



BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE ZORBALIĞIN YAŞAM
KALİTELERİNE ETKİSİ**

Dr. SELENGE BALJİNNYAM
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. ABDURRAHMAN CAHİD ÖRENGÜL

İSTANBUL
HAZİRAN 2020

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE ZORBALIĞIN YAŞAM
KALİTELERİNE ETKİSİ**

Dr. SELENGE BALJINNYAM
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. ABDURRAHMAN CAHİD ÖRENGÜL

İSTANBUL
HAZİRAN 2020

ÖNSÖZ

Tıp okumak ve uzmanlık yapmak uzun ve zorlu bir süreç, hele ki yurtdışında yabancı biri olarak bu süreci tamamlamak tahmin ettiğimden de daha zor idi. Bu süreci bana destek olan ve katkıda bulunan değerli insanlar sayesinde aşabildim. Tezim vesilesi ile bu süreci oturup düşünme ve değer verdiğim insanlara teşekkür etme şansını yakalayabildim.

Asistanlığım ve tez çalışmam süresince her ihtiyacım olduğunda bana destek veren ve yardımcı olan, değerli katkılarıyla rehberlik eden, bir doktorun ne kadar özverili, anlayışlı ve sabırlı olabileceğini bana gösteren ve mesleki hayatımda her zaman örnek almaya çalışacağım çok değerli danışman hocam ve ağabeyim Doç. Dr. Abdurrahman Cahid ÖRENGÜL'e,

kıymetli görüş ve desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen, daima anlayış gösteren, asistanlarına ve eğitimlerine değer veren, çok kıymetli hocam Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU'na,

asistanlığımdaki ilk hocam, bilgisine ve insanlığına hayran olduğum hocam Doç. Dr. Vahdettin GÖRMEZ'e

mesleki tecrübelerinden faydalandığım ve birlikte çalışma şansını yakaladığım Uzm. Dr. Veysi ÜLGEN ve Uzm. Dr. Songül DERİN'e

psikiyatri ve çocuk nöroloji rotasyonumda engin bilgilerini paylaşan ve öğreten değerli hocalarım Prof. Dr. İsmet KIRPINAR, Prof. Dr. Akın İŞCAN ve Doç. Dr. Erdem DEVECİ'ye

disiplinli, etik ve özenli çalışması ve bilgisi ile hep örnek olan ve en zor anlarımda desteğini esirgemeyen değerli hocam Uzm. Dr. Onur YILMAZ'a

asistanlığım süresinde desteğini ve dostluğunu esirgemeyen, meslektaşlarım Uzm. Dr. Yavuz MERAL, Dr. Tuba BİLBAY, Dr. Erdem ERTAŞ, Dr. Nigar ALİYEVA, Dr. Telli Zadeghan AFSHORD, Dr. Fatma Büşra PARLAKKAYA YILDIZ, Dr. Ayşe KURTULMUŞ ÇALIŞ, Dr. Nafiye Selcan YILDIRIM, Dr. Tezer KILIÇARSLAN, Uzm. Dr. Mesut SARİ, Dr. Aynur NABİ, Dr. Pınar COŞKUN'a

birlikte çalışmaktan ve arkadaş olmaktan keyif aldığım Uzm. Psikolog Sümeyye AKKOYUN UYAN, Uzm. Psikolog Şehitnur KÜRÜM ve Uzm. Psikolog. Aslı TANKURT'a

her işimizi kolaylaştıran, güler yüzlü sekreterimiz TuğçeNur YELKENCİ'ye
her halimle beni seven, güvenen, hep destekleyen aileme, yardımını esirgemeyen ve yanımda olan yeğenlerim Telmen, Misheel ve Tergel'e, sonsuz sabır ve anlayış gösteren ve sevgi, saygı ve güvenini asla benden esirgemeyen eşim Turan ÇAKIROĞLU'na ve annesine hep mutluluk getiren uyumlu ve sevgi dolu kızım Elif Maral ÇAKIROĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Selenge BALJİNNYAM

24.06.2020



İÇİNDEKİLER

Önsöz.....	i
İçindekiler.....	iii
Kısaltmalar.....	v
Tablolar dizini.....	vi
Şekiller dizini.....	vi
Özet.....	vii
İngilizce Özet (Abstract).....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	3
2.1.1. DEHB'nin tanımı.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Tanı kriteri.....	4
2.1.4. Epidemiyoloji.....	6
2.1.5. Etiyoloji ve risk faktörleri.....	7
2.1.5.1. Genetik etkenler.....	7
2.1.5.2. Nöroanatomik, nörokimyasal ve nörofizyolojik etkenler.....	8
2.1.5.3. Çevresel ve psikososyal etkenler.....	9
2.1.6. Klinik Özellikler ve Seyir.....	9
2.1.6.1. Temel belirtilerin tanımı.....	9
2.1.6.2. Farklı yaşam evrelerinde klinik özellikler ve değerlendirme.....	10
2.1.6.3. Çocuklarda ve ergenlerde işlev bozukluğu olan alanlar.....	11
2.1.6.3.1. Akademik hayat.....	11
2.1.6.3.2. İnsan ilişkileri.....	11
2.1.7. Ayırıcı tanı ve eş tanı.....	12
2.1.8. Tedavi.....	12
2.1.8.1. İlaç tedavisi.....	13
2.1.8.2. İlaç dışı tedavileri.....	14
2.2. Akran Örselemesi/Zorbalık.....	14
2.2.1. Zorbalığın tanımı ve tarihçesi.....	14
2.2.2. Epidemiyoloji.....	15
2.2.3. Zorbalığın sonuçları.....	16
2.2.4. DEHB ve zorbalık.....	17
2.3. Yaşam Kalitesi.....	17
2.3.1. Yaşam kalitesinin tanımı ve değerlendirilmesi.....	17
2.3.1. DEHB'de yaşam kalitesi.....	18
2.4. Yürütücü İşlevleri.....	19
2.4.1. Yürütücü işlevleri ve değerlendirilmesi.....	19
2.4.1. DEHB'de yürütücü işlevleri.....	19
2.5. Duygu Düzenlemesi.....	21
2.5.1. Duygu düzenlemesinin tanımı ve değerlendirilmesi.....	21
2.5.1. DEHB'de duygu düzenlemesi.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Örneklem Seçimi.....	24
3.2. Yöntem.....	25

3.3. Gereçler	25
3.3.1. Ebeveyn tarafından doldurulan ölçekler	25
3.3.1.1. Sosyodemografik bilgi formu	25
3.3.1.2. Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE) Ebeveyn Formu	25
3.3.1.3. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48)	26
3.3.2. Çocuklar ve Ergenler tarafından doldurulan ölçekler	26
3.3.2.1. Olweus öğrenciler için akran zorbalığı anketi	26
3.3.2.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	27
3.3.2.3. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ)	27
3.3.4. Araştırmacı tarafından uygulanan değerlendirme araçları	28
3.3.4.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)	28
3.4. Verilerin istatistiksel analizi	28
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	44
5.1. Tartışma	44
5.2. Sonuç	49
5.2.1. Çalışmanın önerisi	49
5.2.2. Çalışmanın kısıtlılıkları	50
6. KAYNAKLAR	51
7. ÖZGEÇMİŞ	62
8. EKLER	63
EK-A. Etik Kurul Onayı	63
EK-B. Hasta Onam Formu	65
EK-C. Ebeveyn Onay Formu	67
EK-Ç. Sosyodemografik Veri Fomu	69
EK-D. Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE) Ebeveyn Formu	70
EK-E. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48)	73
EK-F. Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi	75
EK-G. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	87
EK-Ğ. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ)	89

KISALTMALAR LİSTESİ

APB	: Amerikan Psikiyatri Birliği, APA
CADÖ-48	: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği, kısa form-48
ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu DSM-5-Türkçe Versiyonu
ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
DA	: Dopamin
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü, WHO
EİDDÖ	: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MRI	: Magnetic Resonance Imaging (Magnetik Rezonans Görüntüleme)
NA	: Noradrenalin
Ort	: Ortalama
ÖÖG	: Özgöl Öğrenme Güçlüğü
SPECT	: single photon emission computed tomography
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı
SS	: Standart Sapma
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLULAR DİZİNİ

- Tablo 2.1** DEHB Tanı Kriterleri (DSM-5)
Tablo 2.2 Hiperkinetik Bozukluklar için ICD-10 Tanı Ölçütleri
Tablo 2.3 Farklı yaşam evrelerindeki DEHB'nin klinik özellikleri
Tablo 4.1 Sosyodemografik özellikleri
Tablo 4.2 Olguların psikomotor gelişimi ve DEHB belirtilerin başlama yaş dağılımı
Tablo 4.3 Olguların yaş dağılımı ve DEHB başvuru yaş dağılımı
Tablo 4.4 Tedavi durumu ve akademik başarı dağılımı
Tablo 4.5 Ailenin sosyodemografik ve soygeçmiş bilgileri
Tablo 4.6 Katılımcıların eştanıları
Tablo 4.7 Katılımcıların kurban olma dağılımları
Tablo 4.8 Akran zorbalığına uğrama tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki
Tablo 4.9 Zorbalığa uğrayanların durumu başkasına bildirme dağılımı
Tablo 4.10 Kurbanların kimden zorbalık gördüğünün dağılımı
Tablo 4.11 Kurbanların kaç öğrenci tarafından zorbalığa uğradığının dağılımı
Tablo 4.12 Öğretmenlerin zorbalığa müdahale sıklığının dağılımı
Tablo 4.13 Öğrencilerin zorbalığa müdahale sıklığının dağılımı
Tablo 4.14 DEHB'li çocuk ve ergenlerin zorba olma dağılımları
Tablo 4.15 Akran zorbalığı yapma tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki
Tablo 4.16 Zorbalarla yaptığı zorbalık ili ilgili öğretmenin görüşme dağılımı
Tablo 4.17 Zorbalarla yaptığı zorbalık ili ilgili ebeveynlerinin konuşma dağılımı
Tablo 4.18 Katılımcıların sevmediğin bir öğrenciye akran zorbalığı yapılmasına katılıp katılmayacağını düşünme dağılımı
Tablo 4.19 DEHB'li çocuk ve ergenlerin zorba/kurban olma dağılımları
Tablo 4.20 DEHB'li çocuk ve ergenlerin kurban/zorba olma durumları ile cinsiyeti arasındaki ilişki
Tablo 4.21 DEHB'li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin kurban olma durumlarına göre karşılaştırılması
Tablo 4.22 DEHB'li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin zorba olma durumlarına göre karşılaştırılması
Tablo 4.23 YİYDDE ölçeğinden elde edilen puanların çocuğun zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre karşılaştırma sonuçları
Tablo 4.24 YİYDDE ölçeğinden elde edilen puanların çocuğun zorbalık yapıp yapmamasına göre karşılaştırma sonuçları
Tablo 4.25 Duygu düzenleme yönteminin zorbalığa uğramayla ilişkisi
Tablo 4.26 Duygu düzenleme yönteminin zorbalık yapmayla ilişkisi
Tablo 4.27 Zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre CADÖ puanlarının karşılaştırılması
Tablo 4.28 Zorbalık yapıp yapmamasına göre CADÖ puanlarının karşılaştırılması

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 2.1.** Brown'un Yürütücü İşlev Modeli (2005)

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağının en sık görülen nörogelişimsel bozukluğudur ve bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile kendini gösterir. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin hem zorbalığa uğrama ve hem de zorbalık yapma açısından risk taşıdığı bilinmektedir, ancak DEHB’li çocuklarda akran zorbalığının yaşam kalitesi, duygu düzenleme stili ve yürütücü işlevler ile ilişkisi araştırılmamıştır. Bu çalışmada DEHB’li çocuk ve ergenlerde akran zorbalığının yaşam kalitesi, yürütücü işlevler ve duygu düzenleme yöntemleri ile ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinden DEHB tanısıyla takipte olan 10-18 yaşlar arasında olan 75 çocuk ve ergen dâhil edilmiştir. Katılımcılar DEHB ve eştanılarının belirlenmesi için Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ile değerlendirildiler. Sosyodemografik özellikler için ebeveyn tarafından doldurulan sosyodemografik veri toplama formu, DEHB şiddeti için Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form, zorbalığın değerlendirilmesi için Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi, duygu düzenleme yönteminin değerlendirilmesi için Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ), yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Çocuk formu ve yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi için Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE) formu kullanılmıştır.

Bulgular:

Bulgular: Değerlendirmeler sonucunda öz bildirim ölçeklerinde katılımcıların %24’ünün kurban, %12’sinin zorba ve %5,3’ünün zorba/kurban olduğu saptanmıştır. Kurban olanların fiziksel işlevsellik($t=2,060$, $p=0,046$), duygusal işlevsellik($t=3,498$, $p=0,01$), sosyal işlevsellik($t=4,647$, $p<0,001$) ve toplam yaşam kalitesi($t=3,762$, $p<0,001$) puanlarının kurban olmayanlarınkinden daha düşük olduğu tespit

edilmiştir. Zorba olanların fiziksel işlevsellik($z=-2,228$, $p=0.022$), sosyal işlevsellik($z=-4,474$, $p<0,001$) ve yaşam kalitesi($z=-3,838$, $p<0,001$) puanlarının zorba olmayanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Zorba olanların zorba olmayanlara göre duygusal işlevsellik puanları anlamlı yüksek tespit edilmiştir($z=-3,334$, $p=0.001$). Okul işlevselliğinde zorbalığa dâhil olup olmamasına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yürütücü işlevler ve duygu düzenleme ölçeklerinde kurban olanlar ile kurban olmayanlar arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Zorba olan çocuk ve ergenlerin daha çok dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme yöntemi kullandığı saptanmıştır($z=-3,751$, $p<0,001$). Zorba olanların yürütücü işlevlerinin bastırma($z=-2,066$, $p=0.039$) ve duygusal kontrol($z=-1,970$, $p=0.049$) boyutlarında zorba olmayanlara göre anlamlı farklılık saptanmıştır.

Sonuç: DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerden akran zorbalığına dâhil olanlarının yaşam kalitesinin dâhil olmayanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmesi, DEHB’li çocukların değerlendirmesinde psikososyal sorunların da ele alınması gerektiğini göstermektedir. Aynı zamanda akran zorbalığına dahil olan DEHB’li çocuklara yönelik müdahale programlarının oluşturulurken duygu düzenleme yöntemleri ve yürütücü işlevlerin de göz önünde bulundurulmasının faydalı olabileceği görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Akran Zorbalığı, Yaşam kalitesi, Duygu Düzenleme Yöntemi, Yürütücü İşlevler

ABSTRACT

Objective: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder of childhood and is manifested by symptoms of attention deficit, hyperactivity and impulsivity that are not suitable for the individual's level of development. Children and adolescents diagnosed with ADHD are known to be at high risk for victimisation and bullying, but the relationship between peer bullying and quality of life, emotion regulation style and executive functions in children with ADHD has not been investigated. In this study, it was aimed to investigate the relationship between bullying and quality of life, executive functions and emotion regulation style in children and adolescents with ADHD.

Material and Method: In the present study, 75 children and adolescents with ADHD (10-18 years), who were treated from Bezmialem Foundation University Hospital Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic, were included. They were evaluated with the Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T) to detect ADHD and comorbid diagnoses. Sociodemographic form filled out by the parent for socio-demographic features. Conners' Parent Rating Scale – Short Form (CPRS - 48) was used to detect ADHD severity. Olweus Bully Victim Questionnaire was used for the detect of bullying. Regulation of Emotions Questionnaire for Adolescent (REQ) was used to detect emotion regulation style. Pediatric Quality Of Life Inventory child form (PedsQL) was used to evaluate the quality of life and Behavioral Rating Inventory for Executive Function (BRIEF) was used to evaluate executive functions.

Results: Results of the study showed that 24% of the participants were victims, 5.3% were bully/victims and 12% were bullies according to the self-report scales. In the victims group, physical functioning($t = 2.060$, $p = 0.046$), emotional functioning($t = 3.498$, $p = 0.01$), social functioning($t = 4.647$, $p < 0.001$) and total quality of life($t = 3.762$, $p < 0.001$) scores were significantly lower than non-victims. The physical functioning($z = -2.228$, $p = 0.022$), social functioning($z = -4.474$, $p < 0.001$) and the

total quality of life($z = -3,838$, $p < 0,001$) scores of bullies were lower than non-bullies. Emotional functioning scores of bullies were found higher ($z = -3,334$, $p = 0.001$) than non-bullies. There was no significant difference in the BRIEF and REQ scores between the victim group and non-victims group. The bully group showed more external dysfunctional emotional regulation style($z = -3,751$, $p < 0,001$) and lower executive functions in suppression($z = -2.066$, $p = 0.039$) and emotional control($z = -1.970$, $p = 0.049$) dimensions than non-bullies.

Conclusion: The results of the present study indicates that psychosocial problems should also be addressed in the psychiatric evaluation of children with ADHD. Programs for decreasing bullying in children with ADHD should involve interventions for emotion regulation styles and executive functions

Keywords: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Peer Bullying, Quality of Life, Emotion Regulation Style, Executive Functions

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında başlayan ve yaşam boyu sürebilen bir nörogelişimsel bozukluktur ve gelişimsel açıdan uygun olmayan dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterizedir. Dünya genelinde çocukların %5,9-7,1'nde görüldüğü düşünülmektedir[1].

DEHB, tedavi edilmediğinde uzun dönemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilir. DEHB ile ilişkili sorunların sadece bireyi değil aynı zamanda aileyi ve toplumu da olumsuz etkilediği öne sürülmektedir[2]. DEHB'li çocukların sorun yaşadığı önemli alanlardan bir tanesi sosyal ortamlardır ve akran ilişkilerinde önemli zorluklar yaşadığı gösterilmiştir. Bu zorluklardan bazıları; dışlanma, yakın arkadaşlık kuramama, agresif davranış sergileme ve agresif tutuma maruz kalmadır[3]. DEHB'si olan çocuklar hem zorbalık uygulama hem de zorbalığa uğrama açısından tipik gelişen çocuklardan daha fazla risk altındadır[4].

Akran zorbalığı daha güçlü olan bir veya birkaç kişi tarafından uygulanan zamansal süreklilik gösteren olumsuz eylemler şeklinde tanımlanan agresif bir davranış şeklidir[5]. Tehdit etme, fiziksel zarar verme, dışlama, isim takma, alay etme, hakkında dedi kodu çıkarma ve kişisel eşyalara zarar verme gibi şekillerde görülebilir. Dünya genelinde her 5 çocuktan birinin zorbalığa maruz kaldığı düşünülmektedir[6].

Akran zorbalığı süre, şiddet ve devamlılığına bağlı olarak farklı sonuçlar gösterebilir. Bu olumsuz sonuçlardan bazıları düşük özgüven ve özyeterlilik, depresyon ve artmış fiziksel sağlık sorunlarıdır[7].

DEHB'li çocuklarda akran zorbalığı sıklığını araştıran çeşitli çalışmalar yapılmış ve dünya genelinde yapılan çalışmalarda bu konuda risk altında oldukları gösterilmiştir. Ülkemizde klinik örnekleme yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların %46,9'unun zorbalık olaylarına (zorba olma, örselenme veya zorba/mağdur) katıldığı saptanmıştır[8].

DEHB'li çocuklarda yüksek oranda görülmesinerağmen bu çocuklarda sosyal işlevselliklerini olumsuz etkilediği düşünülen yürütücü işlevlerle ilişkili sorunlar ve duygu düzenleme yöntemlerinin akran zorbalığı ile ilişkileri bildiğimiz kadarıyla araştırılmamıştır. Ayrıca akran zorbalığının DEHB'li çocukların yaşam kaliteleri

üzerine etkisi de yeterince incelenmemiştir. Bu konunun araştırılması akran zorbalığın açısından daha riskli olan DEHB'li çocukların saptanması ve, aynı zamanda akran zorbalığına maruz kalan DEHB'li çocuklara yönelik müdahale programlarının oluşturulmasında yol gösterici olabilecektir.

Bu çalışmada kliniğimizde DEHB tanısıyla takipte olan 10-18 yaş arası DEHB'li çocuklarda akran zorbalığının yürütücü işlevler, duygu düzenleme yöntemi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda planladığımız çalışmamızın hipotezi;

Hipotez 1: DEHB'li çocuklardan akran zorbalığına dâhil olanlarının yaşam kalitesinin dâhil olmayanlara göre daha kötüdür.

Hipotez 2: DEHB'li çocuklardan akran zorbalığına dâhil olanlarının duygu düzenleme yöntemleri dâhil olmayanlardan farklıdır.

Hipotez 3: DEHB'li çocuklardan akran zorbalığına dâhil olanlarının yürütücü işlevleri dâhil olmayanlara göre daha kötüdür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 Tanımı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), gelişimsel düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellikle kendini gösteren, okul, toplum veya işle ilgili etkinliklerde işlevselliği bozan nörogelişimsel bir bozukluktur[9].

2.1.2 Tarihçesi

DEHB, tarihte farklı şekillerde tanımlansa da, 200 yılı aşkın süredir bilinen ve literatürlerde yer alan bir bozukluktur. İlk kez 1775 yılında Alman doktor Melchior Adam Weikard tarafından yazılan *Der Philosophische Arzt* adlı tıp kitabının bir bölümünde dikkat eksikliği anlatılmıştır[10]. Daha sonra 1798’de Sir Alexander Crichton kitabının bir bölümünü dikkat eksikliği ve ilişkili durumlara ayırmıştır [11].

Frankfurt’ta ilk Ruh Sağlığı hastanesini kuran Heinrich Hoffmann 1845 yılında aşırı hareketli çocukları tarif eden bir çocuk kitabı yazmıştır [12]. İngiliz pediatrist George Still 1902’de konsantrasyon sorunu olan, dürtüsel ve duyguların düzenleme sorunu olan çocukların klinik tablosunu tanımlamak için ‘‘ahlaki yetersizlik’’ kavramını kullanmıştır[11]. 1962’de ‘‘Minimal Beyin Disfonksiyonu’’ tanımı ortaya çıkmış ve bu çocuklardaki semptomların organik sebebe bağlı olduğu öne sürülmüştür[13].

1968’de DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı)’ de ‘‘Hiperkinetik Reaksiyon’’ tanımı ile ilk defa tanısal sınıflandırma sisteminde yer almıştır[14]. Daha sonrasında aynı isim ile ICD’ye(International Classification of Diseases, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)’a da girmiştir.

Dikkat eksikliği belirtilerinin de önemli olduğunun fark edilmesiyle DSM-III’ te ‘‘Dikkat Eksikliği Bozukluğu’’ terimi kullanılmış ve bozukluk, hiperaktivitesi olan

ve olmayan diye iki gruba ayrılmıştır. DSM-III-R' de hiperaktivite, bozukluğun adına tekrar eklenerek bozukluk günümüzde kullanılan "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" adını almıştır. DSM-IV'te aynı isim korunmuş ancak belirti sayısı 14'ten 18'e çıkarılmış ve belirtiler dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik şeklinde iki gruba bölünmüştür[15].

Güncel sınıflandırma sistemi olan DSM-5'te, DEHB'nin yaşam boyu süren bir bozukluk olduğu vurgulanarak bu bağlamda birtakım değişiklikler yapılmıştır. En önemli değişikliklerden biri DEHB'nin nörogelişimsel bozukluklar başlığı altına yerleştirilmesi olmuştur. Diğer önemli değişiklikler; semptomların başlangıç yaş kriterinin yedi yerine on iki yaş olarak değiştirilmesi, otizm spektrum bozukluğunun dışlama kriteri olmaktan çıkarılması ve erişkinlerde tanı koymak için gerekli olan semptom sayısının altıdan beşe düşürülmesi olmuştur. Bu değişikliklere ek olarak DSM-5'te bozukluğun alt tipleri baskın görünüm olarak adlandırmıştır[9].

DEHB, ICD-9 ve ICD-10'da "Hiperkinetik Bozukluğu" olarak tanımlanmıştır. DSM-5'teki değişikliklerin hâlihazırda çalışmaları devam eden ve Ocak 2022 tarihinde kullanılmaya başlayacak olan ICD-11'i de etkileyeceği düşünülmektedir.

2.1.3 DEHB tanı kriterleri

DEHB tanısı için en yaygın olarak kullanılan iki sınıflandırma sistemi ICD-10 ve DSM-5'tir.

