

Çocuk ve Ergenlerin Ruh Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Önemli Bir Güç: Hemşireler

Nurses: The Important Power for Protecting and Developing of Children's and Adolescents' Mental Health

Cemile Hürrem Ayhan , Özgü Uluman , Sevim Buzlu 

Öz

Çocuk ve ergenlerin %10-20'si herhangi bir zamanda ruhsal bir rahatsızlığa maruz kalmakta ve sadece %25'i profesyonel yardım almaktadır. Bu dönemde görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi sekteye uğratarak çocuk ve gençlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilmektedir. Çocukluğun özel bir gelişim evresi olduğu ve çevresel faktörlerden etkilenmesi de göz önünde bulundurulduğunda, ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruhsal bozuklukların önlenmesinin önemi büyüktür. Çocuk ve ergenin ruh sağlığında koruyucu önlemler planlanırken çocuk ve ergenin gelişim aşaması, ruhsal bozukluklara karşı savunmasızlık derecesi, ruhsal bozukluğun nasıl ifade edildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla ruhsal bozuklukları anlamak ve koruyucu önlemleri belirlemek için gelişimsel bir bakış açısı gerekmektedir. Literatürde çocuk ve ergen ruh sağlığında koruyucu önlemler; tarama programları, ev ziyaretleri, ebeveyn eğitimleri, okul tabanlı programlar olarak belirtilmektedir. Bu derlemenin amacı; çocuk ve ergenlere yönelik koruyucu ruh sağlığı girişimleri, bu girişimlerin etkinliği ve hemşirelerin bu girişimlerdeki rolüne dikkat çekmektir.

Anahtar kelimeler: Çocuk ergen ruh sağlığı, psikososyal girişimler, koruyucu önlemler, hemşirelik

ABSTRACT

The burden of disease related to mental disorders in children and adolescents is great. 10-20% of children and adolescents are exposed to mental illness and only 25% have been received professional help. The mental disorders that may be seen during this period have interfered with normal psychological development and prevented child and adolescent from reaching their ideal functioning. The development of mental health and the prevention of mental disorders among children and adolescent being aware of the fact that childhood is a special developmental stage and will be affected by environmental factors is special issue. When preventive measures are planned in child and adolescent mental health, the stage of development of the child, the degree of vulnerability to mental disorders, how the disorder is expressed must be considered. Therefore, a developmental perspective is needed to understand mental disorders and to identify preventive measures. Preventive measures in child and adolescent mental health are included in the literature as screening programs, home visits, parental education, and school-based programs. The purpose of this literature review is to examine preventive interventions and effectiveness of these interventions for children and adolescent mental health.

Keywords: Child and adolescent mental health, psychosocial intervention, preventive intervention, nursing

Received/Geliş: 08.07.2018
Accepted/Kabul: 18.10.2020
Published Online: 15.06.2022

Cite as: Ayhan Balık CH, Uluman Ö, Buzlu S. Çocuk ve Ergenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir güç: Hemşireler. Jaren. 2022;8(2):87-96.

Cemile Hürrem Ayhan

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Van, Türkiye

 hurremayhan@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-6326-2177

Ö. Uluman 0000-0002-9734-0022
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kars, Türkiye

S. Buzlu 0000-0002-1668-4182
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Çocuk ve ergen ruh sağlığı, ideal psikolojik sağlık ve işleve sahip olma ve bunu sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır ⁽¹⁻³⁾. Ruhsal açıdan iyi olan çocuk ve ergenler; olumlu kimlik ve öz-değer duygusu geliştirmiştir; sağlıklı kişilerarası ilişkileri başlatır, geliştirir, devam ettirebilir ve bu ilişkiden doyum sağlayabilir; kendine güvenli ve girişkendir, üretkendir ve öğrenme becerisine sahiptir; kendinin ve diğer kişilerin farkındadır ve empati kurabilir; gelişimsel zorluklarla baş etme ve büyümeyi en üst düzeye çıkarmak için kültürel kaynakları kullanma kapasitesine sahiptir ⁽⁴⁾. Bu dönemde görülebilecek ruhsal bozukluklar normal gelişimi aksatarak çocuk ve ergenlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilmektedir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığında (ÇERS) yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ruh Sağlığı Raporu (2017), çocuklar arasında ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığının farklı ülkelerde %10 ile %20 arasında değiştiğini ve sadece %25'inin profesyonel yardım aldığını belirtmektedir ⁽⁵⁾. Ayrıca ruh sağlığı sorunlarının yaklaşık olarak %50'sinin 14 yaşından önce başladığı vurgulanmaktadır ^(5,6). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde on gençten birinde tanı alacak düzeyde ruhsal rahatsızlık yaşanmakta, ancak bunların yalnızca bir tanesi gerekli tedaviyi almaktadır ⁽⁷⁾. Nijerya, Arap Emirlikleri, Sudan gelişmekte olan ülkelerde de benzer prevalans düzeyleri bildirilmiştir ⁽⁸⁾. Dünyanın çoğu bölgesinde çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı ihtiyaçları yetersiz düzeyde karşılanmaktadır. ABD'de çocukların sadece % 5-10'u ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaktadır ⁽⁹⁾.

