektedir. Önemli görülen diğer bir husus, okul reddi üzerine yürütülen müdahalelerde ebeveyn ve okul katılımının sürece dahil edilmesidir. Çocukların ve ergenlerin okula devamını sağlamada aile, okul ve öğrenci iş birliği dikkate alınarak uygulamaya geçilmesi ekolojik sistem kuramı (Bronfenbrenner 1992) açısından anlamlı görülmektedir. Nitekim aile ve/veya okulun katılımının olduğu çalışmalarda (King ve ark. 1999, Bernstein ve ark. 2000, Heyne ve ark. 2011, Melvin ve ark. 2016, Maric ve ark. 2021, Strömbeck ve ark. 2021) okul reddi üzerine etkili sonuçlar elde edilmesi farklı mikrosistemler arasında iş birliğini artırıp bütünlüğü ve kapsayıcılığı sağladığı gibi kuramın geçerliliğini de doğruladığı söylenebilir.

Gözden geçirilen çalışmalarda, terapilerin süreleri incelendiğinde farklı uzunluklara sahip olmakla birlikte, en fazla 20 oturum (Beidas ve ark. 2010) uygulama yapıldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, altı oturum (King ve ark. 1998, King ve ark. 1999) süren BDT uygulamalarında dahi okul reddi üzerine etkili sonuçlar alınması, BDT temelli müdahalelerinin okul reddi konusundaki kısa süreli etkisini ortaya koymaktadır. Yine örneklemelerin kızlardan, erkeklerden ve beş yaştan (King ve ark. 1998) 18 yaşa (Bernstein ve ark. 2000) kadar farklı yaş gruplarındaki çocuklardan oluşması BDT yaklaşımının cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeksizin çocuklarda ve ergenlerde etkili bir müdahale yöntemi olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların sekizinde (%80) tedavi sürecinden sonra izleme çalışması yapılmakla birlikte ikisinde (%20) izleme çalışmasının olmadığı görülmüştür. BDT müdahalesi sonrası izleme çalışmalarının yapılması, çocukların ve ergenlerin okula devam durumlarını değerlendirilmesine fırsat sunduğu gibi problem çözme eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve gevşeme eğitimi gibi çocukların ve ergenlerin günlük yaşamlarında kullanabilecekleri tekniklerin ve becerilerin etkililiğinin tedavi sonrasında kullanılmaya ne derece devam edildiğinin değerlendirebilmesine de olanak sağlanmaktadır. Ancak belirtilen iki çalışmada (Bernstein ve ark. 2000, Tolin ve ark. 2009) terapi sonrası izlem çalışmasının olmaması bir sınırlılık olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmanın bir diğer bulgusu ise okul reddi ve BDT üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, nicel araştırma

desenleri üzerine kurulu Türkiye'den bir araştırmaya ulaşamamasıdır. Ulusal alanyazında derleme çalışmalarının (Lüleci 2015, Kardaş ve ark. 2018) ve vaka çalışmalarının (Erden ve ark. 2015) yer aldığı görülmektedir. Yine okul reddi ve BDT üzerine ulusal ve uluslararası alanyazın çalışmaları sistematik olarak derleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olup var olan durumu betimlemesi ve konuyla ilgili araştırmalara olan ihtiyacı göstermesi bağlamında bu araştırmanın Türkçe alanyazına katkı sağlayacağı söylenebilir. Bilindiği üzere, Milli Eğitim Bakanlığı'nın (2019) istatistiklerine göre 2019-2020 yılında örgün eğitimde eğitim öğrenim gören toplam 18.241.881 öğrenci bulunmaktadır. Bu anlamda, Türkiye'de okul yaşamına devam eden yoğun ve dinamik popülasyonun okula uyumunu ve okula devamlılığını sağlıklı şekilde sürdürebilmek adına, konuyla ilgili çalışmalara büyük ölçüde ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi çalışmada kanıta dayalı sonuçların elde edilebilmesi için tarama sürecinde yalnızca nicel çalışmalar gözden geçirmeye dahil edilmiştir ve 10 çalışmaya ulaşılmıştır. Bununla birlikte tarama kelimeleri Türkçe ve İngilizce olduğundan yalnızca bu yayın dillerinde ve ilgili veri tabanlarında gerçekleştirilmiş araştırmalara ulaşılmıştır. İleride gerçekleştirilecek çalışmalarda veri tabanları çeşitlendirilebilir ve yayın dilleri Türkçe ve İngilizce dışında başka dilleri de içerecek şekilde çalışmanın kapsamı genişletilerek yürütülebilir. Son olarak bu çalışma sistematik derleme türünde gerçekleştirilmediği için değerlendirilen çalışmalarda bias riski, etki ölçümleri, sentez yöntemleri ve kesinlik değerlendirme yöntemleri incelenmemiştir. Okul terki alanında deneysel çalışmaların yaygınlaşması ile ileride gerçekleştirilecek çalışmalarda meta analiz çalışmaları gerçekleştirilebilir.