Tablo 2.1. DEHB Tanı Kriterleri (DSM-5)[9]

<p>A. A-1 ve/ya da A-2'de belirtilen, işlevselliği ya da gelişimi bozan, devamlılık gösteren dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:</p> <p>1.Dikkatsizlik: Gelişim düzeyine uyumsuz olan ve pek çok alanda faaliyetlerini olumsuz etkileyen, aşağıdakilerden altı (ya da daha çok) belirtilerin altı aydan uzun süredir olması gerekir.</p> <ol style="list-style-type: none">Genellikle, detaylara dikkat etmez, dikkatsiz şekilde hatalar yapar.Genellikle, aktivitelerinde dikkatini uzun süre ve kesintisiz vermekte zorlanır.Genellikle, günlük faaliyetlerinde unutkanlık gösterir.Genellikle, yönergeleri sırasıyla izleyemez ve ödevlerini veya işlerini bitiremez.Genellikle, faaliyetlerini organize etmede güçlük çeker.Genellikle, dikkat isteyen faaliyetlerden hoşlanmaz ve kaçınır, isteksiz yapar.Genellikle, ona söylenenleri dinlemediği gözlemlenir.Genellikle, ihtiyacı olan eşyaları veya malzemeleri kaybeder.Genellikle, uyanıklarla dikkati çabuk dağılır.

2. İmpulsivite ve Aşırı hareketlilik: Gelişim düzeyine uyumsuz olan ve pek çok alanda faaliyetlerini olumsuz etkileyen, aşağıdakilerden altı (ya da daha çok) belirtilerin altı aydan uzun süredir olması gerekir.

- i. Genellikle, kıpır kıpırdır, ellerini veya ayaklarını kıpırdatır ya da kımıldamadan oturamaz.
- ii. Genellikle, oturulması beklenen ortamda oturamaz, yerinden kalkıp gezinir.
- iii. Genellikle, uygunsuz şekilde etrafta koşturur, tırmanıp durur.
- iv. Genellikle, faaliyetlere ve oyunlara katılırken sessiz olmakta güçlük çeker.
- v. Genellikle, hep hareket halinde olur, kışına bir motor konmuş gibi hareket eder.
- vi. Genellikle, çok fazla konuşkandır.
- vii. Genellikle, sorulan sorular daha bitmeden cevabını yapıştırır.
- viii. Genellikle, sırasını beklemekte güçlük çeker.
- ix. Genellikle, başkaları konuşurken araya girer ya da başkasının etkinliklerine müdahale eder.

Not: Belirtiler, KOKGB'nin düşmanca tutumunun veya istenileni anlayamamanın sonucu değildir. Yaş olarak 17 ve üstü olan erişkinlerde en az beş belirti varlığında tanı konur.

B. Belirtilerinden bazılarının 12 yaşına kadar gözlenmiş olması gerekmektedir.

C. Belirtilerin birçoğu iki veya ikiden fazla ortamda vardır.

D. Bu belirtilerin, sosyal ilişkiler, okul veya işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da düşürdüğüne dair belirgin kanıtların olması gerekir.

E. Belirtiler, sadece şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun seyri sırasında görülmemesi ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir.

Tablo 2.2. Hiperkinetik Bozukluklar için ICD-10 Tanı Ölçütleri[16]

G1. Evde yaş ve gelişim düzeyini yansıtmayan, (1), (2) ve (3) maddelerdeki aşırı hareketlilik, impulsivite ve dikkatsizlik belirtileri sergiler.

1. Aşağıdaki dikkat problemlerinden en az üçünün olması gerekir.
 - i. Etkinlikleri kısa sürer.
 - ii. Bir faaliyetten öbürüne sık geçiş yapar.
 - iii. Genellikle oyununu bitiremez.
 - iv. Yetişkinin düzenlediği yönergelerde süreklilik sağlayamamaktadır.
 - v. Ödev yaparken ya da okurken dikkatsizlik hataları yapar.
2. Aşağıdaki hareketlilik problemlerinden en az üçünün olması gerekir.
 - i. Hareketsiz duramaz. Sürekli koşar ya da tırmanır.
 - ii. Etkinlikleri sırasında yerinde durmakta zorlanır, kıpır kıpırdır.
 - iii. Oyun oynarken de uygunsuz sesler çıkarır.
 - iv. Hareketsiz durması beklenen durumda hareket etmeden duramaz.
 - v. Sınıf içinde veya oturması gereken başka durumlarda genellikle oturamaz.
3. Aşağıdaki impulsivite problemlerinden en az biri olması gerekir.
 - i. Oyunlarda veya etkinliklerde sırasını beklemekte zorlanır.
 - ii. Genellikle başkalarını böldüğü ve araya girdiği gözlenir.
 - iii. Genellikle soru bitmeden yanıt verir.

G2. Okulda ya da anaokulunda yaş ve gelişim düzeyini yansıtmayan, (1), (2) ve (3) maddelerdeki aşırı hareketlilik, impulsivite ve dikkatsizlik belirtileri sergiler.

1. Aşağıdaki dikkat sorunlarından en az ikisinin olması gerekir.
 - i. Görevlerini tamamlayamaz.
 - ii. Çoğunlukla dikkati dağılır.
 - iii. Serbest etkinlikler esnasında sık değişim gösterir.
 - iv. Oyun etkinliklerini uzun sürdüremez.
2. Aşağıdaki hareketlilik sorunlarının en az üçünün olması gerekir.

- i. Serbest oyunlarda aşırı hareketli oynar.
- ii. Yapılandırılmış ortamlarda yerinde duramaz kıpırdanır durur.
- iii. Görevlerini tamamlayamaz genellikle yarım bırakır.
- iv. Oturması gerektiğinde sıklıkla oturamaz.
- v. Oyun oynarken sakince oynayamaz.

G3. Yaş ve gelişimine uygun olmayan dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik sergiler ve bu dışarın gözlenebilir düzeydedir. Aşağıdaki durumlardan birkaçını göstermelidir.

- A. Çok fazla hareketli olma, işlerini tamamlamadan bırakma ya da görevlerini yarım bırakma, ev dışında başka ortamlarda da gözlenir.
- B. G1 veya G2'deki belirtileri öğretmeni ve ebeveyni kolayca gözlemler.
- C. Dikkatle alakalı psikometrik test becerisinde yetersizlik belirgindir.

G4. Otizm, bipolar bozukluğu,, depresif bozukluğu ve anksiyete bozuklukları dışlanmalıdır.

G5. Yedi yaşından önce başlamalıdır.

G6. Altı aydan uzun süredir vardır.

G7. IQ 50'den yüksek olmalı.

2.1.4. Epidemiyoloji

Literatürde DEHB epidemiyolojisi ile ilgili çok fazla çalışma mevcuttur. Bu konuyla ilgili olarak 2012 yılında, DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak yapılan toplam 163688 çocuk ve ergenlerin katıldığı 86 çalışmayı kapsayan meta-analiz çalışmasında DEHB'nin Dünya genelindeki görülme sıklığının %5,9-7,1 olduğu belirlenmiştir. O çalışmada, DEHB'nin kızlardan daha çok erkeklerde görüldüğü ve toplumda Dikkat Eksikliğinin baskın görünümü diğerlerine göre daha fazla olmasına rağmen Birleşik görünümün kliniğe daha fazla başvurduğu saptanmıştır[17].

DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak yapılan çalışmaları kapsayan başka bir meta-analiz çalışmasında, DEHB prevalansı %7,2 olarak saptanmıştır ve kullanılan DSM türlerinin arasında istatistiksel olarak belirgin bir fark saptanmamıştır[18]. Yaşla beraber DEHB sıklığında azalma görülse de uzunlamasına çalışmalar vakaların üçte ikisinin erişkinlikte de tanı almaya devam ettiğini göstermektedir[19]. Erişkinlerde yapılan bir meta-analiz çalışmasında, DEHB prevalansı % 3,4 olarak saptanmıştır[20].

Amerika Birleşik Devletleri'nin verilerini inceleyen bir çalışmaya göre DEHB prevalansı 1997-1998'de % 6,1 iken 2015-2016'da % 10,2'ye yükselmiş görünmekte ve yaş, cinsiyet, ırk/ etnik köken, aile geliri ve coğrafi bölgeye göre prevalansta önemli farklılıklar görülmüştür[21].

Türkiye genelinde çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukların tarandığı epidemiyoloji çalışmasında DEHB yaygınlığı %12,4 olarak hesaplanmış ve dünya genelindeki ortalama prevalanstan oldukça üstünde olduğu görülmüştür[22]

2.1.5. Etiyoloji

DEHB karmaşık ve heterojen bir bozukluktur ve etiyojisi henüz tam olarak anlaşılamamıştır[23].

2.1.5.1. Genetik etkenler

DEHB psikiyatrik bozukluklar arasından en yüksek kalıtım gösterenidir. Yirmi tane ikiz çalışmasının dâhil olduğu bir meta-analiz çalışmasında, DEHB'nin %76 kalıtım gösterdiği saptanmıştır[24]. Ayrıca aile temelli DEHB çalışmalarında, etkilenmiş bireylerin ebeveynlerinde ve kardeşlerinde, etkilenmemiş bireylerin biyolojik akrabalarına kıyasla daha yüksek DEHB oranları bulunmuştur[25]. Birinci derece akrabalarında DEHB tanısı olanlarda DEHB görülme riski %15-60'tır(2-6 kat artmış rölatif risk)[26].

Yapılan farmakolojik, görüntüleme ve hayvan çalışmaları DEHB'nin etiyojisinde dopaminerjik, serotonerjik ve nöradrenerjik nörotransmitter sistemlerinin rol aldığını göstermektedir[27]. DEHB ve ilişkili genler arasından DRD4 ve DAT1 genleri en çok araştırılan genlerdir. Bununla beraber DEHB'nin dopaminerjik sistem(DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, COMT, MAO-A, MAO-B ve tirozin hidroksilaz), serotonerjik sistem(HTR1B, HTR2A, HTR2C, TPH1, TPH2, DDC), nöradrenerjik sistem(NET1/SLC6A2, ADRA2A, aDRA2C), kolinerjik sistem(CHRNA4), glutaminerjik sistem(GRIN2A, GRM7) ve nöronal plastisite(SNAP-25, BDNF) genleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur[28].

Bağlantı çalışmalarına bakıldığında DEHB'li bireylerin aile üyeleri arasında daha sık paylaşılan oldukça fazla kromozomal bölgeler vardır. Bu bölgelerden daha çok çalışılanlar 5p12, 10q26, 12q23 ve 16p13 [29]; 15q15, 7p13 ve 9q33 ve 8q12[30], 11q23, 4q13, 17p11, 12q23 ve 8p23'tür [31].

2.1.5.2. Nöroanatomik, nörokimyasal ve nörofizyolojik etkenler

Beyin görüntüleme çalışmaları, DEHB'nin yapısal ve fonksiyonel beyin anormallikleri ile ilişkili olduğuna dair tutarlı kanıtlar sağlanmasına ve nörobiyolojik temelini anlaşılmasına ışık tutmaktadır[32]. Yapısal MRI(Magnetic Resonance Imaging) meta-analiz çalışması, DEHB'si olan bireylerin beyinlerinin birçok bölümünde hacim azalması olduğunu göstermektedir[33]. Bu bireylerde toplam beyin hacminin %2,5, toplam gri cevher hacminin ise %3 azaldığı, ancak beyaz cevherin hacminde anlamlı bir değişiklik olmadığı[34] ve gri cevher azalmasından frontal lobta daha belirgin olmakla birlikte tüm serebral loblarda olduğu gösterilmiştir[35]. Beyin hacmindeki azalmanın kortikal alanlarla sınırlı olmadığı, serebellum[36], corpus callosum[37] ve striatal[38] alanların da etkilendiğini gösteren birçok çalışma mevcuttur.

Serebrumun tüm noktalarının %50sinin kortikal pik kalınlığına erişme yaşı normal çocuklarda ortalama 7,5 iken, DEHB tanısı olanlarda 3 yıl gecikerek ortalama 10.5 yaşında ulaştığı ve bu gecikmenin en çok dikkat ve motor planlama da dâhil olmak üzere bilişsel süreçlerin kontrolü için önemli olan prefrontal bölgede belirgin olduğu gösterilmiştir[39]. Aynı ekibin yürüttüğü başka bir çalışmada DEHB'li bireylerde kortikal kalınlıkta olduğu gibi kortikal yüzey alanının olgunlaşmasında da bir gecikmenin olduğu saptanmıştır[40].

Bu alanda yapılan fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) çalışmalarında, prefrontal, frontal ve bazal ganglionlara azalmış serebral kan akışı; bazı bilişsel etkinlikler esnasında bu bölgelerde hipoaktivasyon; bu hipoaktivasyonu kompanse etmek için olduğu sanılan diğer beyin bölgelerinde atipik hiperaktivasyonu[41]; metilfenidat başlandıktan sonra serebral kan akımının frontal / prefrontal bölgelerde normalizasyonu gösterilmektedir[42].

DEHB'nin nörokimyasal etiolojisini araştıran çalışmalar nörotransmitterlerden en çok dopamin (DA) ve nöradrenalinin (NA) üzerinde durmuştur. DA ve NA'nin optimal düzeyde olması prefrontal korteks işlevleri için gereklidir. Tedavide kullanılan ve merkezi sinir sisteminde DA ve NA düzeyini arttıran psikostimülanlar ve antidepressanların DEHB belirtileri üzerine olumlu etki göstermesi, bu nörotransmitterlerin DEHB'deki rolünü destekler niteliktedir[43, 44].

Literatürde yer alan EEG çalışmalarının çoğu, DEHB'li çocuklarda yavaş dalga(delta, teta) aktivitesinde artış, alfa ve beta dalga seviyelerinde azalış ve teta/beta dalga oranında artış olduğunu bildirmiştir[45].

2.1.5.3. Çevresel ve psikosozal etkenler

DEHB etiolojisinde genetik etmenlere ek olarak çevresel etmenlerin de önemli olduğu gösterilmiştir[46]. DEHB etiolojisi ile ilişkili olabilecek birçok çevresel faktör bildirilmiştir, ancak hangilerinin kesin etken olduğunu belirlemek zordur. Bu etmenler arasında, çeşitli prenatal ve perinatal faktörler, toksinler, besinler ve psikosozal faktörler yer almaktadır[47]. Bu faktörlerden ilişkili olabileceği düşünülen ve üzerinde en çok çalışılan etmenler ise; hamilelik sırasında maternal sigara kullanımı[48], ileri derecede prematürite[49], düşük doğum ağırlığı[50], organofosfat pestisitler[51], poliklorlu bifeniller[52], kurşun[53], çinko eksikliği[54], magnezyum eksikliği[55], düşük sosyoekonomik durum[56], kötü muamele görme[57] ve ebeveynlerinden erken ayrılma[58]'dir.

2.1.6. Klinik özellikler ve değerlendirme

2.1.6.1. Temel belirtiler ve tanımı

DEHB dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri ile kendini gösterir[9].

Dikkat, algılamının belli bir uyarının üzerinde seçici olarak odaklanabilmesi, tamamen uyanık olarak zihinsel faaliyetin bir uyarana yönlendirilmesidir[59]. DEHB'li çocuklar sıklıkla dikkatini verememe, uzun süre sürdürememe, dikkat gerektiren işlerden kaçınma, eşyalarını kaybetme, dikkatsizlikten basit hatalar yapma, dinlemiyormuş gibi görünme ve düzenli olamama gibi dikkatsizlik belirtileri sergilerler. Ayrıca bilgisayar oynarken ya da televizyon seyredirken aşırı düzeyde dikkat verdikleri de görülmektedirler[60].

Hiperaktivite, kişinin yaşına göre hareketinin fazla olması, aşırı konuşkan ve aceleci olmasıdır. Çocuklarda yerinde duramama, motor takılmış gibi koşuşturma, sürekli bir yerlere tırmanma ve kıpır kıpır olma hiperaktivite belirtilerindedir[61].

Dürtüsellik, sonunu düşünmeme, düşünmeden harekete geçme olarak tariflenebilir. Sabırsızlık, sırasını bekleyememe, yönergeleri dinlememe veya konuşma sırasında araya girmeleri tipik dürtüsellik belirtileridir[62].

DEHB'nin klinik özelliklerine göre tanımlanan 3 alt tip görünümü mevcuttur.

1. Bileşik görünüm: Aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve dürtüsel olma belirtilerin hepsi ile kendini gösteren bir gruptur ve kliniğe başvuranların çoğunluğunu oluşturmaktadır.

2. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Dalgın, dikkati dağınık, ağır görünümde olan bireylerdir. Eşlik eden davranış sorunu olmadığında fark edilemeyebilmekte ve tedavileri ihmal edilebilmektedir.

3. Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Sürekli hareket halinde olan fevri bireylerdir [60].

2.1.6.2. Farklı yaşam evrelerinde klinik özellikler ve değerlendirme

Klinik özelliklerin yaşla değiştiği görülmektedir(tablo 2). Okul öncesinde aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ön planda iken ve ortaokul çağına doğru ilerledikçe bileşik görünümün fazla olduğu, lise çağından sonra ise dikkatsizlik görünümünün öne çıktığı saptanmıştır[63].

Tablo 2. Farklı yaşam evrelerindeki DEHB'nin klinik özellikleri[60]

	Okul Öncesi	Okul Çağ	Ergenlik	Erişkinlik
Klinik Özellikler	-Huysuzluk, engellenmeye karşı toleranssızlık, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, sık oyun değiştirme, uyku sorunu, kazalara yatkınlık, öfke patlamalar siktir. -En tehlikeli belirtiler dürtüsellik ve hiperaktivitedir. -Kazalara maruz kalma riski yüksek.	-Sınıfta oturamama, kalkıp konuşma, oyun kuralına uym sağlamama, sorun, yaşlılarıyla fevrilik, dikkatsizlik, eşyalarını kaybetme, dersi dinlemekte ve öğrenmekte güçlük, dikkat gerektiren işlerden kaçma siktir, yönergeleri takip edememe siktir. -Bu yaşta en ciddi sorun zaman ve hızı ayarlayamamalarıdır. -Sıklıkla işlerinde ebeveyn desteğine ihtiyaç duyar.	-Hareketlilik azalmakta ve yerini içsel huzursuzluk almaktadır. -Plansızlık, keyfi yaşama, sınıfta kalma, akademik başarısızlık, okulu bırakma, çok konuşma, riskli davranışlarda bulunma(madde, sigara kullanımı, erken cinsel ilişki, suça yönelme), aile ile çatışma, akranları tarafından dışlanma siktir. -Cinsel istismara uğrama oranı yüksek olduğu akılda tutulmalı.	-Organize olamama, plansızlık, işini bitirememe, erteleme, işe geç kalma, unutma, çok konuşma, laf kesme, huzursuzluk, çok spor yapma, trafik kazalar sık yapma, ani kararlar alma, sık sık iş ve partner değiştirme, düzensiz beslenme, madde kullanımı, uygun olmayan cinsel deneyimler siktir. -Artan sosyal, iş ve aile sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanma siktir.

Diğer tüm nörogelişimsel bozukluklar gibi DEHB de klinik olarak teşhis edilir. Yeterli duyarlılık ve özgüllük gösteren biyolojik belirteç henüz bulunmamıştır. Bununla birlikte, tanı kriterleri dikkatle incelenirse ve ayırıcı tanılar göz önüne tutulursa DEHB güvenilir bir şekilde teşhis edilebilir. Tanısal değerlendirme, ayrıntılı bir gelişim öyküsü, aile öyküsü ve ayırıcı tanısal değerlendirme içerir. Çocuk ve ergenlerde, mevcut klinik belirtilerin ve yaşamın çeşitli alanlarındaki işlevsellik bozukluğunun şiddeti, öncelikle çocuk ve ebeveynlerinden ve çocukla etkileşime giren diğer yetişkinlerden gelen bilgilerle değerlendirilir [64].

2.1.6.3. Çocuklarda ve ergenlerde işlev bozukluğu olan alanlar

2.1.6.3.1. Akademik hayat

Akademik yetersizlik DEHB’li çocuklarda yaygındır, okul öncesinden[65] ergenliğe[66] kadar belirgin şekilde kendini gösterir. DEHB, düşük akademik performans ve hak ettiğinden daha düşük puanlarla ilişkilidir[67]. DEHB’deki akademik işlevsellikteki bozulmalarda, hiperaktivite veya eşlik eden yıkıcı davranış belirtilerinden çok dikkat ve yürütücü işlevlerdeki bozukluğunun daha çok rol oynayabileceği öne sürülmüştür[68]. Bu çocuklarda, daha sık olarak akademik desteğe ihtiyaç duyarlar, ayrıca sınıfta kalma ya da okulu bitirmeden terk etmeleri de sıklıkla[69].

2.1.6.3.2. Sosyal ilişkileri

Sosyal problemler DEHB’nin tanı kriterinde olmamasına rağmen, bu bireyler arasında yaygındır. DEHB’li birçok çocuk ve ergen sosyal beceri ve akran ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadır. Bu gençler akranlarının çoğunluğu tarafından beğenilmeme ve az sayıda yakın arkadaşına sahip olma eğilimindedirler[70, 71]. Sahip oldukları dostluklar DEHB’si olmayan gençlerin dostluklarına göre daha fazla çatışma ve daha az yakınlık içerebilir[72]. Bu tür sosyal bozukluklar yaşam boyu devam edebilir[73] ve bunlar suçluluk, okul başarısızlığı, madde bağımlılığı, depresyon, kaygı ve hatta yeme patolojisi riskini artırır[74, 75].

DEHB'li gençler olumsuz sosyal davranışları (saldırganlık, zayıf sportmenlik, övünme ve duygu düzensizliği) daha fazla ve olumlu sosyal davranışları (sosyal ipuçlarını anlama, perspektif alma, çatışma çözme becerileri ve empati) ise daha az sergileme eğilimindedir[71, 76].

2.1.7. Ayırıcı tanı ve eş tanı

DEHB heterojen belirtiler gösteren bir bozukluktur ve benzer belirtilere sahip diğer bozukluklarla karışmaması için ayırıcı tanısının yapılması ve eştanıların araştırılması önemlidir [77].

Ayırıcı tanı için araştırılması gereken biyopsikososyal durumlar: ihmal, istismar, karmaşık aile yapılandırması, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu (DB), tik bozuklukları, madde kullanımı, depresyon, kaygı bozuklukları, bipolar duygudurum bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, öğrenme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu(TSSB) ve zeka geriliği, görme ve işitme problemi, epileptik nöbet, genetik hastalıklar, tiroid hormon bozukluğu, ağır metal zehirlenmesidir ve farmakolojik ajan kullanımınıdır[78].

DEHB'ye diğer psikiyatrik bozukluklar yüksek oranda eşlik eder. Çocuklarla yapılan çalışmalarda, DEHB'de eştanı oranı %50-90 arasında saptanmaktadır[79]. DEHB'li erişkinlerin yaşam boyu psikiyatrik eştanı alma prevalansı %88 olarak saptanmış ve bu durumun toplum ortalamasına göre 6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir [80].

DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde eş tanı olarak en sık KOKGB(%50-60), DB(çocuklarda %20-50 ve ergenlerde %40-50) , depresyon (%16-26), anksiyete bozuklukları (%10-40), bipolar bozukluklar (%11- 75), tik bozuklukları (%20) ve obsesif kompulsif bozuklukları eşlik eder(%6-15)[81].

2.1.8. Tedavi

Her hastalıkta olduğu gibi DEHB tedavisi de her hastanın gereksinimine uygun ve bütüncül bir tedavi yaklaşımı içermelidir. DEHB'nin en etkili tedavisi farmakolojik tedavi olsa da, psikoeğitim, bilişsel ve davranışsal müdahalelerin de olumlu etkisi olduğu kabul edilmektedir[82].

2.1.8.1. İlaç tedavisi

FDA tarafından onaylanan ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılan farmakolojik ajanlar stimülan gruptan metilfenidat, amfetaminler ve nonstimülan gruptan ise atomoksetindir, guanfasin ve klonidindir.

Metilfenidatın özellikle prefrontal korteks ve striatumdan dopamin ve noradrenalin salınımını artırma ve presinaptik bölgede ise bu iki nörotransmitterin geri emilimini engelleme yoluyla sinaptik aralıktaki DA ve NA düzeyini artırdığı düşünülmektedir. Amfetamin tuzlarının ise DA geri alımını engellediği ve sinaptozomlardaki DA'nın sinaptik aralığa salınımını artırdığı düşünülmektedir[83]. Psikostimülan ilaçların DEHB'nin çekirdek semptomlarına ek olarak sosyal etkileşim sorunları, karşıt olma ve davranış bozuklukları ve dürtüsel saldırgan davranışlarına da olumlu etki gösterdiği görülmektedir [84].