Türkiye'de ise ÇERS epidemiyolojisi ile ilgili en kapsamlı çalışma olan Ruh Sağlığı Profili (1998) araştırmasına göre ise; genel olarak çocuk ve gençlerde sorun davranışların yaklaşık %11 oranında olduğu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde en sık depresif bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir. Ergenlik dönemi birçok psikiyatrik bozukluk riskini beraberinde getirmektedir. Bunlar arasında kişilik bozuklukları, şizofreni, affektif bozukluklar, sigara, alkol, madde kullanımı gibi bağımlılıklar sayılabilir ⁽¹⁰⁾. Türkiye'nin Erken Çocukluk Dönemi (1-3 Yaş) Ruh Sağlığı Profili'nin Belirlenmesi (2009) çalışmasına göre; katılımcıların yaklaşık %60'ı çocuklarında ruhsal ya da gelişimsel bir sorun olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir ⁽¹¹⁾. Çocuklarda sorun davranış oranı

%9,3 olarak saptanmıştır ⁽¹⁰⁾. Çocuk ergen psikiyatri kliniğine başvuru yapan olguların tanıları ve sosyo-demografik özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada (2015), hastalarda, en sık olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%20,6), diğer yıkıcı davranış bozuklukları (%12,4) ve anksiyete bozukluğu (%10,2) olarak saptanmıştır ⁽¹²⁾.

Yapılan prevalans çalışmaları, çocuk ve ergenliğin özel bir gelişim evresi ve bu dönemde oluşacak problemlerin normal gelişimi aksatacağı göz önüne alındığında çocuk ergen ruh sağlığının gelişiminin ve ruhsal bozuklukların önlenmesinin önemi büyüktür.

Çocuk ve ergenin ruh sağlığını korumak için önleme çalışmalarının geliştirilmesinin 3 ana nedeni:

- (1) Belirli ruhsal bozukluklar, çocuk ve ergen gelişiminin belirli evrelerinde ortaya çıktığından, tarama programları ve bu bozukluklara yönelik girişimler bu bozuklukların en çok görüldüğü döneme yönlendirilmesi;
- (2) Çocukluk ve ergenlik dönemindeki ruhsal bozukluklar yetişkinlik çağındaki hastalıklarla ilişkili olduğundan erken müdahalenin, uzun vadeli hastalık olasılığını önleyebilmesi veya azaltabilmesi;
- (3) Etkili girişimler aracılığıyla birey ve ailede ruhsal bozuklukların yükünü azaltarak, sağlık sistemleri ve toplum için maliyetinin düşürülmesi olarak belirlenmiştir ^(5,13).

Çocuk ve ergenin ruh sağlığını koruyucu önlemler planlanırken; çocuğun gelişim aşaması, ruhsal bozukluklara karşı savunmasızlık derecesi, bozukluğun nasıl ifade edildiği göz önünde bulundurulması gereken konulardır. Dolayısıyla ruhsal bozuklukları anlamak ve koruyucu önlemleri belirlemek için gelişimsel bir bakış açısı gerekmektedir.

Yaşamın ilk birkaç yılında bebek ve küçük çocuklarda bağlanma bozuklukları gelişebilmektedir. Bu sorunlar çocuk istismarı ve ebeveynlerin ihmaliinden kaynaklanabilmektedir. Örneğin, postpartum dönemde veya sonrasında ruhsal bir rahatsızlığı olan anne çocuğu ile ihtiyacı olan duygusal bağı kurmakta zorlanabilmektedir. Değerlendirilmesi gereken bir diğer ruhsal bozukluk ise yaşamın ilk üç yılında ortaya çıkan yaygın gelişimsel (otizm) bozukluktur. Doğru ve erken teşhis ebeveynlerin uygun tedavi kaynaklarına ulaşmasını sağlayabilmektedir ^(13,14).

Tablo 1. Gelişim Dönemlerine Göre Çocuk ve Ergenlerde Ortaya Çıkabilecek Ruhsal Sorunlar

Yaş	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Hastalık																		
Bağlanma Sorunları																		
Yaygın Gelişimsel Bozukluklar																		
Yıkıcı Davranış Bozuklukları																		
Duygudurum Ve Anksiyete Bozuklukları																		
Madde Kullanım Bozuklukları																		
Yetişkin tipi Psikoz																		

(Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans, WHO 2005)

Dört ile altı yaş arasındaki çocuklarda en yaygın ruhsal sorunlar ise, aşırı hareketlilik ve davranış bozukluklarıdır. Aşırı hareketlilik, çocuğun sosyal gelişimi üzerinde derin etkileri olan davranış bozuklukları için başlıca risk faktörlerindendir. Tedavi edilmediğinde ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de sıklıkla devam eder ve okuldan ayrılma, antisosyal davranışlar gibi sorunlara neden olabilir. Daha sonraki çocukluk çağında (12-18 yaş), madde kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir ^(13,14).

Travma, genetik rahatsızlıklar, toksinlere maruz kalma gibi etkenlerin fiziksel sağlık sorunlarına yol açtığı gibi ruh sağlığını da etkileyebildiği bilinmektedir. Bazı çocuk ve ergenler, fiziksel, duygusal ve / veya cinsel istismar, şiddet veya savaş, evsizlik, göç, yoksulluk gibi zor durumlara maruz kalabilmektedirler. Bu zor koşullar ve ruh sağlığı sorunları çeşitli şekillerde birbiri ile ilişkilendirilebilir. Örneğin, cinsel istismara uğrayan bir çocuk travma sonrası stres bozukluğu için risk altındayken; bir ergen depresif duygularla başa çıkmak için alkol veya madde kullanabilmektedir.

Ruh sağlığı sorunları ve zor koşullar arasındaki ilişkinin niteliği ne olursa olsun, çocuk ve ergenlerin ihtiyaçlarını karşılamak için önleme stratejilerinin belirlenmesi önemli ve gereklidir ^(13,14).

Dünya Psikiyatri Birliği (WPA) 2003 yılında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Küresel Programını başlatmıştır. Program, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Müttefik Meslekler Birliği (IACAPAP) ile birlikte yürütülmüştür. Program; Farkındalık, Önleme ve Tedavi olmak üzere üç ana alana odaklanmıştır.