Sonuç

Bu sistematik derlemede, okul reddi üzerine yapılan BDT müdahalelerinin etkililiğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında, belirlenen kriterlere uygun on çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmalarda, BDT temelli uygulamaların okul reddi üzerine etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Dahası, ilaç ve BDT müdahalelerinin birlikte uygulandığında etkiyi daha da arttırabildiği değerlendirilmiştir. Bu araştırmanın bir sonucu olarak, Türkiye'de okul reddi üzerine yapılan BDT müdahalelerini konu alan araştırmaların nitel desende çalışıldığı saptanmıştır. Kültürün çocuklara uygulanan müdahalelerin etkililiği etkileyebilecek karıştırıcı bir faktör olabileceği (Sarı 2015) göz önüne alındığında okul reddi konusunda Türkiye örnekleminde yapılan BDT temelli nicel ve karma desen araştırmaların yürütülmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda da başta okul reddi ve okul terki açısından risk grupları olmak üzere farklı kültürel özellikler sergileyen, her öğretim kademesindeki öğrencilere BDT müdahaleleri gerçekleştirilebilir ve bu çalışmaların etkililiği sınanabilir.

Psikolojik danışma ve rehberlik alanında özellikle okul öncesi, ilkököl, ortaoköl ve lise kademelerinde görev alan okul psikolojik danışmanları, ruh sağlığı çalışanı olarak okula uyumu sağlama, öğrencilerin okulda öznel iyi oluş düzeylerini arttırma ve ruh sağlıklarını güçlendirme adına yaptıkları çalışmalarda BDT tekniklerine ve yaklaşımlarına yer verebilirler. BDT yaklaşımlarında yer alan farklı teknikler ve materyaller okul ortamında çocuklara ve ergenlerle uygulamada kullanılabilir. Benzer şekilde, BDT temelli geliştirilen grup rehberlik etkinlikleri çocukların psikososyal gelişimi üzerinde faydalı olabilir.

Sonuç olarak bu çalışma ile okul reddi konusunda alanyazında çoğunlukla BDT'nin hem kız hem de erkek öğrencilerde etkili olduğu (Beidas ve ark. 2010, Strömbeck ve ark. 2021), 5- 17 yaş arası öğrencilerde kullanılabilirliği (King ve ark. 1998, Maric ve ark. 2012), ilaç tedavisi ile benzer sonuçların elde edildiği (Melvin ve ark. 2016) ve ilaç tedavisi ile birlikte uygulandığında tedavi başarısının arttığı (Bernstein ve ark. 2000) belirlenmiştir. Nitekim alanyazında da okul reddine yönelik psikososyal müdahaleler arasında en fazla ampirik desteğe sahip yaklaşımın BDT olduğu vurgulanmaktadır (ör. Tonge ve ark. 2002, Lee 2019). İleride gerçekleştirilecek araştırmalarda BDT haricinde diğer müdahalelerin etkinliğinin araştırılması, BDT ve farklı terapi ekollerinin etkinliğini karşılaştıran çalışmaların yapılması okul reddi üzerine müdahale alternatiflerini arttırması bakımından önemli görülmektedir.