Stimülan gruptan amfetaminler ülkemizde bulunmamakta ve yaygın olarak metilfenidat kullanılmaktadır. Metilfenidat etki büyüklüğü 0,9 civarında[85] olup, DEHB vakalarının %70-80'inde etkili olmaktadır, ancak hastaların %20-30'de etkili olmamakta veya yan etkisinden dolayı ilaç kesilmektedir[86] . En fazla görülen yan etkileri uykusuzluk, karın ağrısı, baş ağrısı, iştahsızlık ve sinirlilik olduğu bildirilmiştir [87].

Stimülan olmayan ilaçlardan FDA onayı alan ilk ilaç atomoksetindir ve merkezi sinir sisteminde presinaptik nörepinefrin taşıyıcıları inhibe ederek etki göstermektedir[88]. DEHB tedavilerini araştıran bir meta-analiz çalışmasında atomoksetinin etki büyüklüğünün 0,62 olduğu bildirilmiştir[89]. En fazla görülen yan etkileri baş ve karın ağrısı, iştahta azalma, uykulu olma, mide bulantısı, dispepsi, kusma, baş dönmesi ve sinirliliktir[90].

Atomoksetin, prefrontal kortekste NA ve DA seviyelerini artırırken subkortikal alanda ise DA seviyesini etkilemeden NA seviyesini arttırmaktadır. NA seviyesinde artışa yol açtığından DEHB'yle eşlik eden anksiyete bozukluğu bulunan hastalarda öncelikli olarak tercih edilebilmektedir. Aynı zamanda nukleus akkumbens ya da striatumda DA'ı arttırmadığı için kötüye kullanım potansiyeli olmadığı düşünülmektedir [91] ve DEHB ile eşlik eden madde kötüye kullanım bozukluğu olan vakalarda atomoksetinin kullanılması önerilmektedir[92].

Türkiye’de bulunmayan, DEHB tedavisinde kullanılan diğer nonstimülanlar alfa 2 agonistler olan klonidin ve guanfasindir. Sık görülen yan etkileri sedasyon ve yorgunluktur. Bupropiyon, modafinil ve imipramin DEHB tedavisi için daha az sıklıkta kullanılan diğer ilaçlardır[82].

2.1.8.2. Psikososyal tedavileri

DEHB’nin tedavisinde psikososyal müdahalelerin faydalı olduğu bildirilse de tek başına ilaç tedavileri veya kombine tedaviler kadar etkin olmadığı bilinmektedir[93]. Davranışsal Ebeveyn Eğitim Programının DEHB’nin ana belirtiler üzerinde belirgin etki göstermediği, ancak DEHB’si olan çocukların davranış sorunları ve içe atım semptomları üzerine olumlu bir etkisi olduğu ve ebeveyn güvenini arttırdığı bildirilmiştir[94, 95]. Okul-merkezli girişimlerin ilkökul çocuklarına olumlu etki gösterdiğini belirten çalışmalar da mevcut[96]. Yakın tarihte yapılan meta-analiz çalışmasında, sporun DEHB belirtiler ve yürütücü işlevler üzerinde olumlu etki gösterdiğini bildirmiştir[97].

2.2. Akran Zorbalığı

2.2.1. Akran zorbalığının tanımı

Zorbalığın ilk tanımını yapan ve zorbalık konusunda ilk bilimsel çalışmalarını başlatan Norveç’li araştırmacı Dan Olweus’un 1978’de yayınlanan Okullarda Saldırganlık isimli kitabı zorbalıkla ilgili literatürde dönüm noktası kabul edilir. Olweus’a göre akran zorbalığı, karşıdakine zarar vermeye yönelik, güç dengesizliği olan kişiler arasında gerçekleşen, zamansal süreklilik gösteren bilinçli bir saldırgan davranış şeklidir[98]. Olweus zorbalığı Norveç dilinde “mobbing” kelimesiyle tanımlarken, İngilizcede ise kabadayılık, anlamında “bullying” kelimesi kullanılmaktadır[99].

Zorbalık, proaktif bir saldırgan davranıştır. Zorbalık basit bir süreç olmayıp bu süreçte motivasyon, niyet, ödül ve ceza da önemli rol oynamaktadır. Zorbalık sadece kurbanı zarar vermekle kalmaz, aynı zamanda zorbaya belli grup içinde

sınırlı bir sosyal statü elde etmenin basit ve etkin olabilecek bir yolunu sunarak onun farklı yolları öğrenerek gelişmesini engeller [100].

Olweus, akran zorbalığını doğrudan (fiziksel ve sözel) ve dolaylı (ilişkisel) olarak 2 alt grupta incelemiştir. Fiziksel akran zorbalığı, vurma, itme ve tekme atma; sözel akran zorbalığı alay etme, lakap takma; ilişkisel akran zorbalığı ise dışlama, arkadaşlık yapmama, dedikodu yayma gibi davranışları kapsamaktadır[98].

Literatürde zorbalık olaylarına karışanlar 4 farklı grupta incelenmektedir. Bunlar; kurban, zorba, zorba/kurban ve seyircilerdir [101, 102].

Bu konuyla ilgili ilk çalışmalar 1970'lerin başında İskandinav ülkelerinde yapılmaya başlanmıştır. Ancak 1980'lerde zorbalık olaylarının daha görünür hale gelmesi ile bu olaylar tüm dünyanın dikkatini çekmeye başlamış ve bu konuda daha çok çalışma yapılmaya başlanmıştır [103]. Günümüzde ise zorbalık tüm yönleriyle ele alınan ve araştırılan bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir[104].

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya'da akran zorbalığının epidemiyolojisi ile ilgili yapılan yeni bir meta-analiz çalışmasında 12-18 yaş arası gençlerin zorbalık katılımı için ortalama prevalansı %35 olarak saptamıştır[105]. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında, zorbalık yaygınlığının Amerika Birleşik Devletlerindeki 6-10.sınıf öğrencilerinde %29,9 (zorbalıların, kurbanların ve zorba/kurbanların oranı sırasıyla %13, %10,6 ve %6,3)[106], Kore'de ortaokul öğrencilerinde %40 (zorbalıların, kurbanların ve zorba/kurbanların oranı sırasıyla %17, %14 ve %9)[107] ve Danimarka'da 10-15 yaş arası çocuklarda %34,1 (zorbalıların, kurbanların ve zorba/kurbanların oranı sırasıyla %8,2, %16,4 ve %9,5)[108] olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında yaş grubu ve araştırma desenine göre farklı sonuçlar saptanmıştır. 2008'de İzmir'de ilköğretim 6. ve 7. sınıf öğrencilerde yapılan araştırmada öğrencilerin %42,3'ünün kurban, %13,8'inin zorba/kurban ve %20,3'ünün zorba olduğu tespit edilmiştir[109]. İstanbul'da lise öğrencilerinde yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin %22'sinin kurban, %9,4'ünün zorba, %9,2'sinin ise hem zorba hem kurban olduğu tespit edilmiştir[110].

Zorbalık ve cinsiyet arasındaki ilişkiye baktığında, literatürdeki bazı çalışmalarda zorbalık davranışının erkeklerde daha sık görüldüğünü belirtilirken[111], bazı çalışmalarda ise cinsiyetler arasında fark göstermediği

bildirilmektedir[112]. Ancak zorbalık türü ve cinsiyet ilişkisine bakan çalışmada, vurma ve lakap takma gibi doğrudan zorbalığın erkeklerde daha fazla görüldüğü, kızlarda ise söylenti çıkarma ve dışlama gibi dolaylı zorbalığın daha fazla olduğu bildirilmiştir[113].

Yaş ve zorbalık ilişkisine bakıldığında, zorbalığın erken ergenlik döneminde pik yaptığı ve lise yıllarında azalma gösterdiği gözlenmiştir[106]. Başka bir çalışmada yaşla birlikte kurban olma oranlarının azaldığı ancak zorba olma oranlarının ise arttığı bildirilmiştir[114]

2.2.3. Zorbalığın sonuçları

Zorbalık davranışına karışan çocuklarda fiziksel ve psikolojik açıdan ciddi problemler görülebilmektedir. Zorbalığın ruh sağlığına etkisini değerlendiren boylamsal bir çalışmada, ortaokulda zorba/kurban olan çocukların çoğunun ilkokulda zorba/kurban veya kurban olmuş olduğu ve zorbalık olayına karışan çocukların geç ergenlik döneminde ruh sağlığı sorunları açısından risk altında olduğu saptanmıştır[115].

Zorbalığa uğrayan çocuklar, zorbalığa uğradıkları yerde korku ve kaygı duyabilir. Okulda zorbalığa uğrayan çocuklar okula gitmekten kaçınma, okulu sevmeme, okuldan kaçma gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Bu öğrencilerde okul devamsızlıklarında artış, ders başarılarında düşüş, öz saygılarında azalma ve depresyon görülebilmektedir. Ancak sadece zorbalığa maruz kalan çocuklar değil, aynı zamanda zorbalık yapan çocukların da depresyon ve intihar girişimi için risk taşıdığı gösterilmiştir [110, 116].

Akran zorbalığına maruz kalma ile uyku sorunları, alt ıslatma, karın ağrısı, baş ağrısı, iştahsızlık, gerginlik ve yorgunluk gibi psikosomatik yakınmaların ilişkili olduğu saptanmıştır [117]. Zorbalığın kurbanlar üzerindeki olumsuz etkileri uzun süre devam etmektedir[118]

2.2.4.DEHB ve zorbalık

DEHB'si olan çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi DEHB'nin çekirdek belirtileri ve sosyal bilgi işlemedeki yetersizlikleri sebebiyle hem zorbalık yapma ve hem zorbalığa uğrama açısından risk altında oldukları bilinmektedir[119, 120]

İsveç'te ilköğretim 4. sınıfa giden öğrencilerde yapılan çalışmada, DEHB tanısı olanların kontrol gruba kıyasla üç kat daha fazla zorbalık uyguladığı ve on kat daha fazla zorbalığa uğradığı saptanmıştır. Çalışmanın önerisi olarak zorbalık olayına dâhil olan çocuk ve ergenlerin DEHB tanısı bakımından değerlendirilmesi ve DEHB tedavi planı yaparken de zorbalığın değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır[119].

Ülkemizde yürütülen bir çalışmada DEHB'li olguların %46,9'u zorbalık olaylarına katıldığını ve %43,8'i de akranları tarafından zorbalığa uğradıklarını bildirmişlerdir[121].

2.3. Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam kalitesinin tanımı ve değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 1948 yılında tanımladığı sağlık kavramına göre sağlık, sadece hastalığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir [122]. Bu tanımdan sonra iyilik halinin tanımlanması için Yaşam Kalitesi (YK) kavramı ortaya çıkmıştır. YK için çok farklı tanımlar yapılmakla birlikte genel kabul gören tanım; kişinin kendi durumunu, standartlarını, hedef ve beklentilerini kültürel ve değerler sistemi içinde nasıl algıladığıdır[123].

YK kavramı kişinin ne hissettiğine önem vermekte ve YK değerlendirirken bireyi bir bütün olarak ele almayı hedeflemektedir[124]. YK, nesnel ve öznel alanlar olarak iki alana ayrılmıştır. Nesnel alan, kişilerin yaşam koşulları, sosyal değerleri ve çevre koşullarını içerirken, öznel alan fiziksel ve duygusal işlevselliği kapsamaktadır[125].

Bireyin YK'sının değerlendirilmesi, tıbbi müdahalelerin etkinlik düzeyini ve yan etkilerini değerlendirebilmek, sağlık politikalarının düzenlenmesi ve tıbbi araştırma çalışmalarının yapılabilmesi için önem arz etmektedir[126].

YK'nın değerlendirilmesi için kullanılan ölçekler, genel YK ve hastalığa zü YK lekleri olarak iki sınıfa ayrılmaktadır. Genel YK lekleri, hem hasta hem de sağlıklı bireylere uygulanabilir. Bu nedenle hastalık grupları arasında veya hasta ve sağlıklı gruplar arasında karşılaştırma yapılması gereken durumlarda kullanılmaktadır. Hastalığa zü YK lekleri ise sadece belli bir hastalığa zü geliştirilmiş olan, duyarlılığı ve züllüğü yüksek olan ölçeklerdir ve tedavinin değerlendirilmesi veya alternatif tedavilerin etkisinin karşılaştırılması için daha uygundur[127].

ocukluklarda kronik hastalıklar, ilaç tedaviler, uzun süreli hastane yatışları olması YK'nın çocuklarda da araştırılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır[128]. Çocuklarda YK değerlendirilirken çocukların gelişim basamaklarındaki farklılıkların bilinmesi ve ona uygun ölçeklerin kullanılması önemlidir [126].

2.3.1. DEHB'de yaşam kalitesi

DEHB, hem ocuk ve ergenin hem de ailenin YK'sını belirgin Şekilde olumsuz etkileyen bir bozukluktur[129]. Bir derleme çalışmasında hem DEHB'li ocuk ve ergenler hem de ebeveynlerinin bildirimlerinde YK'nın bileşenleri olan duygusal, sosyal, akademik işlevsellik ve bunların sonucu olan "psikososyal sağlığın" nemli ölçüde etkilendiği saptanmıştır[130].

Avrupa'da, DEHB tanısı olan 1500 ocuk ve ergen ile yapılan gözlemsel bir çalışmada DEHB'lilerde fiziksel işlevselliği hariç YK'nın alt leklerinin tümünde toplumların standartlarına göre düşüklük saptanmıştır. Aynı alışmada, DEHB tanılı ocuklarda YK'yi etkileyen demografik faktörlere bakılmış ve fiziksel ya da ruhsal sorunu olan ebeveyni olmak, tek ebeveynle yaşamak, gebelikte annenin sigara kullanımı düşük YK ile ilişkili saptanmıştır[131].

İlaç tedavisinin YK zerine etkilerini araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Atomoksetin ve metilfenidatın etkisini karşılaştıran bir çalışmada, atomoksetin alan grupta daha fazla olmak üzere iki grupta da tedavi sonrası YK'de düzelme olduğu saptanmıştır. Atomoksetin ve metilfenidat arasındaki bu etki farkının, atomoksetinde dalgalanmanın daha az olması ve tik veya anksiyete gibi ek semptomlara da etki göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir[132].

2.4. Yürütücü İşlevleri

2.4.1. Yürütücü işlevlerin tanımı ve değerlendirilmesi

Yürütücü işlevler(Yİ), hedefe yönelik işleri başarabilmek için uygun problem çözme eğilimini sağlayan nörobilişsel süreçlerdir[133]. Yİ, çeşitli yüksek düzeydeki bilişsel işlevleri kapsayan çok yönlü bir yapıdır[134]. Bunlar; planlama, organizasyon, tepki ketleme, çalışma belleği, soyutlama, dikkati bir yerden başka bir yere geçirebilme, duyguların düzenlenmesi, sözel akıcılık, öncesinden öğrendiği bilgi ve kazanılmış becerilerin uygun biçimde kullanılabilmesi gibi becerileri içermektedir[135].

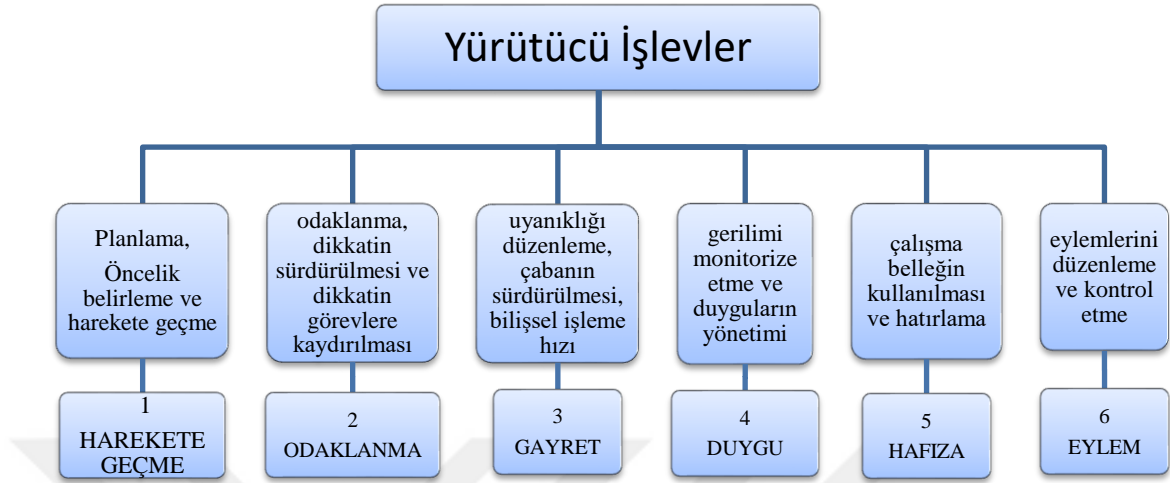
Yaş ve gelişime paralel olarak çocukların, yürütücü işlevleri de gelişmekte ve olgunlaşmaktadır[136]. Yİ öncüllerinin 7,5-12 aylık bebeklerde de olduğunu gösteren deneysel çalışmalar olsa da, bu işlevlerin tam olarak matür düzeye gelmesinin oldukça uzun bir süreç gerektirdiği ve farklı zamanlarda farklı bileşenlerin fonksiyonellik kazanacak şekilde geliştiği düşünülmektedir. Zihinsel esneklik, planlama ve organizasyon gibi yürütücü işlev unsurlarının temelini oluşturan tepki ketleme ve işleyen belleğin daha geç geliştiği düşünülmektedir[137]. Bu zamanla değişen gelişim sürecinin prefrontal bölgenin miyelinizasyonunun doğum sonrası başlayıp, genç erişkin döneme kadar devam etmesiyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir[138].

Yürütücü işlevlerdeki yetersizlik pek çok alanda işlevselliğin düşmesine sebep olmaktadır ve bu yetersizliğin prefrontal korteks[139] ve onunla yakın ilişkili olan subkortikal[140] ve posterior yapılarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yİ değerlendirmesi iki şekilde yapılabilmektedir; performansa dayalı değerlendirme ve günlük işlevlerin değerlendirmedir[141].

2.4.2. DEHB ve yürütücü işlevleri

DEHB olan çocuklar, gerçek yaşam etkinliklerinin yanı sıra nöropsikolojik testlerde yürütücü işlevler ve işleme hızında bozukluklar sergilemektedir[142], ancak yürütücü işlevlerdeki bozukluğun tüm DEHB olgularını açıklamada yeterli olmadığı unutulmamalıdır[143].

DEHB’de yürütücü işlevler ile ilgili bozuklukları açıklamaya çalışan modellerden biri, Thomas Brown’un modelidir(şekil1). Bu tanımlayıcı modelde, yürütücü işlevler altı gruba ayrılmıştır[144].



Şekil 2.1. Brown’un Yürütücü İşlev Modeli (2005)

1. *Planlama, önceliklerin belirlenmesi ve harekete geçme:* Birçok DEHB’li bireyin en önemli şikâyetlerinden biri, bir eyleme başlamada yaşadığı güçluktur. DEHB’li bireyler öncelikleri belirleyemezler ve son ana kadar işe başlayamazlar.
2. *Odaklanma, dikkati sürdürme, dikkatin görevlere kaydırılması:* DEHB’li bireyler, yaptıkları işe odaklanmak ve sürdürmekte güçlük yaşar. Dış uyaranlara karşı dikkati çabuk dağılır ve dikkati kayar, ancak bazen de sevdiği işlere aşırı odaklanıp başka uyaranlara yanıt veremezler.
3. *Uyanıklığı düzenleme, gayretleri sürdürme ve bilişsel işlem hızı:* DEHB’li bireyler, uyanıklığı sürdürme sorunu yaşadığı için dinleyici konumunda olduklarında ve uzun süre oturması gerektiğinde uykuları gelen bireylerdir. Hemen sonuçlanmayan, uzun süreli görevlerle ve gayret isteyen işlerle ilgilenirken motivasyonlarını hemen kaybedebilmektedir. İşlem hızları yavaş olduğundan, gayretlerine rağmen diğerlerinden daha uzun sürede işlerini bitirebilmektedir. Bazen de kendilerini yavaşlatmakta ve hızını düşürmekte güçlük çekerler. Kısacası hız düzenleme sorunu vardır.
4. *Değişen duyguların yönetimi:* DEHB’de yaşanan duygusal sorunları, çok düşük engellenme eşiği ve duygusal deneyimlerini düzenlenmesindeki süregiden güçlükleri içermektedir.

5. *Çalışma belleğinin kullanılması ve hatırlama:* DEHB’li bireylerde bellekle ilgili sorunlar genelde çalışma belleği ile ilgilidir. Çalışma belleği anlık bilgiyi saklar, aynı zamanda bu anlık bilginin uzun süreli bellekteki diğer bilgilerle etkin bir şekilde işlenmesini sağlar.
6. *Kendi eylemlerini düzenleme ve kontrol etme:* DEHB’de belirtilerin asıl nedeninin, “kişinin kendini engelleme gücü” olduğu öne sürülmüştür. DEHB’li bireyler ne zaman ve nasıl eyleme geçeceğine karar vermelerinde, eylem sırasında kendi durumlarını ve mevcut durumu kontrol etmede zorluk yaşamaktadırlar[144].

3-5 yaş arası DEHB belirtisi gösteren çocuklarla yapılan çalışmaları derleyen bir meta-analiz çalışmasında, bu çocukların isteklerini erteleme, tepki ketleme, sürdürülen dikkat, motor kontrol alanlarında sorun yaşadıkları bildirilmiştir [145].

5-7 yaş arası okul öncesi DEHB’li çocuklarda en çok tepki ketleme alanında sorun görünmekle beraber, dikkat ve çalışma belleğinde de bozukluklar saptanmıştır[146].

6-16 yaş arası çocuk ve ergenleri kapsayan bir çalışmada DEHB’si olan çocukların çalışma belleği, tepki ketleme, planlama, sözel bellek, bilişsel esneklik ve reaksiyon süresi alanlarında kontrol grubuna göre anlamlı düşük performans sergilediği gösterilmiştir[147].

16-18 yaş arası ergenlerin yürütücü işlevlerine bakan bir çalışmada, DEHB’si olanların %52’sinde, kontrol grubun %18’inde bozukluk saptanmıştır[148].

2.5. Duygu Düzenleme

2.5.1. Duygu düzenlemenin tanımı ve özellikleri

Duygu düzenleme duygusal tepkilerimizi gözlemlene, değerlendirme ve değiştirme ile birlikte amacımıza ulaşmamızı sağlayan tüm içsel ve dışsal süreçleri kapsayan bir kavramdır[149].

Başka bir deyişle duygu düzenlenmesi hangi duyguya sahip olacağımızı, onu nasıl deneyimleyeceğimizi ve nasıl dışa vuracağımızı belirleyen süreçlerin birleşimi olarak tanımlanabilir[150]. En temel seviyede bu süreçler; duygusal işaretleri

okumak veya anlamak, duygusal işaretleri olumlu veya olumsuz olarak sınıflandırabilmek ve bir davranışsal yanıt verebilmeyi kapsamaktadır[151].

Duygu düzenlemenin aslında birçok boyutu vardır. Kendi duygularımızı düzenleme, başkaları tarafından oluşturulan duyguları düzenleyebilme, duygunun kendisini düzenleyebilme ve duygunun altında yatan özellikleri düzenleyebilme gibi boyutlar yer almaktadır [152].

James J. Gross'un duygu düzenlenmesi için önerdiği modelde duygu düzenleme stratejileri öncül odaklı ve yanıt odaklı stratejiler olarak iki düzeyde incelenmiştir. Öncül odaklı stratejiler, duygusal yanıt gerçekleşmeden önce yaptığımız davranışsal ya da fizyolojik değişiklikleri kapsarken, yanıt odaklı stratejiler ise duygu yanıtı başladıktan sonra yaptıklarımızı kapsar. Modelde yer alan beş tane duygu düzenleme stratejisi vardır. Bunlar; durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkat açılımı, bilişsel değişim ve yanıt modülasyonudur ve bu stratejilerin ilk dördü öncül odaklı iken, beşincisi ise yanıt odaklıdır[153].