Genel hedefleri ise şunlardır:

- Toplumu bireysel ve organizasyonel düzeyde çocuk ve ergenin ruhsal hastalık ve sorunları, yaygınlığı ve çözüm olasılıkları hakkında bilinçlendirmek,
- Çocuk ve ergen ruhsal bozukluklarının önlenmesini teşvik etmek ve ruhsal gelişime katkıda bulunacak girişimleri desteklemek,
- Ruhsal bozuklukları olan çocuk ve ergenlere yönelik tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi için destek sunmayı ve kanıta dayalı tedavi yöntemlerini kullanmayı teşvik etmek ⁽¹⁵⁾.

Avrupa'da, çocuklar için ruh sağlığı hizmetleri yetişkinlere göre daha az gelişmiştir. Uzman personelin azlığı, pratisyen hekimlerin ve pediyatristlerin çocuk psikiyatrisi alanında kısıtlı eğitimi ve okul sağlığı kapsamında psikolojik yaklaşımların ve hizmetlerin yetersiz olması başlıca sorunlardandır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterliliği, ulusal gelir düzeyi ile de ilişkilidir ^(15,16).

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığında Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Genel olarak, bunlar risk faktörleri ve koruyucu faktörler olarak tanımlanabilmektedir ⁽¹⁷⁾. Risk faktörleri, ruh sağlığı sorunları ve hastalıklarının ortaya çıkma ihtimalini artıran faktörleri, koruyucu faktörler ise, riske maruz kalmanın etkilerini hafifleten faktörleri belirtir. Risk faktörleri biyo-psiko-sosyal alanlara göre sınıflandırılabilir ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Genetik veya kromozomal anomaliler, alkol veya nikotin gibi intrauterin toksinlere maruz kalma, prematüre doğum, erken gelişme sırasında kurşun gibi toksinlere maruz kalma, epilepsi veya beyin hasarı gibi kronik fiziksel engellilik, çocuk ve ergen ruh sağlığında biyolojik risk faktörlerinin en yaygın olanlarıdır ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Ebeveynde depresyon, alkolizm ve antisosyal kişilik, bebek-ebeveyn bağlanma sorunları, anne baba reddi, tek ebeveyn, evlilikte anlaşmazlık ve aile içi şiddet, fiziksel istismar, cinsel istismar, çocuk ve ergen ruh sağlığındaki psikolojik risk faktörleri arasında yer almaktadır ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Yoksulluk, dezavantajlı bir azınlık grubu üyeliği ve felaket (örneğin, sivil afet veya savaş) ise sosyal risk faktörleri olarak dikkati çekmektedir.

Koruyucu faktörler ise; kolay mizaç, en az bir ebeveynden iyi bir destek, tutarlı bir aile ortamı ve iyi bir okul ortamı, spor için yeterli toplum kaynakları ve olumlu sosyal beceriler olarak tanımlanabilir ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Koruyucu faktörler, risk faktörlerinin etkisini hafifleterek veya benlik saygısını artırarak ruhsal açıdan iyi oluşu sağlar. Bu nedenle, önleme çalışmaları; risk faktörlerini ortadan kaldırmayı (örneğin gebelik sırasında sigara ve alkollü içecek tüketiminin durdurulması), etkilerini azaltmayı (örneğin, sosyal olarak dezavantajlı kadınlar için doğum öncesi yeterli bakım ve beslenme sağlayarak prematüre doğum sıklığının azaltılması) veya koruyucu faktörleri arttırmayı (örneğin, iyi bir okul ortamının ve sosyal beceri geliştirme olanaklarının sağlanması) hedeflemelidir ⁽¹⁴⁾.

Risk ve koruyucu faktörler çocuk veya ergenin gelişim aşamasına göre değişebilmektedir. Örneğin, aile erken çocukluk dönemlerinde daha etkili iken; ergenlik döneminde akran çevresinin ve çocuğun sosyalleşme alanı olan okulun ruh sağlığı üzerindeki etkisi daha fazladır ⁽¹⁴⁾. Koruyucu önlemlerin planlamasında çocuk ve ergenin bulunduğu gelişim dönemine özgü risk faktörleri kontrol altına alınırken koruyucu faktörleri destekleyen çalışmalar yapılmalı ve çocuk ve ergenin psikolojik sağlamlılığı geliştirilmelidir.

ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞINDA KORUYUCU ÖNLEMLER

Önleme girişimleri bilgi, beceri ve gerekli kaynakları aktararak toplum, aile ve bireyin “başa çıkma” kapasitesinin artırılmasını (fiziksel, duygusal, sosyal, eğitsel, ekonomik ve kültürel) hedefleyen bir süreçtir ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Çocuk ve ergen ruh sağlığında koruyucu önlemler; bir bütün olarak ya da özellikle psikiyatrik bozukluğa sahip olma riski taşıyan gruplardaki genel veya belirlenmiş psikopatolojiyi ortadan kaldırmayı/azaltmayı veya iyileştirmeyi amaçlayan girişimler anlamına gelmektedir.

Ruh sağlığında koruyucu önlemler, psikiyatrik bir bozukluğun gelişim sürecine göre uygulanan girişimlere göre sınıflandırılabilir ⁽¹⁸⁾.

Birincil Koruyucu Önlemler; ruh sağlığını bozan, zorlayıcı nitelik taşıyan ya da zararlı olma potansiyeli gösteren sosyal koşullar hedef alınarak toplumda ruhsal bozuklukların ortaya çıkma oranını düşürme, ruhsal hastalıklara sebep olan sosyal koşulları ortaya çıkarma, tanıma, stres yaratıcı ve potansiyel olarak zararlı olan etyolojik sebepleri etkisiz hale getirmeyi ve bunlarla mücadele etmeyi, toplumu bu konuda uyarmayı ve eğitmeyi içerir ⁽¹⁸⁾.