Kaynaklar

- Alkan V, Şimşek S, Armağan-Erbil B (2019) Karma yöntem: Öyküleyici alanyazın incelemesi. Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi, 7:559-582.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5). Washington D.C., American Psychiatric Association.
- Bahalı K, Yolga Tahiroğlu A (2010) Okul reddi: Klinik özellikler, tanı ve tedavi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2:362-383.
- Bahalı K, Yolga Tahiroğlu A, Avcı A (2009) Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Derg, 10:310-317.

- Bakırtaş D, Nazhoğlu M (2021) Okul terkinin maliyeti: Kamu gelirleri kapsamında Türkiye değerlendirmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 5:671-691.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive Therapy for Depression*. New York, Guilford Press.
- Beidas RS, Crawley SA, Mychailyszyn MP, Comer JS, Kendall PC (2010) Cognitive-behavioral treatment of anxious youth with comorbid school refusal: Clinical presentation and treatment response. *Psihologijske Teme*, 19:255-271.
- Berg I (1997) School refusal and truancy. *Arch Dis Child*, 76:90-91.
- Berg I, Nichols K, Pritchard C (1969) School phobia: Its classification and relationship to dependency. *J Child Psychol Psychiatry*, 10:123-141.
- Bernstein GA, Crosby RD, Perwien AR, Borchardt CM (1996) Anxiety rating for children-revised: Reliability and validity. *J Anxiety Disord*, 10:97-114.
- Braet C, Timbremont B (2002) *Children's Depression Inventory- Dutch Version*. San Antonio-Texas, Harcourt Test Publishers.
- Bronfenbrenner U. (1992). *Ecological Systems Theory*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- David Ferdon C, Kaslow N (2008) Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37:62-105.
- Epstein JL, Sheldon SB (2002) Present and accounted for: improving student attendance through family and community involvement. *J Educ Res*, 95:308-318.
- Erden S, Şirin-Ayva UAB, Tekin AGI (2015) Okul reddinde bilişsel davranışçı terapisinin kullanımı: İlkokul ve ortaokul olgu sunumu. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 41:119-129.
- Fox JE, Houston BK (1983) Distinguishing between cognitive and somatic trait and state anxiety in children. *J Pers Soc Psychol*, 45:862.
- Fremont WP (2003) School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician*. 68:1555-1564.
- Gittelman Klein R, Klein DF (1971) Controlled imipramine treatment of school phobia. *Arch Gen Psychiatry*, 25:199-215.
- Goodman R (1997) The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38:581-586.
- Granell de Aldaz E, Vivas E, Gelfand DM, Feldman L (1984) Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears: A Venezuelan sample. *J Nerv Ment Dis*, 172:722-729.
- Gümüştas F, Yulaf Y, Gökçe S (2014) Çocuk ve ergenlerde okul reddi davranışının nedenlerinin incelenmesi. *Marmara Medical Journal*, 27:27-31.
- Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Pritchard M, Rollings S, Young D et al. (1998) The Self-Efficacy Questionnaire for School Situations: Development and psychometric evaluation. *Behav Change*, 15:31-40.
- Heyne D, Maric M, Kaijser J, Duizer L, Sijtsma C, Van der Leden S (2007) Self- Efficacy Questionnaire for School Situations— Dutch Version. Leiden, Leiden University.
- Heyne D, Rollings S (2002) *School Refusal*. Oxford, Blackwell Scientific.
- Kahn JH, Nurston JP (1962) School refusal: A comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *Am J Orthopsychiatry*, 32:707-718.
- Kardaş Ö, Kardaş B, Bildik T (2018) Gençlerde okul reddi davranışı: Buzdağının görünen ucu. In *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar (ED T Bildik)*: 157-169. Ankara, Türkiye Klinikleri.
- Kearney CA (2001) *School Refusal Behavior in Youth: A Functional Approach to Assessment and Treatment*. Washington, American Psychological Association.
- Kearney CA (2002) Identifying the function of school refusal behavior: A revision of the School Refusal Assessment Scale. *J Psychopathol Behav Assess*, 24:235-245.
- Kearney CA, Albano AM (2007) *When Children Refuse School: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach, Therapist Guide (2nd edition)* Oxford, Oxford University Press.
- Kearney CA, Bates M (2005) Addressing school refusal behavior: Suggestions for frontline professionals. *Child Sch*, 27:207 – 216.
- King NJ, Bernstein G (2001) School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Psychiatry*, 40:197-205.
- Kirby A (2018) School refusal: kids who just say no to school. *Education Digest*, 83:41-43.
- Last CG, Hansen C, Franco N (1998) Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 37:404-411.
- Last CG, Strauss CC (1990) School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:31-35.
- Lee H (2019) The use of cognitive behavioural therapy for school refusal behaviour in educational psychology practice. *Educational Psychology Research and Practice*, 5:1-13.
- Lüleci B (2015) Bilişsel davranışçı müdahalelerin okul reddi yaşayan çocuk ve ergenler üzerinde etkisine ilişkin bir inceleme. *Ege Eğitim Dergisi*, 16:408-421.
- Maeda T, Oniki K, Miike T (2019) Sleep education in primary school prevents future school refusal behavior. *Pediatr Int*, 61:1036-1042.