1. *Durum seçimi*: Duyguları düzenlemek için bazı kişilere, yerlere ya da nesnelere yaklaşma veya uzaklaşma seçimidir.
2. *Durum modifikasyonu*: Duygusal açıdan yaratacağı sonuçları değiştirmek için durumun ayarlanmasıdır.
3. *Dikkati açılımı*: Dikkati dağıtma, konsantrasyon ve ruminasyon gibi sınıflandırılacak dikkat odağının değişimi için yapılan stratejilerdir.
4. *Bilişsel değişim*: Algılanan durumu yönetmek için yapılan değerlendirmelerin ya da bilişsel basamakların ayarlanmasıdır.
5. *Yanıt modülasyonu*: Deneyimsel, davranışsal ya da fizyolojik yanıtları doğrudan etkilemesidir.

Bu stratejilerin herhangi birinde aksama olduğunda duygu düzenleme güçlüğü ortaya çıkmaktadır. Gross(2006) duygu düzenleme güçlüğüne yetersiz düzenleme ve aşırı düzenleme şeklinde ele almıştır. Yetersiz duygu düzenleme dürtü kontrol sorunu ve agresif davranışlar gibi daha çok dışa vurum belirtileriyle ilişkiliyken, aşırı duygu düzenlemenin anksiyete ve depresyon gibi içe atım durumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir [154].

2.5.2. DEHB’de duygu d¼zenleme

DEHB’li bireylerdeki duygu d¼zenleme g¼çl¼g¼n¼n çoğu tanımı, duygusal tepkileri mod¼le edememe ve duygusal tetikleyicilere bireyin gelişimsel yaşı ve sosyal ortamına uygun olmayan aşırı tepki verme kavramlarını içermektedir. Uygunsuz yanıtlar hem içselleştirilebilir (örneğin, içine kapanma, karamsar veya üzg¼n olma) veya dışsallaştırılabilir (örneğin, duygusal olarak patlamaya hazır, agresif, tartışmacı ve hatta fiziksel şiddete meyilli olma)[155] .

DEHB’de gör¼len duygu d¼zenleme g¼çlükleri, duygusal dürt¼sellik, oluşan duyguyu d¼zenleyebilmede g¼çlük ya da daha olumlu duygusal duruma çevirebilmede zorluk olarak tanımlanmıştır[156].

DEHB’lilerde duygu d¼zenleme g¼çl¼ę¼ oldukça sık gör¼lmektedir. Klinik örnekleme DEHB’li çocuk ve ergenlerin %24-50’sinin, epidemiyoloji örnekleminde ise %38’inin duygu d¼zenlemeyle ilişkili g¼çlük yaşadığı saptanmıştır. Ancak bu durumun nedeni hala tartışmalıdır. Çalışma belleği ve yanıt inhibisyonu dahil olmak üzere bilişsel süreçlerdeki eksikliklerin duygu d¼zenlemedeki yetersizliğe katkıda bulunduğu düşün¼lmektedir, ancak tek başına bu durumu açıklamada yetersiz kaldığı gör¼nmektedir[157].

DEHB’ye duygu d¼zenleme g¼çlüklerinin eşlik etmesinin, DEHB belirtilerinin artmasına, bu bireylerin daha fazla riskli davranışları sergilemesine ve toplumsal, akran ve yakın ilişkilerin daha çok bozulmasına neden olduğu bilinmektedir[158]. DEHB’li çocukların duygu d¼zenleme becerilerinin incelenmesi ve tedavide bu alana da önem verilmesinin oluşabilecek sorunları azaltacağı düşün¼lmektedir[159].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Çalışmanın örneklemini, Aralık 2019 ile Mart 2020 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran DEHB tanısıyla takip edilen veya ilk kez DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenler oluşturmuştur. Hastalar ve ebeveynlerine çalışmanın amacı ve içerikleri hakkında bilgi verilmiştir ve çalışmaya katılmaya onay verdiklerini gösteren yazılı onamları alınmıştır(EK-B, EK-C). Çalışmaya katılması için toplam 105 çocuk/ergen ve aileleriyle görüşüldü. 16 ebeveyn çalışmaya katılmayı onaylamadı ve geri kalan 89 hastaya yarı yapılandırılmış görüşme için randevu verildi. Randevu verilen hastalardan 7 tanesi randevuya gelmedi, 7 tanesinin randevusu da Covid-19 pandemisi sebebiyle iptal edildi. Böylece toplam 75 hasta çalışmaya katıldı.

Bu araştırmada “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, %80 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü veri toplama öncesinde hesaplanmıştır. Çalışmanın etki büyüklüğü 0.80; alfa değeri 0.05 ve güç 0.80 alınarak çalışmaya alınacak minimum örneklem sayısı 52 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizlerin uygulanabilirliğini ve çalışmamızın gücünü artırabilmek amacıyla, 10-18 yaşları arasındaki 75 katılımcı çalışmaya dâhil edilmiştir. Zekâ geriliği olan hastaların dışlanması için zekâ testi yapılmamıştır. Zekâ düzeyi klinik görüşme, okuma yazma öğrendiği yaş ve akademik puan başarısı baz alınarak değerlendirilmiştir.

Dâhil edilme kriterleri:

1. Yapılan klinik görüşme ve değerlendirmede DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısının konmuş olması
2. 10-18 yaş aralığında olması
3. Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Dışlama kriterleri

1. Otizm ve zeka geriliği gibi majör nörogelişimsel hastalığının olması
2. Kronik ve ciddi tıbbi hastalık, nöbet benzeri nörolojik bozukluk olması

3. Psikoz hikâyesi ya da belirtisi olması

3.2.Yöntem

Çalışmaya dâhil edilen katılımcılar, yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile birlikte çocuk ve ebeveyn tarafından doldurulan ölçeklerle kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir

3.3. Gereçler

3.3.1. Ebeveyn tarafından doldurulan ölçekler

3.3.1.1. Sosyodemografik bilgi formu (EK-Ç)

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların ebeveynleri araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formunu doldurmuştur. Bu formda çocuğun doğum tarihi, cinsiyeti, doğum öyküsü, doğum öncesi, sırası ve sonrasındaki komplikasyonlar, gelişim öyküsü, okuma-yazma öğrendiği yaş, akademik başarı düzeyi, hem tıbbi hem de psikiyatrik özgeçmiş öyküleri ile birlikte ebeveynlerinin yaşı, eğitim durumları, mesleği, ailenin aylık ortalama gelir düzeyi, birliktelik durumu ve yakınlarının psikiyatrik ve tıbbi soygeçmiş ile ilgili bilgiler yer almıştır. Ayrıca DEHB belirtilerinin başlama yaşı, DEHB tanısının konulma zamanı ve ne kadar süredir tedavi almakta olduğu ile ilgili kapalı uçlu sorular yer almıştır.

3.3.1.2 Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE) Ebeveyn Formu (EK-D)

YİYDDE 5-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin ev ve okul ortamındaki davranışlarının yürütücü işlevler dikkate alınarak değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçektir. YİYDDE, 2000 yılında Gioia ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Aynı ekip normların belirlenmesi ve güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarını yürütmüştür[160]. Batan ve arkadaşları YİYDDE'nin Türkçe tercümesi ve ebeveyn formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yürütmüştür[161].

YİYDDE, hem sağlıklı çocuk ve ergenlerin hem de doğumsal veya edinsel nörolojik hastalıkları olan ve durumlarına bağlı olarak oluşan davranışsal sorunları

olan çocuk ve ergenlerin yürütücü işlevlerinin değerlendirilmesinde kullanılabilir. .

YİYDDE’de yer alan her bir ifade, ebeveyn tarafından, çocuğun son altı ay içerisindeki davranışları dikkate alınarak, 3’lü Likert tipi ölçekte değerlendirilir. Buna göre, belirtilen davranış hiç sorun olmuyorsa “H”, bazen sorun oluyorsa “B”, sık sık sorun oluyorsa “S” harfi formda belirtilen yerlerde işaretlenir ve ”1”, “2”, “3”olarak puanlanmaktadır. YİYDDE ebeveyn formu 86 soru, 2 kapsamlı indeksi ve 8 tane klinik alt ölçeği kapsamaktadır. Davranışsal Düzenleme İndeksi; bastırma, set değiştirme ve duygusal kontrol olmak üzere 3 alt ölçeği oluşturmaktadır. Üstbilgi İndeksi başlatma, çalışma belleği, planlama/organize etme, düzenli olma ve izleme olmak üzere 5 alt ölçeğin oluşturduğu indekstir. Bu iki indeksten elde edilen toplam puana Global Yönetici Puanı denmektedir.

3.3.1.3. Conners’ Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ–48) (EK-E)

CADÖ–48, çocukların davranışlarının ebeveynleri tarafından derecelendirilmesi amacıyla 1978 yılında geliştirilmiştir [162]. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. CADÖ–48, hiperaktivite, davranış ve öğrenmedeki problemleri, psikosomatik problemler ve kaygı ile ilgili maddeleri içermektedirler. Formda yer alan 48 ifade, 4’lü likert ölçüm içermektedir ve ebeveynleri tarafından yanıtlanmaktadır. “Her zaman=3, sıklıkla=2, nadiren=1 ve Hiçbir zaman=0” şeklinde puanlandırılmaktadır[163].

3.3.2. Çocuklar ve Ergenler tarafından doldurulan ölçekler

3.3.2.1. Olweus öğrenciler için akran zorbalığı anketi(EK-F)

Dan Olweus 1983 yılında akran zorbalığının sıklığını ölçme amacıyla bu ölçeği geliştirmiştir ve ölçek 1996’da revize edilmiştir. Öz bildirim şeklinde, 39 soru içeren bu anket 8-16 yaş aralığındaki öğrenciler için uygundur. Anket sonucunda zorba, kurban ve zorba/kurban gibi akran zorbalığı durumları saptanabilmektedir ve bu durumların saptanabilmesi için kesme noktası olarak, sorgulanan eylemin en az ‘ayda 2 ya da 3 kez’ gerçekleşmesi belirlenmiştir. 24-33.sorular arasındaki herhangi

bir cevabın kesme noktasının üstünde olması durumunda zorba, 4-13. sorular arasındaki herhangi bir cevabın kesme noktasının üstünde olması durumunda kurban, her iki bölümden de kesme noktasının üstünde herhangi bir cevabın işaretlenmiş olanları zorba/kurban olarak adlandırılmıştır. Bu iki gruba dahil olmayan öğrenciler zorbalığa dahil olmayanlar şeklinde adlandırılmıştır.

Akran zorbalığı durumlarına ek olarak ankette, akran zorbalığının çeşitleri, zorbalığın kimler tarafından uygulandığı, nerede yapıldığı, zorbalığa uğrayanların bu durumu başkasına bildirip bildirmedikleri, bildirdiyse kime bildirdikleri, okuldaki öğretmenlerin veya diğer yetişkinlerin ve diğer öğrencilerin zorbalığı önlemek için çaba gösterip göstermediği, ebeveynlerin konuyla ilgili okulla bağlantıya geçip geçemedikleri ile ilgili sorular da yer almaktadır[164].

3.3.2.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (EK-G)

ÇİYKÖ, 2-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin fiziksel ve psikososyal yaşantılarını değerlendirmek için Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Çalışmamızda kullanılan 8-12 çocuk ve 13-18 yaş ergen formlarının Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ÇİYKÖ 8-12 ve 13-18 yaş formların tüm maddeleri aynıdır ve 23 maddeden oluşur. Ölçek; fiziksel, sosyal, duygusal ve okul olmak üzere 4 alt bölümden oluşmaktadır[165].

Ölçekteki ifadeler, hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla ve her zaman şeklinde işaretlenmekte ve sırasıyla 100, 75, 50, 25 ve 0 olarak puanlandırılmaktadır. Fiziksel sağlık puanı (FSTP) ve sosyal, duygusal ve okul işlevselliğini değerlendiren maddelerin toplam puanından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) ve ölçek toplam puanı (ÖTP) hesaplanmaktadır. ÖTP'nin yüksek olması, yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir[166].

3.3.2.3. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) (EK-Ğ)

EİDDÖ, ergenlerin duygu düzenleme yöntemlerini belirlemek için Phillips ve Power tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir[167]. Ölçeğin Türkçeye uyarlanma çalışması 2014 yılında Duy ve Yıldız tarafından yapılmıştır. EİDDÖ, ergenlerin duygu düzenlemelerini içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, içsel işlevsel duygu düzenleme, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ve dışsal işlevsel duygu düzenleme şeklinde alt boyutta inceleyen 19 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir.

Ölçekteki ifadelerin tümü, “Hiçbir zaman=1, Nadiren=2, Bazen=3,Çoğu zaman=4 ve Her zaman=5” olarak yanıtlanmaktadır ve her alt boyut için ayrı puanlandırma yapılmaktadır. En fazla puan alan alt boyut, ergenin en çok kullandığı duygu düzenleme yöntemi olduğu kabul edilmektedir[168].

3.3.4. Araştırmacı tarafından uygulanan değerlendirme araçları

3.3.4.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

2016’da Kaufman ve arkadaşları tarafından DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak güncellendi. Bu yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesinin[169] Türkçeye uyarlanması Ünal ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T’nin ilk bölümünde çocuk ve ailenin genel özellikleri ve işlevselliği sorgulayan yapılandırılmamış değerlendirme görüşme sonuçları yer almaktadır. İkinci bölümünde ise geçmişteki ve şu andaki (son iki aydaki) belirtileri tarayan 200’den fazla soru yer almaktadır.

Son bölümünde ise DSM-5 tanılarını doğrulayan değerlendirme ve gözlem sonuçları yer almaktadır. Bu yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi oldukça fazla psikiyatrik hastalıkları taramaktadır[170].

3.4. Verilerin istatistiksel analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences- for Windows 25.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır[171].

Verilerin analizinde normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi; normal dağılım varsayımının sağlanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki den fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında normal dağılım olan testlerde ANOVA, normal dağılmayan

verilerde Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Farklılık olan sonuçlarda farklılığı belirleyebilmek için ise çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçeklerin güvenilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeklere ve alt boyutlara ilişkin güvenilirlikler Cronbach Alpha ile incelenmiştir. Çalışma kapsamında tüm ölçeklerin ve alt boyutlarının en az yeterli güvenilirlik düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada zorbalık gören ve zorbalık görmeyen hastaların yaşam kaliteleri araştırılmıştır. Buna göre yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda etki büyüklüğü 1.10; alfa değeri 0.05 ve çalışmanın gücü minimum 0,98 olarak bulunmuştur.



4.BULGULAR

Çalışmaya katılan olguların %73,3'ü erkek çocuk ve yaş ortalamasının $13,84\pm 1,87$ olduğu tespit edilmiştir. Çocukların ve ergenlerin %21,3'ünün tıbbi bir hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Çocukların %85,3'ü normal doğum zamanında doğmuştur.

Tablo 4.1 Sosyodemografik özellikleri

		n	%
Çocuğun cinsiyeti	Kız	20	26,7
	Erkek	55	73,3
Yaş		13,84±1,87	
Çocuğun tıbbi bir hastalığın varlığı	Yok	59	78,7
	Var	16	21,3
Doğum şekli	Normal doğum	26	34,7
	Sezeryan	49	65,3
Doğum zamanı	Çok erken	2	2,7
	Erkek	7	9,3
	Normal	64	85,3
	Geç	2	2,7

Çocukların ortalama doğum kilosu $3245,54\pm 590,16$ gram; yürüme yaşı $13,20\pm 4,22$ aydır. İlk kelimesini ortalama $12,57\pm 5,92$ aylıkken; ilk cümlesini ise ortalama $21,24\pm 8,30$ aylıkken kurmuştur. Ayrıca ortalama $32,32\pm 16,64$ aylıkken tuvalet eğitimini tamamlamıştır. DEHB semptom başlangıcı yaşı ortalama $7,16\pm 2,42$; DEHB başvuru yaşı ise ortalama $9,77\pm 3,17$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2 Olguların psikomotor gelişim ve DEHB belirtilerinin başlama yaş dağılımı

	Min.	Mak.	\bar{X}	SS
Doğum kilosu	920,0	4750,0	3245,54	590,16
Ne zaman yürüdü	8,0	30,0	13,20	4,22
İlk kelime ne zaman	5,0	30,0	12,57	5,92
İlk cümle ne zaman	7,0	48,0	21,24	8,30
Tuvalet eğitimi ne zaman tamamlandı	18,0	132,0	32,32	16,64
DEHB semptom başlangıcı yaşı	1,0	12,0	7,16	2,42
DEHB başvuru yaşı	3,0	15,0	9,77	3,17

Araştırmaya katılan çocukların % 52'si 13-15 yaş aralığındadır. Ayrıca DEHB başvuru yaşı dağılımı incelendiğinde ise %44'ünün 11 yaş üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3 Olguların yaş dağılımı ve DEHB başvuru yaş dağılımı

		n	%
Yaş	10 – 12 yaş	20	26,7
	13-15 yaş	39	52,0
	16+ yaş	16	21,3
Dehb başvuru yaşı	0-7 yaş	24	32,0
	8-10 yaş	18	24,0
	11+ yaş	33	44,0

Araştırmaya katılan çocukların %86'sının ilaç kullandığı, %40,6'sının 1 yıldan az, %40,6'sının ise 2 yıldan fazla ilaç kullandığı ve ilaç kullananların %81,3'ünün ilaçtan fayda gördüğü tespit edilmiştir. Çocukların %68'i okuma yazmayı birinci sınıfın ilk döneminde, %25,3'ünün birinci sınıfın ikinci döneminde öğrenmiştir. Geçtiğimiz yıla ilişkin karne notları değerlendirildiğinde ise çocukların genellikle 3-4 arasında (%42,7); 4-5 arasında (%40) arasında notlara sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4 Tedavi durumu ve akademik başarı dağılımı

		n	%
İlaç kullanma durumu	Evet	59	78,7
	Hayır	16	21,3
Ne kadar süredir ilaç kullanıyor	1 yıldan az	26	40,6
	1-2 yıl arası	12	18,8
	2 yıldan fazla	26	40,6
İlaçtan fayda gördünüz mü?	Evet	52	81,3
	Hayır	12	18,8
Okuma yazmanın öğrenildiği zaman	1.sınıfın 1.dönemi	51	68,0
	1.sınıfın 2.dönemi	19	25,3
	2.sınıf	5	6,7
Geçtiğimiz yılın karne puanı	0 ile 1 arasında	2	2,7
	1 ile 2 arasında	1	1,3
	2 ile 3 arasında	10	13,3

	3 ile 4 arasında	32	42,7
	4 ile 5 arasında	30	40,0

Çocukların ailesi ile ilgili bilgilerin dağılımı incelendiğinde, anne eğitim düzeyleri için %40'ı ilkokul, %13,3'ü ortaokul, %32'si lise ve %13,3'ü üniversite ve üzerinde bir okuldaki mezundur. Baba eğitim durumları incelendiğinde ise %22,7'sinin ilkokul, %26,7'sinin ortaokul, %26,7'sinin lise, %22,7'sinin üniversite ve daha yüksek bir okuldaki mezun olduğu tespit edilmiştir. Çocukların %90,7'sinin anne ve babası birlikte ve %81,3'ünün anne babası arasında akrabalık bulunmaktadır. Ailenin toplam geliri dikkate alındığında ise %42,7'sinin 3000-5000 orta düzey bir gelire sahiptir. Çocukların %12'sinin evde anne veya baba dışında yaşayan birinin olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, %10,7'sinin annesinde psikiyatrik hastalık, %20'sinin annesinde tanı almış bir tıbbi hastalık mevcut olduğunu, %10,7'sinin babasında tanı almış psikiyatrik hastalık, %12'sinin babasında tanı almış bir tıbbi hastalık mevcut olduğu tespit edilmiştir. Kardeşler için ise %22,7'sinin tanı almış bir psikiyatrik hastalığının olduğunu, %17,3'ünün ise tanı almış bir tıbbi hastalığı olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5 Ailenin sosyodemografik ve soygeçmiş bilgileri

		n	%
Annenin eğitim durumu	İlkokul	30	40,0
	Ortaokul	10	13,3
	Lise	24	32,0
	Üniversite ve üzeri	10	13,3
Babanın eğitim durumu	İlkokul	17	22,7
	Orta	20	26,7
	Lise	20	26,7
	Üniversite	17	22,7
Ebeveynlerin birliktelik durumu	Birlikte	68	90,7
	Ayrı (nedeni boşanma)	7	9,3
Ebeveynler arasında akrabalık durumu	Yok	61	81,3
	Var	14	18,7
Ailenin toplam geliri	3000 TL altı	24	32,0
	3000-5000TL	32	42,7
	5000 üstü	19	25,3
Toplam çocuk sayısı	1,00	16	21,3
	2,00	36	48,0
	3,00 +	23	30,7

Evde anne baba dışında başka yaşayan	Yok	66	88,0
	Var	9	12,0
Annede psikiyatrik hastalık	Yok	67	89,3
	Var	8	10,7
Annede tanı almış hastalık	Yok	60	80,0
	Var	15	20,0
Babada psikiyatrik hastalık	Yok	67	89,3
	Var	8	10,7
Babada tanı almış hastalık	Yok	66	88,0
	Var	9	12,0
Kardeşlerde psikiyatrik hastalık	Yok	58	77,3
	Var	17	22,7
Kardeşlerde tıbbi hastalık	Yok	62	82,7
	Var	13	17,3
Akrabada psikiyatrik hastalık	Yok	62	82,7
	Var	13	17,3

Araştırmaya katılan çocukların %1,4'ünde depresyon, 17,3'ünde özgül fobi, 1,4'ünde ayrılık anksiyete bozukluğu, %1,4'ünde sosyal fobi, %2,7'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %8'inde tik bozukluğu, %1,4'ünde sigara kullanımı ve %2,7'sinde KOKGB olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6 Katılımcıların eştanıları

		n	%
Depresyon	Yok	74	98,7
	Var	1	1,4
Ayrılık AB	Yok	74	98,7
	Var	1	1,4
Sosyal fobi	Yok	74	98,7
	Var	1	1,4
Özgül fobi	Yok	62	82,7
	Var	13	17,3
Yaygın AB	Yok	73	97,3
	Var	2	2,7
KOKGB	Yok	73	97,3
	Var	2	2,7
Sigara	Yok	74	98,7
	Var	1	1,4
Tik Bozukluğu	Yok	69	90,0
	Var	6	8,00

Olweus öğrenciler için akran zorbalığı anketi sonuçları değerlendirildiğinde araştırmaya katılan çocukların %24'ü (n=18) kurban, %76'sı (n=57) kurban olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.7 Katılımcıların kurban olma dağılımları

		n	%
	Kurban değil	57	76,0
	Kurban	18	24,0
	Toplam	75	100,0

Zorbalığa uğrama tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki ki kare analiz ile incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde zorbalığa uğrama tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasında belirgin bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.8 Akran zorbalığına uğrama tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki

	Kız		Erkek		χ^2	p
	n	%	n	%		
<i>Başkaları tarafından aralarına alınmama, arkadaş gruplarından dışlanma, yok sayılma</i>	1	16,7	5	41,7	0,281	0,596
<i>Dövülme, tekmelenme, itilip kakılma, kapalı yere kilitlenme</i>	6	100,0	7	58,3	1,696	0,193
<i>Param ve eşyaların çalındı ya da eşyalarım zarar verildi</i>	5	83,3	8	66,7	0,035	0,852
<i>Tehdit edilme, istemediği şeyleri yapması için zorlanma</i>	3	50,0	10	83,3	0,865	0,352
<i>Cinsel içerikli isimler, yorumlar ya da el hareketleriyle aşağılanma</i>	4	66,7	8	66,7	0,001	0,999
<i>Aşağılama amaçlı isimler takılma, alay edilme ya da kırıcı biçimde sataşılma</i>	1	16,7	1	8,3	0,001	0,999
<i>Hakkında yalanlar uydurma, gerçek olmayan dedikodular yayma ve hoşlanılmaması için çaba harcanma</i>	3	50,0	2	16,7	0,865	0,352
<i>Aile kökeni veya inançları hakkında aşağılayıcı isimler söylenme, yorumlar aracılığıyla akran zorbalığına uğrama</i>	6	100,0	10	83,3	0,070	0,289
<i>İnternet (bilgisayar) ya da cep telefonum üzerinden gelen aşağılayıcı ya da kırıcı mesajlar, çağrılar ya da resimler ya da başka yollarla akran zorbalığına uğrama</i>	5	83,3	10	83,3	0,001	0,999

Ki kare analizinde Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Zorbalığa uğrayan çocukların %61,3'ü uğradığı zorbalığı birisine söylemiştir. Söyleyen çocukların %47'si ebeveynine anlatırken, %13,3'ü arkadaşına ve %14,3'ü sınıf öğretmenine anlattığını belirtmiştir.