İkincil Koruyucu Önlemler; ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile prevalansını, mortalite ve morbiditeyi düşürme çalışmalarıdır. Ortaya çıkan ruhsal sorunların erken teşhis ve tedavisini sağlamak esastır (krize müdahale, şiddet mağdurlarına psikososyal destek vb.) ⁽¹⁸⁾.

Üçüncül Koruyucu Önlemler; ruhsal hastalık tedavi edildikten ya da kronikleştikten sonra devam eden işlev bozukluklarını azaltma çalışmalarıdır. Bireyin işlevselliğini yeniden kazanmasını sağlamaya çalışan rehabilitasyon çalışmaları ile yürütülür ⁽¹⁸⁾.

IOM (Institute of Medicine-1996) koruyucu önlemlerle birlikte, önleme ile bakım arasındaki ruhsal bozukluklara yönelik tüm müdahale girişimlerini ortaya koyan sınıflandırma sisteminin gerekliliğinden yola çıkarak “**Ruhsal Bozukluklara Yönelik Ruh Sağlığı Girişimleri Spektrumu**” nu geliştirmiştir ⁽¹⁹⁾.

Bu sistemde; önlemeye yönelik üç bileşen (evrensel, seçici, belirlenmiş önleme), tedaviye yönelik iki bileşen (olgu tanılama ve standart tedavi) ve sağlığın sürdürülmesine yönelik iki bileşen (tedaviye uyum ve rehabilitasyon) tanımlanmıştır.

- Önlemeye yönelik üç bileşen;
 - Evrensel Önleme: belirli bir alandaki nüfusun tamamına önerilir (örneğin doğum öncesi bakım).
 - Seçici Önleme: belirli gruplara (örneğin ekonomik olarak dezavantajlı, tek ebeveynli çocuklar) veya stresli olay yaşayanlara (örneğin, okul değişimi ya da anne babanın boşanması) önerilir
 - Belirlenmiş Önleme: Suça sürüklenmiş çocuklar, ebeveyninde ruhsal hastalık olan çocuklar gibi yüksek riskli gruplara önerilir ⁽²⁰⁾.

Yaşamın erken dönemlerinde çocuk ruh sağlığı ile ilgili önleyici girişimlerin ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek sorunları çözmeye çalışmaktan daha etkili olduğu bilinmektedir ⁽²¹⁾. İlgili literatür incelendiğinde çocuk ve ergenlerde ruh sağlığının geliştirilmesi ile ilgili koruyucu önlemler dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar taramalar, ev ziyaretleri, ebeveyn eğitimleri ve okul tabanlı programlardır.

Tarama Programları

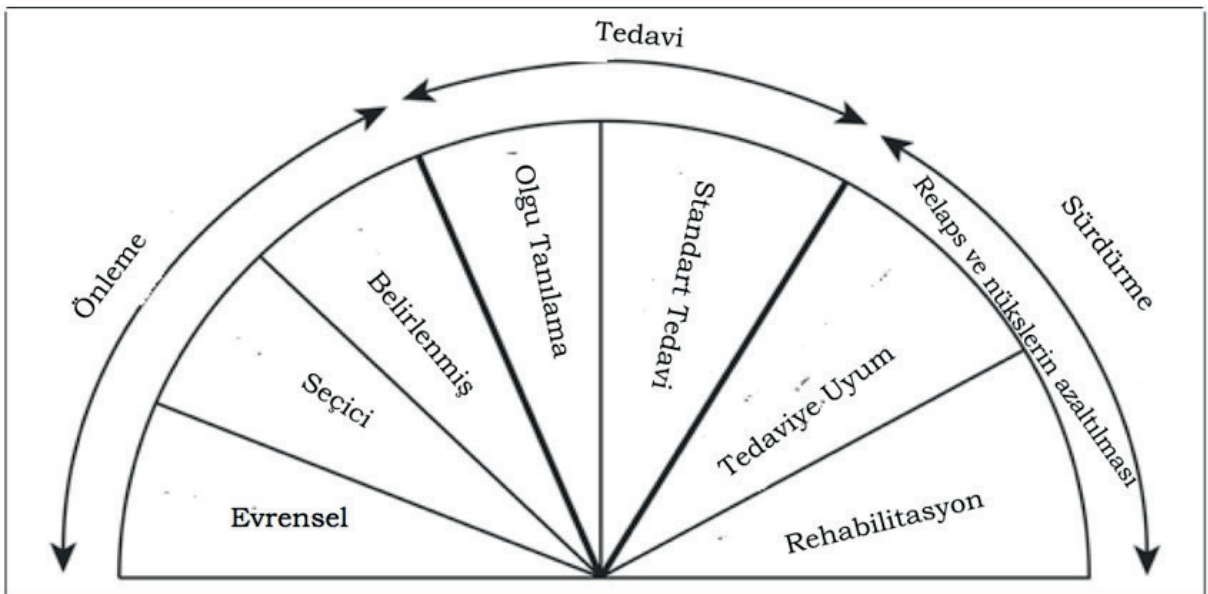
Tarama, duygusal ve davranışsal sorunları tanıyan ve erken bir aşamada yardım sağlayan müdahalenin ilk adımıdır ⁽¹⁴⁾. Taramaların risk grupları ve hastalıklı

bireyleri belirlemedeki önemi bilinmekle birlikte, konu ile ilgili yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan ve uygulanmaya başlayan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının amaçlarından biri çocuk ve ergenlerde psikososyal gelişimi destekleme programlarının sağlıklı çocuk izlem ve destek programlarına entegre edilmesidir ⁽²²⁾. Bu kapsamda 0-6 yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) programı içeriğinin sağlıklı çocuk izlem protokolleri kapsamına alınması hedeflenmiştir ⁽²²⁾. Hemşireler birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif olarak yer almaktadır. Özellikle riskli grupların ve sorun davranışların belirlenmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Literatürde, çocuk ve ergenlerde ruh sağlığı taramaları için sıklıkla kullanılan ölçüm araçları Tablo-2'de verilmiştir.