- March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Conners CK (1997) The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:554–565.
- Maynard BR, Heyne D, Esposito-Brendel K, Bulanda JJ, Thompson AM, Pigott TD (2018) Treatment for school refusal among children and adolescents: a systematic review and meta analysis. *Res Soc Work Pract*, 28:56-67.
- MEB (2019) Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2019/20. Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı.
- Ollendick TH (1983) Reliability and validity of the Revised Fear Surgery Schedule for Children (FSSC-R) *Behav Res Ther*, 21:685-692.
- Oosterlaan J, Prins PJM, Hartman CA, Sergeant JA (1995) Vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK): Zelfrapportagevragenlijst voor angst bij kinderen van 6-12 jaar, Een Nederlandse Bewerking van de Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSCR) Handleiding [Dutch Adaptation of the Fear Survey Schedule for Children]. Lisse, Swets Test Services.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al (2021) The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev*, 10:89.
- Poznanski EO, Grossman A, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R (1984) Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *J Am Acad Child Psychiatry*, 23:191-197.
- Sarı SA (2021) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar. Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- Sarı T (2015) Positive psychotherapy: Its development, basic principles and methods, and applicability to Turkish culture. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3:182-203.
- Silverman W, Pina A, Viswesvaran C (2008) Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*, 37:105-131.
- Tolin DF, Whiting S, Maltby N, Diefenbach GJ, Lothstein MA, Hardcastle S et al. (2009) Intensive (daily) behavior therapy for school refusal: A multiple baseline case series. *Cogn Behav Pract*, 16:332–344.
- Tonge B, Dudley A, Melvin G, Heyne D, Rollings S (2006) School Refusal Program Consumer Satisfaction Questionnaire. Unpublished questionnaire.
- Tonge BJ, Cooper H, King NJ, Heyne D (2002) School refusal: description and management. *Curr Ther*, 43:55-61.
- Utens EMWJ, Ferdinand RF (2000) Nederlandse vertaling van de Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-NL) [Dutch translation of the Multidimensional Anxiety Scale for Children]. Rotterdam, Erasmus Medical Centre Sophia Kinderziekenhuis.
- Verhulst FC, Van der Ende J, Koot HM (1996) Handleiding voor de CBCL (4–18) [Manual for the CBCL (4–18)]. Rotterdam, Erasmus University.
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-370.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.