Tablo 4.9 Zorbalığa uğrayanların durumunu başkasına bildirme dağılımı

Geçen birkaç ayda zorbalığa uğradığınızı birine söylediniz mi?		n	%
	Kimseye söylemedim	8	38,7
	Birisine söyledim	25	61,3

Zorbalığa uğrayan çocuklar genellikle kendi sınıfından öğrenci veya öğrenciler (%72,4'ü) tarafından zorbalığa uğradığını bildirmişlerdir.

Tablo 4.10 Kurbanların kimden zorbalık gördüğünün dağılımı

Kaçınıcı sınıfta okuyan ya da okuyarlardan zorbalık gördün?		n	%
	Sınıftaki diğer öğrenciler	21	72,4
	Aynı yıldan olan diğer sınıfta	5	17,2
	Benden daha üst sınıfta	2	6,9
	Farklı sınıflarda	1	3,4

“Sana zorbalık yapanlar kız mı erkek mi?” sorusuna zorbalığa uğrayan öğrenciler genellikle birkaç erkek tarafından (%65,2) cevabı verilmiştir.

Zorbalığa uğrayan çocuklar “Kaç öğrenci tarafından zorbalığa uğradınız?” sorusuna zorbalığa uğrayan öğrenciler genellikle başlıca birkaç öğrenci tarafından yanıtı verilmiştir (%61,5).

Tablo 4.11 Kurbanların kaç öğrenci tarafından zorbalığa uğradığının dağılımı

Sana zorbalık yapanlar kaç kişi idi?		n	%
	Özellikle 1 öğrenci	4	15,4
	2-3 öğrencinin olduğu bir grup	16	61,5
	4-9 öğrencinin olduğu bir grup	2	7,7
	9 veya daha öğrencinin olduğu bir grup	3	11,5
	Birkaç farklı öğrenci veya öğrenci grupları	1	3,8

“Zorbalık ne kadar sürdü?” sorusuna ise %43,5'i bir veya iki hafta, %34,8 yaklaşık bir ay, %13'ü yaklaşık altı ay sürdü cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılan tüm çocuklar “Okulda Bir öğrenci zorbalığa uğradığı zaman okuldaki öğretmenler ve diğer yetişkinler ne sıklıkla durdurmaya çalışır?” sorusuna çocukların %28,8’i sık sık, %28,8’i hemen hemen her zaman, %16,6’sı bazen, %14,7’si neredeyse asla, %13,3’ü arada bir yanıtını vermiştir.

Tablo 4.12 Öğretmenlerin veya okuldaki diğer yetişkinlerin zorbalığa müdahale sıklığının dağılımı

Öğretmenler ya da okuldaki diğer yetişkinler hangi sıklıkta zorbalığı durdurmaya çalışırlar?		n	%
	Asla	11	14,7
	Arada bir	10	13,3
	Bazen	12	16,6
	Sık sık	21	28,8
	Hemen her zaman	21	28,8

Araştırmaya katılan tüm çocuklar “Okulda öğrencilerden biri zorbalığa uğradığı zaman okuldaki diğer öğrenciler ne sıklıkla durdurmaya çalışır?” sorusuna çocukların %38,7’si oldukça sık durdurmaya çalıştıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.13 Öğrencilerin ne sıklıkla zorbalığı durdurmaya çalıştığının dağılımı

Öğrencilerden biri akran zorbalığına uğradığında okuldaki diğer öğrenciler hangi sıklıkta buna son vermeye çalışırlar?		n	%
	Neredeyse asla	13	17,3
	Arada bir	12	16
	Bazen	21	28
	Sık sık	20	26,7
	Hemen her zaman	9	12,0

Öz bildirim anket sonuçları incelendiğinde araştırmaya katılan çocukların %12(n=9)’sinin zorba, %88(n=66)’inin zorba olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.14 DEHB’li çocuk ve ergenlerin zorba olma dağılımları

		n	%
	Zorba değil	66	88,0
	Zorba	9	12,0
	Toplam	75	100,0

Zorbalığı yapma tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki ki kare analiz ile incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde zorbalığı yapma tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı olan bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.15 Akran zorbalığı yapma tipleri ve çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki

	Kız		Erkek		χ^2	p
	n	%	n	%		
<i>Kasıtlı olarak aralarına almama, arkadaş grubundan dışlama, tamamen yok sayma</i>	0	0	4	50,0	0,001	0,999
<i>Dövme, tekme atma, itip kakma, kapalı yere kilitleme</i>	1	100,0	3	37,5	0,014	0,906
<i>Parasını alma, eşyalarını alma, eşyalarına zarar verme</i>	0	0	1	12,5	0,001	0,999
<i>İstemediği şeyleri yapması için tehdit etme ya da zorlama</i>	0	0	2	25,0	0,000	0,999
<i>Cinsel anlamı olan isimlerle aşağılama el hareketlerle akran zorbalığı yapma</i>	0	0	3	37,5	0,000	0,999
<i>aşağılayıcı isimler takma, alay etme, kırıcı bir şekilde sataşma</i>	1	100,0	7	87,5	0,001	0,999
<i>Hakkında yalanlar söyleme, asılsız dedikodular yayma, diğerleri tarafından hoşlanılmaması için çaba harcama</i>	0	0	1	12,5	0,001	0,999
<i>Ailesinin kökeni ya da inançları hakkında aşağılayıcı isimler ya da yorumlar yoluyla akran zorbalığı yapma</i>	0	0	3	37,5	0,001	0,999
<i>İnternet (bilgisayar) ya da cep telefonu üzerinden aşağılayıcı ya da kırıcı mesajlar, çağrılar ya da resimler göndererek ya da başka yollarla akran zorbalığı yapma</i>	1	100	3	37,5	0,014	0,906

Zorbalık yapan çocukların %44,4'ü ile bu konuda kendisiyle konuşan bir sınıf öğretmeni ve başka öğretmen olmadığını, %33,3'ü ise bu konuda bir defa kendisi ile konuşulduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.16 Zorbalarla yaptığı zorbalık ili ilgili öğretmenin görüşme dağılımı

Diğer öğrencilere okulda akran zorbalığı yaptığın için sınıf öğretmenin ya da başka bir öğretmenin seninle geçtiğimiz aylarda konuştu mu?	n	%
Hayır, konuşmadılar	4	44,4
Evet, bir defa konuştular	3	33,3
Evet, birkaç defa konuştular	2	22,2

Zorbalık yapan çocuklara bu konuda ailesinden bir yetişkinin onunla konuşup konuşulmadığı sorulduğunda, %50'i ile bu konuda konuşan bir yetişkinin olmadığını, %50'si ise bu konuda bir defa kendisi ile konuşulduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.17 Zorbalarla yaptığı zorbalık ili ilgili ebeveynlerinin konuşma dağılımı

Geçtiğimiz aylarda, başka öğrencilere akran zorbalığı yaptığın için evdeki yetişkinlerden birinin seninle konuştuğu oldu mu?	n	%
Hayır, konuşmadılar	5	50,0
Evet, 1 defa konuştular	5	50,0

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin %32'si sevmediği öğrenci olsa da akran zorbalığını kimseye yapmayacağını belirtirken, %22,7'si yapabileceğini düşündüğünü belirtmiştir.

Tablo 4.18 Katılımcıların sevmediğin bir öğrenciye akran zorbalığı yapılmasına katılıp katılmayacağını düşünme dağılımı

Sevmediğin bir öğrenciye akran zorbalığı yapılmasına katılabileceğini düşünüyor musun?	n	%
Evet, / Evet, belki	17	22,7
Bilmiyorum.	13	17,4
Hayır, sanmıyorum.	12	16,0
Hayır.	9	12,0
Kesinlikle hayır.	24	32,0

Araştırmaya katılan çocukların %5,33'ü (n=4) hem zorbalığa uğramış hem de zorbalık yapmıştır ve %94,67'si (n=71) ise zorbalık veya kurban olan gruptadır. Zorba / kurban sayısının az olması sebebiyle istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 4.19 DEHB'li çocuk ve ergenlerin zorba / kurban olma dağılımları

	n	%
Zorba/kurban olmayan	71	94,7
Zorba/kurban	4	5,3
Toplam	75	100,0

Çocukların zorbalık yapma ya da zorbalık görme durumları ile cinsiyeti arasındaki ilişki Ki kare analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde kız çocuklarının %30 kurban, erkek çocukların ise %21,8'inin kurban olduğu tespit

edilmiştir. Oranlar incelendiğinde çocukların cinsiyeti ile zorbalık görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kız çocuklarının %5'i zorba, erkek çocukların ise %14,5'inin zorba olduğu tespit edilmiştir. Oranlar incelendiğinde çocukların cinsiyeti ile zorbalık yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır($p>0,05$).

Tablo 4.20 DEHB'li çocuk ve ergenlerin kurban / zorba olma durumları ile cinsiyeti arasındaki ilişki

			Cinsiyet		χ^2	p
			Kız	Erkek		
Kurban olma durumu	Kurban değil	n	14	43	0,183	0,669
		%	70,0	78,2		
	Kurban	n	6	12		
		%	30,0	21,8		
Zorba olma durumu	Zorba değil	n	19	47	0,523	0,470
		%	95,0	85,5		
	Zorba	n	1	8		
		%	5,0	14,5		
Kurban ve zorba olma durumu	Zorba ve kurban olmayan	n	20	51	0,434	0,510
		%	100,0	92,7		
	Zorba ve kurban	n	0	4		
		%	0,0	7,3		

Ki kare analizinde Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Çocuklar için yaşam kalitesinin çocukların zorbalığa uğrama durumlarına göre karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve toplam yaşam kalitesi puanlarının çocukların zorbalık görüp görmemesi durumlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik alt boyutlarında ve toplam yaşam kalitesinde zorbalık gören çocukların puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sadece okul işlevselliği alt boyutundan elde edilen puanların çocuğun zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.21 DEHB’li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin kurban olma durumlarına göre karşılaştırılması

		\bar{X}	Ss	t	P
Fiziksel işlevsellik	Kurban değil	84,59	12,33	2,060	0,046
	Kurban	79,34	8,31		
Duygusal işlevsellik	Kurban değil	80,53	14,16	3,498	0,001
	Kurban	68,06	9,26		
Sosyal işlevsellik	Kurban değil	91,32	11,36	4,647	<0,001
	Kurban	77,22	10,74		
Okul işlevselliği	Kurban değil	74,21	13,69	1,791	0,077
	Kurban	67,22	16,65		
Çocuklar için yaşam kalitesi	Kurban değil	82,91	9,57	3,762	<0,001
	Kurban	73,79	6,62		

Çocuklar için yaşam kalitesinin çocukların zorba olma durumlarına göre karşılaştırılması için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik ve yaşam kalitesi puanlarının çocukların zorbalık yapıp yapmamasına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre fiziksel işlevsellik ve yaşam kalitesi alt boyutlarında zorbalık yapan çocukların puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Duygusal işlevsellik için ise zorbalık yapanların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sadece okul işlevselliği alt boyutundan elde edilen puanlar çocuğun zorbalık yapıp yapmamasına göre farklılık göstermemiştir.

Tablo 4.22 DEHB’li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin zorba olma durumlarına göre karşılaştırılması

	Zorba değil			Zorba			Z	P
	Medyan	Min.	Mak.	Medyan	Min.	Mak.		
Fiziksel işlevsellik	84,38	43,75	100,00	84,38	62,50	93,75	-2,298	0,022
Duygusal işlevsellik	75,00	45,00	100,00	75,00	60,00	100,00	-3,334	0,001
Sosyal işlevsellik	90,00	50,00	100,00	80,00	65,00	100,00	-4,474	<0,001
Okul işlevsellik	75,00	40,00	100,00	75,00	25,00	90,00	-1,536	0,125
Çocuklar için yaşam kalitesi	82,61	55,43	97,83	75,00	65,22	95,65	-3,838	<0,001

YİYDDE ölçeğinden elde edilen puanların çocuğun zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre karşılaştırması için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Sonuçlara göre ölçeğin alt boyutlarının puanları çocuğun zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.23 YİYDDE ölçeğinden elde edilen puanların çocuğun zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre karşılaştırma sonuçları

	Çocuğun durumu	\bar{X}	Ss	t	p
Bastırma	Kurban değil	20,89	6,25	-0,641	0,524
	Kurban	22,00	6,79		
Set değiştirme	Kurban değil	17,12	3,33	0,748	0,457
	Kurban	16,44	3,42		
Duygusal kontrol	Kurban değil	24,37	5,18	0,260	0,796
	Kurban	24,00	5,42		
Başlatma	Kurban değil	17,54	3,30	-0,014	0,989
	Kurban	17,56	2,25		
Çalışma belleği	Kurban değil	23,68	3,70	0,018	0,986
	Kurban	23,67	3,65		
Planlama organize etme	Kurban değil	30,58	4,87	-0,453	0,652
	Kurban	31,17	4,58		
Düzenli olma	Kurban değil	12,82	3,63	-0,778	0,439
	Kurban	13,56	2,89		
İzleme	Kurban değil	18,44	3,28	0,282	0,779
	Kurban	18,17	4,38		
Davranışsal düzenleme indeksi	Kurban değil	56,49	10,84	0,034	0,973
	Kurban	56,39	12,38		
Üst biliş indeksi	Kurban değil	103,07	16,14	-0,215	0,830
	Kurban	104,00	15,34		
Global yönetici indeksi	Kurban değil	158,91	24,06	-0,054	0,957
	Kurban	159,28	27,39		

YİYDDE'den elde edilen puanların çocuğun zorbalık yapıp yapmamasına göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4.24 'da verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde "Bastırma" ve "Duygusal kontrol" boyutlarının çocuğun zorbalık yapıp yapmamasına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer alt boyutlar için ise çocukların zorba olması ya da olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.24 YİYDDE ölçeğinden elde edilen puanların çocuğun zorbalık yapip yapmamasına göre karşılaştırma sonuçları

	Zorba değil			Zorba			z	p
	Med.	Min.	Max	Med.	Min.	Max		
Bastırma	21,00	11,00	33,00	23,00	20,00	32,00	-2,066	0,039
Set değiştirme	17,00	10,00	22,00	18,00	11,00	24,00	-0,696	0,486
Duygusal kontrol	24,00	13,00	33,00	27,00	21,00	33,00	-1,970	0,049
Başlatma	18,00	9,00	22,00	19,00	15,00	22,00	-0,672	0,501
Çalışma belleği	24,50	14,00	30,00	23,00	18,00	30,00	-0,360	0,719
Planlama organize etme	31,50	15,00	39,00	33,00	25,00	37,00	-0,368	0,713
Düzenli olma	13,00	6,00	18,00	17,00	9,00	18,00	-1,908	0,056
İzleme	19,00	9,00	24,00	19,00	13,00	24,00	-0,582	0,560
Davranışsal düzenleme indeksi	55,00	33,00	77,00	64,00	47,00	78,00	-1,778	0,075
Üst biliş indeksi	104,00	57,00	130,00	111,00	80,00	125,00	-0,775	0,438
Global yönetici indeksi	161,50	91,00	205,00	166,00	126,00	203,00	-1,345	0,178

Ergenler için duygu düzenleme ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar çocuğun zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre incelendiğinde ölçeğin alt boyutlarından alınan puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.25 Duygu düzenleme yönteminin akran zorbalığına uğrama ile ilişkisi

	Çocuğun durumu	\bar{X}	Ss	t	p
Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme	Kurban değil	9,23	3,94	-1,873	0,065
	Kurban	11,33	4,80		
İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme	Kurban değil	10,74	4,07	-1,469	0,146
	Kurban	12,39	4,45		
Dışsal duygu düzenleme	Kurban değil	10,49	3,61	-1,042	0,301
	Kurban	11,50	3,50		
İçsel duygu düzenleme	Kurban değil	12,82	3,38	0,402	0,688
	Kurban	12,44	3,84		

Ergenler için duygu düzenleme ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar çocuğun zorbalık yapip yapmamasına göre incelendiğinde sadece dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme boyutundan puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Zorbalık yapan çocuğun dışsal işlevsel

olmayan duygu düzenleme puanlarının zorbalık yapmayan çocuğa göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.26 Duygu düzenleme yönteminin akran zorbalığı yapma ile ilişkisi

	Zorba değil			Zorba			z	p
	Med.	Min.	Max.	Med.	Min.	Max.		
Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme	8,50	1,00	22,00	15,00	10,00	21,00	-3,751	<0,001
İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme	10,00	5,00	24,00	12,00	7,00	18,00	-1,205	0,228
Dışsal duygu düzenleme	10,50	4,00	17,00	12,00	9,00	18,00	-1,751	0,080
İçsel duygu düzenleme	13,00	6,00	20,00	11,00	7,00	16,00	-1,612	0,107

CADÖ ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puanların çocuğun zorbalığa uğrayıp uğramadığına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.27 CADÖ puanlarının zorbalığa uğrayıp uğramamasına göre karşılaştırma sonuçları

Çocuğun durumu		\bar{X}	Ss	t	p
Davranım Sorunu CADÖ	Kurban değil	8,46	7,50	-0,289	0,773
	Kurban	9,06	8,21		
Ataklık Hiperaktivite CADÖ	Kurban değil	5,16	2,59	1,014	0,314
	Kurban	4,44	2,64		
Öğrenme Sorunu CADÖ	Kurban değil	5,91	2,78	-0,391	0,697
	Kurban	6,22	3,39		

CADÖ ölçeğinin alt boyutlarından “davranım sorunu” elde edilen puanların çocuğun zorbalık yapıp yapmamasına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Zorba olan çocukların davranım sorunu alt boyutundan aldıkları puanların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.28 CADÖ puanlarının çocuğun zorbalık yapıp yapmamasına göre karşılaştırma sonuçları

	Zorba değil			Zorba			z	p
	Med.	Min.	Med.	Min.	Med.	Min.		
Davranım Sorunu	5,00	0,00	33,00	17,00	5,00	30,00	-3,220	0,001
Ataklık Hiperaktivite	4,50	0,00	12,00	5,00	2,00	12,00	-1,117	0,264
Öğrenme Sorunu	6,00	0,00	12,00	6,00	0,00	14,00	-0,533	0,594

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Bu çalışmada, 10-18 yaş arası DEHB'li çocuk ve ergenlerin akran zorbalığına katılma durumuna göre yaşam kalitesinin, duygu düzenleme ve yürütücü işlevlerindeki farklılıkları karşılaştırılmıştır.

Sosyodemografik formundan elde ettiğimiz sonuçlar incelendiğinde çalışmamıza katılan DEHB'li çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması $13,84 \pm 1,87$ (10-18) iken, erkek/kız oranı 2.75/1 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, DEHB'nin kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü ve bu oranın toplum örnekleminde 3 kat iken, klinik örnekleme 6-9 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir[172]. Bu farklılığın sebebi olarak, DEHB'li erkeklerin kızlara oranla daha çok hiperaktivite ve yıkıcı davranışlar gibi dışsallaştırıcı problemler sergilediği ve bu sebeple erkeklerin daha çok kliniğe başvuruyor olabileceği öne sürülmüştür[173]. 2015-2016 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların tanısız özelliklerine bakılan çalışmada, DEHB için erkek/kız oranı 4.6/1 olarak saptanmıştır[174]. Mevcut çalışmamızda erkek/kız oranı hem literatüre hem de daha Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine kıyasla daha düşük çıkması örneklem oluşturmada randomizasyonun iyi yapılamamasıyla da ilgili olabilir. Mevcut çalışmanın örneklemindeki eşit oranlarının düşük olması, çalışmaya daha hafif vakaların dâhil olması ile ilgili olabilir. Bu ise toplumda DEHB ile ilgili farkındalığın artması, öğretmenlerin bu konuda daha dikkatli davranarak aileleri yönlendirmesinin artması ve daha hafif vakaların da kliniğe başvuru sayısında artış olduğunu gösteriyor olabilir.

Katılımcıların DEHB semptom başlangıcı yaşı ortalama $7,16 \pm 2,42$ (1-12); kliniğe başvuru yaşı ise ortalama $9,77 \pm 3,17$ (3-15) olarak hesaplanmıştır. DEHB çocukluk çağında başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur. DSM-5 tanı kriterine göre semptomlar 12 yaşından önce başlamış olması gerekmektedir[9]. DEHB'de belirtin hayatın erken dönemlerinde görülmeye başlasa da tanının çoğunlukla, dikkat

süresi ve odaklanma sorununun daha çok belli olduğu ilköğretim yıllarında konduğu görülmektedir. Örneklemimizdeki bulgular da literatür ile uyumlu görülmektedir.