Ev Ziyareti (Gebelik Süresince- 2 Yaş)

Ebeveynler için ev ziyareti birçok ülkede kullanılan ve başlangıçta bebek ölüm oranını düşürmeyi amaçlayan evrensel genel sağlık hizmetinin bir şeklidir. İçerik, zaman ve amaç bakımından farklılık gösteren çeşitli programları kapsar.

İngiltere'de, hemşire-ev ziyareti programının 15 yıllık izlem randomize kontrollü çalışması yapılmıştır. Doğumdan önce başlayan ve bebek 2 yaşına gelene kadar süren ev ziyaretleri, risk altındaki ailelere (19 yaşından küçük anneler, evlenmemiş veya düşük sosyoekonomik düzey) uygulanmıştır. Programın



Şekil 1. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Ruh Sağlığı Girişimleri Spektrumu (IOM 1996)

Tablo 2. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Taramalarında Kullanılan Ölçüm Araçları

Ölçüm Aracı	Madde sayısı ve özellikleri	Uygulama yaşı	Psikometrik özellikleri
SDQ/GGA (Güçlükler ve Gücsüzlükler Anketi)⁽²³⁾ Çocuk ve ergenlerle davranışsal ve duygusal sorunları tanımlamaya yönelik kullanılan ölçek. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar	25 madde 4-16 yaş için ana-baba ve öğretmen formu 11-17 yaş için ergen formu	4-17 yaş	Türkçe versiyon İç tutarlık: Anne-baba: 0,84 Ergen:0,73
Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği-CDDÖ (Child Behavior Check-List – CBCL)⁽²⁴⁾ 4-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sorun davranışlarını (içe yönelim-dışa yönelim) değerlendirmek için geliştirilmiştir.	Ebeveyn/Öğretmen Formu (4-18 yaş): 118 madde Ebeveyn formu (1.5-5 yaş): 99 madde	1,5- 5 yaş 6-18 yaş	6-18 yaş Türkçe versiyon:0,66-0,92

çocuk ihmali ve aile içi şiddet prevalansını azalttığı belirlenmiştir. Program aynı zamanda, özellikle evden kaçmaya ve tutuklanmaya neden olan antisosyal davranış prevalansını da azaltmıştır ⁽²⁵⁾. Finlandiya’da yapılan hemşire-ev ziyaretlerinin 15 yıllık bir izlem çalışmasında ise, çocuk davranışı kontrol listesinde (CBCL) ölçülen psikiyatrik semptomlarda bir azalma olduğu bildirilmiştir ⁽²⁶⁾. Beş ülkede (Yunanistan, İngiltere, Finlandiya, Yugoslavya, Kıbrıs) ev ziyaretlerinin etkinliğini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada ise 2 yıl sonra, Finlandiya ve İngiltere’de anne-çocuk etkileşimi üzerinde olumlu bir etki gözlenmiştir ⁽²⁷⁾.

Durlak ve Wells (1997) 177 önleme çalışmasının bir derlemesinde, primipar annelere yapılan ev ziyaretlerinin ebeveynlik üzerine yüksek bir etki büyüklüğüne sahip olduğunu tespit etmiştir ⁽²⁸⁾. Önleme programlarının bir meta-analizinde ev ziyaretinin ebeveynlik üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve annede depresyon ve çocuktaki davranış sorunları tanı ve tedavisinin gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmiştir ⁽²⁹⁾.

Sonuç olarak; hemşirelerin özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındaki ev ziyaretleri sırasında verdikleri eğitimlerin uzun süreli olumlu sonuçları olduğu, doğumdan önce başlayıp iki yaşına dek süren ev ziyaretlerinin ebeveynlerin ebeveynlik becerilerini geliştirdiği, çocuklarda davranış sorunlarını azalttığı, bilişsel gelişimi arttırdığı ve doğum sonu depresyonu azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur ^(28,29).

Ebeveyn Eğitimi (2-5 Yaş)

Çocuğun bakımından sorumlu kişiler birçok fiziksel durumu kolaylıkla tanıyabilse de ruhsal bozukluklar çoğu zaman anlaşılamamaktadır. Ebeveynler çocuklarının gelişiminde birincil etkiye sahip olduklarından, ebeveynlik becerilerini güçlendirmek

için ebeveyn eğitiminin geliştirilmesine büyük önem verilmektedir. Ebeveynlik eğitimlerinin, ebeveynin güveninin artmasına, stresin azalmasına ve aile ilişkilerinin gelişmesine yol açtığı bilinmektedir ⁽³⁰⁾. Ebeveyn eğitim programları ebeveynleri bilgilendirmek ve çocuklarıyla daha yakın ilişkiler kurmayı teşvik etmek için tasarlanmış programlardır. Bu programlar genellikle haftalık aile veya grup oturumlarını içeren, davranışsal ya da ilişki temelli programlardır ⁽³¹⁾.

Anne- baba eğitimi konusunda sürdürülmekte olan çalışmalar, programların etkin olması için;

- Anne-babalığa ilişkin yeni becerilerin deneyimlenmesi,
- Anne-babaların, öğrendiği yeni becerileri evde çocuğu ile olan etkileşiminde uygulaması,
- Olumsuz davranışların belirlenmesi ve bunların yerine olumlu ilişkiler geliştirmek için yöntemlerin öğretilmesi,
- Anne-babalar arasındaki ilişki sorunlarının ele alınması,
- Eğitimin temel amacının risk faktörlerini azaltmaya, koruyucu faktörleri ise güçlendirmeye yönelik olması gerektiğini vurgulamaktadır ^(31,32).

Dünyada uygulanan ebeveyn programları incelendiğinde çeşitli nitelikte ve sayıda programların olduğu görülmektedir. Uygulanan ebeveyn programlarının en çok davranım bozukluğu olan ve yüksek düzeyde yıkıcı davranışlar sergileyen çocuklarda etkili olduklarına ilişkin kanıtlar elde edilmiş ve bu programların, suçun önlenmesinde, diğer yöntemlerden daha etkili olduğu belirtilmiştir ^(33,34). 26 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde ebeveyn eğitiminin, çocuk davranışlarının iyileştirilmesi ve ebeveynliğin gelişimi üzerine etkili olduğu belirtilmiştir ⁽³⁵⁾. Aile ortamındaki

sorunların, çocukları davranışsal ve duygusal açıdan etkilediği varsayımından yola çıkarak geliştirilen “Aile Değerlendirme-Family Check-up” programının çocuklarda dışsallaştırma ve içselleştirme problemlerinin önlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır ⁽³⁶⁾.

Davranışsal temelli Üç P (Triple P-Positive Parenting Program) programı ve İnanılmaz Yıllar (Incredible Years) programı hem evrensel olarak uygulanması hem de hemşirelerin aktif olarak yürüttüğü programlar olması açısından önemlidir. Üç P programı, Avustralya ⁽³⁷⁾ ve Almanya’da denenmiştir ⁽³⁸⁾. Bu iki denemede, katılımcılar ebeveynlik becerilerinde gelişme, çocuktaki sorun davranışlarda ve aile stresinde azalma olduğunu belirtmişlerdir ^(37,38). Düşük gelirli aileler için hedeflenmiş bir program olan Incredible Years ebeveyn eğitim programı sonuçlarına göre, çocuk davranış sorunlarının başlangıç şiddeti ile ilgili olarak çocuk davranışlarında iyileşme olduğu gözlenmiştir ⁽³⁹⁾. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada bu program ile dışa dönük davranışları ⁽³⁴⁾ ve karşıt gelme bozukluğu olan 4-7 yaş arasındaki çocuklarda içselleştirme sorunlarını azalttığı görülmüştür ⁽⁴⁰⁾.

Ülkemizde ebeveyn eğitimi programları Anne Çocuk Eğitim Programı (AÇEP) ile başlamıştır. Program sonunda AÇEP Programına katılan annelerin çocukları zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim açısından programa katılmayan annelerin çocuklarından olumlu yönde daha farklı olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda annesi AÇEP eğitimi almış çocukların kişilik ve sosyal gelişim açısından daha az bağımlı, fiziksel ve sözel olarak daha az saldırgan oldukları görülmüştür ⁽³²⁾. Bir başka ebeveyn eğitimi programı ise Gelişimsel Eğitim Programı (GEP)’dir. Halk Eğitim Merkezlerinde 0–2 ve 2–4 yaş çocukları olan annelere uygulanan programda annenin çocuğu ile birlikte oynayabileceği şekilde hazırlanan basit oyunlarla; anne çocuk etkileşiminin sağlanması, çocuğun gelişiminin desteklenmesi ve yaşadığı çevrenin, ev ortamının çocuğun gelişimine göre düzenlenmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda çocuğu ile birlikte oynayan annenin çocuğunu gözleyerek onu daha iyi tanıması da sağlanmaktadır ⁽⁴¹⁾. Ülkemizde çoğunlukla okul öncesi dönemdeki sağlıklı çocuklara özgü var olan bu programlar yeterli sayıda değildir ve programlarda genellikle hemşireler yer almamaktadır ⁽³²⁾.

Ulusal ruh sağlığı eylem planı çerçevesinde konu ile ilgili olarak topluma dayalı ebeveyn destek programlarının (MEB ana-baba okulu programları vb.) mevcut erken çocukluk programları ile entegre

biçimde çalışması için kurumlar arası iş birliğinin sağlanması hedeflenmiştir ⁽²²⁾.

Okul Tabanlı Programlar 5-18 Yaş

Doğal bir ortam olan okul, önleyici programlar için özellikle uygun bir yer olabilir. Okulda, çocuklar ebeveynleri dışındaki yetişkinlerle karşılaşır. Dünya Sağlık Örgütü, okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporlarda okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu ekipte yer alması gereken kişiler ve hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyendir ⁽⁴²⁾. Öğretmenler, psikolojik danışmanlar ve okul hemşireleri psikolojik sorunlarla karşı karşıya olan çocukları tanılamada kilit noktadadır.

Okul temelli önleme programlarının metaanalizinde, problem çözme ve duygu odaklı eğitim programlarının küçük çocuklarda (2-7 yaş) büyük çocuklara (7-11 yaş) kıyasla daha etkili olduğu belirtilmiştir ⁽²⁸⁾. Davranışsal programların ise, orta düzeyde bir etki boyutuna sahip olduğu belirtilmiştir ⁽²⁸⁾. Bilişsel davranışçı temelli girişimlerin madde bağımlılığı ve depresyon için etkili bir koruyucu program olduğu, sosyal beceri eğitiminin saldırganlık ve alkol kullanımını önlemede etkili olduğu belirtilmektedir ⁽⁴³⁾.