Çalışmamızdaki hastalarımızın eşlik eden psikiyatrik bozukluklarını saptayabilmek amacıyla, görüşmemizde uygulamış olduğumuz ÇDŞGÇ-ŞY-T' ye göre hastalarımızın %36,3'ünde psikiyatrik eş tanı bulunmuştur. En sık saptanan eş tanıları sırasıyla, anksiyete bozuklukları (%22,6), tik bozukluğu (%8) ve KOKGB (%2,7) olarak saptanmıştır. DEHB ile ilgili yapılan pek çok çalışmada eştanı oranının yüksek olduğu gösterilmiştir[175]. Kliniğe başvuran DEHB'li bireylerin yaklaşık yarısında KOKG veya DB, % 25-30 oranında anksiyete bozuklukları ve % 20-25 oranında öğrenme bozuklukları eşlik ettiği bildirilmiştir[176]. Literatüre göre örneklemimizin eştanı oranı oldukça düşük görülmektedir. Bunun bir sebebi olarak, çalışmamızda DEHB'ye oldukça sık eşlik edebilen öğrenme bozukluğunun değerlendirilmemiş olması ve otizm spektrum bozukluğu ve zeka geriliği olan çocukların çalışmaya dâhil edilmemiş olmasını düşünmekteyiz. Ancak KOKGB DEHB'ye oldukça sık eşlik etmesine rağmen örneklemimizde oldukça düşük oranda saptanmış olması davranış sorunu olan hastaların çalışmayı kabul etmemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan DEHB'li çocuk ve ergenlerin zorbalık durumu incelendiğinde zorbalık olayına katılma oranının %41,33 (kurban %24, zorba %12 ve zorba/kurban %5,33) olduğu saptanmıştır. Literatürde zorbalık ile ilişkili çalışmalara bakıldığında prevalans oldukça değişken görülmektedir. DEHB'li çocuklarda zorbalık olayına katılma oranının oldukça fazla olduğu bildirilmiştir[119]. Ülkemizde de bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmaktadır ve çalışmanın sonucunda DEHB'li çocukların %46,9'unun zorbalık olaylarına katıldığını (zorba, kurban veya zorba/kurban) bildirmiştir[121]. Çalışmamızda zorbalık katılımının biraz daha düşük saptanması çalışmamıza dâhil edilen çocukların yaşlarının daha büyük olması ile ilişkili olabilir. Zorbalık katılımının artan yaş ile azalması literatürde sıkça gösterilmiştir. Ancak kıyaslamamızın daha iyi yapılabilmesi için klinik ortamda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Örneklemimizdeki zorbalığa katılan çocuk ve ergenlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında kızların %30'u kurban ve %5'i zorba, erkeklerin ise %21,8'inin kurban ve %14,5'inin zorba olduğu tespit edilmiştir. Ancak oranlar incelendiğinde çocuk ve ergenlerin cinsiyeti ile zorbalığa uğrama ve zorbalık yapma durumları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Zorbalık türleri ve cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında hangi tür zorbalığa uğradığı veya hangi tür zorbalığı yaptığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde zorbalık epidemiyolojisini araştıran çalışmalarda cinsiyetin zorbalıktaki etkisine bakıldığında sonuçlar farklılık göstermektedir. Bazı araştırmalar erkeklerin daha çok kurban seçildiklerini vurgularken bazı araştırmalar da kızların daha çok kurban seçildiklerini belirtmektedir[177]. DEHB’li kızların özellikle zorbalığa uğramak konusunda daha fazla risk altında olduğunu bildiren çalışma da mevcuttur[178]. Bir başka çalışmada erkekler fiziksel ya da sözel zorbalığa daha fazla karışırken, kızların ilişkisel zorbalığa daha fazla karıştığı bildirilmiştir[113]. Cinsiyetin DEHB’li çocukların zorbalığa katılımı ile ilişkisinin araştırılması için daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Zorbalığa uğrayan çocukların %38,7’si uğradığı zorbalığı kimseye söylemediğini belirtmiştir. Söyleyen çocukların %47’si ebeveynine anlatırken, %13,3’ü arkadaşına ve %14,3’ü sınıf öğretmenine anlattığını belirtmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmada da benzer bulgu saptanmıştır. Olguların %39,4’ü zorbalıktan kimseye söz etmediğini ve en çok yardım istediği kişilerin anne-babaları olduğunu bildirmiştir[121]. Zorbalık oldukça sık olan ve genelde olumsuz sonuçları olan bir durumdur. Ancak zorbalığa uğrayan çocukların durumunu yüksek oranda kimseye söylememesi, bu konuda yetişkinlerin (ebeveyn, terapist, psikiyatrist, öğretmen vs.) daha dikkatli olması gerektiğini ve çocuklarla bu konuda konuşmasının önemli olduğunu göstermektedir. Mevcut araştırmanın diğer bir bulgusu olan zorbalık yapan çocukların %44,4’ünün kendisi ile bu konuda konuşan bir öğretmen olmadığını ifade etmesi de yetişkinlerin aktif davranmalarının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Daha önceki çalışmalarda da çocuk ve ergenlerin zorbalık deneyimini kimseye söylememe oranının yüksek olması sebebiyle çalışmamızda zorbalığın değerlendirilmesi için öz bildirim anketi kullanılmıştır. Özbildirim ölçeklerinin bireyin kendi deneyimlediği ve algıladığını bildirmesi ve başkasının olmadığı ortamlarda meydana gelen zorbalığın da bildirilmesi açısından üstündür. Ancak bireylerin kendi davranışlarını değerlendirirken kendine hizmet eden yüklenme yanlılığı ihtimali için zorbalığa uğrama durumunu çoğaltıp, kendi yaptığı zorbalık durumlarını da azaltarak bildirebileceği unutulmamalıdır[179]. DEHB’de zorbalık

durumunun daha iyi anlaşılması için hem öğretmen hem de akranlarının katıldığı daha geniş çaplı çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamız DEHB’li çocuklardan oluşan klinik örnekleme zorbalık durumlarının yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızın sonucu incelendiğinde zorbalığa uğrayanların fiziksel işlevselliği, duygusal işlevselliği, sosyal işlevselliği ve YK’nın istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Sadece okul işlevselliğinin çocuğun zorbalığa uğramasına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Zorbalık yapanların fiziksel işlevselliği, sosyal işlevselliği ve toplam yaşam kalitesinin yapmayanlardan anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir. Okul işlevselliğinin çocuğun zorbalık yapıp yapmamasına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde DEHB’li çocuk ve ergenler YK’nın bileşenleri olan duygusal, sosyal ve akademik işlevselliğini önemli ölçüde etkilendiği bildirilmiştir[130]. Zorba olanların duygusal işlevsellik alt puanı zorba olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi zorbalık yapan çocukların duygusal açıdan daha az duyarlı olabilmesi ve duygusal işlevsellikle ilişkili korku, kaygı ve uyku sorunları gibi semptomlarını ifade etmekte zorlanabilmesi olabilir. Davranış sorunu olan çocukların daha şiddetli ve antisosyal davranışlarla ilişkilendirilen formu olan katı-duygusuz özellikler, empati yoksunluğu, suçluluk duymama ve başkalarının duygularını umursamama ile karakterizedir. Bu çocukların ceza ipuçlarına yanıt vermelerinde anormallikler gösterme, başkalarındaki sıkıntı ipuçlarına azalmış bir tepki gösterme ve endişe duymama gibi bir dizi farklı bilişsel, duygusal ve kişilik özellikleri gösterdiği bildirilmiştir[180].

DEHB’li çocuk ve ergenlerin zaten akranlarına göre düşük olan YK’larının zorbalık deneyimleri ile daha da düşürebileceği ve müdahale edilmesi gereken önemli sorun olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular zorbalığın DEHB’li çocukların YK’sını etkileyebileceği hipotezimizi desteklemektedir. Çalışmamızda DEHB’li çocuk ve ergenlerin okul işlevselliğinde çocuğun zorbalığa dâhil olup olmamasına göre farklılık göstermediğinin tespit edilmesi örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabilir. Zorbalığın okul işlevselliği üzerine etkisinin araştırılması için bu konuda boylamsal çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Araştırmamıza katılan çocuk ve ergenlerin yürütücü işlevleri ile zorbalığın arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. DEHB’li çocuk ve ergenlerin Zorbalığa uğrama

durumu ile yürütücü işlevleri arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Ancak zorbalık yapan olgularda yürütücü işlevlerin bastırma ve duygusal kontrol alt boyutlarında anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bir başka deyişle DEHB’li çocuk ve ergenlerin dürtüselliği veya duygusunu kontrol edememesi ön plandaysa zorbalık yapma açısından risk altında olduğu düşünülebilir. Literatürde DEHB’li çocuk ve ergenlerde yapılan yürütücü işlevler ve zorbalık ilişkisini araştıran tek çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmada, DEHB’li bireylerdeki yüksek yürütücü işlevlerin zorbalığa dâhil olma riskini önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir[181]. Bulgularımız bu çalışma ile uyumlu bulunmuştur.

Bulgularımız DEHB’li çocukların akran zorbalığına dâhil olanlarının yürütücü işlevleri dâhil olmayanlara göre daha kötü olduğu hipotezimizi desteklemekte olsa da literatürde çalışmamıza benzer başka çalışmalar bulunmadığı için kıyaslama yapılamamıştır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Duygu düzenleme yöntemi ve zorbalık ilişkisine bakıldığında zorbalık yapan çocuk ve ergenin dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme puanlarının zorbalık yapmayan çocuğa göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Zorbalığa uğrayan çocuklarda duygu düzenleme yöntemi ile zorbalık olayı arasında istatistiksel olarak ilişki çıkmamıştır. Sonuçlar incelendiğinde dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme yöntemini kullanan DEHB’li çocuk ve ergenlerin daha çok zorbalık yaptığı düşünülebilir. Bir çalışmada DEHB’li erkek çocuklar arasında duygularını düzenleme açısından zorluğu olanların daha fazla saldırgan davranışlar gösterdikleri ve yaşadığı duygu düzenleme zorluğunun da sosyal kabulünü de etkilediği bulunmuştur [182]. Çalışmamızın bulguları DEHB’li çocukların akran zorbalığına dâhil olanlarının duygu düzenleme becerisinin, dâhil olmayanlara göre daha kötü olduğu hipotezimizi desteklemektedir ve literatüre paralellik gösteriyor gibi durmaktadır.

Çalışmamızda DEHB belirtilerinin şiddeti ile zorbalık arasındaki ilişkiye bakıldığında CADÖ davranım sorunu alt ölçeği ile zorbalık yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında CADÖ davranım sorunu ve hiperaktivite dürtüsellik alt parametrelerinin zorba olan çocuklarda anlamlı olarak yüksek saptandığı gösterilmiştir[183]. Bulgularımız da bu çalışma ile uyumlu gibi görünmektedir.

5.2. Sonuç

Çalışmamızdaki her üç DEHB’li çocuk ve ergenlerden birisinin zorbalık olayına dahil olduğu saptanmıştır. Zorbalığa uğrayanlardan her beş çocuktan ikisinin de bu durumu başkasına bildirmediği saptanmıştır. Bu bulgular, klinisyenlerin DEHB’li çocuklarda akran zorbalığını rutin olarak sorgulamaları gerektiğini göstermektedir.

Hem zorbalık yapan hem de zorbalığa uğrayan DEHB’li çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin zorbalığa katılmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olması, zorbalığa katılan DEHB’li çocukların yaşam kalitelerini iyileştirmek için müdahaleler planlanmasının faydalı olacağını düşündürmektedir.

DEHB’li çocuk ve ergenlerden zorbalık yapanların dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stilini daha fazla kullandığı ve yürütücü işlevlerin alt boyutlarından bastırma ve duygusal kontrol açısından daha zayıf olduğu saptanmıştır. Zorbalık yaptığı saptanan DEHB’li çocuk ve ergenlere yapılacak müdahalelerde duygu düzenleme ve duygusal kontrole de odaklanılmasının faydalı olacağını düşündürmektedir.

5.2.1. Çalışmanın önerisi

1. DEHB’li çocuk ve ergenlerin klinik değerlendirmeleri sırasında okuldaki zorbalık durumu sorgulanmalı ve saptanın ise bu durum ebeveyn ve öğretmeni ile paylaşılmalıdır.
2. Zorbalık olayına dâhil olduğunu bildiren tüm çocuklar DEHB açısından değerlendirilmelidir.
3. Klinisyenlerin DEHB’de zorbalık ve yaşam kalitesi gibi psikososyal alanlara da daha çok dikkatini yönlendirerek, geniş çaplı ve çok merkezli klinik çalışmaların yapılması bu konunun daha iyi anlaşılmasına ışık tutacaktır.
4. DEHB’li çocuk ve ergenlerinin duygu düzenleme beceri ve yürütücü işlevlerindeki bozulmalarının iyileştirilmesi için müdahale programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.
5. DEHB’li çocuk ve ergenlerde zorbalığı önleme ve sosyal beceriyi artırma amaçlı müdahale programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

5.2.2. Çalışmanın kısıtlılıkları

1. Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri kesitsel bir çalışma olmasıdır. Neden sonuç ilişkisinin ortaya konması için en uygun araştırma tipi uzunlamasına kohort tipi araştırmalardır.
2. Zorba/kurban grubunda örneklem sayısının az olması sebebi ile istatistiksel analizi yapılamadı.
3. Çalışmamızda KOKGB ve DB eşanı oranının diğer klinik çalışmalara göre düşük saptanmış olması çalışmamıza daha hafif vakaların katıldığını düşündürmektedir.
4. Araştırmamıza katılan DEHB'lilerde hangi görünümün baskın olduğu belirlenmedi. O yüzden çalışmamızda bu alt görünümler arasında karşılaştırma yapılamadı.
5. Zorbalık değerlendirilirken öz bildirim ölçeği kullanıldı. Öğretmen, ebeveyn veya akranlarından bilgi edinilmedi.
6. Yürütücü işlevleri ebeveyn tarafından ölçek doldurularak değerlendirildi. Yürütücü işlevleri değerlendiren psikometrik ölçümler yapılmadı.

6.KAYNAKLAR

1. Willcutt, E.G., *The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review*. Neurotherapeutics, 2012. **9**(3): p. 490-9.
2. Biederman, J., *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview*. Biological Psychiatry, 2005. **57**(11): p. 1215-1220.
3. Guevremont, D.C. and M.C. Dumas, *Peer Relationship Problems and Disruptive Behavior Disorders*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 1994. **2**(3): p. 164-172.
4. Huh, S.-Y., et al., *A study on the school violence experience of children with attention-deficit hyperactivity disorder in the context of bullying*. 2019. **11**(3): p. e12353.
5. Olweus, D., *Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes*. Teoksessa Rubin, K. & Asendorpf, J.(toim.) *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. 1993, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
6. Glew, G., F. Rivara, and C.J.P.i.R. Feudtner, *Bullying: children hurting children*. 2000. **21**(6): p. 183-190.
7. Esbensen, F.-A., D.C.J.Y. Carson, and Society, *Consequences of being bullied: Results from a longitudinal assessment of bullying victimization in a multisite sample of American students*. 2009. **41**(2): p. 209-233.
8. Örengül, A.C., S.J.A.P.D. OT, and 405, *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda akran örselemesi/zorbalık*. 2018. **410**.
9. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
10. Barkley, R.A. and H. Peters, *The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis)*. 2012. **16**(8): p. 623-630.
11. Lange, K.W., et al., *The history of attention deficit hyperactivity disorder*. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2010. **2**(4): p. 241-255.
12. Thome, J. and K.A. Jacobs, *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book*. Eur Psychiatry, 2004. **19**(5): p. 303-6.
13. CLEMENTS, S. and J. PETERS, *Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child: Diagnosis and Treatment*. Archives of General Psychiatry, 1962. **6**(3): p. 185-197.
14. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II), 2nd ed.* 1968, Washington DC: American Psychiatric Association.
15. *Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev: Köroğlu E.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.*
16. *World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.*
17. Willcutt, E.G., *The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review*. Neurotherapeutics, 2012. **9**(3): p. 490-499.

18. Thomas, R., et al., *Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis*. 2015. **135**(4): p. e994-e1001.
19. Faraone, S.V. and H. Larsson, *Genetics of attention deficit hyperactivity disorder*. *Molecular Psychiatry*, 2019. **24**(4): p. 562-575.
20. Caye, A., et al., *Life Span Studies of ADHD-Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome*. *Curr Psychiatry Rep*, 2016. **18**(12): p. 111.
21. Xu, G., et al., *Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997-2016*. *JAMA Network Open*, 2018. **1**(4): p. e181471-e181471.
22. Ercan, E.S., et al., *The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T)*. *Nordic journal of psychiatry*, 2019. **73**(2): p. 132-140.
23. Genro, J.P., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopaminergic hypotheses*. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2010. **10**(4): p. 587-601.
24. Faraone, S.V., et al., *Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Biological Psychiatry*, 2005. **57**(11): p. 1313-1323.
25. Chen, W., et al., *DSM-IV combined type ADHD shows familial association with sibling trait scores: A sampling strategy for QTL linkage*. 2008. **147B**(8): p. 1450-1460.
26. Akutagava-Martins, G.C., et al., *Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: current findings and future directions*. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2013. **13**(4): p. 435-445.
27. Sharp, S.I., A. McQuillin, and H.M.D. Gurling, *Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. *Neuropharmacology*, 2009. **57**(7): p. 590-600.
28. Li, Z., et al., *Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: A review*. *Psychiatry Research*, 2014. **219**(1): p. 10-24.
29. Fisher, S.E., et al., *A genomewide scan for loci involved in attention-deficit/hyperactivity disorder*. *American journal of human genetics*, 2002. **70**(5): p. 1183-1196.
30. Bakker, S.C., et al., *A whole-genome scan in 164 Dutch sib pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: suggestive evidence for linkage on chromosomes 7p and 15q*. *American journal of human genetics*, 2003. **72**(5): p. 1251-1260.
31. Arcos-Burgos, M., et al., *Pedigree disequilibrium test (PDT) replicates association and linkage between DRD4 and ADHD in multigenerational and extended pedigrees from a genetic isolate*. *Molecular Psychiatry*, 2004. **9**(3): p. 252-259.
32. Hoogman, M., et al., *Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis*. *The lancet. Psychiatry*, 2017. **4**(4): p. 310-319.
33. Valera, E.M., et al., *Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Biological Psychiatry*, 2007. **61**(12): p. 1361-1369.
34. Greven, C.U., et al., *Developmentally Stable Whole-Brain Volume Reductions and Developmentally Sensitive Caudate and Putamen Volume Alterations in Those With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Their Unaffected Siblings*. *JAMA Psychiatry*, 2015. **72**(5): p. 490-499.

35. Castellanos, F.X., et al., *Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. JAMA, 2002. **288**(14): p. 1740-1748.
36. Montes, L.G., et al., *Cerebellar gray matter density in females with ADHD combined type: a cross-sectional voxel-based morphometry study*. J Atten Disord, 2011. **15**(5): p. 368-81.
37. Giedd, J.N., et al., *Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder*. Am J Psychiatry, 1994. **151**(5): p. 665-9.
38. Pineda, D.A., et al., *Statistical analyses of structural magnetic resonance imaging of the head of the caudate nucleus in Colombian children with attention-deficit hyperactivity disorder*. J Child Neurol, 2002. **17**(2): p. 97-105.
39. Shaw, P., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2007. **104**(49): p. 19649-54.
40. Shaw, P., et al., *Development of cortical surface area and gyrification in attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biol Psychiatry, 2012. **72**(3): p. 191-7.
41. Sunshine, J.L., et al., *Functional MR to localize sustained visual attention activation in patients with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study*. 1997. **18**(4): p. 633-637.
42. Vaidya, C.J., et al., *Selective effects of methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: a functional magnetic resonance study*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 1998. **95**(24): p. 14494-14499.
43. Pliszka, S.R., *The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biol Psychiatry, 2005. **57**(11): p. 1385-90.
44. Golmirzaei, J., et al., *Psychopharmacology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Effects and Side Effects*. Curr Pharm Des, 2016. **22**(5): p. 590-4.
45. Markovska-Simoska, S. and N. Pop-Jordanova, *Quantitative EEG in Children and Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Comparison of Absolute and Relative Power Spectra and Theta/Beta Ratio*. Clin EEG Neurosci, 2017. **48**(1): p. 20-32.
46. Thapar, A., et al., *What causes attention deficit hyperactivity disorder?* Arch Dis Child, 2012. **97**(3): p. 260-5.
47. Thapar, A., et al., *Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD?* 2013. **54**(1): p. 3-16.
48. Langley, K., et al., *Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review*. Minerva Pediatr, 2005. **57**(6): p. 359-71.
49. Johnson, S., et al., *Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2010. **49**(5): p. 453-63.e1.
50. Hultman, C.M., et al., *Birth Weight and Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms in Childhood and Early Adolescence: A Prospective Swedish Twin Study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. **46**(3): p. 370-377.

51. Bouchard, M.F., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder and urinary metabolites of organophosphate pesticides*. Pediatrics, 2010. **125**(6): p. e1270-7.
52. Eubig, P.A., A. Aguiar, and S.L. Schantz, *Lead and PCBs as risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder*. Environ Health Perspect, 2010. **118**(12): p. 1654-67.
53. Huang, S., et al., *Childhood Blood Lead Levels and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Cross-Sectional Study of Mexican Children*. Environ Health Perspect, 2016. **124**(6): p. 868-74.
54. Arnold, L.E. and R.A. DiSilvestro, *Zinc in attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2005. **15**(4): p. 619-27.
55. Koziol, T. and B. Starobrat-Hermelin, *Assessment of magnesium levels in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Magnes Res, 1997. **10**(2): p. 143-8.
56. Pheula, G.F., L.A. Rohde, and M. Schmitz, *Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2011. **20**(3): p. 137-45.
57. Famularo, R., R. Kinscherff, and T. Fenton, *Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1992. **31**(5): p. 863-7.
58. O'Connor, T.G. and M. Rutter, *Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000. **39**(6): p. 703-12.
59. Kırpınar, P.D.İ., *genç psikiyatristin el kitabı*. 2013: p. 89.
60. Mukaddes, N.M., *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar nobel tıp kitabevi/İstanbul*. 2015.
61. Akay, A.P., *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 2016: p. 697.
62. Günay, Ş.J.D.E.V.H.B.T.V.T., *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) yaşam boyu gösterdiği değişimler*. p. 40.
63. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri AY Tahiroğlu, A.A., S Fırat, G Seydaoğlu Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6(1):5-10.
64. Banaschewski, T., et al., *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Deutsches Arzteblatt international, 2017. **114**(9): p. 149-159.
65. DuPaul, G.J., et al., *Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001. **40**(5): p. 508-15.
66. Frazier, T., et al., *ADHD and Achievement Meta-Analysis of the Child, Adolescent, and Adult Literatures and a Concomitant Study With College Students*. Journal of learning disabilities, 2007. **40**: p. 49-65.
67. Barry, T., R. Lyman, and L. Klinger, *Academic Underachievement and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Negative Impact of Symptom Severity on School Performance*. Journal of School Psychology, 2002. **40**: p. 259–283.
68. Daley, D. and J. Birchwood, *ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom?* Child Care Health Dev, 2010. **36**(4): p. 455-64.

69. Barkley, R.A., et al., *Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006. **45**(2): p. 192-202.
70. Hoza, B., et al., *What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder?* J Consult Clin Psychol, 2005. **73**(3): p. 411-23.
71. Gardner, D.M. and A.C. Gerdes, *A Review of Peer Relationships and Friendships in Youth With ADHD*. J Atten Disord, 2015. **19**(10): p. 844-55.
72. Normand, S., et al., *Continuities and changes in the friendships of children with and without ADHD: a longitudinal, observational study*. J Abnorm Child Psychol, 2013. **41**(7): p. 1161-75.
73. Canu, W.H., et al., *Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's attention-deficit/hyperactivity disorder type*. J Marital Fam Ther, 2014. **40**(4): p. 509-24.
74. Mikami, A.Y., et al., *Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of Abnormal Psychology, 2008. **117**(1): p. 225-235.
75. Greene, R.W., et al., *Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: results from a 4-year longitudinal follow-up study*. J Consult Clin Psychol, 1997. **65**(5): p. 758-767.
76. Ronk, M.J., A.M. Hund, and S. Landau, *Assessment of social competence of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: problematic peer entry, host responses, and evaluations*. Journal of abnormal child psychology, 2011. **39**(6): p. 829-840.
77. Waxmonsky, J., *Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness*. Current opinion in pediatrics, 2003. **15**: p. 476-82.
78. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Ç.v.E., Ç.Ç.F.e. Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh, and S.D.Y. 293-311.
79. Spencer, T., J. Biederman, and T. Wilens, *Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity*. Pediatr Clin North Am, 1999. **46**(5): p. 915-27, vii.
80. Kessler, R.C., et al., *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry, 2006. **163**(4): p. 716-23.
81. Reale, L., et al., *Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017. **26**(12): p. 1443-1457.
82. GÖRMEZ V. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: İlaç Tedavileri. Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics. 2015;1(1):77-86.
83. Findling, R.L., *Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review*. Clin Ther, 2008. **30**(5): p. 942-57.
84. Kutcher, S., et al., *International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions*. Eur Neuropsychopharmacol, 2004. **14**(1): p. 11-28.

85. Montañés-Rada, F., A.B. Gangoso-Fermoso, and M.A. Martínez-Granero, [*Drugs for attention deficit hyperactivity disorder*]. *Rev Neurol*, 2009. **48**(9): p. 469-81.
86. Ercan, E.S., et al., *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde atomoksetin*. 2009. **16**: p. 113-118.
87. Clavenna, A. and M. Bonati, *Pediatric pharmacoepidemiology - safety and effectiveness of medicines for ADHD*. *Expert Opin Drug Saf*, 2017. **16**(12): p. 1335-1345.
88. Kratochvil, C.J., et al., *An open-label trial of tomoxetine in pediatric attention deficit hyperactivity disorder*. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2001. **11**(2): p. 167-70.
89. Faraone, S.V., et al., *Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis*. *MedGenMed*, 2006. **8**(4): p. 4.
90. Wietecha, L.A., et al., *Atomoxetine tolerability in pediatric and adult patients receiving different dosing strategies*. *J Clin Psychiatry*, 2013. **74**(12): p. 1217-23.
91. Geller, D., et al., *Atomoxetine treatment for pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid anxiety disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007. **46**(9): p. 1119-1127.
92. Graham, J., et al., *European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2011. **20**(1): p. 17-37.
93. *A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*. *Arch Gen Psychiatry*, 1999. **56**(12): p. 1073-86.
94. Zwi, M., et al., *Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011. **2011**(12): p. Cd003018.
95. van den Hoofdakker, B.J., et al., *Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007. **46**(10): p. 1263-1271.
96. DuPaul, G.J., M.J. Gormley, and S.D. Laracy, *School-based interventions for elementary school students with ADHD*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2014. **23**(4): p. 687-97.
97. Ng, Q.X., et al., *Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review*. *Complement Ther Med*, 2017. **34**: p. 123-128.
98. Olweus, D., *Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes, in Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. 1993, Lawrence Erlbaum Associates, Inc: Hillsdale, NJ, US. p. 315-341.
99. Gredler, G.R., *Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 140 pp., 2003. **40**(6): p. 699-700.
100. Arsenio, W.F. and E.A. Lemerise, *Varieties of childhood bullying: Values, emotion processes, and social competence*. *Social Development*, 2001. **10**(1): p. 59-73.
101. Swearer, S.M. and S. Hymel, *Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model*. *American Psychologist*, 2015. **70**(4): p. 344-353.