Botvin ve ark. (1995), madde kötüye kullanımını önlemek amacıyla Yaşam Becerileri eğitiminin etkinliğini inceleyen çalışmalarında 6 yıllık izlemde müdahale grubunda madde kullanımının %44 daha az olduğunu belirtmişlerdir. Program, madde kullanımının etkileri ve akran baskısına direnmeye yönelik sosyal becerileri içermektedir ⁽⁴⁴⁾.

Amerika’da uygulanan evrensel bir önleme programı ise “Okul Ruh Sağlığı” projesidir. Bu program okul ve toplum ruh sağlığı kurumları arasındaki iş birliği ile tanı, tedavi ve önleme politikalarını içermektedir. Ülkedeki tüm okulların, gelişmiş öğrenme ve davranışla ilişkili olan programı uyguladığı düşünülmektedir ⁽⁴⁵⁾. Amerika’da yapılan bir başka araştırmada ise, saldırgan davranışları olan okul öncesi çocuklara sosyal beceri eğitimi, ebeveyn eğitimi ve öğretmen merkezli girişimleri içeren FastTrack programı uygulanmıştır ve üçüncü sınıfın sonunda, müdahale grubundaki çocukların %37’sinde davranış sorununun bulunmadığı, buna karşılık kontrol grubunda %27’lik bir artış olduğu belirtilmiştir ⁽⁴⁶⁾. Önleme çalışmalarının bir meta-analizinde etkin koruyucu programların;

1. Çok bileşenli olması (aile, okul ve akran grubunu hedef alan),
2. Aktif sosyal beceri eğitimini içermesi,
3. Yeterli süre ve yoğunlukta olması,
4. Etiyolojik temelini olması ve
5. Güçlü ebeveyn-çocuk veya yetişkin-çocuk ilişkilerini teşvik etmesi⁽⁴⁷⁾ gerektiği vurgulanmıştır.

Ulusal ruh sağlığı eylem planı çerçevesinde konu ile ilgili olarak ergen risk davranışlarını azaltmaya yönelik programların geliştirilmesi için çalıştay düzenlenmesi ve okul çağı çocukları için okul ruh sağlığı programlarının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir⁽²²⁾.

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte "Okul Hemşiresi"nin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmakla birlikte okullarda nasıl istihdam edilecekleri net değildir. Bu alandaki ihtiyaç rehberlik ve psikolojik danışmanlarla karşılanmaktadır⁽⁴⁹⁾.

SONUÇ

Sonuç olarak 20. yüzyılda çocuk ergen ruh sağlığında önemli ilerlemeler yaşanmasına rağmen hala pek çok çocuk ve ergenin ruh sağlığı gereksinimleri karşılanamamaktadır. Çocukluk ve ergenlik çevresel faktörlerden etkilenen özel bir gelişim evresidir. Çocuk dönemi ve ergenlik döneminde yaşanan ruhsal sorunların yetişkinlikte de devam edebildiği ve üretkenliği azalttığı göz önüne alındığında, sorunların oluşmadan önlenmesi önemli ve gereklidir. Dünyada ve ülkemizde ÇERS hemşiresine gereksinim giderek artmaktadır. Bu alanda yetişmiş hemşireler riskli çocukların belirlenmesinde ve erken müdahaleler planlayarak, çocuk ve ergenin ruh sağlığının geliştirilmesinde önemli noktadır. Ülkemizde "Çocuk ve Adölesan Psikiyatri Hemşiresi" 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte psikiyatri hemşireliğinin alt dalı olarak kabul edilmiştir. Bu kapsamda "Çocuk ve Adölesan Psikiyatri Hemşiresi"nin görev yetki ve sorumlulukları "hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra" hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık olarak belirtilmiştir. Çocuk ve ergenin ruh sağlığında iyi kanıtlar sunan önleyici programların eğitim ve danışmanlık odaklı olduğu göz önüne alındığında bu alanda multidisipliner bir yaklaşım benimsenerek sağlık sistemi, okul ve aileler arasındaki işbirliğinin sağlanmasında ve geliştirilen

programların uygulanmasında hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: CHA, OU, SB; veri toplama: CHA ve OU; sonuçların analizi ve yorumlanması: CHA ve OU; araştırma metnini hazırlama: CHA, OU, SB. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: CHA, OU and SB; data collection: CHA and OU; analysis and interpretation of results: CHA and OU; draft manuscript preparation CHA, OU and SB. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. The World health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope. World Health Organization, 2001.
2. Buldukoğlu K. Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Kavramsal Temelleri. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics 2015;1(2):1-7.
3. Yiğit R. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Sorunları. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics 2018;4(2):117-22.
4. Dawes A. Child and adolescent mental health. In: Foster D, Freeman M, Pillay Y, Eds. Mental Health Policy Issues for South Africa. Cape Town, Multimedia Publications;1997.
5. World Health Organization. Mental health Atlas 2017. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Ançel G. Türkiye'de Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı: Epidemiyoloji, Hizmet Sunumu ve Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics 2015;1(2):8-14.