102. Hicks, J., et al., *Middle school bullying: Student reported perceptions and prevalence*. Journal of Child and Adolescent Counseling, 2018. **4**(3): p. 195-208.
103. Powell, M.D. and L.D. Ladd, *Bullying: A Review of the Literature and Implications for Family Therapists*. The American Journal of Family Therapy, 2010. **38**(3): p. 189-206.
104. Olweus, D. and S.P. Limber, *Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program*. Am J Orthopsychiatry, 2010. **80**(1): p. 124-34.
105. Modecki, K., et al., *Bullying Prevalence Across Contexts: A Meta-analysis Measuring Cyber and Traditional Bullying*. Journal of Adolescent Health, 2014. **55**: p. 602-111.
106. Nansel, T.R., et al., *Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment*. Jama, 2001. **285**(16): p. 2094-100.
107. Kim, Y.S., Y.J. Koh, and B.L. Leventhal, *Prevalence of school bullying in Korean middle school students*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2004. **158**(8): p. 737-41.
108. Kristensen, S.M. and P.K. Smith, *The use of coping strategies by Danish children classed as bullies, victims, bully/victims, and not involved, in response to different (hypothetical) types of bullying*. Scand J Psychol, 2003. **44**(5): p. 479-88.
109. Tıprıdamaz-Sipahi, H.J.U.d.d.E.U., Izmir, Turkey, *İzmir ili Bornova ilçesinde ilköğretim 6. ve 7. sınıf öğrencilerinde akran zorbalığı, etkileyen ve eşlik eden faktörler*. 2008.
110. Alikasifoglu, M., et al., *Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey*. Eur J Pediatr, 2007. **166**(12): p. 1253-60.
111. Camodeca, M., et al., *Bullying and Victimization Among School-age Children: Stability and Links to Proactive and Reactive Aggression*. 2002. **11**(3): p. 332-345.
112. Fekkes, M., F.I. Pijpers, and S.P. Verloove-Vanhorick, *Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior*. Health Educ Res, 2005. **20**(1): p. 81-91.
113. Wang, J., R.J. Iannotti, and T.R. Nansel, *School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber*. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 2009. **45**(4): p. 368-375.
114. Pişkin M. Okul zorbalığı: Tanımı, t., ilişkili olduğu faktörler ve alınabilecek önlemler. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 2002;2(2):531-62.
115. Lereya, S.T., et al., *Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2015. **24**(12): p. 1461-71.
116. Kaltiala-Heino, R., et al., *Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey*. Bmj, 1999. **319**(7206): p. 348-51.
117. Fekkes, M., F.I. Pijpers, and S.P. Verloove-Vanhorick, *Effects of antibullying school program on bullying and health complaints*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2006. **160**(6): p. 638-44.
118. Sourander, A., et al., *Persistence of bullying from childhood to adolescence-- a longitudinal 8-year follow-up study*. Child Abuse Negl, 2000. **24**(7): p. 873-81.

119. Holmberg, K. and A. Hjern, *Bullying and attention-deficit– hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community*. 2008. **50**(2): p. 134-138.
120. Humphrey, J.L., E.A. Storch, and G.R. Geffken, *Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder*. *J Child Health Care*, 2007. **11**(3): p. 248-60.
121. Örengül, A.C., et al., *Peer Victimization in Preadolescent Children With ADHD in Turkey*. *J Interpers Violence*, 2018: p. 886260518816321.
122. Saxena, S. and J. Orley, *Quality of life assessment: The world health organization perspective*. *Eur Psychiatry*, 1997. **12 Suppl 3**: p. 263s-6s.
123. Panzini, R.G., et al., *Quality-of-life and spirituality*. *International Review of Psychiatry*, 2017. **29**(3): p. 263-282.
124. Memik N.Ç, A.B., Coşkun A, Karakaya I, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş çocuk Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı dergisi* 2008 15 (2);87-98. .
125. Testa, M.A. and D.C. Simonson, *Assessment of quality-of-life outcomes*. *N Engl J Med*, 1996. **334**(13): p. 835-40.
126. Memik, N.Ç., et al., *Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği*. 2007. **18**(4).
127. Danckaerts, M., et al., *The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review*. *European child & adolescent psychiatry*, 2010. **19**(2): p. 83-105.
128. Eiser, C., *Children's quality of life measures*. *Archives of disease in childhood*, 1997. **77**(4): p. 350-354.
129. Landgraf, J.M., M. Rich, and L. Rappaport, *Measuring Quality of Life in Children With Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Their Families: Development and Evaluation of a New Tool*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002. **156**(4): p. 384-391.
130. Yurteri Çetin N, Akay A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Bir Gözden Geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2014;21:139-152.
131. Riley, A.W., et al., *Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2006. **15**(1): p. i38-i45.
132. Prasad, S., et al., *A multi-centre, randomised, open-label study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. *Curr Med Res Opin*, 2007. **23**(2): p. 379-94.
133. Irak M. Duyumdan Bilişe: Bilgi işleme Süreçlerinin Temel Öğeleri ve İşleyişine Yönelik Nörobiyolojik, nöropsikolojik ve Davranışsal Yaklaşımlar. In: Irak M, editor. *Psikopatolojilerde Bilgi İşleme Süreçleri*. Ankara: HYB Basım Yayın, 2009; 3-39.
134. de Frias, C.M., R.A. Dixon, and E. Strauss, *Structure of four executive functioning tests in healthy older adults*. *Neuropsychology*, 2006. **20**(2): p. 206-14.
135. Lezak MD, Howiesen DB, Loring DW (2004). *Neuropsychological assessment*. 4th ed. Oxford University Press, New York.
136. Diamond, A. (2002). *Normal development of prefrontal cortex from birth to young adulthood: Cognitive functions, anatomy, and biochemistry*. In D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp.466-503). New York: Oxford University Press.

137. Best, J.R. and P.H. Miller, *A developmental perspective on executive function*. Child development, 2010. **81**(6): p. 1641-1660.
138. Brocki, K., J. Fan, and J. Fossella, *Placing neuroanatomical models of executive function in a developmental context: imaging and imaging--genetic strategies*. Ann N Y Acad Sci, 2008. **1129**: p. 246-55.
139. He, N., et al., *Neuroanatomical deficits correlate with executive dysfunction in boys with attention deficit hyperactivity disorder*. Neurosci Lett, 2015. **600**: p. 45-9.
140. Ravizza, S.M. and M.A. Ciranni, *Contributions of the prefrontal cortex and basal ganglia to set shifting*. J Cogn Neurosci, 2002. **14**(3): p. 472-83.
141. Shimoni, M., B. Engel-Yeger, and E. Tirosh, *Executive dysfunctions among boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): performance-based test and parents report*. Res Dev Disabil, 2012. **33**(3): p. 858-65.
142. Lawrence, V., et al., *Executive function and ADHD: a comparison of children's performance during neuropsychological testing and real-world activities*. J Atten Disord, 2004. **7**(3): p. 137-49.
143. Willcutt, E.G., et al., *Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review*. Biol Psychiatry, 2005. **57**(11): p. 1336-46.
144. Brown, T.E., *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. 2005: Yale University Press.
145. Seidman, L.J., *Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan*. Clin Psychol Rev, 2006. **26**(4): p. 466-85.
146. Brocki, K.C., et al., *Interrelations between executive function and symptoms of hyperactivity/impulsivity and inattention in preschoolers: a two year longitudinal study*. J Abnorm Child Psychol, 2010. **38**(2): p. 163-71.
147. Fried, R., et al., *How Informative Is the CANTAB to Assess Executive Functioning in Children With ADHD? A Controlled Study*. J Atten Disord, 2015. **19**(6): p. 468-75.
148. Loo, S.K., et al., *Executive functioning among Finnish adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(12): p. 1594-604.
149. Thompson, R.A., *Emotion dysregulation: A theme in search of definition*. Dev Psychopathol, 2019. **31**(3): p. 805-815.
150. Dickstein, D.P. and E. Leibenluft, *Emotion regulation in children and adolescents: boundaries between normalcy and bipolar disorder*. Dev Psychopathol, 2006. **18**(4): p. 1105-31.
151. Gross, J.J., *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review*. Review of General Psychology, 1998. **2**(3): p. 271-299.
152. Thompson, R.A. and S.D. Calkins, *The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk*. Development and Psychopathology, 1996. **8**(1): p. 163-182.
153. GROSS JJ, RICHARDS JM, JOHN OP. (2006). *Emotion regulation in everyday life. Emot Regul couples Fam Pathways to Dysfunct Heal*. 13–35.
154. Wenar, C. and P. Kerig, *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence, 4th ed*. Developmental psychopathology: From infancy through adolescence, 4th ed. 2000, New York, NY, US: McGraw-Hill. xiv, 490-xiv, 490.

155. van Stralen, J., *Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Attention deficit and hyperactivity disorders, 2016. **8**(4): p. 175-187.
156. Barkley RA (2010) *Deficient emotional self-regulation: a core component of attention-deficit/hyperactivity disorder*. *J ADHD Relat Disord*, 1:5-37.
157. Shaw, P., et al., *Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder*. *Am J Psychiatry*, 2014. **171**(3): p. 276-93.
158. Öztürk, Y., et al., *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Tedavisi*. 2018. **10**: p. 198-211.
159. Özyurt, G., et al., *Evaluating emotional regulation in children with attention deficit and hyperactivity disorder and their mothers*. 2016. **17**(5): p. 393-402.
160. Gioia, G.A., et al., *Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a clinical sample*. *Child Neuropsychol*, 2002. **8**(4): p. 249-57.
161. Batan, S.N., Ö. Öktem-Tanör, and E.J.E.E.O. Kalem, *Reliability and validity studies of Behavioral Rating Inventory Of Executive Function (BRIEF) in a Turkish normative sample*. 2011. **10**(3).
162. Goyette, C.H., C.K. Conners, and R.F. Ulrich, *Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales*. *J Abnorm Child Psychol*, 1978. **6**(2): p. 221-36.
163. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. *Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği uyarılama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara, 1998*.
164. Solberg, M.E. and D. Olweus, *Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire*. 2003. **29**(3): p. 239-268.
165. Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I: *Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(4):353-363, 2007*.
166. Çakın-Memik, N., Ağaoğlu, B., Coşkun, A. ve Karakaya, I. (2008). *Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 15(2), 87-98*.
167. Phillips, K.F.V. and M.J. Power, *A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire*. 2007. **14**(2): p. 145-156.
168. YILDIZ, M, DUY, B. (2014). *Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5 (41)*.
169. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D ve ark. (2016) *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 Working draft. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education*.
170. Ünal, F., et al., *[Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]*. *Türk Psikiyatri Derg*, 2019. **30**(1): p. 42-50.
171. Jun Shao. *Professor of Statistics, University of Wisconsin Madison. Verified email at ... Journal of the American Statistical Association 97 (457), 193-200, 2002*.
172. Gaub, M. and C.L. Carlson, *Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. **36**(8): p. 1036-45.

173. Gershon, J., *A meta-analytic review of gender differences in ADHD*. J Atten Disord, 2002. **5**(3): p. 143-54.
174. Görmez, V., et al., *Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler*. 2017. **7**(1): p. 41-6.
175. Spencer, T.J., J. Biederman, and E. Mick, *Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology*. Ambul Pediatr, 2007. **7**(1 Suppl): p. 73-81.
176. Hechtman, L 2005. *Attention deficit hyperactivity disorder*. In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2679-2692.
177. Wei, H. ve Williams, J. H. (2004). *Relationship Between Peer Victimization and School Adjustment in Sixth-Grade Students:Investigation Mediation Effects*. *Violence and Victims*, 19(5), 557-572.
178. Wiener, J. and M. Mak, *Peer victimization in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Psychology in the Schools*, 2009. **46**: p. 116-131.
179. Pellegrini, A.D., *Sampling instances of victimization in middle school: A methodological comparison*, in *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized*. 2001, The Guilford Press: New York, NY, US. p. 125-144.
180. Frick, P.J. and S.F. White, *Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior*. J Child Psychol Psychiatry, 2008. **49**(4): p. 359-75.
181. Liu, T.L., et al., *Relationships of bullying involvement with intelligence, attention, and executive function in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Res Dev Disabil, 2017. **70**: p. 59-66.
182. Melnick, S.M. and S.P. Hinshaw, *Emotion Regulation and Parenting in AD/HD and Comparison Boys: Linkages with Social Behaviors and Peer Preference*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2000. **28**(1): p. 73-86.
183. Karaosman T. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuk Ve Ergenlerde Metilfenidat Tedavisi 'nin Akran Zorbalığı 'na Etkisinin İncelenmesi*. Tez çalışması. 2018.

7. ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Selenge
Soyad:	BALJİNNYAM
Doğum Yeri:	Moğolistan
Doğum Tarihi:	10.03.1983
Görev Yeri:	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı
Yabancı Dil:	İngilizce, türkçe, almanca
E-Posta Adresi	selengemn@yahoo.com
Akademik Eğitim	
2003-2011	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
2016-	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı Asistan Dr.
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
Nisan 2016	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi uygulaması- İzmir
Akademik Ünvanları	
2011	Tıp Doktoru
2016	Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları- Asistan Dr
İş Tecrübesi	
2012-2014	İstanbul florence Nightingale - Pratisyen hekim
2014-2015	Haydarpaşa Numune Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı asistan hekimlik
2016- Halen	Bezmialem Vakıf Üniversite hastanesi Asistan doktor
Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar	
2017	“Diagnostic and demographic characteristics of patients referred to a child and adolescent psychiatry clinic”, Journal of Mood Disorders 7(1):41-6 · January 2017
2017	"Examination Of The Quality Of Life Parameters In Children With Mental Disorders And Their Parents In A Turkish Clinical Sample", 27th TURKISH CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY CONGRESS, İzmir

8. EKLER

EK-A. Etik Kurul Onayı

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Zorbalığın Yaşam Kalitelerine Etkisi
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

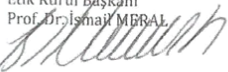
03.12.2019

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Adnan Menderes Bulvarı Vatan Caddesi 34093 Fatih/İstanbul
	TELEFON	(0212) 523 22 88 - 3238
	FAKS	(0212) 533 23 26
	E-POSTA	egaslan@bezmialem.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Cahid ÖRENGÜL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	-
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	-	Gerekli Değil <input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 21/396	Tarih: 03.12.2019		
	Yürütücülüğünü Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Cahid ÖRENGÜL' ün yaptığı "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Zorbalığın Yaşam Kalitelerine Etkisi" isimli çalışma Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.			

Sayfa 1 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MEBRAL


BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42)
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Zorbalığın Yaşam Kalitelerine Etkisi
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MERAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ömer SOYSAL	Göğüs Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran YILDIRIM	Tıp Tarihi ve Etik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Hemşirelik Bölümü	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Teoman AYDIN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç. Dr. Aclan ÖZDER	Aile Hekimliği	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nazmiye DÖNMEZ	Restoratif Diş Tedavisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Pelin YILDIZ	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Sayfa 2 / 2

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. İsmail MERAL

EK-B. Hasta Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF) HASTA GRUBU ÇOCUK GÖNÜLLÜ FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin zorbalık öyküsünün yaşam kalitesine etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gençlerin ev, okul ve sosyal işlevselliğini ciddi bir şekilde etkileyen nöro-gelişimsel bir bozukluktur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna duygu düzenleme güçlüklerinin eşlik etmesi; bozukluk belirtilerinde ağırlaşmaya, daha fazla riskli davranışlar sergilemeye, akran ilişkileri, toplumsal ve romantik ilişkilerde daha fazla bozulmaya sebep olmak-tadır.(5) DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin zorbalık kurbanı olma veya zorba olma açısından yüksek riskli bir grup olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin duygu düzenleme zorluklarının ve zorbalık öyküsünün yaşam kalitesine etkisi araştırmayı amaçlamaktadır. Araştırmaya 100 tane Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenin katılması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sırasında sizden siz ve ebeveynizden çeşitli formlar doldurmanız istenecektir. Ayrıca sizinle ve ailenizle çeşitli psikiyatrik hastalıkların tarandığı klinik görüşme yapılacaktır.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocuklarda zorbalığın duygu düzenleme ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendiren çalışma yoktur. Bu konuda çalışılması zorbalığın DEHB'li çocuklara olan etkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve bu çocuklara yapılması gereken müdahale programlarının oluşturulmasında yol gösterici olacaktır.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

ADI : Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Cahid Örengül
GÖREVİ : Çocuk psikiyatrisi uzmanı
TELEFON : 0212 453 17 00/ 1350

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

KATILIMCININ DİKKAT ETMESİ GEREKEN NOKTALAR

Katılımcının ölçekleri eksiksiz ve doğru bilgiler doğrultusunda doldurması ve verilen randevu saatine uyması gerekmektedir.

<i>Çocuk Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Görüşme Tamığı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

EK-C. Ebeveyn Onay Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF) HASTA GRUBU AİLE GÖNÜLLÜ FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin zorbalık öyküsünün yaşam kalitesine etkisi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gençlerin ev, okul ve sosyal işlevselliğini ciddi bir şekilde etkileyen nöro-gelişimsel bir bozukluktur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna duygu düzenleme güçlüklerinin eşlik etmesi; bozukluk belirtilerinde ağırlaşmaya, daha fazla riskli davranışlar sergilemeye, akran ilişkileri, toplumsal ve romantik ilişkilerde daha fazla bozulmaya sebep olmak-tadır. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin zorbalık kurbanı olma veya zorba olma açısından yüksek riskli bir grup olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin duygu düzenleme zorluklarının ve zorbalık öyküsünün yaşam kalitesine etkisi araştırmayı amaçlamaktadır. Araştırmaya 100 tane Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenin katılması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sırasında sizden siz ve çocuğunuzla ilgili çeşitli formlar doldurmanız istenecektir. Ayrıca siz ve çocuğunuzla çeşitli psikiyatrik hastalıkların tarandığı klinik görüşme yapılacaktır.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocuklarda zorbalığın duygu düzenleme ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendiren çalışma yoktur. Bu konuda çalışılması zorbalığın DEHB'li çocuklara olan etkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve bu çocuklara yapılması gereken müdahale programlarının oluşturulmasında yol gösterici olacaktır.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarımızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

ADI : Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Cahid Örengül
GÖREVİ : Çocuk psikiyatrisi uzmanı
TELEFON : 0212 453 17 00/ 1350

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışmaya başladığı anda dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

KATILIMCININ DİKKAT ETMESİ GEREKEN NOKTALAR

Katılımcının ölçekleri eksiksiz ve doğru bilgiler doğrultusunda doldurması ve verilen randevu saatine uyması gerekmektedir.

<i>Vasi (Ebeveyn) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Görüşme Tanığı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

EK-Ç. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Çalışma ID: Doğum tarihi:

Cinsiyeti: kız erkek

Çocuğunuzun;
tanı almış psikiyatrik hastalığı: yok var (sa belirtiniz)

tanı almış tıbbi hastalığı: yok var(sa belirtiniz):.....

Çocuğunuzun doğumuyla ilgili uygun olanları işaretleyin:
Doğum şekli: Normal doğum Sezeryan
Doğum zamanı: Çok Erken (<34 hafta) Erken (34-38 hafta) Normal (38-42 hafta) Geç (>42 hafta)
Doğum ağırlığı:.....
Doğum sonrası: Zor doğum Doğumda oksijensiz kalma Küvöz bakımı Uzamış sarılık
 Diğer(se açıklayınız):.....

Çocuğunuz;
Ne zaman yürüdü:.....
Ne zaman konuştu: ilk kelime ne zaman:..... İlk cümle ne zaman:.....
Ne zaman tuvalet eğitimini tamamladı:.....
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomlarının başlangıç yaşı:.....
Şikayetlerle psikiyatri polikliniğine başvurma yaşı:
Hangi ilacı kullanıyor:
Ne kadar süredir ilaç kullanıyor: 1 yıldan az 1-2 yıl arası 2 yıldan fazla
İlaçtan fayda gördü mü: evet hayır
Okuma yazmayı ne zaman öğrendi?
 1. sınıf ilk dönem 1. sınıf ikinci dönem 2. Sınıf 3. sınıf okuma-yazma bilmiyor
Geçtiğimiz yıl sene sonu genel başarı puanı kaçtı?
 0-1 arası 1-2 arası 2-3 arası 3-4 arası 4-5 arası

Annenin
• Yaşı:
• Eğitim durumu:
• Mesleği:

Babanın
• Yaşı:
• Eğitim durumu:
• Mesleği:

Anne-baba:
 Birlikte Ayrı
Ayrı ise ayrılık nedeni: vefat boşanma diğer(se belirtiniz):.....
Anne-baba arasında akrabalık: Yok Var(sa açıklayınız):.....
Ailenizin toplam geliri:
 1600 tl'den az 1600-3000 tl 3000-5000 tl 5000 tl'den fazla
Toplam çocuk sayısı:...
Evde anne- baba- çocuk dışında birlikte yaşayan(lar): yok var(sa belirtiniz):.....

Annede:
Tanı almış psikiyatrik hastalıklar yok var (sa belirtiniz):.....
Tıbbi hastalık: yok var (sa belirtiniz):.....

Babada:
Tanı almış psikiyatrik hastalıklar yok var (sa belirtiniz):.....
Tıbbi hastalık: yok var (sa belirtiniz):.....

Kardeşlerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık: yok var (sa belirtiniz):.....
Kardeşlerinde herhangi bir tıbbi hastalık: yok var (sa belirtiniz):.....
Diğer akrabalarınızda herhangi bir psikiyatrik hastalık: yok var (sa belirtiniz):.....