7. US Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Rockville, 1999.
8. Sturm R, Ringel JS, Andreyeva T. Geographic disparities in children's mental health care. *Pediatrics* 2003;112(4):e308. [\[Crossref\]](#)
9. Fayyad JA, Jahshan CS, Karam EG. Systems development of child mental health services in developing countries. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2001;10(4): 745-62. [\[Crossref\]](#)
10. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. 1998. Ankara.
11. Karabekiroğlu K, Uslu R, Türkiye'nin 1-4 yaş ruh sağlığı profili. In 20.Ulusal Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı:128. 25-28 Nisan 2010 Bodrum, Türkiye,2010.
12. Demirkaya SK, Aksu H, Yılmaz N, Özgür BG, Eren E, Avcil SN. Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;16(1):4-8.
13. Nurcombe B. The principles of prevention in child and adolescent mental health. In: Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer M.L, Sartorius N, Okasha A, Eds. *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd; 2007: p-p:53-64.
14. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. World Health Organization, 2005.
15. Belfer ML, Remschmidt H, Nurcombe B, Okasha A, Sartorius N. A global programme for child and adolescent mental health: a challenge in the new millennium. In: Remschmidt H,
16. Nurcombe B, Belfer M.L, Sartorius N, Okasha A, Eds. *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd;2007. P.1-11.
17. Levav I, Jacobsson L, Tsiantis J, Kolaitis G, Ponizovsky A. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(6):395-01. [\[Crossref\]](#)
18. Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal 395 interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(7):686-94. [\[Crossref\]](#)
19. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York 1964. II" Psychiatry and Public Policy," *Am J Psychiatry* 1965;122(55-60):94. [\[Crossref\]](#)
20. Muñoz RF, Mrazek PJ, Haggerty RJ. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *Am Psychol* 1996;51(11):11-6. [\[Crossref\]](#)
21. Cho S.M, Shin Y.M. The promotion of mental health and the prevention of mental health problems in child and adolescent. *Korean J Pediatr* 2013;56(11): 459-64. [\[Crossref\]](#)
22. Hodder RK, Freund M, Bowman J, Wolfenden L, Campbell E, Wye P et al. A cluster randomised trial of a school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and illicit drug use in secondary school students: study protocol. *BMC Public Health* 2012;12(1):1009. [\[Crossref\]](#)
23. TC Sağlık Bakanlığı. "Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)." Ankara, TC Sağlık Bakanlığı 2011.
24. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler Ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2008; 15:65-74.
25. Erol N, Arslan LB, Akçakın M. The adaptation and standardization of the Child Behavior Check list among 6-18 year old Turkish Children. In:Sergeant J Ed. *European Approaches to hiperkinetic disorders*. Zurich: Fotorotor, Egg 1995:109-13.
26. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Jr MA, Smith E, Olds DL et al. Preventing child 415 abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *JAMA* 2000;284(11):1385-91. [\[Crossref\]](#)
27. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *J AmAcad Child AdolescPsychiatr* 1996;35(12):1665-72. [\[Crossref\]](#)
28. Puura K, Hilton D, Mantymaa M, Tamminen T, Roberts R, Dragonas T et al. The outcome 420 of the European early promotion project: Mother-Child interaction. *Int J Ment Health Promot* 2005;7(1):82-94. [\[Crossref\]](#)
29. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997;25:115-52. [\[Crossref\]](#)
30. Health Development Agency. Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. 2004.
31. Tyano S,Flaisman A. Public Awareness of Child and Adolescent Mental Health: A Review of Literature. In: Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer M.L, Sartorius N, Okasha A, Eds. *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd;2007. P.13-26.
32. Sanders MR, Bor W, Morawska A. Maintenance of Treatment Gains: A Comparison of 430 Enhanced, Standard, and Self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:983-98. [\[Crossref\]](#)
33. Arkan B, Üstün B. Ebeveyn eğitim programlarını değerlendirme rehberi. *Dokuzeylül Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 2010;3(2):102-7.
34. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P-Positive Parenting Program system approach, *Aggress Violent Behav* 2006; 11(2):176-93. [\[Crossref\]](#)

35. Bayer J, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, Macdonald M, Wake M. Growing the evidence base for early intervention for young children with social, emotional and/or behavioural problems, Department of Human Services. Victoria: A systematic review for Strategic Planning Branch. 2008.
36. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 1996;27(2):171-86. [\[Crossref\]](#)
37. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, Patton G. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental 445 health, and academic outcomes. *J Adolesc Health* 2007;40(4):357-e9. [\[Crossref\]](#)
38. Heinrichs N, Bertram H, Kuschel A, Hahlweg K. Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: Barriers to research and program participation. *Prev Sci* 2005;6(4):275-86. [\[Crossref\]](#)
39. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, Robertson D, Sanders MR. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prev Sci* 2005;6(4):287-304. [\[Crossref\]](#)
40. Reid JM, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the incredible years intervention for oppositional-defiant disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behav Ther* 2003; 34(4):471-91. [\[Crossref\]](#)
41. Herman KC, Borden LA, Reinke WM, Webster-Stratton C. The impact of the Incredible Years parent, child, and teacher training programs on children's cooccurring internalizing symptoms. *Sch Psychol Q* 2011;26(3):189-201. [\[Crossref\]](#)
42. Ömeroğlutan T. Halk eğitimi merkezlerinde uygulanan anne eğitimi kurslarına genel bir bakış. *Milli Eğitim Dergisi* 1999. 460
43. Sağlık bakanlığı Genelge. Okul Sağlığı Hizmetleri. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008, Sayı:B.10.0.TSH.0.12.00.06
44. Hoagwood K, Ervin HD. Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Children: A 10-Year Research Review. *J Child Fam Stud* 1997; 6(4):435-51. [\[Crossref\]](#)
45. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population. *JAMA* 1995;273(14):1106-12. [\[Crossref\]](#)
46. Weist MD, Albus KE. Expanded school mental health: Exploring program details and developing the research base. *Behav Modif* 2004;28(4):463-71. [\[Crossref\]](#)
47. Rones M, Hoagwood K. School-based mental health services: A research review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000;3(4):223-41. [\[Crossref\]](#)
48. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer K, Seybolt D, Morrissey-Kane E et al. What 470 works in prevention: Principles of effective prevention programs. *Am Psychol* 2003;58(6-7):449-56. [\[Crossref\]](#)
49. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Okul Sağlığı Hemşiresi: Görev Yetki ve Sorumlulukları, Hemşirelik Yönetmeliği. 19 Nisan 2011 salı Resmî Gazete Sayı: 27910