EK-D. Yönetici İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Envanteri (YİYDDE)

BRIEF

		HIÇ	AZ	SIK
1	Küçük sorunlara aşırı tepkiler verir			
2	Yapması için üç şey istendiğinde sadece ilkini ya da sonuncusunu hatırlar			
3	Kendi başına bir işe başlayamaz			
4	Oyun odasını dağınık bırakır			
5	Okul ödevleri, arkadaşları, günlük ev işleri...vb. ile ilgili sorunlarda farklı bir çözüm yolunu kabul etmekte direnir ya da zorlanır			
6	Yeni ortamlarda tedirgin olur			
7	Ani sinir patlamaları yaşar			
8	İşe yaramasa da bir problemi çözmek için aynı çözüm yolunu deneyip durur, değiştiremez			
9	Dikkat süresi kısadır			
10	İstekli bile olsa, bir görevi yapmak için bunun ona söylenmesine ihtiyaç duyar			
11	Ev ödevlerini, imzalanması gereken kağıtları, araç-gereçleri eve getirmez			
12	Planlarda bir değişiklik olduğunda rahatsız olur			
13	Öğretmen ya da sınıf değişikliğinden rahatsızlık duyar			
14	Yaptığı işlerde hata olup olmadığını kontrol etmez.			
15	Güzel fikirleri vardır ancak bu fikirleri kağıda dökemez			
16	Oyun zamanlarında veya boş zamanlarında ne yapacağı konusunda kendine ait fikirler bulmakta zorluk çeker			
17	Okul ödevlerine ve günlük işlere konsantre olmakta güçlük çeker			
18	O günün ödevini yapmakla alacağı not arasında bir bağlantı kuramaz			
19	Gürültü, hareket ya da görüntülerden ötürü dikkati kolayca dağılır			
20	Gözleri hemen dolar			
21	Dikkatsizlikten kaynaklanan hatalar yapar			
22	Ödevlerini yapmış olsa bile teslim etmeyi unuttur			
23	Günlük işler, yiyecekler, mekan...vb. ile ilgili değişikliklere karşı direnç gösterir			
24	Birden fazla aşaması olan günlük işleri ve görevleri yerine getirmekte güçlük çeker			
25	Küçük bir sebepten dolayı sinir patlamaları yaşar			
26	Duygu durumu sık sık değişir			
27	Bir görevi yapmayı sürdürebilmek için bir yetişkinin yardımına ihtiyaç duyar			
28	Ayrıntılara takılır kalır, geneli göremez			
29	Odasını dağınık bırakır			
30	Yeni durumlara (derslikler, gruplar, arkadaşlar) alışmakta güçlük çeker			

31	El yazısı kötüdür			
32	Ne yapmakta olduğunu unutur			
33	Bir şey almaya gönderildiğinde ne alması gerektiğini unutur			
34	Hareketlerinin diğerlerini nasıl etkilediğinin ya da sıkıntıya soktuğunun farkında değildir			
35	Güzel fikirleri vardır ancak uygulamaya koymaz (işin sonunu getirmez)			
36	Geniş kapsamlı ödevlerden bunılır			
37	Görevlerini (günlük işler, ev ödevleri) bitirmekte güçlük çeker			
38	Grup içerisinde diğerlerine göre daha hiddetli ve saçma davranışlar sergiler			
39	Aynı konu üzerinde çok fazla düşünür			
40	Kendisine verilen görevleri yerine getirmek için gereken zamanı gereğince ayarlayamaz			
41	Başkalarının sözünü keser			
42	Davranışlarının olumsuz tepkilere neden olduğunu fark etmez			
43	Uygun olmayan zamanlarda yerinden kalkar			
44	Arkadaşlarına nazaran daha çok kontrolden çıkar			
45	Diğer çocuklara nazaran olaylara daha sert tepkiler verir			
46	Verilen görevlere ya da günlük işlere en son dakikada başlar			
47	Ev ödevlerine ve günlük işlere başlamada güçlük çeker			
48	Arkadaşları ile birlikte etkinlik organize etmekte güçlük çeker			
49	Söylememesi gereken şeyleri ağzından geçirir			
50	Duygu durumu o anki durumdan hemen etkilenir			
51	Okul ödevlerine başlamadan önce plan yapmaz			
52	Güçlü ve zayıf yönlerini anlama yetisi zayıftır			
53	Yazılı ödevleri pek düzenli değildir			
54	Aşırı asi ve kontrolden çıkmış davranışlar sergiler			
55	Hareketlerini frenlemekte güçlük çeker			
56	Bir yetişkin tarafından yol gösterilmediğinde başını derde sokar			
57	Bir kaç dakika için bile olsa bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çeker			
58	Amaçlara (özel bir şey için para biriktirmek, iyi bir not alabilmek için ders çalışmak) ulaşmak için gerekli olan eylemleri yerine getirmekte güçlük çeker			
59	Çok budalaca davranışlar sergiler			
60	İşleri baştan savma yapar			
61	Girişken değildir			
62	Sinir ya da ağlama krizleri şiddetlidir ancak aniden bitiverir			
63	Belirli davranışlarının diğerlerini rahatsız ettiğinin farkına varmaz			
64	Önemsiz olaylar büyük tepkileri tetikler			
65	Uygun olmayan zamanlarda konuşur			
66	Yapacak hiçbir şey olmadığından şikayet eder			
67	Odasında ya da okuldaki sırasında bazı şeyleri bulamaz			
68	Her nereye gitse eşyalarının bir kısmını gittiği yerde unutur			
69	Başkalarının düzenlemesini gerektirecek boyutta dağınıklık yaratır			

70	Çok kolay üzülür			
71	Evde çok zaman geçirir ("çoğunlukla da televizyon izler")			
72	Elbise dolabı darmadağındır			
73	Sırasını beklemekte güçlük çeker			
74	Beslenme çantasını, parasını, izin belgesini, ödevlerini...vb. kaybeder			
75	Kıyafetlerini, gözlüğünü, ayakkabılarını, oyuncaklarını, kitaplarını, kalemlerini...vb. bulamaz			
76	Doğru cevapları bilse dahi testlerde başarısız olur			
77	Uzun süreli projeleri bitirmez			
78	Sıkı bir şekilde gözetlenmelidir			
79	Bir şey yapmadan önce düşünmez			
80	Bir etkinlikten bir diğerine geçmekte güçlük çeker			
81	Yerinde duramaz			
82	Fevri hareket eder			
83	Aynı konu üzerinde uzun süre konuşamaz			
84	Tek bir etkinliğe ya da konuya takılıp kalır			
85	Aynı şeyleri söyleyip durur			
86	Sabahları okula gitmek için hazırlanmakta güçlük çeker			

EK-E. Conners' Ana Baba Derecelendirme Ölçeği – Kısa Form (CADÖ-48)

CONNERS' ANNE-BABA DERECLENDİRME ÖLÇEĞİ

Çocuğun adı ve soyadı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Yaşı:

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1. Eli boş durmaz, sürekli bir şeylerle oynar (<i>Tırnak, parmak, giysi gibi</i>).	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6. Bir şeyler çiğner veya emer (<i>parmak, giysi, örtü gibi</i>).	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10. Zor öğrenir.	0	1	2	3
11. Kıpır kıpırdır, tez canlıdır.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3
14.	0	1	2	3
15.	0	1	2	3
16.	0	1	2	3
17.	0	1	2	3
18.	0	1	2	3
19.	0	1	2	3
20. Kavgacıdır.	0	1	2	3
21.	0	1	2	3
22.	0	1	2	3
23.	0	1	2	3
24.	0	1	2	3
25. Başladığı işin sonunu getiremez.	0	1	2	3
26.	0	1	2	3
27.	0	1	2	3
28.	0	1	2	3
29.	0	1	2	3

30. Dikkati kolay dağılır ya da uzun süre dikkatini toplayamaz.	0	1	2	3
31.	0	1	2	3
32.	0	1	2	3
33.	0	1	2	3
34.	0	1	2	3
35.	0	1	2	3
36.	0	1	2	3
37. Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
38.	0	1	2	3
39.	0	1	2	3
40.	0	1	2	3
41.	0	1	2	3
42.	0	1	2	3
43.	0	1	2	3
44.	0	1	2	3
45. Övünür, böbürlenir.	0	1	2	3
46. İtilip, kakılmaya müsaittir.	0	1	2	3
47.	0	1	2	3
48.				

(*) Asıl formun telif hakkına sahibi olan yayınevi (Multi-Health Systems, Inc., P.O. Box 950, North Tonawanda) ile yapılan yazışma sonucu ölçeğin ancak bir kısmının basımı için izin alınmıştır.

EK-F. Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi

Olweus Öğrenciler için akran zorbalığı anketi

Öğrenciler için akran zorbalığı anketi

Okul adı: _____

Sınıfı: _____ Tarih: _____

Bu kitapçıkta okuldaki hayatınızla ilgili sorular bulacaksınız. Her soru için çeşitli yanıtlar var. Okul hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan yanıtın yanındaki kutucuğa **X (çarpı)** işareti koyarak soruyu yanıtla. Eğer okulu gerçekten sevmiyorsan "Okulu hiç sevmiyorum" yanıtının yanındaki kutucuğa **X (çarpı)** işareti koy. Eğer okulu gerçekten seviyorsan "Okulu çok seviyorum" yanıtının yanındaki kutucuğa **X** işareti koy ve bu şekilde soruları yanıtlamaya devam et. Her bir soru için **yalnızca bir kutucuğu** işaretle. İşaretlerinin kutucuğun içinde kalmasına dikkat et.

Şimdi okul hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan yanıtın yanındaki kutucuğa X işareti koyarak soruyu yanıtla.

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 Okulu ne kadar seversin? | <input type="checkbox"/> Okulu hiç sevmiyorum |
| | <input type="checkbox"/> Okulu sevmiyorum |
| | <input type="checkbox"/> Okulu ne seviyorum ne de sevmiyorum |
| | <input type="checkbox"/> Okulu seviyorum |
| | <input type="checkbox"/> Okulu çok seviyorum |

Eğer yanlış kutucuğu işaretlersen, yanıtını değiştirmek için yanlış kutucuğu tamamen karala: ■. Sonra da senin yanıtın olmasını istediğin kutucuğa **X** işareti koy. Kitapçığa adını yazma. Sorulara nasıl yanıt verdiğini hiç kimse bilmeyecek. Ama dikkatli ve gerçekten hissettiğin şekilde yanıtlaman önemli. Bazen ne yanıt vereceğine karar vermek zordur. O zaman sadece içinden geldiği gibi yanıtla. Bir sorun varsa parmak kaldır.

Soruların çoğu **yaz tatilinden ya da yarıyıl tatilinden bugüne kadar geçmiş olan birkaç aylık süredeki okul hayatıyla ilgilidir**. Bu yüzden yanıtlarken **sadece şimdi nasıl olduğunuzu değil** geçtiğimiz 2 ya da 3 ay içinde de nasıl olduğunuzu düşünmelisin.

- | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 2 Kız mısın, erkek misin? | <input type="checkbox"/> Kız |
| | <input type="checkbox"/> Erkek |
| 3 Sınıfında kaç tane iyi arkadaşın var? | <input type="checkbox"/> Hiç iyi arkadaşım yok |
| | <input type="checkbox"/> Sınıfımda 1 iyi arkadaşım var |
| | <input type="checkbox"/> 2 ya da 3 iyi arkadaşım var |
| | <input type="checkbox"/> 4 ya da 5 iyi arkadaşım var |
| | <input type="checkbox"/> Sınıfımda 6 ya da daha fazla iyi arkadaşım var |

Akran zorbalığı nedir?

Burada akran zorbalığı ile ilgili bazı sorular var. Bu soruları daha iyi yanıtlayabilmek için ilk önce akran zorbalığının ne olduğunu açıklayalım.

Eğer bir öğrenciye, başka bir ya da birkaç öğrenci

- aşağılayıcı ve kırıcı şeyler söylüyor, alay ediyor ya da aşağılayıcı ve kırıcı isimler takıyor;
 - arkadaş gruplarında tamamen yok sayıyor, gruplarından dışlıyor ya da kasıtlı olarak faaliyetlerinin dışında tutuyor;
 - dövüyor, tekmeliyor, itip kakıyor ya da bir odaya kilitliyor;
 - onun hakkında yalanlar söylüyor, asılsız dedikodular yayıyor, aşağılayıcı yazılar gönderiyor ve diğer öğrencilerin ondan hoşlanmaması için çaba harcıyor;
 - ve tüm bunlara benzer diğer kırıcı şeyleri yapıyor
- ve bunlar **tekrarlayan** bir şekilde gerçekleşiyor ise bu durum **akran zorbalığı** olarak adlandırılır.

Akran zorbalığına uğrayan öğrenci için kendini savunmak zordur. Ayrıca biz bir öğrenciye tekrar tekrar aşağılayıcı ve kırıcı bir biçimde sataşılmasına da akran zorbalığı diyoruz.

Ama biz sataşmanın arkadaşça ve oyun olarak yapılmasına **akran zorbalığı demiyoruz.** Bunun yanında aynı kuvvet ya da güce sahip iki öğrencinin tartışması ya da kavgası da **akran zorbalığı değildir.**

4 Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına ne sıklıkta uğradın?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım
	<input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu
	<input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu
	<input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu
	<input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu

Geçtiğimiz aylarda aşağıdaki durumlardan bir ya da bir kaç yoluyla okulda akran zorbalığına uğradın mı? Lütfen tüm soruları yanıtla.

5 Bana aşağılayıcı isimler takıldı, alay edildi ya da kırıcı bir şekilde sataşıldı.	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 Diğer öğrenciler beni kasıtlı olarak kendi aralarına almadı, arkadaş gruplarından dışladı ya da tamamen yok saydı	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 Dövüldüm, tekmelendim, itilip kakıldım ya da kapalı bir yere kilitlendim	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8 Diğer öğrenciler hakkımda yalanlar söyledi ya da asılsız dedikodular yaydı ve diğer öğrencilerin benden hoşlanmaması için çaba harcadı	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9 Param ya da eşyalarım çalındı ya da eşyalarım zarar verildi	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 İstemediğim şeyleri yapmam için tehdit edildim ya da zorlandım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11 Ailemin kökeni ya da inançlarım hakkında aşağılayıcı isimler ya da yorumlar yoluyla akran zorbalığına uğradım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12 Cinsel anlamı olan aşağılayıcı isimler, yorumlar ya da el hareketleriyle akran zorbalığına uğradım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12a İnternet (bilgisayar) ya da cep telefonum üzerinden gelen aşağılayıcı ya da kırıcı mesajlar, çağrılar ya da resimler ya da başka yollarla akran zorbalığına uğradım. (Lütfen arkadaşça ya da oyun şeklinde yapıldığında akran zorbalığı olmadığını hatırla.)	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Ortalama haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
12b İnternet ya da cep telefonu ile akran zorbalığına uğradıysan, bu nasıl yapılmıştı?	<input type="checkbox"/> Sadece cep telefonu yoluyla <input type="checkbox"/> Sadece internet yoluyla <input type="checkbox"/> Her iki yolla
Lütfen hangi yolla olduğunu açıkla	<hr/>

13 Yukarıda sorulardan başka bir yolla akran zorbalığına uğradım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
Lütfen hangi yolla olduğunu açıkla	<hr/>

- 14 Sana akran zorbalığı yapan öğrenci ya da öğrenciler kaçınıcı sınıftalar?
- Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım
 - Benim sınıfımda
 - Başka bir sınıf ama benimle aynı yaşta
 - Daha büyük sınıf
 - Daha küçük sınıf
 - Farklı farklı sınıflarda

- 15 Sana kızlar tarafından mı yoksa erkekler tarafından mı akran zorbalığı yapıldı?
- Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım
 - Özellikle bir kız tarafından
 - Birkaç kız tarafından
 - Özellikle bir erkek tarafından
 - Birkaç erkek tarafından
 - Hem kızlar hem erkekler tarafından

- 16 Genellikle kaç öğrenci tarafından akran zorbalığına uğradın?
- Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım
 - Özellikle bir öğrenci tarafından
 - 2-3 öğrencilik bir grup tarafından
 - 4-9 öğrencilik bir grup tarafından
 - 9 kişiden kalabalık bir grup tarafından
 - Birkaç farklı öğrenci ya da öğrenci grupları tarafından

- 17 Akran zorbalığı ne kadar sürdü?
- Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım
 - Bir ya da iki hafta sürdü
 - Yaklaşık bir ay sürdü
 - Yaklaşık altı ay sürdü
 - Yaklaşık bir yıl sürdü
 - Birkaç yıl boyunca sürdü

18	Akran zorbalığına nerede uğradın?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım
		<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda aşağıda belirtilen yerlerin birinde veya birkaçında akran zorbalığına uğradım. (aşağıda devam edin)
	Aşağıdaki yerlerde akran zorbalığına uğradıysan lütfen karşısına X işareti koy:	
18a	Bahçe / spor sahasında (teneffüsler ya da aralarda)	<input type="checkbox"/>
18b	Koridorlarda / merdivenlerde	<input type="checkbox"/>
18c	Sınıfta (öğretmen sınıftayken)	<input type="checkbox"/>
18d	Sınıfta (öğretmen sınıfta değilken)	<input type="checkbox"/>
18e	Tuvalette	<input type="checkbox"/>
18f	Spor salonunda ya da dolap odasında / soyunma odasında / duşta	<input type="checkbox"/>
18g	Yemekhanede	<input type="checkbox"/>
18h	Okula giderken ya da okuldan dönerken yolda	<input type="checkbox"/>
18j	Okul otobüs durağında	<input type="checkbox"/>
18k	Serviste	<input type="checkbox"/>
18l	Okulda başka bir yerde	<input type="checkbox"/> başka bir yerde ise lütfen nerede olduğunu yaz

19	Geçtiğimiz aylarda akran zorbalığına uğradığını hiç kimseye söyledin mi?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım <input type="checkbox"/> Akran zorbalığına uğradım, ama hiç kimseye söylemedim <input type="checkbox"/> Akran zorbalığına uğradım ve birisine söyledim
Aşağıda belirtilen kişilerden kime söylediyse lütfen karşısına X işareti koy:		
19a	Sınıf öğretmenin	<input type="checkbox"/>
19b	Okulda başka bir yetişkin kişi (başka bir öğretmen, müdür, okul hemşiresi, bekçi/hizmetli, okul psikoloğu / rehber öğretmen, vb)	<input type="checkbox"/>
19c	Anne baban / velilerin	<input type="checkbox"/>
19d	Ağabey ya da ablaların ya da kardeşlerin	<input type="checkbox"/>
19e	Arkadaşların	<input type="checkbox"/>
19f	Başka bir kişi	<input type="checkbox"/> Başka bir kişi ise lütfen kim olduğunu aşağıya yaz _____ _____

20 Bir öğrenci akran zorbalığına uğradığında öğretmenler ya da okuldaki diğer yetişkinler hangi sıklıkta durdurmaya çalışırlar?	<input type="checkbox"/> Neredeyse hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Hemen her zaman
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

21 Bir öğrenci akran zorbalığına uğradığında okuldaki diğer öğrenciler hangi sıklıkta durdurmaya çalışırlar?	<input type="checkbox"/> Neredeyse hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Hemen her zaman
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

22 Geçtiğimiz aylarda, evdeki yetişkinlerden biri okulda uğradığın akran zorbalığını durdurmaya çalışmak için okulla görüştü mü?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım <input type="checkbox"/> Hayır, okulla görüşmediler <input type="checkbox"/> Evet, okulla bir kez görüştüler <input type="checkbox"/> Evet, okulla birkaç kez görüştüler
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

23 Yaşıtın bir öğrencinin okulda akran zorbalığına uğradığını gördüğünde ne hissedersin ya da ne düşünürsün?	<input type="checkbox"/> Böyle bir şeyi hak etmiş olabilir <input type="checkbox"/> Pek bir şey hissetmem <input type="checkbox"/> Onun için biraz üzülürüm <input type="checkbox"/> Onun için üzülürüm ve ona yardım etmek isterim
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diğer öğrencilere akran zorbalığı yapma hakkında

24 Geçtiğimiz aylarda okulda bir ya da birkaç öğrenciye akran zorbalığı yapılırken sen ne sıklıkta katıldın?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığı yapmadım <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geçtiğimiz aylarda, okuldaki diğer öğrencilere aşağıdaki akran zorbalığı şekillerinden bir ya da bir kaçını yaptın mı? Lütfen tüm soruları yanıtla.

25 Diğer öğrencilere aşağılayıcı isimler taktım, alay ettim ya da kırıcı bir şekilde sataşım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

26 Onu kasıtlı olarak kendi aramıza almadım, arkadaş grubumdan dışladım ya da tamamen yok saydım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

27 Onu dövdüm, tekmeledim, itip kaktım ya da kapalı yere kilitledim	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
---------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

28 Onun hakkında yalanlar söyledim ya da asılsız dedikodular yaydım ve diğer öğrencilerin ondan hoşlanmaması için çaba harcadım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

29 Parasını ya da eşyalarını ondan aldım ya da eşyalarına zarar verdim	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 30 İstemediği şeyleri yapması için tehdit ettim ya da zorladım
- Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı
 - Sadece bir ya da iki kez oldu
 - Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu
 - Yaklaşık haftada bir kez oldu
 - Haftada birkaç kez oldu

- 31 Ailesinin kökeni ya da inançları hakkında aşağılayıcı isimler ya da yorumlar yoluyla akran zorbalığı yaptım
- Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı
 - Sadece bir ya da iki kez oldu
 - Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu
 - Yaklaşık haftada bir kez oldu
 - Haftada birkaç kez oldu

- 32 Cinsel anlamı olan aşağılayıcı isimler yorumlar ya da el hareketleriyle akran zorbalığı yaptım
- Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı
 - Sadece bir ya da iki kez oldu
 - Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu
 - Yaklaşık haftada bir kez oldu
 - Haftada birkaç kez oldu

- 32a İnternet (bilgisayar) ya da cep telefonu üzerinden aşağılayıcı ya da kırıcı mesajlar, çağrılar ya da resimler göndererek ya da başka yollarla akran zorbalığı yaptım
- Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı
 - Sadece bir ya da iki kez oldu
 - Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu
 - Yaklaşık haftada bir kez oldu
 - Haftada birkaç kez oldu

- 32b İnternet ya da cep telefonun üzerinden akran zorbalığı yaptıysan, bunu nasıl yapmıştın?
- Sadece cep telefonu yoluyla
 - Sadece internet yoluyla
 - Her iki yolla

Lütfen hangi yolla olduğunu açıkla

33 Yukarıda sorulardan başka bir yolla akran zorbalığı yaptım	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı <input type="checkbox"/> Sadece bir ya da iki kez oldu <input type="checkbox"/> Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu <input type="checkbox"/> Yaklaşık haftada bir kez oldu <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kez oldu
Lütfen hangi yolla olduğunu açıkla	
<hr/> <hr/>	

34 Geçtiğimiz aylarda, diğer öğrencilere okulda akran zorbalığı yaptığın için sınıf öğretmenin ya da başka bir öğretmenin seninle konuştu mu?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığı yapmadım <input type="checkbox"/> Hayır, benimle bu konuda konuşmadılar <input type="checkbox"/> Evet, benimle bu konuda bir kez konuştular <input type="checkbox"/> Evet, benimle bu konuda birkaç kez konuştular
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

35 Geçtiğimiz aylarda, diğer öğrencilere okulda akran zorbalığı yaptığın için evdeki yetişkinlerden biri seninle konuştu mu?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığı yapmadım <input type="checkbox"/> Hayır, benimle bu konuda konuşmadılar <input type="checkbox"/> Evet, benimle bu konuda bir kez konuştular <input type="checkbox"/> Evet, benimle bu konuda birkaç kez konuştular
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

36 Sevmediğin bir öğrenciye akran zorbalığı yapılmasına katılabileceğini düşünüyor musun?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Belki <input type="checkbox"/> Bilmiyorum <input type="checkbox"/> Sanmıyorum <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kesinlikle hayır
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

37 Yaşıtlı bir öğrenciye diğer öğrenciler tarafından akran zorbalığı yapıldığını görür ya da anlarsan genellikle nasıl tepki verirsin?	<input type="checkbox"/> Yaşıtlı öğrencilere akran zorbalığı yapıldığını hiç fark etmedim <input type="checkbox"/> Akran zorbalığı yapılmasına ben de katılıyorum <input type="checkbox"/> Hiçbir şey yapmam, ama akran zorbalığı yapılmasının normal olduğunu düşünürüm <input type="checkbox"/> Sadece ne olup bittiğini seyrederim <input type="checkbox"/> Hiçbir şey yapmam, ama akran zorbalığı yapılan çocuğa yardım etmem gerektiğini düşünürüm <input type="checkbox"/> Akran zorbalığı yapılan çocuğa bir şekilde yardım etmeye çalışırım
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

38 Okulunda diğer öğrencilerin sana akran zorbalığı yapmasından ne sıklıkla korkarsın?	<input type="checkbox"/> Asla <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Çok sık
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

39 Geçtiğimiz aylarda, akran zorbalığını önlemek için sınıf öğretmenin genelde ne kadar çaba gösterdiğini düşünüyorsun?	<input type="checkbox"/> Neredeyse hiç <input type="checkbox"/> Oldukça az <input type="checkbox"/> Biraz <input type="checkbox"/> Epeyce <input type="checkbox"/> Çok fazla
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EK-G. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (ÇOCUK FORMU)

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son 1 aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer senin için HİÇBİR ZAMAN sorun değilse	0
Eğer senin için NADİREN sorun oluyorsa	1
Eğer senin için BAZEN sorun oluyorsa	2
Eğer senin için SIKLIKLA sorun oluyorsa	3
Eğer senin için HEMEN HER ZAMAN sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur. Eğer herhangi bir soruyu anlamazsan, lütfen yardım iste.

Son 1 ay içinde; aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

FİZİKSEL İŞLEVSELLİK ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir.	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır.	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır.	0	1	2	3	4

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

SOSYAL İŞLEVSELLİK ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemez	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

OKUL ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

EK-Ğ. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ)

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ)

Yaşamda zaman zaman insanların başlarına olumsuz, hoş olmayan olaylar gelir ve bu olaylara bazı tepkiler verilir. Bu tepkilerin bazıları düşüncelerle ilgili iken bazıları ise davranışlarla ilgilidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, sıkıntı verici, olumsuz bir olay yaşadığınızda cümlede verilen durum veya davranışı ne sıklıkla yaptığınızı size en uygun olan seçeneğe çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
“Başıma olumsuz bir olay geldiğinde;						
1	Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	()	()	()	()	()
2		()	()	()	()	()
3		()	()	()	()	()
4		()	()	()	()	()
5		()	()	()	()	()
6	Öfkemi/üzüntümü fiziksel olarak (örn. kavga etmek, vurmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
7		()	()	()	()	()
8		()	()	()	()	()
9		()	()	()	()	()
10	Kendime zarar verecek veya kendimi cezalandırarak bir şey yaparım.	()	()	()	()	()
11		()	()	()	()	()
12		()	()	()	()	()
13		()	()	()	()	()
14		()	()	()	()	()
15	Bu olaya ilişkin neler hissettiğimi birisiyle konuşurum.	()	()	()	()	()
16	.	()	()	()	()	()
17		()	()	()	()	()
18		()	()	()	()	()